

МОЗ України
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького
Факультет післядипломної освіти
Кафедра хірургічної та ортопедичної стоматології

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
циклу спеціалізації за фахом
„Хірургічна стоматологія”
(практичні, семінарські, самостійні заняття)

ЛЬВІВ-2017

УДК 616.31-089(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., в.о.доц. **Л.В. Дубровна**

Відповідальний за випуск: проректор з навчальної роботи ЛНМУ імені Данила Галицького, професор М.Р.Гжегоцький

Рецензенти:

Методичну розробку з інтернатури обговорено на методичному засіданні кафедри від „ ” 2017 р., протокол № .

Завідувач кафедрою

проф. Вовк Ю. В.

Методичну розробку з інтернатури схвалено на засіданні методичної комісії ФПДО від „ ” 2017 р., протокол №.

Голова методичної комісії

доц. Січкоріз О.Є.

Пояснювальна записка

Цикл спеціалізації лікарів за фахом „Хірургічна стоматологія” є одною із форм безпосередньої післядипломної освіти лікарів і проводиться відповідно до програми та навчального плану спеціалізації за фахом „Хірургічна стоматологія”, затвердженої 6.11.2000 р. МОЗ України.

Основною метою циклу спеціалізації за фахом „Хірургічна стоматологія” є підготовка лікаря до роботи в лікувально-профілактичних закладах системи охорони здоров'я на посадах, які передбачені типовими номенклатурними табелями та освітньо-кваліфікаційною характеристикою лікаря-спеціаліста. На цикл спеціалізації за фахом „Хірургічна стоматологія” зараховуються лікарі, які закінчили інтернатуру за однією із спеціальностей стоматологічного профілю і змінюють спеціальність. Термін навчання – 4 місяці.

Програма передбачає вивчення 14 основних курсів, які необхідні лікарю для його професійної діяльності з базовим, рубіжним та заключним контролем. До додаткових включені курси: радіаційна медицина, особливо небезпечні інфекційні хвороби, медична інформатика, клінічна імунологія, медицина катастроф, фтизіатрія.

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

- контроль знань та вмінь за комп'ютерними тестуючими програмами, затвердженими МОЗ України;
- оцінка знань та вмінь володіння практичними навичками;
- письмовий іспит для встановлення підсумкової оцінки рівня засвоєння навчальної програми.

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

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

Тема практичного заняття № 1

Організація хірургічної стоматологічної допомоги.

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-спеціалістів з організацією роботи хірургічних відділень стоматологічних поліклінік.

Навчальні питання.

1. Принципи організації стоматологічної допомоги у закладах різного рівня.
2. Організація хірургічного стоматологічного відділення в стоматологічній поліклініці.
3. Організація стоматологічного кабінету в стоматологічній поліклініці.

Короткий зміст заняття.

При плануванні хірургічного відділення стоматологічної поліклініки потрібно користуватися “Санітарними правилами організації, обладнання і експлуатації амбулаторно-поліклінічних закладів стоматологічного профілю, охорони праці і особової гігієни персоналу” (1984 р.), в яких вказується, що розділення хірургічної стоматології повинно мати не менше п’яти приміщень:

- 1) приміщення для очікування хворих з розрахунку 1,2 м на кожного хворого;
- 2) передопераційна, площею не менше 10 м³;
- 3) операційна з одним стоматологічним кріслом площею не менше 25м², для кожного наступного крісла - додатково 7м²;
- 4) кімната для пересування хворих після операції.

При наявності хірургічного кабінету в стоматологічній поліклініці повинно бути не менше трьох приміщень:

- 1) приміщення очікування;
- 2) стерилізаційна (площею 10м²);
- 3) операційна (площею 14 м² на одне крісло і 7м² на кожне наступне).

Кабінет має мати природне освітлення і дві системи штучно-загальне і робоче освітлення у вигляді рефлекторів.

Первинні хворі поступають по направленню з реєстратури, або переведені з інших відділень. В поліклінічних умовах можуть бути проведені тільки такі амбулаторні стоматологічні втручання, після яких хворий може самостійно або у супроводі іншої особи доїхати додому.

В останні роки в умовах ринкових відносин відбуваються значні зміни в організації стоматологічної допомоги. Особливе місце має визначення рівня надання стоматологічної допомоги.

Всі заклади по рівню надання допомоги поділяються на: кваліфіковані, спеціалізовані і вузькоспеціалізовані.

Контрольні питання

1. Основні принципи організації стоматологічної допомоги у закладах різного рівня.

2. Які структурні одиниці включає хірургічне стоматологічне відділення поліклініки.
3. Які хірургічні стоматологічні втручання можна проводити в хірургічному відділенні стоматологічної поліклініки.

Тема практичного заняття № 2

Спеціальні методи обстеження хворих з патологією зубо-щелепової систем і щелепно-лицевої ділянки.

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-спеціалістів зі спеціальними та допоміжні методи обстеження хворих в хірургічній стоматологічній практиці.

Навчальні питання:

1. Лабораторні методи обстеження.
2. Рентгенологічне дослідження ЩЛД.
3. Методика проведення сіалографії.
4. Комп'ютерна томографія.
5. Застосування термодіагностики при запальних процесах м'яких тканин ЩЛД.

Короткий зміст заняття.

До спеціальних методів обстеження хворих в хірургічній стоматологічній практиці належать лабораторні методи обстеження (кров, сеча), рентгенологічне дослідження, сіалографія, комп'ютерна томографія, термодіагностика, лімфографія, цитологія ран і гнійного ексудату, цитологічне дослідження слини.

Рентгенологічне дослідження має важливе діагностичне значення в хірургічній стоматології і часто є способом обстеження, який дозволяє встановити вірний діагноз.

Внутрішньоротова (інтраоральна) рентгенографія – основний метод дослідження зубів і альвеолярного паростка. В залежності від способу фіксації плівки в порожнині рота розрізняють:

- контактні знімки: плівка вводиться в порожнину рота і фіксується пальцем до язикової (піднебінної) поверхні досліджуваного зуба або альвеолярного паростка;
- знімання в прикус: плівка вводиться в прикус досліджуваної ділянки і утримується в роті паралельно лінії прикусу.

Основними моментами, які мають бути враховані при привнутрішньоротовій рентгенографії, є проєкційні особливості Rtg-променя, утворення кута між віссю зуба і площиною плівки, іноді – згин плівки.

Для того, щоб отримати правильну проєкційну довжину зуба слід користуватися правилом Цешинського (правило ізомерії) – центральний промінь повинен проходити через верхівку кореня досліджуваного зуба і падати перпендикулярно до бісектриси кута, утвореного віссю зуба і площиною плівки.

Оглядові рентгенограми черепа дозволяють вивчати взаємовідношення та структуру всіх кісток лицевого скелета. Крім цього дають можливість визначити стан порожнини носа, системи придаткових пазух носа, орбіти, носового та ротового відділів глотки. Застосовують головним чином чотири проекції: передню при носо-лобному розміщенні голови хворого, передню при носо-підборідковому розташуванні голови хворого, бічну, аксіальну

Контрольні питання:

1. Лабораторні методи обстеження.
2. Рентгенологічне дослідження ЩЛД.
3. Опишіть методику проведення сіалографії.
4. Комп'ютерна томографія.
5. Застосування термодіагностики при запальних процесах м'яких тканин ЩЛД.

Тема практичного заняття № 3

Рентгендіагностика захворювань щелепово-лицевої ділянки

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань рентгенологічного обстеження щелепово-лицевої ділянки.

Навчальні питання

1. Види рентгенологічного обстеження щелепово-лицевої ділянки.
2. Внутрішньоротова рентгенографія. Способи і правила проведення.
3. Оглядові рентгенограми черепа.
4. Рентгенографія різних відділів нижньої щелепи.
5. Рентгенологічне дослідження придаткових пазух носа, черепнево-нижньощелепових суглобів.

Короткий зміст заняття:

Рентгенологічне дослідження має важливе діагностичне значення в хірургічній стоматології і часто є способом обстеження, який дозволяє встановити вірний діагноз.

Внутрішньоротова (інтраоральна) рентгенографія – основний метод дослідження зубів і альвеолярного паростка. В залежності від способу фіксації плівки в порожнині рота розрізняють:

- контактні знімки: плівка вводиться в порожнину рота і фіксується пальцем до язикової (піднебінної) поверхні досліджуваного зуба або альвеолярного паростка;
- знімання в прикус: плівка вводиться в прикус досліджуваної ділянки і утримується в роті паралельно лінії прикусу.

Основними моментами, які мають бути враховані при привнутрішньоротовій рентгенографії, є проекційні особливості Rtg-променя, утворення кута між віссю зуба і площиною плівки, іноді – згин плівки.

Для того, щоб отримати правильну проекційну довжину зуба слід користуватися правилом Цешинського (правило ізомерії) – центральний промінь повинен проходити через верхівку кореня досліджуваного зуба і падати перпендикулярно до бісектриси кута, утвореного віссю зуба і площиною плівки.

Оглядові рентгенограми черепа дозволяють вивчати взаємовідношення та структуру всіх кісток лицевого скелета. Крім цього дають можливість визначити стан порожнини носа, системи придаткових пазух носа, орбіти, носового та ротового відділів глотки. Застосовують головним чином чотири проекції: передню при носо-лобному розміщенні голови хворого, передню при носо-підборідковому розташуванні голови хворого, бічну, аксіальну.

Укладка голови хворого при виконанні оглядового рентгенівського знімку черепа в передній проекції: хворий лежить обличчям до низу, дотикається до касети носом, центральний промінь направляють перпендикулярно площині касети на зовнішній потиличний горб.

При виконанні рентгенограми черепа в бічній проекції: хворий лежить на столі досліджуваною стороною на касеті. Центральний промінь направляють на скроневу ділянку.

При рентгенографії кута і гілки нижньої щелепи хворий максимально витягує підборіддя до переду, щоб суглобовий відросток не накладався на шийні хребці. Касету з плівкою (13 X 18 см) хворий прикладає долонею до гілки нижньої щелепи і нахиляє голову на 30° в досліджувану сторону. Центральний промінь направляють краніально через м'які тканини підщелепової ділянки протилежної сторони.

Рентгенографія тіла нижньої щелепи:

1. Хворий сидить у кріслі в положенні з витягнутим до переду і дещо доверху підборіддям і притискає касету долонею до знімальної ділянки. Голова нахилина в досліджувану сторону на 20° , центральний промінь направлений косо з низу вверх (кут труби 10° , фокусна відстань 40 см).
2. Хворий лежить на боці, касета прикладена під досліджувану сторону на клиновидній підставці з кутом нахилу 25° . Центральний промінь направлений краніально під кутом 15° під нижній край нижньої щелепи “здорової” сторони. Чим більший нахил голови, тим менший кут нахилу труби і навпаки.

Рентгенографія переднього відділу нижньої щелепи:

1. Хворий витягує і висуває до переду підборіддя і кладе його на касету, яка лежить на краю столу. Центральний промінь направлений під кутом 45° допереду при відкритому роті.
2. Сидячи в кріслі, хворий підборіддям і кінчиком носа дотикається до касети, яка фіксується на підголовнику і спинці крісла. Центральний промінь направлений на досліджувану ділянку через м'які тканини ший нижче сосковидного відростку.

Рентгенографія скронево – нижньощелепового суглобу.

Укладка по Шюллеру (косий знімок скроневої кістки) – хворий лежить на боці з закритим ротом, касета закладається під досліджуваним суглобом, центральний промінь направлений під кутом 25° через тим'яний горб протилежної сторони в напрямку до зовнішнього слухового проходу.

Укладка по Парму: хворий сидить у кріслі і притискає касету до досліджуваного суглобу. Тубус направлений зі сторони здорового суглобу. Проводяться знімки з відкритим і закритим ротом.

Рентгенографія придаткових пазух носа проводиться в передній носопідборідковій проекції: хворий лежить на животі і доторкується носом і підборіддям до касети, центральний промінь направляється перпендикулярно до центру касети.

Контрольні питання

1. Опишіть техніки проведення внутрішньо-ротової рентгенографії.
2. Правило Цешинського.
3. Рентгенографія черепа в прямій проекції.
4. Укладання хворого при проведенні рентгенографії нижньої щелепи.
5. Рентгенологічне дослідження СНЩС.
6. Методика рентгенографії придаткових пазух носа.

Тема практичного заняття № 4

Використання гіпербаричної оксигенації у хворих з запальними процесами м'яких тканин та травматичними пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки.

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-спеціалістів із можливістю використання гіпербаричної оксигенації в практиці хірурга-стоматолога.

Навчальні питання:

1. Покази до використання гіпербаричної оксигенації;
2. Умови та тривалість проведення ГБО.

Короткий зміст заняття:

Одним із найбільш ефективних методів лікування важких форм гнійної інфекції щелепно-лицевої ділянки, шиї та її ускладнень (медіастиніт, сепсис) є гіпербарична оксигенація. Її профілактичний і лікувальний ефекти проявляються у використанні кисню під високим тиском.

Покази до використання гіпербаричної оксигенації (ГБО):

- Середня і важка форми анаеробної неклостридіальної інфекції, важкі форми клостридіальної інфекції;
- сповільнене загоєння гнійної рани;
- після повторного ушивання рани і асептичного розходження її країв.

Різні режими ГБО диференційно впливають на перебіг раневого процесу в гострій і хронічній стадіях інфекційного запалення. В першій фазі раневого процесу ГБО гальмує розвиток некрозу, а в проліферативній посилює регенерацію і потенціює репаративну активність фібробластів, м'язевої тканини і епітелію. При тривалому застосуванні високих доз кисню загоєння гостро текучих гнійних ран сповільнюється, а при хронічних процесах – прискорюється. При величині тиску кисню в 2 атм

сеанс не повинен перевищувати 3 години, а при 3 атм –двох годин. Однак тривалість сеансу зменшується у пацієнтів похилого віку при підвищенні температури тіла, при ожирінні. У випадках непереносимості ГБО (судоми) сеанс необхідно зупинити і призначити серцеві і протисудомні препарати. Виражений ефект ГБО проявляється при активному хірургічному втручанні на гнійне вогнище і антибактеріальній терапії.

Контрольні питання:

1. Перелічіть покази до використання гіпербаричної оксигенації;
2. Охарактеризуйте умови та тривалість проведення ГБО.

Тема практичного заняття №5

Місцеве знечулення в шелепно-лицевій ділянці.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань місцевого знечулення в ЩЛД.

Навчальні питання:

1. Характеристика місцевого знечулення.
2. Класифікація місцевого знечулення.
3. Переваги місцевого знечулення.
4. Недоліки місцевого знечулення.
5. Фармакокінетика та фармакодинаміка препаратів, які застосовують для 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 іонів 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 дорогоцінної 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.

Для місцевого знечулення розроблено і запропоновано багато препаратів. Вироблено конкретні вимоги, яким повинен відповідати місцевий анестетик. Це перш за все:

а) мала токсичність;

б) легка його розчинність у воді;

в) знечулюючий розчин повинен бути стабільним і не втрачати своїх властивостей при кип'ятінні;

г) можливість швидко проникати в тканини;

д) не викликати подразнення і деструктивні зміни в тканинах;

є) володіти судинно-звужуючими властивостями, або бути сумісними з судинно-звужуючими препаратами;

є) давати максимально швидко знечулення після введення препарату, яке повинно бути доволі тривалим.

Важливу роль в зниженні токсичності анестизуючих розчинів відіграють судиннозвужуючі препарати, які добавляють до анестизуючих розчинів. Звуження судин в місці введення знечулюючого розчину сповільняє всмоктування і цим самим здовжує його дію. Найбільш широке застосування має адреналін.

Контрольні питання:

1. Дайте характеристику місцевого знечулення в ЩЛД.
2. Класифікація місцевого знечулення.
3. Вкажіть переваги місцевого знечулення.
4. Назвіть недоліки місцевого знечулення.
5. Фармакокінетика та фармакодинаміка препаратів, які застосовують для місцевого знечулення.

Тема практичного заняття № 6

Ускладнення під час та після проведення місцевого знечулення.

Навчальна мета заняття:

Узагальнити знання лікарів-спеціалістів з питань загальних і місцевих ускладнень при ін'єкційній анестезії.

Навчальні питання:

1. Класифікація ускладнень.
2. Загальні ускладнення під час анестезії.
3. Загальні ускладнення, що виникають через деякий час після анестезії.
4. Місцеві ускладнення, що виникають під час або відразу після анестезії.

5. Місцеві ускладнення, які розвиваються через деякий час після анестезії.

Короткий зміст заняття.

Ускладнення, пов'язані з місцевими знечуленням у щелепно-лицевій ділянці, можна умовно поділити на місцеві і загальні, а також ранні (виявляються відразу під час або після ін'єкції) та пізні (розвиваються через добу і пізніше після ін'єкції).

До загальних ускладнень під час анестезії відносять непритомність, інтоксикацію

місцевознечулюючим 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 нашатирний спирт. Далі - 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: 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: строфантин 0,05 - 0,5 мг довенно або настойка строфантину (2-5 крапель).

Інтоксикація 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:

- 1) невралгії, неврити, парестезії, парези і паралічі;
- 2) розвиток гнійного запального процесу в ділянці ін'єкції;
- 3) післяін'єкційний біль;
- 4) некроз тканин;
- 5) післяін'єкційні пульпіти та періодонтити;
- 6) дерматит у ділянці обличчя, шиї;
- 7) 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.

Тема практичного заняття № 7

Інтенсивна терапія та реанімація при невідкладних станах в хірургічній стоматологічній практиці.

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

Навчальні питання:

1. Реанімаційні заходи при порушеннях дихання та зупинці серця.
2. Методика трахеотомії та крикоконікотомії.
3. Методика непрямого масажу серця та дефібриляції.
4. Зупинка кровотеч.
5. Протишокова інтенсивна терапія.

Короткий зміст заняття.

Загрозливими для життя потерпілих безпосередніми ускладненнями щелепно-лицевих пошкоджень є порушення дихання механічного та центрального 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-є, 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.

Крікоконікотомія – розкриття гортані шляхом розрізу її щитоперснєподібної (конічної) зв'язки (потовщеної передньої частини перснєщитоподібної 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 – 70⁰ 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.

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

Тема практичного заняття № 8

Підготовка рук хірурга та операційного поля до операції видалення зуба.

Навчальна мета заняття: Ознайомити лікарів-спеціалістів з особливостями проведення підготовки рук хірурга та операційного поля до операції видалення зуба.

Навчальні питання:

1. Правила підготовки рук хірурга-стоматолога до операції видалення зуба.
2. Правила підготовки операційного поля до операції видалення зуба.

Короткий зміст заняття.

Визначивши покази до видалення зуба, метод знечулення та спосіб його видалення, лікар повинен поставити пацієнта до відома про необхідність даної операції, її тривалість, можливі ускладнення, які можуть виникнути під час їх виконання або в післяопераційному періоді. Ці ускладнення можуть бути пов'язані з особливостями будови зуба, кількістю і формою коренів, його розташуванням і співвідношенням з верхньощелепною пазухою, дном носа, нижньощелепним каналом тощо.

Перед видаленням зуба потрібно зняти зубний камінь. Нехтування цього правила призводить до просування зубного каменю у м'які тканини і розвиток запального процесу в альвеолі у післяопераційному періоді. Для підготовки операційного поля перед видаленням зубів рекомендують хворому прополоскати 4-5 разів дезінфікуючим розчином перманганату калію, хлоргексидину, фурациліном.

Видалення зуба виконують у гумових рукавичках, які одягають на чисті і сухі руки. Гігієнічну антисептичну обробку рук і порожнини рота проводять дезінфікуючим засобом.

Зараз в Україні зареєстровано і дозволено для обробки шкіри і слизових оболонок сучасні антисептики:

Бактолін базік. Гіпоалергічний засіб для передманіпуляційної підготовки рук медичного персоналу. Для миття рук наносять 1-2 мл Бактоліна базік на вологі долоні і обробляють разом з водою 1 хвилину. Руки промивають водою і висушують.

Йодобак Антисептик для обробки шкіри, слизових оболонок, ран і ін. Має бактерицидні, спороцидні, фунгіцидні, туберкулоцидні, віруцидні (віруси СНІД, гепатит В) властивості, негайну і пролонговану дію. Гігієнічну дезінфекцію рук здійснюють 3 мл препарату 1 хвилину. Для хірургічної дезінфекції застосовують дві порції препарату по 5 мл, обробляючи кисті рук 3 хвилини.

Септодерм для рук. Має бактерицидні, туберкулоцидні, віруцидні, фунгіцидні властивості. Гігієнічну дезінфекцію рук здійснюють 3 мл септодерму 30 сек. Хірургічну дезінфекцію проводять, втираючи препарат по 5 мл двічі упродовж 3 хвилин до повного висихання.

Спітацид — засіб для гігієнічної і хірургічної дезінфекції рук. Для гігієнічної дезінфекції використовують 3 мл препарату, яким обробляють кисті рук 30 сек. Для хірургічної дезінфекції застосовують 5 мл обробляючи руки 1.5-2 хвилини.

Стеріліум Засіб для дезінфекції рук. Має бактерицидні, фунгіцидні, віруцидні (проти ВІЛ-інфекції та гепатиту В) властивості і пролонговану дію 3 години. Для гігієнічної дезінфекції рук застосовують 3 мл препарату, обробляючи кисті рук 30 сек. Хірургічну дезінфекцію здійснюють після миття рук Бакголіном базік. На сухі руки двічі наносять препарат по 5 мл обробляють кисті передпліччя 3 хвилини.

Стеріліум Віругард. Сильнодіючий засіб для гігієнічної і хірургічної дезінфекції рук в умовах нез'ясованого вірусологічного статусу пацієнта. Має широкий спектр дії. Інактивує поліовіруси, вірус СНІД, і вірус гепатиту В упродовж 30-60 секунд. Не викликає алергічних реакцій. Пролонгована дія 3 години. Гігієнічну дезінфекцію здійснюють втираючи 3 мл препарату в кисті чистих сухих рук і передпліччя 30 секунд. Хірургічну дезінфекцію проводять після попереднього миття рук спеціальним засобом, наприклад, Бакголін базік. Руки висушують і двічі, порціями по 5 мл, обробляють кисті рук і передпліччя 3 хвилини.

Контрольні питання.

1. Опишіть підготовку рук хірурга-стоматолога до операції видалення зуба.
2. Вкажіть основні правила підготовки операційного поля до операції видалення зуба.
3. Охарактеризуйте засоби для обробки шкіри і слизових оболонок.

Тема практичного заняття № 9.

Атипове видалення зубів. Покази, основні технічні етапи проведення.

Мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з сучасних підходів до атипового видалення зубів, методика видалення ретенуваних та

напівретенованих зубів.

Навчальні питання:

1. Особливості операції атипового видалення зубів.
2. Методика видалення ретенованих зубів верхньої щелепи.
3. Методика видалення ретенованих зубів нижньої щелепи.
4. Методика видалення напівретенованого нижнього зуба мудрості.

Короткий зміст заняття.

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 розпилють 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 перепилити 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. Вкажіть причини затримки прорізування зубів.
2. Опишіть методику видалення ретенованих зубів верхньої щелепи.
3. Назвіть особливості видалення ретенованих зубів нижньої щелепи.
4. Наведіть технічні етапи проведення видалення напівретенованого нижнього зуба мудрості.

Тема практичного заняття № 10.

Методика видалення ретенованих та напівретенованих зубів.

Мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань методики

видалення ретенуваних та напівретенуваних зубів.

Навчальні питання:

1. Загальні питання ретенції зубів.
2. Методика видалення ретенуваних зубів верхньої щелепи.
3. Методика видалення ретенуваних зубів нижньої щелепи.
4. Методика видалення напівретенуваного нижнього зуба мудрості.

Короткий зміст заняття.

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 напівретенуваним. В окремих випадках ретенувані 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 розпилють 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 напівретенуваного 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. Вкажіть причини затримки прорізування зубів.
2. Опишіть методику видалення ретенуваних зубів верхньої щелепи.
3. Назвіть особливості видалення ретенуваних зубів нижньої щелепи.

4. Наведіть технічні етапи проведення видалення напівретинованого нижнього зуба мудрості.

Тема практичного заняття №11

Загальні ускладнення під час та після видалення зубів

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів – спеціалістів з питань загальних ускладнень при видаленні зубів.

Навчальні питання:

1. Загальні ускладнення під час видалення зубів
2. Загальні ускладнення 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, асфіксія, 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. Причинами 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.

Контрольні питання:

1. Перерахуйте загальні ускладнення під час видалення зубів.
2. Охарактеризуйте стан непритомності, її лікування.
3. Клінічні ознаки та лікування колапсу.
4. Опишіть загальні ускладнення, що розвиваються після видалення зубів.

Тема практичного заняття № 12

Клінічні ознаки одонтогенних періоститів щелеп.

Навчальна мета заняття: Ознайомити лікарів-спеціалістів з клінічними ознаками одонтогенних періоститів щелеп.

Навчальні питання:

1. Етіологія гострого одонтогенного періоститу щелеп.
2. Патогенез гострого одонтогенного періоститу щелеп.
3. Клініка гострого серозного періоститу щелеп.
4. Клініка гострого гнійного періоститу щелеп.

Короткий зміст заняття.

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

Різні зуби неоднаково є причиною гнійного запалення окістя щелепи. На нижній щелепі причиною гнійного періоститу найчастіше є перші моляри. На верхній щелепі, як причину гнійного періоститу, перше місце займають премоляри. Гострий гнійний періостит на нижній щелепі спостерігається частіше, ніж на верхній. Гнійний процес в окісті частіше уражає вестибулярну поверхню верхньої і нижньої щелепи. Значно рідше уражається окістя верхньої щелепи з піднебінної сторони і нижньої щелепи з язичної сторони.

При гострому та загостреному біляверхівковому процесі в ділянці верхніх великих і малих корінних зубів іноді відбувається прорив гнійного ексудату під окістя верхнещелепової пазухи з наступним розвитком одонтогенного гнійного гаймориту.

Запальні зміни, що виникають при гнійному періоститі щелеп, викликають біль, набряк м'яких тканин обличчя, порушення загального самопочуття, підвищення температури тіла. Спочатку болі і припухлість незначні, потім швидко, протягом 2—3 днів, збільшуються. Болі поширюються іноді на всю щелепу, іррадіюють по ходу гілок трійничного нерва: у вухо, скроню, око. При теплових процедурах біль підсилюється, холод на ненадовго її заспокоює.

Хворий нерідко повідомляє, що раніше турбував запломбований який-небудь зуб, через 2—3 дні з'явилися зазначені скарги. Біль у зубі значно зменшилась 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. Гнійні періостити, які поширюються від великих корінних зубів нижньої щелепи, мають особливе значення. При них коллатеральний набряк локалізується в нижніх відділах щоки, у підщелеповій і білявушно-жувальній ділянках. Іноді гнійний процес від нижніх великих корінних зубів поширюється на окістя кута і гілки нижньої щелепи, 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. Відкривання рота утруднене, болюче. Коли з'являється запальний набряк в ділянці верхньої або нижньої щелепи, нерідко ставлять неправильний діагноз - флегмона певного простору. 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'являються інтенсивні болі. Звичайно через 5—6 днів, а іноді і раніше, ділянка окістя проривається в результаті омертвіння і розплавлювання під дією гнійного ексудату. Після цього болі 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, болі стихають і запальні явища швидко проходять.

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.

Контрольні питання.

1. Назвіть етіологію одонтогенного періоститу щелеп.
2. Патогенез 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.

Тема практичного заняття № 13

Особливості клінічного протікання гострого одонтогенного остеомієліту щелеп.

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

Навчальні запитання:

1. Загальні прояви гострого одонтогенного остеомієліту щелеп.
2. Місцеві прояви гострого одонтогенного остеомієліту щелеп.
3. Особливості клінічного протікання гострого одонтогенного 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 остеомиєліт 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 неbolюча, 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 нормалізації 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.

Контрольні питання.

1. Опишіть загальні прояви гострого одонтогенного остеомієліту щелеп.
2. Опишіть місцеві прояви гострого одонтогенного остеомієліту щелеп.
3. Вкажіть особливості клінічного протікання гострого одонтогенного остеомієліту щелеп у залежності від локалізації.

Тема практичного заняття № 14

Лікування хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп.

Навчальна мета заняття: Ознайомити лікарів-спеціалістів з лікуванням хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп.

Навчальні питання:

1. Загальні принципи лікування хронічного остеомієліту щелеп.
2. Хірургічне лікування хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп.
3. Консервативне лікування хронічного остеомієліту щелеп.

Короткий зміст заняття.

Лікування хронічного одонтогенного остеомієліту щелепи складається з місцевих (хірургічних) втручань і загальнотерапевтичних 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 ранніше втручання на кістці, на якій ще не утворилася достатньо міцна секвестральна коробка, 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.

1. Назвіть загальні принципи лікування хронічного остеомієліту щелеп.
2. Особливості хірургічного лікування хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп.
3. Консервативне лікування хронічного остеомієліту щелеп.

Тема практичного заняття № 15

Особливості клінічного перебігу хронічного одонтогенного остеомієліту на верхній та нижній щелепах.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань клінічного перебігу хронічного одонтогенного остеомієліту на верхній та нижній щелепах.

Навчальні питання:

1. Особливості перебігу остеомієліту на нижній щелепі;
2. Класифікація остеомієліту нижньої щелепи у дорослих;
3. Перебіг остеомієліту на верхній щелепі;
4. Ускладнення, які виникають на фоні хронічного остеомієліту верхньої щелепи.

Короткий зміст заняття:

Торкаючись особливостей клінічної характеристики хронічного остеомієліту нижньої щелепи у дорослих, можна відзначити такі явища:

- утворення секвестрів усієї гілки щелепи чи окремих її відростків – вінцевого або суглобового;
- утворення секвестру всього тіла щелепи;
- симптом Венсана;
- поява симптомів „спонтанного перелому”.

Ураження альвеолярного відростка пов'язане з ранньою втратою окістя і млявою регенерацією. Ще тяжче відбувається ураження тіла щелепи, часто супроводжуючись загостреннями і утворенням зовнішніх фістул. Хронічний остеомієліт гілки і кута нижньої щелепи інколи проходить за типом гіпертрофічного процесу, що характеризується млявим перебігом, але значним збільшенням розміру гілки внаслідок гіперплазії кісткової речовини.

На основі рентгенологічних даних розроблена класифікація хронічного остеомієліту нижньої щелепи у дорослих:

1. Хронічний обмежений:

- у близьких до слизової оболонки чи шкіри ділянках (альвеолярний відросток, частково тіло нижньої щелепи, передній край гілки);
- у ділянках віддалених від слизової оболонки чи шкіри.

2. Хронічний поширений:

- ураження альвеолярного відростка у межах кількох зубів;
- ураження тіла щелепи на більшій ділянці;
- розлите ураження половини щелепи по всій її висоті (значної ділянки тіла і гілки щелепи);
- поширення процесу по вертикалі з ураженням усього поперечника тіла щелепи і її альвеолярного відростка на невеликій ділянці;
- численні гніздові ураження щелепи із секвестрами або без них.

На верхній щелепі остеомієліт горба протікає тяжче, ніж на інших ділянках. Це пов'язане з тим, що горб щелепи дотикається до крило-піднебінної і підскроневої ямок, а перехід флегмонозного запалення в ці ділянки спричиняє тяжкий стан, тромбоз і тромбофлебіт глибоких вен та сплетіння обличчя. Можливе виникнення хронічного гаймориту або проривання гною в носову порожнину (за локалізації процесу у передньому відділі), секвестри можуть розміщуватись у гайморовій пазусі і підтримувати хронічний гайморит протягом довшого часу. Можливе виникнення ретробульбарної флегмони, порушення чутливості, а також неврит розгалужень „малої гусячої лапки” пов'язані зі здавленням її гілок інфільтратом.

Контрольні питання:

1. Вкажіть особливості перебігу остеомієліту на нижній щелепі;
2. Назвіть класифікацію остеомієліту нижньої щелепи у дорослих;

3. Охарактеризуйте перебіг остеомієліту на верхній щелепі;
4. Перелічіть ускладнення, які виникають на фоні хронічного остеомієліту верхньої щелепи.

Тема практичного заняття № 16

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

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

Навчальні питання:

1. Патогенетичні фактори розвитку тромбофлебіту;
2. Характеристика клінічної картини тромбофлебіту;
3. Класифікація медіастиніту;
4. Основні шляхи поширення інфекції в переднє та заднє середостіння;
5. Основні симптоми переднього медіастиніту;
6. Основні симптоми заднього медіастиніту;
7. Патогенетичні фактори розвитку сепсису;
8. Джерела виникнення септичного процесу щелепно-лицевої ділянки;
9. Диференційна діагностика гнійно-резорбтивної лихоманки та сепсису;
10. Визначення поняття „синдром внутрішньосудинного дисемінованого згортання крові” та стадії його розвитку.

Короткий зміст заняття:

Не дивлячись на великі досягнення стоматології в профілактиці ускладнених форм карієсу, число одонтогенних запальних процесів збільшується, посилюється важкість перебігу захворювання, що нерідко призводить до важких ускладнень, таких як тромбофлебіт, медіастиніт, 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 зниження 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 лица 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 сенсибілізацією, аутоалергією, яка виникає в результаті розпаду тканин при інфекції щелепно-лицевої ділянки, а також запальних і травматичних пошкодженнях ендотелію вен, особливо в сенсибілізованому організмі, що зумовлює внутрішньосудинне згортання та утворення тромба 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 тромбофлебиту 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 тромбофлебиту 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.

Медіастиніт виникає внаслідок поширення гною при запальних процесах дна порожнини рота та шії по глибоких фасціально-клітковинних просторах шії 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 переднє середостіння: із заднього відділу біля глоткового простору по ходу судинно-нервового пучка шії; 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 ендочервікальної фасції шії і вздовж трахеї. Через позадустравохідний і передхребтовий клітковинний простір гній поширюється в заднє 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 за груди́нний 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 за груди́нного 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 пульсуючий 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, з'являється 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.

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. 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:

1. Одонтогенний – первинне вогнище гнійного запалення знаходиться в періодонту;
2. Стоматогенний - вогнище гнійного запалення розміщене в тканинах слизової, що оточують ротову порожнину;
3. Раневий – причиною виникнення є інфіковані рани;
4. Тонзилогенний – гнійник розміщений в ділянці мигдалин або в навкологлотковому клітковинному просторі;
5. Риногенний – джерело розміщене в носовій порожнині;
6. Отогенний - вогнище гнійного запалення розміщене у середньому вусі.

В залежності від фази розвитку сепсис поділяють на:

1. Початкова фаза сепсису (токсемія);
2. Септицемія (бактеріємія без гнійних метастазів);
3. 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, тахіпноє. 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 функцій всієї його функції, 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 мікро циркуляції, розвитку тромботичних процесів і геморагій, гіпоксії тканин, тканинного ацидозу і глибокого порушення функцій органів.

Виділяють чотири стадії ДВЗ-синдрому:

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

Лікування ДВЗ-синдрому проводять в залежності від стадії захворювання.

Контрольні питання:

1. Основні ускладнення гнійно-запальних процесів м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки;
2. Патогенетичні фактори розвитку тромбофлебіту
3. Клінічна картина тромбофлебіту;
4. Класифікація медіастиніту;
5. Анатомія середостіння;
6. Шляхи поширення інфекції в переднє та заднє середостіння;
7. Симптоми переднього медіастиніту;
8. Симптоми заднього медіастиніту;
9. Визначення поняття „сепсис”;
10. Патогенетичні фактори розвитку сепсису;
11. Стадії розвитку сепсису та клінічна характеристику кожної з них;
12. Джерела септичного процесу щелепно-лицевої ділянки;
13. Диференційна діагностика гнійно-резорбтивної лихоманки та сепсису;

14. Визначення поняття „синдром внутрішньосудинного дисемінованого згортання крові” та стадії його розвитку.

Тема практичного заняття № 17

Клінічна характеристика запальних процесів м'яких тканин ЩЛД .

Навчальна мета заняття: Ознайомити лікарів-спеціалістів з клінічною характеристикою запальних процесів м'яких тканин ЩЛД.

Навчальні запитання:

1. Етіологія запальних процесів м'яких тканин ЩЛД.
2. Патогенез запальних процесів м'яких тканин ЩЛД.
3. Основні клінічні симптоми при поверхневих запальних процесах м'яких тканин ЩЛД.
4. Основні клінічні симптоми при глибоких запальних процесах м'яких тканин ЩЛД.

Короткий зміст заняття.

Запальні процеси щелепно-лицевої ділянки займають важливе місце в стоматологічній хірургічній практиці. Значна частина гнійних запалень, є наслідком ускладнень карієсу зубів, що дало підставу називати такі процеси одонтогенними.

Гнійно-запальні процеси в різних людей при одному і тому ж діагнозі не завжди протікають однаково, що залежить від функціонального стану центральної нервової системи, біологічних особливостей організму, а також вірулентності інфекційних агентів, які послужили причиною захворювання.

У залежності від особливостей проявів захворювання розрізняють такі типу реакції організму: 1) нормоергічна (середньонормальна); 2) гіперергічна з бурхливим і швидким розвитком патологічних процесів; 3) анергічна — з млявою, подавленою реакцією.

При поширенні інфекції з первинного одонтогенного вогнища у навколишні м'які тканини в останніх виникають різні по локалізації і по важкості клінічного прояву запальні процеси. Такі процеси можуть протікати в м'яких тканинах по типу запальних інфільтратів без гнійного розплавлювання тканин або у вигляді абсцесів, а також дають картину розлитого гнійного запалення (флегмони). Перепонами для поширення і розвитку гнійних процесів у м'яких тканинах можуть бути м'язи, апоневрози, фасції. При діагностиці та диференціальній діагностиці поверхневих і глибоких флегмон велике значення надається такому симптомові, як набряк уражених тканин. На відміну від коллатерального реактивного набряку м'яких тканин, що спостерігається при періоститах, поверхневі білящелепові флегмони пальпаторно характеризуються щільним болючим інфільтратом з чіткими границями. При прогресуючих флегмонах ділянки інфільтрації тканин швидко збільшуються. По периферії тканини звичайно набряклі. Такий набряк може виходити далеко за межі інфільтрату. У деяких випадках набряк настільки великий, що визначити контури інфільтрату буває неможливо. Щільний при пальпації запальний інфільтрат при гнійному розплавленні тканин стає більш м'яким, у його центральних ділянках

з'являється флюктуація. При глибоко розташованих флегмонах не завжди вдається швидко виявити розплавлення тканин і флюктуацію. Таким чином розвиток флегмонозного процесу клінічно представляється спочатку у стадії щільного інфільтрату, коли пальпацією флюктуація ще не визначається, стадії глибокої флюктуації, коли її вдається діагностувати в глибині тканин, і стадії визначеної поверхневої флюктуації. Остання буває тоді, коли флегмонозний процес прогресує з глибини до поверхні шкіри, яка при цьому стає гіперемованою. Ця гіперемія іноді є такою інтенсивною, що може симулювати бешиху. Слід зазначити, що почервоніння шкіри при звичайних гнійних флегмонах менш інтенсивне, ніж при анаеробних флегмонах. Шкіра над інфільтратом напружена, лисніє, в складки не збирається. При глибоких флегмонах зміни з боку шкірних покривів менш виражені. Якщо ж шкіра в ділянці інфільтрату різко гіперемована, напружена і болюча, то варто запідозрити наявність гною в оточуючих тканинах. При односторонніх флегмонах з'являється асиметрія лица а також і шиї. Лімфатичні вузли на ураженій стороні включаються в запальний інфільтрат. Далеко не завжди виражений інфільтрат є обов'язковим компонентом при білящелепових флегмонах. Так, наприклад, флегмони крилощелепового простору, парафарингальні флегмони, флегмони підскроневої і крилопіднебінної ямок можуть протікати і без вираженої припухлості і зміни конфігурації лица. Досить важливим симптомом при гнійно-запальних одонтогенних захворюваннях є обмеження відкривання рота — контрактура жувальних м'язів або зведення щелеп (тризм). Цей симптом з'являється в результаті поширення запалення на жувальні м'язи, особливо на медіальний криловидний м'яз або в результаті їх рефлекторної контрактури.

Контрольні питання.

1. Етіологія запальних процесів м'яких тканин ЩЛД.
2. Назвіть патогенез запальних процесів м'яких тканин ЩЛД.
3. Вкажіть основні клінічні симптоми при поверхневих запальних процесах м'яких тканин ЩЛД.
4. Опишіть клініку глибоких запальних процесів м'яких тканин ЩЛД.

Тема практичного заняття 18

Мігруюча гранульома обличчя. Етіопатогенез, клініка, діагностика та лікування.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань етіопатогенезу, клініки, діагностики та методів лікування мігруючої гранульоми обличчя.

Навчальні питання:

1. Загальна характеристика мігруючої гранульоми обличчя;
2. Механізм розвитку підшкірно мігруючої гранульоми обличчя;
3. Клініка мігруючої гранульоми обличчя;
4. Класифікація за гістологічною будовою;
5. Діагностика мігруючої гранульоми обличчя;
6. Способи хірургічного лікування.

Короткий зміст заняття:

Хронічне рецидивуюче банальне чи специфічне одонтогенне запалення лімфовузлів обличчя прийнято (в літературі) об'єднувати в поняття «одонтогенна підшкірна гранульома обличчя», «мігруюча гранульома обличчя», повзуча гранульома обличчя», «мігруюча гранульома щоки». Цей термін охоплює всі види рецидивних неспецифічних хронічних одонтогенних гнійних лімфаденітів та нагноєних специфічних одонтогенних процесів у лімфовузлах та в підшкірній клітковині обличчя. Проте, деякі автори пропонують виділяти запалення підшкірної клітковини обличчя у самостійну нозологічну одиницю, незважаючи на те, що вона, по суті, є спочатку уруженням лімфовузла, а згодом – сусідніх тканин (клітковини, шкіри, м'язів, кістки). Утворення грануляційної тканини – наслідок запалення, руйнування та заповнення лімфовузла та прилеглих до нього тканин, а не початкове вихідне захворювання. Починається завжди з ураження регіонарного лімфатичного вузла або групи вузлів. Розвивається внаслідок довготривалого подразнення лімфатичного вузла одонтогенним чи іншим джерелом інфекції, який у процесі руйнується і заповнюється грануляційною тканиною, час від часу тут виникає загострення, яке призводить до проривання шкіри і виникнення фістули, яка через деякий час загострюється і рубцюється, згодом виникає фістула поруч.

Розрізняють чотири клінічні форми підшкірної гранульоми: початкову, стаціонарну, повзучу та абсцедивну. За клінічним перебігом виділяють два періоди: прихований (початковий) і період шкірних виявів (стаціонарна, повзуча і абсцедивна форма хвороби). У початковій фазі захворювання під шкірою виникають грануляції без істотного накопичення гною. Потім підшкірні гранульоми загнуються, утворюючи на обличчі неглибокі нориці, з яких виділяється невелика кількість гнійно-кров'янистого ексудату. Незабаром ці нориці (1-2-3) закриваються, але в міру накопичення ексудату знову розкриваються або виникають нові нориці поруч з попередніми зарубцьованими. З поширенням процесу на сусідні тканини він набуває «повзучого» характеру.

За гістологічною будовою підшкірну одонтогенну гранульому поділяють на п'ять типів: ексудативно-продуктивний, продуктивний, рубцьований, змішаний та гранулематозний. Описана клініко-гістологічна характеристика дає достатнє уявлення про початковий або ускладнений лімфаденіт (перилімфаденіт, нагноєння лімфатичного вузла) у зв'язку з надходженням одонтогенної та неодонтогенної інфекції у вузол.

При діагностиці важливо встановити характер захворювання: банальний чи специфічний. Якщо джерело інфекції не встановлено і виникло нагноєння вузла (чи пакету вузлів), потрібно розрізати абсцес, що утворився, і дрениувати його. В окремих випадках буває достатньо відсмоктування гною і виповнення порожнини гнійника розчином антибіотика. Якщо ж джерело інфекції встановлено, потрібно його усунути, застосовуючи антибактеріальні препарати або хірургічним втручанням (видалення періодонтитного зуба, вилучення нагноєної кістки, ліквідація навислого запаленого капюшона над

зубом, що прорізується, лікування гаймориту, остеомієліту, періоститу і т. д.). За наявності зв'язку між нагноєним лімфовузлом та одонтогенним джерелом інфекції звичайно буває достатньо усунути останнє, щоб лімфаденіт чи перилімфаденіт припинився. Проте в деяких випадках, крім втручання на зубі (видалення його, реплантація, резекція верхівки кореня тощо), потрібно зробити розріз по перехідній складці, щоб перерізати грапуляційно-запальний тяж, що веде від зуба до вогнища в м'яких тканинах. Розріз дрениують йодоформною марлевою смужкою. Таким чином повністю припиняється надходження нових порцій інфекції із зубощелепної системи. Якщо ж нагноєння лімфовузла стало причиною ще й руйнування і рубцевої деформації шкіри, потрібно вирізати рубцево змінені тканини, видалити всю грануляційну тканину, як у глибині вогнища, так і з внутрішньої поверхні розрізаної шкіри, промити рану і пошарово її ушити.

Контрольні питання:

1. Дайте загальну характеристику мігруючої гранульоми обличчя;
2. Вкажіть механізм розвитку;
3. Опишіть клінічну картину мігруючої гранульоми обличчя;
4. Наведіть класифікацію за гістологічною будовою;
5. Вкажіть методи діагностики;
6. Назвіть способи лікування мігруючої гранульоми обличчя.

Тема практичного заняття № 19

Клінічні ознаки гострого та хронічного лімфаденіту ЩЛД.

Навчальна мета заняття: Ознайомити лікарів-спеціалістів з клінічними ознаками гострого та хронічного лімфаденіту ЩЛД.

Навчальні питання:

1. Клініка гострого лімфаденіту ЩЛД.
2. Місцеві прояви гострого лімфаденіту ЩЛД.
3. Загальні прояви гострого лімфаденіту ЩЛД.
4. Клініка хронічних лімфаденітів ЩЛД.
5. Диференційна діагностика хронічних лімфаденітів ЩЛД.

Короткий зміст заняття.

Гостре запалення лімфатичних вузлів починається з відчуття незручності при рухах головою, тупого болю в ділянці ураженого вузла або групи вузлів. Лімфатичні вузли добре визначаються пальпаторно, вони болючі і мають щільно-еластичу консистенцію. Серозне запалення рідко переходить у гнійний процес і поступово стихає, якщо лікування основного захворювання, що викликало лімфаденіт, проводиться своєчасно і правильно: поступово зменшуються в розмірах пошкоджені вузли, вони стають менш болючі і через кілька тижнів набувають своєї звичайної форми і консистенції.

Якщо ж серозне запалення вузла (або групи вузлів) переходить у гнійне, то утворюється інфільтрат — перилімфаденіт, вузол стає малорухомим, спаюється з іншими вузлами, утворюючи з ними пакет, що нагноюється. Температура тіла підвищується до 37,2—38 °С, у периферичній крові з'являються зміни, характерні для гнійників. Загальне самопочуття і

стан хворого порушується — з'являється нездужання, розбитість, пропадає апетит і т.д. Збільшені лімфатичні вузли поступово розплавляються, чим і обумовлюється поява норицевих ходів і перехід захворювання в хронічну форму. Не виключений і розвиток аденофлегмони.

Ознаки симптоматичного регіонарного гострого гнійного лімфаденіту (зміни з боку крові, сили, температурна реакція) можуть іноді затушовуватися змінами, викликаними бурхливим протіканням основного одонтогенного або неодонтогенного запалення, яке послужило причиною лімфаденіту (гострий остеомиєліт, гайморит, флегмона).

Гнійне розплавлювання вузла (або вузлів) може розвиватися або швидко — протягом декількох днів, або повільно, навіть після ліквідації основного процесу у ЩЛД.

Найчастіше зустрічаються лімфаденіти в піднижньощелепових лімфатичних вузлах (перший етап на шляху лімфатичного відтоку з даної області), другими по частоті рахуються лімфаденіти в підпідборідкових, привушних і супрамандибулярних вузлах.

Хронічні лімфаденіти розвиваються в результаті затихання гострого запального процесу або в результаті впливу слабовірулентних мікроорганізмів. Клінічно вони характеризуються збільшенням лімфатичних вузлів до різних розмірів і обмеженням їхньої рухливості. Пальпаторно визначаються окремі вузли, безболісні і досить щільні. Самопочуття хворих, як правило, не порушено.

При хронічному неспецифічному гнійному лімфаденіті ознаки періаденіту відзначаються досить часто: вузол втрачає чіткість контурів, болючий при пальпації; шкіра над ним гіперемована, збирається в складку з трудом або зовсім не збирається, тому що з нею спаяний уражений вузол або пакет вузлів. Пальпаторно тут визначається різних розмірів вогнище розм'якшення, флюктуації. Іноді вузли виявляються безболісними, але розплавленими, навколо них немає явищ періаденіту, хоча шкіра при цьому над такими вузлами стоншена, гіперемована або має червоно-синюшний відтінок.

Під впливом тривалого «бомбардування» вузла одонтогенною або іншою інфекцією процес хронічного запалення приводить до руйнування вузла, заміщенню його грануляційною тканиною; час від часу виникаюче тут загострення призводить до перфорації шкіри й утворенню на ній нориці, яка згодом закривається і рубцюється, однак при черговому загостренні поруч виникає нова нориця. Поширення процесу на сусідні тканини додає йому «повзучий» характер. Таке поступове ураження лімфатичних вузлів відоме в літературі за назвою мігруючої гранульоми лица.

Контрольні питання.

1. Назвіть основні клінічні симптоми гострого лімфаденіту ЩЛД.
2. Опишіть місцеві прояви гострого лімфаденіту ЩЛД.
3. Загальні прояви гострого лімфаденіту ЩЛД.
4. Опишіть клініку хронічних лімфаденітів ЩЛД.
5. Діагностика хронічних лімфаденітів ЩЛД.

Тема практичного заняття № 20

Клінічні ознаки та способи лікування одонтогенних періоститів щелеп.

Навчальна мета заняття: Ознайомити лікарів-спеціалістів з клінікою гострого серозного та гнійного періоститу щелеп.

Навчальні питання:

1. Клініка гострого серозного періоститу щелеп.
2. Клініка гострого гнійного періоститу щелеп.
3. Діагностика гострого серозного та гнійного періоститу щелеп.
4. Диференційна діагностика гострого серозного та гнійного періоститу щелеп.

Короткий зміст заняття.

Запальні зміни, що виникають при гнійному періоститі щелеп, викликають біль, набряк м'яких тканин обличчя, порушення загального самопочуття, підвищення температури тіла. Спочатку болі і припухлість незначні, потім швидко, протягом 2—3 днів, збільшуються. Болі поширюються іноді на всю щелепу, іррадіюють по ходу гілок трійничного нерва: у вухо, скроню, око. При теплових процедурах біль підсилюється, холод на ненадовго її заспокоює.

Хворий нерідко повідомляє, що раніше турбував запломбований який-небудь зуб, через 2—3 дні з'явилися зазначені скарги. Біль у зубі значно зменшилась 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 премолярів, 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 молярів, 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 області горба верхньої щелепи. При 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 підборідку, який поширюється іноді на передній відділ подбородкової ділянки. При запаленні окістя нижньої щелепи в області ікла і премолярів 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 них коллатеральний набряк локалізується в

нижніх відділах щоки, у підщелеповій і білявушно-жувальній ділянках. Іноді гнійний процес від нижніх молярів поширюється на окістя кута і гілки нижньої щелепи, 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. Відкривання 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'являються інтенсивні болі. Звичайно через 5—6 днів, а іноді і раніше, ділянка окістя проривається в результаті омертвіння і розплавлення під дією гнійного ексудату. Після цього болі 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, болі стихають 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 області верхнього другого різця, кореня першого премоляра і піднебінних коренів верхніх молярів. При цьому на піднебіння 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'язичній області. В щелепно-язиковій борізці при пальпації інфільтрат не

визначається. 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.

Контрольні питання.

1. Опишіть клініку гострого серозного періоститу щелеп.
2. Клініка гострого гнійного періоститу щелеп.
3. Проведіть диференційну діагностику гострого серозного та гнійного періоститу щелеп.

Тема практичного заняття № 21

Лікування гостро та хронічного одонтогенного гаймориту.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань лікування гострого та хронічного одонтогенного гаймориту.

Навчальні питання:

1. Загальні принципи лікування гострого гаймориту
2. Покази до операції гайморотомії.
3. Методики операції гайморотомії.

Короткий зміст заняття:

Лікування хронічного одонтогенного гаймориту має на меті:

- 1) припинити інфікування верхньощелепової пазухи і усунути змінену слизову оболонку;
- 2) припинити надходження в організм продуктів залалення та життєдіяльності мікроорганізмів, тобто усунути вогнище сенсibiliзації усього організму хворого. Щоб здійснити це, спочатку вдаються до видалення причинного зуба, промивання верхньощелепової пазухи.

Якщо таке лікування виявляється безуспішним, роблять операцію, метою якої є усунення патологічно зміненої слизової оболонки пазухи та створення широкого співустя між нею та нижнім носовим ходом. Цим забезпечується вільний відтік ексудату з верхньощелепової пазухи.

Щоб прискорити ліквідацію гострого гнійного чи гнійного хронічного неполіпозного гаймориту, треба промити 5-6 разів верхньощелепову пазуху (через перфораційний отвір у лунці зуба) 6 мл 0,5% розчину новокаїну, в якому розчинено будь-який протеолітичний фермент - хімопсин, хімотрипсин, трипсин (у кількості 20 мг), антибіотики.. Операцію слід проводити після проведеного попереднього медикаментозного лікування, яке треба поєднувати з фізіотерапією, закапуванням у ніс судинозвужувального засобу.

Операцію гайморотомії проводять в умовах потенційованого місцевого знечулення.

Методика операції:

Багато хірургів використовують метод по Калдвел - Люку, тобто розкривають верхньощелепову пазуху через горизонтальний розріз у присінку рота і трепанують її в ділянці іклової ямки. Для цього на передній стінці роблять ряд перфораційних отворів (за О. І. Євдокимовим), які потім з'єднують між собою за допомогою фісурного бора або стамески.

Розкрити передню стінку верхньощелепової пазухи можна також спеціальними трепанами, які запропонували Г. М. Марченко або М. Л. Заксон.

Якщо синусит не супроводжується остеомієлітом передньої стінки верхньощелепової пазухи, або коли він риногенний, то бажано використати цю стінку за способом Г. В. Кручинського і В. І. Філіпенка (1999): випилюють у передній стінці пазухи довгасту кісткову пластинку і після маніпуляцій у пазусі припасовують пластинку, повернувши її на 90°, і фіксують швами. Цей ау-тотрансплантат, на якому зберігається слизова оболонка, добре загоюється, утворюючи для тканини щоби необхідну опору. Можна випилювати пластинку і овальної форми. Якщо нема співустя між пазухою і порожниною рота, а синусит розвинувся на ґрунті хронічного остеомієліту, необхідно здійснити гайморотомію і одночасно секвестректомію, для цього слід зробити трапецієподібний розріз на яснах за Нейманом-Заславським, враховуючи можливість вільного доступу до секвестрів альвеолярного відростка і всього остеомієлітичного вогнища. Якщо є потреба зробити не тільки кюретаж верхньощелепної пазухи, але й закрити наявну норицю, рекомендують спеціальний двозубий розріз для здійснення гайморотомії та наступного пластичного закриття. З пазухи видаляють усю патологічне змінену оболонку й поліпи, здорову чи трохи змінену слизову оболонку зберігають. норицевий хід (на місці видаленого зуба) старанно вишкрібають для ліквідації його епітеліальних стінок. Потім хірург створює (за допомогою спеціального трепана та ножиць) широке співустя між верхньощелепною пазухою та нижнім носовим ходом, промиває його розчином пероксиду водню та ізотонічним розчином натрію хлориду, вводить у порожнину йодоформний тампон, кінець якого виводить назовні через анастомоз і відповідну ніздрю.

При обмежених хронічних одонтогенних гайморитах можна не створювати риногайморостомію. Операція закінчується тим, що слизово-окісний клапоть переміщують по вищеописаній нами методиці з присінку порожнини рота на ясна і підшивають до піднебінного краю рани на альвеолярному гребені. У післяопераційному періоді призначають антибіотики, сульфаніламідни та анагетіки. Через 3-4 дні тампон, введений під час операції з гемостатичною метою, витягують через співустя в нижньому носовому ході; пазуху щодня промивають слабкими, трохи підігрітими (до 35 °С) розчинами антисептиків. На 5-й день знімають шви. Питання щодо необхідності тампонади верхньощелепної пазухи в останні роки переглядається, однак остаточно ще не вирішено. Г. М. Марченко вказує, що тампонада має ряд недоліків: тампон подразнює рану, прилипає до неї і погано відсмоктує виділення, які під дією

мікрофлори розкладаються; хворі при цьому скаржаться на відчуття тяжкості у щелепі. Витягання тампона спричиняє біль, а в деяких випадках - кровотечу. Тому, відмовившись від тампонади верхньощелепової пазухи (після операції). Г. М. Марченко залпропонувала залишати в ній систему з двох поліхлор-вінілових трубок: довжина зовнішньої трубки - 8 см, діаметр отвору - 1,2 см. товщина й стінки - 1 мм. Довжина внутрішньої трубки, яку введено у зовнішню- 9 см, діаметр отвору - 2 мм. Оскільки трубки еластичні, їх легко вводити під час операції у верхньощелепну пазуху: вони не прилипають до рани. Крім цього, через дренажну трубку після операції добре виділяється секрет. Щоб пригнітити ріст мікрофлори і забезпечити евакуацію ранового ексудату з верхньощелепової пазухи після гайморотомії, корисно застосовувати летилан-лавсанові тампони, тампон із ксеногенної очеревини, імпрегнованої антибіотиками, до яких чутлива мікрофлора даного хворого. (Ю. Й. Бернадський, Ю. Д. Гершуні, 1972) запропонували у верхньощелепову пазуху через трепанаційний отвір вводити тонкостінний еластичний гумовий балон. Досвід застосування цього способу показує, що він дає добрий гемостаз, не спричинює болю під час витягування баллону.

Контрольні питання:

1. Вкажіть загальні принципи лікування хронічного одонтогенного гаймориту.
2. Назвіть покази до операції гайморотомії.
3. Опишіть відомі Вам методики операції гайморотомії, їх переваги та недоліки.
4. Вкажіть особливості ведення післяопераційного періоду при проведенні операції гайморотомії.

Тема практичного заняття № 22

Клініка хронічного одонтогенного гаймориту.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань клініки хронічного одонтогенного гаймориту.

Навчальні питання:

1. Клініка хронічного одонтогенного гаймориту.
2. Діагностика хронічного 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 природяний 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 контрасну 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 сенсibilізації 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. На прямій рентгенограмі кіста виявляється як гомогенне, чітко обмежене затемнення напівсферичної форми, з рівними краями й основою, яка повернена до дна верхньощелепової пазухи. Бічна рентгенограма дозволяє встановити топографію кісти у передньо-задньому напрямку. При радикальних кістах, на відміну від ретенційних, прицільна рентгенограма альвеолярного відростка дозволяє виявити наявність причинного зуба.

Контрольні питання:

1. Які скарги будуть у хворих хронічним одонтогенним гайморитом?
2. Опишіть об'єктивні дані при хронічному одонтогенному гаймориті.
3. Назвіть основні симптоми при хронічному одонтогенному гаймориті.
4. Рентгенологічна картина хронічного одонтогенного гаймориту.
5. Діагностика хронічного одонтогенного гаймориту.

Тема практичного заняття № 23

Клініка, діагностика та лікування фурункулів ЩЛД.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань клініки, діагностики та лікування фурункулів ЩЛД.

Навчальні питання:

1. Клініка фурункулів ЩЛД.
2. Діагностика фурункулів ЩЛД.
3. Лікування фурункулів ЩЛД.

Короткий зміст заняття:

Фурункул (furunculus) - гостре гнійно-некротичне запалення волосяного мішечка і сполучної тканини мавколо нього: виникає внаслідок заглиблення ззовні патогенних то вірулентних стафілококів (золотистого або білого) Патологічні зміни, що відбуваються при фурункульозі, спричинюють некроз волосяного мішечка, сальної залози і прилеглої сполучної тканини; у центрі некротичних мас – осередки скупчення стафілококів. Навколо змертвілої тканини видно широкий вал із сегментоядерних нейтрофільних грамулоцитів і макрофагів, що проникають у смугу некрозу. Далі - набряк, розширення кровоносних і лімфатичних судин та інфільтрат з нейтрофільних гранулоцитів, лімфоцитів і плазматичних клітин. Епітелій відшаровується, під ним утворюється гнійний пухирець.

Локалізується фурункул звичайно на підборідді, губах, на носі рідше – на чолі і щоці. Починається захворювання з явищ запалення, яке поширюється навколо устя волосяного мішечка. Через 1-2 доби у власне шкірі виникає запальний інфільтрат у вигляді нечіткого обмеженого вузлика, що швидко збільшується і трохи піднімається (у вигляді конуса) над здоровою шкірою. Шкіра над інфільтратом забарвлена в темно-червоний колір. У цій стадії хворі скаржаться на сильну болючість. Через 3-4 дні від початку захворювання у центрі інфільтрату виникає флюктуація; в місці підсохлого від цього часу пухирця з'являється новий який досягає 0,5 см у діаметрі. Через деякий фурункул прориває і з нього виділяється невелика кількість гною. В місці прориву видно верхівку так званого некротичного стрижня. Поступово гноєвиділення зменшється, і некротичний стрижень відокремлюється.

Кратероподібна виразка-рана виповнюється грануляціями і загоюється з утворення трохи втягнутого рубця.

Діагноз звичайно не викликає труднощів, проте, якщо в центрі пухирця є серозно-кров'яниста рідина або чорні кірки, треба віддиференціювати банальний фурункул від сибірково-виразкового фурункула (за допомогою бактеріологічного дослідження вмісту пухирця або матеріалу, взятого з-під кірочки).

Лікування має бути суворо індивідуалізоване і залежить від стадії захворювання, загального стану хворого, місцевих та загальних ускладнень. Без лікарського втручання захворювання може закінчитись видужанням

через 8-10 днів. Завдання лікаря полягає в тому, щоб скоротити цей строк і запобігти грізним ускладненням фурункула (карбункул, флегмона, тромбофлебіт лицевої вени, сепсис, тромбоз печеристої пазухи, гнійний базальний менінгіт та ін.)

Практика показує, що при фурункулах обличчя з не прогресуючим інфільтратом у ділянці осередку і відсутністю тенденцій до поширення процесу, а також у разі, коли загальний стан хворого задовільний для ліквідації процесу достатньо створити спокій для м'язів та застосувати комплексну терапію. З перших хвилин лікування (бажано в умовах стаціонару) хворому забороняють розмовляти і переводять на годування через поїльник Діліянку шкіри, що оточує фурункул, змазують ефіром, 70% етиловим або 2% саліциловим спиртом. Навколо фурункула тканини інфільтрують анестетиком. Застосовують антибіотики, вітаміни, неспецифічну імунотерапію. З виникненням метастатичних осередків поряд із консервативними методами лікування застосовують хірургічний метод.

Контрольні питання:

1. Макро- та мікроскопічна картина фурункулу.
2. Опишіть динаміку розвитку фурункулу.
3. Проведіть диференційну діагностику фурункулу.
4. Опишіть методи хірургічного лікування фурункулів.
5. Які засоби застосовують для консервативного лікування фурункулів.

Тема практичного заняття № 24

Клініка, діагностика та лікування карбункулів ЩЛД.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань клініки, діагностики та лікування карбункулів ЩЛД.

Навчальні питання:

1. Загальні дані.
2. Патологічна анатомія карбункулів.
3. Клініка карбункулів ЩЛД.
4. Діагностика карбункулів ЩЛД.
5. Лікування карбункулів ЩЛД.

Короткий зміст заняття:

Загальні відомості.

Карбункул - розлите гнійно-некротичне запалення шкіри та підшкірної основи, що виходить з декількох цибулин волосяних мішечків та сальних залоз. Виникають карбункули внаслідок одночасного заглиблення інфекції (найчастіше стафілокока, рідше - стрептокока та інших мікробів) в декілька волосяних мішечків та сальних залоз. Найчастіше карбункул виникає у людей похилого віку, виснажених хворих, що страждають на авітаміноз, діабет, а також у зв'язку зі спробою видавити фурункул на губі підборідді або щоці У дітей та підлітків трапляється рідко, що можна пояснити особливостями морфологічної структури шкіри та підшкірної клітковини: відсутністю міцних еластичних волокон у підшкірній клітковині та шкірі,

неглибокими протоками сальних залоз, віасутністю волосся на обличчі та ін. Механізм розвитку аналогічний фурункулу.

Патологічна анатомія.

Карбункул характеризується щільним імфільтратом у глибоких шарах шкіри та пішкірної основи. Шкіра над ним напружена, епідерміс відшаровується. Іноді з'являється декілька щільних вузлів, які незабаром об'єднуються в один щільний імфільтрат, що поширюється вглиб і вшир. На його поверхні - багато щільних гнійничків - пухирців та некротичних пробок. Якщо карбункул міститься на губі, щоці, обличчя стає асиметричним як за рахунок імфільтрату, так і набряку, що поширюється на верхні відділи обличчя, ніс при цьому відхиляється у здоровий бік. Карбункул завжди супроводжує картина гострого сітчастого лімфангоїту та регіонарного лімфаденіту. Поступово розвивається некроз волоссяни хмішечків сальних залоз, підшкірної основи та шкіри. Венозні судини переповнені кров'ю, тромбуються, що призводить до збільшення набряку обличчя навіть на здоровій його половині. Артеріальні судини стискаються ексудатом. У зв'язку з циркуляторними порушеннями, а також проникненням у стінки судин токсинів і ендотоксинів зона некрозу збільшується, некротичний процес переважає над гнійним розплавленням. У кінцевому підсумку на некротизованій шкірі виникає ряд отворів, крізь які виділяється гнійно-некротична маса кров'янистого кольору. В глибині некроз може поширитися на фасцію, м'язи та щелепи.

Клінічна картина залежить від фази запалення. Спочатку вона нагадує асоціацію ще не об'єднаних один з одним фурункулів, а в розпалі запалення та некрозу - щільний синьо-коричневого кольору імфільтрат з вираженим набряком навколо, іноді сітчастим лімфангоїтом та лімфаденітом піднижньощелепових, підпідборідкових навіть шийних вузлів. У центрі імфільтрату - різка синюшність шкіри, ближче до периферії вона стає блідішою. Окремі гнійно-некротичні стрижні, які були раніше, поступово зливаються і утворюють одну доволі велику ділянку некрозу.

Хворі скаржаться на поступово зростаючий сильний біль, що залежить від напруження в шкірі.

Загальний стан хворого швидко погіршується, виникає озноб, марення, температура тіла досягає 39-40 °С, апетит відсутній, язик обкладений, загальна слабкість, запори. У крові: лейкоцитоз, прискорена ШОЕ. Лише після відторгнення некротизованих мас процес припиняється, загальний стан хворого поліпшується, зменшується набряк. Діагноз карбункула не становить труднощів, якщо є наведені вище симптоми. Від фурункула карбункул відрізняється наявністю нагноєння в декількох місцях (декілька стрижнів).

Лікування завжди потрібно проводити в умовах стаціонару, створивши для хворого повний спокій. Тактика лікування карбункулів обличчя потребує індивідуального підходу. Слід неодмінно враховувати індивідуальні особливості хворого, стадію розвитку та клінічний перебіг захворювання. Такий гнучкий індивідуалізований підхід тактики лікування має переваги

перед шаблонним застосуванням у всіх випадках одного і того самого методу -консервативного чи хірургічного втручання.

Контрольні питання:

1. Макро- та мікроскопічна картина карбункулу.
2. Опишіть динаміку розвитку карбункулу.
3. Проведіть диференційну діагностику карбункулів ЩЛД.
4. Опишіть методи лікування карбункулів ЩЛД.

Тема практичного заняття №25

Клініка, діагностика та лікування актиномікозу ЩЛД.

Навчальна мета заняття:удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань клініки діагностики та лікування актиномікозу голови та шиї.

Навчальні питання:

1. Клініка неускладненого актиномікозу.
2. Клініка ускладненого актиномікозу.
3. Діагностика актиномікозу.
4. Лікування актиномікозу.

Короткий зміст заняття:

За клінічним перебігом слід розрізняти: актиномікоз, не ускладнений вторинною інфекцією. і актиномікоз, ускладнений вторинною інфекцією. Крім того, залежно від вияву клінічних симптомів та тяжкості їх слід розрізняти легку, середню і тяжку форми актиномікозу.

Клініка неускладненого актиномікозу:

Найчастіше в м'яких тканинах ретромоллярного трикутника, обличчя, шиї, підщелепної ділянки з'являється неболючий або малоболючий інфільтрат, у межах 1-2 лімфовузлів. Спочатку він має вигляд обмеженого вузла,, твердого, рухливого, не спаяного з сусідніми тканинами. В пізнішій стадії він не має різких меж, стаючи розлитим, не контурованим. Пальпація виявляє «дерев'янисту» твердість інфільтрату, який при натисканні неболючий або слабоболючий. Локалізуючись у привушній, защелепній ділянці, ретромоллярному трикутнику залальний процес поширюється на жувальну мускулатуру і спричиняє порівняно ранній симптом – неболісну контрактуру (тризм) щелеп; пізніше з'являється набряклість половини обличчя, повік, порушення мимічної мускулатури. Значний інфільтрат шиї утруднює повороти голови. Спроба відкрити рот не слричнює, як правило, больової реакції. Температура тіла субфебрильна, загальний стан задовільний, але поступово хворі худнуть через неможливість нормально харчуватися. У різні строки від моменту появи інфільтрату настає розм'якшення його, а шкіра над ним набуває червоно-синюшно-фіолетового відтінку, з'являються численні шкірні і внутрішньоротові нориці, через які назовні або в порожнину рота виділяється своєрідний гній з крупинками друз. Шкіра навколо нориць стає тонка. Кількість гною то значна, то мала, то зовсім зникає, після цього нориці закриваються, але

через деякий час рецидивують. Якщо процес локалізується під шкірою і не втягує жувальну мускулатуру, тризму немає.

Клініка ускладненого актиномікозу.

Якщо до актиномікозу приєднується вторинна інфекція, захворювання проходить тяжче, з високою температурою тіла, інтоксикацією. Після розкриття або мимовільного проривання абсцесів і флегмон лишаються незагоєні стійкі нориці. Ускладненою формою актиномікозу слід вважати таку, за якої в процес втягуються щелепа, кістка орбіти, вилична кістка, скронева і лобні кістки, а також віддалені ділянки організму, тобто коли настає генералізація процесу (актиномікозний сепсис). Почастішали випадки метастазування актиномікозу в мозок і органи черевної порожнини. Тяжким і грізним ускладненням актиномікозу щелепно-лищевої ділянки і шиї є амілоїдоз внутрішніх органів, що виникає звичайно на фоні тяжких супутніх захворювань. Очевидно, актиномікоз і знижена імунобіологічна опірність у цих хворих зумовлюють постійне всмоктування в їхній організм продуктів тканинного розпаду, що спричинює грубі порушення обміну речовин в організмі і передусім - білкового.

Лише близько у 8% хворих встановлюють правильний діагноз поза клінікою. Це пояснюється тим, що багато лікарів мають уявлення про актиномікоз як захворювання, що починається однотипно. Проте вияви актиномікозу надто різноманітні і виходять далеко за межі трафаретних уявлень характерних для практичного лікаря.

Оскільки у 80% хворих на актиномікоз є імунodefіцит, варто до комплексу лікування включати імунотерапію і детоксикацію (нові вакцини, актовакцини, синтетичні препарати).

Контрольні питання:

1. Клініка неускладненого актиномікозу.
2. Клініка ускладненого актиномікозу.
3. Які ви знаєте методи діагностики актиномікозу.
4. Диференційна діагностика актиномікозу.
5. Опишіть лікування актиномікозу.

Тема практичного заняття № 26

Клініка, діагностика та лікування туберкульозу ЩЛД.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань клініки діагностики та лікування туберкульозу ЩЛД.

Навчальні питання:

1. Етіологія та патогенез туберкульозу ЩЛД.
2. Клініка окремих форм туберкульозу ЩЛД.
3. Діагностика туберкульозу ЩЛД.
4. Лікування туберкульозу ЩЛД.

Короткий зміст заняття:

Туберкульоз – хронічне інфекційне захворювання, збудником якого є мікобактерії туберкульозу. Туберкульозне ураження тканин ЩЛД поділяється на первинне і вторинне. Первинне ураження не супроводжується легневим туберкульозом і виникає при попаданні туберкульозної інфекції

через мигдалини лімфоїдного кільця Пирогова-Вальдейера, слизову оболонку і шкіру при запаленні і пошкодженнях. Вторинне ураження ЩЛД спостерігається при активному туберкульозі. Туберкульозне ураження ЩЛД включає наступні прояви:

1. Ураження шкіри.
2. Слизових оболонок
3. Підшкірної клітковини
4. Щелеп
5. Лімфатичних вузлів
6. Слинних залоз.

Первинне туберкульозне ураження найчастіше формується в ділянці лімфатичних вузлів. Для туберкульозного лімфаденіту характерне поступове неbolюче збільшення лімфатичних вузлів. Спочатку лімфовузол еластичної консистенції з рівною поверхнею, потім відбувається їх спаювання в “пакети”. Розвиток периаденіту є характерною рисою туберкульозного лімфаденіту. При пальпації таких вузлів відзначається болючість. Шкіра над паталогічних вогнищем іперміювана, стоншена, можуть утворюватись нориці і виразки.

Туберкульоз шкіри і підшкірної клітковини виникає при гематогенному і лімфогенному поширенні мікобактерій з туберкульозних вогнищ. Розрізняють наступні клінічні форми:

1. Первинний туберкульоз шкіри (туберкульозний шанкер)
2. Туберкульозний вовчак
3. Скрофулодерма (коліквацийний туберкульоз)
4. Бородавчастий туберкульоз
5. Міліарно-виразковий туберкульоз
6. Диссемінований міліарний туберкульоз обличчя
7. Розацеоподібний туберкулоїд
8. Папуло-некротичний туберкульоз

Туберкульоз щелеп виникає вторинно і клінічно нагадує хронічний остеомієліт з наявністю нориць і виразок.

Лікування. Санація ротової порожнини та розкриття гнійних вогнищ, проведення біопсії та секвестрэктомії. Загальне лікування хворих проводять у спеціалізованих фтизіатричних лікувальних закладах.

Контрольні питання:

1. Назвіть етіопатогенетичні фактори розвитку туберкульозу ЩЛД.
2. Опишіть клініку окремих форм туберкульозу ЩЛД.
3. Діагностика туберкульозу ЩЛД.
4. Вкажіть лікування туберкульозу ЩЛД.

Тема практичного заняття № 27

Клініка, діагностика та лікування гострих та хронічних артритів.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань клініки, діагностики та лікування гострих та хронічних артритів.

Навчальні питання:

1. Клініка та діагностика гострих артритів.
2. Лікування гострих артритів.
3. Клініка та діагностика хронічних артритів.
4. Лікування хронічних артритів.

Короткий зміст заняття:

Гострі артрити починаються, як правило, з гострого болю в одному або двох суглобах, який посилюється під час рухів нижньою щелепою. Біль нерідко іррадіює у вухо, скроню, голову. У деяких хворих спостерігається припухлість (запальний інфільтрат) навколосуглобових тканин і гіперемія шкіри спереду козелка вуха. Відкривання рота обмежене до 0,3-0,5 см між різцями-антагоністами. Хворі погано їдять, неспокійно сплять, скаржаться на загальне нездужання, втрачають працездатність. Температура тіла при цьому може й не підвищуватися, якщо процес не супроводжують грип або ангіна. Майже не змінюється склад крові, за винятком ШОЕ, яке іноді буває прискорене. Якщо гострий артрит виник внаслідок травми, він може супроводжуватися розривом зв'язкового апарату, крововиливом у суглоб.

Травматичні гострі запалення скронево-нижньощелепних суглобів трапляються досить часто. Хворі скаржаться на гострий біль в одному або двох суглобах, який виник після одномоментної значної травми або надмірного відкривання рота. Відкривання рота, жування, приймання їжі і навіть розмова є утрудненими.

Об'єктивно обмеження рухливості нижньої щелепи, припухлість тканин навколо суглоба внаслідок набряку, інфільтрації або крововиливу в порожнину суглоба. При натисканні рукою на підборіддя біль різко посилюється.

При рентгенографії суглобів звичайно не виявляють суттєвих змін, за винятком випадків крововиливу або серозного випоту в суглобі, тоді суглобна щілина стає розширеною.

Лікування гострих артритів (травматичних і нетравматичних) має на меті якнайшвидше досягти розсмоктування крові та ексудату. Для цього поряд із тимчасовою (на 2-3 дні) іммобілізацією суглоба (пращоподібна пов'язка і міжзубна прокладка) слід 1-2 рази ввести у порожнину суглоба суміш, в яку входить анестетик, 1 мг гідрокортизону та 200 000 МО антибіотика наприклад пеніциліну. Перерва між першою та другою ін'єкцією - 2-3 дні.

Одночасно слід призначити компрес із ронідазою або іонофорез із бджолиною отрутою (вірапін), йодистим калієм та новокаїном, димексидом. Окрім цього, необхідно призначити анальгетики, аскорбінову кислоту. Крім медикаментів та фізіотерапевтичних процедур, рекомендують (Х.А.

Каламкаров, Ю. А. Петросов, 1982) підвищити прикус і забезпечити цим спокій у суглобі.

Клініка хронічних артритів. Неприємні відчуття поступово переростають у досить сильний біль від найменших рухів суглобової голівки під час розмови або жування. Якщо ж до травматичного фактора приєднується інфекція, виникає картина гнійного запалення, яке призводить до розплавлення суглобового диска та хрящового покриву, а іноді - до секвестрації суглобової голівки. Внаслідок цього відбувається заповнення загиблих тканин рубцями і анкілозування суглоба (фіброзного або кісткового). Іноді у хворих із травматичним хронічним артритом є синдром Костена, який характеризується головним болем, запамороченням, шумом у вухах, зниженням слуху, іноді сухістю в роті або печією в язичку.

Хронічні інфекційні неспецифічні артрити.

Захворювання проходить мляво на фоні задовільного загального стану. Хворі скаржаться на порівняно незначний мимовільний біль, який посилюється в разі спроби відкрити рот. Відкривання рота неможливе або обмежене (до 2 см), а жування майже неможливе через значний біль. Спереду козелка вуха може виникнути незначна припухлість тканин. Обмеження рухів нижньою щелепою та переміщення її вбік пояснюється запаленням синовіальної оболонки з наступним рубцюванням її.

На рентгенограмі: звуження суглобової щілини, деструктивні і реактивні зміни субхондральної пластинки голівки та суглобової ямки.

Характерним симптомом хронічних артритів є хруст - одна з перших ознак порушення функції скронево-нижньощелепного суглоба. Хруст може бути помірний і виявлятися тільки при пальпаторному обстеженні суглобової голівки через зовнішній слуховий прохід; може бути грубий, різкий і добре прослухатися навіть сторонніми людьми. Можуть бути об'єктивні порушення чутливості шкіри в ділянці суглоба, Скроні, привушної ділянки.

Діагноз хронічних артритів має ґрунтуватися на ретельно зібраному анамнезі, даних об'єктивного обстеження, зокрема звичайного рентгенографічного, топографічного, а також інтравізіоскопії та -графії.

Лікування досить складне, оскільки тривала іммобілізація та розвантаження суглоба, які потрібні на певних етапах лікування, створюють значні утруднення. Вони пов'язані з особливостями функцій щелепи (жування, мовлення, участь в акті ковтання). Тому в лікування гострих та хронічних неспецифічних інфекційних артритів входить комплекс заходів, які слід застосовувати в тій чи іншій комбінації:

Усунення джерела інфекції - вогнища запалення поза суглобом (санация вогнищ інфекції у зубах, середньому вусі, мигдаликах, верхньощелепних пазухах, кишечнику, сечовому міхурі та інших органах). Перед тим, слід застосовувати профілактичне лікування (ацетилсаліциловою кислотою, амідопірином, бутадіоном, сульфаміламідними препаратами, антибіотиками), щоб попередити загострення артриту після операції.

Стимулювання загальної імунологічної реактивності та десенсибілізації організму: а) посилене (калорійне та вітамінізоване) харчування; б) поєднання аспірину з похідними кортизону ацетату або преднізолону, кортикотропін. Розвантаження суглоба і забезпечення спокою

створюють за допомогою гумової прокладки завтовшки 5-10 мм, яку встановлюють між кутніми зубами.

Фізіотерапія: у гострому періоді - легке тепло (зігрівальний компрес, УВЧ, солюкс), а після його ліквідації - електрофорез із вірапіном або медичною жовчю, парафінові аплікації.

У стадії загострення хронічного артриту, при гострому травматичному артриті корисною є електростимуляція жувальних м'язів за методом О. І. Мірзи, А. А. Подубелова, Г. Ф. Колесникова (1988)

Контрольні питання:

1. Опишіть клініку та діагностику гострих артритів.
2. Методи лікування гострих артритів.
3. Назвіть медикаментозні засоби, що застосовуються для лікування гострих та хронічних артритів
4. Клініка та діагностика хронічних артритів.
5. Методи лікування хронічних артритів.

Тема практичного заняття № 28

Клінічні ознаки та діагностика остеом щелеп.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань клініки та діагностики остеом.

Навчальні питання:

1. Загальні дані. Гістологічна будова остеом.
2. Клінічні ознаки остеом.
3. Діагностика остеом.
4. Лікування остеом.

Короткий зміст заняття:

Остеоми відносяться до остеогенних доброякісних пухлин щелеп. Остеома побудована з відносно зрілої кісткової тканини, розміщується в губчастій та кортикальній речовині щелепи. Локалізується остеома частіше на нижній щелепі, але може бути і на внутрішній стінці верхньощелепової пазухи, в порожнині носа, а також в товщі привушної залози.

Клінічно остеоми ростуть повільно, довгі роки не дають про себе знати. Скарги хворих залежать від локалізації остеоми. Розвиваючись в товщі нижньої щелепи, вона з часом викликає невралгічний біль в нижньолуночковому нерві та асиметрію нижньої половини обличчя; локалізуючись на вінцевому відростку, викликає поступово зростаюче обмеження рухів нижньої щелепи, а проростаючи в порожнину носа - утруднене дихання через відповідну половину носа. При проростанні остеоми в верхньощелепову пазуху перебіг безсимптомний, часто виявляється випадково на рентгенограмі.

Гістологічно остеоми поділяють на компактні, губчасті та м'які. Компактні відрізняються від нормальної кістки порушенням архітекτονіки і вузькими судинними каналами. Губчасті мають губчасту прозору речовину.

На відміну від нормальної губчастої кістки, балки в спонгіозній остеомі розташовані хаотично.

Діагностика компактних остеом не викликає труднощів: чіткий рентгенографічний симптом «плюс тканина» свідчить про наявність щільної остеоми, яка виділяється на фоні більш рентгенопроникаючої кістки

Остеоїд-остеома, або м'яка остеома, зустрічається в щелепах дуже рідко. Локалізується м'яка остеома в губчастій або кортикальній речовині кістки, або субперіостально. Розмір пухлини від 5 до 20 мм в діаметрі.

Клінічно проявляється ниючим болем, особливо в нічний час, який періодично загострюється.

При поверхневій локалізації може викликати асиметрію обличчя. На рентгенограмі визначається зона просвітлення по периферії і підвищена рентгенопроникливість пухлини в центральній частині. Встановити діагноз без попереднього патогістологічного дослідження практично неможливо.

Губчасті і м'які остеоми слід відрізнити від остеобластокластоми, солідних адамантином, кісткових дисплазій, остеофітів, екзостозів, хронічних періоститів.

Контрольні питання:

1. Вкажіть найчастішу локалізацію остеом.
2. Як гістологічно поділяються остеоми?
3. Наведіть клініку остеом.
4. Вкажіть рентгенологічну картину при остеомах.
5. Пове́дiть диференційну діагностику остеом.

Тема практичного заняття № 29

Етіологія, патогенез, клініка, діагностика та диференційна діагностика пухлиноподібних утворень м'яких тканин.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань етіопатогенезу, клініки, діагностики пухлиноподібних утворень м'яких тканин.

Навчальні питання:

1. Етіопатогенез пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
2. Класифікація пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
3. Патоморфологія пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
4. Клініка та діагностика ретенційних кист малих слинних залоз.
5. Клініка та діагностика ранул.
6. Клініка, діагностика кист під'язикової, підщелепової та білявушної слинних залоз.
7. Клініка, діагностика дермоїдних кист.
8. Клініка, діагностика епідермальних кист.
9. Клініка, діагностика серединних і бокових кист шиї.

Короткий зміст заняття:

Етіопатогенез пухлиноподібних утворень м'яких тканин трактується по-різному. Одні автори вважають, що вони є похідними другої жаберної

щілини і другої глоткової кишені, інші – їх утворення пов'язують з необлітерованістю зобноглоткового протоку; треті - висувають лімфоепітеліальну теорію, розглядаючи їх як вади розвитку лімфатичних вузлів. Існує думка, що пухлиноподібних утворень м'яких тканин передаються по спадковості виникають під впливом різних тератогенних перші дні або тижні вагітності.

Ретенційні кисти малих слинних залоз спостерігаються на слизовій оболонці губ, рідше на слизовій оболонці щік, у вигляді виступаючого над її поверхнею скловидного або синюватого пружного на дотик тіла кулястої форми 0,5 - 2 см в діаметрі, з добре контурованими краями

Киста знаходиться безпосередньо під слизовою оболонкою і складається з капсули, яка містить ясну та слизисту рідину.

Етіологія. Ретенційна киста утворюється внаслідок затримки секрету слинної залози при закупорці вивідної протоки її, що настає в результаті прикушування зубами або будь-якої іншої травми протоки. Нагромадження секрету веде до поступового здавлювання і атрофії паренхіми залози.

У разі інфікування киста нагноюється і справляє враження абсцесу. Пальпаторно киста еластичної консистенції, безболісна.

Диференційний діагноз проводять з пухлинами малих слинних залоз, які зустрічаються рідше, мають еластичну консистенцію, поверхня горбиста, без флюктуації, з кавернозною гемангіомою, для якої характерний багрово-синюшний колір, симптом наповнення.

Під'язикова ретенційна киста (ранула) розміщується під слизовою оболонкою, розтягує її і має дещо прозорий вигляд з голубуватим відтінком. Розвивається ранула з однієї сторони, потім, збільшуючись переміщується до середньої лінії. Для ранули є характерним збільшення в бік язика. Язик у таких випадках виявляється трохи припіднятим. Болісних відчуттів киста не завдає, але досягнувши значних розмірів, порушується мова та утруднюється рух язика при прийманні їжі.

На відміну від ранули, киста під'язикової слинної залози має більші розміри і розміщується на протязі всього під'язикового простору з відповідної сторони. Заслуговує на увагу те, що оболонка кисти слинної залози твердіша, ніж при ранулі.

Кисту слинної залози необхідно відрізнити від кістозних розширень слинних залоз, коли настає затримка слини.

Диференційна діагностика. Диференціюють ранулу з дермоїдною кистою, з судинними пухлинами (лімфангіомою і гемангіомою).

Киста білявушної слинної залози локалізується переважно в нижньому полюсі залози, виявляють її випадково. Киста є обмеженою безболісною припухлістю в білявушній ділянці, м'яко-еластичної консистенції. Вмістом кисти є рідина жовтуватого кольору, інколи мутна з домішками слизу.

Диференційний діагноз проводять з органоспецифічними пухлинами, ліпомами, судинними пухлинами залоз.

В щелепово-лицевій ділянці дермоїдні кисти можуть розміщуватись біля кореня носа, між бровами, біля внутрішнього і зовнішнього країв чи

ближче до скроні, на спинці носа і на його кінчику, на щоці коло крила носа, в середині щоки, біля дна порожнини рота, по середній лінії шиї, під кутом нижньої щелепи.

Дермоїд визначається як пухлина кулястої або овальної форми, що розміщується в м'яких тканинах або на кістковій основі (біля орбіти), розміром від лісового горіха до курячого яйця. Росте дермоїд повільно, непомітно. Дермоїдні кисти містять кашоподібну масу, утворену від розпаду епітелію, продуктів виділення сальних залоз, домішки серозної рідини.

Виникнення епідермальних кист зумовлене зануренням шматочків епідермісу в підшкірну клітковину. Відбувається це в момент травми з порушенням цілісності шкірного покриву. Епітеліальна киста щелепово-лицевої ділянки виявляється у випадках нагноєння. Після хірургічного та самостійного розкриття кисти залишається норичця, яка періодично то закривається, то знову відкривається. Неодноразове вискоблювання норичць у таких випадках веде до тимчасового покращення, однак вони знову дають рецидиви. Діагноз встановлюється на підставі рентгенограм, з введенням контрастної маси, які показують тих чи інших розмірів ампулоподібні порожнини завбільшки від невеликої горошини і більше.

Серединні та бокові кисти шиї проявляються у вигляді м'якого безболісного утворення в підщелеповій ділянці або в верхніх відділах шиї. Кисти містять серозно-слизову рідину, стінки її тонкі, вкриті плоским або циліндричним епітелієм. Кисти можуть розкриватись з утворенням серединних та бокових норичць шиї, інколи їх закриття веде до утворення кист шиї.

Контрольні питання

1. Вкажіть причини виникнення ретенційних кист малих слинних залоз.
2. Основні клінічні симптоми ретенційних кист.
3. Діагностика ретенційних кист малих слинних залоз.
4. Назвіть основні принципи лікування ретенційних кист малих слинних залоз.
5. Вкажіть етіологічні фактори виникнення ранул.
6. Назвіть основні клінічні симптоми ранул.
7. Проведіть диференційну діагностику ранул
8. Клініка, діагностика кист під'язикової, підщелепової та білявушної слинних залоз.
9. Клініка, діагностика дермоїдних кист.
10. Клініка, діагностика епідермальних кист.
11. Клініка, діагностика серединних і бокових кист шиї.

Тема практичного заняття № 30

Хірургічні методики лікування остеогенних пухлин щелепово-лицевої ділянки

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань методик хірургічного лікування остеогенних пухлин щелепово-лицевої ділянки.

Навчальні питання:

1. Резекція нижньої щелепи без порушення цілісності її краю.
2. Резекція нижньої щелепи з порушенням цілісності її краю.

Короткий зміст заняття.

Резекція нижньої щелепи без порушення цілісності її краю.

В залежності від розмірів пухлин виконують в умовах місцевого або загального знечулення. Оперативний доступ здійснюється дугоподібним розрізом від кута щелепи (якщо пухлина локалізується в нижньому краї тіла щелепи), або розрізом від мочки вуха, огинаючи кут щелепи (якщо пухлина локалізується в ділянці кута або заднього краю щелепи). Після розрізу м'яких тканин розсікають окістя в ділянці пухлин та распатором відділяють її на протязі пухлини з зовнішньої та внутрішньої поверхні до здорової кістки. Помітивши лінію резекції, роблять отвори в кістці на відстані 0,5-1 см один від одного, долотом проводять остеотомію і видаляють відрізок кістки, який помітили. На окістя і м'які тканини накладають шви. Шкірну рану закривають наглухо, між швами вводять 1-2 гумові смужки на 2-3 дні.

Резекція нижньої щелепи з порушенням цілісності її краю.

Операцію виконують під загальним наркозом. Після того, як навколишні м'які тканини зовнішньо та внутрішньо відділено від щелепи до альвеолярного відростка, розсікають поблизу шийок зубів слизову оболонку з щічної та язикової сторін, пилою Джіглі перепилують кістку ближче до підборідкового відділу, після того, як зроблено розпил кістки, асистент кістковими щипцями захоплює щелепу і відтягує її донизу, м'які тканини гачком відводять догори. Хірург скальпелем і ножицями відділяє частину щелепи, яка призначена для видалення від м'яких тканин з внутрішньої сторони. Якщо потрібно видалити щелепу з кутом або з частиною гілки, ззовні скальпелем відсікають від кістки жувальний м'яз і распатором відділяють його разом з окістям догори. На вільний кінець м'язу накладають шов, за який під час наступних етапів операції м'яз відводять догори, що полегшує маніпуляції в рані. Відділивши жувальний м'яз, щелепу відводять назовні і відсікають безпосередньо біля кістки нижній кінець медіального крилоподібного м'язу, на який також накладають шов. Після цього перепилують гілку щелепи на вибраній ділянці. Переконавшись в тому, що обидва розпили кістки проведені поза пухлиною, починають зашивання рани зі сторони ротової порожнини, на краї слизової накладають шви. Рану пошарово ушивають.

Контрольні питання

1. Опишіть методику операції резекції нижньої щелепи без порушення цілісності її краю.
2. Опишіть методику операції резекції нижньої щелепи з порушенням цілісності її краю.
3. Вкажіть особливості ведення післяопераційного періоду.

Тема практичного заняття № 31

Етіопатогенез, клініка, діагностика папілом та міом.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань діагностики пухлин епітеліальної та м'язевої тканин.

Навчальні питання:

1. Характеристика пухлин епітеліальної та м'язевої тканин.
2. Етіопатогенез пухлин епітеліальної та м'язевої тканин.
3. Клініка та діагностика папілом.
4. Клініка, діагностика міом.

Короткий зміст заняття.

Папілома – це округле або овальне утворення, яке виступає над рівнем слизової оболонки. Поверхня папілом може бути гладкою, інколи зморщеною. Консистенція папілом різноманітна: папіломи бувають м'якими і щільними.

Пухлина має білястий вигляд, нагадує бородавку, або кольорову капусту. На відміну від фіброми, папілома має основу у вигляді ніжки, при огляді на поверхні папіломи можна помітити тонкі ворсинки. Папілома легко травмується і запалюється, стає чутливою, збільшується в розмірі.

Папілома в порожнині рота локалізується на яснах, в товщі слизової оболонки ротової порожнини, в тканинах щік, губ, м'якого піднебіння. Папіломи можуть локалізуватись на бокових поверхнях язика, в ділянці кінчика язика. У деяких хворих скупчення папілом (папіломатоз) виникає в ділянці ромбовидної ямки язика.

Розрізняють тверді і м'які папіломи. Тверді папіломи відзначаються тим, що їх поверхневий шар виглядає твердим в результаті гіперкератозу.

Папіломи поділяються на справжні та несправжні. Під справжніми розуміють екзофітні або ендофітні розростання епітелію над сполучнотканинною стромою. Всі решта сосочкові розростання лише зовні схожі на папілому, а в гістологічній основі являють собою іншу пухлину, відносять до не справжніх папілом.

Міома відноситься до пухлин, які розвиваються з м'язевої тканини. У ротовій порожнині вони можуть локалізуватись на кінчику язика, безпосередньо під епітеліальним покровом. Розвиваючись з гладкої мускулатури, ці пухлини носять назву лейоміоми, в щелепово-лицевій ділянці локалізуються дуже рідко.

Контрольні питання

1. Класифікація папілом.
2. Клінічна картина папілом.
3. Диференційна діагностика папілом щелепно-лицевої ділянки.
4. Клінічна картина міом

Тема практичного заняття № 32

Етіопатогенез та класифікація передракових станів ЩЛД.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань етіології, патогенезу та класифікації передракових станів ЩЛД.

Навчальні питання:

1. Фактори ендogenous та екзогенного характеру, які впливають на

виникнення передракових станів.

2. Патогенез передракових станів ЩЛД.
3. Класифікація передракових станів щелепово-лицевої ділянки.

Короткий зміст заняття:

При розгляді передракових станів щелепово-лицевої ділянки слід звернути увагу на етіологічні фактори ендogenous та екзогенного характеру:

1. Атрофія слизової оболонки губ і порожнини рота в похилому віці.
2. Несприятливий атмосферний вплив.
3. Куріння.
4. Закладання під язик подразнюючих речовин.
5. Механічні травми слизової оболонки губ, порожнини рота гострими краями зубів, неправильно виготовленими пломбами і протезами.
6. Опіки слизової оболонки алкоголем і гарячою їжею.

Класифікація передракових станів щелепово-лицевої ділянки по А. А. Машкілейсону.

I. Облігатні передракові захворювання:

1. Хвороба Боуена і еритроплазія Кейра.
2. Бородавчатий і вузловий передрак червоної облямівки.
3. Абразивний преканцерозний хейліт Манганотті.
4. Обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки.

II. Факультативні передракові захворювання з великою потенційною злоякісністю:

1. Лейкоплакія ерозивна і верукозна.
2. Папілома і папіломатоз піднебіння.
3. Шкірний ріг (на межі червоної облямівки).
4. Кератоакантома.

III. Факультативні передракові захворювання з меншою потенційною злоякісністю:

1. Лейкоплакія плоска.
2. Хронічні виразки слизової оболонки рота.
3. Ерозивні і гіперкератичні форми червоного вовчака і червоного плоского лишая червоної облямівки губ.
4. Хронічні тріщини губ.
5. Пострентгенівський хейліт і стоматит.
6. Метеорологічний і актинічний хейліт.

Контрольні питання:

1. Які Ви знаєте причини виникнення передракових захворювань щелепно-лицевої ділянки?
2. Встановіть, що таке облігатні і факультативні передракові стани.
3. Розкажіть класифікацію передракових станів щелепно-лицевої ділянки.
4. Дайте клініко-морфологічну характеристику передраковим станам.

Тема практичного заняття № 33

Лікування передракових облігатних станів.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань методів лікування передракових облігатних станів.

Навчальні питання:

1. Лікування хвороби Боуена і еритроплазії Кейра.
2. Лікування бородавчатого і вузлового передракового червоної облямівки губ.
3. Лікування преканцерозного хейліту Манганоті.
4. Лікування обмеженого передракового гіперкератозу червоної облямівки.

Короткий зміст заняття:

Лікування хвороби Боуена і еритроплазії Кейра полягає в першу чергу в повному видаленні ділянки ураження. При цьому повинна бути обов'язково видалена широка смужка здорової слизової оболонки навколо вогнища. При видаленні ділянки ураження рекомендують користуватись електрохірургічним методом. Якщо хірургічне висічення вогнища неможливе, в таких випадках використовують рентгенотерапію.

Хороший терапевтичний ефект при хворобі Боуена спостерігається від місцевого застосування цитотоксичних засобів: демоколцин, N-дезацетилтіоксихіцин і метотрексат. Дія перших двох препаратів полягає в гальмуванні мітозу в метафазі, останній засіб гальмує початок мітозу, порушуючи синтез дезоксирибонуклеїнової кислоти.

Лікування бородавчатого і вузлового передраку червоної облямівки губ полягає в повному хірургічному видаленні ділянки ураження з обов'язковим гістологічним дослідженням. При цьому потрібно видаляти ділянку ураження з обов'язковим захопленням здорової тканини. Видалення проводять в межах червоної облямівки губ, без захоплення шкіри, рубець, який утворюється не деформує губу.

При бородавчатому передраку не можна користуватись електрокоагуляцією або кріотерапією, так як відсутність гістологічного дослідження в цих випадках не дає можливості судити про характер процесу і наступного лікування.

Лікування абразивного преканцерозного хейліту Манганотті полягає в застосуванні засобів, стимулюючих епітелізацію ерозії і в ліквідації подразнюючих факторів.

Призначають концентрат вітаміну А приблизно по 10 крапель 3 рази в день, великі дози рибофлавіну, тіаміну, нікотинової кислоти і піридоксину. Місцево застосовують аплікації з концентрату вітаміну А або з суміші концентратів віт. А і В₂, вітамінної мазі, лінолу; призначають місцево аплікації з цитотоксичних засобів. У випадках, коли ерозія не піддається консервативній терапії, потрібно проводити хірургічне видалення вогнища ураження в межах здорових тканин з обов'язковим гістологічним дослідженням.

Лікування обмеженого передракового гіперкератозу полягає в хірургічному видаленні вогнища ураження в межах здорової тканини. Видалена тканина обов'язково повинна бути скерована на патогістологічне дослідження.

Контрольні питання:

1. Назвіть основні принципи лікування передракових облігатних станів.
2. Які засоби застосовуються для консервативного лікування передракових облігатних станів?
3. Опишіть хірургічне лікування передракових облігатних станів.
4. Вкажіть лікування хвороби Боуена, еритроплазії Кейра, бородавчатого і вузлового передракового червоної облямівки губ.
5. Лікування преканцерозного хейліту Манганоті, обмеженого передракового гіперкератозу червоної облямівки.

Тема практичного заняття № 34

Злоякісні пухлини шкіри обличчя. Класифікація та клінічна картина раку шкіри обличчя.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань класифікації, клініки злоякісних пухлин шкіри обличчя.

Навчальні питання:

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.

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:

- а) припікання
- б) мазезі пов'язки
- в) нерадикальне висічення.

Клінічно розділяють три форми раку шкіри обличчя:

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

Поверхнева форма

При поверхневій формі (базальноклітинний рак, або панкроїд) 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 злякисною виразкою.

Папілярна форма

Папілярна форма клінічно виглядає як папілома, яка швидко росте, дає ранні метастази і викликає кахексію. 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.

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 інфльтруючої 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.

Тема практичного заняття №35

Злоякісні пухлини губ. Етіологія, класифікація, клініка та діагностика раку губи.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань етіології, класифікації та клініки раку губи.

Навчальні питання:

1. Загальні дані та етіологічні фактори розвитку раку губи.
2. Форми раку губи.
3. Клінічна картина раку губи у залежності від форми.
4. Клінічний перебіг раку губи в залежності від стадії захворювання.
5. Стадії ураження губи раком за системою TNM.

Короткий зміст заняття:

За даними центральних лікувальних установ 3 - 7% всіх злоякісних пухлин складає рак губи. Локалізація: на нижній губі – 95,1%, на верхній – 4,9%. Рак губи переважно буває у мужчин (91,5%), уражуючи переважно хворих у віці 40 - 60 років.

Етіологічні фактори виникнення раку губи :

1. Зовнішній несприятливий атмосферний вплив (різкі зміни температури, вологості повітря, канцерогенна дія ультрафіолетових променів).
2. Пошкодження і подразнення губ різними предметами, які «по звичці» утримуються в роті (гвіздки, дріт і т д)
3. Травма гострими краями зубів.
3. Куріння.
4. Атрофія покривів у похилому віці та ін.

Форми раку губи:

1. папілярна
2. виразкова

Передракове захворювання може тривати упродовж місяців та років. Про початок малігнізації свідчить втрата еластичності тканинами, які набувають твердої консистенції, поява валикоподібного вінчика по

периферії. Клінічно сформована ракова пухлина губи являє собою округле, болюче потовщення, щільне на дотик, з нерізкими контурами. Інколи пухлина розвивається у вигляді кольорової капусти з мокнучою поверхнею.

Крім папілярних форм спостерігається і виразкова, при якій переважають деструктивні явища над проліферативними. Виразка має правильну, кратероподібну форму, буває оточена дерев'янистим інфільтратом. Виразкова форма раку губи протікає більш злоякісно, ніж папілярна

При клінічному перебігу раку губи розрізняють чотири стадії:

I ст. - обмежена пухлина або виразка діаметром 1-1,5 см в товщі слизової оболонки і підслизової основи проміжної частини без метастазів.

II ст. - пухлина, яка займає не більше половини губи. В регіонарних вузлах визначається 1-2 рухомих метастази.

III ст. - пухлина, яка займає більшу частину губи, розповсюджується на кут рота, щоки, підборіддя. В лімфовузлах виражені обмежено рухомі поодинокі або множинні метастази.

IV ст. - пухлина, яка розпадається, займає більшу частину губи, розповсюджується не тільки на кут рота, підборіддя, але й на кістковий скелет верхньої та нижньої щелепи. В регіонарних вузлах 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 3см;

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 контралатеральні 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.

Контрольні питання:

1. Вкажіть етіологічні фактори розвитку раку губи.

2. Назвіть клінічні форми раку губи.
3. Опишіть клінічну картину папілярної форми раку губи.
4. Опишіть клінічну картину виразкової форми раку губи
5. Вкажіть основні стадії раку губи.
6. Наведіть класифікацію первинної пухлини (T) раку губи за системою TNM.
7. Наведіть класифікацію змін в регіонарних лімфатичних вузлах (N) при раку губи за системою TNM.
8. Наведіть класифікацію віддалених метастазів (M) раку губи за системою TNM.

Тема практичного заняття № 36

Злоякісні пухлини язика. Класифікація, етіопатогенез, клініка та діагностика та диференційна діагностика раку язика.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань класифікації, етіопатогенезу, клініки та діагностики раку язика.

Навчальні питання:

1. Загальні дані та етіологічні фактори раку язика.
2. Патоморфологія злоякісних пухлин язика.
3. Класифікація раку язика.
4. Клінічна картина раку язика у залежності від локалізації.
5. Діагностика раку язика.

Короткий зміст заняття:

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.

Етіологічні фактори:

1. Зовнішній атмосферний вплив (зміни температури, вологості повітря, канцерогенна дія ультрафіолетових променів).
2. Куріння.
3. Механічна травма гострими краями, неправильно виготовленими пломбами і протезами.
4. Закладання під язик подразнюючих речовин.
5. Опіки слизової оболонки порожнини рота алкоголем, гарячою їжею.

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

Клінічно при раку язика спочатку з'являється болючий 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 молярів. 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 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.

Контрольні питання:

1. Вкажіть етіологічні фактори розвитку язика.
2. Клінічний перебіг раку язика.
3. Вкажіть особливості клініки раку язика в залежності від локалізації.
4. Наведіть класифікацію раку язика за ступенем розповсюдження.
5. Діагностика раку язика.

Тема практичного заняття № 37

Лікування раку язика.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань лікування раку язика.

Навчальні запитання:

1. Перший етап лікування раку язика.
2. Другий етап лікування раку язика.
3. Третій етап лікування раку язика.
4. Лікування раку язика на різних стадіях розвитку.

Короткий зміст заняття:

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. Раціональним 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 променевої 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. Основні завдання при лікуванні раку язика.
2. Опишіть етапи лікування раку язика.
3. Суть променевої терапії при лікуванні раку язика.
4. Які Ви знаєте методи хірургічного лікування раку язика.
5. Лікування раку язика на різних стадіях розвитку.

Тема практичного заняття № 38.

Класифікація та характеристика травматичних пошкоджень щелепово-лицевої ділянки.

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-спеціалістів з характеристикою, класифікацією травматичних пошкоджень щелепово-лицевої ділянки, анатомно-фізіологічними особливостями поранень.

Навчальні питання:

1. Характеристика травм щелепово-лицевої ділянки.
2. Класифікація пошкоджень щелепово-лицевої ділянки.
3. Анатомо-фізіологічні особливості обличчя.
4. Особливості вогнепальних поранень.

Короткий зміст заняття.

Питання травматології залишаються актуальними у всіх розділах медицини у зв'язку з зростанням травматизму, особливо транспортного. Разом з загальним зростанням травматизму спостерігається збільшення частоти щелепово-лицевих травм.

Співвідношення хворих чоловіків та жінок мають відповідну закономірність при травмах всіх локалізацій. У всіх вікових групах травми частіше спостерігались у чоловіків. Співвідношення 8:1.

Згідно даних літератури серед хворих з травмами лица більшість (до 80%) складають особи у віці між 20 і 30 роками.

У закордонній та вітчизняній літературі є дані, що число хворих з травмами лица значно зростає в літньо-осінні місяці. Більшість авторів пояснює це збільшення за рахунок транспортних та вуличних травм, а також травм, пов'язаних з сільськогосподарськими роботами.

Характеристика травм щелепово-лицевої ділянки.

Характеристика пошкоджень по видах (причинах виникнення) і ділянки мають велике значення для планування організації цілого комплексу профілактичних заходів.

По даних вітчизняних та закордонних авторів частота різних видів травм обличчя становить:

- Спортивна - від 0,2 до 12,8 %
- Промислова - від 4,0 до 15,1 %
- Побутова - від 30,2 до 7,3 %
- Вулична - від 3,4 до 7,0%
- Транспортна - від 2,3 до 52,0 %

У нас прийнята єдина номенклатура травм, яку широко застосовують в хірургії та травматології. В залежності від причини виникнення поділяють два основних види травм виробничого та невиробничого характеру.

Виробнича промислова травма: питома вага складає від 2,8 до 39,5% - в основному це пряма травма - удар якою-небудь деталлю, інструментом, рухливими предметами (коліном, довгою ручкою при заводі машини, від падіння на твердий предмет).

Виробнича сільськогосподарська травма: питома вага 1,2% - необережна робота на сільськогосподарських машинах.

Травми невиробничого характеру поділяються на побутову - питома вага від 22,5 до 92,1 %. Звертає на себе увагу той факт, що 70% хворих отримали травму при ударі; 7% - травма була отримана в результаті падіння.

Транспортна - питома вага від 2,3 до 18.2% - тут закономірна сезонність - в основному літні місяці.

Вулична травма - від 5,5% до 7%.

Спортивна травма - 3,5%. Відмічено також сезонність спортивної травми. Зимомо значно збільшується травматизм (хокей - 16.6 %, ковзани – 9,2%, лижі - 8,3%, футбол - 21,1 %).

Класифікація поранень та пошкоджень щелепово-лицевої ділянки.

I. Механічні пошкодження верхньої, середньої та бокової зони обличчя.

1. По ділянках.

1) травми м'яких тканин з пошкодженням:

- а) язика,
- б) слинних залоз,
- в) великих нервів,
- г) великих судин;

2) травми кісток:

- а) нижньої щелепи,
- б) верхньої щелепи,
- в) вилицевих кісток,
- г) кісток носа,
- д) двох та більше кісток.

2 По характеру ураження:

- наскрізні,
- сліпі,
- дотичні,
- поранення, які проникають в порожнину рота,
- проникають у верхньощелепову пазуху та порожнину носа,

3. По механізму пошкодження:

а) вогнепальні:

- кулькові,
- оскольчасті,
- стріловидними елементами.

II. Комбіновані ураження.

III. Опіки.

IV. Обмороження.

Анатомо-фізіологічні особливості:

1. Обличчя, як внутрішній прояв особи: (психічна травма).

2. Наявність мімічних м'язів.

3. Життєво-важливі функції щелепово-лицевої ділянки (жування, ковтання, розмова, дихання).

4. Близькість життєво важливих органів (гол. мозок, ЛОР-органи, органи зору).

5. Васкуляризація, іннервація.

6. Наявність зубів.

7. Наявність слинних залоз.

Контрольні питання:

1. Загальна характеристика травматичних пошкоджень ЩЛД.
2. Анатомо-фізіологічні особливості пошкоджень ЩЛД.
3. Класифікація травматичних пошкоджень ЩЛД.

Тема практичного заняття № 39

Надання першої допомоги при травматичних пошкодженнях тканин ЩЛД. Питання транспортної іммобілізації травмованих.

Навчальна мета заняття: Ознайомити лікарів-спеціалістів з особливостями надання невідкладної допомоги при при травматичних пошкодженнях тканин ЩЛД.

Навчальні питання:

1. Основні завдання лікувальних заходів при травматичних пошкодженнях тканин щелепово-лицевої ділянки.
2. Знайомство з принципами надання першої допомоги при шоку.
3. Принципи надання першої допомоги при кровотечі,
4. Принципи надання допомоги при асфіксії.
5. Способи тимчасової іммобілізації щелеп.

Короткий зміст заняття.

Лікування пошкоджень тканин ЩЛД є загальним та місцевим. При ушкодженні щелепово-лицевої ділянки (злам щелепи та інших лицевих кісток, а також поранень м'яких тканин) потерпілі не відразу потрапляють в спеціалізований лікувальний заклад. Звичайно хворі отримують першу, часто невідкладну допомогу, що попереджує загрозу життю, асфіксію, кровотечу, шок.

При ураженнях щелепово-лицевої ділянки асфіксія може виникнути з западанням язика, попаданням в дихальні шляхи чужерідних тіл (кістка, зуб).

За механізмом виникнення Г. М. Іващенко виділяє такі види асфіксій та заходи боротьби з ними.

Вид асфіксії	Патогенез	Лікувальні заходи
Дислокаційна	Западання язика від зміщення відламків нижньої щелепи вниз і назад.	Прошивання і фіксація язика в правильному положенні, тимчасове закріплення відламків з допомогою стандартних транспортних пов'язок.

Обтураційна	Закриття верхнього відділу дихальної трубки кров'яним згустком	Видалення згустку, чужерідного тіла через порожнину рота. Якщо видалити неможливо, то проводиться трахеотомія.
Стенотична	Здавлення трахеї гематомою, чужерідним тілом, набряком гортані.	Інтубація або трахеотомія
Клапанна	Закриття входу в гортань клаптем з м'якого піднебіння, задньої стінки глотки, язиком.	Підняття та підшивання звисаючого клаптя або його відсікання.
Аспіраційна	Аспірація в дихальні шляхи крові, блювотних мас.	Відсмоктування через резинову трубку введenu в трахею.

Найбільш часто спостерігається дислокаційна асфіксія, особливо при двохсторонніх зламах і при відриві підборідкової частини нижньої щелепи.

Кровотеча - розрізняють первинну кровотечу, яка настапує відразу після поранення та вторинну кровотечу, яка настапує через різні проміжки часу.

Первинні кровотечі з малих судин зупиняють давлячою пов'язкою, тампонадою марлею з накладанням давлячої пов'язки.

При кровотечі з великих судин, яку неможливо зупинити давлячою пов'язкою, проводять перев'язку судин.

Шок у травмованих у щелепово-лицеву ділянку спостерігається рідко. Клінічна картина шоку при травмі щелепово-лищевої ділянки мало чим відрізняються від поранень іншої ділянки.

Значно частіше спостерігається у щелепово-лицевих поранених втрата свідомості (до 20%)

Втрата свідомості продовжується в залежності від ступеню струсу або забою мозку

Місцеве лікування. 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:

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

Контрольні питання:

1. Основні завдання невідкладної допомоги при травматичних пошкодженнях тканин щелепово-лицевої ділянки.
2. ПХО рани: основні принципи.
3. Види асфіксій та методи їх усунення.
4. Боротьба з кровотечею при травматичних пошкодженнях тканин щелепово-лицевої ділянки.
5. Боротьба з шоком при травматичних пошкодженнях тканин щелепово-лицевої ділянки.
6. Перелічіть способи тимчасової іммобілізації щелеп;

Тема практичного заняття № 40

Клінічна характеристика зламів верхньої щелепи.

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

Навчальні питання:

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.

Короткий зміст заняття.

Травматичні злами верхньої щелепи зустрічаються в 5,3% від всіх пошкоджень щелепно - лицевої ділянки. невогнепальні злами верхньої щелепи виникають по лініях слабого 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 крилоподібного 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 крилоподібного 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 так званий "череновський злам" - 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 замах 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 проекціях рентгенограма дозволяє уточнити діагноз.

Контрольні питання

1. Опишіть та охарактеризуйте злами по Ле-Фор 1, 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?

Тема практичного заняття №41-42

Завдання і організація медичної служби Збройних Сил України воєнного та мирного часу. Завдання та організаційно-штатна структура медичної служби дивізії (бригади).

Навчальна мета заняття: Ознайомити лікарів-спеціалістів з організацією та завданнями медичної служби Збройних Сил України воєнного та мирного часу

Навчальні питання

1. Основні принципи організації хірургічної стоматологічної допомоги в надзвичайних ситуаціях та при бойових діях
2. Схема організації військово-медичної служби країни.
3. Завданнями медичної служби у воєнний час
4. Підрозділи медичної служби

Короткий зміст заняття:

У воєнний час умови діяльності медичної служби є відображенням впливу на організацію медичного забезпечення військ комплексу факторів бойової, тилової і медичної обстановки. Найбільш істотний вплив на медичне забезпечення мають масштаби бойових дій, засоби їх ведення і способи розв'язання. За масштабами можливі такі війни: світова - за участю більшості або значної частини країн світу, і локальні - обмежені участю двох або декількох держав. По засобах ведення війни можуть бути такі: із застосуванням зброї масового ураження або з застосуванням тільки звичайної зброї. Важливо підкреслити, що бойові дії можуть початися відразу з необмеженого застосування всіх видів озброєння.



Принципова схема організації військово-медичної служби країни
Основними завданнями медичної служби у военний час є:

- 1) організація і проведення системи заходів щодо надання медичної допомоги пораненим і хворим, їх лікування з метою збереження життя і найшвидшого відновлення боєздатності і працездатності.
- 2) проведення заходів медичної служби для захисту особового складу військ, а також захист поранених і хворих, частин, підрозділів і закладів медичної служби від зброї масового ураження.
- 3) попередження виникнення і поширення захворювань серед особового складу військ.
- 4) систематичний санітарний нагляд за життям, побутом і бойовою діяльністю військ з метою збереження і зміцнення здоров'я військовослужбовців.
- 5) вивчення особливостей виникнення і протікання бойових уражень і захворювань, а також вивчення й узагальнення досвіду медичного забезпечення в різних умовах бойової діяльності військ.

Організаційна структура медичної служби і штати конкретних медичних формувань воєнного часу залежать від організаційної структури задач і характеру бойових дій окремих видів Збройних сил і родів військ, особливостей їх медичного забезпечення, а також від задач, покладених на конкретні формування медичної служби.

До складу медичної служби входять медичні підрозділи, частини (установи) і крупніші формування - госпітальні бази, що об'єднують у своєму складі лікувальні установи, спеціальні медичні частини (підрозділи), частини матеріально-технічного забезпечення.

Підрозділами медичної служби називають медичні формування, що входять до складу військових частин. До них належать медичний

пункт батальйону і полку.

Частини (установи) медичної служби є самостійними (окремими) медичними формуваннями, що включені до складу військових з'єднань і медичної служби оперативних об'єднань або перебувають у безпосередньому підпорядку ванні медичної служби видів Збройних сил, оперативних командувань і ЦВМУ. До таких формувань належать окремі медичні батальйони дивізій, санітарні частини, різні шпиталі, протиепідемічні установи тощо.

Для медичного забезпечення військові з'єднання та частини мають у розпорядженні штатні підрозділи та частини медичної служби. Дивізії сухопутних військ мають окремі медичні батальйони, полки — медичні пункти полку, батальйони - медичні пункти батальйону. У роті треба мати санітарного інструктора, у взводі — стрільця-санітара. Сили і засоби медичної служби частки і з'єднань у сукупності складають військову медицину.

Контрольні питання

1. Вкажіть основні принципи організації хірургічної стоматологічної допомоги в надзвичайних ситуаціях та при бойових діях
2. Схема організації військово-медичної служби країни.
3. Перелічіть завданнями медичної служби у воєнний час
4. Назвіть підрозділи медичної служби

Тема практичного заняття № 43

Особливості вогнепальних уражень та пошкоджень обличчя.

Навчальна мета заняття: Ознайомити лікарів-спеціалістів з особливостями вогнепальних уражень та пошкоджень обличчя.

Навчальні питання:

1. Характеристика вогнепальних поранень.
2. Класифікація вогнепальних поранень щелепово-лицевої ділянки.
3. Анатомо-фізіологічні особливості обличчя.
4. Особливості вогнепальних поранень.

Короткий зміст заняття.

Особливості вогнепальних поранень:

1. Спотворення обличчя.
2. Невідповідність виду рани до важкості поранення.
3. Сильна кровотеча.
4. Загроза асфіксії.
5. Немає можливості користуватись противогазом.
6. Струс та забій головного мозку.
7. Салівація, порушення водно-сольового обміну.
- 8 Особливості нагляду та харчування.

Класифікація пошкоджень:

По ураженню тканин:

а) м'які тканини:

1. з ураженням язика,

2. слинних залоз,
3. великих нервів,
4. великих судин.

б) кістки:

1. нижня щелепа,
2. верхня щелепа,
3. вилицеві,
4. носові,
5. дві і більше кісток.

По характеру пошкодження:

1. Наскрізні - проникаючі в порожнину рота,
2. Сліпі - не проникаючі в порожнину рота.
3. Дотичні - ураження порожнини рота, пазух.

По механізму пошкодження:

- а) вогнепальні: кульові, оскольчасті, стріловидні;
- б) невогнепальні: відкриті та закриті.

Пошкодження можуть бути:

- ізольовані одиничні,
- ізольовані множинні,
- комбіновані множинні.

Комбіновані пошкодження.

Опіки.

Відмороження.

Контрольні питання:

1. Загальна характеристика вогнепальних поранень ЩЛД.
2. Анатомо-фізіологічні особливості вогнепальних поранень ЩЛД.
3. Класифікація вогнепальних поранень ЩЛД.

Тема практичного заняття № 44

Кюретаж зубо-ясенних кишень при пародонтиті.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань оперативних втручань при захворюваннях тканин пародонту - операції кюретажу зубо-ясенних кишень, показів до операції та методик їх проведення.

Навчальні питання:

1. Класифікація хірургічних методів лікування захворювань пародонту;
2. Мета та методика проведення кюретажу;
3. Покази та протипокази до проведення різних видів кюретажу;

Короткий зміст заняття:

Методи хірургічного лікування захворювань пародонту поділяються на три групи:

1. Методи лікування зубо-ясенних кишень:
 - Кюретаж;
 - Вакуум-кюретаж;
 - Кріокюретаж;

- Гінгівотомія;
- Гінгівектомія.

2. Клаптеві операції.

3. Формування присінку ротової порожнини.

Кюретаж – це вишкрібання патологічної зубоясенної кишені з метою видалення підясенного зубного каменю, грануляцій, розм'якшеного цементу та вмісту кишені (мікроорганізми, продукти розпаду тканин і життєдіяльності бактерій), необхідно видалити епітеліальну висилку і створити чисту раневу поверхню. Інструментами видаляють розм'якшений цемент до щільної поверхні, видаляють грануляції з dna кишені. Після кюретажу утворена порожнина виповнюється кров'ю, що веде до утворення сполучної тканини, яка вростає в поверхневий шар новоутвореного цементу кореня. Кюретаж закінчується накладанням захисної твердої пов'язки (з еластику, стомальгіну) 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 вакуума. 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 однокореневих або 2-3 багатокореневих 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).

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;

Тема практичного заняття № 45

Методика гінгівектомії з гінгівопластикою при пародонтиті.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань лікування пародонти ту шляхом гінгівектомії з гінгівопластикою.

Навчальні питання:

1. Розвиток методики гінгівектомії в історичному аспекті.
2. Методика операції часткової гінгівектомії.
3. Методика операції радикальної гінгівектомії.

Короткий зміст заняття:

Найбільше розповсюджені 2 методи гінгівектомії: за Губманом (1926) і радикальна гінгівектомія.

Операція Губмана виконується починаючи з висічення тільки стінок ясенних кишень після їх попереднього маркування за допомогою зонда. Розрізи проводяться з вестибулярної і оральної поверхонь. Лінія розрізу є хвилеподібною, так як глибина кишень різна. Рана тампонується йодоформними тампонами.

Покази до гінгівектомії за Губманом даються різними авторами по різному. Так Васмунд рекомендує проводити операцію при глибині ясенних кишень не більше 3-4 мм не тільки в ділянці бокових зубів, але і в ділянці передніх, Агапов показами до гінгівектомії вважає I стадію пародонтиту.

Нельд (1958) рекомендує проводити цю операцію при глибині кишень до 5 мм, тільки при загальній атрофії кістки, без наявності кісткових кишень.

В. Е. Крекшина (1962) проводила часткову гінгівектомію, коли потребувалось оперативне втручання на великій ділянці: ця операція відрізняється від операції за Губманом тим, що розріз проводиться не хвилеподібний, а горизонтальний на відстані 2-2,5 мм від пришийкового краю ясен. На її думку це дає можливість ретельної обробки дна ясенної кишені. Цю методику можна застосовувати і на фронтальних зубах, що неможливо при глибокій гінгівектомії за Губманом.

При гінгівектомії за Губманом, перевагою цього метода є те, що автор бачить не тільки ясенні кишені, а має добрий доступ для обробки кісткових кишень.

О. Мюллер (1929) пропонував метод видалення ясен діатермічним шляхом, застосовуючи струм високої частоти. Перевагою цього методу він рахував швидкість виконання операції. Але він вказував і на недоліки операції: порушується життєдіяльність клітин, знижується опір тканин, не виключена можливість пошкодження кісткових тканин, що може привести до секвестрації.

Оригінальну методику ліквідації патологічних ясенних кишень запропонував Г. Н. Варава (1963, 1965) який з цією метою застосовував сконструйований ним біактивний електрод для діатермокоагуляції. На ефективність діатермокоагуляції вказували В. П. Клімова, А. А. Почтарьов, Е. П. Реу-сова (1960) і ін.

О. І. Євдокимов (1940) розуміє операцію гінгівектомії і як самостійний хірургічний метод, і як елемент операції Цешинського-Відмана-Неймана. Вона може бути проведена скальпелем, електричним ножом.

Скарзова і Новік (1964) цілком справедливо рахували недоліком цієї операції те, що після неї настає оголення шийок зубів, що є значним косметичним дефектом.

На підставі даних літератури і наших багатьох спостережень, дає нам право стверджувати, що показанням до операції є перехід з I в II ступінь пародонтиту.

Методика часткової гінгівектомії полягає в наступному: під місцевим знечуженням 2% розчином новокаїну з адреналіном і антибіотиком спочатку видаляють підясенний зубний камінь з зубів. Після цього проводиться скальпелем розріз з щічної і піднебінної сторін паралельно ясенному краю, відступивши від нього на 2 мм. Гачком для зняття зубних відкладень або іншими інструментами видаляється відсічений край ясен. Залишену частину ясенної кишені вискоблюють вказаними інструментами. Післяопераційна рана в більшості випадків покривається швидкотвердіючою лікувальною пов'язкою. При цьому методі особливо показано захищати рану, так як ранева поверхня утворюється на значній ділянці, кров'яний згусток руйнується і незахищена рана швидко інфікується. При виконанні цієї операції в операційне поле слід включати не 3-4 зуби, як це роблять інші автори, а 6-8 і всю зубну дугу.

Контрольні питання:

1. Покази та протипокази до операції часткової гінгівектомії.
2. Покази та протипокази до операції радикальної гінгівектомії.
3. Методики гінгівектомії з гінгівопластикою.
4. Методика гінгівектомії за Губманом

Тема практичного заняття № 46

Клаптева операція Цешинського-Відмана-Неймана. Методика проведення.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань лікування пародонтиту шляхом проведення клаптевої операції Цешинського-Відмана-Неймана.

Навчальні питання:

1. Розвиток хірургічного методу оперативного втручання Цешинського-Відмана-Неймана.
2. Методика виконання цієї операції.

Короткий зміст заняття:

У зв'язку з недоліками перерахованих методів хірургічного лікування при пародонтиті, більш широко застосовується операція з викроюванням слизово-окісного клаптя.

Вперше цей метод розробив і застосував А. Цешинський в 1914 році і опублікував в 1926 році. Основні принципи, встановлені ним при цьому оперативному втручанні, полягають в наступному:

1. Складання зручного, добре видимого доступу до вогнища ураження, що

- дозволяє очистити корені зубів від каменю.
2. Радикальне видалення грануляцій разом з епітелієм ясенних кишень.
 3. Видалення розрихлених ділянок кістки альвеоли, їх загладження.
 4. Дезінфекція вогнища ураження.
 5. Радикальне видалення ясенних кишень, які є джерелом нагноєння.
 6. Втручання здійснюється скальпелем і гострою ложкою.
 7. Після виліковування кісткові переділки не відновлюються, регресивні процеси ж зупиняються. Зуби, однак, стануть нерухомими в результаті рубцювання слизової оболонки.

В подальшому цей метод незалежно один від одного розробили і провели в практику Відман (1919) і Нейман (1924).

Нейман (1924) ввів цей метод радикальної операції пародонтозу в Німеччині і активно його пропагував, у зв'язку з цим операцію назвали його іменем.

А. Цешинський (1926), виступаючи в Берліні, гаряче і переконливо відстоював свій пріоритет у розробці радикально-хірургічного методу лікування пародонтиту. Він запропонував послідовність розробки методу в наступному хронологічному порядку: А. Цешинський - 1914, Відман - 1916, 1917, 1918, Нодіна - 1918, 1920, 1921, Зетлер - 1919, 1920, Нейман - 1920, 1921 і подальші публікації.

Суть методу операції Цешинського-Відмана-Неймана полягає в наступному:

- після знечулення скальпелем проводять 2 вертикальних розрізи в сторону краю ясен від перехідної згортки з вестибулярної сторони. Розріз проходить через всю товщу ясен і періосту, до кістки. Наступний розріз проводиться по краю ясен між вертикальними розрізами. Цим розрізом роз'єднуються вестибулярна і язикова (піднебінна) поверхня слизової. Невеликим распатором відшаровується слизово-окісний клапоть з вестибулярної поверхні на глибину до 1,5 см в залежності від ступеня атрофії краю альвеолярного відростку і з піднебінної (язикової) сторони не більше 0,25-0,5 см. Край патологічно зміненої ясен відсікається на рівні глибини ясенної кишені. Таким чином, при відділенні клаптя добре видна не тільки пришийкова частина зубів, а і весь патологічно змінений край альвеолярного відростка.

Заключним і дуже важливим етапом є обробка кісткових і ясенних кишень гострими мілкими інструментами з послідуною медикаментозною обробкою їх. Шви накладаються на вертикальні розрізи і на край ясен.

Нейман (1924) вільний край слизово-окісного клаптя після його відшарування, вирівнював ножицями, а також викривав тяжі пророслого епітелію. Після ретельного видалення зубних відкладень, згладжував альвеолярний край борами і накладав шви. Він одночасно оперував на ділянці 6-7 зубів.

Перевагу описаного методу операції вони бачили в повному видаленні патологічно змінених тканин і в роботі під контролем зору. Недоліком цього методу вони вважали тільки оголення шийок зубів.

Показами для цього методу оперативного втручання є II і III ступінь пародонтиту.

Є різний підхід до включення в операційне поле кількості зубів. Більшість авторів включає в операційне поле 5-6 зубів, є автори, які включають в операційне поле всю зубну дугу, а деякі I обидві щелепи, при умові, що на них збережено декілька зубів.

Заслуговує на увагу модифікація В. І. Кулаженко (1960), метою якої є попередження оголення шийок зубів після клаптевої операції. Це досягається шляхом здовження ясенного краю та пересадки окістя на слизовій оболонці відшарованого клаптя. Здовження ясенного краю на величину одного зуба здійснюється проведенням вертикального розрізу в ділянці менше ураженого міжзубного сосочка в напрямку до низу і дистальніше - до центральної вісі сусіднього зуба. Для збільшення рухомості клаптя автор розсікав окістя і відшаровував слизову оболонку в сторону перехідної згортки, відступивши від краю клаптя на 1,5 - 2 см. Це дає можливість мобілізації слизової оболонки з периферійною ділянкою окістя.

Контрольні питання:

1. Покази до операції клаптевої операції.
2. Протипокази до операції клаптевої операції.
3. Методики клаптевої операції Цешинського-Відмана-Неймана.
4. Післяопераційний догляд за раною.

Тема практичного заняття № 47

Покази та протипокази до пластичних та реконструктивних операцій в щелепово-лицевій ділянці.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань показів та протипоказів до пластичних та реконструктивних операцій в щелепово-лицевій ділянці.

Навчальні питання:

1. Значення пластичних та реконструктивних операцій в щелепово-лицевій ділянці.
2. Суть та основні задачі пластичної хірургії.
3. Основні принципи місцевопластичних операцій на лиці і шії.
4. Покази до проведення операцій.

Короткий зміст заняття

Пластична хірургія - це розділ щелепово-лицевої хірургії в якому розглядаються питання про методики заміщення чи ліквідації дефектів або деформацій лица, відновлення порушених функцій (прийом їжі, мови, дихання та інші.)

Всі дефекти, в тому числі щелепово-лицевої ділянки, можуть бути вродженого чи набутого походження.

По етіопатогенезу дефекти обличчя та шії підрозділяються на:

1. Травматичні (побутові, виробничі, спортивні і ін.)
2. Одонтогенна інфекція (специфічна та неспецифічна).
3. Неодонтогенна інфекція (специфічна та неспецифічна).

4. Асептичне запалення (помилкові інфекції, алергія).
5. Вроджені дефекти та деформації.
6. Набуті дефекти та деформації.
7. Старечі деформації шкіри лица, губ, носа, щоки, повік, шиї.

По локалізації:

1. М'які тканини обличчя.
2. М'які тканини та кістки лица (щелеп, виличні, носові, лобна).
3. М'які тканини ротової порожнини і щелеп.
4. М'які тканини лица, ротової порожнини, кістки лица.
5. М'які тканини лица і хрящі носа.
6. М'які тканини лица, хрящі носа та слизова оболонка ротової порожнини.

По характеру порушень функцій:

Порушення виду лица та міміки.

Неможливість або утруднене розжовування їжі та формування харчової грудки.

Утруднення або неможливість мови.

Утруднення або неможливість дихання, різкий храп у сні.

Порушення всіх вищенаведених функцій.

Вроджені дефекти та деформації щелепово-лицевої ділянки поділяються на наступні класи:

а) незрощення губ (одно- та двохстороннє, часткове або повне, комбіноване з іншими дефектами лица та щелеп);

б) колобоми лица або незрощення частин лица (кут рота, щоки, повіки);

в) незрощення піднебіння;

г) мікро- та макростомія;

д) мікроотія, анотія;

є) незрощення частин носа;

ж) деформація носа.

Набуті дефекти щелепово – лицевої ділянки мають саму різноманітну локалізацію, поширеність та глибину, починаючи від невеликих дефектів поверхневого шару шкіри і закінчуючи повною відсутністю всіх кісток лица та прилягаючих до них м'яких тканин, повік, очних яблук та вушних раковин.

Терміном "пластична" хірургія намагаються підкреслити специфіку хірургічних дій (пластика - це мистецтво скульптури). Це і визначає головну задачу пластичної або відновної хірургії - приведення хворого до естетичної норми та відновлення функцій пошкодженого органу.

Всі пластичні операції мають принципово важливі позитивні та негативні сторони. Позитивними сторонами пластичних операцій є:

а) дефект лица ліквідується ідентичними по анатомо-біологічним властивостям тканин, що створює добрий косметичний та функціональний ефект:

б) при правильному дотриманні методики операції добре кровопостачання переміщуваних тканин забезпечує загоєння рани первинним натягом;

в) місцевопластичні операції мають короткий післяопераційний період, що скорочує термін непрацездатності оперованого.

До від'ємних сторін місцевопластичних операцій відносять:

а) при проведенні додаткових розрізів, використання клаптя на ніжці на лиці, шії, утворюються додаткові рубці;

б) переміщення тканин може привести до деформацій оточуючих органів лица, в випадках вибору методу пластичних операцій.

Вдосконалення відомих та розробки нових методів пластики дозволили розширити покази до усунення різноманітних дефектів щелепово-лицевої ділянки.

Вибір методу пластики визначається характером та розміром дефекту, станом місцевих тканин, загальним станом та віком хворого. При визначенні показань враховують походження дефекту та термін, який пройшов після його виникнення. При дефектах м'яких тканин та після видалення доброякісних пухлин, пластичні операції можуть бути здійснені на всіх фазах перебігу раннього процесу і показані тоді, коли показано первинне та вторинне закриття ран. Більш строго вирішується питання про термін виконання відновних операцій при заміщенні дефектів, які виникають після видалення злоякісних пухлин щелепово-лицевої локалізації. Первинна пластика показана при заміщенні дефектів тканини лица після радикального видалення злоякісних пухлин I та II стадій у випадку відсутності метастазів. Якщо виникають сумніви в радикальності оперативного втручання і якщо видаляють злоякісні пухлини значних розмірів, які були піддані хіміо- та променевої терапії, питання про відновні операції в ранні терміни вирішують індивідуально.

До протипоказів проведення пластичних операцій відносять наявність ряду патологічних процесів (гемангіома, лімфангіома, нейрофіброматоз, пігментні плями, рубці) в тканинах що прилягають до дефекту, недостатня кількість тканин, що розташовані поблизу дефекту, якщо пластична операція приведе до деформації, порушення функції сусідніх органів щелепово-лицевої ділянки.

Контрольні запитання:

1. В чому принципова сутність пластичних або відновних операцій?
2. Які покази та протипокази до пластичних операцій?
3. Які позитивні і від'ємні сторони пластичних операцій?
4. Як систематизують дефекти та деформації щелепово-лицевої ділянки?
5. Які вроджені дефекти зустрічаються в щелепово-лицевій ділянці?
6. Які набуті дефекти зустрічаються в щелепово-лицевій ділянці?

Тема практичного заняття № 72

Лікування невrogenних захворювань щелепно-лицевої ділянки.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань лікування невrogenних захворювань ЩЛД.

Навчальні питання:

1. Лікування невралгії трійчастого нерва центрального генеза;
2. Лікування невралгії трійчастого нерва периферичного генеза;

3. Методи лікування невралгії окремих нервів основних гілок трійчастого нерва.

4. Методи лікування неврити лицевого нерва.

Короткий зміст заняття:

Хворим однобічною й двосторонньою невралгією при невеликій тривалості захворювання призначають у першу чергу препарат з групи антиконвульсантів карбамазепин (фінлепсин, стазепин, тегретол) в індивідуально підібраних дозах.

Для посилення дії антиконвульсанта призначають антигістамінні препарати – в\м 2 мл 2,5% розчину діпразина (піпольфена) або 1 мл 1% розчину дімедролу на ніч.

Особам літнього віку, у яких є явища хронічної недостатності мозкового кровообігу (навіть у стадії компенсації), необхідно призначати спазмолітичні та судинорозширювальні засоби (еуфіллін, діафіллін, сінтофіллін).

У гострому періоді захворювання призначають опромінення лампою солюкс, УФО, Увч-терапію, електрофорез новокаїну, димедролу, платифіліна на уражену половину лица. Знеболюючу дію роблять діадинамічні струми. Електроди встановлюють на місця виходу галузей трійчастого нерва або на болючі точки. Сила струму 1-3 мА, тривалість впливу 1-2 хв на поле. Курс лікування складається з 2-3 циклів по 8 процедур у кожному циклі з інтервалом між ними в 5-6 днів. При різко виражених болях рекомендують діадинамо-електрофорез.

При загостренні невралгії застосовують ультразвук або фонофорез анальгіну на область уражених гілок трійчастого нерва в імпульсному режимі лабільною.

В період затихання загострення хворим може бути рекомендований дуже легкий масаж лица, спочатку тільки шкіри й м'язів, а через 4-5 днів - і по ходу гілок трійчастого нерва (15-20 процедур). При необхідності через 1,5-2 місяця масаж повторюють.

Хворим невралгією показаний курс лікування екстрактом алое по 1 мл в\м щодня, на курс 30 ін'єкцій, або склоподібного тіла - по 2 мл під шкіру щодня, на курс 15 ін'єкцій.

Лікування хворих двосторонньою невралгією трійчастого нерва варто проводити в умовах стаціонару протягом місяця. Надалі хворі повинні перебувати під спостереженням невропатолога. Профілактичне лікування хворих з легким і середнім ступенем важкості захворювання необхідно проводити 1 раз у рік, важкої - 2 рази в рік. У всіх випадках перед призначенням курсу лікування необхідне обстеження в стоматолога.

Невралгії трійчастого нерва переважно периферичного генезу можуть виникати внаслідок впливу патологічного процесу на різні ділянки периферичного відділу трійчастого нерва. Це можуть бути пухлини, що локалізуються в задній або середній черепній ямці, базальні менінгіти, захворювання придаткових пазух носа, зубо-щелепової системи, порушення прикусу й ін.

- Новокаїнові й спиртово-новокаїнові блокади приводять до короткочасного

- поліпшення, даючи терапевтичний ефект лише на період дії новокаїну, надалі, як правило, настає посилення болючого синдрому;
- Помітний терапевтичний ефект дає прийом анальгетиків. Препарати групи карбамазепіна звичайно або викликають дуже незначне зменшення болів, або виявляються зовсім неефективними;

Лікування неврит лицевого нерву.

1- усунення причини основного захворювання

2- дії направлені на регенерацію пошкоджених нервових волокон:

- *декомпресія* – при здавлюванні нерва в лицевому (фаллопіївому) каналі,

- *невроліз* – при рубцях, які утворилися після вогнепальних пошкоджень, при операціях на лиці та привушній слинній залозі,

- пришивання пошкодженого нерва і пластика вільним автотрансплантатом або

консервованим алотрансплантатом,

- ушивання пошкодженого лицевого нерва з іншими нервами – діафрагмальним, підязиковим, додатковим.

Медикаментозне лікування: 40% р-н глюкози - по 20-40 мл в/в щоденно на протязі 10 днів, прозерин (галантамін), АТФ 1% р-н в/м, церебролізин, віт. В12, дібазол - по 0,025 г 1 раз на добу (25 днів), плазмол, копламін (теонікол) - по 0,15 г два рази в день (30 днів).

Фізіотерапевтичні процедури: електростимуляція уражених нервів, масаж м'язової мускулатури, парафінопілоїдолікування.

Хірургічне лікування (при незворотній формі паралічу): статичне та кінетичне підвішування опущених тканин, міопластика, кантопластика (пластичні операції для звуження очної щілини).

Контрольні питання:

1. Основні принципи лікування невралгії трійчастого нерва центрального генеза;
2. Основні принципи лікування невралгії трійчастого нерва периферичного генеза;
3. Методи лікування неврити лицевого нерва.

Тема практичного заняття № 49.

Вроджені незрощення губи та піднебіння. Етіологія та патогенез.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань етіології та патогенезу вроджених незрощень губи та піднебіння.

Навчальні запитання:

1. Етіологія вроджених незрощень губи та піднебіння.
 - а) екзогенні фактори;
 - б) ендогенні фактори.
2. Патогенез вроджених незрощень губи та піднебіння.

Короткий зміст заняття

Серед всіх вад розвитку людського організму перше місце за частотою займають аномалії кінцівок, на другому аномалії зубів, щелеп та обличчя.

Випадки незрощення губи складають від 20 до 33,3%, а незрощення піднебіння відповідно від 66,7% до 80% всіх вроджених дефектів щелеповолицевої ділянки.

Етіологічні фактори аномалій організму людини поділяють на екзогенні та ендогенні

До екзогенних факторів відносяться:

1. фізичні (механічна і термічна дія, зовнішнє та внутрішнє іонізуюче опромінення);
2. хімічні (гіпоксія, неповноцінне харчування матері, критичні періоди розвитку ембріону, недостатність вітамінів: ретинолу, токоферолу ацетата, тіаміну, рибофлавіну, пиридоксину і ін., а також амінокислот та йоду в їжі матері; гормональні дискореляції, дія тератогенних ядів, котрі викликають гіпоксію плоду і потворства в нього, вплив радіометричних речовин, тобто хімічних сполук, імітуючих дію іонізуючого випромінювання);
3. біологічні (віруси епідемічного паротиту, опоясуючого лишая, бактерії та їх токсини);
4. психічні (викликають гіперадреналінемію).

До ендогенних факторів відносяться:

1. Патологічна спадковість (незрощення губи та піднебіння можуть передаватись як по домінантній, так і по рецесивній ознаці).
2. Біологічна неповноцінність клітин.
3. Вплив віку та статі.

Щоб зрозуміти механізм виникнення даних аномалій, потрібно вивчити процес формування губи та піднебіння.

Утворення губи та піднебіння починається на 6-му тижні утробного життя; до 11-го тижня утворюється губа та тверде піднебіння, а до кінця 12 тижня зростаються фрагменти м'якого піднебіння. Стан губи та піднебіння у зародка на окремих етапах розвитку таке ж як при незрощеннях, які спостерігаються в клініці: від наскрізного двохстороннього щілинного дефекту губи, альвеолярного відростку та піднебіння до незрощення тільки м'якого піднебіння і навіть тільки язичка або скритого незрощення губи. Умовно цей стан губи

або піднебіння називають "фізіологічною розщілиною". Під впливом одного або декількох з перерахованих факторів зрощення країв "фізіологічної розщілини" затримується, що призводить до вродженого незрощення губи, піднебіння або їх поєднання.

Одним з патогенетичних факторів незрощення половинок піднебіння є тиск язика, розміри якого в результаті дискореляції росту виявились більшими звичайних. Така невідповідність може виникнути на основі гормонально-обмінних порушень в організмі матері.

Контрольні питання.

1. Назвіть екзогенні фактори в етіології вроджених незрощень губи та піднебіння.
2. Назвіть ендогенні фактори в етіології вроджених незрощень губи та

- піднебіння.
3. Опишіть процес формування губи та піднебіння.
 4. Вкажіть патогенез вроджених незрощень губи та піднебіння.

Тема практичного заняття № 50.

Загальна характеристика надмірнорозвиненої та недорозвиненої верхньої щелепи. Етіологія, клініка та лікування відкритого прикусу.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань загальної характеристики надмірнорозвиненої та недорозвиненої верхньої щелепи етіології, клініки та лікування відкритого прикусу.

Навчальні питання:

1. Етіологія надмірнорозвиненої верхньої щелепи.
2. Клініка надмірнорозвиненої верхньої щелепи.
3. Лікування надмірнорозвиненої верхньої щелепи
4. Етіологія недорозвиненої верхньої щелепи.
5. Клініка недорозвиненої верхньої щелепи.
6. Лікування недорозвиненої верхньої щелепи.
7. Етіологія, клініка та лікування відкритого прикусу.

Короткий зміст заняття

В розвитку надмірно-вираженої верхньої щелепи (верхньої прогнатії) важливу роль відіграють ендогенні і генетичні фактори, крім того деформація і виступання переднього відділу щелепи допереду можуть бути обумовлені шкідливими звичками, аденоїдами, вродженими незрощеннями губи та піднебіння.

Клінічно проявляється виступанням верхньої губи, порушенням прикусу, акту жування та мови.

Лікування. Суть операції полягає в переміщенні верхньої щелепи дозадку і фіксації її за допомогою внутрішньоротових шин, співставляючи зуби в ортогнатичному прикусі. Ця операція розроблена Кон-Стоком (1920) і Спанієром (1932), модифікована Г. І. Семенченко та Ю. Й. Бернадським.

При розгляді питань етіології, клініки та лікування недорозвиненої верхньої щелепи (верхньої мікрогнатії) звертають увагу на роль ендогенних та екзогенних факторів: порушення функції ендокринної системи, вроджені незрощення верхньої губи, альвеолярного відростка та піднебіння, порушення носового дихання, вредні звички, перенесені запальні процеси верхньощелепової кістки: (остеомиєліт, гайморит, нома, сифіліс і т. д.).

Викладач звертає увагу, що мікрогнатія являє собою різновидність мезіального прикусу, який буває у трьох формах: I - недорозвинена верхня щелепа на фоні нормально розвиненої нижньої щелепи; II - нормально розвинена щелепа на фоні надмірно розвиненої нижньої щелепи; III - недорозвинена верхня щелепа, яка поєднується з надмірним розвитком нижньої.

Акцентується увага на методах лікування, зокрема суть операції по Г. І. Семенченко полягає у відтягуванні та відламуванні альвеолярного

відростка і тіла верхньої щелепи на рівні дна гайморової порожнини і верхнього краю краю щелепи та переміщенню верхньої щелепи допереду. Верхня щелепа встановлюється у правильне ортогнатичне положення і укріплюється назубними шинами з зовнішньоротовою фіксацією. Для ліквідації звуження верхньої щелепи застосовується остеотомія вилицевих дуг в ділянці скронево-вилицевого шва в поєднанні з ортопедичним лікуванням (Г. І. Семенченко, В. І. Вакуленко).

Розглядаючи питання про відкритий прикус звертається увага на те, що відкритий прикус є не самостійна нозологічна форма захворювання, а лише симптомом одного з багатьох порушень зубощелепової системи. Він може виникнути в результаті недорозвинення одного з альвеолярних відростків верхньої або нижньої щелепи або обох одночасно. Відкритий прикус може бути симптомом надмірного розвитку і виступання допереду всієї верхньої або нижньої щелепи, у всіх цих випадках відкушувати їжу неможливо через відсутність контакту між фронтальними і боковими зубами як по вертикалі, так і по горизонталі.

Виділяють 4 форми відкритого прикусу:

I - виникає на основі деформації фронтального відділу верхньої щелепи;

II - викликаний деформацією дистального відділу верхньої щелепи;

III-- обумовлений деформацією нижньої щелепи;

IV-виникає в результаті деформації обох щелеп. Хірургічний метод лікування відкритого прикусу застосовується лише при II і III стадії відкритого прикусу по класифікації О. В. Клементова:

I степінь - артикуляція починається з 2 премоляра і відстань між ріжучими краями центральних різців менша 0,5 см;

II степінь - артикуляція починається з 2 премоляра або моляра, відстань між ріжучими краями різців рівна 0,5-0,9 см;

III степінь - артикуляція тільки дистальних горбів перших молярів і відстань між ріжучими краями центральних різців більша 1 см.

Виконується або 2-стороння клиновидна декортикація по Катцу, або 2-стороння клиновидна остеотомія за методом Лімберга. Коли відкритий прикус поєднується з надмірним розвитком або недорозвиненням щелеп - застосовують одночасно операцію, ліквідовуючи дану патологію.

Контрольні питання.

1. Етіологія надмірнорозвиненої верхньої щелепи.
2. Опишіть клініку надмірнорозвиненої верхньої щелепи.
3. Які ви знаєте методики лікування надмірнорозвиненої верхньої щелепи.
4. Назвіть етіологію недорозвиненої верхньої щелепи.
5. Опишіть клініку недорозвиненої верхньої щелепи.
6. Вкажіть лікування недорозвиненої верхньої щелепи.
7. Етіологія, клініка та лікування відкритого прикусу.

Тема семінарського заняття №1

Види загального знечуленням в щелепно-лицевій хірургії.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань загального знечуленням в щелепно-лицевій хірургії.

Теми реферативних повідомлень:

1. Визначення поняття «загальне знечулення»;
2. Класифікація загального знечулення;
3. Переваги інгаляційного знечулення;
4. Переваги та недоліки неінгаляційного знечулення.

Короткий зміст заняття:

Під терміном «загальне знечуленням» розуміють такі методи дії на організм, при яких розвивається стан зворотнього гальмування центральної нервової системи, який супроводжується втратою больової чутливості, пригніченням рефлексів і втратою свідомості. При цьому введення в організм речовин зі специфічним впливом забезпечує управління його головними функціями – диханням, кровообігом.

Загальне знечулення поділяють на інгаляційне та неінгаляційне. До інгаляційного знечулення відносять: маскове - через ніс, через ротоніс; ендотрахеальне – через рот, через ніс, через трахеостому. До неінгаляційного відносять: нейролептаналгезію, внутрішньовенне, внутрішньомязове, внутрішньокісткове, прямокишкове та спинномозкове введення речовин, а також гіпноз, атаралгезію, електронаркоз.

Ендотрахеальне знечуленням здійснюється шляхом інгаляції наркотичних речовин через інкубаційну трубку, введена в трахею. Основними перевагами цього методу є забезпечення нормального газообміну, усунення небезпеки, пов'язаної з розладами дихання. При проведенні такого знечуленням виключається можливість аспірації крові та слини в дихальні шляхи. Цей вид знечуленням в щелепно-лицевій хірургії показаний при всіх найбільш травматичних і складних операціях, а також у дітей та хворих з неврівноваженою нервовою системою.

Перевагою інгаляційного наркозу є добра керованість і можливість швидко регулювати глибину анестезії. Із інгаляційних анестетиків застосовують закис азоту, десфлюран, фторотан (наркотан, галотан, ізофлюран, енфлюран), частіше – суміш фторотану із закисом азоту і кисню.

Під нейролептаналгезією розуміють метод загального знечуленням, який досягається шляхом внутрішньовенного введення сильного анальгетика, який забезпечує втрату больової чутливості (аналгезія) і нейролептика, який викликає байдужість до оточення (нейролепсія).

Більшість пацієнтів та анестезіологів віддають перевагу для загальної анестезії внутрішньовенній індукції. Найпоширенішим препаратом є кетамін (каліпсол), який справляє асоціативну та селективну дію, проте має ряд недоліків: викликає тахікардію та гіпертензію (це загрожує ускладненнями у пацієнтів із ішемічною хворобою серця, а також кровотечею та підвищеною крововтратою; можливий делірій та галюцинації, викликає мязевий гіпертонус та рухову активність, гіперсалівацію, підвищення внутрічерепного тиску та залишкові впливи на працездатність.

Напрямки дискусії:

1. Дайте визначення поняттю «загальне знечулення»;
2. Вкажіть класифікацію загального знечулення;
3. Назвіть переваги інгаляційного знечулення;
4. Вкажіть переваги та недоліки загального знечулення.

Тема семінарського заняття № 2

Фармакологічні засоби, що використовуються для місцевого знечулення.

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

Теми реферативних повідомлень:

1. Класифікація місцевих анестетиків, їх загальна характеристика.
2. Фармакокінетика препаратів, які застосовують для місцевого знечулення.
3. Фармакодинаміка місцевих анестетиків.
4. Роль вазоконстрикторів при проведенні місцевого знечулення.

Для місцевого знечулення розроблено і запропоновано багато препаратів. Вироблено конкретні вимоги, яким повинен відповідати місцевий анестетик. Це перш за все:

- а) мала токсичність;
- б) легка його розчинність у воді;
- в) знечулюючий розчин повинен бути стабільним і не втрачати своїх властивостей при кип'ятінні;
- г) можливість швидко проникати в тканини;
- д) не викликати подразнення і деструктивні зміни в тканинах;
- е) володіти судинно-звужуючими властивостями, або бути сумісними з судинно-звужуючими препаратами;
- є) давати максимально швидко знечулення після введення препарату, яке повинно бути доволі тривалим.

Важливу роль в зниженні токсичності анестизуючих розчинів відіграють судиннозвужуючі препарати, які добавляють до анестизуючих розчинів. Звуження судин в місці введення знечулюючого розчину сповільняє всмоктування і цим самим здовжує його дію. Найбільш широке застосування має адреналін.

Напрямки дискусії:

1. Фармакокінетика та фармакодинаміка препаратів, які застосовують для місцевого знечулення.
2. Класифікація місцевих анестетиків, їх загальна характеристика.
3. Роль вазоконстрикторів при проведенні місцевого знечулення.

Тема семінарського заняття №3

Клінічні методи обстеження в хірургічній стоматологічній практиці

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

Теми реферативних повідомлень

1. Правила обстеження хворого
2. Скарги хворих з хірургічною патологією ЩЛД
3. Збір анамнезу
4. 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 в'яснення скарг на теперішній момент:

1. Больовий симптом – причина виникнення, характер, тривалість, поширеність, інтенсивність, локалізованість.
2. Скарги на припухлість, набряк.
3. 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:

1. шпатель;
2. стоматологічне дзеркало;
3. стоматологічний дзьобоподібний пінцет;
4. зубний зонд;
5. зонд Баумана;
6. 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 еластичності змінених тканин (пастозність, хрящуватість, флуктуація 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 боріздок, 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-лицевої ділянки, необхідно звернути особливу увагу на точне детальне документування стану хворого.

Напрямки дискусії

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-лицевої ділянки.
4. Як проводиться пальпація тканин щелепно-лицевої ділянки, їх послідовність?
5. Внутрішньоротове обстеження.

Тема семінарського заняття № 4

Проведення інтенсивної терапії та реанімаційних заходів при невідкладних станах.

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

Теми реферативних повідомлень:

1. Реанімаційні заходи при порушеннях дихання та зупинці серця.
2. Методика трахеотомії та крікоконікотомії.
3. Методика непрямого масажу серця та дефібриляції.
4. Зупинка кровотеч.
5. Протишокова інтенсивна терапія.

Короткий зміст заняття.:

Загрозливими для життя потерпілих безпосередніми ускладненнями щелепно-лицевих пошкоджень є порушення дихання механічного та центрального 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 закинутою 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-є, 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.

Крікоконікотомія - розкриття гортані шляхом розрізу її щитоперснєподібної (конічної) зв'язки (потовщеної передньої частини перснєщитоподібної 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 - 70⁰ 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.

Напрямки дискусії:

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

Тема семінарського заняття № 5

Особливості клінічного перебігу хронічного одонтегенного остеомієліту щелеп.

Навчальна мета заняття: Ознайомити лікарів-спеціалістів з клінічними ознаками хронічного одонтегенного остеомієліту щелеп.

Теми реферативних повідомлень:

1. Підгострий одонтогенний остеомієліт щелеп.
2. Місцеві прояви хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп.
3. Загальні прояви хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп.
4. Особливості клінічного протікання хронічного одонтогенного 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 секвестрація окремих ділянок кістки без утворення нориць. Досить часто при локальному остеомієліті спостерігається секвестрація альвеолярного відростка в області одного або декількох зубів. Ураження альвеолярного відростка і тіла нижньої щелепи приводили до секвестрації 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.

Напрямки дискусії:

1. Характеристика підгострої стадії одонтогенного остеомієліту щелеп.
2. Опишіть місцеві прояви хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп.

3. Загальні прояви хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп.
4. Вкажіть особливості клінічного протікання хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп.

Тема семінарського заняття № 6

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

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

Теми реферативних повідомлень:

1. Загальні ускладнення під час видалення зубів
2. Загальні ускладнення після видалення зубів
3. Луночнова кровотеча.
4. Особливості видалення зубів при гемофілії А.
5. Біль у луночковій рані.
6. 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, асфіксія, 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. Причинами 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 розтрощення м'яких тканин;
2. Відламування частин альвеоли або міжкореневої перегородки;
3. Наявність запального процесу у ділянці видаленого зуба;
4. Припинення дії введеного адреналіну, що спричиняє стійкий авзопарез 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 знечулення, 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 іншим хірургічним інструментом. Після зупинки кровотечі післяопераційну рану ушивають. Кровотечу з

глибини рани зупиняють тампонадою судини марлевини турундами з різними лікарськими засобами (йодоформ, тромбін, іпсилон-амінокапронова 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 чотири 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 секвстрації 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

Напрямки дискусії:

5. Перерахуйте загальні ускладнення під час видалення зубів.
6. Охарактеризуйте стан непритомності, її лікування.
7. Клінічні ознаки та лікування колапсу.
8. Опишіть загальні ускладнення, що розвиваються після видалення зубів.
9. Причини луночкових кровотеч.
10. Вкажіть особливості видалення зубів у хворих на гемофілію.
11. Назвіть причини виникнення альвеоліту.
12. Клінічні форми альвеоліту.
13. Складіть план лікування хворого з альвеолітом.

Тема семінарського заняття № 7

Клінічна характеристика запальних процесів м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки, що прилягають до нижньої щелепи.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань клінічної характеристика запальних процесів м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки, що прилягають до нижньої щелепи.

Теми реферативних повідомлень:

1. Клініка та лікування абсцесів та флегмон під щелеповою ділянкою;
2. Клініка та лікування абсцесів та флегмон крило-щелепового простору;
3. Клініка та лікування абсцесів та флегмон під навколوجلоткового простору;
4. Клініка та лікування абсцесів та флегмон підпідборідкової ділянки;
5. Клініка та лікування абсцесів та флегмон субмасетеріального простору;
6. Клініка та лікування абсцесів та флегмон позадущелепової ділянки.

Короткий зміст заняття:

Серед флегмон цієї локалізації найчастіше зустрічається флегмони підщелепового трикутника. 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.

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 яззу для вільного відтоку гною.

При абсцесах та флегмонах навкологлоткового простору виникає самовільний і різкий біль 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 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 крило видного м яззу, одночасно проводячи ревізію під нижньощелепного простору.

При абсцесах і флегмонах підпідборідкового простору, який обмежений передніми черевцями двочеревцевого м яззу і підязиковою кісткою, шкіра напружена гіперемійована, рухи нижньої щелепи не обмежені, симптом флуктуації 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 яззу, 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 яззу. 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 яззу. Розкриття субмасетеріального абсцесу проводять внутрішньоротовим розрізом паралельно передньому краю м яззу або в під щелеповій ділянці огинаючи кут щелепи. Для забезпечення дренивання доцільно відділити жувальний м яз від кістки.

Поширення гнійно-запальних процесів в позадущелепову ямку характеризується появою самовільного болю, припухлості та інфільтрату, при цьому згладжуються контури заднього краю і кута 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. Тупим шляхом розкривають позаду щелеповий простір і створюють відтік гною.

Напрямки дискусії:

1. Клініка та лікування абсцесів та флегмон під щелепової ділянки;
2. Клініка та лікування абсцесів та флегмон крило-щелепового та навкологлоткового просторів;
3. Клініка та лікування абсцесів та флегмон підпідборідкової ділянки;
4. Клініка та лікування абсцесів та флегмон субмасетеріального та позадущелепового просторів.

Тема семінарського заняття №8

Флегмона дна порожнини рота. Топанатомія, клініка, діагностика, диференційна діагностика та лікування.

Навчальна мета заняття: Ознайомити лікарів-спеціалістів з топанатомією, клінікою, діагностикою, диференційною діагностикою та лікуванням флегмони дна порожнини рота.

Теми реферативних повідомлень:

1. Клініка флегмони дна порожнини рота.
2. Діагностика флегмони дна порожнини рота.
3. Диференційна діагностика флегмони дна порожнини рота.
4. Топанатомія флегмони дна порожнини рота.
5. Лікування флегмони дна порожнини рота.

Короткий зміст заняття.

Флегмона дна порожнини рота - розповсюджений гнійно-запальний процес, що захоплює два і більш клітковинних простори, розташованих вище або нижче діафрагми дна порожнини рота (*m. mylohyoideus*). Наявність в області дна порожнини рота численних міжм'язевих і міжфасціальних щілин, отворів, через які проходять протоки слинних залоз, судини і нерви, обумовлює сполучення усіх кліткових просторів цієї ділянки. Найбільше часто зустрічаються флегмони дна порожнини рота з наступною локалізацією інфекційно-запального процесу:

- під'язковий простір з обох сторін (часто при цій флегмоні спостерігається поширення інфекційно-запального процесу на корінь язика)
- піднижньощелеповий і під'язиковий простори однієї сторони.
- піднижньощелеповий простір з обох сторін (звичайно супроводжується поширенням інфекційно-запального процесу на підпідборідкову ділянку)
- під'язиковий і піднижньощелеповий простір з обох сторін,
- ураження всіх клітковинних просторів дна порожнини рота.

Основні джерела і шляхи поширення інфекції - вогнища одонтогенної інфекції в області зубів нижньої щелепи, інфекційно-запальні процеси та інфіковані рани слизової оболонки дна порожнини рота, шкірних покривів надпід'язикового відділу ший. Часто зустрічається лімфогенний шлях проникнення інфекції.

Клінічна картина визначаються локалізацією інфекційно-запального процесу. Хворі скаржаться на біль при ковтанні, розмові, загальне нездужання. Дихання часте, утруднене. Хворі при цьому приймають характерну вимушену позу: сидять, нахиливши голову вперед з напіввідкритим ротом. Різко виражені симптоми інтоксикації. Температура тіла може підвищуватися до 40° С, число лейкоцитів - до 12-15 10⁹/л і більш, ШОЕ різко зростає. Відзначається виражене зрушення біохімічних і імунологічних показників, що свідчить про зниження неспецифічної резистентності організму до інфекції і важких метаболічних розладах.

Місцеві прояви запального процесу залежать від того, які відділи дна порожнини рота задіяні в патологічний процес.

При ураженні нижніх відділів дна порожнини рота (нижче щелепно-під'язикового м'язу) різко виражена розлита припухлість тканин підборідкової і піднижньощелепових ділянок з двох сторін. Шкіра над нею напружена, гіперемійована. Пальпація викликає біль.

При ураженні верхнього відділу дна порожнини рота в зв'язку з різким набряком тканин під'язикової області і язика хворий тримає рот напіввідкритим. Збільшений під'язиковий валик виступає над нижнім зубним рядом. Покриваюча його слизова оболонка гіперемійована. З рота - гнильний запах, витікає слина, яку хворий не може проковтнути. Мова невиразна. При вираженому порушенні дихання приходить терміново накладати трахеостому, після чого приступають до розкриття флегмони.

Напрямки дискусії

1. Опишіть клініку флегмони дна порожнини рота.
2. Діагностика флегмони дна порожнини рота.
3. Проведіть диференційну діагностику флегмони дна порожнини рота.
4. Топанатомія флегмони дна порожнини рота
5. Вкажіть особливості лікування флегмони дна порожнини рота.

Тема семінарського заняття №9

Лікування лімфаденіту ЩЛД.

Навчальна мета заняття: Ознайомити лікарів-спеціалістів з лікуванням гострого та хронічного лімфаденіту ЩЛД.

Теми реферативних повідомлень:

1. Загальні принципи лікування гострого та хронічного лімфаденіту ЩЛД.
2. Хірургічні методи лікування лімфаденіту ЩЛД.
3. Консервативне лікування лімфаденіту ЩЛД.

Короткий зміст заняття.

Лікування гострого серозного і хронічного лімфаденітів повинно бути консервативним тільки в тому випадку, якщо лікар не може встановити й

усунути джерело (вхідні ворота) інфекції в порожнині рота, лор-органах і т.д. У таких випадках застосовуються сухе тепло, увч-терапія, короткі новокаїн-антибіотикові блокади (пеніцилін, стрептоміцин, олеандоміцин і т.д.). Корисно застосовувати компреси з 25-30% розчину дімексиду сумісно з антибіотиком, гідрокортизоном або проднізолоном, знечулюючим розчином.

Якщо джерело інфекції встановлено і наступило нагноєння вузла (або пакета вузлів), необхідно розкрити абсцес і дреноувати. Іноді вдається обійтись відсмоктуванням гною і заповненням порожнини гнійника розчином антибіотиків.

Коли джерело інфекції визначено, необхідно насамперед усунути його або шляхом застосування антибактеріальних препаратів, або хірургічним втручанням (видалення зуба, вилущування нагноєної кістки, ліквідація нависаючого слизового капюшона над зубом, що прорізується, лікування гаймориту, остеомієліту, періоститу і т.д.). Такої операції звичайно досить, щоб лімфаденіт або перилімфаденіт припинився. Однак в ряді випадків, крім луківання зуба (видалення його, реплантація, резекція верхівки кореня й ін.) необхідно провести розріз по перехідній згортці, щоб розсікти грануляційно-запальний тяж, що йде від зуба до вогнища нагноєння в м'яких тканинах. Рану по перехідній складці дреноують йодоформної марлевою смужкою. В результаті — цілком припиняється надходження нових порцій інфекції з зубо-щелепної системи.

Якщо гостре нагноєння лімфатичного вузла або рецидиви хронічного лімфаденіту привели до руйнування його самого і рубцевої деформації шкіри, потрібно висікти рубцево змінені тканини, ложкою вискоблити всю грануляційну тканину, як у глибині вогнища, так і на внутрішній поверхні розсіченої шкіри, промити рану і пошарово її ушити з мобілізацією її шарів або пластиком шляхом переміщення зустрічних трикутників.

Напрямки дискусії:

1. Назвіть загальні принципи лікування гострого та хронічного лімфаденіту ЩЛД.
2. Суть хірургічного методу лікування лімфаденіту ЩЛД.
3. Покази до хірургічного лікування лімфаденіту ЩЛД
4. Консервативне лікування лімфаденіту ЩЛД.

Тема семінарського заняття № 10

Класифікація та етіопатогенез захворювань скронево-нижньощелепового суглобу.

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

Теми реферативних повідомлень:

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 - 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):

1. - артрити: гострі і хронічні;
2. - артрози: склерозуючі і деформуючі;
3. - 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 по-

ширення інфекції або гематогенним шляхом, або, що буває рідше, шляхом послідовного поширення (отит, остеомиєліт 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.

Напрямки дискусії:

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

Тема семінарського заняття №11

Профілактика та диспансеризація хворих з передраковими станами.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань профілактики та диспансеризації хворих з передраковими станами.

Теми реферативних повідомлень:

1. Канцерогенні фактори виникнення передракових станів.
2. Профілактика передракових станів.
3. Диспансерні клінічні групи хворих з передраковими станами.

Короткий зміст заняття.

Спостереження свідчать, що під впливом зовнішніх шкідливих чинників на шкірі та слизовій оболонці рота можуть виникнути реактивні або дистрофічні зміни, котрі призводять до передракових станів або злоякісних пухлин.

З практичної точки зору знання канцерогенних факторів є необхідним, так як при ранній ліквідації цих подразників можливо попередити передракові процеси та виникнення злоякісної пухлини. Акцентується увага на те, що потрібно дотримуватись профілактичних заходів на підприємствах, корі мають професійну шкідливість, особливо тоді, коли можливий контакт працівників з похідними дьогтю, аніліновими барвниками, мінеральними

оліями, бензином, бітумом, хлорованими аліфатичними вуглеводами, похідними миш'яковистих сполук, смолами, радіоактивними ізотопами. В цих випадках необхідно звертати увагу на дотримування працівниками особистої гігієни, всіх принципів техніки безпеки, використання ними спецодягу.

До числа причин, які призводять до розвитку злоякісних новоутворень, відносяться хронічні запальні процеси (остеомієліт, гайморит, хейліт і ін.), однократні і багатократні пошкодження. Тому своєчасне лікування цих захворювань, попередження травм слизової оболонки порожнини рота гострими краями зруйнованих зубів і зубних протезів, є профілактикою злоякісних утворень.

Звертається увага на диспансеризацію хворих з передраковими станами, розглядається їх поділ на клінічні групи.

До першої групи відносяться всі хворі з неясною клінічною картиною захворювання, але з підозрою на злоякісну пухлину (1-а група), а також хворі з передпухлинними захворюваннями (I-б група).

Після детального клінічного обстеження та встановлення діагнозу хворі 1-а групи знімаються з онкологічного обліку або переводяться в інші групи. Хворі I-б групи стають на диспансерний облік, здійснюється відповідне лікування та спостереження. До другої групи відносяться хворі із злоякісними пухлинами, котрі потребують спеціального та радикального лікування.

До третьої групи відносяться хворі, котрим проведено радикальне комбіноване лікування, і вони практично здорові. Такі хворі систематично спостерігаються стоматологами або онкологами, перший рік після лікування – поквартально, другий – раз в півроку, надалі - щорічно. Відновні операції обличчя здійснюються не раніше ніж через рік при умові відсутності рецидивів та метастазів. При появі рецидиву пухлини і метастазів, у випадках можливого проведення радикального лікування, хворі переводяться в другу групу, якщо радикальне лікування провести неможливо – у четверту групу, до якої відносяться всі хворі з запущеними злоякісними новоутвореннями. Таких хворих спостерігають онкологи або стоматологи в амбулаторних або стаціонарних умовах за місцем проживання.

Напрямки дискусії:

1. Етіологічні фактори виникнення передракових станів.
2. Профілактика передракових станів.
3. Диспансеризація хворих з передраковими станами.

Тема семінарського заняття № 12

Клініка, діагностика та лікування ретенційних кист малих слинних залоз.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань клініки, діагностики та лікування ретенційних кист малих слинних залоз.

Теми реферативних повідомлень:

1. Етіологія ретенційних кист малих слинних залоз.
2. Клініка ретенційних кист малих слинних залоз.
3. Діагностика ретенційних кист малих слинних залоз.
4. Методи лікування ретенційних кист малих слинних залоз.

Короткий зміст заняття:

Ретенційні кисти малих слинних залоз спостерігаються на слизовій оболонці губ, рідше на слизовій оболонці щік, у вигляді виступаючого над її поверхнею скловидного або синюватого пружного на дотик тіла кулястої форми 0,5 - 2 см в діаметрі, з добре контурованими краями

Киста знаходиться безпосередньо під слизовою оболонкою і складається з капсули, яка містить ясну та слизисту рідину.

Етіологія. Ретенційна киста утворюється внаслідок затримки секрету слинної залози при закупорці вивідної протоки її, що настає в результаті прикушування зубами або будь-якої іншої травми протоки. Нагромадження секрету веде до поступового здавлювання і атрофії паренхіми залози.

У разі інфікування киста нагноюється і справляє враження абсцесу. Пальпаторно киста еластичної консистенції, безболісна.

Диференційний діагноз проводять з пухлинами малих слинних залоз, які зустрічаються рідше, мають еластичну консистенцію, поверхня горбиста, без флюктуації, з кавернозною гемангіомою, для якої характерний багрово-синюшний колір, симптом наповнення.

Лікування хірургічне: розрізи слизової оболонки над кистою роблять у вигляді двох півмісяців. Напівтупим шляхом за допомогою кровозупинного затискача відділяють оболонку кисти від тканини, сполучнотканинні перемички розсікають ножицями, кисту вилущують, накладають кетгутіві шви на слизову оболонку. Ведення післяопераційного періоду традиційне.

Напрямки дискусії:

1. Вкажіть причини виникнення ретенційних кист малих слинних залоз.
2. Основні клінічні симптоми ретенційних кист.
3. Діагностика ретенційних кист малих слинних залоз.
4. Назвіть основні принципи лікування ретенційних кист малих слинних залоз.

Тема семінарського заняття № 13

Етіологія, клініка, діагностика, диференційна діагностика та методи лікування адамантином.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань етіології, клініки, діагностики, диференційної діагностики та методів лікування адамантином.

Теми реферативних повідомлень:

1. Етіологія та патогенез адамантиноми
2. Клініка адамантиноми
3. Діагностика адамантиноми
4. Диференційна діагностика адамантиноми
5. Методи лікування адамантиноми

Короткий зміст заняття:

Адамантинома (амелобластома) відноситься до одонтогенних доброякісних пухлин.

Зустрічається адамантинома переважно у віці 21-40 років. Це епітеліальна пухлина. Синоніми пухлини такі:

- 1) багатокамерна кістома;
- 2) проліферуюча щелепна кіста;
- 3) центральна парадентальна кістома;
- 4) кістоаденома;
- 5) адамантінум і ін.

Частіше локалізується на нижній щелепі в ділянці нижніх зубів мудрості, кута нижньої щелепи.

Патогенез тісно пов'язаний з питанням про походження епітеліальних клітин, з яких росте адамантинома.

- 1) Абрикосов А. І. (1879) і ін. пов'язують походження адамантином з епітеліальними залишками емалевого органу зубного зачатка.
- 2) О. В. Петров (1956) — вважає, що ця пухлина росте з епітелію, який виник при метаплазії сполучної тканини;
- 3) Малясе (1885), Астахов (1908), В. Я. Брайцев (1907) і ін пов'язують походження адамантиноми з епітеліальними залишками (острівками) в періодонті і в кістці щелепи.
- 4) І. Г. Лукомський (1927), А. Л. Козирєв (1959), Н. Я. Резніков (1965) і ін. вважають, що адамантинома виникає за рахунок розростання і занурення в кістку епітелію порожнини рота або верхньощелепової пазухи.

Клініка.

Скарги на:

- а) Раптово помічену асиметрію обличчя;
- б) З анамнезу скарги на ниючі болі в щелеп і зубах;
- в) Довго незагоюючі рани після видалення зубів, з яких виділяється мутна рідина.
- г) Порушення функції жування.

Об'єктивно:

- а) веретеноподібне вздуття тіла щелепи;
- б) поверхня гладка або горбиста;
- в) шкіра не змінена, береться в згортку;
- г) пізніше — симптоми хрусту, може бути флюктуція;
- д) лімфовузли не змінені, якщо пухлина не нагноїлась
- е) наявність нориць на слизовій оболонці.

Рентгенологічно: (Козирев 1959) описав 9 варіантів кіскових змін на рентгенограмі:

- 1) ряд округлих порожнини;
- 2) одна порожнина і багато малих порожнини;
- 3) ряд порожнини — в 1-2 включений фолікул або сформований зуб.
- 4) багатокутні порожнини;
- 5) крупнопетлиста структура — багато мілких кіст;
- 6) декілька великих кістозних порожнин;
- 7) одна кістозна порожнина з нерівними краями;
- 8) одна велика порожнина, в яку входять корені зубів к при радикулярній кісті);
- 9) одна велика кіста — в неї повернена коронка непрорізаного зуба (як фолікулярна кіста).

Диференціювати адамантиному слід з саркомою, раком, остеобластокластомою, фолікулярною і радикулярною кістою, гемангіомою, холестеотомою і ін.

Лікування повинно бути радикальним, щоб запобігти рецидиву, який викликає загрозу малігнізації.

У зв'язку з тим, що адамантома при рості утворює багато малих бухт і їх трудно видалити — тому оперативне втручання повинно бути або з частковою резекцією прилеглої кістки або повною — з перериванням цілісності кістки, у деяких випадках, при великих розмірах пухлини — резекція щелепи з екзартикуляцією та одночасною аутоостеопластикомою. Ю. Й. Бернадський пропонує резекцію ділянки щелепи з пухлиною з наступним вискоблювання і виварюванням (кип'ятінням) та фіксацією кістки

Напрямки дискусії:

1. Назвіть синоніми адамантоми?
2. Вкажіть патогенетичні теорії виникнення адамантоми.
3. Основні клінічні симптоми адамантоми.
4. Охарактеризуйте рентгенологічну картину при адамантомі.
5. Проведіть диференційну діагностику адамантоми з саркомою, раком та ін.
6. Основні принципи лікування адамантоми.

Тема семінарського заняття №14

Класифікація травматичних пошкоджень зубів, альвеолярних відростків та нижньої щелепи.

Навчальна мета заняття: Ознайомити лікарів-спеціалістів з класифікацією травматичних пошкоджень зубів, альвеолярних відростків та нижньої щелепи.

Теми реферативних повідомлень:

1. Класифікація травматичних пошкоджень зубів (ВООЗ).
2. Класифікація травматичних пошкоджень альвеолярних відростків
3. Класифікація зламів нижньої щелепи за характером ураження.

4. Анатомічна класифікація зламів нижньої щелепи.

Короткий зміст заняття.

Класифікація травматичних пошкоджень зубів, запропонована ВООЗ (1979р), враховує вікову особливість травми, скерована на правильний вибір методу лікування і побудована за принципом від простих випадків до складних:

Клас I – забій зуба з незначним структурним пошкодженням (тріщина емалі):

Тип 1 – з незакінченим ростом кореня;

Тип 2 – з несформованою верхівкою кореня;

Тип 3 – з повністю сформованим коренем.

Клас II – неускладнений злам коронки зуба:

Тип 1 – в межах емалі;

Тип 2 – в межах емалі і дентину без розкриття сформованою кореневою системою;

Клас III – ускладнений злам корон сформованою кореневою системою:

Тип 1 – злам коронки з точковим (незначним) розкриттям порожнини зуба і не повністю сформованою кореневою системою;

Тип 2 – злам коронки зуба із значним розкриттям порожнини і не повністю сформованою кореневою системою;

Тип 3 – некроз пульпи, як наслідок зламу коронки з розкриттям порожнини зуба з незакінченим ростом кореня;

Тип 4 – злам коронки в межах емалі і дентину із значним розкриттям порожнини зуба і повністю сформованою верхівкою кореня.

Клас IV – повний відлом коронки зуба.

Клас V – коронково-кореневий повздовжній злам

Клас VI – злам кореня зуба:

Тип 1 – верхівковий;

Тип 2 – серединний;

Тип 3 – коронковий.

Клас VII – вивих зуба (неповний):

Тип 1 – забій зуба без збільшення рухомості та без зміщення;

Тип 2 – підвивих зуба – збільшена рухомість зуба без зміщення;

Тип 3 – інтрузивний вивих зуба (вбивання зуба в глиб тканин);

Тип 4 – екструзивний вивих зуба (висунення зуба з ямки);

Тип 5 – боковий вивих зуба (зміщення зуба в напрямку, відхиленому від осьового).

Клас VIII – повний вивих зуба:

Класифікація зламів нижньої щелепи. (П. З. Аржанов, Т. М. Іващенко, Т. М. Лур'є).

Характер уражень:

1. Ізольовані

2. Поєднані:

а) з черепно-мозковою травмою;

б) з травмою м'яких тканин інших ділянок

в) з травмою інших кісток скелету.

Число переломів:

1. Одиночні
2. Подвійні:
 - а) односторонні
 - б) двосторонні;
3. Потрійні та множинні.

У клінічній практиці найбільш вдалою є анатомічна класифікація:

- 1) серединний злам;
- 2) різцевий злам;
- 3) злам у ділянці ікла;
- 4) ментальний злам;
- 5) злам тіла щелепи,
- 6) ангулярний злам;
- 7) злам гілки щелепи;
- 8) злам суглобового відростка;
- 9) злам в ділянці шийки суглобового відростка,
- 10) злам суглобового відростка з вивихом;
- 11) злам вінцевого відростка.

Напрямки дискусії:

1. Наведіть класифікацію травматичних пошкоджень зубів (ВООЗ).
2. Як класифікують травматичні пошкодження альвеолярних відростків.
3. Які ви знаєте класифікації зламів нижньої щелепи.
4. Наведіть анатомічну класифікацію зламів нижньої щелепи.

Тема семінарського заняття № 15.

Покази та методи хірургічного лікування вроджених незрощень піднебіння.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань клініки, діагностики та лікування вроджених вад розвитку щелепно-лицевої ділянки у дітей.

Теми реферативних повідомлень:

1. Загальна характеристика вроджених вад розвитку ЩЛД;
2. Причини виникнення вроджених незрощень піднебіння;
3. Профілактика вроджених вад;
4. Схема лікування дітей із незрощеннями піднебіння.

Короткий зміст заняття:

Вроджені розщілини, незрощення піднебіння відносяться до вад, які найчастіше зустрічаються у щелепно-лицевій ділянці. Тяжкість даного порушення розвитку обличчя визначається не лише зовнішнім спотворенням, вираженими функціональними розладами, соціальною неповноцінністю дитини в колективі, негативною психологічною атмосферою в сім'ї, але і є передумовою порушення росту і розвитку дитячого організму, виникнення фонічних захворювань. Як правило, такі діти мають розлади не лише

дихальної, але й серцево-судинної системи, ЛОР-органів, порушення специфічного і неспецифічного захисту організму.

Причинами розвитку вроджених незрощень обличчя є ендогенні (спадковість, біологічну неповноцінність статевих клітин, перенесені матір'ю інфекційні захворювання в перші місяці вагітності – кір, скарлатина, токсоплазмоз; раніше перенесені аборти) та екзогенні фактори (дія на плід іонізуючої радіації, а також різного роду патогенної мікрофлори – стафілокок, анаеробна флора, віруси; медикаментів – тератогенні отрути; різноманітних хімічних речовин, зловживання алкоголем, авітамінози, гіпоксія, травма живота в ранні терміни вагітності, психічна травма, а також інші фактори, які порушують нормальний розвиток плода в період його формування.

Враховуючи дані фактори постає необхідність у проведенні профілактичної роботи серед вагітних жінок, а також батьків дітей із даними вадами. Консультація батьків в генетичному центрі на ймовірність народження дитини з незрощенням піднебіння є необхідною, якщо:

- в родині вже були діти з незрощеннями або іншими вродженими дефектами і деформаціями щелепно-лищевої ділянки;
- попередня дитина народилась із незрощенням;
- мати довготривалий час хворіє хронічними захворюваннями;
- мати в першому триместрі вагітності перенесла грип чи інші простудні захворювання, що супроводжувались високою температурою тіла;
- в анамнезі у матері кілька абортів;
- в анамнезі у матері перенесена краснуха, кір, токсоплазмоз;
- в першому триместрі мати підлягала неодноразовому рентгенівському опроміненню;
- в перші два місяці мати перенесла фізичну чи психологічну травму;
- якщо мати курить та зловживає алкоголем;
- якщо мати під час вагітності займалась самолікуванням, неодноразово приймала медикаменти без консультації лікаря.

Ретельне обстеження вагітних на ранніх термінах необхідне для виявлення та усунення причин, що призводять до порушення внутрішньоутробного розвитку плода. Санітарно-просвітня робота проводиться для роз'яснення необхідності нормального перебігу перших трьох місяців вагітності і сприяє профілактиці народження дітей із вродженими вадами щелепно-лищевої ділянки. Зовнішні прояви незрощень губи можна виявити при ультразвуковому обстеженні, як правило, на 12-14 тижні вагітності. В такому разі тільки жінка має право вирішувати – залишити дитину чи переривати вагітність. У всіх випадках народження дитини з незрощенням піднебіння батьки повинні в перші місяці життя дитини відвідати медико-генетичний центр для вирішення степені спадкової обумовленості даного конкретного випадку. Після огляду дитини, батьків та складання родоводу лікар вирішить питання про необхідність додаткових генетичних обстежень, при цьому

вираховують ризик повторного народження дітей з вродженими вадами в даній сім'ї та в дальніх родичів.

На даний час немає достовірної можливості проведення первинної профілактики незрощень піднебіння та 100 % діагностики вад розвитку на ранніх стадіях розвитку плода, тому допомога дітям з вадами залежить від своєчасного та правильного лікування. В першу чергу пацієнт повинен бути прийнятий на диспансерний облік, далі вирішують питання годування дитини за допомогою спеціальної соски чи обтуратора, виготовленого по типу знімної пластинки на беззубу щелепу в перші дні народження дитини з наскрізним незрощенням піднебіння. Необхідно провести обстеження дитини педіатром та суміжними спеціалістами для виявлення супутніх вроджених та набутих захворювань, які можуть бути протипоказом до хірургічного втручання, та почати лікування у профільних установах. Між етапами хірургічного та ортодонтичного лікування необхідно проводити корекцію ортодонтичних апаратів, заняття з логопедом і психологом.

Ортодонтична реабілітація дітей з незрощеннями піднебіння є невід'ємною частиною комплексного лікування таких дітей. Тактика ортодонтичного лікування залежить від виду незрощення, способу хірургічного лікування та віку дитини.

При хірургічному лікуванні вроджених незрощень піднебіння в останні роки відмічається тенденція вітчизняними та зарубіжними хірургами проводити оперативні втручання в більш ранні терміни. Імунологічні, антропометричні та біохімічні дослідження свідчать, що найсприятливішим для проведення ураностафілопластики є термін у віці 2-3 років, що відповідає формуванню основних мовних механізмів. Це не означає, що кожна дитина в цьому віці готова до операції, однак в цьому віці бажано закінчити підготовку дитини до хірургічного втручання.

Оцінка місцевого статусу у дитини з незрощенням піднебіння проводиться щелепно-лицевим хірургом та ортодонтом, які визначають стан підготовленості до втручання (стан слизової оболонки порожнини рота, носоглотки та зіву, аденоїдних вегетацій і піднебінних мигдалин, положення торцевих відділів альвеолярних дуг на фрагментах щелеп при наскрізних незрощеннях, дані палатофарингометричних досліджень, стан зубів). Необхідною умовою для проведення ранніх (до 2-х років) первинних операцій на піднебіння є сприятливий загальний та місцевий статус, можливість проведення до- та післяопераційного ортодонтичного лікування таких дітей.

Напрямки дискусії:

1. Загальну характеристику вродженим вадам розвитку ЩЛД;
2. Причини виникнення вроджених незрощень піднебіння;
3. Методи профілактики вроджених вад розвитку ЩЛД;
4. Терміни хірургічного лікування незрощень піднебіння;
5. Види хірургічних втручань в залежності від вродженої патології.

Тема семінарського заняття №16

Основні принципи реконструктивних операцій на обличчі та шиї.

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-спеціалістів з основними принципами реконструктивних операцій на обличчі та шиї.

Теми реферативних повідомлень:

1. Значення реконструктивних операцій в щелепово-лицевій ділянці.
2. Суть реконструктивної хірургії.
3. Основні принципи реконструктивних операцій на обличчі і шиї.
4. Покази та протипокази до проведення реконструктивних операцій на обличчі і шиї.

Короткий зміст заняття.

Покази та протипокази до реконструктивних операцій.

Протипокази поділяються на: місцеві і загальні.

До місцевих відносяться:

1. Незначна ступінь дефекту.
2. Коли косметичний фактор не має значення (у людей похилого віку і ін. осіб),
3. Піодермія шкіри обличчя.
4. Виразковий стоматит, глосит.
5. Запальні процеси в лімфовузлах.
6. Запальні процеси в верхньощелепному синусі.
7. Запальні процеси іншої локалізації на обличчі.

До загальних протипоказів відносяться:

1. Гострі та хронічні запальні процеси.
2. Психічні порушення.
3. Гнійні захворювання шкіри тулуба, кінцівок.
4. Субфебрилітет невідомої етіології.
5. Недомагання, загальна слабкість.
6. Менструація.

Основними принципами реконструктивних операцій є:

1. Біологічна сумісність живих тканин або індиферентність експластичних матеріалів.
2. Адекватність пересаджуваних тканин.
3. Достатня косметичність пересаджуючих тканин.
4. Симетричність органу, який відновлюється.
5. Стійке досягнення анатомічного, функціонального і косметичного результату реконструктивних операцій.

Специфічні принципи:

1. Операція повинна забезпечити відновлення або збереження прикусу, жування, мови, дихання, вільну рухомість голови.
2. Операція не повинна зумовлювати затримки розвитку кісток обличчя і виникнення вторинних рубцевих змін.
3. Після операції не повинно рости волосся в порожнині рота, а під шкірою - утворюватись епідермальних кіст.

Напрямки дискусії:

1. Покази до реконструктивних оперативних втручань.
2. Протипокази до реконструктивних операцій.
3. Основні принципи реконструктивних оперативних втручань.
4. Вимоги до реконструктивних операцій в щелепово-лицевій ділянці.
5. Специфічні принципи до оперативних втручань при реконструктивних операціях.
6. Планування реконструктивних операцій?

Самостійне заняття №1.

Профілактика стоматологічних захворювань.

Навчальна мета заняття: сформувати сучасні знання про наукове підґрунтя профілактики як системи попередження захворювань на різних рівнях.

Навчальні питання

1. Фактори ризику стоматологічних захворювань;
2. Структура профілактичних заходів;
3. Фармакологічні лікувально-профілактичні засоби;
4. Герметизація фісур як метод первинної лікарської профілактики.

Короткий зміст заняття: профілактика як система заходів попередження стоматологічних захворювань здійснюється на державному, соціальному, професійному, індивідуальному рівнях; включає організаційні, гігієнічні та медичні аспекти; базується на наукових знаннях про етіологію та патогенез стоматологічних захворювань демографічних даних та епідеміологічних досліджень.

Фактори ризику стоматологічних захворювань класифікуються на ендо- та екзогенні, специфічні та неспецифічні.

Згідно Європейських завдань стоматологічного здоров'я на 2010 рік основним напрямком профілактичних заходів експерти визначили попередження карієсу (починаючи з дитячого віку), а основними та першочерговими заходами: раціональне харчування та корекція вуглеводів у їжі, гігієна порожнини рота, використання препаратів фтору.

Фахова діяльність лікаря-стоматолога неодмінно включає один з першочергових заходів профілактики стоматологічних захворювань: виконання гігієнічного комплексу, навчання гігієні, контроль гігієни, індивідуалізація системи гігієнічних заходів для кожного пацієнта зокрема із врахуванням ендо- та екзогенних факторів ризику.

Першочерговість проведення профілактичних міроприємств прордиктована перш за все тим, що процент важких ускладнень в хірургічній стоматології, які в ряді випадків можуть призвести до летальності, досить високий. У виникненні запальних захворювань обличчя та шиї особливе значення мають вогнища одонтогенної та неодонтогенної інфекції. Тому попередження запальних процесів повинно бути спрямоване на усунення цих вогнищ при санації порожнини рота та носа.

Проте, незважаючи на зовнішнє благополуччя, ліковані зуби, в певних випадках, продовжують служити джерелом хронічної інфекції протягом

кількох років і є причиною розвитку одонтогенних залальних процесів. Ліквідація хронічних вогнищ запалення при терапевтичному лікуванні періодонтитів відбувається не відразу після завершення пломбування каналів, навіть в тому випадку, якщо лікування буде повноцінним. У 22% хворих вогнища хронічного одонтогенного запалення зникають через 4 — 8 місяців, а 68% - через 1 — 2 роки, а в решти хворих — в більш пізні терміни. Нерідко порушуються певні методи і терміни лікування захворювань зубів. В результаті чого вогнища відкритого інфікування перетворюються в закриті, не дреновані, які служать одним з основних джерел сенсibiliзації хворого.

З огляду на те, що періодонтальна інфеіція нелікованих, або погано запломбованих зубів зумовлює “окупацію” приблизно 30-50% ліжкового фонду щелепно-лицевих відділень хворими на запальні процеси обличчя та шиї, а кількість таких амбулаторних і госпіталізованих пацієнтів не має тенденції до зменшення, необхідно, щоб профілактика гострих та хронічних запальних одонтогенних періодонтитів проводилась за такими напрямками:

1. Наполеглива багатопланова державна профілактика карієсу зубів;
2. Систематична, переконлива, що доходить до свідомості людей, санітарно-освітня робота через засоби масової інформації стосовно згубності несвоєчасного лікування зубів та ясен (із демонстрацією телефільмів та із зображенням на сторінках газет фізіономій хворих, ураженими гострими періоститами, остеомієлітами, флегмонами, медіастенітами, сепсисом, тромбофлебитами та ін.) Аналіз показує, що санітарно-освітня робота без таких вражаючих демонстрацій, як правило, не викликає у слухачів або читачів бажання якнайшвидше позбавитися від карієсу;
3. Надання малозабезпеченим особам безкоштовної медичної допомоги;
4. Встановлення жорсткого систематичного контролю за якістю лікування та пломбування каналів зубів, особливо багатокорневих (встановлено, що лише в 15,2% випадків канали їх obtуруються на усій довжині), з використанням усіх сучасних медикаментозних та фізичних засобів (лазер, ультразвук, іонофорез та ін.) при лікуванні гострих та загострених періодонтитів;
5. Відмінити практику консервативного лікування хронічних періодонтитів тоді, коли є протипокази (зокрема, викривлення та непрохідність корневих каналів), натомість вдатися до хірургічного методу лікування (апикотомія, гемісекція тощо);
6. Встановити ретельне диспансерне спостереження за кожним консервативно лікованим періодонтитним зубом упродовж 12-24 місяців, а в разі виявлення явної відсутності нормалізації у періапикальній ділянці — видалити зуб (щоб уникнути загострення періодонтиту та розвитку більш грізних ускладнень, включаючи важкі остеофлегмони) або застосувати хірургічний метод лікування даного зуба;
7. В усіх державних та приватних стоматологічних поліклініках забезпечити хворих необхідними засобами та методами безболісного

лікування каріозних, пульпітних та періодонтитних зубів, щоб стоматологічне крісло та бормашина перестали бути відлякуючими (з дитинства) атрибутами медичної допомоги;

8. Необхідно поліпшити якість лікування маргінальних хронічних періодонтитів.

Контрольні питання

1. Рівні, аспекти, програми профілактичних заходів та систем.
2. Стоматологічна диспансеризація.
3. Структура гігієнічного комплексу.
4. Клінічні аспекти профілактичної роботи.

Самостійне заняття № 2-3

Показники ефективності роботи хірургічних стоматологічних закладів.

Організація хірургічної стоматологічної допомоги.

Навчальна мета заняття:

Ознайомити лікарів-спеціалістів з організацією роботи хірургічних відділень стоматологічних поліклінік.

Навчальні питання.

1. Основні принципи організації стоматологічної допомоги у закладах різного рівня.
2. Які структурні одиниці включає хірургічне стоматологічне відділення поліклініки.
3. Які хірургічні стоматологічні втручання можна проводити в хірургічному відділення стоматологічної поліклініки.

Короткий зміст заняття:

В останні роки в умовах ринкових відносин відбуваються значні зміни в організації стоматологічної допомоги. Особливе місце має визначення рівня надання стоматологічної допомоги. Всі заклади по рівню надання допомоги поділяються на кваліфіковані, спеціалізовані і вузько спеціалізовані.

На першому рівні допомога надається в стоматологічних закладах, які ведуть змішаний прийом. Кількість хворих становить 30 – 50%. На другому рівні спеціалізовану допомогу надають по трьох спеціальностях: терапія, хірургія, ортопедія. Це в основному стоматологічні відділення великих поліклінік, районні стоматологічні поліклініки. Спеціалісти повинні мати «сертифікат» по своїй спеціальності.

Серед хворих переважають первинні, а також скеровані з закладів першого рівня (20-40 чол.) Третій рівень – це вузькоспеціалізована поліклінічна допомога, яка надається в республіканських, обласних, великих міських поліклініках на базі стоматологічної допомоги. Лікарі повинні бути спеціалістами високої кваліфікації і вузького профілю. Хворі поступають з закладів першого і другого рівня, а також звертаються самостійно (5-10%).

При плануванні хірургічного відділення стоматологічної поліклініки потрібно користуватися “Санітарними правилами організації, обладнання і експлуатації амбулаторно-поліклінічних закладів стоматологічного профілю, охорони праці і особової гігієни персоналу” (1984 р.), в яких вказується, що

розділення хірургічної стоматології повинно мати не менше п'яти приміщень:

- 5) приміщення для очікування хворих з розрахунку 1,2 м на кожного хворого;
- 6) передопераційна, площею не менше 10 м³;
- 7) операційна з одним стоматологічним кріслом площею не менше 25м², для кожного наступного крісла - додатково 7м²;
- 8) кімната для пересування хворих після операції.

При наявності хірургічного кабінету в стоматологічній поліклініці повинно бути не менше трьох приміщень:

- 4) приміщення очікування;
- 5) стерилізаційна (площею 10м²);
- 6) операційна (площею 14 м² на одне крісло і 7м² на кожне наступне).

Кабінет має мати природне освітлення і дві системи штучно-загальне і робоче освітлення у вигляді рефлекторів.

Первинні хворі поступають по направленню з реєстратури або переведені з інших відділень. У поліклінічних умовах можуть бути проведені тільки такі амбулаторні стоматологічні операції, після яких хворий може самостійно або в супроводі іншої особи доїхати додому.

Звернення за стоматологічною допомогою стаціонарних хворих становить 1,5%. Близько 65% стоматологічних ліжок формують стоматологічні відхилення. А решта входять до складу хірургічних відхилень різного профілю.

До складу хірургічного стоматологічного стаціонару входять:

- операційно - перев'язочний блок,
- анестезіологічне і реанімаційне відділення,
- процедурні кімнати,
- кімнати для проведення гігієнічних процедур в порожнині рота,
- пости медичного персоналу,
- палати.

У стаціонарі повинні працювати висококваліфіковані хірурги – стоматологи, щелепно – лицеві хірурги, які закінчили аспірантуру, клінічну ординатуру, пройшли спеціалізацію по хірургічній стоматології і мають досвід роботи не менше 3 років.

Основний напрямок роботи – хірургічна допомога, також проводиться прийом планових тематичних хворих та амбулаторно – консультативний прийом.

Показники роботи стаціонарного хірургічно стоматологічного відділення:

- кількість пролікованих хворих, з них прооперованих;
- кількість виписаних хворих;
- кількість померлих хворих;
- ліжко день;
- оборот ліжка;
- робота ліжка;

- кількість проведених операцій, з них терміново;
- кількість операцій під загальним знеболенням;
- доопераційний ліжкодень;
- післяопераційний ліжкодень;
- післяопераційні ускладнення;
- хірургічна активність.

Контрольні питання

4. Принципи організації стоматологічної допомоги у закладах різного рівня.
5. Організація хірургічного стоматологічного відділення в стоматологічній поліклініці.
6. Організація стоматологічного кабінету в стоматологічній поліклініці.
7. Основні показники роботи хірургічних стоматологічних закладів.

Самостійне заняття № 4

Спеціальні методи обстеження хворих в хірургічній стоматологічній практиці.

Навчальна мета заняття: Ознайомити лікарів-спеціалістів зі спеціальними та допоміжні методи обстеження хворих в хірургічній стоматологічній практиці.

Навчальні питання:

6. Лабораторні методи обстеження.
7. Рентгенологічне дослідження ЩЛД.
8. Методика проведення сіалографії.
9. Комп'ютерна томографія.
10. Застосування термодіагностики при запальних процесах м'яких тканин ЩЛД.

Короткий зміст заняття.

До спеціальних методів обстеження хворих в хірургічній стоматологічній практиці належать лабораторні методи обстеження (кров, сеча), рентгенологічне дослідження, сіалографія, комп'ютерна томографія, термодіагностика, лімфографія, цитологія ран і гнійного ексудату, цитологічне дослідження слини.

Рентгенологічне дослідження має важливе діагностичне значення в хірургічній стоматології і часто є способом обстеження, який дозволяє встановити вірний діагноз.

Внутрішньоротова (інтраоральна) рентгенографія – основний метод дослідження зубів і альвеолярного паростка. В залежності від способу фіксації плівки в порожнині рота розрізняють:

- контактні знімки: плівка вводиться в порожнину рота і фіксується пальцем до язикової (піднебінної) поверхні досліджуваного зуба або альвеолярного паростка;
- знімання в прикус: плівка вводиться в прикус досліджуваної ділянки і утримується в роті паралельно лінії прикусу.

Основними моментами, які мають бути враховані при привнутрішньоротовій рентгенографії, є проєкційні особливості Rtg-променя, утворення кута між віссю зуба і площиною плівки, іноді – згин плівки.

Для того, щоб отримати правильну проєкційну довжину зуба слід користуватися правилом Цешинського (правило ізомерії) – центральний промінь повинен проходити через верхівку кореня досліджуваного зуба і падати перпендикулярно до бісектриси кута, утвореного віссю зуба і площиною плівки.

Оглядові рентгенограми черепа дозволяють вивчати взаємовідношення та структуру всіх кісток лицевого скелета. Крім цього дають можливість визначити стан порожнини носа, системи придаткових пазух носа, орбіти, носового та ротового відділів глотки. Застосовують головним чином чотири проєкції: передню при носо-лобному розміщенні голови хворого, передню при носо-підборідковому розташуванні голови хворого, бічну, аксіальну

Контрольні питання:

6. Лабораторні методи обстеження.
7. Рентгенологічне дослідження ЩЛД.
8. Опишіть методику проведення сіалографії.
9. Комп'ютерна томографія.
10. Застосування термодіагностики при запальних процесах м'яких тканин ЩЛД.

Самостійне заняття № 5

Рентгендіагностика захворювань щелепово-лицевої ділянки

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань рентгенологічного обстеження щелепово-лицевої ділянки.

Навчальні питання

6. Види рентгенологічного обстеження щелепово-лицевої ділянки.
7. Внутрішньоротова рентгенографія. Способи і правила проведення.
8. Оглядові рентгенограми черепа.
9. Рентгенографія різних відділів нижньої щелепи.
10. Рентгенологічне дослідження придаткових пазух носа, черепнево-нижньощелепових суглобів.

Короткий зміст заняття:

Рентгенологічне дослідження має важливе діагностичне значення в хірургічній стоматології і часто є способом обстеження, який дозволяє встановити вірний діагноз.

Внутрішньоротова (інтраоральна) рентгенографія – основний метод дослідження зубів і альвеолярного паростка. В залежності від способу фіксації плівки в порожнині рота розрізняють:

- контактні знімки: плівка вводиться в порожнину рота і фіксується пальцем до язикової (піднебінної) поверхні досліджуваного зуба або альвеолярного паростка;
- знімання в прикус: плівка вводиться в прикус досліджуваної ділянки і утримується в роті паралельно лінії прикусу.

Основними моментами, які мають бути враховані при привнутрішньоротовій рентгенографії, є проєкційні особливості Rtg-променя, утворення кута між віссю зуба і площиною плівки, іноді – згин плівки.

Для того, щоб отримати правильну проєкційну довжину зуба слід користуватися правилом Цешинського (правило ізомерії) – центральний промінь повинен проходити через верхівку кореня досліджуваного зуба і падати перпендикулярно до бісектриси кута, утвореного віссю зуба і площиною плівки.

Оглядові рентгенограми черепа дозволяють вивчати взаємовідношення та структуру всіх кісток лицевого скелета. Крім цього дають можливість визначити стан порожнини носа, системи придаткових пазух носа, орбіти, носового та ротового відділів глотки. Застосовують головним чином чотири проєкції: передню при носо-лобному розміщенні голови хворого, передню при носо-підборідковому розташуванні голови хворого, бічну, аксіальну.

Укладка голови хворого при виконанні оглядового рентгенівського знімку черепа в передній проєкції: хворий лежить обличчям до низу, дотикається до касети носом, центральний промінь направляють перпендикулярно площині касети на зовнішній потиличний горб.

При виконанні рентгенограми черепа в бічній проєкції: хворий лежить на столі досліджуваною стороною на касеті. Центральний промінь направляють на скроневу ділянку.

При рентгенографії кута і гілки нижньої щелепи хворий максимально витягує підборіддя до переду, щоб суглобовий відросток не накладався на шийні хребці. Касету з плівкою (13 X 18 см) хворий прикладає долонею до гілки нижньої щелепи і нахиляє голову на 30° в досліджувану сторону. Центральний промінь направляють краніально через м'які тканини підщелепової ділянки протилежної сторони.

Рентгенографія тіла нижньої щелепи:

3. Хворий сидить у кріслі в положенні з витягнутим до переду і дещо доверху підборіддям і притискає касету долонею до знімальної ділянки. Голова нахилина в досліджувану сторону на 20°, центральний промінь направлений косо з низу вверх (кут труби 10°, фокусна відстань 40 см).
4. Хворий лежить на боці, касета прикладена під досліджувану сторону на клиновидній підставці з кутом нахилу 25°. Центральний промінь направлений краніально під кутом 15° під нижній край нижньої щелепи “здорової” сторони. Чим більший нахил голови, тим менший кут нахилу труби і навпаки.

Рентгенографія переднього відділу нижньої щелепи:

3. Хворий витягує і висуває до переду підборіддя і кладе його на касету, яка лежить на краю столу. Центральний промінь направлений під кутом 45° допереду при відкритому роті.
4. Сидячи в кріслі, хворий підборіддям і кінчиком носа дотикається до касети, яка фіксується на підголовнику і спинці крісла. Центральний промінь направлений на досліджувану ділянку через м'які тканини шиї нижче сосковидного відростку.

Рентгенографія скронево – нижньощелепового суглобу.

Укладка по Шюллеру (косий знімок скроневої кістки) – хворий лежить на боці з закритим ротом, касета закладається під досліджуваним суглобом, центральний промінь направлений під кутом 25° через тім'яний горб протилежної сторони в напрямку до зовнішнього слухового проходу.

Укладка по Парму: хворий сидить у кріслі і притискає касету до досліджуваного суглобу. Тубус направлений зі сторони здорового суглобу. Проводяться знімки з відкритим і закритим ротом.

Рентгенографія придаткових пазух носа проводиться в передній носопідборідковій проекції: хворий лежить на животі і доторкується носом і підборіддям до касети, центральний промінь направляється перпендикулярно до центру касети.

Контрольні запитання

7. Опишіть техніки проведення внутрішньо-ротової рентгенографії.
8. Правило Цешинського.
9. Рентгенографія черепа в прямій проекції.
10. Укладання хворого при проведенні рентгенографії нижньої щелепи.
11. Рентгенологічне дослідження СНЩС.
12. Методика рентгенографії придаткових пазух носа.

Самостійне заняття №6

Показники ефективності роботи хірургічних стоматологічних закладів.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів – спеціалістів з питань організації хірургічної стоматологічної допомоги.

Навчальні питання:

1. Принципи надання стоматологічної допомоги у закладах різного рівня.
2. Організація хірургічної стоматологічної допомоги в поліклініці.
3. Організація хірургічної стоматологічної допомоги в стаціонарі.
4. Показники роботи хірургічних стоматологічних закладів.

Короткий зміст заняття.

В останні роки в умовах ринкових відносин відбуваються значні зміни в організації стоматологічної допомоги. Особливе місце має визначення рівня надання стоматологічної допомоги. Всі заклади по рівню надання допомоги поділяються на кваліфіковані, спеціалізовані і вузько спеціалізовані.

На першому рівні допомога надається в стоматологічних закладах, які ведуть змішаний прийом. Кількість хворих становить 30 – 50%. На другому рівні спеціалізовану допомогу надають по трьох спеціальностях: терапія, хірургія, ортопедія. Це в основному стоматологічні відділення великих

поліклінік, районні стоматологічні поліклініки. Спеціалісти повинні мати «сертифікат» по своїй спеціальності.

Серед хворих переважають первинні, а також скеровані з закладів першого рівня (20-40 чол.) Третій рівень – це вузькоспеціалізована поліклінічна допомога, яка надається в республіканських, обласних, великих міських поліклініках на базі стоматологічної допомоги. Лікарі повинні бути спеціалістами високої кваліфікації і вузького профілю. Хворі поступають з закладів першого і другого рівня, а також звертаються самостійно (5-10%). Первинні хворі поступають по направленню з реєстратури або переведені з інших відділень. В поліклінічних умовах можуть бути проведені тільки такі амбулаторні стоматологічні операції, після яких хворий може самостійно або в супроводі іншої особи доїхати додому.

Звернення за стоматологічною допомогою стаціонарних хворих становить 1,5%. Близько 65% стоматологічних ліжок формують стоматологічні відхилення. А решта входять до складу хірургічних відхилень різного профілю.

До складу хірургічного стоматологічного стаціонару входять: операційно - перев'язочний блок, анестезіологічне і реанімаційне відділення, процедурні кімнати, кімнати для проведення гігієнічних процедур в порожнині рота, пости медичного персоналу і палати.

В стаціонарі повинні працювати висококваліфіковані хірурги – стоматологи, щелепно – лицеві хірурги, які закінчили аспірантуру, клінічну ординатуру, пройшли спеціалізацію по хірургічній стоматології і мають досвід роботи не менше 3 років.

Основний напрямок роботи – хірургічна допомога, також проводиться прийом планових тематичних хворих та амбулаторно – консультативний прийом.

Показники роботи стаціонарного хірургічно стоматологічного відділення:

- кількість пролікованих хворих, з них прооперованих;
- кількість виписаних хворих;
- кількість померлих хворих;
- ліжко день;
- оборот ліжка;
- робота ліжка;
- кількість проведених операцій, з них терміново;
- кількість операцій під загальним знеболенням;
- доопераційний ліжкодень;
- післяопераційний ліжкодень;
- післяопераційні ускладнення;
- хірургічна активність.

Контрольні питання

1. Вкажіть головні принципи організації стоматологічної допомоги у закладах різного рівня?
2. Яка організація хірургічної стоматологічної допомоги в поліклініці?
3. Опишіть організацію хірургічного стоматологічного стаціонару.

4. Наведіть основні показники роботи хірургічних стоматологічних закладів.

Самостійне заняття № 7

Інфільтраційне знечулення щелепно-лицевої ділянки.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань інфільтраційного знечулення щелепно-лицевої ділянки.

Навчальні питання:

1. Види інфільтраційного знечулення;
2. Позитивні властивості знечулення;
3. Недоліки інфільтраційної анестезії;
4. Види та концентрація анестетиків для інфільтраційного знечулення.
5. Техніка проведення анестезії.

Короткий зміст заняття.

Суть інфільтраційного знечулення полягає в тому, що анестезуючий засіб, який впорскує за допомогою ін'єкції, просякає тканини і блокує нервові гілочки і їх закінчення. Розрізняють пряму і непрямую інфільтраційну анестезію. При прямій – знечулювальний розчин вводять безпосередньо в місце оперативного втручання, при непрямій – на певній відстані від операційного поля. Створюється депо анестетика, який дифундує в глибші тканини і блокує провідність нервів, які іннервують ділянку, яка підлягає оперативному втручання.

Позитивні властивості інфільтраційної анестезії:

- Швидко настає знечулення тканин;
- Зменшує кровоточивість тканин операційного поля;
- Полегшує препарування тканин;
- Сприяє блокаді анастомозів із сусідніх ділянок;
- Незначна токсичність організму знечулюючим засобом.

Недоліки інфільтраційної анестезії:

- Деформує анатомічні орієнтири облич і створює певні труднощі при виконанні пластичних операцій;
- Недостатня ефективність знечулення при хірургічному втручанні на деяких ділянках щелеп;
- Відсутність повного знечулення при наявності запального процесу в тканинах.

Для інфільтраційної анестезії застосовують знечулювальні засоби низьких концентрацій – 0,25% - 0,5% розчини новокаїну, тримекаїну, лідокаїну, бупівакаїну, скандікаїну, ультракаїну, мепівакаїну.

Інфільтраційна анестезія є найбезпечніша і технічно проста при виконанні, її можна застосовувати при будь-якому хірургічному втручанні як на м'яких тканинах лиць, так і на щелепах. Знечулювальний розчин доцільно вводити в ділянку перехідної згортки на рівні верхівок зубів. Для цього губу або щоку відводять зуболікарським дзеркалом, місце вколу обробляють антисептичним розчином, вкол голкою роблять в слизову перехідної складки під кутом 40-45° до поверхні кістки і впорскують 1-1,5 мл знечулювального засобу,

просуваючи голку вглиб тканин, щоб депо анестетика створити над верхівкою кореня зуба.

Контрольні питання :

1. Назвіть види інфільтраційного знечулення;
2. Перелічіть позитивні властивості знечулення;
3. Перелічіть недоліки інфільтраційної анестезії;
4. Назвіть види та концентрацію анестетиків для інфільтраційного знечулення.
5. Опишіть техніку проведення анестезії.

Самостійне заняття № 8

Іннервація щелепово-лицевої ділянки.

Навчальна мета заняття: Удосконалити знання лікарів – спеціалістів з питань іннервації щелепово – лицевої ділянки

Навчальні питання:

1. Загальні дані про інервацію щелепово – лицевої ділянки.
2. Трійничний нерв та його основні гілки.
3. Вегетативна інервація щелепно – лицевої ділянки.
4. Лицевий нерв.

Короткий зміст заняття

Щелепно – лицева ділянка отримує інервацію від рухових, чутливих і вегетативних (симпатичних і парасимпатичних) нервів. З дванадцяти пар черепно – мозкових нервів в інервації щелепово – лицевої ділянки приймають участь п'ята (трійничий), шоста (лицевий), дев'ята (язиково - глотковий), десята (блукаючий), і дванадцята (під'язикова) пари.

Трійничний нерв є змішаним. Чутливі нервові волокна несуть інформацію про больову, тактильну і температурну чутливість від шкіри обличчя, слизової оболонки носа і рота, а також імпульси від механорецепторів жувальних м'язів, зубів, скронево-нижньощелепових суглобів. Рухові волокна іннервують наступні м'язи: жувальні, скроневі, крилоподібні, щелепово-під'язикові, переднє черевце двочеревцевого м'язу і м'язи, які напружують барабанну перетинку і піднімають піднебінну складку.

Від трійничого нерву відходять три чутливих нерва: очний, верхньощелеповий, нижньощелеповий. До нижньощелепового нерва під'єднуються рухові волокна, які роблять його змішаним.

Очний нерв є першою гілкою трійничого нерва. Проходить разом з окоруховим і блоковидним нервами в товщі зовнішньої стінки пещеристого (кавернозного) синусу і вступає в очницю через верхню очну щілину, перед якою ділиться на лобну, носоповічну і слізну гілки.

Верхньощелеповий нерв – друга гілка трійничого нерва. Виходить з порожнини черепа через круглий отвір і вступає в нижню піднебінну ямку, де поділяється на виличний, підочний і гілки, що йдуть до крилопіднебінного вузла.

Підочний нерв іннервує шкіру нижньої повіки, слизову оболонку переділки носа, крила носа, верхньої губи, передню поверхню ясен. Верхні альвеолярні нерви відходять на значному протязі від підочного нерва. Задні, середні і передні альвеолярні гілки анастомазують між собою і утворюють верхнє зубне склепіння.

Нижньощелеповий нерв – третя гілка трійничого нерва. Від передньої гілки відходять жувальний нерв, глибокі скроневі нерви, латиральний криловидний нерв, щічний нерв.

Задня гілка нижньощелепового нерва складається з рухових волокон – медіальний криловидний нерв, нерв, який підтягує піднебінну перетинку і нерв, який піднімає барабанну перетинку і з трьох чутливих нервів – вушно-щекового, нижньо-альвеолярного і язикового.

Нижньоальвеолярний нерв складає в основному чутливі волокна. В нижньоальвеолярному каналі від нього відходять нижні зубні гілки, які утворюють нижнє зубне склепіння. При виході з каналу нижньої щелепи через підборідковий отвір даний нерв вже називають підборідковим.

Язиковий нерв йде дугоподібно від нижньощелепового нерва між внутрішнім криловидним м'язом і медіальною поверхнею гілки нижньої щелепи. Над підщелеповою слинною залозою йде по зовнішній поверхні під'язикового нерва огинаючи зовні і знизу вивідну протоку підщелепової залози і вміщається в бокову поверхню язика.

Вегетативна іннервація щелепо-лицевої ділянки здійснюється через вузли вегетативної нервової системи, тісно пов'язані з трійничими нервами – під'язиковий вузол, крилоподібний вузол, вушний вузол, підщелеповий ганглії, під'язиковий ганглії.

Лицевий нерв – сьома пара черепно-мозкових нервів, є руховим нервом, який іннервує мимічні м'язи обличчя, м'язи стремінця, підшкірний м'яз шиї, шило-під'язиковий м'яз і заднє черевце двочеревцевого м'яза. У черепі віддає гілки до слухового, великого кам'янистого, блукаючого нервів, барабанну струну до м'язу стремінця. Після виходу з черепу віддає гілки: задній вушний нерв, гілку до заднього черевця двочеревцевого м'язу. У глибині привушної залози лицевий нерв поділяється на верхню скронево-лицеву і нижню шийно-лицеву гілки.

Контрольні питання:

1. Які нерви беруть участь у іннервації щелепно-лицевої ділянки?
2. Опишіть будову трійничого нерва.
3. Верхньощелеповий нерв.
4. Які гілки віддає нижньощелеповий нерв?
5. Які вузли (ганглії) приймають участь у вегетативній іннервації щелепно-лицевої ділянки?
6. Які гілки віддає лицевий нерв?

Самостійне заняття № 9

Профілактика ускладнень та побічних явищ при місцевому знечуженні

Навчальна мета заняття: Узагальнити знання лікарів – спеціалістів з питань профілактики ускладнень при місцевому знечуленні.

Навчальні питання:

1. Профілактика отруєння анестетиком.
2. Профілактика інтоксикації анестетиком.
3. Профілактика анафілактичного шоку.
4. Профілактика місцевих ускладнень, що виникають під час або вразу після ін'єкції.

Короткий зміст заняття:

Профілактика отруєння анестетиком. Збираючи анамнез, слід з'ясувати, чи немає у хворого підвищеної чутливості до анестетика, уникати передозування його і потрапляння у кровоносну судину. Застосовувати свіжі стерильні розчини анестетика вводячи його повільно.

Відповідно до чинних рекомендацій кардіологічної асоціації концентрація адреналіну в місцевоанестезуючому розчині не повинна перевищувати 1:100000, а максимальна доза його на одну операцію – 0,25 г.

Передбачити розвиток анафілактичного шоку поки що неможливо у зв'язку з тим, що шкірні тести щодо лікувальних речовин не є зовсім вірогідні. Але враховуючи раптовість виникнення, швидкість розвитку та важкі наслідки хірурги – стоматологи зобов'язані:

1. Ретельно розпитати хворого перед тим як робити ін'єкцію, чи не було алергічних реакцій на медикаменти, які застосовувалися у минулому, оскільки навіть незначна реакція алергічного типу є підставою для незастосування цього анестетика.
2. За наявності факторів ризику (алергічна конституція, грибкові ураження шкіри) слід зробити пробну ін'єкцію анестетика у нижню третину плеча з тим, щоб у разі виникнення анафілактичного шоку можна було б накласти джгут вище місце введення.
3. Необхідно мати на поготові набір медикаментів, інструментів, кисень для надання невідкладної лікарської допомоги.
4. Терміново викликати лікаря - реаніматолога чи анестезіолога або терапевта. Для профілактики місцевих ускладнень, що виникають під час або вразу після ін'єкцій відносять: правильне проведення знечулення (просуваючи голку, слід одночасно впорскувати анестезуючий розчин, кінець ін'єкційної голки має проходити як найдалі від великих судин; проводити анестезійну пробу), проведення знечулення якісними ін'єкційними шприцами, голками та анестетиками, повільне введення анестетика без надмірного тиску, який може спричинити гідравлічний розрив тканини, не застосовувати старих знечулюючих розчинів, уникати введення голки в мімічні чи жувальні м'язи .

Контрольні питання:

1. Які заходи профілактики потрібно застосовувати при проведенні місцевого знечулення?
2. Назвіть провокаційні проби на анестетики .

3. Які профілактичні заходи застосовують, щоб усунути місцеві ускладнення при знечуленні?

Самостійне заняття № 10

Інтенсивна терапія та реанімація при поєднаній важкій черепно-мозковій травмі.

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

Навчальні питання:

6. Реанімаційні заходи при порушеннях дихання та зупинці серця.
7. Методика трахеотомії та крікоконікотомії.
8. Методика непрямого масажу серця та дефібриляції.
9. Зупинка кровотеч.
10. Протишокова інтенсивна терапія.

Короткий зміст заняття.

Загрозливими для життя потерпілих безпосередніми ускладненнями щелепно-лицевих пошкоджень є порушення дихання механічного та центрального 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 клаптем 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 закинутою 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-є, 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.

Крікоконікотомія – розкриття гортані шляхом розрізу її щитоперснєподібної (конічної) зв'язки (потовщеної передньої частини перснєщитоподібної 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 – 70⁰ 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.

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

Самостійне заняття № 11-12.

Покази та протипокази до операції видалення зуба. Етапи операції видалення зуба.

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

Навчальні питання:

1. Абсолютні покази до видалення зуба.
2. Відносні покази до видалення зубів та коренів.
3. Протипокази до видалення зуба.

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.

Бернадський Ю.Й. поділяє їх на п'ять груп:

- Санаційні – хронічні гранулюючі і гранульоматозні 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 анамалій 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. Хоча Бернадський вважає, що є 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.

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.

Самостійне заняття № 13.

Техніка видалення зубів та коренів на верхній щелепі.

Навчальна мета заняття: узагальнити знання лікарів-спеціалістів з питань інструментарію та техніки видалення зубів та коренів на верхній щелепі.

Навчальні питання:

1. Положення лікаря і хворого при видаленні зубів на верхній щелепі.
2. Етапи операції видалення зуба.
3. Особливості видалення різних зубів та коренів верхньої щелепи.

Короткий зміст заняття.

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 байонетними 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 назовні, а потім - ротаційні рухи.

При видаленні лівих премолярів 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 моляру – перший розхитуючий 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.

Контрольні питання:

1. Назвіть етапи видалення зуба.
2. Вкажіть положення лікаря та хворого при видаленні зубів на верхній щелепі.
3. Видалення різців верхньої щелепи.
4. Особливості видалення першого і другого постійного молярів верхньої щелепи.

Самостійне заняття № 14.

Техніка видалення зубів та коренів на нижній щелепі.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань техніки видалення зубів та коренів на нижній щелепі.

Навчальні питання:

1. Положення лікаря і хворого при видаленні зубів і коренів на нижній щелепі.
2. Видалення нижніх різців.
3. Видалення нижнього ікла.
4. Видалення нижніх премолярів.

5. Видалення нижніх молярів зі збереженою і зруйнованою коронковою частиною.

Короткий зміст заняття.

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 шиповидні 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.

Контрольні питання:

1. Опишіть положення лікаря і хворого при видаленні зубів і коренів на нижній щелепі.
2. Опишіть техніку видалення нижніх різців, ікла, пре молярів.
3. Правила розхитування нижніх молярів.
4. Вкажіть покази до застосування бокових (кутових) елеваторів.

Самостійне заняття № 15

Невідкладна допомога при запамороченні, колапсі та анафілактичному шоці.

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-слухачів сучасні уявлення про невідкладну допомогу при запамороченні, колапсі та анафілактичному шоку при проведенні місцевого знечуження.

Навчальні питання:

1. Клініка та невідкладна допомога при запамороченні.
2. Клініка та невідкладна допомога при колапсі.
3. Клініка та невідкладна допомога при анафілактичному шоку.

Короткий зміст заняття:

Запаморочення - короткочасна втрата свідомості внаслідок гострої анемізації головного мозку. Триває від кількох секунд до декількох хвилин. Дихання у хворого поверхневе, пульс прискорений, зіниці розширені, хворий блідий.

Невідкладна допомога: надати хворому горизонтальне положення /поза Транделенбурга/, надати доступ свіжого повітря, подразнення нюхових та холодних рецепторів /10% р-н нашатирного спирту/, 10% р-н кофеїну 1,0 мл

Колапс - гостра судинна недостатність, яка виникає у зв'язку з падінням судинного тону і зменшенням об'єму циркулюючої крові.

Невідкладна допомога: горизонтальне положення /положення Транделенбурга/. Ввести наступні засоби: розчин глюкози з розчином аскорбінової кислоти, кордіамін, розчин кофеїну.

Анафілактичний шок - загальна алергічна реакція організму, яка може бути викликана різними антигенами і проявляється різкими розладами всіх життєвоважливих функцій організму. Форми: блискавична, важка, середня, легка.

Невідкладна допомога:

1. Припинити введення препарату, що викликав шок.
2. Покласти хворого, зафіксувати язик для попередження асфіксії.
3. Звільнити хворого від стискаючого одягу.
4. Забезпечити доступ свіжого повітря, симптоматична терапія.
5. Непрямий масаж серця, штучне дихання при показах.
6. Аспірація мокрот з дихальних шляхів, госпіталізація хворого.

Медикаментозна терапія анафілактичного шоку:

1. Адреналін 0,1% - I мл д/в в 40-80 мл ізотонічного розчину.
2. Димедрол 1%- I мл д/в.
3. АКТТ – 80 ОД -д/в.
4. Преднізолон 60-120 мг -д/в.
5. Строфантин 0,05% 0,25 мл- д/в.
6. Корглюкон 0,06% - I мл д/в.

Контрольні питання:

1. Клінічні прояви запаморочення.
2. Невідкладна допомога при запамороченні.
3. Клінічні прояви при колапсі.
4. Невідкладна допомога при колапсі
5. Клінічні прояви блискавичної та важкої форми анафілактичного шоку.
6. Клінічні прояви легкої форми анафілактичного шоку.
7. Невідкладна допомога при анафілактичному шоку.

Самостійне заняття № 16.

Методика видалення ретенуваних та напівретенуваних зубів.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань методики видалення ретенуваних та напівретенуваних зубів.

Навчальні питання:

5. Загальні питання ретенції зубів.

6. Методика видалення ретенуваних зубів верхньої щелепи.
7. Методика видалення ретенуваних зубів нижньої щелепи.
8. Методика видалення напівретенуваного нижнього зуба мудрості.

Короткий зміст заняття.

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 напівретенуваним. В окремих випадках ретенувані 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 розпилють 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 напівретенуваного 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:

5. Вкажіть причини затримки прорізування зубів.
6. Опишіть методику видалення ретенуваних зубів верхньої щелепи.
7. Назвіть особливості видалення ретенуваних зубів нижньої щелепи.
8. Наведіть технічні етапи проведення видалення напівретенуваного нижнього зуба мудрості.

Самостійне заняття № 18.

Атипове видалення зубів. Покази, основні технічні етапи проведення.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з сучасних підходів до атипового видалення зубів, методика видалення ретенуваних та напівретенуваних зубів.

Навчальні питання:

5. Загальні питання ретенції зубів.
6. Особливості операції атипового видалення зубів.
7. Методика видалення ретенуваних зубів верхньої щелепи.
8. Методика видалення ретенуваних зубів нижньої щелепи.
9. Методика видалення напівретенуваного нижнього зуба мудрості.

Короткий зміст заняття.

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 розпилють 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 напівретинованого 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 перепилити 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:

5. Вкажіть причини затримки прорізування зубів.
6. Опишіть методику видалення ретенуваних зубів верхньої щелепи.
7. Назвіть особливості видалення ретенуваних зубів нижньої щелепи.

8. Наведіть технічні етапи проведення видалення напівретинованого нижнього зуба мудрості.

Самостійне заняття № 17-18

Місцеві ускладнення, які виникають після видалення зубів. Альвеоліт. Клініка, діагностика, лікування

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів – спеціалістів з питань місцевих ускладнень після видалення зубів.

Навчальні питання:

1. Луночкова кровотеча.
2. Особливості видалення зубів при гемофілії А.
3. Біль у луночковій рані.
4. Неврологічні порушення після видалення зубів.
5. Клініка, діагностика, лікування альвеоліту.

Короткий зміст заняття:

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

Місцеві причини кровотеч:

8. Розриви і розтрощення м'яких тканин;
9. Відламування частин альвеоли або міжкореневої перегородки;
10. Наявність запального процесу у ділянці видаленого зуба;
11. Припинення дії введеного адреналіну, що спричиняє стійкий авзопарез навколо рани;
12. Гнійне розплавлення кров'яного згустку у зв'язку з розвитком альвеоліту;
13. Ускладнення аномально розміщеної внутрішньо – кісткової судини або такої, що проходить у м'яких тканинах ясен;
14. Наявність внутрішньокісткової судинної пухлини.

Загальні причини луночкової кровотечі:

5. Порушення процесу зсідання крові;
6. Функціональна або кількісна недостатність тромбоцитів;
7. Ураження судинної стінки;
8. Гормональні геморагії.

Лікування: висушування рани тампонами, її огляд, встановлення джерела, інтенсивності і характеру кровотечі. При пошкодженні судин слизової оболонки, після знечулення, 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 іншим хірургічним інструментом. Після зупинки кровотечі післяопераційну рану ушивають. Кровотечу з глибини рани зупиняють тампонадою судини марлевини турундами з різними лікарськими засобами (йодоформ, тромбін, іпсилон-амінокапронова 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 чотири 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 гемофільії А після екстракції зуба достатньо вводити 10-15 од/кг маси концентрату фактору VIII 3 рази на добу впродовж 2-4 днів, при гемофільії 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 розвиватися 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 шиї.

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. Причини луночкових кровотеч.
2. Вкажіть особливості видалення зубів у хворих на гемофілію.
3. Назвіть причини виникнення альвеоліту.
4. Клінічні форми альвеоліту.
5. Складіть план лікування хворого з альвеолітом.

Самостійне заняття № 19

Клінічні ознаки та способи лікування одонтогенних періоститів щелеп.

Навчальна мета заняття: Ознайомити лікарів-спеціалістів з клінічними ознаками та лікуванням одонтогенних періоститів щелеп.

Навчальні питання:

5. Етіологія гострого одонтогенного періоститу щелеп.
6. Патогенез гострого одонтогенного періоститу щелеп.
7. Клініка гострого серозного періоститу щелеп.
8. Клініка гострого гнійного періоститу щелеп.
9. Загальні принципи лікування гострого серозного періоститу щелеп.
10. Загальні принципи лікування гострого гнійного періоститу щелеп.
11. Хірургічне лікування гострого гнійного періоститу щелеп.
12. Консервативне лікування гострого періоститу щелеп.

Короткий зміст заняття.

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

Різні зуби неоднаково є причиною гнійного запалення окістя щелепи. На нижній щелепі причиною гнійного періоститу найчастіше є перші моляри. На верхній щелепі, як причину гнійного періоститу, перше місце займають премоляри. Гострий гнійний періостит на нижній щелепі спостерігається частіше, ніж на верхній. Гнійний процес в окісті частіше уражає вестибулярну поверхню верхньої і нижньої щелепи. Значно рідше уражається окістя верхньої щелепи з піднебінної сторони і нижньої щелепи з язичної сторони.

При гострому та загостреному біляверхівковому процесі в ділянці верхніх великих і малих корінних зубів іноді відбувається прорив гнійного ексудату під окістя верхнещелепової пазухи з наступним розвитком одонтогенного гнійного гаймориту.

Запальні зміни, що виникають при гнійному періоститі щелеп, викликають біль, набряк м'яких тканин обличчя, порушення загального самопочуття, підвищення температури тіла. Спочатку болі і припухлість незначні, потім швидко, протягом 2—3 днів, збільшуються. Болі

поширюються іноді на всю щелепу, іррадіюють по ходу гілок трійничного нерва: у вухо, скроню, око. При теплових процедурах біль підсилюється, холод на ненадовго її заспокоює.

Хворий нерідко повідомляє, що раніше турбував заплomboваний який-небудь зуб, через 2—3 дні з'явилися зазначені скарги. Біль у зубі значно зменшилась 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. Гнійні періостити, які поширюються від великих корінних зубів нижньої щелепи, мають особливе значення. При них коллатеральний набряк локалізується в нижніх відділах щоки, у підщелеповій і білявушно-жувальній ділянках. Іноді гнійний процес від нижніх великих корінних зубів поширюється на окістя кута і гілки нижньої щелепи, 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. Відкривання рота утруднене, болоче. Коли з'являється запальний набряк в ділянці верхньої або нижньої щелепи, нерідко ставлять неправильний діагноз - флегмона певного простору. 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'являються інтенсивні болі. Звичайно через 5—6 днів, а іноді і раніше, ділянка окістя проривається в результаті омертвіння і розплавлення під дією гнійного ексудату. Після цього болі 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, болі стихають і запальні явища швидко проходять.

При гострому гнійному періоститі щелепи може порушуватися загальний стан хворого, що пов'язано з індивідуальними особливостями реактивності організму, а в деякої 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 знечулення. 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. Операційну рану дрениують широкою гумовою смужкою, яку необхідно підшити до країв рани.

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, сульфапиридазин, 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.

Контрольні питання.

6. Назвіть етіологію одонтогенного періоститу щелеп.
7. Патогенез одонтогенного періоститу щелеп.
8. Опишіть клініку гострого серозного періоститу щелеп.
9. Клініка гострого гнійного періоститу щелеп.
10. Проведіть диференційну діагностику гострого серозного та гнійного

- періоститу щелеп.
11. Вкажіть загальні принципи лікування гострого серозного та гнійного періоститу щелеп.
 12. Методи хірургічного лікування гострого гнійного періоститу щелеп.
 13. Медикаментозні засоби для консервативного лікування гострого періоститу щелеп.

Самостійне заняття № 20

Методи лікування гострого остеомієліту щелеп.

Навчальна мета заняття: Ознайомити лікарів-спеціалістів з лікуванням гострого остеомієліту щелеп.

Навчальні питання:

1. Загальні принципи лікування гострого остеомієліту щелеп.
2. Хірургічне лікування гострого одонтогенного остеомієліту щелеп.
3. Особливості ведення післяопераційного періоду.
4. Консервативне лікування гострого остеомієліту щелеп.

Короткий зміст заняття.

Лікування гострого одонтогенного остеомієліту 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 остеомієліту щелепи при незадовільному стані хворого, загальній слабкості, високій температурі тіла, хворі підлягають негайній госпіталізації в спеціалізоване щелепно-лицеве відділення або в загальнوخірургічне 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 остеомієліті 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 (зашиновувати їх, потім виликувати 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 відтерміміновану реплантацію цього зуба (через 5—7 днів), тобто після стихання гострих запальних явищ.

Як вже відзначалося, важливе значення в лікуванні гострого одонтогенного остеомієліту 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 біглоконат 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 більшої, 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 гноєм, 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 пелоїдтерапію у вигляді місцевих аплікацій або електрофорезу.

Загальне лікування повинне доповнювати місцеве втручання. Воно складається в застосуванні комплексу антибіотиків. Перевагу має комплекс із левоміцетина, 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.

1. Вкажіть загальні принципи лікування гострого остеомієліту щелеп.
2. Опишіть хірургічне лікування гострого одонтогенного остеомієліту щелеп.
3. Вкажіть особливості ведення післяопераційного періоду.
4. Консервативне лікування гострого остеомієліту щелеп.

Самостійне заняття № 21

Клінічні ознаки хронічного одонтогенного остеомієліту.

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

Навчальні запитання:

5. Підгострий одонтогенний остеомієліт щелеп.
6. Місцеві прояви хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп.
7. Загальні прояви хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп.
8. Особливості клінічного протікання хронічного одонтогенного 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 секвестрація окремих ділянок кістки без утворення нориць. Досить часто при локальному остеомієліті спостерігається секвестрація альвеолярного відростка в області одного або декількох зубів. Ураження альвеолярного відростка і тіла нижньої щелепи приводили до секвестрації 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.

Контрольні питання.

5. Характеристика підгострої стадії одонтогенного остеомієліту щелеп.
6. Опишіть місцеві прояви хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп.
7. Загальні прояви хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп.
8. Вкажіть особливості клінічного протікання хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп.

Самостійне заняття заняття № 22

Лікування хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп.

Навчальна мета заняття: Ознайомити лікарів-спеціалістів з лікуванням хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп.

Навчальні питання:

4. Загальні принципи лікування хронічного остеомієліту щелеп.
5. Хірургічне лікування хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп.
6. Консервативне лікування хронічного остеомієліту щелеп.

Короткий зміст заняття.

Лікування хронічного одонтогенного остеомієліту щелепи складається з місцевих (хірургічних) втручань і загальотерапевтичних заходів, спрямованих на зміцнення організму хворого. Хірургічний лікування передбачає видалення „причинного” гангренозного зуба і секвестрованої

ділянки щелепи. Секвестрехтомію на нижній щелепі виконують через 5—6 тижнів від початку гострого процесу. Більш ранніше втручання на кістці, на якій ще не утворилася достатньо міцна секвестральна коробка, 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 секвестрехтомію 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 продовжує 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.

4. Назвіть загальні принципи лікування хронічного остеомієліту щелеп.
5. Особливості хірургічного лікування хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп.
6. Консервативне лікування хронічного остеомієліту щелеп.

Самостійне заняття № 23

Клінічна характеристика запальних процесів м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки, що прилягають до верхньої щелепи.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань клінічної характеристика запальних процесів м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки, що прилягають до верхньої щелепи.

Навчальні питання:

1. Абсцеси та флегмони клітковинних просторів, що прилягають до верхньої щелепи;
2. Клініка, діагностика та лікування абсцесів і флегмон очниці;
3. Клініка, діагностика та лікування абсцесів і флегмон інфраорбітальної ділянки;
4. Клініка, діагностика та лікування абсцесів і флегмон скроневої та підскроневої ділянок;
5. Клініка, діагностика та лікування абсцесів і флегмон крилопіднебінної ямки.

Короткий зміст заняття:

До абсцесів і флегмон які прилягають до клітковинних просторів верхньої щелепи відносять абсцеси і флегмони очниці, інфраорбітальної ділянки, щічної, скроневої та підскроневої ділянок, крилопіднебінної ямки та абсцес твердого піднебіння. Флегмона очниці проявляється вираженим набряком верхнього і нижнього повіка. Очна щілина повністю закрита, повіки інфільтровані, виражений хемоз і екзофтальм, самовільний біль в ділянці очниці, різке обмеження рухів очного яблука. Вона є загрозою розвитку тромбозу печеристого або основного синусів. Розріз проводять зі сторони шкірних покривів довжиною два сантиметра у верхньовнутрішньому або верхньозовнішньому краю очниці.

Клініка абсцесів і флегмон інфраорбітальної ділянки проявляється гіперемією шкіри і припухлістю тканин цієї ділянки, набряком верхнього і нижнього повік. Спостерігається помірний біль, порушення зору через змикання повік. Набряк може поширюватись на верхню губу і тканини сусідніх ділянок, спричиняючи асиметрію обличчя. При поверхневій локалізації флегмони розріз проводять зі сторони шкірних покривів паралельно нижньому краю очниці або по носогубній складці. При глибокій локалізації розріз проводять внутрішньоротово по перехідній згортці.

При поверхневих гнійних процесах вискової ділянки спостерігається достатньо розвинутий набряк тканин, який поширюється на виличну ділянку, верхню і нижню повіки, тім'яну і лобну ділянки. Якщо процес локалізується під скронеvim м'язом то припухлість цієї ділянки незначна. Шкіра над ним звичайного кольору, в складку не береться. Відкривання рота різко

обмежена. При поверхневій локалізації процесу розріз проводять зі сторони шкірних покривів паралельно верхньому краю виличної дуги, а також проводять радіальні розрізи паралельно ходу волокон скроневого м'язу. При глибокій локалізації проводять прямі розрізи вздовж переднього краю скроневого м'язу або дугоподібні по лінії прикріплення цього м'язу до кісток черепа. При цьому розсікають апоневроз і край скроневого м'язу, далі проникають під нього тупим шляхом. Іноді такий підхід доповнюють розрізом над виличною дугою.

Абсцес підскроневої ямки часто виникає між медіальним і латеральним кривовидними м'язами у підскроневої поверхні тіла верхньої щелепи. Визначається незначна припухлість щоки, обмежене відкривання рота. Постійний помірний біль. При огляді присінку рота в ділянці кутніх зубів спостерігається набряк і гіперемія слизової оболонки, при пальпації – біль і запальний інфільтрат між середнім краєм гілки нижньої щелепи і верхньої щелепи. При флегмоні підскроневої ямки клінічна картина виражена більш чітко. Біль інтенсивного характеру, посилюється при ковтанні, іррадіює очне яблуко і скроні. Формується набряк по типу пісочного годинника. Колір шкіри не змінений, в складку вона збирається важко, відкривання рота обмежене. Якщо флегмона підскроневої ямки поширюється на крилопіднебінну ямку спостерігається гектична температура тіла (до 40 С), озноб, сильний головний біль і біль в ділянці верхньої щелепи з іррадіацією в скроню і очне яблуко. Загальний стан хворого важкий. Спостерігається набряк щічної, верхнього відділу привушно-жувальної, нижнього відділу скроневої ділянок що переходить на повіки. При натисканні в ділянці нижнього відділу скроневої ділянки визначається біль та інфільтрація тканин. Відкривання рота обмежене. При огляді присінку рота спостерігається гіперемія слизової оболонки та болючий інфільтрат при пальпації, який сягає переднього краю вінцевого відростка. При цих видах флегмон розріз проводять зі сторони шкірних покривів по передньому краю скроневого м'язу, розрізають шкіру, підшкірну клітковину і скроневу фасцію. Далі розсувають волокна скроневого м'язу і доходять до луски скроневої кістки, огинаючи підскроневию гребінь, проникають в підскроневу ямку. Зі сторони ротової порожнини розріз проводять по перехідній згортці присінку рота в ділянці кутніх зубів. При поєднанні флегмони підскроневої і крилопіднебінної ямок розріз проводять в піднижньощелеповій ділянці, відсікають медіальний криловидний м'яз і тупим шляхом проникають до вогнища інфекції.

При локалізації патологічного процесу у виличній ділянці спостерігається запальний інфільтрат, шкіра над яким гіперемійовано і спаяно з підлеглими тканинами. Біль іррадіює у скроневу і інфраорбітальну ділянки. Біль посилюється при відкриванні рота. Внутрішньоротово – гіперемія і набряк слизової оболонки присінку рота в ділянці кутніх зубів. Розріз проводять у виличній ділянці з врахуванням ходу гілок лицевого нерва.

При поверхневих абсцесах щічної ділянки біль помірний, але посилюється при пальпації. Спостерігається обмежений інфільтрат у нижньому або верхньому відділах щічної ділянки. Навколо інфільтрату інтенсивна гіперемія шкіри і незначна припухлість щоки. Відкривання рота обмежена. При глибокій локалізації абсцесу чи флегмони між щічним м язом і слизовою оболонкою ротом клініка більше виражена з боку порожнини рота. В проекції інфільтрату слизова оболонка набрякла або гіперемійована, з відбитками зубів. Відкривання рота обмежена. Розріз при поверхневих гнійних вогнищах проводять зі сторони шкірних покривів в щічній ділянці паралельно ходу гілок лицевого нерва або по носогубній згортці. При глибокій локалізації розріз проводять внутрішньоротово паралельно протоку привушної залози (вище або нижче нього).

Контрольні питання:

1. Абсцеси та флегмони клітковинних просторів, що прилягають до верхньої щелепи;
2. Клініка, діагностика та лікування абсцесів і флегмон очниці;
3. Клініка, діагностика та лікування абсцесів і флегмон інфраорбітальної ділянки;
4. Клініка, діагностика та лікування абсцесів і флегмон скроневої та підскроневої ділянок;
5. Клініка, діагностика та лікування абсцесів і флегмон крило піднебінної ямки.

Самостійне заняття № 24

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

Навчальна мета заняття: Удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань лікування ускладнень гнійно-запальних захворювань м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.

Навчальні питання:

1. Схема патогенетичного лікування тромбофлебіту;
2. Способи оперативних доступів при хірургічному лікуванні медіастиніту;
3. Визначення поняттю „сепсис”;
4. Патогенетичні фактори розвитку сепсису;
5. Основні стадії розвитку сепсису та клінічна характеристика кожної з них;
6. Джерела виникнення септичного процесу щелепно-лицевої ділянки;
7. Диференційна діагностика гнійно-резорбтивної лихоманки та сепсису;
8. 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, медіастиніт, сепсис.

Схема патогенетичного лікування тромбофлебіту:

1. 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);
2. Проводять катетеризацію зовнішньої сонної артерії через поверхневу вискову артерію;
3. Раннє розкриття гнійно-запального інфільтрату, яке створює декомпресію м'яких тканин і попереджує генералізацію інфекції;
4. 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;
5. Для попередження внутрішньо судинного згортання крові вводять довенн гепарин (під контролем згортання крові);
6. 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;
7. 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 шийі по глибоких фасціальних клітковинних просторах шийі 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 шийі; 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 ендocerвікальної фасції шийі і вздовж трахеї. Через позадуштровихідний і передхребтовий клітковинний простір гній поширюється в задне середостіння.

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 зеднання. 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 %.

Контрольні питання:

1. Перелічіть основні ускладнення гнійно-запальних процесів м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки;
2. Наведіть схему патогенетичного лікування тромбофлебиту;
3. Перелічіть способи оперативних доступів при хірургічному лікуванні медіастиніту;

Самостійне заняття №25

Профілактика запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-спеціалістів з основними принципами профілактики запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.

Навчальні питання:

5. Значення профілактики запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.
6. Напрямки профілактики запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.
7. Профілактика запальних процесів щелепно-лицевої ділянки одонтогенного походження.
8. Профілактика запальних процесів щелепно-лицевої ділянки неодонтогенного походження.

Короткий зміст заняття.

У виникненні запальних захворювань обличчя та шиї особливе значення мають вогнища одонтогенної та неодонтогенної інфекції. Тому попередження запальних процесів повинно бути спрямоване на усунення цих вогнищ при санації порожнини рота та носа.

Профілактика періодонтитів та інших хірургічних запальних процесів у зубо-щелеповій системі зводиться до профілактики хворіб пародонту, зокрема гінгівітів, пародонтитів, а також карієсу зубів, пульпітів, на основі принципів загальнозміцнювальної профілактики усіх хворіб людини: раціональне харчування, поєднання праці та відпочинку, гігієна порожнини рота, запобігання гіпофункції та гіпокінезії жувальної системи, тобто "ішемічній" хворобі в щелепно-лицевій ділянці".

Профілактика гострого одонтогенного остеомієліту щелеп передбачає всі заходи запобігання проникненню інфекції з порожнини рота (через канали зубів і ясенні кишені) у періост і кістково-мозкову речовину щелепи.

Профілактика хронічного остеомієліту передбачає:

1. систематичні огляди ротової порожнини;
2. своєчасне і раціональне лікування карієсу, пульпіту, періодонтиту, періоститу та гострого остеомієліту щелеп.

Профілактика одонтогенних абсцесів та флегмон, гострих остеомієлітів, періоститів, а також їхніх грізних ускладнень полягає у

своєчасній санації каріозних зубів, а при лікуванні одонтогенного пародонтиту, періодонтитів і періоститів- у широкому розрізуванні періосту.

Неякісне лікування періодонтиту спричинює періостит у 65% хворих, остеомієліт — у 75%, флегмону — у 60% хворих. На жаль, повноцінне пломбування кореневих калалів при періодонтитах досягається лише у 65 — 68% пацієнтів з використанням сучасних технологій спеціалістами високої кваліфікації. При цьому слід мати на увазі, що періодонтальні вогнища запалення ліквідуються тільки через 3 — 4 місяці лише у 22% хворих, а в решти — тільки через 1 — 2 роки, продовжуючи бути джерелом як сенсibiliзації організму “вилікуваного” хворого, так і генератором інфекції, що за будь — якої несприятливої фонові ситуації у нього може стати поштовхом до розвитку флегмони. 33% хворих, у яких лікар не зміг цілком заповнити канал кореня зуба, наражається на величезний ризик, адже страждає не тільки здоров'я, але й виникає загроза життю.

У зв'язку з цим, а також з огляду на необхідність профілактичних заходів проти ускладнень, що їх зумовлюють гострі одонтогенні запалення, позитивну роль може відіграти добре налагоджена робота пунктів невідкладної допомоги щелепно — лицевим хворим у великих обласних, крайових, республіканських центрах.

На таких пунктах необхідно:

1. забезпечити цілодобове чергування двох щелепно — лицевих хірургів;
2. усіх хворих із флегмонами госпіталізувати в обов'язковому порядку і негайно;
3. забезпечити можливість здійснити весь комплекс невідкладних клініко-лабораторних досліджень і отримати консультації спеціалістів за показами, особливо для осіб похилого і старечого віку;
4. забезпечити можливість розтину флегмон в умовах загального знечуження і призначення антибіотиків широкого спектру дії до одержання бактеріограми і даних про чутливість збудника флегмони до антибіотиків;
5. створити можливість парентерального харчування для хворих у разі неможливості вживати їжу через рот.

З метою попередження гострого гаймориту, який може виникнути як ускладнення одонтогенного періоститу премалярів та молярів верхньої щелепи, необхідно призначати щоденно (на протязі 5-6 діб) судинозвужуючі лікарські середники (а саме 1 — 3 % розчин ефедрину, 0,1% розчини нафтізіну та санорину, галазолін) і УВЧ або СВЧ на ділянку верхньощелепової пазухи

Профілактика фурункулів та карбункулів передбачає:

1. санітарно — просвітню роботу серед населення стосовно необхідності дотримуватися гігієни шкіри і не вдаватись до видавлювання вугрів на обличчі;
2. виявлення замаскованих форм діабету;
3. своєчасне лікування екземи, гіповітамінозу та інших захворювань, які знижують опірність організму людини.

Контрольні питання:

1. Окресліть основні напрямки профілактики запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.
2. Профілактика гострого та хронічного остеомієліту щелепно-лицевої ділянки.
3. Профілактика гаймориту.
4. Профілактика запальних процесів м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
5. Профілактика фурункулів та карбункулів щелепно-лицевої ділянки.

Самостійне заняття № 26

Клініка, діагностика та хірургічні способи лікування гострого та хронічного одонтогенних гайморитів.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань клініки, діагностики та хірургічних способів лікування гострого та хронічного одонтогенних гайморитів.

Навчальні питання:

1. Клініка та діагностика одонтогенного гаймориту;
2. Додаткові методи обстеження при одонтогенному гаймориті;
3. Методи лікування гострого одонтогенного гаймориту;
4. Медикаментозне лікування хронічного одонтогенного гаймориту;
5. Способи хірургічного лікування хронічного одонтогенного гаймориту;
6. Способи закриття соустья верхньощелепової пазухи з ротовою порожниною

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 верхньої 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.

При лікуванні гострого одонтогенного гаймориту необхідно усунути джерело інфекції – видалити причинний зуб, створивши таким чином, відтік гнійного ексудату. Для покращення відтоку ексудату середній носовий хід змащують судиннозвужуючими препаратами (3-5% розчин ефедрину гідрохлориду, галазоліном, нафтизином, санорином та ін.). На ділянці верхньощелепової пазухи призначають СВЧ- та УВЧ-терапію, які сприяють розсмоктуванню ексудату та зменшенню напруженості тканин, одночасно призначають антибактеріальні препарати, анальгетики, антигістамінні препарати. Крім того, проводять пункцію верхньощелепової пазухи через нижній носовий хід і промивання її антисептичними розчинами риванолу, фурациліну, діоксидину, хлоргексидину.

Якщо лікування було розпочато вчасно і проводиться правильно, то найчастіше настає одужання. При несвоєчасному і неправильно проведеному лікуванні, при зниженій резистентності організму хворого, гострий процес переходить в хронічну форму.

Лікування хронічного одонтогенного гаймориту проводять консервативними і хірургічними методами. При катаральних формах хронічного одонтогенного запалення слід видалити причинний зуб і призначити судиннозвужуючі препарати і фізіотерапевтичні процедури, при накопиченні ексудату у верхньощелеповій пазусі проводять її пункцію з наступним її промиванням антисептиками, введенням антибіотиків та ферментативних препаратів. Промивання проводять щоденно до чистих промивних вод.

При проліферативних формах і у випадках, коли раніше проведене лікування не дало ефекту, проводять гайморотомію, яка дозволяє видалити змінену слизову оболонку і створити широке соустя між верхньощелеповою пазухою і нижнім носовим ходом для відтоку ексудату в післяопераційному періоді.

Найпоширеніший метод радикальної гайморотомії по Калдвелу-Люку. Оперативне втручання проводять під місцевим знечуженням в поєднанні з нейролептаналгезією. При одонтогенних гайморитах найчастіше використовують доступ по Нейману-Заславському – через трапецієподібний розріз, вершина якого обернена до альвеолярного краю верхньої щелепи в ділянці причинного зуба, видаляють гнійний вміст, поліпи і змінену слизову оболонку, далі створюють соустя з носовою порожниною, яке проводиться в передньому відділі нижнього носового ходу, освіжаючи краї рани і мобілізуючи слизово-окісний клапоть, зашивають її наглухо.

Стосовно тампонади верхньощелепової пазухи після операції гайморотомії думки авторів розходяться. Прихильники тампонади вважають, що тампон попереджує післяопераційну кровотечу, дренає рану і сприяє кращому загоєнню слизово-окісного клаптя. На думку Тімофєєва А.А. тампонаду проводити не слід, оскільки тампон не виконує функцію дренажа і сприяє кращому загоєнню слизово-окісного клаптя. Загоєння без тампона проходить так само добре як і з тампоном. Автор вказує на ряд недоліків тампонади: відбувається подразнення рани, тампон склеюється з раною і

погано проходить відтік ексудату, хворі часто відмічають відчуття важкості, а видалення тампона може спровокувати кровотечу. Тому автор рекомендує проводити тампонаду після операції тільки при наявності кровотечі.

Марченко Г. Н. (1967) замість марлевого тампону пропонує використовувати дві поліхлорвінілові трубки (одна всередині іншої), що полегшує процедуру промивання пазухи і зменшує болочість. Після проведеного оперативного втручання хворому призначають антибіотики, Антигістамінні препарати, полівітаміни, судинозвужуючі краплі в ніс та симптоматичне лікування. Проте, навіть правильно проведена операція може мати післяопераційні ускладнення: гематоми, порушення нюху та носового дихання (Батюнін І. Т., 1976, Шаргородський А. Г., 1985). Тому, Тимофеев А. А. рекомендує проводити щадячі операції на верхньощелеповій пазусі із видаленням тільки поліпознозміненої слизової оболонки і збереження незміненої слизової оболонки. Промивання пазухи проводять не раніше, ніж через 9-10 днів після операції через соустья з порожниною носа, 0, 02 % розчином фурациліну (в розведенні 1:5000) або хлоргексидину для видалення згустків крові.

Велике значення має лікування гайморитів, які виникли в результаті утворення соустья або норицевого ходу між верхньощелеповою пазухою з порожниною рота. Соустьям називається сполучення верхньощелепової пазухи з порожниною рота через лунку видаленого зуба, яка триває 7-10 днів. В подальшому воно епітелізується і перетворюється на норицевий хід. При відсутності змін у верхньощелеповій пазусі, при її випадковому розкритті соустья закривають. Для ліквідації запальних явищ, які виникли у верхньощелеповій пазусі при катаральному чи ексудативному гаймориті, ускладненому виникненням соустья, її промивають антисептиками. При відсутності суб'єктивних і об'єктивних симптомів гаймориту проводять гайморотомію з місцевою пластикою соустья або норицевого ходу.

Контрольні запитання:

1. Вкажіть основні клінічні симптоми при одонтогенному гаймориті;
2. Перелічіть методи діагностики гайморитів;
3. Вкажіть методи лікування гострого одонтогенного гаймориту;
4. Перелічіть медикаментозні засоби для місцевого та загального лікування хронічного одонтогенного гаймориту;
5. Способи хірургічного лікування хронічного одонтогенного гаймориту? Способи закриття соустья верхньощелепової пазухи з ротовою порожниною?

Самостійне заняття № 27

Клінічні ознаки хронічного лімфаденіту ЩЛД.

Навчальна мета заняття: Ознайомити лікарів-спеціалістів з клінічними ознаками хронічного лімфаденіту ЩЛД.

Навчальні питання:

6. Клініка хронічних лімфаденітів ЩЛД.
7. Диференційна діагностика хронічних лімфаденітів ЩЛД.

Короткий зміст заняття.

Найчастіше зустрічаються лімфаденіти в піднижньощелепових лімфатичних вузлах (перший етап на шляху лімфатичного відтоку з даної області), другими по частоті рахуються лімфаденіти в підпідборідкових, привушних і супрамандибулярних вузлах.

Хронічні лімфаденіти розвиваються в результаті затихання гострого запального процесу або в результаті впливу слабовірулентних мікроорганізмів. Клінічно вони характеризуються збільшенням лімфатичних вузлів до різних розмірів і обмеженням їхньої рухливості. Пальпаторно визначаються окремі вузли, безболісні і досить щільні. Самопочуття хворих, як правило, не порушено.

При хронічному неспецифічному гнійному лімфаденіті ознаки періаденіту відзначаються досить часто: вузол втрачає чіткість контурів, болючий при пальпації; шкіра над ним гіперемована, збирається в складку з трудом або зовсім не збирається, тому що з нею спаяний уражений вузол або пакет вузлів. Пальпаторно тут визначається різних розмірів вогнище розм'якшення, флюктуації. Іноді вузли виявляються безболісними, але розплавленими, навколо них немає явищ періаденіту, хоча шкіра при цьому над такими вузлами стоншена, гіперемована або має червоно-синюшний відтінок.

Під впливом тривалого «бомбардування» вузла одонтогенною або іншою інфекцією процес хронічного запалення приводить до руйнування вузла, заміщенню його грануляційною тканиною; час від часу виникає тут загострення призводить до перфорації шкіри й утворенню на ній нориці, яка згодом закривається і рубцюється, однак при черговому загостренні поруч виникає нова нориця. Поширення процесу на сусідні тканини додає йому «повзучий» характер. Таке поступове ураження лімфатичних вузлів відоме в літературі за назвою мігруючої гранульоми лица.

Контрольні питання.

6. Назвіть основні клінічні симптоми хронічного лімфаденіту ЩЛД.
7. Опишіть місцеві прояви хронічного лімфаденіту ЩЛД.
8. Загальні прояви хронічного лімфаденіту ЩЛД.
9. Діагностика хронічних лімфаденітів ЩЛД.

Самостійне заняття №28-29

Лікування гострого та хронічного лімфаденіту ЩЛД.

Навчальна мета заняття: Ознайомити лікарів-спеціалістів з лікуванням гострого та хронічного лімфаденіту ЩЛД.

Навчальні питання:

4. Загальні принципи лікування гострого та хронічного лімфаденіту ЩЛД.
5. Хірургічні методи лікування лімфаденіту ЩЛД.
6. Консервативне лікування лімфаденіту ЩЛД.

Короткий зміст заняття.

Лікування гострого серозного і хронічного лімфаденітів повинно бути консервативним тільки в тому випадку, якщо лікар не може встановити й усунути джерело (вхідні ворота) інфекції в порожнині рота, лор-органах і т.д.

У таких випадках застосовуються сухе тепло, увч-терапія, короткі новокаїн-антибіотикові блокади (пеніцилін, стрептоміцин, олеандоміцин і т.д.). Корисно застосовувати компреси з 25-30% розчину дімексиду сумісно з антибіотиком, гідрокортизоном або проднізолоном, знечулюючим розчином.

Якщо джерело інфекції встановлено і наступило нагноєння вузла (або пакета вузлів), необхідно розкрити абсцес і дреноувати. Іноді вдається обійтись відсмоктуванням гною і заповненням порожнини гнійника розчином антибіотиків.

Коли джерело інфекції визначено, необхідно насамперед усунути його або шляхом застосування антибактеріальних препаратів, або хірургічним втручанням (видалення зуба, вилущування нагноєної кістки, ліквідація нависаючого слизового капюшона над зубом, що прорізується, лікування гаймориту, остеомієліту, періоститу і т.д.). Такої операції звичайно досить, щоб лімфаденіт або перилімфаденіт припинився. Однак в ряді випадків, крім луківання зуба (видалення його, реплантація, резекція верхівки кореня й ін.) необхідно провести розріз по перехідній згортці, щоб розсікти грануляційно-запальний тяж, що йде від зуба до вогнища нагноєння в м'яких тканинах. Рану по перехідній складці дреноують йодоформной марлевою смужкою. В результаті — цілком припиняється надходження нових порцій інфекції з зубо-щелепної системи.

Якщо гостре нагноєння лімфатичного вузла або рецидиви хронічного лімфаденіту привели до руйнування його самого і рубцевої деформації шкіри, потрібно висікти рубцево змінені тканини, ложкою вискоблити всю грануляційну тканину, як у глибині вогнища, так і на внутрішній поверхні розсіченої шкіри, промити рану і поширово її ушити з мобілізацією її шарів або пластиком шляхом переміщення зустрічних трикутників.

Контрольні питання:

5. Назвіть загальні принципи лікування гострого та хронічного лімфаденіту ЩЛД.
6. Суть хірургічного методу лікування лімфаденіту ЩЛД.
7. Покази до хірургічного лікування лімфаденіту ЩЛД
8. Консервативне лікування лімфаденіту ЩЛД.

Самостійне заняття 30

Аденофлегмона. Клініка, діагностика та лікування.

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-спеціалістів з клінікою, діагностикою та лікуванням аденофлегмони.

Навчальні питання:

1. Визначення поняття «аденофлегмона»;
2. Клінічні ознаки аденофлегмони;
3. Лікування аденофлегмони;
4. Основні групи препаратів, що використовуються для консервативного лікування.

Короткий зміст заняття:

Аденофлегмона виникає внаслідок нагноєння запаленого лімфовузла, при цьому гній потрапляє в рихлу клітковину, що його оточує. По мірі поширення інфекційно-запального процесу за межі капсули лімфатичного вузла і втягнення в процес прилеглих до нього тканин, клінічна картина захворювання поступово втрачає характерні ознаки лімфаденіту і наближається до симптомокомплексу, характерного одонтогенним флегмонам. У більшості хворих температура тіла не піднімається вище 38-38.7 С. Об'єктивно – шкіра в ділянці аденофлегмони напружена, гіперемійована, вилискує. При пальпації шкіра в складку не береться, відмічається розм'якшення в центральній частині інфільтрату. При дослідженні периферичної крові виявляється помірний лейкоцитоз (9-13 тис.) та нейтрофілоз, ШОЕ прискорюється до 15-35 мм/год.

Лікування аденофлегмони - хірургічне (розрізання, дренивання) у поєднанні з антибіотикотерапією та фізіотерапією. З цією метою, одномоментно при втручанні на первинному вогнищі інфекції проводять розріз тканин зі сторони шкірних покривів з метою розкриття нагноєного лімфатичного вузла або того чи іншого клітковинного простору. Якщо клінічно і лабораторно встановлено специфічний характер аденофлегмони, після операції проводять специфічне лікування.

Контрольні питання:

1. Дайте визначення поняттю «аденофлегмона»;
2. Перелічіть місцеві та загальні клінічні ознаки аденофлегмони;
3. Назвіть методи лікування аденофлегмон;
4. Перелічіть основні групи препаратів та окремих представників, які використовуються для консервативного лікування.

Самостійне заняття № 31

Лікування хронічного одонтогенного гаймориту.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань лікування гострого та хронічного гаймориту.

Навчальні запитання:

4. Загальні принципи лікування хронічного гаймориту
5. Покази до операції гайморотомії.
6. Методики операції гайморотомії.

Короткий зміст заняття:

Лікування хронічного одонтогенного гаймориту має на меті:

- 1) припинити інфікування верхньощелепової пазухи і усунути змінену слизову оболонку;
- 2) припинити надходження в організм продуктів залалення та життєдіяльності мікроорганізмів, тобто усунути вогнище сенсibiliзації усього організму хворого. Щоб здійснити це, спочатку вдаються до видалення причинного зуба, промивання верхньощелепової пазухи.

Якщо таке лікування виявляється безуспішним, роблять операцію, метою якої є усунення патологічно зміненої слизової оболонки пазухи та створення

широкого співустя між нею та нижнім носовим ходом. Цим забезпечується вільний відтік ексудату з верхньощелепової пазухи.

Щоб прискорити ліквідацію гострого гнійного чи гнійного хронічного неполіпозного гаймориту, треба промити 5-6 разів верхньощелепову пазуху (через перфораційний отвір у лунці зуба) 6 мл 0,5% розчину новокаїну, в якому розчинено будь-який протеолітичний фермент - хімопсин, хімотрипсин, трипсин (у кількості 20 мг), антибіотики. Операцію слід проводити після проведеного попереднього медикаментозного лікування, яке треба поєднувати з фізіотерапією, закапуванням у ніс судинозвужувального засобу.

Операцію гайморотомії проводять в умовах потенційованого місцевого знечулення.

Методика операції:

Багато хірургів використовують метод по Калдвел - Люку, тобто розкривають верхньощелепову пазуху через горизонтальний розріз у присінку рота і трепанують її в ділянці іклової ямки. Для цього на передній стінці роблять ряд перфораційних отворів (за О. І. Євдокимовим), які потім з'єднують між собою за допомогою фісурного бора або стамески.

Розкрити передню стінку верхньощелепової пазухи можна також спеціальними трепанами, які запропонували Г. М. Марченко або М. Л. Заксон.

Якщо синусит не супроводжується остеомієлітом передньої стінки верхньощелепової пазухи, або коли він риногенний, то бажано використати цю стінку за способом Г. В. Кручинського і В. І. Філіпенка (1999): випилюють у передній стінці пазухи довгасту кісткову пластинку і після маніпуляцій у пазусі припасовують пластинку, повернувши її на 90°, і фіксують швами. Цей ау-тотрансплантат, на якому зберігається слизова оболонка, добре загоюється, утворюючи для тканини щоби необхідну опору. Можна випилювати пластинку і овальної форми. Якщо нема співустя між пазухою і порожниною рота, а синусит розвинувся на ґрунті хронічного остеомієліту, необхідно здійснити гайморотомію і одночасно секвестректомію, для цього слід зробити трапецієподібний розріз на яснах за Нейманом-Заславським, враховуючи можливість вільного доступу до секвестрів альвеолярного відростка і всього остеомієлітичного вогнища. Якщо є потреба зробити не тільки кюретаж верхньощелепної пазухи, але й закрити наявну норицю, рекомендують спеціальний двозубий розріз для здійснення гайморотомії та наступного пластичного закриття. З пазухи видаляють усю патологічне змінену оболонку й поліпи, здорову чи трохи змінену слизову оболонку зберігають. норицевий хід (на місці видаленого зуба) старанно вишкрібають для ліквідації його епітеліальних стінок. Потім хірург створює (за допомогою спеціального трепана та ножиць) широке співустя між верхньощелепною пазухою та нижнім носовим ходом, промиває його розчином пероксиду водню та ізотонічним розчином натрію хлориду, вводить у порожнину йодоформний тампон, кінець якого виводить назовні через анастомоз і відповідну ніздрю.

При обмежених хронічних одонтогенних гайморитах можна не створювати риногаймороостомію. Операція закінчується тим, що слизово-окісний клапоть переміщують по вищеописаній нами методиці з присінку порожнини рота на ясна і підшивають до піднебінного краю рани на альвеолярному гребені. У післяопераційному періоді призначають антибіотики, сульфаніламідни та аналгетики. Через 3-4 дні тампон, введений під час операції з гемостатичною метою, витягують через співустя в нижньому носовому ході; пазуху щодня промивають слабкими, трохи підігрітими (до 35 °С) розчинами антисептиків. На 5-й день знімають шви. Питання щодо необхідності тампонади верхньощелепної пазухи в останні роки переглядається, однак остаточно ще не вирішено. Г. М. Марченко вказує, що тампонада має ряд недоліків: тампон подразнює рану, прилипає до неї і погано відсмоктує виділення, які під дією мікрофлори розкладаються; хворі при цьому скаржаться на відчуття тяжкості у щелепі. Витягання тампона спричиняє біль, а в деяких випадках - кровотечу. Тому, відмовившись від тампонади верхньощелепової пазухи (після операції). Г. М. Марченко залпропонувала залишати в ній систему з двох поліхлор-вінілових трубок: довжива зовнішньої трубки - 8 см, діаметр отвору - 1,2 см. товщина й стінки - 1 мм. Довжина внутрішньої трубки, яку введено у зовнішню- 9 см, діаметр отвору - 2 мм. Оскільки трубки еластичні, їх легко вводити під час операції у верхньощелепну пазуху: вони не прилипають до рани. Крім цього, через дренажну трубку після операції добре виділяється секрет. Щоб пригнітити ріст мікрофлори і забезпечити евакуацію ранового ексудату з верхньощелепової пазухи після гайморотомії, корисно застосовувати летилан-лавсанові тампони, тампон із ксеногенної очеревини, імпрегнованої антибіотиками, до яких чутлива мікрофлора дадого хворого. (Ю. Й. Бернадський, Ю. Д. Гершуні, 1972) запропонували у верхньощелепову пазуху через трепанаційний отвір вводити тонкостінний еластичний гумовий балон. Досвід застосування цього способу показує, що він дає добрий гемостаз, не спричинює болю під час витягування баллону.

Контрольні питання:

5. Вкажіть загальні принципи лікування хронічного одонтогенного гаймориту.
6. Назвіть покази до операції гайморотомії.
7. Опишіть відомі Вам методики операції гайморотомії, їх переваги та недоліки.
8. Вкажіть особливості ведення післяопераційного періоду при проведенні операції гайморотомії.

Самостійне заняття № 32

Клініка та діагностика хронічного одонтогенного гаймориту.

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

Навчальні питання:

3. Клініка хронічного одонтогенного гаймориту.

4. Діагностика хронічного 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 сенсibilізації 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 проекціях: носопідборідковій та

бічній. На прямій рентгенограмі кіста виявляється як гомогенне, чітко обмежене затемнення напівсферичної форми, з рівними краями й основою, яка повернена до дна верхньощелепової пазухи. Бічна рентгенограма дозволяє встановити топографію кісти у передньо-задньому напрямку. При радикальних кістах, на відміну від ретенційних, прицільна рентгенограма альвеолярного відростка дозволяє виявити наявність причинного зуба.

Контрольні питання:

6. Які скарги будуть у хворих хронічним одонтогенним гайморитом?
7. Опишіть об'єктивні дані при хронічному одонтогенному гаймориті.
8. Назвіть основні симптоми при хронічному одонтогенному гаймориті.
9. Рентгенологічна картина хронічного одонтогенного гаймориту.
10. Діагностика хронічного одонтогенного гаймориту.

Самостійне заняття № 33

Загальна характеристика гострих запальних захворювань м'яких тканин обличчя і шиї неодонтогенного походження.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань гострих запальних захворювань м'яких тканин обличчя і шиї неодонтогенного походження.

Навчальні питання:

1. Етіологія фурункулів та карбункулів ЩЛД.
2. Патогенез гострих запальних захворювань м'яких тканин обличчя і шиї неодонтогенного походження.

Короткий зміст заняття:

Збудником фурункулів і карбункулів найчастіше є золотистий стафілокок, рідше стрептокок, кишкова паличка, протей, ентерококи. Патогенез фурункулів і карбункулів має багато спільного. На неушкодженій здоровій шкірі людини постійно є непатогенні стафілококи: трапляються й патогенні форми, але клінічно вони невиявляються, тому що ушкоджений роговий шар епідермісу внаслідок постійного злущування видаляє мікрофлору з поверхні шкіри. Сало, що його виділяють залози шкіри і яке містить жирну кислоту, а також піт, що виділяється, мають антимікробні властивості завдяки кислій реакції. Позитивним фактором є також антагонізм між постійно присутніми на шкірі мікроорганізмами і тими, що потрапляють на неї ззовні. Проте захисна функція шкіри залежить від загального стану організму і умов зовнішнього середовища. Вразі зниження загальної реактивності організму створюються сприятливі умови для підвищення патогенності мікрофлори, інфікування шкіри і розвитку в ній гнійничків, фурункулів і карбункулів. Особливо це спостерігається при порушенні санітарно-гігієнічних норм, забрудненні шкіри, видавлюванні вугрів і гнійничків, при переохолодженні або перегріванні організму. Сприятливими факторами можуть бути різні загальні захворювання (діабет, авітаміоз тощо). У хворих на цукровий діабет фурункульоз протікає дуже тяжко і довго. В разі виникнення фурункула, особливо повторного, завжди слід подумати про можливий діабет у хворого. Велике значення має також локалізація запального осередку

залежно від топографо-анатомічних особливостей щелепно-лицевої ділянки. Найбільш небезпечними є фурункули і карбункули в ділянці верхньої губи, носогубної складки, кута рота. Виділення їх в окрему групу зумовлено вкрай тяжким клінічним перебігом. Фурункули особливо карбункули в ділянці нижньої губи, підборіддя у деяких випадках можуть бути не менш загрозливими.

Контрольні питання:

1. Назвіть етіологічні фактори у розвитку фурункулів та карбункулів ЩЛД.
2. Опишіть патогенез гострих запальних захворювань м'яких тканин обличчя і шиї неodontогенного походження.
3. Чим зумовлена небезпека розвитку фурункулів та карбункулів в ділянці нижньої губи, підборіддя?

Самостійне заняття №34

Перикоронарит: етіологія, патогенез, клініка, діагностика та лікування.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань етіології, патогенезу, клініки, діагностики та методів лікування перикоронариту.

Навчальні питання:

3. Етіологія утрудненого прорізування зубів;
4. Механізм розвитку перикоронариту;
5. Клінічні прояви перикоронариту;
6. Методи діагностики утрудненого прорізування нижніх зубів мудрості;
7. Лікування перикоронариту;

Короткий зміст заняття:

Прорізування третіх молярів, особливо нижніх, часто ускладнюється розвитком інфекційно-запального процесу в слизовій оболонці, що оточує зуб. За даними деяких авторів (Тургель І. І., Руденко А. Т., 1971; Маланчук В.О. і співавтори, 2006) причиною затримки прорізування зубів може бути зменшення всіх розмірів нижньої щелепи, зокрема ретромолярного простору (відстань від дистальної поверхні коронки другого нижнього моляра до нижньощелепного отвору), що відбувається в процесі філогенезу. Внаслідок перенесених захворювань, таких як: рахіт, дитячі інфекційні захворювання, гормональні порушення, може відбутися затримка розвитку щелепи в результаті онтогенезу, інколи порушення прорізування відбувається через недостатність місця в альвеолярному паростку нижньої щелепи.

Несприятливі умови для прорізування створюються при прорізуванні лише передніх чи задніх горбів нижнього моляра. Між слизовою оболонкою, що прикриває зуб і коронкою зуба мудрості утворюється кишень, яка створює умови для затримки їжі і є субстратом для процесів бродіння під впливом мікрофлори, що проникає з порожнини рота. Внутрішня поверхня слизової, що прилягає до зуба (капюшон) позбавлена епітеліального покриву, тому через тканини ясен можуть проникати мікроорганізми і продукти їх життєдіяльності, що сприяють розвитку інфекційно-запального процесу. Загострення запального процесу зумовлює механічна травма капюшона. У

зв'язку з тим, що процес локалізується в слизовій оболонці, що оточує зуб, захворювання отримало назву перикоронарит (перикороніт).

Скарги хворих зводяться до постійного болю в ділянці даного зуба, що іррадіює за ходом гілок трійчастого нерва відповідної сторони нижньої щелепи та у вухо, біль при ковтанні та утруднене відкривання рота. При стоматоскопії виявляють гіперемійовану слизову оболонку над коронкою частково прорізаного нижнього зуба мудрості, при цьому при пальпації з-під капюшона можуть спостерігатись серозно-геморагічні виділення, інколи з домішками гною. Спостерігається запальна реакція підщелепових лімфатичних вузлів з відповідної сторони. При дослідженні периферичної крові відмічається помірний нейтрофільний лейкоцитоз та підвищення ШОЕ. Для уточнення топічного діагнозу та вирішення подальшого лікування застосовують рентгенологічне дослідження. При оцінці рентгенограми звертають увагу на розташування нижнього зуба мудрості, степінь залягання коронки в кістковій тканині, наявність чи відсутність місця в ретромолярній ділянці для подальшого прорізування, розміщення верхівки кореня по відношенню до нижньоальвеолярного нерва і вирішують подальшу тактику лікування. При правильному, вертикальному розташуванні зуба в щелепі та наявності місця для прорізування лікування полягає в усуненні запальних явищ і видаленні слизової оболонки, що нависає над коронкою зуба – видалення капюшона. Методика проведення втручання наступна: після антисептичної обробки операційного поля під місцевим провідниковим чи інфільтраційним знечуленням затискачем фіксують нависаючий над зубом край ясен і за допомогою скальпеля чи зігнутих хірургічних ножиць вирізають капюшон над всією поверхнею коронки, після чого проводять гемостаз та антисептичну обробку рани, для попередження рецидиву рану виповнюють йодоформною турундою. Деякі автори (Ярошенко Т. Г., 1966; Кударь А. І., 2006) пропонують спеціальний прилад для видалення капюшона слизової. Видалення капюшона не завжди є ефективним і може призвести до рецидиву, тому Маланчук В. О. і співавтори (2006) при вертикальному положенні і відсутності достатнього місця для прорізування пропонують хірургічний спосіб – часткову резекцію нижньопереднього відділу гілки, що нависає над зубом мудрості. Хворому призначають анальгетики, при необхідності – антибіотики та часті полоскання рота м'якими антисептиками. Не дивлячись на раніше проведене оперативне втручання при частих рецидивах зуб підлягає видаленню.

При відсутності умов для сприятливого прорізування нижнього зуба мудрості постає питання його удалення. Якщо загальний стан хворого не важкий і місцеві клінічні ознаки запалення виражені помірно, технічно процес видалення зуба не складний, то зуб видаляють. Якщо ж стан хворого незадовільний, місцеві ознаки інфекційно-запального процесу сильно виражені і зуб займає аномалійне положення, що потребує атипового способу видалення, то першочергове завдання лікаря полягає у ліквідації гострих запальних явищ. Після стихання гострих запальних явищ, покращення загального стану хворого, зменшення запальної контрактури проводять

операцію атипного видалення зуба. Для профілактики ускладнень в післяопераційний період призначають антибіотики.

Контрольні питання:

1. Назвіть етіологічні чинники перикоронариту;
2. Вкажіть механізм розвитку перикоронариту;
3. Перелічіть основні клінічні симптоми перикоронариту;
4. Назвіть методи діагностики утрудненого прорізування нижніх зубів мудрості;
5. Вкажіть способи лікування перикоронариту;
6. Розкажіть хід операції – атипного видалення нижнього зуба мудрості.

Самостійне заняття № 35

Етіопатогенез та патанатомія актиномікозу. Класифікація актиномікозу голови та шиї.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань етіопатогенезу, патанатомії та класифікації актиномікозу голови та шиї.

Навчальні питання:

1. Етіопатогенез актиномікозу.
2. Патанатомія актиномікозу.
3. Класифікація актиномікозу голови та шиї.

Короткий зміст заняття:

Загальні відомості

Хворі на актиномікоз щелепно-лищевої ділянки (обличчя, порожнини рота, щелеп) та шиї становлять близько 60-80% від загальної кількості пацієнтів із захворюваннями ЩЛД.

За даними Т. Г. Робустової і В. В. Рогінського (1976) актиномікоз серед запальних процесів щелепно-лищевої ділянки становить від 6 до 8%, а за даними Л. А. Лвцик, Е. В. Гоцко та І. Я. Ломницького (1980) - 7.8%. Чоловіки хворіють приблизно у 2-3 рази частіше, ніж жінки. Вік хворих різний (від 3 до 88 років), однак частіше хворіють люди віком 40-50 років.

Етіологія і патогенез

Відкрив збудника актиномікозу у 1877 р. Betlinger у тварин, а 1878 р. Israel вперше виявив у людини.. Вони постійно вегетують у порожнині рота людини, у верхніх дихальних шляхах, у травному тракті. У порожнині рота людини збудника можна виявити біля шийки зубів, у ясенних кишнях, в ретромолярних капюшонах, у каріозних зубах. Для стоматолога важливо знати, що із зубного нальоту здорових (відносно актиномікозу) людей можна регулярно виділяти аеробні променисті грибки, серед яких виявляються культури, що мають здатність до лізису, аналогічного лізису променистих грибків, виділених при актиномікозі.

Одноразового потрапляння променистих грибків у тканини не досить для виникнення актиномікозу. Лише після повторних їх проникнень, коли розвивається стан сенсibiliзації, з'являється картина актиномікозу. Інкубаційний період триває 1 -3 тижні після заглиблення актиноміцетів, іноді променисті грибки, потрапивши в щелепно-лищеву чи іншу ділянку,

проростають через стінку кровоносних судин і розсіюються по всьому організму (в нирки, легені, головний мозок, шкіру, кістки, суглоби), спричинюючи картину генералізованого актиномікозу.

Шляхами поширення інфекції при актиномікозі є: контактний, лімфогенний та гематогенний.

Патологічна анатомія

Розрізняють дві форми морфологічного вияву актиномікозу: гнійно-некротичну і фіброзну. На місці заглиблення променистого грибка з'являються характерні тверді, малорухливі або зовсім нерухомі гранульоми та інфільтрати, запальні пухлини. У центрі їх містяться друзи грибків - кулясті скупчення безлічі окремих грибків-актиноміцетів. Навколо друз скупчуються лімфоцити або плазматичні клітини, а також ксантомні клітини, тобто сполучнотканинні клітини, в протоплазмі яких є кралельки жиру - ліпоїдів. Специфічні гранульоми-вузлики з часом піддаються некробіозу і розплавляються, але поряд з ними з'являються нові гранульоми. Розплавлені гранульоми руйнують шкіру і

утворюють норицеві ходи на шкірі або слизовій оболонці. Якщо периферичний шар гранульоми, який складається зі сполучної тканини, розростається і ущільнюється, запальний інфільтрат набуває дерев'янистої твердості (фіброзна форма). Дві описані вище морфологічні форми (гнійно-некротична і фіброзна) спостерігаються у людини в різних поєднаннях, через що клінічні прояви актиномікозу відзначаються великою різноманітністю.

Класифікація актиномікозу голови і шиї.

Актиномікоз голови і шиї поділяють на три групи залежно від глибини ураження:

- 1) глибока, або м'язова, форма, що локалізується в товщі м'язів і міжм'язевій клітковині;
- 2) підшкірна форма - локалізується у підшкірній клітковині;
- 3) шкірна форма - захоплює тільки шкіру.

Найбільш всеохоплюючою є класифікація, яку запропонувала Т. Г. Робустова (1982):

- шкірна форма (буває у 0.3% хворих на актиномікоз щелепно-лицевої ділянки),
- підшкірна (у 16.9%),
- підслизова (0.6%),
- слизова (0.3%),
- олонтогенна актиномікозна гранульома, що локалізується в шкірі, підшкірній клітковині, в підслизовій тканині та під окістям (8,9%),
- підшкірно-м'язева (28.9%),
- актиномікоз лімфатичних вузлів (30,7%),
- актиномікоз окістя щелеп (0,9%).
- актиномікоз кісток щелеп (6,9%),
- актиномікоз органів порожнини рота та інших відділів щелепно-лицевої ділянки (язик, слинні залози, мигдалини) –36,5%.

Ця класифікація передбачас виділення у шкірній формі – пустульозно, горбкуватої і змішаної, а в підшкірній формі – абсцедуючої, гумозної і змішаної.

До ускладнень підшкірно-м'язевої форми актиномікозу відносять вторинні активомікотичні ураження кісток лицевого скелета, а також метастази та генералізацію актиномікозу.

Контрольні питання:

1. Охарактеризуйте збудник актиномікозу.
2. Патогенез розвитку актиномікозу.
3. Вкажіть шляхи поширення інфекції при актиномікозі.
4. Дайте мікроскопічну характеристику актиномікотичних уражень тканин ЩЛД та шиї.
5. Наведіть класифікацію актиномікозу голови та шиї за Т. Г. Робустовою.

Самостійне заняття № 36

діагностика, диференційна діагностика та лікування актиномікозу.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів

з питань діагностики, диференційної діагностики та лікування актиномікозу голови та шиї.

Навчальні питання:

1. Діагностика актиномікозу.
2. Диференційна діагностика актиномікозу.
3. Лікування актиномікозу.

Короткий зміст заняття:

Лише близько 8% хворих встановлюють правильний діагноз поза клінікою. Це пояснюється тим, що багато лікарів мають уявлення про актиномікоз як захворювання, що починається однотипно. Проте вияви актиномікозу надто різноманітні і виходять далеко за межі трафаретних уявлень характерних для практичного лікаря. Ось чому кожен практичний лікар мусить навчитись відрізняти актиномікоз від банальних (неспецифічних) запальних процесів - ретромолярного періоститу в зв'язку з утрудненим прорізуванням нижнього зуба мудрості, гострого і хронічного одонтогенного остеомієліту, одонтогенної підшкірної мігруючої гранульоми, туберкульозу щелепи, язика, лімфовузлів, верхньощелепних пазух тощо. Передусім лікареві слід завжди пам'ятати, що всі гострі одонтогенні процеси відзначаються особливим анамнезом, наявністю гангренозного зуба, високою температурою тіла, болями, змінами картини крові, які швидко спадають після операції і медикаментозного лікування. Хронічний остеомієліт щелепи характеризується такими симптомами: поодинокі нориця, наявність остеопорозу та секвестра або грануляцій, різко випинають із нориці, шкірні покриви не мають синюшного відтінку, а інфільтрат дерев'янистої твердості і великої кількості фістул. Секвестрація і кюретаж сприяють видужанню. Одонтогенна підшкірна гранульома завжди має тяж, який веде до причинного «гангренозного» зуба; видалення зуба приводить до видужання. Туберкульоз щелепи і лімфовузлів теж характеризується рядом специфічних симптомів.

Незважаючи на достатньо виражену клінічну симптоматику зазначених захворювань, у багатьох випадках точне обґрунтування діагнозу актиномікозу становить значні труднощі, а тому лікареві доводиться вдаватися до багатьох спеціальних досліджень (мікробіологічних, гістологічних та ін.).

Оскільки у 80% хворих на актиномікоз є імунодефіцит, варто до комплексу лікування включати імунотерапію і детоксикацію (нові вакцини, актовакцини, синтетичні препарати).

Контрольні питання:

1. Які ви знаєте методи діагностики актиномікозу.
2. Диференційна діагностика актиномікозу.
3. Опишіть лікування актиномікозу.

Практичне заняття № 37

Клініка, діагностика та лікування сифілісу ЩЛД.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-слухачів з клінічних проявів, лікувальної тактики при сифілітичній інфекції щелепово-лицевої ділянки.

Навчальні питання:

1. Клінічна картина сифілісу щелепово-лицевої ділянки.
2. Діагностика та лікування т сифілісу щелепово-лицевої ділянки
3. Лікування сифілісу щелепово-лицевої ділянки.

Короткий зміст заняття:

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 внадкісничі визначається дифузна, твердувата, трохи більша при пальпації припухлість. При локалізації в ділянці альвеолярного відростка гума буває вкрита набряклою, почервонілою 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 фістульний хід, з якого виділяється гнійна маса або слизиста мутна рідина. Іноді виникає виразка з нависаючими, трохи ущільненими краями. При розвитку гумив 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.:

1. Особливості клінічної картини при сифілісі щелепово-лицевої ділянки.
2. Послідовність, діагностики та лікування при сифілісі ураженнях щелепово-лицевої ділянки.
3. Прогноз і профілактика уражень щелепово-лицевої ділянки сифілітичною інфекцією.

Самостійне заняття № 38

Специфічні запальні процеси щелепово-лицевої ділянки.

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

Навчальні питання.:

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

Короткий зміст заняття:

У порожнині рота, в ділянці шелеп, лиця і шиї спостерігаються запальні захворювання, які виникають під впливом променистого грибка, туберкульозної 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 актиномуїкозу 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:

1. розкриття гнійних вогнищ;
2. специфічна імунотерапія актиномікозу (методика за Суттевим 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 зпаювання 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 домішками 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 мазківгною, 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 надкісниці 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 півкіля або півдуги. Слизова оболонка на ураженій ділянці потовщується, стає горбистою. При розвитку гуми в надкісниці визначається дифузна, твердувата, трохи більша при пальпації припухлість. При локалізації в ділянці альвеолярного відростка гума буває вкрита набряклою, почервонілою 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 фістульний 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.:

1. Збудники, які викликають специфічні запальні процеси щелепово-лищевої ділянки.
2. Особливості клінічної картини при специфічних ураженнях щелепово-лищевої ділянки.
3. Послідовність, діагностики та лікування при специфічних ураженнях щелепово-лищевої ділянки.
4. Прогноз і профілактика уражень щелепово-лищевої ділянки специфічною інфекцією.

Самостійне заняття № 39

Артози та артрозо-артрити. Клінічна картина, діагностика та лікування.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань клініки клініки, діагностики та лікування артозів та артрозо-артритів.

Навчальні питання:

1. Визначення терміну артоз;
2. Причини виникнення артозу;
3. Класифікація артозів;

4. Клінічна картина артрозів;
5. Рентгенологічна характеристика стадій розвитку артозу;
6. Лікування артозів;
7. Причини виникнення артрозо-артритів;
8. Клінічні ознаки артрозо-артритів;
9. Методи лікування артозів та артрозо-артритів.

Короткий зміст заняття.

Артроз - 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. Відкривання 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, носогубна 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 надгортанника, 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 головки і початкових явищ репарації. Суглобова щілина визначається як нерівномірно звужена полоса, суглобовий відросток втрачає характерний структурний рисунок, головка 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 головки не визначаються, відмічаються зони щільної кістки, крайові кісткові розростання.

Різнманітні 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 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. 3

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 артрити, 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 жовцю щодня на ніч протягом місяця. Із фізіотерапевтичних процедур можна призначати УВЧ, електрофорез із бджолиною 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.

Самостійне заняття № 40

Клініка, діагностика та лікування нейрофіброматозу щелепно-лицевої ділянки.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань клініки, діагностики та лікування нейрофіброматозу щелепно-лицевої ділянки.

Навчальні питання:

1. Клініка нейрофіброматозу щелепно-лицевої ділянки.
2. Діагностика нейрофіброматозу.
3. Методи лікування нейрофіброматозу

Короткий зміст заняття:

Нейрофіброматоз (хвороба Реклшгаузена) - захворювання, яке характеризується розвитком більшості пухлин по ходу нервових стовбурів на фоні специфічних нервових, гормональних та кісткових порушень.

Найбільш типовим для хвороби Реклінгаузена є комплекс симптомів ураження шкіри, кісток та ендокринних залоз.

До числа постійних признаков, які відомі під назвою тетради Дарне, відносяться:

- a. типова пігментація шкіри,
- b. своєрідні пухлини шкіри та підшкірної основи,
- c. пухлини нервових стволів,
- d. фізичні та психічні порушення у хворих.

Типова пігментація шкіри буває у вигляді плям кольору кави з молоком. Локалізуються ці плями на шкірі передніх кінцівок, під'язевих ямок, поясниці. Інтенсивність забарвлення буває різною. Поділяють на три типи:

1. елефантіазис (слоновість);
2. множинна вузлова форма нейрофіброматозу;
3. масивні пігментовані шкірні розростання.

При нейрофіброматозі першого типу маємо одну значних розмірів нейрофіброму з різко вираженими змінами кісток, очей та інших ділянок обличчя.

При другому типі нейрофіброматозу кількість пухлин може досягати декілька десятків тисяч, не викликаючи кісткових змін і порушення органів обличчя.

Третій тип хвороби відрізняється своєрідним забарвленням і більш щільною консистенцією пухлин, а також вираженими змінами органів ротової порожнини.

При першому та другому типах хвороби в структурі переважає нервова тканина, при третьому - фіброзна тканина.

При пухлинах нервових стовбурів уражуються переважно периферичні нервові провідники, якщо є ізольоване ураження корінців черепних або спінальних нервів, то цю форму хвороби називають центральним нейрофіброматозом.

Фізичні та психічні порушення у хворих проявляються в деструкції кісток лицевого та мозкового черепу, ураженні органу зору, наявності зубо-щелепових аномалій. Аномалії форми лицевої частини черепа проявляються в потовщенні або зменшенні кісток, неправильному їх положенні і формі, дефектах і деформаціях або відсутності цілих відділів альвеолярного відростка. Відмічається порушення прикусу, аномалії форми і положення зубів, макроглосія, яка приводить до відкритого прикусу.

З ендокринних порушень при нейрофіброматозі спостерігаються зміни гіпофізу, а також ураження щитовидної залози і наднирників.

Диференційний діагноз проводять з множинними фібромами і папіломами шкіри обличчя, з лімфангіомою м'яких тканин обличчя.

Лікування нейрофіброматозу хірургічне: повне або часткове вилучення пухлин (зі збереженням або без збереження шкіри), електрокоагуляція, коригуючі операції.

Лікування нейрофібром хірургічне: проводять розріз шкіри та

підшкірної основи відповідно по ходу гілок лицевого нерва, відсепаровують тканини і вилущують нейрофіброму, не пошкоджуючи прилеглих розгалужень лицевого нерва.

Контрольні питання.

1. Назвіть основні клінічні симптоми нейрофіброматозу.
2. Які симптоми входять до тетради Дарне?
3. Проведіть діагностику нейрофіброматозу.
4. Охарактеризуйте лікування нейрофіброматозу

Самостійне заняття № 41

Доброякісні одонтогенні пухлини щелепно-лицевої ділянки. Клініка, діагностика та лікування.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань клініки, діагностики та лікування доброякісних одонтогенних пухлин щелепно-лицевої ділянки.

Навчальні питання:

1. Клінічна картина та діагностика адамантіном.
2. Лікування адамантіном.
3. Клініка одонтом.
4. Діагностика та лікування одонтом.

Короткий зміст заняття

Адамантінома (амелобластома) - одонтогенна пухлина епітеліального походження. Локалізується в ділянці молярів нижньої щелепи, кута та гілки. Адамантінома росте безболісно, лише при нагноєнні пухлини з'являються ознаки запалення (набряк і інфільтрація м'яких тканин, утворення норниць з серозним виділенням). В діагностиці адамантіном велике значення надається рентгенографії. Для адамантіноми характерно - наявність округлих порожнин різної величини, які відділені одна від одної кістковими переділками.

Диференціювати адамантіному слід з саркомою, раком, остеобластокластою, фолікулярною і радикулярною кістою, гемангіомою, холестеотою і ін.

Лікування адамантіном - хірургічне, причому об'єм оперативного втручання залежить від розміру пухлини, її ділянки, віку хворого і загального стану, наявності супутніх захворювань. При невеликих розмірах адамантіном проводять часткову резекцію нижньої щелепи зі збереженням її неперервності, при масивних пухлинах - проводять повну резекцію нижньої щелепи, при зруйнуванні гілки щелепи - екзартикуляцію половини нижньої щелепи. Утворений дефект нижньої щелепи відновлюють кістковим трансплантатом з ребра, гребенем вздухвинної кістки і т, д.

Одонтома - пухлина, яка є конгломератом тканин зуба та пародонту. Основною тканиною пухлини являється дентиноподібна речовина, тому частіше трапляються тверді одонтоми. У випадку, коли переважає цементоподібна тканина, пухлину називають цементомою. Розрізняються прості і складні одонтоми. Проста одонтома виникає з тканин одного зубного зачатку і відрізняється від нормального зуба порушенням топографічного

співвідношення емалі, дентину та цементу. Прості одонтоми бувають повними і неповними; повна проста одонтома складається з всіх тканин зуба, а неповна містить лише деякі з цих тканин. Складні одонтоми містять тканинні елементи декількох зубів або зачатків. Окрім твердих одонтом розрізняють і м'які одонтоми, котрі мають велику подібність з адамантиною. Одонтома містить капсулу, котра складається з сполучної тканини і відділяє її від кістки. На рентгенограмі одонтома має тінь округло-овальної або неправильної форми, пухлина неоднорідна, має долькову структуру з шиловидними краями. Між пухлиною і кістковою тканиною є смужка просвітлення, котра свідчить про локалізацію в цьому місці капсули пухлини. При цементомах визначається округла, овальна однорідна щільна тінь.

Лікування одонтом - хірургічне. Пухлину видаляють разом з капсулою. Оперативний підхід визначається локалізацією і розміром пухлини.

Контрольні питання

7. Назвіть синоніми адамантиноми?
8. Вкажіть патогенетичні теорії виникнення адамантином.
9. Основні клінічні симптоми адамантиноми.
10. Охарактеризуйте рентгенологічну картину при адамантиномі.
11. Проведіть диференційну діагностику адамантиноми з саркомою, раком та ін.
12. Основні принципи лікування адамантиноми.
13. Охарактеризуйте клінічну картину при одонтомі.
- 14.3 якими захворюваннями проводять диференційну діагностику при одонтомах?
15. Опишіть лікування одонтом.

Самостійне заняття № 42

Клініка та діагностика центральної і периферичної остеобластокластоми.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань клініки, діагностики та диференційної діагностики центральної і периферичної остеобластокластоми.

Навчальні питання:

1. Загальні дані. Гістологічна будова.
2. Клінічні ознаки центральної і периферичної остеобластокластоми.
3. Діагностика остеобластокластом.
4. Диференційний діагноз остеобластокластом.

Короткий зміст заняття:

Серед первинних пухлин щелеп остеобластома складає 69%, із них центрально розташовані – 17%, а периферичні (так звані гігантоклітинні епуліси) – 48% (за Колесовим А.А.).

Пухлина мікроскопічно має 2 основні типи пухлинних клітин:

- а) багатоядерні гігантські клітини, які приймають участь в розсмоктуванні кісткових балочок - остеокласти;

б) одноядерні гігантські клітини - це клітини остеобластичного ряду, які беруть участь у побудові нових кісткових балочок.

Остеобластокластома уражує переважно осіб жіночої статі віком від 11 до 20 років. Локалізується на нижній щелепі майже удвічі частіше, ніж на верхній і при чому, улюбленим місцем для росту є ділянка нижніх молярів, а на верхній – премолярів.

Скарги хворих залежать від ділянки і стадії розвитку пухлини. Інколи хворі скаржаться на наявність запального процесу в ділянці пухлини, який завершується появою нориці на яснах або на обличчі. Поява нориці є однією з характерних особливостей остеобластокластом щелеп. Поява запалення і нориць пов'язані з наявністю каріозного зуба та інфекції порожнини рота. Інфікування пухлини відбувається маргінальним шляхом через періодонт або через рану після видалення зуба.

Гістологічно поділяють остеобластокластоми на периферичну і центральну форми.

Клінічний перебіг периферичної остеобластокластоми принципово не відрізняється від типових епулісів. Об'єктивно на яснах визначається блідо-рожева пухлина. Основа, на відміну від звичайного епуліса, широка, захоплює ділянку декількох зубів, які можуть бути рухомі. В результаті травмування їжею з'являється регіонарний лімфаденіт, біль, субфебрильна температура тіла, зміни зі сторони крові.

При клініці центральної остеобластокластоми у хворих з'являється біль в ділянці пухлини. Центральні остеобластокластоми проявляються у вигляді потовщення або веретеноподібного здуття тіла щелепи, де слизова оболонка в кольорі залишається незмінною.

По своїй клініко-рентгенологічній та морфологічній характеристиці остеобластокластоми поділяють на коміркові і літичні. А. А. Колесов виділяє ще кистозну форму.

Пункція остеобластокластоми дозволяє виявити рідину різних відтінків – від бурого до світло-жовтого, інколи можна отримати в невеликій кількості кров.

При рентгенологічному дослідженні коміркової форми можна виявити багато дрібних порожнин, які відділені одна від одної балками – перегородками різної товщини, сама щелепа виглядає веретеноподібно здутою.

Для літичної форми характерна наявність однорідного ефекту кістки, який нагадує кисту. Але на відміну від кистозної форми, яка завжди має чіткі ущільнені контури порожнини, границі порожнини при літичній формі пухлини виглядають нерівними і змазаними. Нижній край нижньої щелепи при кистозній та літичній формах буває різко зтоншена, корені зубів, які знаходяться в зоні пухлини, виглядають резорбованими і "усіченими" на 1/3 або навіть більше своєї довжини.

Диференційний діагноз остеобластокластом проводять з адамантиноюю і саркомою. При патогістологічному дослідженні можна відкинути діагноз адамантіноми. Коли адамантинома переходить в кистозну

форму, тоді вона легко може бути диференційована (полікістозний малюнок) та пункції (кристалики холестерину).

Остеобластокластома відрізняється від саркоми тривалістю розвитку (3-5-10 і більше років) та резорбцією коренів. Допоміжну роль для диференціації з саркомою відіграє метод діагностики за допомогою радіоактивного фосфору (^{32}P). При біопсії необхідно враховувати те, що тканина остеобластокластоми неоднорідна по своїй будові і тому підлягає дослідженню на різній глибині.

Контрольні питання:

1. Вкажіть найчастішу локалізацію остеобластокластом.
2. Наведіть гістоморфологічну характеристику остеобластокластом.
3. Опишіть клініку периферичної остеобластокластоми.
4. Опишіть клініку центральної остеобластокластоми.
5. Проведіть диференційну діагностику периферичної остеобластокластоми.
6. Диференційна діагностика центральної остеобластокластоми.
7. Вкажіть рентгенологічну картину остеобластокластом.

Самостійне заняття № 43

Диференційна діагностика доброякісних остеогенних пухлин.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань диференційної діагностики доброякісних остеогенних пухлин.

Навчальні питання:

1. Етіологія доброякісних остеогенних пухлин.
2. Патогенез доброякісних остеогенних пухлин.
3. Систематизація доброякісних остеогенних пухлин.
4. Диференційний діагноз остеом.
5. Диференційний діагноз остеїд-остеом.
6. Диференційний діагноз остеобластокластом.

Короткий зміст заняття.

В кістках лицевого скелету, особливо в щелепах, можуть розвиватись різні пухлини, які зустрічаються в інших відділах кісткової системи. Одні з них розвиваються з тканинних елементів щелепових кісток, інші — з сполучної тканини, судинних, ретикулярних, кровотворних елементів, закладених в міжкісткових проміжках.

Гістологічно остеогенні доброякісні пухлини характеризуються наявністю двох видів клітинних елементів: багатоядерних гігантських клітин типу остеокластів або одноядерних округлих, витягнутих остеобластів.

До доброякісних остеогенних пухлин являють належать остеома, остеїд-остеома, остеобластокластома.

Диференційний діагноз губчастої і м'якої остеом проводять з остеобластокластоною, адамантіною, кістковими дисплазіями, а також остеофітами, екзостозами, хронічними періоститами. Деякі труднощі можуть виникнути при диференціації остеом з остеодисплазіями, які відрізняються незрілою кістковою тканиною, яку можна виявити при гістологічному дослідженні. При дослідженні кусочків кістки, які взяті з поверхні вогнища

ураження, можна виявити ділянки зрілої кістки з явищами розсмоктування і формування своєрідних структур. Якраз ці структури інколи помилково розцінюються як губчаста остеома.

Кісткові остеофіти або більш великі виступи — екзостози нерідко виникають в результаті травматичного подразнення або хронічного запалення періосту щелепи, що можна виявити у хворих при збиранні анамнезу.

Диференційний діагноз остеїд-остеом проводять з невритом, невралгією трійчастого нерва, хронічним остеомієлітом, кистовидними ураженнями щелеп.

Диференційний діагноз остеобластокластом проводять з адамантіною і саркомою. При патогістологічному дослідженні можна відкинути діагноз адамантіноми. Коли адамантінома переходить в кистозну форму, тоді вона легко може бути диференційована (полікистозний малюнок) та пункції (кристалики холестерину).

Остеобластокластома відрізняється від саркоми тривалістю розвитку (3-5-10 і більше років) та резорбцією коренів.

Контрольні питання

1. Наведіть класифікацію доброякісних остеогенних пухлин.
2. Диференційний діагноз остеом.
3. Диференційний діагноз остеїд-остеом.
4. Проведіть диференційну діагностику периферичної остеобластокластоми.
5. Диференційна діагностика центральної остеобластокластоми.

Самостійне заняття №44

Лікування пухлиноподібних утворень м'яких тканин.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань етіопатогенезу, клініки, діагностики та лікування пухлиноподібних утворень м'яких тканин.

Навчальні питання:

10. Методи лікування ретенційних кист малих слинних залоз.
11. Методи лікування ранул.
12. Лікування кист під'язикової, підщелепової та білявушної слинних залоз.
13. Лікування дермоїдних кист.
14. Лікування епідермальних кист.
15. Лікування серединних і бокових кист шиї.

Короткий зміст заняття:

Лікування хірургічне: розрізи слизової оболонки над кістою роблять у вигляді двох півмісяців. Напівтупим шляхом за допомогою кровозупинного затискача відділяють оболонку кисти від тканини, сполучнотканинні перемички розсікають ножицями, кисту вилущують, накладають кетгутіві шви на слизову оболонку. Ведення післяопераційного періоду традиційне.

Під'язикова ретенційна киста (ранула) розміщується під слизовою оболонкою, розтягує її і має дещо прозорий вигляд з голубуватим відтінком

Лікування хірургічне: невеликі кисти вилущуються повністю, в інших випадках проводиться резекція передньої (виступаючої) стінки разом з вкриваючою її слизовою оболонкою Краї слизової оболонки зшиваються з оболонкою кисти вузловатими швами, порожнину залишають відкритою або вповнюють йодоформною марлею, яку закріплюють швами.

Киста білявушної слинної залози локалізується переважно в нижньому полюсі залози, виявляють її випадково. Киста є обмеженою безболісною припухлістю в білявушній ділянці, м'яко-еластичної консистенції. Вмістом кисти є рідина жовтуватого кольору, інколи мутна з домішками слизу.

Лікування хірургічне: видалення кисти.

В щелепово-лицевій ділянці дермоїдні кисти можуть розміщуватись біля кореня носа, між бровами, біля внутрішнього і зовнішнього країв чи ближче до скроні, на спинці носа і на його кінчику, на щоці коло крила носа, в середині щоки, біля дна порожнини рота, по середній лінії шиї, під кутом нижньої щелепи.

Лікування хірургічне: після розсічення та відшарування шкіри і глибше розміщених тканин дермоїдну кисту звільняють напівтупим шляхом. В основному оперативний підхід визначається локалізацією кисти у відношенні до щелепово-під'язикового м'яза.

Виникнення епідермальних кист зумовлене зануренням шматочків епідермісу в підшкірну клітковину. Відбувається це в момент травми з порушенням цілісності шкірного покриву. Епітеліальна киста щелепово-лицевої ділянки виявляється у випадках нагноєння. Після хірургічного та самостійного розкриття кисти залишається нориця, яка періодично то закривається, то знову відкривається. Неодноразове вискоблювання нориць у таких випадках веде до тимчасового покращення, однак вони знову дають рецидиви. Діагноз встановлюється на підставі рентгенограм, з введенням контрастної маси, які показують тих чи інших розмірів ампулоподібні порожнини завбільшки від невеликої горошини і більше.

Лікування хірургічне: кисту через норицевий хід оголюють і повністю вилущують. Рану зашивають.

Серединні та бокові кисти шиї проявляються у вигляді м'якого безболісного утворення в підщелеповій ділянці або в верхніх відділах шиї. Кисти містять серозно-слизову рідину, стінки її тонкі, вкриті плоским або циліндричним епітелієм. Кисти можуть розкриватись з утворенням серединних та бокових нориць шиї, інколи їх закриття веде до утворення кист шиї.

Лікування серединних та бокових кист шиї оперативне: повністю видаляють оболонку кисти і висікають норицевий хід.

Контрольні питання

12. Назвіть основні принципи лікування ретенційних кист малих слинних залоз.
13. Опишіть суть хірургічного лікування ранул.
14. Лікування кист під'язикової, підщелепової та білявушної слинних залоз.
15. Лікування дермоїдних кист.
16. Лікування епідермальних кист.

17. Лікування серединних і бокових кист шії.

Самостійне заняття 45

Клініка, діагностика, диференційна діагностика та лікування саркоми верхньої щелепи.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань клініки, діагностики, диференційної діагностики та лікування саркоми верхньої щелепи.

Навчальні питання:

1. Клініка саркоми верхньої щелепи.
2. Діагностика саркоми верхньої щелепи.
3. Диференційна діагностика саркоми верхньої щелепи.

Короткий зміст заняття.

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 верхньої щелепи 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.

Контрольні питання.

1. Опишіть клініку саркоми верхньої щелепи.
2. Назвіть основні методи діагностики саркоми верхньої щелепи.
3. Продиференціюйте саркому верхньої щелепи з раком верхньої щелепи.
4. Продиференціюйте саркому верхньої щелепи з епулідом.
5. Продиференціюйте саркому верхньої щелепи з поліпом носа.

Самостійне заняття № 46

Передракові захворювання щелепно-лицевої ділянки.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-слухачів з питань клініки, діагностики та лікування облігатних та факультативних передракових станів щелепно-лицевої ділянки.

Навчальні питання:

1. Класифікація облігатних та факультативних передракових станів щелепно-лицевої ділянки за Мішкілейсоном.
2. Клініка, діагностика та лікування бородавчастого передраку червоної облямівки губ, обмеженого гіперкератозу.
3. Клініка, діагностика та лікування хейліту Манганотті, лейкоплакій, керетоакантом, шкірного рогу.
4. Клініка, діагностика та лікування папілом, папіломатозу, післяпроменевого хейліту, хвороби Боуена.
5. Клініка, діагностика та лікування червоного плоского лишая, післяпроменевого хейліту та стоматиту.
6. Диспансеризація хворих з передраковими захворюваннями щелепно-лицевої ділянки.

Короткий зміст заняття:

При розгляді передракових захворювань ротової порожнини слід вияснити сприяючі їх розвитку фактори ендogenous та екзогенного характеру:

1. Атрофія слизової оболонки губ та ротової порожнини у літньому віці.
2. Неприятливі атмосферні впливи.
3. Куріння.
4. Закладування під язик подразнюючих речовин.
5. Механічні травми слизової губ, ротової порожнини гострими краями зубів, неправильно виготовленими пломбами та протезами.
6. Опіки слизової алкоголем і гарячою їжею.

За А.А.Машкілейсоном розрізняють наступні форми передраку слизової оболонки ротової порожнини та червоної облямівки губ:

I. Облігатні передракові захворювання:

1. Хвороба Боуена та еритроплазія Кейра.
2. Бородавчастий або вузликовий передрак червоної облямівки губ.
3. Абразивний передраковий гіперкератоз червоної облямівки губ.

II. Факультативні передракові захворювання з більшою потенційною

зляжкістю:

1. Лейкоплакія ерозивна та верукозна.
2. Папілома та папіломатоз піднебіння.
3. Шкірний ріг.
4. Кератоакантома.

Ш. Факультативні передракові захворювання з меншою потенційною зляжкістю:

1. Лейкоплакія плоска.
2. Хронічні виразки слизової ротової порожнини.
3. Ерозивні та гіперкератотичні форми червоного вовчака і червоного плоского лишая червоної облямівки губ.
4. Хронічні тріщини губ.
5. Пострентгенівський хейліт та стоматит.
6. Метереологічний та актинічний хейліти.

Облігатні передраки - це процеси, які з найбільшою частотою переходять в рак у відносно стислі терміни. Факультативні передракові стани з меншою ймовірністю переходять в рак при більш тривалій експозиції.

За патоморфологічною будовою передракові процеси різного характеру і різної локалізації відрізняються в більшій степені ніж зляжкі пухлини, що з них розвиваються. Для передраків характерне переважання продуктивного гіперпластичного процесу по типу одиночних ділянкових або множинних проліфератів, іноді поєднання продуктивного процесу з деструктивним, що, як правило, супроводжується явищами гіпер- або паракератозу, нерідко з тенденцією до глибинного росту епітелію різного характеру, але без інфільтруючого росту, анаплазії клітинних елементів. При хворобі Боуена та еритроплазії Кейра картина позначається як внутрішньоепітеліальний рак.

Етіологія розвитку передракових захворювань може бути пов'язана з токсичною дією хімічних факторів- променевої енергії різного характеру, тривалій травм, присутності металів в ротовій порожнині різного роду (електрохімічного потенціалу), куріння, дефіцит вітаміну А, деякі захворювання.

Клінічне картина передракових процесів різноманітна, що залежить від їх характеру, особливостей локалізації, степені гіперкератозу, глибини деструктивних змін та вираженості компонентів запалення.

Діагноз базується на аналізі клінічних даних, уточненню його сприяє використання стоматоскопії, прижиттєвих барвників (розчин Люголя, гематоксилін, толуїдиновий голубий). Цитологічне дослідження не завжди може уточнити діагноз, з цією метою показане гістологічне дослідження. Диференціювати передракові захворювання слід від загальних захворювань, вірусних та специфічних захворювань,

Лікування та профілактика повинні проводитися в рамках диспансерного спостереження за хворими. Вибір методу лікування здійснюють диференційовано в залежності від характеру та поширеності процесу. При наявності деструктивних явищ рекомендується вітаміни А (10 крапель тричі на день), рибофлавін, тіамін, ніотинова кислота, аплікації з

концентратів вітамінів А,Д. У випадках неефективності консервативної терапії показано висічення вогнище ураження або комбіноване лікування.

При переважанні продуктивного процесу з вираженим ороговінням найбільш доцільні - висічення патологічного вогнища, електрокоагуляція, кріотерапія. Хірургічне висічення дозволяє провести гістологічне дослідження видаленого матеріалу, що сприяє уточненню діагнозу, виключає можливі помилки при використанні, наприклад, електрокоагуляції. У випадку значної поширеності процесу та неможливості використання вказаних методів, показана променева терапія.

Хворі з передраком повинні постійно знаходитися на диспансерному нагляді з метою своєчасної активної терапії та профілактики злякисного перетворення процесу.

Розглядаються клініко-гістологічні особливості прояву та лікування деяких передракових захворювань (хвороба Боуена та еритроплазія Кейра, бородавчастий вузликочий передрак червоної облямівки губ, абразивний хейліт Манганотті, обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки губ, лейкоплакія, шкірний ріг, кератоакантома).

Контрольні питання:

1. Які Ви знаєте причини виникнення передракових захворювань щелепно-лицевої ділянки?
2. Встановіть, що таке облігатні і факультативні передракові стани.
3. Розкажіть класифікацію передракових станів щелепно-лицевої ділянки.
4. Дайте клініко-морфологічну характеристику передраковим станам.
5. Опишіть клініку, діагностику та методи лікування хвороби Боуена та еритроплазії Кейра.
6. Опишіть клініку, діагностику та методи лікування абразивного хейліту Монганотті та бородавчастого передраку червоної облямівки губ.
7. Вкажіть, які існують форми, клінічні прояви та в чому суть лікування лейкоплакій.
8. Опишіть клініку та методи лікування проявів на лиці і в порожнині рота червоного вовчака та червоного плоского лишая.
9. Які клінічні ознаки та методи лікування при кератоакантомі?
10. Вкажіть на причини виникнення, форми та клінічні ознаки проявів СНІДу в щелепно-лицевій ділянці.

Самостійне заняття №47

Клініка та діагностика передракових облігатних станів.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань клініки та діагностики передракових облігатних станів.

Навчальні питання:

1. Хвороба Боуена і еритроплазія Кейра.
2. Бородавчастий і вузловий передрак червоної облямівки губ.
3. Абразивний преанцерозний хейліт Манганотті.
4. Обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки.
5. Діагностика передракових облігатних станів.

Короткий зміст заняття:

Клініка передракових облігатних станів.

Хвороба Боуена і еритроплазія Кейра.

Вогнище ураження може локалізуватись на м'якому піднебінні, на слизовій оболонці щоки в ретромолярному просторі, на язиці, на червоній облямівці губи. Виникає обмежене, повільно збільшуючись по периферії плямисто-вузлове ураження розміром від 1 см в діаметрі і більше. У деяких хворих поверхня ураження буває покрита маленькими сосочковими розростаннями, інколи висипання утворюють малюнок, який нагадує червоний плоский лишай. При тривалому існуванні ураження виявляється легка атрофія слизової оболонки, інколи захворювання характеризується лише невеликою гіперемією маленької ділянки слизової оболонки.

Бородавчастий і вузловий передрак червоної облямівки губ.

Клінічно ураження має різко обмежений характер. Елемент діаметром від 4 мм до 1 см півкулястої форми, виступає над червоною облямівкою на 3-5 мм і має щільну консистенцію. Пальпація безболісна, червона облямівка губ гіперемійована з явищами інфільтрації.

Абразивний преканцерозний хейліт Манганотті,

Ураження буває у вигляді ерозії овальної або неправильної форми. У деяких хворих поверхня ерозії вкрита прозорим тонким епітелієм. Ущільнення тканин довкола ерозії і в ділянці її основи не відмічається. Ущільнення з'являється при початковій трансформації процесу в рак. Локалізуються ерозії на боковій частині губи, рідше в центрі. В більшості випадків буває поодинокі ерозія, рідше одночасно існують дві або три ерозії.

Обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки.

Клінічно проявляється у вигляді обмеженої ділянки, яка має полігональну форму. Поверхня вогнища вкрита тонкими щільно прикріпленими лусочками сірувато-білого кольору. Обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки частіше локалізується на нижній губі. При цьому в більшості випадків не відбуваються фонові зміни червоної облямівки губ. У деяких хворих передраковий гіперкератоз розвивається на фоні вираженого гляндкулярного хейліту.

У діагностиці передракових станів щелепово-лицевої ділянки на першому місці є гістологічне дослідження, котре дозволяє достовірно відрізнити передраковий процес від розвинутого раку, а також діагностувати передрак серед великого числа хронічних запальних процесів, які спостерігаються на червоній облямівці губ та слизовій оболонці порожнини рота.

Питання про гістохімічну характеристику передракового процесу лишається відкритим, тому що до теперішнього часу навіть при раку не вдалось виявити яких-небудь гістохімічних змін, які не зустрічаються при інших процесах, котрі не відносяться до раку. Крім цього, це питання ускладнюється тим, що гістохімічні зміни навіть при раку багато в чому залежать від ділянки процесу, особливо від характеру висхідної тканини, і це в свою чергу визначає і гістохімічну структуру передракових змін. Діагноз базується на

аналізі клінічних даних, уточненню його сприяє використання стоматоскопії, прижиттєвих барвників (розчин Люголя, гематоксилін, толуїдиновий голубий). Диференціювати передракові захворювання слід від запальних процесів, вірусних та специфічних захворювань.

Контрольні питання:

1. Дайте клініко-морфологічну характеристику передраковим станам.
2. Опишіть клініку та діагностику хвороби Боуена та еритроплазії Кейра.
3. Опишіть клініку та діагностику абразивного хейліту Монганотті та бородавчастого передраку червоної облямівки губ.

Самостійне заняття №48

Клініка та діагностика передракових факультативних станів.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань клініки та діагностики передракових факультативних станів.

Навчальні питання:

1. Етіологія передракових факультативних станів.
2. Лейкоплакія ерозивна і верукозна
3. Папіломи і папіломатоз піднебіння.
4. Шкірний ріг.
5. Кератоакантома.

Короткий зміст заняття.

Класифікація передракових факультативних станів щелепово-лицевої ділянки по А. А. Машкілейсону.

II. Факультативні передракові захворювання з великою потенційною злоякісністю:

1. Лейкоплакія ерозивна і верукозна.
2. Папілома і папіломатоз піднебіння.
3. Шкірний ріг (на межі червоної облямівки).
4. Кератоакантома.

III. Факультативні передракові захворювання з меншою потенційною злоякісністю:

1. Лейкоплакія плоска.
2. Хронічні виразки слизової оболонки рота.
3. Ерозивні і гіперкератичні форми червоного вовчака і червоного плоского лишая червоної облямівки губ.
4. Хронічні тріщини губ.
5. Пострентгенівський хейліт і стоматит.
6. Метеорологічний і актинічний хейліт.

Лейкоплакія ерозивна і верукозна.

Розрізняють дві клінічні різновидності верукозної лейкоплакії: бляшкову і бородавчасту. При бляшковій формі вогнище ураження має вигляд молочно-білих бляшок. Такі вогнища мають неправильну будову, пальпаторно не визначаються, поверхня нерівна.

Бородавчата форма верукозної лейкоплакії спостерігається на слизовій оболонці щік, особливо ближче до кута рота. В її патогенезі серед інших моментів значна роль належить дефектам зубного ряду.

Ерозивна форма лейкоплакії виникає як результат ускладнення верукозної форми лейкоплакії. При цій формі ерозії поодинокі або множинні, різної форми і величини, утворюються на фоні вогнища верукозної лейкоплакії. Одночасно можуть виникати тріщини. Ця форма лейкоплакії супроводжується суб'єктивними відчуттями, які посилюються при прийманні їжі. Нерідко ерозії виникають у вогнищі лейкоплакії, яке систематично піддається значному термічному або механічному подразненню. Це спостерігається на слизовій оболонці щік, на язиці і на червоній облямівці губ.

Папілома – це округле або овальне утворення, яке виступає над рівнем слизової оболонки. Поверхня папілом може бути гладкою, інколи зморщеною. Консистенція папілом різноманітна: папіломи бувають м'якими і щільними. Папіломи найчастіше локалізуються на бокових поверхнях язика, в ділянці кінчика язика. У деяких хворих скупчення папілом (папіломатоз) виникає в ділянці ромбовидної ямки язика.

Шкірний ріг буває у вигляді різко обмеженого вогнища, яке має діаметр від декількох міліметрів до 1 см. Від цієї основи відходить конусоподібної форми ріг, висота якого при розміщенні на червоній облямівці губ не перевищує 0,5 см. Утворення має брудно-сірий або коричнево-сірий колір, щільну консистенцію, щільно спаяне з своєю основою.

Кератоакантома. В залежності від перебігу захворювання розрізняють стадію росту, стадію розквіту або стабілізації і регресивну стадію.

Захворювання починається з утворення півкулястого вузлика сірувато-червоного кольору або кольору нормальної червоної облямівки. Вузелок щільний, в центральній його частині добре помітне невелике кратероподібне вдавлення. Такий елемент утворюється за 8-10 днів, потім його ріст значно прискорюється. На протязі місяця він досягає на червоній облямівці губ значних розмірів - до 2,5 см. Елемент в цій стадії являє собою безболісну щільноеластичну пухлину, яка виступає над тканинами на 0,5-1 см. Кератоакантома не спаяна з навколишніми тканинами, рухома. При здавлюванні вона може бути злегка болючою. Однією з основних властивостей кератоакантоми є її здатність до зникнення. Регресування кератоакантоми триває декілька тижнів. На місці елемента залишається атрофічний, інколи пігментований рубець, в інших випадках кератоакантома трансформується в рак.

Контрольні питання:

1. Класифікація факультативних передракових станів щелепно-лицевої ділянки.
2. Клініка та діагностика ерозивної і верукозної лейкоплакії.
3. Клініка та діагностика папілом і папіломатозу піднебіння.
4. Клініка та діагностика шкірного рогу.

5. Клініка та діагностика кератоакантоми.

Самостійне заняття № 49

Лікування передракових факультативних станів.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань методів лікування передракових факультативних станів.

Навчальні питання:

1. Лікування ерозивної і верукозної лейкоплакії.
2. Лікування папілом і папіломатозу піднебіння.
3. Лікування шкірного рогу.
4. Лікування кератоакантоми.

Короткий зміст заняття.

Методи лікування лейкоплакії можуть бути поділені наступним чином:

- 1 - медикаментозні (загальні і місцеві);
- 2 - хірургічні;
- 3 - фізичні;
- 4 - комбіновані.

Загальна медикаментозна терапія полягає в призначенні вітаміну А у великих дозах. Лікування вітаміном А попереджує трансформацію лейкоплакії в рак. Хороший ефект спостерігається від введення у вогнище ураження розчину рибофлавіну. Місцево застосовують аплікації з масляного концентрату вітаміну А, які слід проводити 3-4 рази в день на протязі тривалого часу. Аплікації вітаміну А можна комбінувати змазуванням вогнищ ураження 10% розчином бури в гліцерині.

Хірургічне лікування, особливо верукозної і ерозивної форм лейкоплакії є найкращим методом, особливо коли розміри вогнища дозволяють видалити його в межах здорових тканин.

Метод глибокої електрокоагуляції лейкоплакії можна застосовувати тільки після попередньої біопсії.

До фізичних методів лікування лейкоплакії відноситься кріотерапія, радіо- і рентгенотерапія.

При комбінованому методі лікування перевагу віддають одночасному призначенню місцево і всередину концентрату вітаміну А, вітамінів групи В.

Лікування папілом полягає в повному видаленні з обов'язковим захопленням оточуючої клінічно не зміненої слизової оболонки. Видалений матеріал потрібно пошарово дослідити гістологічно. Видаляють папіломи за допомогою глибокої електрокоагуляції. З метою профілактики рецидиву після такого видалення потрібно закрити дефект, зшиваючи краї утвореної рани.

При папіломатозі піднебіння добрий ефект спостерігається після тривалих (до 3-х місяців) щоденних аплікацій з ацетонідом триамсінолона.

Лікування шкірного рогу полягає в хірургічному видаленні в межах здорових тканин. Не застосовують метод електрокоагуляції, кріотерапії або рентгенотерапії, при цих методах лікування неможливо провести гістологічне дослідження, яке при цьому передраковому стані необхідне.

Лікування кератоакантоми хірургічне. Електрокоагуляція і вискоблювання гострою ложкою унеможливають гістологічне дослідження кератоакантоми. Хороший терапевтичний ефект спостерігається при місцевому застосуванні цитотоксичних засобів (демеколцина, тіоколцирона і метотрексата).

Контрольні питання:

1. Основні принципи лікування передракових факультативних станів.
2. Засоби, що застосовуються для консервативного лікування передракових факультативних станів.
3. Хірургічне лікування передракових факультативних станів.
4. Лікування ерозивної і верукозної лейкоплакії.
5. Лікування папілом і папіломатозу піднебіння, шкірного рогу, кератоакантоми.

Самостійне заняття № 50

Діагностика, диференційна діагностика та лікування раку шкіри обличчя.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань діагностики, диференційної діагностики та лікування раку шкіри обличчя.

Навчальні питання:

1. Діагностика раку шкіри обличчя.
2. Диференційна діагностика раку шкіри обличчя.
3. Лікування раку шкіри обличчя.

Короткий зміст заняття:

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 рак 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 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. Які ви знаєте методи діагностики раку шкіри обличчя?
2. З якими захворюваннями проводять диференційну діагностику раку шкіри обличчя?
3. Вибір методу лікування при ракові шкіри обличчя.
4. Покази до хірургічного лікування раку шкіри обличчя.

Самостійне заняття № 51

Лікування раку губи.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань лікування раку губи.

Навчальні питання:

1. Сучасні методи лікування раку губи.

Короткий зміст заняття:

Лікування раку губи часто проводиться неправильно. Так, 25% хворих із раковою пухлиною на губі у різних установах призначалось неправильне консервативне лікування, що призводило до швидкого поширення ракового процесу. Тому, вибираючи метод лікування, необхідно враховувати стадію захворювання (стан первинного вогнища і регіонарних лімфатичних вузлів), клінічний перебіг процесу, вік хворого, стать, наявність шкідливих звичок (паління, прикушування губи тощо). На сьогодні провідним та найефективнішим методом лікування раку нижньої губи є комбінований

метод. Він передбачає два етапи: перший етап спрямований на ліквідацію первинного вогнища на губі, другий - на боротьбу з регіонарними лімфатичними метастазами. Передусім слід усунути фактори, що сприяють виникненню раку нижньої губи.

У I стадії раку губи методами вибору терапії первинного вогнища можуть бути близькофокусна (або налівглибока) рентгенотерапія у сумарній дозі до 60-70 Гр або кріодеструкція пухлини.

У II стадії лікування первинного вогнища потрібно починати напівглибокою рентгенотерапією у сумарній дозі до 60-70 Гр. Як у I, так і в II стадії раку нижньої губи розпочинати лікування з хірургічного видалення пухлини губи недоцільно.

У тому разі, коли після проведеного променевого лікування існує залишок пухлини, показано хірургічне втручання - прямокутна резекція губи (з первинною пластикою дефекту) або кріодеструкція. У похилому віці у цих випадках слід використовувати переважно кріохірургічний метод лікування.

В обох початкових стадіях раку губи за наявності інтактних регіонарних вузлів профілактичне видалення їх не проводиться.

Лікування хворих у III і IV стадіях необхідно починати з проведення дистанційної гамма-терапії на первинне вогнище, а за наявності регіонарних метастазів - паралельно і на зони регіонарного метастазування

При місцево поширених формах раку губи призначають також внутрішньоартеріальну регіонарну хіміотерапію метотрексатом, препаратами платини, циклофосфаном шляхом катетеризації лицевих артерій. Цей метод лікування також можна поєднувати з променевою терапією.

Хірургічне втручання виконують через 3-4 тижні після закінчення променевого лікування або поєднаної дії на пухлину.

Операцію Ванаха, як неадекватну з погляду онкохірургії, зараз непроводять. У разі спаяних метастазів з внутрішньою яремною веною показано видалення шийної клітковини і лімфатичних вузлів за Крайлем.

Контрольні питання:

1. Вкажіть методи хірургічного лікування раку губи.
2. Особливості проведення променевої терапії при раку губи.
3. Хіміотерапія раку губи.

Самостійне заняття № 52

Клініка, діагностика та диференційна діагностика раку слизової оболонки порожнини рота.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань клініки та діагностики раку слизової оболонки порожнини рота.

Навчальні питання:

1. Загальні дані. Гістологічна будова остеом.
2. Основні клінічні симптоми раку слизової оболонки порожнини рота.
3. Стадії раку слизової оболонки порожнини рота.
4. Класифікація раку слизової оболонки порожнини рота за системою TNM.
5. Діагностика раку слизової оболонки порожнини рота.

Короткий зміст заняття:

Рак слизової порожнини рота. Статистика: США – 3% від всіх видів раку; Англія - 6-10% від всіх ракових уражень; Індія - 70%, в колишньому СРСР - від 4 до 12%.

Етіологічні фактори:

1. Зовнішній атмосферний вплив (зміни температури, вологості повітря, канцерогенна дія ультрафіолетових променів).
2. Куріння.
3. Механічна травма гострими краями зубів, неправильно виготовленою пломбою і протезами.
4. Закладання під язик подразнюючих речовин.
5. Атрофія слизової порожнини рота.
6. Опіки слизової оболонки порожнини рота алкоголем, гарячою їжею.

Розрізняють три макроскопічні форми раку порожнини рота:

- а) сосочкове розростання, твердий виступ, який вільно підвищується над поверхнею слизової оболонки і оточений лише незначним інфільтратом;
- б) ранева виразка - кратероподібної форми;
- в) раковий інфільтрат - тверде, нерівне, вузлове потовщення тканин, яке вкрите витонченою нерухомою слизовою оболонкою.

Гістологічна будова ракових уражень залежить від їх ділянки:

- 1 - рак передніх відділів порожнини рота - плоскоклітинний, з більш або менш вираженим ороговінням;
- 2 - в задніх відділах спостерігаються низькодиференційовані пухлини з так званих перехідних клітин, ретикулярних клітин і лімфоцитів.

Розрізняють 4 стадії раку слизової порожнини рота:

I стадія – сосочкове розростання, інфільтрат або виразка діаметром до 2 см на щоці, 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.

Окрім класифікації за стадіями, застосовується класифікація за системою TNM, запропонована Комітетом Міжнародного протиракового 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.

Клініка раку слизової порожнини 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;

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

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. Наведіть класифікацію раку слизової оболонки порожнини рота за системою TNM.
 6. Діагностика раку слизової оболонки порожнини рота.

Самостійне заняття № 53

Лікування раку слизової оболонки порожнини рота.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань лікування раку слизової оболонки порожнини рота.

Навчальні питання:

1. Хірургічний метод лікування раку слизової оболонки порожнини рота.
2. Променевий метод лікування.
3. Комбінований метод лікування.
4. Регіонарна внутрішньоартеріальна хіміотерапія.
5. Кріодеструкція пухлин.

Короткий зміст заняття:

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 дисанційною променевою терапією.

Не менш ефективно застосовують електрохірургічне видалення з застосуванням голок 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.

Контрольні питання:

1. Основні завдання при лікуванні раку слизової оболонки порожнини рота.
2. Опишіть етапи лікування раку слизової оболонки порожнини рота.
3. Суть променевої терапії при лікуванні раку слизової оболонки порожнини рота.
4. Які Ви знаєте методи хірургічного лікування раку слизової оболонки порожнини рота.
5. Комбінований метод лікування раку слизової оболонки порожнини рота..
6. Роведення регіонарної внутрішньоартеріальної хіміотерапії.
7. Суть методу кріодеструкції пухлин.

Самостійне заняття №54

Клініка, діагностика та лікування злоякісних пухлин верхньої щелепи.

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-спеціалістів з основними клінічними симптомами, діагностикою та лікуванням злоякісних пухлин верхньої щелепи.

Навчальні питання:

1. Етіологія та патогістологія раку верхньої щелепи.
2. Клініка раку верхньої щелепи.
3. Стадії раку верхньої щелепи.
4. Діагностика раку верхньої щелепи.
5. Диференційна діагностика раку верхньої щелепи.
6. Клініка саркоми верхньої щелепи.
7. Діагностика саркоми верхньої щелепи.
8. Диференційна діагностика саркоми верхньої щелепи.
9. Основні принципи лікування саркоми верхньої щелепи.
- 10.Методи хірургічного лікування саркоми верхньої щелепи.
- 11.Хіміо- та променева терапія саркоми верхньої щелепи.

Короткий зміст заняття.

Злоякісні новоутворення верхньої щелепи складають 2 - 4% усіх злоякісних пухлин людини.

Причинними факторами раку верхньої щелепи є хронічні запалення верхньощелепових пазух, пародонтоз (запально-дистрофічна форма), травма верхньої щелепи, багаторазові травми слизової оболонки рота протезами, каріозними зубами, виступаючими краями пломб, коронкою або зубним каменем; дискератози - лейкоплакії, гіперкератози; папіломи верхньощелепової пазухи, паління.

У 68,9 - 82,8% випадків рак верхньої щелепи буває плоскоклітинним роговіючим і нероговіючим. Дуже рідко в верхньощелеповій пазусі зустрічається цилідроклітинний рак, аденокарцинома, плоскоклітинний рак без роговіння.

На твердому піднебінні і альвеолярному відростку верхньої щелепи найбільш часто виявляється плоскоклітинний роговіючий рак покривного

епітелію, аденокарцинома, циліндроми, мукоепідермоїдні і малігнізовані змішані пухлини. Центральна карцинома зустрічається дуже рідко. Вона розвивається переважно з епітелію зубного сосочка, епітеліальних острівків Малясе, з епітелію кисти або одонтогенної і пухлини. Карцинома верхньощелепової пазухи розвивається з слизової оболонки, вистелена циліндричним епітелієм або багатошаровим плоским епітелієм.

Клініка раку верхньої щелепи характеризується багатьма, однак не завжди обов'язковими симптомами.

1. Розлади носового дихання відмічено у 21% хворих.
2. Біль – у 20,4% хворих.
3. Деформація обличчя – у 21% хворих.
4. Зміщення носа.
5. Гнійні, зловонні, з домішками кров виділення з носа (14,3%), які свідчать про розпад пухлини.
6. Носові кровотечі - у 5 - 35% хворих.
7. Зміщення, розхитаність та випадання зубів - у 6,9% хворих.
8. У 6,3% хворих відмічено розлади зору у зв'язку з вип'ячуванням очного яблужка вперед (екзофтальм) і обмеження його рухомості, пониженням гостроти зору.

Слід відмітити, що при раку верхньої щелепи не завжди виражені всі симптоми. Це пояснюється топографоанатомічними особливостями будови верхньої щелепи. Тому симптоматика раку верхньої щелепи залежить від ділянки його розташування.

При рентгенологічному дослідженні визначається різке затемнення верхньощелепової пазухи на стороні ураження. Якщо пухлина вийшла за межі пазухи, видно деструкцію тої чи іншої її стінки: в ділянці вилично-альвеолярного гребеня, підорбітального краю, медіальної стінки.

Розрізняють чотири стадії раку верхньої щелепи:

I стадія – пухлина обмежена границями верхньощелепової пазухи і не викликає деструкції її кісткових стінок, метастазів немає,

II стадія – пухлина переходить на кісткові стінки верхньощелепової пазухи, обумовлюючи вогнищеву деструкцію їх, але не виходить за її межі. Поодинокі метастази клінічно можуть не визначатись.

III стадія – пухлина виходить за межі кісткових стінок і проникає в порожнину носа, рота, в очницю, крилопіднебінну ямку, обумовлюючи деформацію або вогнищевий дефект твердого піднебіння, зміщення очного яблука або обмеження його рухів. Виявляються поодинокі метастази в лімфовузлах підщелепової ділянки або шиї.

IV стадія - пухлина за межами верхньощелепової пазухи, проростає і з'являється на шкірі обличчя, переходить на вилицеву кістку, другу половину верхньої щелепи, вростає в носову порожнину, орбіту або крилопіднебінну ямку. Виражені нерухомі метастази в лімфовузлах підщелепової ділянки або шиї.

Для своєчасного і правильного розпізнання злоякісних пухлин верхньої щелепи 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. Епулідом.
8. Остеомою.
9. Адамантиномою.
10. Фібромою.
11. Ненагноєною кистою.

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

Клініка.

Для саркоми верхньої щелепи характерні наступні симптоми: швидкий ріст; інтенсивне проростання в оточуючі тканини; пізніше утворенням виразок як при раку; ниючий біль; рухомість зубів; сукровичні виділення з носового ходу; утруднене носове дихання; швидка появою асиметрії обличчя (різке зміщення очного яблука до переду): 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 верхньої щелепи 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, Соловійова і ін. рахується, що у хворих з I, II стадіями добрі результати досягаються після комбінованого лікування.

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

Контрольні питання.

1. Етіологія раку верхньої щелепи.
2. Основні клінічні симптоми раку верхньої щелепи.
3. Гістоморфологічна характеристика раку верхньої щелепи у залежності від локалізації пухлинного процесу.
4. Стадії раку верхньої щелепи.
5. Опишіть клініку саркоми верхньої щелепи.
6. Назвіть основні методи діагностики саркоми верхньої щелепи.
7. Продиференціюйте саркому верхньої щелепи з раком верхньої щелепи.
8. Продиференціюйте саркому верхньої щелепи з епулідом.
9. Продиференціюйте саркому верхньої щелепи з поліпом носа.
10. Вкажіть лікування саркоми верхньої щелепи.

Самостійне заняття №55

Клініка, діагностика та лікування злоякісних пухлин нижньої щелепи.

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-спеціалістів з основними клінічними симптомами, діагностикою та лікуванням злоякісних пухлин нижньої щелепи.

Навчальні питання:

1. Етіологія, патогістологія раку нижньої щелепи.
2. Клініка раку нижньої щелепи.
3. Стадії раку нижньої щелепи.
4. Діагностика раку нижньої щелепи.
5. Диференційна діагностика раку нижньої щелепи.
6. Клініка саркоми нижньої щелепи.
7. Діагностика саркоми нижньої щелепи.
8. Диференційна діагностика саркоми нижньої щелепи.
9. Основні принципи лікування саркоми нижньої щелепи.

Короткий зміст заняття.

Рак нижньої щелепи зустрічається в 2 -3 рази рідше, ніж рак верхньої щелепи і складає 27% від загального числа від хворих з злоякісними новоутвореннями.

Причинами виникнення є механічні, хімічні і термічні фактори, тривалі подразнення слизової оболонки ясен, хронічні запальні процеси (пародонтоз, остеомієліт, нагноєні кісти, актиномікоз) можуть бути причиною розвитку раку.

Головним джерелом раку нижньої щелепи є епітелій ясен і щелепових кіст, епітеліальні залишки (клітини Малясе-Астахова) в періодонті. Інколи має місце метастазування ракового процесу в щелепу з нирок, щитовидної залози, шлунку, молочної залози, з регіонарного лімфовузла, який уражений раком.

Особливості перебігу раку нижньої щелепи залежать від місця, де почалась малігнізація і напрямку, в якому розвивається пухлина.

Якщо процес почався в товщі тіла щелепи - рано з'являється невралгічний біль, який ірадіює у вухо і скроню, відбувається помітне потовщення нижньої щелепи, парестезія нижньої губи.

При ураженні кута і гілки щелепи – з'являється тризм щелеп, вздуття кута та гілки нижньої щелепи.

Якщо раковим процесом уражується підборідковий відділ – ранніми признаками будуть горбистість і вздуття підборіддя, швидке інфільтрування підборідкових м'яких тканин.

Ракова пухлина на слизовій оболонці ясен нижньої щелепи може швидко викликати руйнування тканин щоки і розповсюджуватись на м'які тканини підщелепової ділянки і губи.

У випадках, коли пухлина виникає з слизової оболонки ясен, рано утворюється виразка з губовидними розростаннями, зуби швидко розхитуються, висовуються з лунок і випадають.

Діагностують рак нижньої губи гістологічним дослідженням тканин, яку беруть конхотомом, скальпелем або ножицями. Такий вид ексцизійної біопсії дозволяє брати тканини пухлини, на границі зі здоровими тканинами і визначати наявність росту, який характеризує злоякісність пухлини.

Диференційний діагноз проводять з:

1. Хронічним виразковим хейлітом.
2. Кератоакантомою.
3. Туберкульозом.
- 4 Папіломою.
5. Остеомієлітом.

Найбільш ефективним методом лікування раку нижньої щелепи є комбінований. Спочатку за допомогою короткофокусної рентгенотерапії лікують первинне вогнище, далі хірургічним шляхом видаляють регіональні лімфатичні вузли. Хірургічне лікування в даний час застосовують в тих випадках, коли променева терапія є неефективна.

При наявності метастазів в шийних лімфатичних вузлах виконують операцію Крайля, яка полягає у видаленні клітковини відповідної половини

шиї з зосередженими в ній лімфатичними вузлами, грудинно-ключично-сосковидним м'язом і внутрішньою яремною веною.

Саркоми складають до 9% загального числа новоутворень кісток. Відрізняють саркоми центральні і періостальні (периферичні). Центральні - ростуть з глибини кістки, а періостальні - з періосту, або поверхневих шарів кістки. О. І. Пачес (1971) поділяє саркоми нижньої щелепи на остеогенні (остеогенна саркома, злоякісна остеобластокластома, хондросаркома) і неостеогенні (фібросаркома, міксосаркома, саркома Юінга, гемангіоендотеліома, ретикулосаркома, солітарна міелома).

Клініка сарком нижньої щелепи характеризується більш швидким ростом, який призводить до зміщення язика, дна порожнини рота, гортані, глотки, асиметрії обличчя. Одночасно може проявитися симптом пергаментного хрусту, характерний для кіст, що свідчить про значне розширення кістково-мозкової речовини і збереження лише тонкого шару коркової речовини кістки.

При виникненні саркоми швидко розвиваються больові відчуття в зубах і яснах, але потім, в силу здавлення нервів, вони щезають і змінюються парестезією половини підборіддя і нижньої губи.

Лікування саркоми нижньої щелепи таке ж саме, як і раку нижньої щелепи - комбіноване. Перший етап лікування починається з санації порожнини рота. По закінченні променевої терапії, через 3-5 тижні проводять хірургічний етап лікування - резекцію або екзартикуляцію нижньої щелепи. При наявності показань одно-моментно виконують її остеопластику. Резекцію щелепи проводять електрохірургічним методом.

Контрольні питання.

1. Основні клінічні симптоми раку нижньої щелепи.
2. Гістоморфологічна характеристика раку нижньої щелепи у залежності від локалізації пухлинного процесу.
3. Стадії раку нижньої щелепи.
4. Опишіть клініку саркоми нижньої щелепи.
5. Назвіть основні методи діагностики саркоми нижньої щелепи.
6. Продиференціюйте саркому нижньої щелепи з раком нижньої щелепи.
7. Опишіть клініку саркоми нижньої щелепи.
8. Назвіть основні методи діагностики саркоми нижньої щелепи.
9. Вкажіть лікування саркоми нижньої щелепи.

Самостійне заняття № 56

Клінічна характеристика зламів нижньої щелепи.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань клініки зламів нижньої щелепи.

Навчальні питання:

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 злам 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 в'яснити, 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-лищевої ділянки можна 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 підтвержені рентгенівським обстеженням

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?

Самостійне заняття № 57

Методи фіксації зламів нижньої щелепи.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань тимчасових та постійних методів іммобілізації при травматичних зламах нижньої щелепи.

Навчальні питання:

1. Лікувальні завдання при травмі зубо-щелепової системи та щелепно-лищевої 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-лищевої ділянки є створення умов для зрощення відламків 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:

1. кругова бинтова тім'яно-підборідна пов'язка;
2. стандартна транспортна пов'язка (складається з жорсткої шини-праці Ентіна);
3. м'яка підборідна праща Помаранцевої-Урбанської;
4. 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 розпиркою, 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 надясенні 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:

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. Внутрішньокістно-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 надясенними 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 черепа, 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.

Самостійне заняття № 58

ПХО ран м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки. Види швів та шовного матеріалу.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань проведення ПХО ран обличчя, видів швів та шовного матеріалу.

Навчальні питання:

1. Головні принципи та методика проведення ПХО ран обличчя;
2. Види швів і шовного матеріалу.

Короткий зміст заняття :

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- шов, який 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- шов, який накладають на 8-14 добу після операції без попереднього висічення грануляції;

-вторинний пізній шов- шов, який 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, Myralen
Комплексні нитки: Кручені:	Кручені полікапроамідні, шовкові, ляні
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 Колагенові 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 Ляні
Штучного походження: Сплави металів: Полімерні синтетичні:	Металевий дріт (стальний, ніхромовий, платиновий) Поліпропілен, Моносорб Prolen, Dexon, Vicryl, Monocryl

Контрольні питання.

1. Охарактеризуйте головні принципи та методику проведення ПХО ран обличчя;
2. Вкажіть види швів і шовного матеріалу.

Самостійне заняття № 59

Злами виличних кісток та дуг. Клініка, діагностика та лікування.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань діагностики та лікування пухлин епітеліальної та м'язевої тканин.

Навчальні питання:

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.

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 «сходінки» 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 «сходінка» 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.

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.

Самостійне заняття № 60

Злами кісток носа. Клініка, діагностика та лікування.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань клініки, діагностики та лікування зламів кісток носа.

Навчальні питання:

1. Анатомо-фізіологічні особливості щелепово-лицевої ділянки.
2. Клінічна картина зламів кісток носа.
3. Діагностика зламів кісток носа.
4. Принципи надання допомоги.

Короткий зміст заняття.

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 западіння

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 консолидованих 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 кісток носа.
2. Які методи діагностики застосовують при зламах кісток носа?
3. Опишіть методики лікування зламів кісток носа.
4. Вкажіть особливості ведення післяопераційного періоду.

Самостійне заняття № 61

Зміст та основні етапи лікувально-евакуаційних заходів у військах.

Навчальна мета заняття: Ознайомити лікарів-спеціалістів зі змістом та основними етапами лікувально-евакуаційних заходів у військах

Навчальні питання

1. Суть системи лікувально-евакуаційних заходів
2. Етапи медичної евакуації
3. Принципи єдиної воєнно-медичній доктрини
4. Види медичної допомоги при проведенні лікувально-евакуаційних заходів

Короткий зміст заняття:

Сутність сучасної системи лікувально-евакуаційних заходів полягає у проведенні послідовних лікувальних заходів на різних етапах медичної евакуації в поєднанні з евакуацією поранених і хворих до спеціалізованих лікувальних установ за медичними показаннями (за призначенням) і відповідно до конкретних умов обстановки.

Медична допомога пораненим і хворим (крім першої та долікарської) та їх лікування здійснюється на медичних пунктах і в лікувальних установах, що розгортаються на шляхах евакуації і розташовані від фронту в тил у визначеній послідовності. Медичні пункти і лікувальні установи одержали узагальнюючу назву етапів медичної евакуації.

Під етапом медичної евакуації розуміють сили і засоби медичної служби, розгорнуті на шляхах евакуації та призначені для прийому, сортування поранених і хворих, надання їм медичної допомоги, лікування та підготовки до подальшої евакуації.

У сучасній системі лікувально-евакуаційних заходів особливе значення мають своєчасність надання медичної допомоги, послідовність лікувальних

заходів, тобто дотримання єдиних методів лікування поранених і хворих і нарощування лікувальних заходів на етапах медичної евакуації.

Послідовність у лікуванні поранених і хворих досягається насамперед єдиним розумінням патологічних процесів, що відбуваються в організмі при пошкодженнях та захворюваннях, єдиними методами їх профілактики і лікування. Обов'язковою умовою послідовності медичної допомоги і лікування є чітке ведення медичної документації. Без цього неможливо визначити, яка медична допомога вже надана на попередньому етапі евакуації та як її продовжувати.

Сучасні засоби зв'язку і транспорту при відносно невеликих розмірах території дозволяють у деяких випадках скоротити кількість етапів доставляючи пораненого чи ураженого безпосередньо до лікувального закладу, де йому надається кваліфікована і спеціалізована допомога. Така послідовність у лікуванні базується на дотриманні єдиних принципів надання допомоги і чіткому веденні медичної документації при різних формах ушкодження. Це досягається завдяки єдиній воєнно-медичній доктрині (ВМД), тобто сукупності науково обґрунтованих принципів і єдиних організаційних вимог військової медицини, спрямованих на зміцнення здоров'я, збереження і підвищення боєздатності, реабілітацію поранених і хворих з евакуацією їх за призначенням при оптимальному функціонуванні системи етапного лікування.

ВМД ґрунтується на таких принципах:

1. Єдине розуміння причин виникнення і розвитку хвороби (поранення).
2. Єдиний підхід до лікування ран від сучасних видів зброї, що базується на єдиному розумінні виду, обсягу допомоги і послідовності на етапах лікування, залучення суміжних спеціалістів для проведення одночасних операцій на різних анатомічних ділянках без шкоди для пораненого.
3. Організація лікувально-евакуаційної системи з максимальним скороченням етапів евакуації, прагненням до одномоментного надання повної допомоги за рахунок своєчасного забезпечення спеціалізованого лікування.
4. Єдина чітка медична документація, що забезпечує єдину систему і послідовність лікування.
5. Залучення сил і засобів медичної служби в залежності від конкретної обстановки, об'єктивізації оцінки тяжкості поранення і стану пораненого (хворого) на основі критеріїв прогнозу.

У процесі проведення лікувально-евакуаційних заходів у військах передбачається надання таких видів медичної допомоги:

1. Перша медична допомога.
2. Долікарська допомога.
3. Перша лікарська допомога.
4. Кваліфікована медична допомога.
5. Спеціалізована медична допомога.

Контрольні питання

1. Охарактеризуйте систему лікувально-евакуаційних заходів.
2. Назвіть етапи медичної евакуації.
3. Принципи єдиної воєнно-медичної доктрини
4. Перелічіть види медичної допомоги при проведенні лікувально-евакуаційних заходів

Самостійне заняття №62

Зміст та завдання військової стоматології. Принципи організації хірургічної стоматологічної допомоги в надзвичайних ситуаціях та при бойових діях.

Навчальна мета заняття: Ознайомити лікарів-спеціалістів з організацією хірургічної стоматологічної допомоги в надзвичайних ситуаціях та при бойових діях

Навчальні питання

1. Основні принципи організації хірургічної стоматологічної допомоги в надзвичайних ситуаціях та при бойових діях
2. Зміст та завдання військової стоматології.
3. Трирівнева система організації допомоги щелепно-лицевим пораненим у надзвичайних ситуаціях.
4. Обсяг хірургічної стоматологічної допомоги в умовах військової частини

Короткий зміст заняття:

Військова стоматологія - це розділ військової медицини, який вивчає правила організації та надання усіх видів стоматологічної допомоги особовому складові Збройних сил України в специфічних умовах життя і діяльності військ, а також пораненим і постраждалим в умовах надзвичайних ситуацій.

Підготовка лікарів-стоматологів здійснюється у стоматологічних вузах або на стоматологічних факультетах медичних інститутів. Слухачам Української військово-медичної академії в процесі навчання викладаються найважливіші питання цього розділу військової медицини з урахуванням специфіки їх подальшої роботи.

У загальній системі лікувальних і профілактичних заходів, які проводяться у Збройних силах, військовій стоматології належить важливе місце. Досить сказати, що 30-45 % усіх звертань за медичною допомогою в поліклініці припадає на стоматологічні лікувальні установи.

Профілактична спрямованість є характерною рисою військової медицини взагалі і військової стоматології зокрема. Лікар-стоматолог зобов'язаний не тільки надавати повсякденну амбулаторну і невідкладну стоматологічну допомогу військовослужбовцям, піклуватися про своєчасну госпіталізацію хворих стоматологічного профілю, але і приділяти увагу профілактичній плановій санації.

Обсяг медичної стоматологічної допомоги при бойових діях буде залежати від так званих санітарних втрат.

Структура санітарних втрат у сучасній війні передбачає:

а) при використанні звичайного виду зброї: рани - 92 %, опіки - 3 %, контузії - 5 %;

б) при ядерній зброї: опіки - 6,4 %, травми - 4,2 %, радіаційні ураження — 4,1 %, комбіновані ураження — 85,3 %.

Комбіновані ураження, а саме: опіки + травми - 56,3 %; опіки + РП15,6 %; травми | РР - 6,1 %; опіки + травми + РР - 17,3 %.

Поєднані ураження - 32,5 %: лице і шия - 17,3 %; верхні кінцівки - 8,6 %; нижні кінцівки - 4,6 %; груди - 3,3 %.

У 13,6 % поранених у щелепно-лицеву ділянку: рани очей і повік - 4,6 %, носа - 3,7 %, черепа (лоба) 13,4 %, вух - 1,9 % (за Кабаковим Б. Д.).

Трирівнева система організації допомоги щелепно-лицевим пораненим у надзвичайних ситуаціях.

1. Забезпечення долікарської та першої лікарської допомоги в осередку.

2. Забезпечення кваліфікованої та елементів спеціалізованої допомоги в медичних закладах (загонах), розгорнутих у зоні катастрофи.

3. Забезпечення повного обсягу допомоги до завершення лікування в спеціалізованих громадських і військових лікувальних установах, як правило, багатопрофільного характеру.

Для хірургічного прийому хворих повинен бути обладнаний окремий кабінет. За відсутності такої можливості виділяються спеціальні дні (або години на початку робочого дня) для виконання хірургічних втручань у стоматологічному кабінеті. Перед хірургічним прийомом підлога та стіни кабінету обробляються за правилами, що передбачені для операційних.

Крім стаціонарного обладнання стоматологічного кабінету, стоматолог повинен мати табельне оснащення для надання стоматологічної допомоги військовослужбовцям під час виходів військової частини на польові заняття й у воєнний час (комплект ЗЛ, бормашину комбіновану, освітлювач стоматологічний та похідне стоматологічне крісло).

Хірургічна стоматологічна допомога в умовах військової частини обмежується:

- операціями з видалення зубів і коренів;
- невеликими операціями на альвеолярних відростках: резекція верхівок коренів, цистектомія, гінгівектомія;
- лікуванням можливих ускладнень (альвеоліт, кровотечі);
- розкриттям внутрішньоротовими розрізами підокісних та підслизових абсцесів, розташованих в області альвеолярного відростка;
- висіченням "капюшона" при утрудненому прорізуванні зуба "мудрості"
- видаленням ретенційних кіст слизової оболонки губ.

У стоматологічному кабінеті з'єднання обсяг хірургічної допомоги дещо розширюється. При ушкодженні зубів, альвеолярних відростків допускається накладення назубних шин з метою іммобілізації уламків. При ушкодженні

м'яких тканин лица, які не потребують складних пластичних операцій, можуть бути накладені шви.

Контрольні питання

1. Вкажіть основні принципи організації хірургічної стоматологічної допомоги в надзвичайних ситуаціях та при бойових діях
2. Охарактеризуйте зміст та завдання військової стоматології.
3. Трирівнева система організації допомоги щелепно-лицевим пораненим у надзвичайних ситуаціях.
4. Назвіть обсяг хірургічної стоматологічної допомоги в умовах військової частини

Самостійне заняття №63

Опіки обличчя. Комбіновані радіаційні ураження ЩЛД. Організація харчування та догляду за пораненими у ЩЛД на етапах медичної евакуації.

Навчальна мета заняття: Ознайомити лікарів-спеціалістів з опіками обличчя, комбінованими радіаційними ураженнями ЩЛД організацією харчування та догляду за пораненими у ЩЛД на етапах медичної евакуації.

Навчальні питання

1. Класифікація опіків обличчя.
2. Клініка опіків обличчя різного ступеня ураження.
3. Комбіновані радіаційні ураження ЩЛД.
4. Синдром взаємного обтяження.
5. Променева хвороба.
6. Організація харчування та догляду за пораненими у ЩЛД на етапах медичної евакуації

Короткий зміст заняття:

Залежно від етіологічного моменту опіки поділяють на чотири групи:

1. Термічні - опіки полум'ям, розпеченими предметами, рідинами, парами.
2. Хімічні - опіки кислотами й іншими хімічними реактивами.
3. Електричні - опіки, викликані дією струму.
4. Променеві - опіки, викликані дією променевої енергії.

У мирний час переважають опіки внаслідок будь-яких технологічних катастроф, стихійних лих (лісові, степові пожежі), порушення техніки безпеки у побуті та на виробництві.

Під час бойових дій опіки щелепно-лицевої ділянки, за даними ВВВ, особливо часто зустрічались у льотчиків і танкістів. Зважаючи на те, що в сучасних умовах війни практично незахищеними залишаються тільки обличчя і кисті рук, слід чекати значного збільшення кількості опікових поранених із вказаною локалізацією ураження. Частка опіків обличчя та кистей рук може складати від 15-17 % до 27-32 % опіків усіх локалізацій.

Стан пораненого, прогноз результату його лікування залежать від двох основних показників опіків:

- 1) глибина опіку;

2) поширеність (площа) опіку.

За глибиною ураження опіки поділяються на 4 ступені :

1. Опік I ступеня - виражена гіперемія шкіри, незначний набряк, різкий біль на ураженій ділянці. Явища ураження ліквідуються за 8 діб, період одужання характеризується свербінням уражених ділянок шкіри, більш або менш вираженим злущуванням, остаточно гіперпігментацією, підвищеною чутливістю до термічних і тактильних подразників протягом 4—6 місяців.

2. Опік II ступеня - на фоні гіперемії виникають різного розміру пухирі за рахунок відшарування поверхневого шару епідермісу, які заповнені прозорою серозною рідиною. При порушенні цілості пухиря під ним виявляється ерозивна, різко болюча поверхня. Процес загоєння триває 8-12 діб, і за відсутності інфекції на шкірі не залишаються сліди, за винятком підвищеної чутливості до температурних і тактильних подразників та зрідка - гіперпігментація.

При приєднанні інфекції, бактеріального "забруднення" пухирців рідина в них мутніє, іноді перетворюється у гній. У результаті наслідком загоєння можуть бути плоскі гіпертрофічні рубці.

3. Опік III ступеня поділяється на:

— опік III-A ступеня, який характеризується загибеллю поверхневих і середніх прошарків шкіри, але при цьому зберігаються неушкоджені деривати епітелію: потові, сальні залози, волосяні фолікули. На цьому ступені опіку за своєчасно наданої допомоги можлива епітелізація ушкоджених ділянок шкіри за рахунок збережених глибоких острівців епітелію. У зв'язку з частим приєднанням інфекцій процес закінчується формуванням рубців різної форми і складу, аж до келоїдних. Можуть виникати деформації, які важко видалити, вивороти повік, крил носа, губ;

- опік III-B ступеня характеризується загибеллю всіх шарів шкіри. Відновлення втрачених шкірних покривів без пластичної операції неможливе. Остаточний результат без відповідних пластичних операцій завжди характеризується формуванням грубих рубців.

4. Опік IV ступеня. При опіках IV ступеня дія ушкоджувального фактора поширюється на глибокі тканини: клітковину, м'язи, хрящову тканину. Потерпілі потребують довготривалого, багатоетапного лікування. Однією з суттєвих особливостей опіків обличчя є те, що у зв'язку з анатомічною будовою органів обличчя внаслідок дії термічного або іншого ушкоджувального фактора на тканини обличчя виникають усі ступені ушкодження. Так, від дії відкритого полум'я можуть виникати опіки щік I—II ступеня, опіки губ II—III ступеня, а опіки кінчика й крил носа, вушної раковини - IV ступеня.

Комбіновані ураження, пов'язані з дією проникаючої радіації, на фоні механічної травми можуть зустрічатися під час аварій на підприємствах та НДІ, що мають ядерні установки, на криголамах та атомних кораблях, що мають ядерні реактори, на атомних електростанціях (ЧАЕС - 1986 р.). В умовах бойових дій, у сучасній обстановці у світі та зважаючи на заходи,

спрямовані на повну заборону випробувань та використання ядерної зброї, навряд чи слід очікувати ядерних уражень від вибуху бомби. Дія ядерної енергії складається з кількох уражуючих факторів, які можуть діяти одночасно або окремо. Так, під час вибуху ядерного обладнання уражуючими факторами будуть:

- ударна хвиля;
- проникаюча радіація (іонізуюче випромінювання);
- світлове випромінювання;
- радіоактивне зараження навколишнього середовища;
- електромагнітний імпульс.

Ударна хвиля викликає звичні ушкодження, характерні для механічної травми. Крім цього, можливі: баротравма з ушкодженням слухового апарату, травма головного мозку (струс, здавлення (1 кг/см² -смерть)) та ін.

Проникаюча радіація зумовлена розпадом радіоактивних елементів, появою гамма-випромінювання та швидких нейтронів. Радіоактивні елементи, поширюючись в усіх середовищах (повітря, вода, земля, рослини тощо), викликають радіоактивне забруднення місцевості, а потрапляючи з повітрям, водою продуктами харчування в організм людини, затримуються в легенях, шлунково-кишковому тракті, всмоктуються в кров. Проникаюча радіація негативно діє на організм навіть через неушкоджену шкіру та слизові оболонки.

За наявності механічних ушкоджень тканин в ураженого, що перебуває в районі ядерної аварії, виникає радіоактивне забруднення рани. При цьому сам він є загрозою для оточення як джерело вторинної радіації.

Крім радіоактивних забруднень ран щелепно-лищевої ділянки, під час безпосереднього контакту з радіоактивними речовинами відкритих неушкоджених поверхонь тіла можуть виникнути так звані променеві опіки за рахунок безпосередньої дії іонізуючого випромінювання.

Світлове випромінювання виникає тільки у разі вибуху, триває недовго і має вигляд ультрафіолетового, видимого та інфрачервоного випромінювання. Уражуюча дія світлового випромінювання залежить від потужності вибуху, виду вибуху (повітряний, наземний та ін.), відстані, на якій знаходиться постраждалий, і навіть від положення, в якому він був у момент світлового спалаху. Видима та інфрачервона частина спектру викликають опіки різної глибини та площі, які можуть виникати і під одягом. Для променевих опіків характерні чіткі межі між ураженими і неураженими тканинами.

Таким чином, комбіновані радіаційно-механічні, у тому числі вогнепальні, ураження щелепно-лищевої ділянки становлять собою різного виду механічні ушкодження, опіки даної локалізації у комбінації із забрудненням їх радіоактивними елементами, зовнішнім та внутрішнім опроміненням органів і систем ураженого.

Звичайно, патогенетичні механізми цих процесів не можуть існувати самотійно та ізольовано один від одного. Механічна (вогнепальна) травма викликає порушення метаболічних, імунних реакцій організму, ускладнює

перебіг променевої хвороби, яка виникає як реакція на опромінення. У свою чергу, радіоактивне випромінювання призводить до порушення кровотворення, що знижує пластичну і захисну функцію крові, погіршує її реологічні якості. Через це уповільнюються репаративні процеси, знижується рівень реактивності організму, розширюються можливості розвитку вторинної інфекції. При цьому часто відбувається формування гнійних джерел різної локалізації, у тому числі й активування хронічних джерел одонтогенної інфекції. Цей своєрідний варіант патологічного процесу дістав назву "Синдром взаємного обтяження" (СВО). Звичайно, існування цього синдрому можливе при будь-яких поєднаннях кількох патологічних процесів в організмі, але найяскравіше він проявляється саме в цій ситуації. Ступінь прояву СВО залежить від тяжкості радіаційного ураження (променевої хвороби), обсягу і характеру механічного ушкодження.

Зовнішнє і внутрішнє опромінення залежно від строку, виду ізотопу, інтенсивності опромінення викликає променеву хворобу гострого чи хронічного перебігу, сприяє розвитку злоякісних пухлин, імунодепресії.

У розвитку променевої хвороби виокремлюють чотири періоди:

I. Період первинних реакцій.

II. Період прихованих реакцій.

III. Період розпаду променевої хвороби.

IV. Період зворотного розвитку процесу, період одужування.

За тяжкістю променева хвороба поділяється на чотири ступені.

Вогнепальні та інші ушкодження м'яких тканин і кісток лицевого скелета викликають серйозні порушення вживання їжі, її розжовування, формування харчової грудки і ковтання. Навіть втамування спраги може стати для пораненого складним завданням. Залежно від локалізації, характеру та обсягу ушкоджень тканин обличчя, порушення вживання їжі можуть варіювати від труднощів у відкушуванні та пережовуванні їжі до повної неможливості харчування. Неможливість відкушування, пережовування їжі вимагає спеціального її приготування, тому на перших етапах медичної допомоги головним є втамування спраги. На етапі кваліфікованої допомоги (ОПМЗ, ПШБ) годування поранених обов'язкове.

Уведення в організм живильних речовин і забезпечення необхідної їх кількості можуть бути різними, залежно від обсягу та локалізації ушкодження. У більшості випадків це звичайне пероральне вживання їжі, але з використанням спеціальних методів чи пристосувань. За відсутності такої можливості, у випадках значних ушкоджень тканин порожнини рота, язика, кісткових структур живильні речовини вводять у шлунок, кишківник через зонд, уведений через нижній носовий хід. При неможливості достатнього подрібнення свіжих продуктів чи за їх відсутності мають бути приготовлені живильні суміші з харчових концентратів.

При неможливості забезпечення перорального чи зондового введення живильних речовин, останні вводяться парентерально: внутрішньовенно, підшкірним чи внутрішньокістковим шляхом. Визначаючи необхідну кількість живильних речовин, до складу яких входять білки як основний

пластичний елемент, вуглеводи і жири - енергетичні компоненти харчування, мінеральні солі, вітаміни, необхідно керуватися добовими потребами організму в них.

Контрольні питання

1. Наведіть класифікацію опіків обличчя.
2. Опишіть клінічні симптоми опіків обличчя різного ступеня ураження.
3. Характеристика комбінованих радіаційних уражень ЩЛД.
4. Синдром взаємного обтяження.
5. Дайте визначення та наведіть клінічні симптоми променевої хвороби.
6. Організація харчування та догляду за пораненими у ЩЛД на етапах медичної евакуації

Самостійне заняття № 64.

Особливості лікування при травматичних пошкодженнях тканин щелепово-лицевої ділянки.

Навчальна мета заняття: Ознайомити лікарів-спеціалістів з особливостями лікування при травматичних пошкодженнях тканин ЩЛД.

Навчальні питання:

1. Основні завдання лікувальних заходів при травматичних пошкодженнях тканин щелепово-лицевої ділянки.
2. Знайомство з принципами надання першої допомоги при шоку.
3. Принципи надання першої допомоги при кровотечі,
4. Принципи надання допомоги при асфіксії.
5. Місцеве лікування при травматичних пошкодженнях тканин щелепово-лицевої ділянки.

Короткий зміст заняття. Лікування пошкоджень тканин ЩЛД є загальним та місцевим. При ушкодженні щелепово-лицевої ділянки (злам щелепи та інших лицевих кісток, а також поранень м'яких тканин) потерпілі не відразу потрапляють в спеціалізований лікувальний заклад. Звичайно хворі отримують першу, часто невідкладну допомогу, що попереджує загрозу життю, асфіксію, кровотечу, шок.

При ураженнях щелепово-лицевої ділянки асфіксія може виникнути з западанням язика, попаданням в дихальні шляхи чужерідних тіл (кістка, зуб).

За механізмом виникнення Г. М. Іващенко виділяє такі види асфіксій та заходи боротьби з ними.

Вид асфіксії	Патогенез	Лікувальні заходи
Дислокаційна	Западання язика від зміщення відламків нижньої щелепи вниз і назад.	Прошивання і фіксація язика в правильному положенні, тимчасове закріплення відламків з допомогою

		стандартних транспортних пов'язок.
Обтураційна	Закриття верхнього відділу трубки згустком	Видалення згустку, чужерідного тіла через порожнину рота. Якщо видалити неможливо, то проводиться трахеотомія.
Стенотична	Здавлення трахеї гематомою, чужерідним тілом, набряком гортані.	Інтубація або трахеотомія
Клапанна	Закриття входу в гортань клаптом з м'якого піднебіння, задньої стінки глотки, язиком.	Підняття та підшивання звисаючого клаптя або його відсікання.
Аспіраційна	Аспірація в дихальні шляхи крові, блювотних мас.	Відсмоктування через резинову трубку введenu в трахею.

Найбільш часто спостерігається дислокаційна асфіксія, особливо при двохсторонніх зламах і при відриві підборідкової частини нижньої щелепи.

Кровотеча - розрізняють первинну кровотечу, яка настапує відразу після поранення та вторинну кровотечу, яка настапує через різні проміжки часу.

Первинні кровотечі з малих судин зупиняють давлячою пов'язкою, тампонадою марлею з накладанням давлячої пов'язки.

При кровотечі з великих судин, яку неможливо зупинити давлячою пов'язкою, проводять перев'язку судин.

Шок у травмованих у щелепово-лицеву ділянку спостерігається рідко. Клінічна картина шоку при травмі щелепово-лицевої ділянки мало чим відрізняються від поранень іншої ділянки.

Місцеве лікування.

1. Первинна хірургічна обробка рани (своєчасна, одномоментна, радикальна).
2. Надання першої допомоги при зламах шляхом тимчасової (транспортної) репозиції, фіксації та іммобілізації - міжщелепове лігатурне зв'язування, стандартна праца Д. А. Ентіна, марлева пов'язка Помаранцевої-

- Урбанської.
3. Постійна репозиція, фіксація та іммобілізація.
 4. Оптимізація тканинного загоєння (фізіотерапевтичне та медикаментозне лікування).

Контрольні питання:

1. Основні завдання лікувальних заходів при травматичних пошкодженнях тканин щелепово-лицевої ділянки.
2. Місцеве лікування при травматичних пошкодженнях тканин щелепово-лицевої ділянки.
3. ПХО рани: основні принципи.
4. Види асфіксії та методи їх усунення.
5. Боротьба з кровотечею при травматичних пошкодженнях тканин щелепово-лицевої ділянки.

Самостійне заняття № 65

Методика гінгівотомії при лікуванні пародонтитів.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань лікування пародонти ту шляхом гінгівотомії.

Навчальні питання:

1. Розвиток хірургічних методів лікування хворих пародонтитом.
2. Метод гінгівотомії при гінгівіті та пародонтиті

Короткий зміст заняття:

Більш складним хірургічним методом лікування пародонтиту є гінгівотомія, яка включає розсічення ясенної кишені в вертикальному або рідше, горизонтальному напрямках.

Вертикальну гінгівотомію вперше розробив і застосував Маршал в 1913 році.

Мюллер (1929) застосував гінгівотомію при глибоких кишенях, розсікаючи їх і з наступним вискоблюванням. На розріз накладав шви.

А. І. Скарзова (1941) при гінгівотомії розсікала ясенні кишені вертикальним розрізом від краю до дна кишені як з вестибулярної, так і з оральної поверхонь. Вона рахує, що ця операція близька до кюретажу по Юнгер-Заксу-Знаменсько-му, але має ту перевагу, що при ній полегшується доступ до об'єкту операції. Таким методом вона провела 30 операцій на фронтальних зубах верхньої і нижньої щелеп з позитивним результатом.

Застосувати цей метод рекомендує автор при пародонтиті I і II ступеня

І. О. Новік (1964) вказує, що гінгівотомію слід застосувати тільки в ділянці передніх зубів, але в останній час він використовував і на жувальних зубах. При операціях на верхній щелепі отримані кращі результати, як на нижній.

Н. І. Віннікова і С. А. Молчанова отримали задовільні результати при гінгівотомії, але вони рахують суттєвим недоліком цієї операції значне оголення коренів.

В. І. Кулаженко (1960) для попередження клиновидного втягіння при загоюванні проводив розріз в ділянці менш уражених тканин зуба.

А. І. Скарзова (1941) при прогресуючих формах паро-донтиту застосовувала горизонтальне розсічення ясен, відступивши від їх краю на 4-5 мм. Після такого розсічення знімався невеликий пласт кістки для того, щоб при розрізі викликати регенерацію тканин і зупинку дистрофічного процесу. Клінічно отримано хороші результати, рентгенологічно-стабілізація процесу.

І. Г. Лукомський (1955) і Бух-Чечек (1959) рахували показанням до гінгівотомії І і ІІ стадії захворювання.

Н. Г. Попов застосовував новий метод міжкореневої гінгівотомії. Він рахував, що порушувати цілісність краю ясен не доцільно і проводив розріз за ходом міжзубних перегородок кожного зуба, не доводячи їх до краю ясен на 2-3 мм.

Після операції шви не накладають. Епітелізація настає на 5-6 день після операції.

Виходячи з практичних задач, рахується, що показання до гінгівотомії є дуже обмеженими. Однак при поодиноких глибоких ясенних кишнях ця операція може бути застосована.

Відносно показів до методики гінгівотомії слід відмітити, що вона показана при І і ІІ ступені розвитку пародонтиту коло окремих зубів на верхній і нижній щелепах в стадії абсцедування.

Контрольні питання:

1. Вкажіть покази та протипокази до операції гінгівотомії.
2. Опишіть методику операції гінгівотомії.

Самостійне заняття № 66

Покази та протипокази до операції гінгівектомії з гінгівопластикою при пародонтитах.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань лікування пародонти ту шляхом гінгівектомії з гінгівопластикою.

Навчальні питання:

4. Розвиток методики гінгівектомії в історичному аспекті.
5. Методика операції часткової гінгівектомії.
6. Методика операції радикальної гінгівектомії.

Короткий зміст заняття:

Найбільше розповсюджені 2 методи гінгівектомії: за Губманом (1926) і радикальна гінгівектомія.

Операція Губмана виконується починаючи з висічення тільки стінок ясенних кишень після їх попереднього маркування за допомогою зонда. Розрізи проводяться з вестибулярної і оральної поверхонь. Лінія розрізу є

хвилеподібною, так як глибина кишень різна. Рана тампонується йодоформними тампонами.

Покази до гінгівектомії за Губманом даються різними авторами по різному. Так Васмунд рекомендує проводити операцію при глибині ясенних кишень не більше 3-4 мм не тільки в ділянці бокових зубів, але і в ділянці передніх, Агапов показами до гінгівектомії вважає I стадію пародонтиту.

Нельд (1958) рекомендує проводити цю операцію при глибині кишень до 5 мм, тільки при загальній атрофії кістки, без наявності кісткових кишень.

В. Е. Крекшина (1962) проводила часткову гінгівектомію, коли потребувалось оперативне втручання на великій ділянці: ця операція відрізняється від операції за Губманом тим, що розріз проводиться не хвилеподібний, а горизонтальний на відстані 2-2,5 мм від пришийкового краю ясен. На її думку це дає можливість ретельної обробки дна ясенної кишені. Цю методику можна застосовувати і на фронтальних зубах, що неможливо при глибокій гінгівектомії за Губманом.

При гінгівектомії за Губманом, перевагою цього метода є те, що автор бачить не тільки ясенні кишені, а має добрий доступ для обробки кісткових кишень.

О. Мюллер (1929) пропонував метод видалення ясен діатермічним шляхом, застосовуючи струм високої частоти. Перевагою цього методу він рахував швидкість виконання операції. Але він вказував і на недоліки операції: порушується життєдіяльність клітин, знижується опір тканин, не виключена можливість пошкодження кісткових тканин, що може привести до секвестрації.

Оригінальну методику ліквідації патологічних ясенних кишень запропонував Г. Н. Варава (1963, 1965) який з цією метою застосовував сконструйований ним біактивний електрод для діатермокоагуляції. На ефективність діатермокоагуляції вказували В. П. Клімова, А. А. Почтарьов, Е. П. Реу-сова (1960) і ін.

О. І. Євдокимов (1940) розуміє операцію гінгівектомії і як самостійний хірургічний метод, і як елемент операції Цешинського-Відман-Неймана. Вона може бути проведена скальпелем, електричним ножом.

Скарзова і Новік (1964) цілком справедливо рахували недоліком цієї операції те, що після неї настає оголення шийок зубів, що є значним косметичним дефектом.

На підставі даних літератури і наших багатьох спостережень, дає нам право стверджувати, що показанням до операції є перехід з I в II ступінь пародонтиту.

Методика часткової гінгівектомії полягає в наступному: під місцевим знечуженням 2% розчином новокаїну з адреналіном і антибіотиком спочатку видаляють підясенний зубний камінь з зубів. Після цього проводиться скальпелем розріз з щічної і піднебінної сторін паралельно ясенному краю, відступивши від нього на 2 мм. Гачком для зняття зубних відкладень або іншими інструментами видаляється відсічений край ясен. Залишену частину ясенної кишені вискоблюють вказаними інструментами. Післяопераційна рана в

більшості випадків покривається швидкотвердіючою лікувальною пов'язкою. При цьому методі особливо показано захищати рану, так як ранева поверхня утворюється на значній ділянці, кров'яний згусток руйнується і незахищена рана швидко інфікується. При виконанні цієї операції в операційне поле слід включати не 3-4 зуби, як це роблять інші автори, а 6-8 і всю зубну дугу.

Контрольні питання:

1. Покази та протипокази до операції часткової гінгівектомії.
2. Покази та протипокази до операції радикальної гінгівектомії.
3. Методики гінгівектомії з гінгівопластикою.
4. Методика гінгівектомії за Губманом

Самостійне заняття № 67

Хірургічні методи остеопластики при пародонтиті.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань хірургічних методів кісткової пластики при пародонтиті.

Навчальні питання:

1. Розвиток хірургічних методів кісткової пластики при пародонтиті.
2. Показання та протипоказання для кісткової пластики при пародонтиті.
3. Метод кісткової пластики при пародонтиті.

Короткий зміст заняття

1. В останній час все ширше вивчається питання регенерації кісткової тканини альвеолярного відростка при хірургічному лікуванні пародонтиту.

Ці дослідження направлені на досягнення кісткового краю альвеолярного відростка. Навіть незначне відновлення кісткової тканини пародонту дає можливість в ряді випадків попередити оголення коренів зубів і усунути їх рухомість, особливо в тих випадках, коли атрофія альвеолярного відростка сягає до половини кореня і більше.

О. І. Євдокимов в своїй дисертаційній роботі вказував, що "там, де збереглись поодинокі кісткові балочки, регенерація кісткової тканини при пародонтиті можлива".

Великий внесок в кістково-пластичну хірургію обличчя і щелеповолицевої хірургії внесли вітчизняні вчені (Лімберг, Мухін, Євдокимов, Александров, Іванов, Бернадський і багато інших).

Так Гедефос (1923) повідомив про пересадку аутотран-сплантатів для заміщення втраченої кістки альвеолярного відростка у 6 хворих пародонтитом з терміном спостереження 4 місяці.

Р. З. Рижкова (1936) у 62 хворих застосовувала кісткову аутопластику і отримала добрі результати.

Пізніше Рижкова (1939) застосувала в 30 випадках пародонтиту, де були глибокі кісткові кишені і встановила, що протягом 3-4 місяців наступила регенерація кісткової тканини.

Мельхер (1958) застосував у 9 хворих гетерокістку і спостерігав протягом 3-6 місяців - наступила регенерація кістки.

Значний вклад в методику хірургічних методів лікування пародонтитів внесла Бух-Чечек (1957, 1962). Вона вважає, що метод кісткової пластики є доцільним, так як при ньому відновлюється кісткова тканина пародонту.

Бух-Чечек брала кісткову тканину в ділянці видалених зубів та шляхом шліфування краю альвеолярного відростка.

Бареле (1958) повідомив, що ним проведена кісткова пластика на всій щелепі шляхом утворення 3 клаптів і отримав добрі результати.

2. Мікроаутостеопластика показана при пародонтиті II ступені. Протипоказаннями є діабетичні і інші важкі захворювання серцево-судинної системи і інших загальних захворюваннях органів і систем.

3. Наш метод кісткової пластики полягає в тому, що оперативне втручання проводиться при II - III ступені пародонтиту і в операційне поле включається вся зубна дуга і на окремих ділянках, де глибина кісткових кишень перевищує 5 мм і глибше.

В основу оперативного втручання примінена операція Цешинського-Відман-Неймана з деякими модифікаціями. А саме, при накладанні швів на рану застосовувались II-подібні шви на окістя, другий ряд швів накладається в міжзубних проміжках.

Це дає можливість утримувати клапоть на рівні екватора коронки.

Контрольні питання:

1. Вкажіть основні віхи розвитку хірургічних методів кісткової пластики при пародонтиті.
2. Вкажіть покази та протипокази для кісткової пластики при пародонтиті.
3. Опишіть методи кісткової пластики при пародонтиті.

Самостійне заняття № 68

Пластика переміщенням трикутних клаптів.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань техніки операції пластики зустрічними трикутними клаптями.

Навчальні питання:

1. Основні принципи пластики зустрічними трикутними клаптями.
2. Покази до проведення пластики зустрічними трикутними клаптями.
3. Методика пластики зустрічними трикутними клаптями за Лімбергом.

Короткий зміст заняття

В основі принципу пластики зустрічними трикутними клаптями лежить зустрічний обмін тканин. В цих умовах скорочення та розтяг тканин, обумовлений еластичністю, грають маловажливу роль при переміщенні.

Для поняття принципу пластики зустрічними трикутними клаптями необхідно провести аналіз простої симетричної схеми двох трикутних клаптів.

Для будови такої фігури проводять в зовнішньому напрямку і під рівними кутами 3 розрізи однієї довжини і два бокових, якщо з'єднати кінці бокових розрізів з кутами, то отримаємо фігуру ромба, малою діагоналлю якого являється середній розріз, а велика діагональ розміщена перпендикулярно малій.

А. А. Лімберг, використав закони математики, зробив розрахунки, на основі яких вивів таблицю коефіцієнтів здовження в залежності від величини кутів зустрічних трикутних клаптів.

Систематичні фігури зустрічних трикутних клаптів застосовують тоді, коли запаси шкіри по скатам рубцьового тяжа або складки можна по довжині рубця побудувати декілька симетричних фігур зустрічних трикутних клаптів.

Пластика несиметричними фігурами зустрічних трикутних клаптів показана в тих випадках, коли найбільш виступаючий тяж знаходиться на краю широкої складки і граничить з здоровою шкірою. Трикутний клапот з меншим кутом викроюється на здоровій шкірі.

В деяких випадках, при широких рубцевих складках на шиї або при видаленні рубцевих тяжів в приротовій ділянці, у кутів очей (епікантуси) застосовуються складні схеми з двох несиметричних пар зустрічних трикутних клаптів.

Для закриття круглого дефекту розподілення проводять як правильний шестикутник, розділений на три ромби. На краях дефекту викроюється 3 пари зустрічних трикутних клаптів під кутом $60^\circ \times 120^\circ$.

Таким чином, при складанні плану операції з приміненням зустрічних трикутних клаптів та виборі фігур трикутників, величин кутів і довжини розрізів необхідно виходити з розмірів рубця, податливості шкіри на сусідніх ділянках, головне, натяжінню по довжині рубця.

Контрольні питання.

1. Назвіть основні принципи пластики зустрічними трикутними клаптями.
2. Вкажіть покази до проведення операції пластики зустрічними трикутними клаптями.
3. Суть операції пластики зустрічними трикутними клаптями.

Самостійне заняття №69.

Основні принципи місцево-пластичних операцій на обличчі та шиї.

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-спеціалістів з основними принципами місцево-пластичних операцій на обличчі та шиї.

Навчальні питання:

1. Значення місцево-пластичних операцій в щелепово-лицевій ділянці.
2. Суть пластичної хірургії.
3. Основні принципи місцево-пластичних операцій на обличчі і шиї.
4. Покази та протипокази до проведення місцево-пластичних операцій на обличчі і шиї.

Короткий зміст заняття.

Принципові положення вироблені хірургами у відношенні до реконструктивних оперативних втручань на інших ділянках організму правомірні і по відношенню до порожнини рота, щелеп, тканин обличчя і шиї.

Основними принципами пластичних операцій є:

1. Біологічна сумісність живих тканин або індиферентність експластичних матеріалів.
2. Адекватність пересаджуваних тканин.
3. Достатня косметичність пересаджуючих тканин.
4. Симетричність органу, який відновлюється.
5. Стійке досягнення анатомічного, функціонального і косметичного результату відновних або реконструктивних операцій.

Специфічні принципи:

1. Операція повинна забезпечити відновлення або збереження прикусу, жування, мови, дихання, вільну рухомість голови.
2. Операція не повинна вести до затримки розвитку кісток обличчя і виникнення вторинних рубцевих змін.
3. Після операції не повинно рости волосся в порожнині рота, а під шкірою - утворюватись епідермальні кісти.

Існує міжнародна класифікація: видів пластичних операцій і пластичних матеріалів:

1. Аутопластика: Пересадження шкіри в порожнину рота, кісткової тканини, яку беруть з правого VI-VIII ребра або з вздохвинної кістки, м'язів — з високого м'язу на ніжці, рідше – з жувального м'язу, деколи жирову тканину сідниці з шкірою.

2. Алотрансплантація. Для неї використовують узяті у донора: шкіру, хрящ, кістку, зуби, нерви, сухожилля. Найчастіше доцільно використовувати хрящ - він безсудинний і краще інших матеріалів протистоїть антитілам, які виробляє

організм хворого. Алохрящ, крім того, зберігає здатність до регенерації.

Застосовується хрящ при:

1. Деформації носа;
 2. Вушної раковини;
 3. Альвеолярного відростку;
 4. При звичних вивихах суглоба і ін.
3. Ізотрансплантація: пересадка тканин (органів) від одного до іншого близнюків, який знаходиться в генетичній ідентичності донора і реципієнта.
4. Ксенотрансплантація пересадка тканин (органів) між особами різних видів: від тварин - людині, від собаки - кролику. Ксенопластику у щелепово лицевій ділянці майже не застосовують. Ксенопластику можна застосовувати при ураностафілопластиці з метою стимуляції остеогенезу, при артропластиці з приводу анкілозу.

5. Експлантація - це застосування чужерідних неорганічних тіл: метал, пластмаса, скло, парафін, слонова кістка, інші матеріали.

6. Алостатична трансплантація: це коли застосовується пересадка нежиттєздатного трансплантату (наприклад: заморожена або ліофілізована кістка) - це каркас, який розсмоктується, а на місці утворюється нова кістка реципієнта.

7. Аловітальна трансплантація: це коли проводиться пересадка органу, який приживляється і зберігає свою життєдіяльність (наприклад: пересадка серця, нирки, печінки і інших органів).

При плануванні відновних оперативних втручань необхідне наступне:

1. Провести аналіз дефекту обличчя, щелеп, шиї.
2. Вибір часу і методу місцевопластичних операцій.

Слід відзначити, що чим складніший дефект кісток обличчя, м'яких тканин обличчя і шиї, тим більш детально потрібно подумати і скласти план (поетапність) операції. При цьому слід планувати так, щоб кожний наступний етап був логічним продовженням попереднього.

Процес планування складається з виявлення і аналізу дефекту, визначення кількості втрачених тканин, вибору донорської ділянки (для аутопластики), способу перенесення трансплантату до місця пересадки.

Раніше вважалось, що пластичні операції застосовуються тільки після остаточного загоєння травматичного пошкодження м'яких тканин і кісток.

Тепер при первинній хірургічній обробці ран широко використовується пластика як м'яких тканин, так і кісток (остеосинтез). При цьому слід застосовувати протизапальну терапію (особливо застосування антибіотиків).

Усі місцево-пластичні операції можна поділити на ряд складових частин, які Лімберг назвав простим прийомом пластики. Вони, як він вказує, різнотипні і при застосуванні в різних співвідношеннях складають закінчену місцево-пластичну операцію.

Всі варіанти місцево-пластичних операцій можна об'єднати в декілька основних груп:

1. Закриття дефекту слизової рота за рахунок простого зближення країв рани.
2. Закриття дефекту за рахунок зближення країв рани, мобілізованих шляхом застосування додаткових послаблюючих (наприклад, при раку губи) розрізів.
3. Закриття дефекту клаптем (слизової або шкіри) на ніжці.
4. Закриття дефекту за рахунок взаємного переміщення (зустрічних) трикутних клаптів за методикою А. А. Лімберга.

Контрольні питання:

1. Покази до відновних і реконструктивних оперативних втручань.
2. Протипокази до відновних і реконструктивних операцій.
3. Основні принципи відновних і реконструктивних оперативних втручань.
4. Вимоги до відновних і реконструктивних операцій в щелепово-лицевій ділянці.
5. Специфічні принципи оперативних втручань при відновних операціях.
6. Міжнародна класифікація видів пластичних операцій і пластичних

матеріалів.

7. Планування відновних реконструктивних операцій?
8. З яких елементів складається план оперативних втручань?

Самостійне заняття № 70

Види пластики клаптів на ніжці

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань техніки операції пластики пластики клаптів на ніжці.

Навчальні питання:

1. Прості способи закриття дефекту шкірними клаптями.
2. Пластика дефектів шляхом переміщення трикутних клаптів.

Короткий зміст заняття

Для закриття невеликих дефектів можна з успіхом користуватися переміщенням ділянок шкіри, слизової оболонки, розміщених поблизу від дефекту. При цьому для закриття типових дефектів певної форми запропоновано ряд схем, розроблених як нашими вченими (Ю. К. Шимановський, О. О. Лімберг, О. Є Рауер і ін.) так і зарубіжними (Буров, Діфенбах, Брунс, Лангенбек і ін.). Закриття невеликих дефектів місцевими тканинами потребує складніших прийомів утворення клаптів.

Найпростіший спосіб закриття дефекту - стягування швами його країв. Щоб ослабити натяг тканин по краях рани і зробити їх рухомими, роблять у цих ділянках відшарування шкіри чи слизової разом з підшкірною клітковиною.

В окремих випадках для усунення натягу роблять послаблюючі розрізи паралельно краям дефекту, на відстані 2-3 см від них у місцях найпомітнішого напруження шкіри.

Для закриття дефектів шкіри, що мають обриси найпростіших геометричних фігур - трикутника, чотирикутника, ромба, еліпса, тощо – широко застосовується схема утворення клаптів за Ю. К. Шимановським. Подальшим удосконаленням пластики дефектів шляхом переміщення клаптів по площині був метод зустрічного обміну трикутних клаптів. Цей метод широко застосовується при усуненні різних рубцьових деформацій і виявився особливо ефективним у віновідній хірургії лица та порожнини рота.

Відповідними розрізами утворюється 2 трикутні клапті. При правильному визначенні трикутних клаптів вдається, переміщаючи один клапоть на місце другого, одержати необхідний перерозподіл площі перекриття 0 ділянці дефекту. Разом з тим вдається змінити й взаємовідношення тканин і органів, наприклад, опущення чи підняття кута рота, зміни положення відтягнутої повіки, крила носа, тощо.

Найбільш доцільними виявились розрізи, що відповідають напису латинської букви Z або N.

Теоретичне розроблення методики пластики трикутними клаптями належить О. О. Лімбергу.

О.О. Лімберг показав, що "всяка пересадка клаптя на ніжці включає в себе не тільки переміщення: самого клаптя, але й переміщення країв рани, утвореної після вилучення клаптя".

Як приклад використання вказаних розрахунків на практиці можна навести випадки використання вуздечки губи чи вуздечки язика на ґрунті рубців. Серединний розріз при цьому роблять по гребеню складки, а бокові - під кутом 45°.

1. Які способи закриття невеликих дефектів місцевими тканинами ви знаєте?
2. Опишіть схему утворення клаптів за Шимоновським.
3. Методика закриття рубцевої складки вуздечки губи.

Самостійне заняття 71

Класифікація дефектів та деформацій щелепно-лицевої ділянки за етіологією, патогенезом, локалізацією, характером порушення функції.

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з класифікацією дефектів та деформацій щелепно-лицевої ділянки за етіологією, патогенезом, локалізацією, характером порушення функції.

Навчальні питання:

1. Класифікація дефектів та деформацій щелепно-лицевої ділянки за етіологією.
2. Патогенетична класифікація дефектів та деформацій щелепно-лицевої ділянки.
3. Класифікація дефектів та деформацій щелепно-лицевої ділянки за локалізацією.
4. Класифікація дефектів та деформацій щелепно-лицевої ділянки за характером порушення функції.

Короткий зміст заняття.

Всі дефекти, в тому числі щелепово-лицевої ділянки, можуть бути вродженого чи набутого походження.

По етіопатогенезу дефекти обличчя та шиї поділяються на:

8. Травматичні (побутові, виробничі, спортивні і ін.)
9. Одонтогенна інфекція (специфічна та неспецифічна).
10. Неодонтогенна інфекція (специфічна та неспецифічна).
11. Асептичне запалення (помилкові інфекції, алергія).
12. Вроджені дефекти та деформації.
13. Набуті дефекти та деформації.
14. Старечі деформації шкіри лица, губ, носа, щоки, повік, шиї.

За локалізацією:

7. М'які тканини обличчя.
8. М'які тканини та кістки обличчя (щелепові, виличні, носові, лобна).
9. М'які тканини ротової порожнини і щелеп.
10. М'які тканини обличчя, ротової порожнини.
11. М'які тканини обличчя і хрящі носа.
12. М'які тканини обличчя, хрящі носа та слизова оболонка ротової

порожнини.

За характером порушення функції:

1. Порушення вигляду обличчя та міміки.
2. Неможливість або утруднене розжовування їжі та формування харчової грудки.
3. Утруднення або неможливість мови.
4. Утруднення або неможливість дихання, різке хропіння у сні.
5. Порушення всіх вищенаведених функцій.

Вроджені дефекти та деформації щелепово-лицевої ділянки поділяються на наступні класи:

а) незрощення губ (одно- та двохстороннє, часткове або повне, комбіноване з іншими дефектами обличчя та щелеп);

б) колобоми обличчя або незрощення частин обличчя (кут рота, щоки, повіки);

в) незрощення піднебіння;

г) мікро- та макростомія;

д) мікроотія, анотія;

є) незрощення частин носа;

ж) деформація носа.

Набуті дефекти щелепово – лицевої ділянки мають різноманітну локалізацію, поширеність та глибину, починаючи від невеликих дефектів поверхневого шару шкіри і закінчуючи повною відсутністю всіх кісток обличчя та прилягаючих до них м'яких тканин, повік, очних яблук та вушних раковин.

Контрольні питання:

1. Систематизація дефектів та деформацій щелепово-лицевої ділянки.
2. Вроджені дефекти, що зустрічаються в щелепово-лицевій ділянці.
3. Набуті дефекти щелепово-лицевої ділянки.

Самостійне заняття № 72

Неврогенні захворювання щелепно-лицевої ділянки.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань клініки, діагностики та лікування неврогенних захворювань ЩЛД.

Навчальні питання:

5. Класифікація невралгій трійчастого нерва;
6. Клінічні особливості невралгії трійчастого нерва центрального генеза;
7. Лікування невралгії трійчастого нерва центрального генеза;
8. Клінічні особливості невралгії трійчастого нерва периферичного генеза;
9. Лікування невралгії трійчастого нерва периферичного генеза;
10. Одонтогенні невралгії трійчастого нерва;

11. Невралгії окремих нервів основних гілок трійчастого нерва клінічні особливості проявів та методи лікування.

12. Неврит лицевого нерва, клінічні особливості проявів та методи лікування.

Короткий зміст заняття:

Під системою трійчастого нерва варто розуміти його рецепторний апарат, провідникові шляхи, ядра, коркові відділи, а також всі структурні утворення нервової системи, з якими нерв зв'язаний як у процесі функціонування, у нормі, так і при різних патологічних станах.

Найбільш розповсюдженим видом патології системи трійчастого нерва є невралгія трійчастого нерва.

Невралгія трійчастого нерва - це симптомокомплекс, що проявляється нападами болів, які локалізуються в зоні іннервації однієї або декількох гілок трійчастого нерва.

Поділяють невралгію на дві форми:

1. первинну (есенціальну, ідіопатичну, типову);
2. вторинну (симптоматичну).

До першої відносять невралгію трійчастого нерва, яка розвивається поза залежністю від якого-небудь виниклого раніше хворобливого процесу, до другого - симптомокомплекси, які є ускладненням первинного захворювання.

Також запропонований розподіл невралгії трійчастого нерва на дві основні групи:

1. невралгія трійчастого нерва переважно центрального генезу, тобто з перевагою центрального компонента;
2. невралгія трійчастого нерва переважно периферичного генезу, тобто з перевагою периферичного компонента.

Вивчення клінічних проявів різних форм невралгії показало, що вони відрізняються рядом особливостей.

Невралгія трійчастого нерва центрального генезу частіше зустрічається в жінок (співвідношення 3:2). Починається захворювання звичайно у віці між 40 і 60 роками, що дозволяє припускати вплив судинного, а також ендокринно-обмінних факторів на механізми розвитку невралгії.

Захворювання проявляється нападами короточасних болів, які локалізуються в зоні іннервації однієї або декількох галузей трійчастого нерва. Часто вона поширюється вертикально по обличчю, на обидві щоки, по нижній щелепі або має форму кола. Болючі пароксизми при цій формі тривають від декількох секунд до декількох хвилин. Припиняються вони раптово, різко обриваючись, і між приступами болів не буває. Напад болі нерідко супроводжується вегетативними проявами у вигляді гіперемії лица, слезотечі, підвищеного слиновиділення й т.д. Виникають рефлекторні скорочення мимічної й жувальної мускулатури. Під час нападу хворий застигає в страждальницькій позі, боїться порухатись. На шкірі лица, слизових оболонок і навіть зубів, в основному навколо рота й області ясен, часто є невеликі ділянки, механічне або температурне подразнення яких провокує виникнення болючого пароксизму. Ці ділянки одержали назву тригерних, або куркових зон. Це один з характерних ознак невралгії

трійчатого нерва. Тригерами, тобто факторами, що викликають болючі пароксизми, можуть бути рухи щелеп, ковтання, жування, розмова, вмивання, чищення зубів, дотик до шкіри лица, подув вітру, емоційне напруга, сміх. Тригери можуть бути поодинокими і множинними. У хворих може бути декілька тригерних зон. Вони локалізуються навколо рота і в області ясен, але можуть бути на шкірі лица та у порожнині рота: на слизовій щоки, альвеолярному відростку, зубах. Чим більше куркових зон, тим важче протікає захворювання. Поява тригерних зон свідчить про загострення захворювання і, навпаки, їхнє зникнення - це показник настання ремісії.

Наявність тригерних зон впливає на психіку хворого. У хворих формується фобічний синдром на прийом їжі, розмови, гігієнічні процедури. Хворі відмовляються від їжі, розмови (тригемінальна мовчазна невралгія), від вмивання й чищення зубів (у найкращому разі вони чистять зуби не щіткою, а пальцем).

Звичайно болючі пароксизми зустрічаються зранку і вдень, рідко - вночі.

Як правило, біль виникає у зоні II і III гілок трійчастого нерва або в ділянці обох гілок, невралгія I гілки зустрічається вкрай рідко. Біль має гострий характер, частіше він пекучий, стріляючий, рвучий, ріжучий, колючий.

Ремісії виникають у результаті лікування й рідше спонтанно. Їх тривалість коливається від декількох місяців до декількох років. Швидко настає ремісія після алкоголізації периферичних галузей трійчастого нерва, а також будь-яких хірургічних втручань на лиці, однак з кожною наступною алкоголізацією тривалість ремісії скорочується, а терапевтична ефективність алкоголізації зменшується. У результаті алкоголізації в нерві розвиваються деструктивні зміни. Це приводить до того, що до невралгії приєднуються явища ятрогенного неврита трійчастого нерва. У зв'язку із цим міняється й клінічна картина захворювання. Симптомокомплекс захворювання складається із проявів невралгії й неврита трійчастого нерва.

При значній тривалості захворювання (звичайно більше 2 років) відзначаються трофічні порушення, особливо у хворих, що багаторазово піддавалися лікуванню деструктивними методами. Вони проявляються в зонах уражених гілок сухістю, шолушінням шкіри лица, раннім посивінням і випаданням волосся на передній волосистій частині голови, атрофією лицьової мускулатури.

Лікування. Хворим однобічною й двосторонньою невралгією при невеликій тривалості захворювання призначають у першу чергу препарат з групи антиконвульсантів карбамазепин (фінлепсин, стазепин, тегретол) в індивідуально підібраних дозах.

Для посилення дії антиконвульсанта призначають антигістамінні препарати - в\м 2 мл 2,5% розчину діпразина (піпольфена) або 1 мл 1% розчину дімедролу на ніч.

Особам літнього віку, у яких є явища хронічної недостатності мозкового кровообігу (навіть у стадії компенсації), необхідно призначати спазмолітичні та судинорозширювальні засоби (еуфіллін, діафіллін, сінтофіллін).

У гострому періоді захворювання призначають опромінення лампою солюкс, УФО, Увч-терапію, електрофорез новокаїну, димедролу, платифіліна на уражену половину лица. Знеболюючу дію роблять діадинамічні струми. Електроди встановлюють на місця виходу галузей трійчастого нерва або на болючі точки. Сила струму 1-3 мА, тривалість впливу 1-2 хв на поле. Курс лікування складається з 2-3 циклів по 8 процедур у кожному циклі з інтервалом між ними в 5-6 днів. При різко виражених болях рекомендують діадинамо-електрофорез.

При загостренні невралгії застосовують ультразвук або фонофорез анальгіну на область уражених гілок трійчастого нерва в імпульсному режимі лабільною.

В період затихання загострення хворим може бути рекомендований дуже легкий масаж лица, спочатку тільки шкіри й м'язів, а через 4-5 днів - і по ходу гілок трійчастого нерва (15-20 процедур). При необхідності через 1,5-2 місяця масаж повторюють.

Хворим невралгією показаний курс лікування екстрактом алое по 1 мл в\м щодня, на курс 30 ін'єкцій, або склоподібного тіла - по 2 мл під шкіру щодня, на курс 15 ін'єкцій.

Лікування хворих двосторонньою невралгією трійчастого нерва варто проводити в умовах стаціонару протягом місяця. Надалі хворі повинні перебувати під спостереженням невропатолога. Профілактичне лікування хворих з легким і середнім ступенем важкості захворювання необхідно проводити 1 раз у рік, важкої - 2 рази в рік. У всіх випадках перед призначенням курсу лікування необхідне обстеження в стоматолога.

Невралгії трійчастого нерва переважно периферичного генезу можуть виникати внаслідок впливу патологічного процесу на різні ділянки периферичного відділу трійчастого нерва. Це можуть бути пухлини, що локалізуються в задній або середній черепній ямці, базальні менінгіти, захворювання придаткових пазух носа, зубо-щелепової системи, порушення прикусу й ін.

На відміну від невралгії з переважно центральним компонентом патогенезу при цих формах невралгії клінічна картина захворювання має ряд особливостей:

- Спочатку болі виникають у місці локалізації первинного патологічного процесу (пухлини, вогнища запалення, травми й т.п.);
- Нападам тригемінальної невралгії часто передують тривалі й тяжкі болючі відчуття в зоні іннервації відповідної галузі трійчастого нерва;
- Болючий синдром, приступоподібно підсилюючись, триває довго (годинами та добами), слабшаючи поступово;
- Болючі прояви можуть бути обмежені зоною розгалуження окремих нервів у межах основних гілок трійчастого нерва, зубних сплетень або їхніх гілок і т.п.;

- Новокаїнові й спиртово-новокаїнові блокади приводять до короткочасного поліпшення, даючи терапевтичний ефект лише на період дії новокаїну, надалі, як правило, настає посилення болючого синдрому;
- Помітний терапевтичний ефект дає прийом анальгетиків. Препарати групи карбамазепина звичайно або викликають дуже незначне зменшення болю, або виявляються зовсім неефективними;
- Клінічна картина невралгії може мінятися залежно від стану основного патологічного процесу;
- Усунення причини трігемінального синдрому часто не приводить до ліквідації невралгії.

Це обумовлено тим, що який би не була по своєму походженню серед невралгій трійчастого нерва з перевагою периферичного компонента патогенезу основними формами є: одонтогенні невралгії трійчастого нерва; дентальна плексалгія; постгерпетична невралгія; невралгія при ураженні напівмісяцевого вузла; невралгія окремих нервів основних гілок трійчастого нерва.

Основними етіологічними факторами, що приводять до розвитку одонтогенних невралгій, являються патологічні процеси зубо-щелепної системи та неефективні або неправильні методи їхнього лікування (травматичні (складні) видалення зубів, у тому числі наявність кісткових фрагментів і коренів у лунці; пульпіти й періодонтити; явища гальванізму при використанні різних металів для пломб і протезів; погано виготовлені протези, що травмують слизову оболонку рота або порушують висоту прикусу; гінгівіт і інші захворювання пародонта; остеомієліт щелепових кісток і інші захворювання).

Невралгія носовійчастого нерва (синдром Чарліна) характеризується нападами болю в ділянці очного яблука, надбрів'я й відповідної половини носа. Болі виникають уночі та супроводжуються сльозотечею, набряканням слизової оболонки порожнини носа на ураженій стороні, виділенням рідкого секрету з носа. Можуть бути зміни в передньому відділі ока у вигляді кератокон'юнктивіта та болю при пальпації внутрішнього кута ока.

Оснóву симптомокомплексу невралгії вушно-скроневого нерва становлять болі в області скроні, всередині вуха, передньої стінки зовнішнього слухового проходу, а особливо в області СНЩС. Біль звичайно пекучого, ниючого, іноді пульсуючого характеру. Нерідко вони ірадіюють в нижню щелепу. Напад супроводжується або проявляється гіперемією шкіри в білявушно-скроневої ділянці і гіпергідрозом у вигляді великих крапель поту в ділянці іннервації вушно-скроневого нерва. Відзначається також посилення слиновиділення. Невралгія язикового нерва спостерігається в осіб будь-якого віку. У його виникненні мають значення інфекції, інтоксикація, травма, судинні фактори й ін. На тлі хронічної інфекції (ангіна, тонзиліт, грип і т.п.) або ж інтоксикації, тривалого подразнення мови протезом, гострим краєм зуба й т.п., частіше в осіб літнього віку з явищами хронічної недостатності мозкового кровообігу, виникають напади пекучих болю в області передніх двох третин половини язика. Вони можуть з'являтися спонтанно або

провокуватися прийомом їжі, особливо грубої, гострої, а також розмовою, сміхом, тобто діями, пов'язаними з рухами язика. Нерідко болі супроводжуються розладами чутливості на відповідній половині язика (звичайно типу гіперестезії). При значній тривалості захворювання можливий розвиток симптомів випадання на відповідній половині язика, що приводить до втрати не тільки болючої, але й смакової чутливості. Тривалість і частота болючих пароксизмів можуть бути різними.

Неврит лицевого нерву.

Етіологія - без порушень цілосності нерва – запальні процеси, пухлини, псевдотуберкульоз

- з травматичними порушеннями – при оперативних втручаннях, травми і т.д.

У практичній роботі лікарю-стоматологу приходиться зустрічатися з периферичним типом неврита лицевого нерву - це, в основному, рухомі розлади у виді пареза та паралічу м'язів м'язулатури лица.

Парез (грец. ослаблення)- зменшення сили і (або) амплітуди рухів, зумовлене порушенням інервації відповідних м'язів.

Параліч (грец. розслаблення)- розлади рухомих функцій у вигляді повної відсутності рухів відповідних м'язів.

Клінічна картина - характерний вигляд хворого – половина лица нерухома, лоб не збирається в складку, око не закривається, носо-губна складка згладжена, зникають натуральні складки лица, кут рота опущений. При оскалі зубів рот перетягається у здорову сторону. Хворий не може нахмурити брови, зімкнути очі, надуті щоки. За рахунок зниження тону м'язів їжа не очищується між щокою і яснами з ураженої сторони. Слина та рідина виливається через кути рота. Щока легко прикушується, мова погіршується.

Зустрічається характерні симптоми:

-*симптом Белла* – при спробі закрити око верхня повіка на ураженій стороні опускається недостатньо, щоб закрити очну щілину і видно, що одночасно очне яблуко відходить вгору і назовні.

-*симптом Цестана* – хворому пропонують дивитись вперед і пробувати закрити око, при цьому верхня повіка на стороні ураження піднімається (за рахунок скорочення піднімача верхнього повіка);

-*симптом Говерса* – при виверненні нижньої губи м'язи лица на стороні ураження не скорочуються;

-*симптом Равільо* – неможливо закрити око на стороні ураження;

-*симптом Вартенберга* – при пасивному піднятті верхньої повіки і одночасному опорі хворого (зжмурюванні) - відсутнє нормальна вібрація в круговому м'язі ока (у здорових людей можна відчутти цю вібрацію пальпуючим пальцем).

Лікування:

1- усунення причини основного захворювання

2- дії направлені на регенерацію пошкоджених нервових волокон:

- *декомпресія* – при здавлюванні нерва в лицевому (фаллопіївому) каналі,

- *невроліз* – при рубцях, які утворилися після вогнепальних пошкоджень, при операціях на лиці та привушній слинній залозі,

- пришивання пошкодженого нерва і пластика вільним автотрансплантатом або

консервованим алотрансплантатом,

- ушивання пошкодженого лицевого нерва з іншими нервами – діафрагмальним, підязиковим, додатковим.

Медикаментозне лікування: 40% р-н глюкози - по 20-40 мл в/в щоденно на протязі 10 днів, прозерин (галантамін), АТФ 1% р-н в/м, церебролізин, віт. В12, - дібазол - по 0,025 г 1 раз на добу (25 днів), плазмол, копламін (теонікол) - по 0,15 г два рази в день (30 днів).

Фізіотерапевтичні процедури: електростимуляція уражених нервів, масаж м'язової мускулатури, парафіно пілоїдолікування.

Хірургічне лікування (при незворотній формі паралічу): статичне та кінетичне підвищення опущених тканин, міопластика, кантопластика (пластичні операції для звуження очної щілини).

Контрольні питання:

4. Класифікація невралгій трійчастого нерва;
5. Клінічні особливості невралгії трійчастого нерва центрального генеза;
6. Основні принципи лікування невралгії трійчастого нерва центрального генеза;
7. Клінічні особливості невралгії трійчастого нерва периферичного генеза;
8. Основні принципи лікування невралгії трійчастого нерва периферичного генеза;
9. Одонтогенні невралгії трійчастого нерва;
10. Клінічні прояви невралгій окремих гілок трійчастого нерва;
11. Клінічні особливості проявів невриту лицевого нерва та методи лікування.

Самостійне заняття № 73.

Класифікація, клініка та лікування вроджених незрощень верхньої губи

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань класифікації, клініки та лікування вроджених незрощень верхньої губи

Навчальні питання:

1. Класифікації, вроджених незрощень верхньої губи.
2. Клініка вроджених незрощень верхньої губи.
3. Лікування вроджених незрощень верхньої губи.

Короткий зміст заняття.

У трансверзальній площині незрощення верхньої губи поділяють на бокові - односторонні (82%), двохсторонні (17%) і серединні - поділяють губу на дві симетричні частини (1%).

У вертикальній площині їх поділяють на часткові та повні.

По глибині незрощення тканин розрізняють явні - незрощення усіх шарів губи, скриті незрощення лише м'язового шару губи; поєднані -

незрощення губи, які поширюються на ясна, піднебіння, щоку, повіки і надбрівні дуги.

Незрощення губи та піднебіння можуть поєднуватись з аномаліями мозкового відділу черепа, вушних раковин, язика, грудної клітки, різних внутрішніх органів та кінцівок. Звертається увага на такі патологічні синдроми: синдром Ганкарта - незрощення верхньої губи та піднебіння, які поєднуються з одного або двохсторонньою вадою розвитку нирок; синдром Граухана- поєднання незрощення губи, піднебіння з недорозвинутою кистю, сечовим міхуром, нирками та інші захворювання.

Що стосується лікування, то існує понад 60 методів хейлопластики і її модифікацій, тому розглядаються методи, якими найчастіше користуються в практичній діяльності, хірурги-стоматологи.

Операції при односторонніх незрощеннях губи. Метод Міро.

Від вершини незрощення до місця переходу червоної облямівки в горизонтальне положення наносять розрізи переходу на всю товщину тканин обох фрагментів верхньої губи. Клапоть на великому фрагменті відсікають по напрямку до кута рота, а на його місце підшивають висячий з протилежної сторони клапоть. Накладають пошарово шви. Цей метод показаний при повному або частковому незрощенні губи.

Метод Мезур'є полягає в тому, що в нижньому відділі бокового фрагменту губи викроюють перекидний чотирикутний клапоть. Змінюючи ширину вільного краю та основу цього клапотя, а також рівень, на якому його викроюють, створюється необхідний згин лінії Купідона і відтворюють губу потрібного розміру. Цей метод дозволяє збільшити висоту губи до нормальних розмірів.

Метод Є. В. Гоцко полягає в відтворенні кругового м'язу рота, яке досягається при розрізах довільної форми (овальних, хвилеподібних, трикутних або прямокутних). При поєднанні незрощення губи, альвеолярного відростка та піднебіння одночасно проводять кісткову пластику альвеолярного відростка.

В результаті проведеної міохейлопластики повністю відновлюється безперервність кругового м'язу рота, створюється хороша м'язева опора для крила і дна порожнини носа, забезпечується достатня величина шкірної частини і червоної облямівки верхньої губи, зменшується натяг країв рани.

Метод Міларда полягає в максимальному збереженні тканин і переміщенні всіх елементів верхньої губи в правильне положення, формуванні дна передсінку порожнини носа і рота. Перевага цього методу в тому, що дугоподібний рубець мало помітний і може бути використаний при завершальній хейлопластиці в повнолітньому віці.

Операції при двохсторонніх незрощеннях губи. Метод Є. В. Гоцко.

Цей метод забезпечує створення верхньої губи необхідної довжини з правильною формою червоної облямівки. Спочатку роблять розрізи на середньому фрагменті губи, потім наносять розрізи на бокових фрагментах губи по відповідних лініях. Після цього краї раневих поверхонь розслоюють, виділяючи шкіру, м'язи, слизову оболонку, переміщуючи клапті бокових

фрагментів верхньої губи вниз до рівня червоної облямівки з таким розрахунком, щоб наблизити і зшити кромки лінії Купідона в сагітальній площині. Пошарово накладають шви на край слизової оболонки зі сторони рота, на м'язи, шкіру і слизову оболонку червоної облямівки. За допомогою даного методу вдається достатньо косметично відновити форму і функцію верхньої губи.

Контрольні питання.

1. Назвіть класифікацію вроджених незрощень верхньої губи.
2. Назвіть методи операцій при незрощеннях верхньої губи.
3. Опишіть метод Міро.
4. Опишіть метод Гоцко.

Самостійне заняття № 74.

Аномалії розвитку щелеп.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань етіології, патогенезу та клініка аномалій розвитку щелеп.

Навчальні питання:

1. Етіологія аномалій розвитку щелеп.
2. Патогенез аномалій розвитку щелеп.
3. Клініка аномалій розвитку щелеп.

Короткий зміст заняття.

Етіологія зубо-щелепово-лицевих деформацій дуже різноманітна. Органо- та морфогенез щелеп у плоду може бути порушений під дією спадкової дії на ембріон перенесених родичами захворювань (в тому числі ендокринних і обмінних порушень в організмі матері, інфекційних захворювань), радіоактивного опромінення, а також внаслідок фізіологічних і анатомічних

порушень статевих органів матері і неправильного положення плоду. В ранньому дитячому віці розвиток щелеп може бути порушений під впливом ендогенних факторів (спадковість, ендокринні порушення, інфекційні захворювання, порушення обміну речовин) і екзогенної дії (запалення в зоні росту щелеп, травма, в тому числі родова, променеве ураження, шкідливі звички, дисфункція жувального апарату, порушення носового дихання та ін.).

В дитячому та юнацькому віці, а також у дорослих деформації щелеп можуть виникати під впливом випадкової травми, грубих рубцьових стягнень, оперативного втручання і патологічних процесів (остеомієліти, анкілози, кома і т. д.). Останні можуть призвести до надлишкової регенерації кістки або, навпаки, резорбції та її атрофії. Дистрофічний процес може призвести до половинної або двохсторонньої атрофії м'яких тканин і скелету обличчя. При наявності умов, які сприяють гіпертрофії кісток обличчя, спостерігається акромегалічне розростання, особливо нижньої щелепи.

Акцентується увага на тому, що доволі частою причиною набутого одностороннього недорозвинення нижньої щелепи є остеомієліт, гнійне

запалення скронево-нижньо-щелепового суглобу і механічне пошкодження вінцевого відростку в першому десятилітті життя хворого.

Викладач наголошує на тому, що головним фактором розвитку односторонніх мікрогеній являється порушення росту нижньої щелепи в довжину внаслідок вродженого або остеомієлітичного порушення, виключення зон росту, які локалізуються в ділянці головки нижньої щелепи.

Значну роль в патогенезі деформації щелеп відіграють ендокринні розлади.

При аномаліях і деформаціях щелеп спостерігається різкі зміни зубощелепової системи (ураження зубів карієсом, гіпоплазія емалі, патологічне стирання зубів, аномалійне положення зубів, зміни тканин пародонту, порушення функції жувального апарату).

Звертається увага на те, що захворюваність карієсом у таких хворих буває у 2-3 рази частіше, ніж у хворих без порушення прикусу. Запально-дистрофічні зміни у пародонті відмічено у більшості хворих. При прогнатії нижньої щелепи і відкритому прикусі, навколо зубів, які не були в контакті з антагоністами, виявляється обмежений катаральний гінгівіт.

Для деформації верхньої щелепи характерні патологічні ясенні кишень, гіпертрофічні гінгівіти розлитого характеру і інші розлади зубощелепової системи.

Контрольні питання.

1. Назвіть етіологію аномалій розвитку щелеп.
2. Назвіть патогенез аномалій розвитку щелеп.
3. Опишіть клініку аномалій розвитку щелеп.

Самостійне заняття № 75.

Етіологія, клініка та лікування надмірнорозвиненої та недорозвиненої верхньої щелепи.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-спеціалістів з питань етіології, клініки та лікування надмірнорозвиненої та недорозвиненої верхньої щелепи.

Навчальні питання:

8. Етіологія надмірнорозвиненої верхньої щелепи.
9. Клініка надмірнорозвиненої верхньої щелепи.
10. Лікування надмірнорозвиненої верхньої щелепи
11. Етіологія недорозвиненої верхньої щелепи.
12. Клініка недорозвиненої верхньої щелепи.
13. Лікування недорозвиненої верхньої щелепи.
14. Етіологія, клініка та лікування відкритого прикусу.

Короткий зміст заняття

В розвитку надмірно-вираженої верхньої щелепи (верхньої прогнатії) важливу роль відіграють ендогенні і генетичні фактори, крім того деформація і виступання переднього відділу щелепи допереду можуть бути обумовлені шкідливими звичками, аденоїдами, вродженими незрощеннями губи та піднебіння.

Клінічно проявляється виступанням верхньої губи, порушенням прикусу, акту жування та мови.

Лікування. Суть операції полягає в переміщенні верхньої щелепи дозадку і фіксації її за допомогою внутрішньоротових шин, співставляючи зуби в ортогнатичному прикусі. Ця операція розроблена Кон-Стоком (1920) і Спанієром (1932), модифікована Г. І. Семенченко та Ю. Й. Бернадським.

При розгляді питань етіології, клініки та лікування недорозвиненої верхньої щелепи (верхньої мікрогнатії) звертають увагу на роль ендогенних та екзогенних факторів: порушення функції ендокринної системи, вроджені незрощення верхньої губи, альвеолярного відростка та піднебіння, порушення носового дихання, вредні звички, перенесені запальні процеси верхньощелепової кістки: (остеомієліт, гайморит, нома, сифіліс і т. д.).

Викладач звертає увагу, що мікрогнатія являє собою різновидність мезіального прикусу, який буває у трьох формах: I - недорозвинена верхня щелепа на фоні нормально розвиненої нижньої щелепи; II - нормально розвинена щелепа на фоні надмірно розвиненої нижньої щелепи; III - недорозвинена верхня щелепа, яка поєднується з надмірним розвитком нижньої.

Акцентується увага на методах лікування, зокрема суть операції по Г. І. Семенченко полягає у відтягуванні та відламуванні альвеолярного відростка і тіла верхньої щелепи на рівні дна гайморової порожнини і верхнього краю краю щелепи та переміщенню верхньої щелепи допереду. Верхня щелепа встановлюється у правильне ортогнатичне положення і укріплюється назубними шинами з зовнішньоротовою фіксацією. Для ліквідації звуження верхньої щелепи застосовується остеотомія вилицевих дуг в ділянці скронево-вилицевого шва в поєднанні з ортопедичним лікуванням (Г. І. Семенченко, В. І. Вакуленко).

Розглядаючи питання про відкритий прикус звертається увага на те, що відкритий прикус є не самостійна нозологічна форма захворювання, а лише симптомом одного з багатьох порушень зубощелепової системи. Він може виникнути в результаті недорозвинення одного з альвеолярних відростків верхньої або нижньої щелепи або обох одночасно. Відкритий прикус може бути симптомом надмірного розвитку і виступання допереду всієї верхньої або нижньої щелепи, у всіх цих випадках відкушувати їжу неможливо через відсутність контакту між фронтальними і боковими зубами як по вертикалі, так і по горизонталі.

Виділяють 4 форми відкритого прикусу:

I - виникає на основі деформації фронтального відділу верхньої щелепи;

II - викликаний деформацією дистального відділу верхньої щелепи;

III-- обумовлений деформацією нижньої щелепи;

IV-виникає в результаті деформації обох щелеп.

Хірургічний метод лікування відкритого прикусу засто

совується лише при II і III стадії відкритого прикусу по класифікації О. В. Клементова:

I степінь - артикуляція починається з 2 премоляра і відстань між ріжучими краями центральних різців менша 0,5 см;

II степінь - артикуляція починається з 2 премоляра або моляра, відстань між ріжучими краями різців рівна 0,5-0,9 см;

III степінь - артикуляція тільки дистальних горбів перших молярів і відстань між ріжучими краями центральних різців більша 1 см.

Виконується або 2-стороння клиновидна декортикація по Катцу, або 2-стороння клиновидна остеотомія за методом Лімберга. Коли відкритий прикус поєднується з надмірним розвитком або недорозвиненням щелеп - застосовують одночасно операцію, ліквідовуючи дану патологію.

Контрольні питання.

8. Етіологія надмірнорозвиненої верхньої щелепи.
9. Опишіть клініку надмірнорозвиненої верхньої щелепи.
10. Які ви знаєте методики лікування надмірнорозвиненої верхньої щелепи.
11. Назвіть етіологію недорозвиненої верхньої щелепи.
12. Опишіть клініку недорозвиненої верхньої щелепи.
13. Вкажіть лікування недорозвиненої верхньої щелепи.
14. Етіологія, клініка та лікування відкритого прикусу.

Самостійне заняття № 76.

Суть та основні задачі пластичної хірургії.

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-спеціалістів із суттю та основними задачами пластичної хірургії.

Навчальні питання:

1. Значення пластичних та реконструктивних операцій в щелепово-лицевій ділянці.
2. Суть пластичної хірургії.
3. Основні задачі пластичної хірургії.

Короткий зміст заняття.

Пластична хірургія - це розділ щелепово-лицевої хірургії в якому розглядаються питання про методики заміщення чи ліквідації дефектів або деформацій обличчя, відновлення порушених функцій (прийом їжі, мови, дихання та інші.)

Терміном "пластична" хірургія намагаються підкреслити специфіку хірургічних дій (пластика - це мистецтво скульптури). Це і визначає головну задачу пластичної або відновної хірургії - приведення хворого до естетичної норми та відновлення функцій пошкодженого органу.

Усі пластичні операції мають принципово важливі позитивні та негативні сторони. Позитивними сторонами пластичних операцій є:

- а). дефект обличчя ліквідується ідентичними за анатомо-біологічними властивостями тканин, що створює добрий косметичний та функціональний ефект,

б). при правильному дотриманні методики операції добре кровопостачання переміщуваних тканин забезпечує загоєння рани первинним натягом;

в). місцевопластичні операції мають короткий післяопераційний період, що скорочує термін непрацездатності оперованого.

До від'ємних сторін місцевопластичних операцій відносять:

а). при проведенні додаткових розрізів (використання клаптя на ніжці) на обличчі, шиї, утворюються додаткові рубці;

б). переміщення тканин може привести до деформацій оточуючих органів обличчя, у випадках вибору методу пластичних операцій.

Удосконалення відомих та розробка нових методів пластики дозволили розширити покази до усунення різноманітних дефектів щелепово-лицевої ділянки.

Вибір методу пластики визначається характером та розміром дефекту, станом місцевих тканин, загальним станом та віком хворого. При визначенні показів враховують походження дефекту та термін, який пройшов після його виникнення. При дефектах м'яких тканин та після видалення доброякісних пухлин, пластичні операції можуть бути здійснені на всіх фазах перебігу раннього процесу і показані тоді, коли проводиться первинне та вторинне закриття ран.

Більш строго вирішується питання про термін виконання відновних операцій при заміщенні дефектів, які виникають після видалення злоякісних пухлин щелепово-лицевої локалізації. Первинна пластика показана при заміщенні дефектів тканини лиця після радикального видалення злоякісних пухлин I та II стадій у випадку відсутності метастазів. Якщо виникають сумніви в радикальності оперативного втручання і якщо видаляють злоякісні пухлини значних розмірів, які були піддані хіміо- та променевої терапії, питання про відновні операції в ранні терміни вирішують індивідуально.

До протипоказів проведення пластичних операцій відносять наявність ряду патологічних процесів (гемангіома, лімфангіома, нейрофіброматоз, пігментні плями, рубці) в тканинах що прилягають до дефекту, недостатня кількість тканин, що розташовані поблизу дефекту, якщо пластична операція приведе до деформації, порушення функції сусідніх органів щелепово-лицевої ділянки.

Контрольні питання:

1. В чому принципова сутність пластичних та відновних операцій?
2. Які покази та протипокази до пластичних операцій?
3. Які позитивні та від'ємні сторони пластичних операцій?
4. Терміни проведення пластичних операцій після видалення доброякісних пухлин ЩЛД.
5. Терміни проведення пластичних операцій після видалення злоякісних пухлин ЩЛД.

ЛІТЕРАТУРА

1. Александров Н.М. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия. - М.: Медицина, 1985. - 448 с.
2. Бернадский Ю.И. Основы хирургической стоматологии. - К.: Вища школа, 1998. - 310 с.
3. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно—лицевой области. Минск: Вел книга, 2000. - 404 с.
4. Гумецкий Р.А., Рожко М.М., Завадка О.Е., Скрипніков П.В. Ускладнення від місцевої анестезії у щелепно-лицевій ділянці. - Львів-Івано-Франківськ: Наутілус, I том, 2000. - 233 с., 2-й том, 2001. - 266 с.
5. Колесов А.А., Воробьев Н.Ю., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей. — К.: Здоров'я, 1991. - 312 с.
6. Кононенко Ю.Г., Рожко М.М., Рузин Г.П. Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии. - К.: Книга-Плюс, 2000. — 299 с.
7. Машкилейсон А.Л. Передрак каймы губ и слизистой оболочки рта. М.: Медицина, 1990. — 270 с.
8. Овруцкий Г.Д. Хронический одонтогенный очаг. - М.: Медицина, 1993.- 148 с.
9. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. - М.: Медицина, 1998. - 386 с.
10. Рабухина Н.А., Аржанцев А.П. Рентгенодиагностика в стоматологии. М.: Мединфагентство, 1999. — 451 с.
11. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. 1, 2-й том. - М.: Медицина, 2000, I том - 772 с., II том - 488 с.
12. Рузин Г.П., Бурых М.П. Основы технологии операций в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. - Х., 2000. - 291 с.
13. Солнцев А.М., Колесов В.С., Колесова Н.П. Заболевания слюнных желез. - К.: Здоров'я, 1991. - 328 с.
14. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. I том.— К.: Червона Рута - Турс, 1998. 360 с.
15. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. II том. - К.: Червоне Рута — Турс, 1999.— 347 с.
16. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. III том. - К.: Червона Рута - Турс, 2000.-358 с.
17. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - К.: Полиграфкнига.
18. Хирургическая стоматология/Под ред. Т.Г.Робустовой.-М.:Медицина,2003
19. Отт Р.В., Вольмер Х.П., Круг В.Е. Клиническая и практическая стоматология. Справочник. - 2010

20. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии. Учебное пособие.- М.: МИА, 2007
21. Берднацкий Ю.И., Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, М.: Медицинская литература.- М.: МИА, 2007
22. М. Панчишин, І. Готь, З. Масний. Невідкладні стани в стоматологічній практиці.- Львів, 2004
23. Діагностика та допомога при невідкладних станах. Методичні вказівки/ Заболотний Т.Д., Шириханова І.Ю., немеш О.М., ЛДМУ, Львів