

Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

ЗАТВЕРДЖЕНО

на засіданні кафедри
хірургічної стоматології та щелепно-лицевої
хірургії
“31” серпня 2023 р.
протокол № 1

Навчальний предмет
Вибіркова дисципліна
«Основи стоматології та
щелепно-лицевої хірургії»

VII-VIII семестр

Завідувач кафедри, член-кор. НАМНУ,
професор В.О.Маланчук

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ СТУДЕНТІВ
ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ЗІ СТУДЕНТАМИ ІV КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

Склали: проф. Воловар О.С., ас. Швидченко В.С., ас. Крижанівська
О.О., доц. Шинчуковський І.А.

Тема №1

Анатомо-клініко-топографічний особливості ЩЛД. Обстеження стоматологічного хворого. Основи організації стоматологічної допомоги населенню.

Основні захворювання ЩЛД, зубів, їх вплив на стан організму пацієнта. Поняття про одонтогенні захворювання. Профілактика стоматологічних захворювань.

Кількість годин – 6 години.

1. Актуальність теми:

Знання анатомо-фізіологічних особливостей ЩЛД є необхідним для розуміння патологічних процесів (травма, інфекція, пухлинні процеси), для успішного планування і проведення пластичних, реконструктивно-відновних операцій.

Стоматологічна допомога відноситься до одного з наймасовіших видів медичної допомоги. У структурі захворювань, що вимагають госпіталізації, провідне місце займають одонтогенні запальні захворювання, які поєднуються із патологією внутрішніх органів, що зумовлено єдиними патогенетичними взаємозв'язками та впливають на загальний стан організму.

Правильно організована система стоматологічної допомоги населенню може значно підвищити ефективність всіх етапів діагностики, лікування та профілактики стоматологічних захворювань.

2. Навчальні цілі заняття:

- знати анатомо-топографічні особливості ЩЛД, кровопостачання та іннервації; вивчити анатомо-клініко-топографічні особливості організму людини;
- обґрунтувати вплив анатомо-топографічних закономірностей будови тканин ЩЛД організму людини на перебіг захворювань щелепно-лицевої ділянки;
- знати визначення основних стоматологічних захворювань ЩЛД, зубів;
- знати вплив основних стоматологічних захворювань ЩЛД, зокрема одонтогенних, на стан організму;
- назвати особливості організації стоматологічної допомоги;

3. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
Нормальна анатомія	Особливості будови верхньої та нижньої щелеп, Анатомічну будову лімфатичної, нервової та кровоносної систем ЩЛД.	Визначити конституцію хворого, виявити анатомічні особливості.
Топографічна анатомія	Кісткові орієнтири лицевого черепа, топографо-анатомічна будова середньої ділянки обличчя.	Зобразити топографо-анатомічне співвідношення органів щелепно-лицевої ділянки
Латинська мова	Корені та закінчення латинських термінів, латинську термінологію стосовно всіх складових м'язової, кісткової, травної та інших систем.	Застосувати знання побудови і написання латинських термінів.
Патологічна фізіологія	Знати етіологію та патогенез запальних та незапальних захворювань ЩЛД, ознаки та стадії запального процесу;	Визначати стадії запального процесу в тканинах ЩЛД. Зміни в загальному стані пацієнта та їх вплив на системи організму
Патологічна анатомія	Морфологічні ознаки запальних і незапальних процесів у тканинах ЩЛД; - патоморфологічні зміни в тканинах ЩЛД на різних стадіях запалення;	Знайти морфологічні ознаки ексудативного та проліферативного запалення; За клінічними ознаками розпізнати види запалення, зміни в тканинах ЩЛД на різних стадіях запалення
Фармакологія	Фармакокінетику та фармакодинаміку лікарських	Визначити перелік препаратів для

	препаратів, що використовують в лікуванні хворих із стоматологічним захворюваннями ЩЛД;	медикаментозного лікування хворих із стоматологічними захворюваннями ЩЛД, правильно оформити рецепти
Загальна хірургія	Способи передопераційної обробки рук лікаря та операційного поля; Методи асептики та антисептики; Загальні принципи розкриття запальних осередків	Провести передопераційну обробку рук хірурга та операційного поля. Дренувати запальні осередки та накладати післяопераційні пов'язки
Рентгенологія	Знати основні види рентгенологічного дослідження, які використовують у хірургічній стоматології	Вміти описати рентгенологічні картини основних одонтогенних захворювань ЩЛД

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.

4.1. Теоретичні питання до заняття:

1. Особливості будови кістково-м'язового апарату ЩЛД.
2. Особливості будови кровопостачання ЩЛД.
3. Особливості будови іннервації ЩЛД.
4. Особливості будови лімфатичної системи ЩЛД.
5. Імунобіологічні особливості ЩЛД.
6. Функціональне значення зубо-щелепної системи, органів порожнини рота.
7. Особливості організації роботи стоматологічного кабінету

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

1. Опанувати методику огляду тканин ЩЛД.
2. Повторити будову черепа (лицевого та мозкового відділів).
3. Провести курацію хворого: 1) зібрати анамнез; 2) провести клінічне обстеження; 3) призначити додаткові методи обстеження.
4. Описати організацію роботи стоматологічного кабінету.
5. Оформити медичну карту стоматологічного хворого.

Матеріали для самоконтролю:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Опишіть анатомо-клініко-топографічні особливості будови щелепних кісток.
2. Опишіть анатомо-клініко-топографічні особливості будови м'яких тканин ЩЛД.
3. Перерахуйте основні стоматологічні захворювання ЩЛД.
4. Назвіть класифікацію одонтогенних запальних захворювань голови та шиї
5. Поясніть взаємозв'язок основних стоматологічних захворювань (зокрема і одонтогенних) із станом систем гомеостазу організму та визначить

основний вплив на них.

6. Назвіть алгоритм обстеження стоматологічного пацієнта.

7. Назвіть основні та додаткові методи обстеження стоматологічного пацієнта, та вкажіть відмінності при обстеженні хворих з основними одонтогенними захворюваннями ЩЛД.

8. Вкажіть, які сучасні рентгенографічні методи потрібно використовувати для діагностики одонтогенних захворювань ЩЛД.

Б. Тести для самоконтролю:

1. Верхня щелепи складається з:

- тіла і двох відростків;
- тіла і трьох відростків;
- тіла і чотирьох відростків;
- тіла і п'яти відростків.

2. Якого відростка немає верхньощелепна кістка?:

- лобного;
- альвеолярного;
- верхньощелепного;
- піднебінного;
- вилицевого.

3. Верхньощелепної нерв виходить з порожнини черепа через:

- круглий отвір;
- овальний отвір;
- шило - соскоподібного отвір.

4. Нижньощелепний нерв виходить з порожнини черепа через:

- круглий отвір;
- овальний отвір;
- шило - соскоподібний отвір.

5. Лицевий нерв – яка пара черепно-мозкових нервів?:

- V пара;
- VI пара;
- VII пара;
- VIII пара;
- IX пара;
- X пара.

6. Лицевий нерв є:

- чутливим нервом;
- секреторним нервом;
- руховим нервом.

7. Піднижньощелепна залоза отримує чутливу іннервацію від:

- під'язикового нерва;
- язикового нерва;
- лицевого нерва;
- блукаючого нерва.

8. По складу секрету під'язикова залоза відноситься до:

- серозних залоз;

- серозно-слизових залоз;
- слизових залоз.

9. Від зовнішньої сонної артерії, в місці її початку, першою відходить артерія:

- язикова;
- верхня щитовидна;
- лицева;
- висхідна глоткова;
- задня вушна;
- верхньощелепна;

10. Нижня альвеолярна артерія є гілкою:

- лицевої артерії;
- верхньощелепної артерії;
- поверхневої скроневої артерії;
- язикової артерії.

11. Підочна артерія є гілкою:

- лицевої артерії;
- верхньощелепної артерії;
- поверхневої скроневої артерії;
- язикової артерії.

12. Внутрішня сонна артерія в ділянці шиї:

- гілок не дає;
- віддає одну гілку;
- віддає дві гілки;
- віддає багато судин.

13. Очна артерія відходить від:

- зовнішньої сонної артерії;
- внутрішньої сонної артерії;
- верхньощелепної артерії.

14. Лицева вена впадає в:

- внутрішню яремну вену;
- зовнішню яремну вену.

15. Щічна гілка є частиною якого нерва?:

- блукаючого нерва;
- трійчастого нерва;
- під'язикового нерва;
- лицевого нерва;
- язико-глоткового нерва.

16. Крайова гілка – це частина нерва:

- лицевого нерва;
- трійчастого нерва;
- блукаючого нерва;
- язико-глоткового нерва;

17. Коса лінія на нижній щелепі починається:

- нижче підборідного отвору;
- на рівні підборідного отвору;

- вище підборідного отвору.
- 18. Жувальна горбистість знаходиться на:
 - внутрішній поверхні гілки нижньої щелепи;
 - зовнішній поверхні гілки нижньої щелепи.
- 19. *Torus mandibulae* знаходиться на:
 - зовнішній поверхні гілки нижньої щелепи;
 - внутрішній поверхні гілки нижньої щелепи.
- 20. *Fovea pterygoidea* – це місце прикріплення:
 - зовнішнього крилоподібного м'яза;
 - внутрішнього крилоподібного м'яза.

Тести для самоконтролю:

№1. Вкажіть рентгенологічні методи обстеження:

- A. *Комп'ютерна томографія
- B. УЗД
- C. Загальний аналіз крові
- D. Посів мокроти на БК
- E. Доплерографія

№2. Вкажіть, що не входить до опису анамнезу життя хворого:

- A. Алергостатус пацієнта.
- B. Перенесенні оперативні втручання
- C. Наявність супутніх соматичних захворювань
- D. Наявні інфекційні захворювання
- E. * Локальний статус пацієнта

№3. Вкажіть одонтогенні захворювання ЩЛД

- A. Бешиха
- B. Фурункул
- C. * Абсцес
- D. Епулід
- E. Остеома

№4. Назвіть неодонтогенне захворювання ЩЛД?

- A. *Фурункул
- B. Абсцес
- C. Лімфаденіт
- D. Періостит
- E. Остеомієліт

№5. Хворий, 24 років, отримав травму під час бійки, потрапив до щелепно-лицеве відділення. Діагноз: перелом лівої вилицевої кістки зі зміщенням. Яке додаткове обстеження необхідно провести хворому для уточнення діагнозу?

- A. *Рентгенографію кісток лицевого скелету

- В. УЗД
- С. Загальний аналіз крові
- Д. Біохімія
- Е. Фарингоскопія

№6. При абсцесі крило-щелепного простору пацієнт скаржиться на прогресуюче утруднене відкривання рота, болісне ковтання зліва, різке погіршення загального стану, підвищення температури до 38°C. Виникненню такого стану передували гострі болі у зруйнованому 38 зубі. Об'єктивно: обличчя симетричне, пальпація під лівим кутом нижньої щелепи та в лівій позащелепній ділянці викликає різкий біль. Відкривання рота та бокові рухи вліво значно обмежені. Спостерігається гіперемія та інфільтрація лівої крило щелепної складки. Які розділи історії хвороби можливо заповнити згідно наведеної клінічної задачі?

- А. Анамнез життя
- В. План лікування
- С. Паспортна частина
- Д. *Локальний статус, скарги хворого, анамнез захворювання
- Е. Епікріз.

Задачі для самоконтролю:

Задача №1.

Хворий 43-х років звернувся зі скаргами на рухомість 34, 36, 37 зубів, виділення гною з альвеоли видаленого 35 зуба. Півтора місяця тому зроблено розтин по перехідній складці, видалено 35 зуб. Об'єктивно: в лівій підщелепній ділянці невелика припухлість м'яких тканин, лімфовузли лівої підщелепної ділянки збільшені, слабо болючі, слизова оболонка альвеолярного паростка в ділянці 34, 36, 37 зубів набрякла, синюшного кольору. По перехідній складці – нориця з грануляціями, які вип'ячуються. З альвеоли видаленого 35 зуба – гнійні грануляції. Встановлено діагноз – хронічний обмежений остеомієліт. *Яке додаткове обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу?*

Відповідь: Ортопантомограма або рентгенографія лівої половини нижньої щелепи в боковій проекції за Генішем.

Задача №2.

Хворий В. 28 років скаржиться на болючу припухлість лівої підочної ділянки, підвищену температуру тіла – до 37,4°C. Об'єктивно: Лице асиметричне за рахунок набряку м'яких тканин лівої підочної ділянки. Відкривання рота вільне. Коронка 24 зуба зруйнована, перкусія кореня болісна. 23, 25 зуби нерухомі. По згладженій перехідній складці – щільний болісний інфільтрат. Слизова оболонка над ним гіперемована. Якому **одонтогенному** захворюванню найбільш вірогідно відповідає описана клінічна картина?

Відповідь: Гострий одонтогенний періостит верхньої щелепи.

Задача №3.

Чоловік 31 року, звернувся до поліклініки зі скаргами на періодичні болі в ділянці 48 зуба протягом 4-х років. Об'єктивно: підщелепні лімфовузли праворуч збільшені, безболісні. Слизова оболонка в ділянці 48 зуба, який частково прорізався – гіперемована. Під час зондування під'ясенної кишені 48 зуба витікає капля гною з кров'ю. Хворому рекомендовано видалення 48 зуба після зняття гострих явищ. Але з анамнезу стало відомо, що у хворого залізодефіцитна анемія. Який додатковий метод дослідження необхідно провести для уточнення супутньої патології?

Відповідь: загальний аналіз крові (рівень гемоглобіну)

Література

Основна:

1. Маланчук В.О. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія – Київ: Логос, 2011. - Ч.1.– 669 с.
2. Історії хвороби з хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії / В.О. Маланчук, О.С. Воловар, О.Л. Ціленко та ін. – К.: Альфа. Реклама, 2015. – 196 с.
3. Основи стоматології: підручник / В.О. Маланчук, А.В. Борисенко, Л.В. Харьков та ін., за ред. В.О. Маланчука. – К.: Медицина, 2009. – 592 с.
4. Головацький А.С., Черкасов В. Г., Сапін М.Р. та ін.. Анатомія людини: підручник: у 3 т. Т. 1 – Вінниця: Нова Книга, 2019. – 368 с.
5. Чернокульський С.Т. Анатомія судин та нервів голови і шиї (ангіоневрологія). Навчально-методичний посібник. – Київ: Книга Плюс, 2019. – 120 с.
6. Тестові завдання з хірургічної стоматології Крок 2 / В.О. Маланчук, О.С. Воловар, О.Л. Ціленко та ін. – Біла Церква, ПАТ «Білоцерківська книжкова фабрика», 2015. – 248 с.

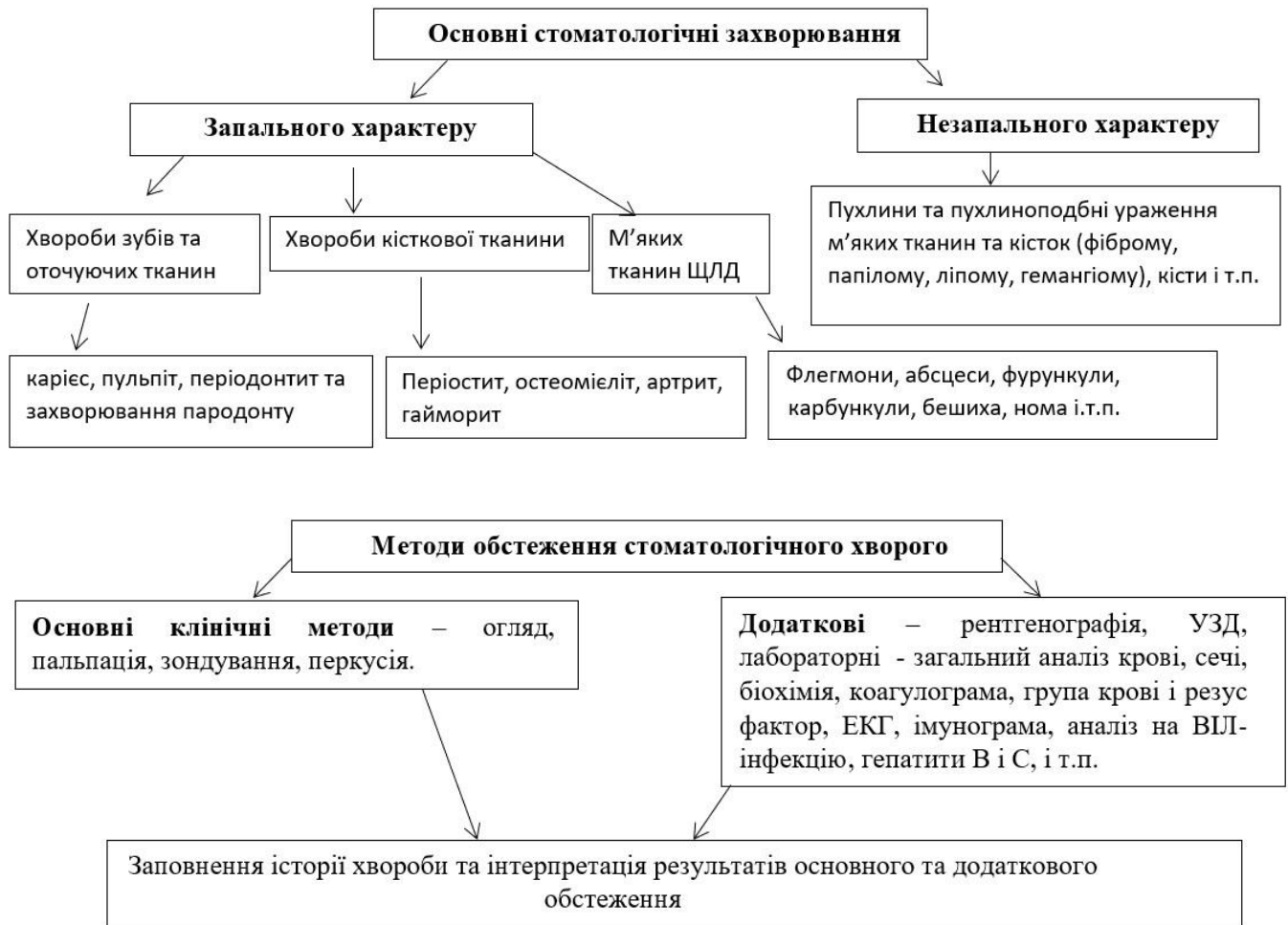
Додаткова:

1. Митченко В.І., Панькевич А.І. Пропедевтика хірургічної стоматології – Вінниця: Нова книга, 2004. – 272 с.
2. Шувалов С.М. Прикладна анатомія голови та шиї. – Вінниця: Віноблтипографія, 2020. – 116 с.

Методична:

1. Філоненко М.М. Методика викладання у вищій медичній школі на засадах компетентнісного підходу: Методичні рекомендації для викладачів та здобувачів наукового ступеню доктора філософії. – Київ: 2016. – 88 с.
2. Мілерян В.Є. Методичні основи підготовки і проведення навчальних занять в медичних вузах (методичний посібник) – Київ: Хрещатик, 2004. – 80 с.

**Структурно-логічна схема змісту теми
Анатомо-клініко-топографічний характер ЩЛД та її особливості.
Особливості обстеження стоматологічного хворого.
Основи організації стоматологічної допомоги населенню.
Основні захворювання ЩЛД, зубів, їх вплив на стан організму пацієнта.
Поняття про одонтогенні захворювання. Профілактика стоматологічних
захворювань**



Розгорнутий текст змісту теми:

1. Кістково-м'язовий апарат. Лицевий скелет складається з парних нерухомих кісток – верхньої щелепи, виличних, піднебінних і рухомої кістки – нижньої щелепи. Кісткові шви між кістками лицевого скелета і основою черепа більш податливі, ніж самі кістки. Тому переломи виникають частіше по лінії кісткових швів. Лікар, надаючи допомогу хворому з ушкодженням кісток лицевого скелета, повинен чітко собі уявляти можливі варіанти проходження лінії або ліній перелому. Це особливо необхідно при наданні першої допомоги, коли необхідно визначити об'єм цієї допомоги та вид транспортування потерпілого до спеціалізованого медичного закладу. Відсутність даних рентгенографії змушує розраховувати при цьому тільки на аналіз характеру травми і знання анатомії лицевого скелета.

Верхня щелепа складається з тіла щелепи і чотирьох відростків: лобного, піднебінного, виличного та альвеолярного. Тіло щелепи має порожнину – верхньощелепну пазуху. Стінки тіла верхньої щелепи представлені на більшій частині її поверхні тонкими кістковими пластинками, які містять невеликий шар кістково-мозкової речовини. Тіло верхньої щелепи з'єднується з тілом протилежної одноіменної кістки по середній лінії кістковим швом. За допомогою відростків: піднебінного, лобного та виличного – верхня щелепа з'єднується з кістками черепа і з виличною кісткою. В альвеолярному паростку розміщені комірочки зубів – альвеоли.

Необхідно враховувати, що верхівки коренів великих корінних зубів (молярів), особливо шостих, а також малих корінних зубів (премолярів), дуже близькі до дна гайморової пазухи, а іноді – безпосередньо контактують зі слизовою оболонкою пазухи. Таке близьке розташування зубів з верхньощелепною (гайморовою) пазухою створює можливість виникнення в ній запального процесу. Запалення гайморової пазухи зубного походження або одонтогенний гайморит, може виникнути при поширенні процесу запалення від верхівки коренів хворих зубів (періодонтити) на слизову оболонку пазухи. Крім того, при видаленні зазначених зубів можлива перфорація дна гайморової пазухи з утворенням нориці, що потребує хірургічного втручання (частіше в умовах стаціонару) для її закриття.

На передній стінці тіла верхньої щелепи знаходиться підочний отвір, з якого виходить судинно-нервовий пучок. Цей отвір є місцем введення голки шприца та проникнення в канал до підочного нерва для анестезії при невралгії гілки трійчастого нерва.

Анатомо-топографічні особливості верхньої щелепи визначають характер патологічних процесів, які розвиваються в ній. Остеомієліт верхньої щелепи, наприклад, частіше буває обмежений, тому що тонка кортикальна пластинка не є серйозною перешкодою для проникнення ексудату з внутрішньокісткового вогнища запалення спочатку під окістя та під слизову, а потім в порожнину рота з утворенням норицевого ходу, або в гайморову порожнину з розвитком гаймориту.

Нижня щелепа – рухома кістка, яка нагадує за формою підкову. Підковоподібна форма щелепи обумовлює можливість її перелому не в місці прикладання сили, яка травмує (так званий непрямий або відбитий перелом).

У нижній щелепі розрізняють тіло та гілки щелепи. Крім альвеолярного паростка, нижня щелепа має на кожній стороні гілку, яка розділяється на виростковий та вінцевий відростки.

Виростковий відросток гілки нижньої щелепи має голівку. Між виростковим і вінцевим відростками гілки нижньої щелепи знаходиться вирізка.

Альвеолярний паросток розміщується по верхньому краю вздовж тіла щелепи. Рухи нижньої щелепи здійснюються за допомогою скронево-нижньощелепного суглоба, утвореного голівкою нижньої щелепи, суглобовою ямкою скроневої кістки, меніском, суглобовою сумкою, зв'язковим апаратом.

На внутрішній поверхні гілки нижньої щелепи розміщується отвір, який є початком нижньощелепного каналу. Через цей канал проходить судинно-нервовий пучок (нижньоальвеолярні артерія, вена та нерв).

На рівні премолярів із зовнішнього боку нижньощелепний канал відкривається ментальним отвором. Цей отвір, який є "воротами" нижньощелепного каналу, є місцем введення голки шприца для блокади або анестезії нижньощелепного нерва.

На відміну від верхньої щелепи, нижня щелепа містить велику кількість кісткового мозку, розміщеного, головним чином, в тілі щелепи. Щільні і товсті кортикальні пластинки, утруднюючи прорив гною на зовнішню поверхню кістки, сприяють дифузному пошкодженню щелепи при запальному процесі. Тому розвиток гострого гнійного процесу в кістково-мозковій речовині нижньої щелепи (остеомієліт) розвивається швидко, з високою інтоксикацією та захопленням все нових відділів кісткового мозку в цей процес. Розвиток патологічного процесу в нижній щелепі часто призводить до порушення її функції, в першу чергу, до порушення прийому їжі.

2. Кровопостачання. Черепно-щелепно-лицева ділянка характеризується значною васкуляризацією, що забезпечує високу регенераторну здатність тканини обличчя.

Тканини ЩЛД постачаються артеріальною кров'ю за рахунок гілок, що відходять від зовнішньої сонної артерії. До них відносяться артерії: язикова, лицева, верхньощелепна та поверхнева скронева. Язикова артерія відходить від зовнішньої сонної артерії на рівні рогу під'язикової кістки та, направляючись вперед, медіально підходить до язика, в якому ділиться на дрібні гілки. Від язикової артерії відходять дрібні гілки, що постачають кров'ю внутрішню поверхню підборідного відділу нижньої щелепи. При великому ураженні язика чи пошкодженні язикової артерії виникає сильна кровотеча, яку слід зупинити шляхом перев'язки язикової

артерії в трикутнику Пирогова чи, що більш швидко, перев'язкою зовнішньої сонної артерії.

Лицева артерія відходить від зовнішньої сонної артерії вище язикової артерії та направляється вперед з внутрішнього боку тіла нижньої щелепи. На рівні переднього краю прикріплення жувального м'яза до нижньої щелепи лицева артерія перегинається через нижній край щелепи назовні та направляється в товщу м'яких тканин, розгалужується в м'яких тканинах, носі, підборідній ділянці, щоці.

Передній край жувального м'яза в місці прикріплення до нижньої щелепи є орієнтиром для перев'язки лицевої артерії при показах, зокрема при операціях Ванаха.

По середній лінії гілки лицевої артерії однієї сторони широко анастомозують з аналогічними гілками протилежної сторони.

Найбільш великий артеріальний стовбур ЩЛД – **верхньощелепна артерія**. Разом з поверхневою скроневою артерією вони є кінцевими гілками зовнішньої сонної артерії. Верхньощелепна артерія фактично є головним артеріальним стовбуром, який забезпечує кровопостачання майже всіх відділів та органів ЩЛД.

Верхньощелепна артерія починається на рівні виросткового відростка нижньої щелепи та проходить з внутрішньої його сторони до верхньої щелепи. Тому, хірургічні маніпуляції в ділянці шийки та виросткового відростка нижньої щелепи повинні проводитися обережно, щоб не пошкодити верхньощелепної артерії, перев'язку якої при цих операціях у самій рані часто виконати неможливо. У випадку пошкодження верхньощелепної артерії потрібно, не вагаючись, перев'язати зовнішню сонну артерію.

Головний стовбур верхньощелепної артерії підходить до ділянки крилоподібної ямки, де віддає декілька гілок, а в ділянці верхньої щелепи верхньощелепна артерія віддає гілки, які забезпечують кров'ю альвеолярний паросток і зуби, а її кінцева гілка проходить під дном очниці, віддає гілки у верхньощелепну (гайморову) пазуху та виходить з кісткового каналу через підочний отвір, розгалужуючись на кінцеві артерії, які забезпечують кров'ю м'які тканини щічної ділянки.

Друга кінцева гілка зовнішньої сонної артерії (поверхнева скронева артерія) за допомогою багаточисленних гілок кровопостачає привушну та скроневу ділянки.

На рівні скронево-нижньощелепного суглоба від сонної артерії відходить нижньоальвеолярна артерія, яка направляється вперед і вниз, входить в нижньощелепний канал через нижньощелепний отвір. Через підборідний отвір виходить основний стовбур нижньоальвеолярної артерії, яка, розпадаючись на дрібні гілки, забезпечує кров'ю м'які тканини підборіддя. Більш дрібні гілки альвеолярної артерії проходять в підборідній ділянці нижньої щелепи, забезпечують кров'ю фронтальні зуби та анастомозують з аналогічними гілками протилежного боку.

Нижньоальвеолярна артерія заходить у канал нижньої щелепи, віддає дентальні гілки молярам і премолярам. Необхідно пам'ятати, що гілка та тіло

нижньої щелепи забезпечуються кров'ю, яка надходить різними судинами. Це важливо при діагностуванні деяких захворювань, зокрема остеомієліту щелеп. Сучасні методи прижиттєвого вивчення артеріальної системи за допомогою контрастної артеріографії дозволяють на основі аналізу характеру артерій, артеріол, їх розміщення та кровонаповнення визначити наявність патологічних процесів (пухлин) задовго до появи клінічних ознак і симптомів. Венозна система ЩЛД повторює систему артеріальних судин. Кінцевою венозною судиною, що збирає кров з ЩЛД, є лицева вена. Після злиття з задньою нижньощелепною веною лицева вена впадає у внутрішню яремну вену.

Тісний зв'язок венозної системи ЩЛД з крилоподібним сплетенням, а останнього через середні вени твердої мозкової оболонки – з печеристим синусом твердої мозкової оболонки, при розвитку запальних процесів може обумовити ускладнення у вигляді тромбозу печеристого синуса з небезпечним для життя хворого прогнозом. Тому вказані особливості топографії венозної системи враховують при аналізі стану хворого та виборі тактики лікаря у випадках розвитку запальних процесів ЩЛД.

3. Іннервація. Для ЩЛД характерний високий ступінь іннервації, здійснюваної чутливими та руховими нервовими утвореннями. Окрім цього, іннервація симпатичної нервової системи здійснюється гілками симпатичних вузлів і периваскулярних сплетень.

В іннервації ЩЛД беруть участь в основному трійчастий і лицевий нерви. Вони є змішаними нервами. Так, трійчастий нерв, крім чутливої функції, виконує рухову (для жувальних м'язів), а лицевий нерв, крім рухової функції, здійснює вегетативну регуляцію (для підщелепної і під'язикової слинних залоз).

Трійчастий нерв. Від трійчастого вузла, який розміщений в порожнині черепа, відходять три гілки трійчастого нерва. При зтяжних формах важких невралгій гілок трійчастого нерва необхідне хірургічне втручання. В таких випадках пересікають ту чи іншу гілку, яка відходить від вузла трійчастого нерва.

Перша гілка – очний нерв через верхню очну щілину проникає в очницю та ділиться на три гілки, іннервує очне яблуко, частину слизової оболонки носа, верхню повіку, ділянку лоба та тім'я. Кінцеві гілки нерва виходять на поверхню лобової кістки через дрібні кісткові отвори в ділянці внутрішнього краю надбрівної дуги. Прямої участі в іннервації зубощелепної системи очний нерв не бере. Однак при деяких захворюваннях (невралгія, злоякісні пухлини) виникає необхідність дослідження його функції.

Друга гілка – верхньощелепний нерв виходить з порожнини черепа через круглий отвір і направляється через крилоподібнопіднебінну ямку та нижню очну щілину до очниці, а потім у підочний канал. Підочний нерв виходить через підочний отвір на передню поверхню тіла верхньої щелепи та іннервує підочну ділянку, нижню повіку, крило носа та верхню губу.

В крилоподібнопіднебінній ямці від основного стовбура другої гілки трійчастого нерва відходять декілька гілок. Одна з них іннервує вилічну ділянку, декілька гілок входять в крилопіднебінний вузол. Направляючись до нижньої очної щілини, нерв віддає декілька верхніх задніх альвеолярних гілок, які проникають у верхню щелепу через її горб і утворюють верхнє зубне сплетення. Дрібніші гілки, які відходять від сплетення, іннервують моляри верхньої щелепи та слизову оболонку ясенного краю зі щічної сторони на рівні молярів.

До вступу основного стовбура в підочний канал від нього відходить середня верхня альвеолярна гілка, яка, вступаючи в контакт із задніми верхніми альвеолярними гілками нерва, бере участь в утворенні верхнього зубного сплетення. До виходу із підочного отвору від основного стовбура нерва відходять передні верхні гілки. Проникаючи в товщу кістки вниз, ці гілки беруть участь в утворенні верхнього зубного сплетення та іннервують передні зуби (різці, ікла). Від останнього відходять нервові гілки до премоларів, верхньощелепної пазухи, до ясен із щічно-губного боку. Слизова оболонка піднебіння, ясна з піднебінної сторони іннервуються вузловими гілками, які проникають до піднебіння через великий піднебінний отвір. Розпадаючись на три найбільші гілки, великий піднебінний нерв іннервує не тільки слизову оболонку твердого піднебіння, а й частково слизову оболонку м'якого піднебіння.

Малі піднебінні нерви іннервують слизову оболонку піднебіння, ділянку мигдалин, задній відділ м'якого піднебіння. Малі піднебінні нерви містять рухові волокна, які іннервують м'язи, що піднімають м'яке піднебіння і м'язи язичка.

Слизова оболонка порожнини носа іннервується латеральними верхніми задніми носовими гілками, які відходять від крилопіднебінного вузла та проникають у порожнину носа через крилопіднебінний отвір. Зовнішні носові гілки іннервують слизову оболонку верхньої та середніх носових раковин, а внутрішні – задній відділ перегородки носа. Слизова оболонка носа переднього відділу іннервується носопіднебінним нервом, який йде по носовій перегородці вперед і вниз, віддаючи гілки слизовій оболонці, і виходить на тверде піднебіння через різцевий канал, анастомозуючи з однойменним нервом з другого боку.

Секреторні функції верхньощелепного нерва забезпечуються великим кам'янистим нервом – гілкою лицевого нерва та глибоким кам'янистим нервом, який відходить від симпатичного сплетення внутрішньої сонної артерії.

Третя гілка – нижньощелепний нерв виходить з порожнини черепа через овальний отвір. Нижньощелепний нерв є змішаним нервом, який містить чутливі та рухові волокна. Після виходу із порожнини черепа він ділиться на дві гілки – передню, яка містить рухові волокна, і задню, яка містить в основному чутливі гілки.

Рухові нерви іннервують жувальні м'язи, підходячи до кожного із них у вигляді однойменних гілок. Крім того, рухові нерви ідуть до щелепно-під'язикового м'яза та м'яза, що натягує м'яке піднебіння.

Чутливі гілки нижньощелепного нерва: щічний нерв, вушно-скроневий, нижній альвеолярний та язиковий нерви.

Щічний нерв відходить від передньої гілки нижньощелепного нерва після виходу його з овального отвору, направляється донизу та зовні між крилоподібними м'язами, проникає через щічний м'яз до слизової оболонки щоки, віддаючи чутливі гілки слизовій оболонці ясен на рівні премолярів і молярів.

Вушно-скроневий нерв містить секреторні волокна, які іннервують привушну слинну залозу. Чутливі волокна іннервують шкіру скроневої ділянки, зовнішнього слухового проходу, передню частину вушної раковини, барабанну перетинку та скронево-нижньощелепний суглоб.

Нижній альвеолярний нерв проходить по внутрішній поверхні нижньої щелепи, а потім через нижньощелепний отвір входить у канал нижньої щелепи. Перед входом у канал від нижнього альвеолярного нерва відходить рухова гілка. В каналі нижньоальвеолярний нерв віддає гілки молярам, премолярам і на цьому рівні – слизовій оболонці ясен з вестибулярного боку. Основна частина волокон нерва виходить з кісткового каналу щелепи через підборідний отвір і має назву **підборідного нерва**. Його гілки іннервують оболонку нижньої губи, ясен на рівні фронтальних зубів і шкіру підборідної ділянки.

Частина нервових волокон не виходить з кістки, а у вигляді тонкої різцевої гілки проникає в товщу кісткової тканини підборіддя, іннервуючи ікло, різці, анастомозуючи з одноіменною гілкою іншого боку.

Язиковий нерв, відходячи від нижньощелепного нерва на одному рівні з нижнім альвеолярним нервом, іде вниз по внутрішній поверхні зовнішнього крилоподібного м'яза. В початковому відділі до нього приєднується секреторна гілка проміжного лицевого нерва для підщелепної та під'язикової залоз. Проникаючи під слизову оболонку дна порожнини рота, язиковий нерв ділиться на гілки, більша частина яких іннервує слизову оболонку переднього відділу язика, інша частина іннервує слизову під'язикової ділянки та альвеолярного паростка щелепи з язикового боку.

Слизову оболонку задньої третини язика іннервують гілки язикоглоткового нерва, руховим нервом язика є під'язиковий нерв.

Лицевий нерв. Вся м'яка мускулатура іннервується гілками лицевого нерва. Пошкодження тієї чи іншої гілки лицевого нерва призводить до стійких паралічів, які викликають спотворення нормального виразу обличчя. Лицевий нерв є VII парою черепних нервів, після виходу з порожнини черепа через шилососкоподібний отвір прямує вниз і вперед, вступає в товщину привушної слинної залози, де ділиться на верхню та нижню гілки. Сплетення гілок лицевого нерва в привушній ділянці отримало назву сплетення привушної слинної залози. Виділяють гілки лицевого нерва: скроневі, виличні, щічні, крайові, нижньощелепні, шийні.

Для більшої безпеки при оперативних втручаннях (розкриття флегмони, пошуки стороннього тіла тощо) розтинають шкіру та підшкірну клітковину, а потім, якщо можливо, розшаровують тканини тільки тупим шляхом. Таким чином, знання топографії нервових утворень ЩЛД необхідне не тільки з діагностичною метою, а й для надання необхідної допомоги при нападах невралгії або невритів, для попередження пошкодження гілок лицевого нерва, а також при оперативному втручанні на обличчі.

Особливості лімфатичної системи. Розвинута лімфатична сітка ЩЛД забезпечує добрий лімфовідтік. Дослідження регіонарних лімфатичних вузлів є обов'язковим етапом при обстеженні хворих для розпізнавання деяких патологічних процесів.

Розрізняють групи лімфатичних вузлів піднижньощелепної ділянки та ший. Не слід забувати, що лімфа з верхньощелепної пазухи та горба верхньої щелепи відтікає в приглоткові та глибокі шийні лімфатичні вузли, які часто бувають недоступні для пальпації. Першим лімфатичним бар'єром на шляху відтоку лімфи від зубів є підщелепні та підборідні лімфатичні вузли. Лімфа від обличчя та щелеп через лімфатичні шляхи поступає в яремні лімфатичні стовбури.

Цінним методом діагностики, особливо для раннього розпізнавання злоякісних новоутворень ЩЛД, є вивчення лімфатичної системи ЩЛД і ший в нормі та при патологічних процесах за допомогою контрастної рентгенографії.

Імунобіологічні особливості. Ці особливості проявляються в підвищенні імунної резистентності і в більш високій регенераторній здатності тканин ЩЛД. Захисна функція слизової оболонки порожнини рота полягає в її здатності перешкодити проникненню бактерій і вірусів в організм.

Підвищені імунні можливості та регенераторна здатність тканин обличчя та порожнини рота забезпечуються хорошою іннервацією та васкуляризацією. Завдяки цим властивостям, які характерні для тканин ЩЛД, загоєння ран і репаративні процеси перебігають швидше, ніж в інших ділянках тіла людини.

Функціональне значення зубо-щелепної системи та органів порожнини рота. Порожнина рота є початковим відділом травного тракту. Але вона служить не лише "приймачем їжі", а й виконує інші різноманітні функції.

Механічна обробка їжі. Завдяки наявності зубів при акті жування їжа піддається ретельній механічній обробці, в результаті чого харчові частинки подрібнюються, чим попереджається можливість грубого механічного подразнення слизової оболонки стравоходу, шлунка та створюються умови для подальшого проходження їжі. Цьому ж сприяє слина, яка, проникаючи та обволікаючи харчовий комок, полегшує його попадання в шлунок. Їжа піддається в порожнині рота механічній обробці в середньому за 20 секунд.

Аналізаторна функція. Тактильні, фізичні, хімічні подразники сприймаються аналізаторами слизової оболонки порожнини рота та язика. Наявність смакових рецепторів є специфічною особливістю органів порожнини рота. Імпульси подразнення слизової оболонки порожнини рота, що виникають при цьому, передаються по аферентних волокнах трійчастого, лицевого, язикового нерва у ЦНС. Реакція-відповідь може поширюватися на органи та системи, особливо на секреторні залози шлунка. Загальні пошкодження органів і тканин у порожнині рота призводять до порушення вказаних функцій.

Слизова оболонка рота виконує ряд важливих функцій: захисну, регенераторну, всмоктувальну.

Захисна функція здійснюється за рахунок того, що слизова оболонка перешкоджає проникненню мікроорганізмів і вірусів усередину.

Висока регенераторна здатність слизової оболонки забезпечує швидке загоєння ран. На здатності слизової оболонки до всмоктування, будується прийом лікувальних паст, еліксирів, ванночок тощо.

Язик – м'язовий орган, покритий слизовою оболонкою. Слизова оболонка достатньо забезпечена нервовими волокнами, кровоносними та лімфатичними судинами. Вона володіє високою чутливістю, так як у ній знаходяться холодкові, теплові, больові, тактильні та смакові рецептори, які є початком аферентних шляхів до півкулі головного мозку. Слизова оболонка є рефлексогенною ділянкою залоз і м'язів шлунково-кишкового тракту.

Слина та її фізіологічне значення. Слина – складний секрет, який вміщує органічні та неорганічні речовини: муцин, амінокислоти та більше 30 ферментів. Є відомості про наявність у слині вітамінів, хлоридів, фосфатів, бікарбонатів, радонідів, бромідів, фторидів, сульфатів, мікроелементів. Антибактеріальний вплив у слині мають на лейкіни, опсоніни, ліпаза, лізоцим. Таким чином, складний хімічний склад слини забезпечує буферну та нейтралізуючу дію, має антибактеріальні та очищувальні властивості.

Стоматологічні захворювання ШЛД, зокрема одонтогенні, є однією з актуальних проблем сучасної хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії. В останні роки відзначається збільшення кількості хворих на гострі одонтогенні запальні захворювання, нерідко спостерігається тяжкий, прогресуючий перебіг, що ускладнюється гострою дихальною недостатністю, медіастенітом, менінгоенціфалітом та іншими внутрішньочерепними запальними процесами, сепсисом, септичним шоком.

Незважаючи на певні успіхи, досягнуті в лікуванні гострих одонтогенних запальних захворювань та їх ускладнень, летальність продовжує залишатися високою, що свідчить про необхідність ранньої діагностики, прогнозування перебігу та ефективного лікування.

Нерідко відзначається зміна клінічної картини захворювання, особливо на початку його розвитку, що створює діагностичні труднощі. В останні десятиліття частіше спостерігається агресивний перебіг розлитих флегмони, остеомієліту щелеп, важкі ускладнення зазначених запальних процесів.

Проведення професійного обстеження стоматологічного хворого,

зокрема з одонтогенними захворюваннями, опанування навиків оформлення медичної документації (медичної картки / історії хвороби), вміння використати додаткові методи обстеження та правильне їх тлумачення, визначення психоемоційного стану пацієнта дозволить скласти чіткий, обґрунтований план лікування та визначити подальший прогноз перебігу основного захворювання.

Усі стоматологічні захворювання можна розділити на дві групи – захворювання запального та незапального характеру. До останньої групи віднесено пухлини та пухлиноподібні новоутворення, що виникають у ЩЛД. Також обидві групи потрібно розділити на захворювання м'яких тканин, кісток, зубів.

Так, до групи захворювань запального характеру, з локалізацією інфекції в тканинах зубів належать карієс, пульпіт, періодонтит, захворювання пародонту (гінгівіт, пародонтит, пародонтоз). Окремо, виділяють хвороби прорізування зубів – ретенція, дистопія зуба, перикороніт.

До групи захворювань кісткової тканини запального характеру ЩЛД відносять періостит, остеомієліт, артрит, гайморит або синусит.

До групи захворювань м'яких тканин запального характеру ЩЛД відносять фурункули, карбункули, лімфаденіти, флегмони, абсцеси, бешиха, нома, мігруюча гранулема обличчя, сіалоденіти.

Також, серед стоматологічних захворювань виділяють захворювання слизової оболонки порожнини рота, де виокремлюють – стоматити, хейліти тощо.

До захворювань незапального характеру, що локалізуються в м'яких тканинах ЩЛД відносять фіброму, папілому, ліпому, гемангіому, різні за походженням кісти м'яких тканин (ретенційна, дермоїдна, ембріональна тощо), пухлини слинних залоз, аутоімунні захворювання та різноманітні синдроми (синдром Шегрена, хвороба Мікуліча тощо).

До захворювань незапального характеру, що локалізуються в кістковій тканині ЩЛД відносять остеогенні та неостеогенні пухлини та пухлино подібні утворення (доброякісного характеру або перебігу) – амелобластома, цементома, одонтома, остеобластокластома, остеїд-остеома, остеома, хондрома, еозинофільна гранулема, паратиреоїдна остеодистрофія, фіброзна дисплазія, епулідиди тощо.

Карієс характеризується демінералізацією та руйнуванням твердих тканин зуба з утворенням дефекту у вигляді порожнини. Спровокувати подібне руйнування твердих тканин може несприятливе довкілля, недостатня гігієна ротової порожнини, неправильне харчування та ряд інших чинників.

Пульпіт – гостре або хронічне запалення судинно-нервового пучка зуба (пульпіт) через проникнення в неї бактерій з каріозної порожнини зуба.

Гінгівіт – запальне захворювання тканини ясен, без порушення цілісності зубоясеневого прикріплення.

Пародонтит – це запальне захворювання тканин пародонту, яке супроводжується атрофією кістки щелеп та утворенням пародонтальних кишень.

Пародонтоз – це дистрофічне захворювання тканин пародонта, що має

хронічний перебіг, проявляється гіперчутливістю та витонченням емалі, оголенням шийок зубів, рівномірної деструкцією кісткової тканини, що обумовлює порушення функції зубо-щелепного апарату.

Ретенція зуба – це затримка строків прорізування постійного зуба, що сформувався, ретенція може бути повною чи неповною.

Перикороніт – це запальний процес в слизовій оболонці порожнини рота, навколо коронки зуба, що прорізується.

Флегмона (від грец. запалення) – гостре гнійне розлите запалення м'яких тканин: клітковини, м'язів, фасцій, судин, лімфовузлів, розташоване в м'яких тканинах (під шкірою, слизовою, між м'язами та фасціями).

Абсцес – гостре, гнійне обмежене запалення м'яких тканин, що виникає в результаті гнійного розплавлення підслизової, підшкірної між м'язової, фасціальної клітковини, лімфатичних вузлів або м'язової тканини у вигляді порожнини в тканинах з гноєм.

Фурункул – це гостре гнійно-некротичне запалення волосяного фолікула та навколишньої сполучної тканини.

Карбункул – розлите гнійно-некротичне захворювання шкіри та підшкірної клітковини, яке виходить з декількох волосяних фолікулів, сальних залоз.

Бешиха обличчя – гостре інфекційне захворювання, характер. глибоким серозно-ексудативним ураженням шкіри, рідше слизових оболонок, із утворенням різко обмеженого запального вогнища, симптомами загальної інтоксикації та частими рецидивами. Збудник: гемолітичний стрептокок групи А, який проникає через невеликі ушкодження шкіри або гематогенним шляхом. Виникає на фоні сенсibiliзації та зниженні загальних і місцевих факторів імунітету. Вхідними воротами є шкіра, особливо при її пошкодженнях, ерозіях, екземі, запальних захворюваннях. Відзначають також схильність до бешихи вродженого характеру. Імунітету після перенесеного захворювання не виникає, що є причиною повторних (рецидивних) форм, і становить від 24 до 43%.

Клінічна класифікація (місцеві зміни): еритематозна, еритематозно-бульозна, еритематозно-геморагічна, бульозно-геморагічна форми, а також ускладнення у вигляді некротично-флегмонозної форми.

Лікування залежить від форми захворювання, ступеня інтоксикації та характеру локальних проявів. У комплексі лікувальних заходів провідне місце займає антибіотикотерапія, а також гіпосенсибілізуюча, загальнозміцнююча, дезінтоксикаційна терапія та місцеве лікування. Лікування слід проводити в умовах стаціонару.

Вплив більшості стоматологічних захворювань на стан організму

Вплив більшості стоматологічних захворювань на стан організму обумовлений наступними факторами – видом захворювання та його тривалістю, особливостями його перебігу, анатомічною ділянкою обличчя, особливостями іннервації та кровообігу, вчасністю звернення до лікаря та призначенням адекватного етіопатогенетичного лікування та багатьма іншими. Так, запальні захворювання ЩЛД спричиняють різноманітний вплив на організм людини, а саме: синдром інтоксикації (підвищення температури тіла,

втрату сну, апетиту, головний біль), локальні симптоми – гіперемія, набряк, інфільтрат, біль при пальпації відповідної ділянки та порушення життєво-важливих функцій (дихання, ковтання, відкривання рота, жування, зору).

Окрім того, тривалий перебіг запальних захворювань призводить до виснаження компенсаторних можливостей організму, зниження імунітету, та як наслідок виникнення різноманітних місцевих і загальних ускладнень із важкими наслідками. Наприклад, тривалий перебіг флегмони ЩЛД (особливо глибоких просторів – кореня язика, шиї, приглоткового простору, дна порожнини рота) призводить до поширення гнійно-запального процесу по клітковинним просторам і фасціям до середостіння (в цьому просторі знаходяться життєво-важливі анатомічні структури – серце, легені, плевра, аорта, грудний лімфатичний проток та ін.), викликаючи розвиток медіастеніту, летальність при цьому складає не менше 70 %.

Фурункули та карбункули ЩЛД, що локалізуються в ділянці так званого «носо-губного трикутника або трикутника смерті», можуть призводити при не надані вчасного лікування до виникнення небезпечних для життя гнійно-запальних ускладнень – тромбозу кавернозного синусу з подальшим летальним наслідком. У деяких випадках можуть виникати септичні стани та менінгіти. Навіть при компенсації гнійно-запального процесу в ЩЛД, тривала наявність гнійно-запального процесу призводить до виникнення значної за розміром ділянки некрозу м'яких тканин або кістки, що призводить до утворення значного післяопераційного (післязапального) дефекту та рубцевої деформації. Усунення цих дефектів є складною технічною задачею для щелепно-лицевих хірургів, що потребує використання усіх можливих засобів реконструктивно-відновної та пластичної хірургії.

В свою ж чергу, захворювання незапального характеру, тобто пухлини та пухлиноподібні новоутворення, частіше викликають дискомфорт, порушення естетики, деякі функціональні розлади, що не несуть тривалий період часу суттєвих загроз для пацієнта. Втім, їх існування потребує тривалого динамічного спостереження, поза як у деяких випадках може виникати малігнізація доброякісних пухлин (наприклад, для плеоморфної аденоми слинних залоз). Збільшення в розмірах деяких пухлин призводить до значного порушення естетики, навіть при доброякісному перебігу, а в деяких випадках до виникнення «вагусних» симптомів (головні болі, часті зміни тиску) – наприклад, при збільшенні в розмірах бронхіогенної кістки шиї. Можуть виникати післяпухлинні значні дефекти та деформації м'яких і кісткових тканин при невчасній діагностиці та пізньому проведенні оперативного втручання.

ОБСТЕЖЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ПАЦІЄНТА

Загальні дані:

1.1. Збір паспортних даних і згода на обробку персональної інформації.

Юридичні аспекти поінформованої згоди, зокрема у пацієнтів дитячого віку та неповнолітніх.

1.2. Вік пацієнта.

1.3. Діагноз клінічний:

1.3.1. Основний.

1.3.2. Ускладнення.

1.3.3. Супутні захворювання.

КЛІНІЧНІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ

Обстеження хворого з хірургічною патологією ЩЛД – це комплекс досліджень, що проводяться для виявлення індивідуальних особливостей хворого з метою встановлення діагнозу, підбору раціонального лікування, спостереження за перебігом захворювання, визначення прогнозу. Обстеження хворого включає: з'ясування скарг, збір анамнезу, фізикальний (огляд, пальпація, перкусія), інструментальний, лабораторний, рентгенологічний, цитологічний, патогістологічний та інші методи досліджень. При опитуванні хворого визначається його нервово-психічний статус, інтелектуальний розвиток.

На підставі цього, слід аналізувати скарги та хід розвитку захворювання.

2. Скарги

Обстеження починається зі з'ясування скарг на момент захворювання. Скарги хворих зазвичай різноманітні: на больові відчуття, припухлість, наявність дефектів і деформацій (вроджених, що виникли після травм, хвороб та ін.) Якщо хворий скаржиться на біль, напочатку слід встановити можливу причину його виникнення (самотійний або проявляється після впливу тих чи інших подразників, при ковтанні, розмові, пов'язана з прийомом їжі або рухом щелепи, мовою, що залежить від положення хворого), його характер (гострий або тупий, пекучий, ниючий, стискаючий та ін.), інтенсивність (сильний, середній, слабкий), тривалість (постійний або нападаподібний), локалізованість (розлитий або локальний, наявність іррадіації в ту чи іншу ділянку), біоритмічність (денні або нічні болі, сезонність, тощо). Необхідно пам'ятати, що при запальних процесах ЩЛД у хворих спостерігаються головні болі, запаморочення, слабкість, нездужання, озноб, втрата апетиту, сну та інші симптоми, які відображають вираженість інтоксикації організму. З'ясування цих даних сприяє диференційній діагностиці захворювання зубів, нервів, запальними, пухлиноподібними, пухлинними процесами в щелепних кістках, м'яких тканинах, слинних залозах, тощо.

При наявності скарг на припухлість з'ясовують з чим пов'язана її поява, як швидко вона збільшується в розмірах або перебуває в стабільному (незмінному) стані, або може зменшуватися, аж до її зникнення. Необхідно уточнити, чи

супроводжується поява припухлості тканин больовими проявами, їх характер, інтенсивність, тривалість і локалізація. Чи супроводжуються больові відчуття порушенням функції: акт жування, ковтання, дихання. Ці дані допомагають провести диференційну діагностику між запальними захворюваннями, травматичними ушкодженнями, доброякісними і злоякісними новоутвореннями, непухлинними процесами слинних залоз (сіалоаденіти, сіалодохіти, сіалози, синдроми з ураженнями великих слинних залоз) та ін.

Хворі можуть пред'являти скарги з приводу деформації, дефекту твердих або м'яких тканин ЩЛД, які призводять до функціональних, косметичних порушень. У цих випадках лікар має з'ясувати їхнє походження, тобто вроджені або набуті дефекти та деформації (після травми, запальних процесів, пухлин, раніше проведених оперативних втручань та інше).

3. Історія захворювання (Anamnesis morbi)

Після уточнення скарг хворих, необхідно приступити до збору анамнезу захворювання. Визначають тривалість його перебігу, початкову симптоматику, можливу причину виникнення, динаміку перебігу, чи проводилося раніше лікування (медикаментозне, хірургічне).

За наявності у пацієнта наявної документації з приводу проведеного обстеження та лікування (виписка з історії хвороби, рентгенограми, лабораторні аналізи, спеціальні методи обстеження, висновки спеціалістів) необхідно з нею ознайомитися. Слід уточнити розвиток захворювання після оперативних втручань, інфекційних захворювань, хвороб внутрішніх органів.

При травмі встановлюється час, місце та обставини отримання травми, її причину (побутова, транспортна, кримінальна, виробнича, спортивна тощо). З'ясовують, чи втрачав хворий свідомість і на який час, чи були нудота, блювання, запаморочення, кровотеча з носа, вух, коли та ким була надана перша медична допомога, в чому вона полягала, яким транспортом потерпілий був доставлений в лікувальний заклад. Обов'язкового уточнення вимагає факт отримання травми в стані алкогольного, наркотичного сп'яніння.

При зверненні хворих із неврогенними болями, необхідно зібрати неврологічний статус пацієнта. При кровотечах (після травми, видалення зуба чи зубів, оперативних втручань) потрібно зібрати дані про її тривалість, після раніше перенесених операцій, порізів, забитих ділянок, екстракції зубів та ін.

Вроджені дефекти та деформації тканин ЩЛД вимагають з'ясування даних сімейного анамнезу (спадковість), характеру перебігу першої половини вагітності (особливо другий та третій місяць внутрішньоутробного розвитку плоду) і пологів, особливості розвитку в дитячому віці та пізніше. При набутих дефектах і деформаціях тканин ЩЛД уточнюють причину їх виникнення (травматичні пошкодження, неспецифічні та специфічні запальні процеси, опіки, пухлинні та пухлиноподібні захворювання, раніше перенесені операції та ін.).

4. Історія життя хворого (Anamnesis vitae). Фізичний, психічний та соціальний розвиток обстежуваного. Побутовий анамнез – матеріальна забезпеченість, живлення, гігієнічний режим. Епідемічний анамнез: перенесені інфекційні захворювання (гепатит, туберкульоз, венеричні захворювання, тифи, кишкові інфекції), контакти з інфекційними хворими, перебування в місцевості з несприятливим зовнішнім середовищем. Гемотрансфузійний анамнез: група крові хворого, чи переливалася раніше кров, чи були ускладнення, ін'єкції, переливання кровозамінників впродовж останнього року. Перенесені захворювання, операції, травми. Шкідливі звички дитини, батьків. Алергологічний анамнез: відмітити алергічні реакції (висип, набряк Квінке, лихоманка, задуха тощо), в т.ч. на введення ліків або інші алергени. Спадкові захворювання.

5. Об'єктивне дослідження стану хворого (Status praesens objectivus)

Загальний вигляд хворого. Оцінка тяжкості стану (задовільний, середнього ступеню тяжкості, важкий). Положення (активне, вимушене, пасивне). Статура (правильна, деформація скелету). Ріст, вага, розвиток підшкірно-жирової клітковини.

Шкіра та слизова оболонка порожнини рота: колір (блідість, синюшність, судинний малюнок, пігментація, крововиливи, еластичність, наявність рубців набряки).

Лімфатичні вузли (величина, спаяність, болючість, щільність) – підщелепні, підпідборідні, шийні, привушні надключичні та підключичні, пахвові.

Серцево-судинна система. Пульс (частота, ритм, напруга, наповнення).

Система органів травлення. Болючість при пальпації епігастральної ділянки, кишечника; визначення нижнього краю печінки та розмірів селезінки.

Сечовидільна система. Визначення симптому Пастернацького.

Нервово-психічний статус. Свідомість, мова. Чутливість (ділянки порушення чутливості). Рефлекси (глотковий, черевні, сухожильно-періостальні: ліктьовий, колінний). Оболонкові симптоми: ригідність потиличних м'язів, симптом Керніга.

Опорно-руховий апарат: порівняння довжини кінцівок, ступеню мобільності суглобів, наявність синдактилій, полідактилій, олігодактилій.

6. Status localis

Огляд хворого проводять у стоматологічному кріслі. При важкому загальному стані пацієнта обстеження проводять на кушетці, на ліжку, на операційному столі в перев'язочній або в стоматологічному кріслі, укладеному в горизонтальному положенні. Лікар здійснює огляд у хірургічних рукавичках, з маскою. Для обстеження хворих використовують такі інструменти:

1) шпатель – для відведення губ, щік, при огляді присінка порожнини рота, прикусу, зубних рядів язика, під'язикової ділянки, піднебіння, піднебінних мигдаликів, глотки тощо;

2) пінцет стоматологічний або анатомічний для визначення ступеню рухливості зубів та їх перкусії;

3) стоматологічне дзеркало – для огляду зубів, задньої поверхні язика, під'язикової ділянки, піднебіння;

4) зубний зонд (кутовий або штикоподібний) – для визначення глибини зубо-ясених кишень і дефектів коронкової частини зубів;

5) тонкий зонд Баумана, затуплені тонкі ін'єкційні голки, поліетиленові слинні катетери – для зондування протоків великих слинних залоз чи норицевих ходів;

6) гудзиковий зонд – для зондування оро-антральних сполучень, нориць, глибоких ран м'яких тканин, дефектів піднебіння та щелепних кісток.

При огляді зовнішніх покривів ЩЛД необхідно, в першу чергу, звернути увагу на наявність або відсутність асиметрії обличчя, на характер порушення симетрії (набряк, запальний інфільтрат, деформація, дефект, пухлиноподібні, пухлинні утворення тощо). Визначається зміна шкірних покривів (кольору, тургору), наявність норицевих отворів на шкірі і характер виділень з них. Виявляємо наявність/відсутність рубців (форма, довжина, колір, деформація), величина губ, колір слизової оболонки червоної кайми, розміри ротової щілини, симетричність її кутів, ступінь відкривання рота.

Після огляду проводять пальпацію ЩЛД. **Пальпація** – метод діагностичного дослідження тканин шляхом доторкання до певної частини тіла, зокрема ЩЛД. При пальпації м'яких тканин визначається консистенція припухлості (м'яка, щільна), болючість, ділянка поширення, рухливість, спаяність з навколишніми тканинами (збирається шкіра в складку над припухлістю чи ні), наявність ділянок розм'якшення та флюктуації (симптом знаходження рідини в замкнутій порожнині). Флюктуація буде істинною, якщо визначається в двох взаємно-перпендикулярних напрямках. Флюктуація, що відчувається тільки в одному напрямку, є помилковою (при пухлинах м'яких тканин – ліпома). Пальпуються всі нерівності, потовщення кісткової тканини, визначається їх симетричність, болісність, уточнюються розміри.

При пальпації піднижньощелепних, задніх вушних і шийних лімфовузлів, лікар однією рукою нахилиє голову хворого вниз, а іншою рукою, послідовно, доторкається цих ділянок трьома пальцями. Підпідборідні лімфовузли визначаються в такому ж положенні вказівним пальцем. Щічні, носогубні, нижньощелепні (супрамандибулярні) лімфовузли пальпуються бімануально – пальцями однієї руки з боку порожнини рота, інший – зовні. Привушні лімфатичні вузли пальпуються двома – трьома пальцями в проекції гілки нижньої щелепи або позащелепною ділянкою, а також бімануально – по передньому краю привушних залоз. При визначенні надключичних лімфатичних вузлів розташованих у великій і малій надключичних ямках лікар стає позаду хворого та визначає їх трьома пальцями, розміщеними на ключиці.

Пальпація скронево-нижньощелепного суглоба: відмічають об'єм рухів у суглобі, виявляють біль у ділянці головки нижньої щелепи, посилення болю при відкриванні та закриванні рота та інших рухах нижньої

щелепи, наявність клацання, хрускоту, крепітації тощо. Пальпують головку нижньої щелепи як попереду козелка вуха так і через зовнішній слуховий хід. Оцінюють трансверзальні, горизонтальні рухи нижньої щелепи, виникнення болю, звуку у суглобах, рухливість.

Обстеження порожнини рота полягає в оцінці прикусу, відкриванні рота, огляду присінку, власне порожнини рота, зіву, зубних рядів, зубів тощо.

Прикус може бути фізіологічний або патологічний. Фізіологічний (ортогнатичний) прикус – положення зубів верхньої та нижньої щелепи, при якому є найбільший контакт між зубами щелеп, що забезпечує повноцінну функцію жування та нормальний зовнішній вигляд.

При патологічному прикусі порушена функція і (або) зовнішній вигляд зубних рядів. Серед патологічних прикусів розрізняють: біпрогнатичний – альвеолярні паростки та передні зуби обох щелеп кілька відхилені допереду; глибокий – різці верхньої та нижньої щелеп глибоко заходять один за одного та відсутній правильний контакт між ріжучими та жувальними поверхнями зубів; дистальний (прогнатичний) – різці та ікла верхньої щелепи розташовані попереду відповідних зубів нижньої щелепи; мезіальний (прогенічний) – різці та ікла нижньої щелепи розташовані попереду відповідних зубів верхньої щелепи.

У нормі відкривання рота повинно бути, приблизно, на 5 см. або на три поперечника II, III, IV пальців, введених між центральними різцями. При запальних процесах ЩЛД, внаслідок спазму жувальних м'язів може бути утруднене та болісне відкривання рота.

Далі переходимо до обстеження присінку порожнини рота, тобто вивчаємо стан (колір, рухливість, зволоженість) слизової оболонки губ і щік. Звертаємо увагу на малі слинні залози (щічні, губні). Оглядаємо слизову оболонку ясен (ясенний край, ясенні сосочки), під'язикову ділянку, язик, зів, вуздечку губ і мови. Необхідно визначити чи виділяється слина (рідка, в'язка, прозора, мутна, з пластівцями фібрину або гною) з вивідних проток привушної та піднижньощелепної слинної залоз.

Пальпаторно обстежуємо альвеолярні паростки верхньої, нижньої щелеп (альвеолярні дуги, піднесення, гребені, горби). Після приступаємо до огляду зубів (перкусії, визначенню ступеня рухливості), записують зубну формулу.

7. Попередній діагноз. Попередній діагноз виставляється на підставі скарг, даних анамнезу і об'єктивного обстеження.

8. Розгорнутий план обстеження.

ЛАБОРАТОРНІ МЕТОДИ

Кров. Відповідно завданням діагностики та контролю за ефективністю лікування визначають кількісний та якісний склад крові. Еритроцити складають основну масу формених елементів крові. Період їхнього життя становить 120 днів. У крові міститься від $4,5$ до 5×10^{12} в 1 л еритроцитів (у чоловіків) або $3,7-4,7 \times 10^{12}$ (у жінок). Масу еритроцитів у крові визначають за гематокритною величиною, тобто по співвідношенню еритроцити / плазма, помноженому на масу циркулюючої крові. В еритроциті міститься

дихальний пігмент – гемоглобін, значення якого зводиться до фіксації кисню та транспортуванні його тканинам. Кількість гемоглобіну в крові у дорослих осіб становить 115-145 г/л у жінок і у чоловіків 132-164 г/л. Кольоровий показник у нормі – 0,8-1,05.

Лейкоцити діляться на 2 групи: гранулоцити (зернисті) – нейтрофіли, еозинофіли та базофіли; агранулоцити (незернисті) – лімфоцити та моноцити. Тривалість життя нейтрофілів у середньому 14 днів, з них 5-6 днів вони дозрівають і затримуються в синусах кісткового мозку, від 30 хвилин до 2-х днів – циркулюють у периферичній крові, 6-7 днів – знаходяться в тканинах. Зрілі нейтрофіли кісткового мозку можуть швидко потрапити в тканини при раптовій потребі в них (запальні реакції, гострі інфекції, дія токсинів, стрес та ін.).

Нормальна кількість лейкоцитів у здорових людей становить $4-9 \times 10^9$ в 1 л. Лейкоцитоз спостерігається при запальних, токсичних, септичних і багатьох інфекційних процесах, а також виникають під впливом іонізуючої реакції в першій її стадії, при розпаді тканин (некрозі), наприклад при інфаркті міокарда. Лейкоцитоз новонароджених і вагітних розвивається зазвичай на 5-6 місяці. Лейкопенія спостерігається при ряді інфекційних захворювань (черевний тиф, бруцельоз, грип, кір, краснуха, гепатит А та ін.), під дією лікарських препаратів (сульфаніламідів ін.), при голодуванні, гіпнотичних станах, зниженні реактивності організму, харчовій алергії та ін. Процентне співвідношення окремих форм лейкоцитів називають лейкоцитарною формулою (лейкограмою), яка в останні 30-40 років помітно змінилася. При дослідженні формули крові можна виявити відхилення їх від норми в початковому періоді гострих запальних захворювань ЩЛД, хоча результати інших досліджень знаходяться в межах фізіологічної норми.

Особливо важливо вивчення картини крові в динаміці захворювання, що дає можливість судити про тяжкість процесу, про поліпшення або погіршення стану хворого, про прогноз.

При різних формах гострих запальних захворювань, кількість лейкоцитів периферичної крові може залишатися в межах норми, частіше спостерігається лейкоцитоз, кількість лімфоцитів і моноцитів може залишатися без змін або зменшується, число еозинофілів – дещо зменшується.

Швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) в нормі становить: у чоловіків – 1-10 мм/год, у жінок – 2-15 мм/год.

Цитохімічне дослідження нейтрофілів може бути використане, як лабораторний тест для ранньої диференційної діагностики гострого одонтогенного періоститу та остеомієліту щелери. У ранній фазі гострого запалення при остеомієліті різко збільшується активність лужної та кислої фосфатаз, глікогену, мієлопероксидази та фагоцитарної активності лейкоцитів. Відповідно завданням діагностики та лікування, для оцінки стану організму хворого, визначають хімічний склад плазми крові. Важливою частиною плазми є білки, до складу яких входить і фібриноген. Плазма, яка вільна від фібриногену називається сироваткою.

З діагностичною метою вивчаються показники системи згортання крові. Час згортання у здорових людей однаково 5-10 хв.

Сеча. При гнійно-запальних захворюваннях ЩЛД спостерігаються зміни в аналізах сечі. Протеїнурія може бути при появі білка в плазмі крові, а потім і в сечі, де з'являються білки з невеликою молекулярною масою, вільно проникають через нормально функціонуючий клубочковий фільтр (білок Бенс-Джонса, міоглобін, гемоглобін). Лейкоцити в сечі здорових людей виявляються в кількості 4-6 в полі зору. Їх кількість значно збільшується при високій температурі тіла (лихоманці), інтоксикації, пієлонефриті та ін.

Збільшена концентрація сечовини в сечі виявляється при підвищеному вмісті білка в харчуванні, інтенсивному розпаді білків тканин, нефриті, інтоксикації, лихоманці та ін. Підвищення рівня загального азоту сечі спостерігається при розсмоктуванні інфільтратів, при анаеробної інфекції, інтенсивному розпаді білка, діабеті та ін.

Цитології ран і гнійного ексудату. Хірургу будь-якого профілю постійно доводиться мати справу з лікуванням ран. Від цілеспрямованості та ефективності застосовуваних методів лікування залежить тривалість загоєння рани, а отже та тривалість непрацездатності хворого. Для правильної оцінки змін у рані та результатів впливу на неї в бажаному напрямку, лікареві необхідно мати глибокі знання з патофізіології, патоморфології та клініки раньового процесу. Цьому може сприяти вивчення цитології ран як показника процесу її загоєння.

Основною методикою рентгенологічного дослідження в щелепно-лицевій хірургії та хірургічній стоматології є **РЕНТГЕНОГРАФІЯ**. Існують два методи рентгенографії зубів – внутрішньоротовий (інтраоральний) і позаротовий (екстраоральний).

Внутрішньоротові знімки поділяються на контактні та зроблені вприкус, коли плівка затискається між зубами верхньої та нижньої щелепи. Екстраоральна рентгенографія частіше проводиться для зйомки нижньої щелепи, кісток обличчя, скронево-нижньощелепного суглоба, навколоносових пазух, виличної кістки, кісток черепа та слинних залоз.

На оглядових рентгенограмах кісток обличчя в прямій, бічній (права, ліва) та аксіальній (передня, задня) проекціях визначаються верхня та нижня щелепи, піднебінні кістки, що утворюють кісткові стінки порожнини рота.

Широке застосування отримала панорамна рентгенографія, яка відноситься до позаротових методик. На ортопантограмі виходить плоске зображення вигнутих поверхонь

Комп'ютерна томографія – новий, неінвазивний метод діагностики, дозволяє візуалізувати взаємовідношення окремих органів і тканин у нормі та при різних патологічних станах, заснований на використанні принципу математичного моделювання рентгенівського зображення з такою побудовою за допомогою ЕОМ, за отриманими даними, зображення горизонтальних "зрізів" частин людського тіла на екрані дисплея.

Магнітно-резонансна томографія (МРТ) – це неінвазивний метод медичного обстеження, який широко застосовують у медичній діагностиці та в

щелепно-лицевій хірургії також, для планування та контролю адекватності лікування хворого. На відміну від комп'ютерної томографії та рентгенівського дослідження, під час використання цього методу організм не зазнає впливу іонізуючого випромінювання. Натомість зображення формується під впливом потужного магнітного поля та електромагнітних хвиль із застосуванням комп'ютерної обробки для одержання чіткої деталізації м'яких тканин, кісток та інших внутрішніх структур організму. Для підвищення чіткості зображення часто застосовують контрастні речовини. За допомогою МРТ можна діагностувати патологічні зміни м'яких тканин, які неможливо побачити при використанні інших методів медичної візуалізації.

Застосовують *ультразвукову діагностику* та функціональні методи дослідження для жувальних м'язів і СНЩС (*електроміографію, аксіографію, функціональні проби, реографію та ін.*)

9. Дані аналізів і спеціальних досліджень, консультації інших спеціалістів (за необхідністю). Наводяться в детальному виді, з обов'язковим обговоренням виявлених патологічних змін.

10. Диференціальний діагноз.

Необхідно вказати перелік захворювань і патологічних станів, з якими необхідно проводити диференціальну діагностику. По кожному захворюванню необхідно освітити наступні моменти:

- а) дати характеристику і коротку клінічну картину захворювання, з яким проводиться диференціальна діагностика;
- б) описати, чому це захворювання узятє для диференціювання, що загального між захворюванням у хворого та захворюванням, з яким проводиться диференціальна діагностика;
- в) в чому відмінність між ними.

Усі висновки ґрунтуються на даних, описаних в історії хвороби вище. Після обґрунтування формулюється діагноз.

11. Клінічний діагноз. Основне захворювання (захворювання, з приводу якого хворий поступив, у разі летального результату, – захворювання, що є причиною смерті). Ускладнення основного захворювання – захворювання, що розвивається як наслідок основного захворювання. Супутнє захворювання – хвороба, що не має загальної етіології і патогенезу з основним захворюванням.

12. Опис даного захворювання (реферативна частина історії хвороби). Необхідно викласти дані про суть захворювання, етіологія, патогенез, класифікацію, клінічну картину, методи діагностики, ускладнення, що найчастіше зустрічаються, профілактику цього захворювання та його ускладнень. Детально описуються можливі способи лікування цього захворювання, консервативне та хірургічне лікування, показання, протипоказання до них, передопераційна підготовка, ведення післяопераційного періоду, можливі ускладнення – найближчі та віддалені.

13. Розгорнутий план лікування.

Медикаментозна терапія: групи лікарських засобів, вживаних у лікуванні основного захворювання з вказівкою препарату, вибору дозувань, тривалості лікування, необхідному лабораторному контролю. Хірургічне лікування: обґрунтування операції містить діагноз, показання та протипоказання до операції, передбачуваний об'єм оперативного втручання, вибір знеболення. Підготовка до операції: підготовка шлунково-кишкового тракту, підготовка операційного поля, премедикація тощо.

Опис операції (протокол операції).

14. Щоденники (доопераційний та післяопераційний). Складається щодня впродовж курації хворого. Проводиться динаміка стану хворого по органах і системах, найбільшу увагу слід приділити опису тієї системи та тих органів, які пошкоджені або можуть бути пошкоджені при патологічному процесі. У хворих щодня визначається частота пульсу, температура тіла, проводиться аускультация серця, легень, пальпація живота, оцінюється функція кишківника (гази, випорожнення), сечовипускання, далі описується місцевий статус: наявність набряку та інфільтрату тканин, стан шкіри над ними та болючість, за наявності рани – характер ексудату, грануляцій, дренаж, за наявності ушитої рани – стан швів лінії швів, вигляд рубця (гіпертрофований, атрофований) стан пов'язки.

15. Епікриз. Вказується короткий зміст історії захворювання (квінтесенція), наводяться дані досліджень, на підставі яких був поставлений діагноз. Коротко обґрунтовується необхідність оперативного втручання з вказівкою дати та його характеру, підкреслюються особливості післяопераційного перебігу (терміни видалення дренажів, зняття швів, характер загоєння рани). Рекомендації хворому, що виписується із стаціонару (дієта, режим праці та побуту, спостереження у фахівців за місцем проживання).

**Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття:
Професійний тренінг**

№ п/п	Завдання	Вказівки	Примітки
1	2	3	4
1.	Провести курацію хірургічного стоматологічного хворого	В ході обстеження виявити: 1. Скарги пацієнта. 2. Особливості анамнезу захворювання. 3. Особливості анамнезу життя. 4. Патологічні зміни покривних тканин ЩЛД. 5. Патологічні зміни кісток ЩЛД. 6. Патологічні зміни твердих тканин зубів. 7. Патологічні зміни тканин пародонту. 8. Патологічні зміни слизової оболонки порожнини рота.	Звернути увагу на: 1. Характер, інтенсивність, тривалість болю, чинники, що сприяють збільшенню болю. 2. Тривалість захворювання та особливості його розвитку, лікувальні засоби, що отримав хворий до звернення до лікаря. 3. Перенесені загальні, інфекційні, алергічні захворювання, наявність травматичних пошкоджень або лікування з приводу пухлин у хворого або у його родичів. 4. Колір, тургор шкіри та червоної облямівки губ, наявність первинних або вторинних елементів ураження. 5. Анатомічну форму, місця зрощення кісток, патологічну рухливість, біль, симптоми “сходінки” при пальпації кісток обличчя. 6. Наявність дефектів коронкової та пришийкової частини зубів, зміни кольору емалі, біль при зондуванні порожнини зубу, при температурних подразненнях, характер відділень з порожнини зубу. 7. Ступінь патологічної рухливості зубів, оголення коренів, зміни положення зубів, наявність патологічних пародонтальних кишень і характер відділень з них, наявність зубних відкладень, біль при перкусії зубів. 8. Колір, вологість, консистенцію тканин, наявність первинних або вторинних елементів уражень, дефектів цілісності, характер відділень з норниць або ран.
2.	Визначити попередній діагноз хворого	Визначити характер патологічних змін, анатомічну локалізацію вогнища, ступінь порушення функцій ЩЛД	У медичній картці стоматологічного хворого зафіксувати виявлені ознаки захворювання та сформулювати попередній, супутній діагноз
3.	Розробити план лікування	Визначити обсяг та характер лікування	Врахувати виявлені патологічні зміни, діагноз пацієнта та його

	хворого	(оперативне, консервативне, медикаментозне).	загальний стан.
4.	Оформити медичну документацію лікаря стоматолога-хірурга	Зафіксувати у медичній картці стоматологічного хворого дані обстеження пацієнта та попередній діагноз.	При оформленні медичній картці, "Листка щоденного обліку роботи лікаря хірурга-стоматолога" дотримуватись вимог наказу № 302 МОЗ України.

А. Задачі для самоконтролю

Задача №1

Хворий К., 60 років, доставлений в приймальне відділення клініки щелепно-лицевої хірургії у важкому стані. Після огляду, обстеження хворого виставлений діагноз: одонтогенна флегмона скроневої ділянки та підскроневої ямки праворуч. Після розкриття флегмони хворому призначено антибактеріальну терапію. Які особливості призначення антибактеріальних препаратів?

Відповідь: Антибактеріальні речовини з урахуванням індивідуальної переносимості та з урахуванням антибіотикограми (чутливості мікрофлори до антибіотиків).

Задача №2

Хворий 34 років звернувся в стоматологічну поліклініку. У хворого виявлено асиметрію обличчя за рахунок припухлості м'яких тканин правої підщелепної ділянки. З анамнезу стало відомо, що вперше помітив припухлість 3 роки тому? Які сучасні додаткові діагностичні методи необхідно використати для встановлення попереднього клінічного діагнозу?

Відповідь: МРТ м'яких тканин.

Задача №3

До стоматолога-хірурга з направленням із жіночої консультації звернулась пацієнтка М., 24 років, на 6 тижні вагітності для видалення коренів 17 зуба. Об'єктивно: коронка 17 зуба зруйнована повністю, корені роз'єднані, пігментовані, перкусія безболісна. Якою має бути тактика лікаря?

Відповідь: Перенести видалення коренів зуба на термін 20 тижнів вагітності.

Б. Інтерактивне завдання (метод малих груп)

Об'єднуємо студентів у малі групи 4-5 чоловік:

- 1-й групі пропонуємо клінічну ситуацію з пацієнтом із хронічним одонтогенним остеомієлітом нижньої щелепи (вогнищева форма) та супутньою патологією (гостра виразка шлунка).
- 2-й групі пропонуємо клінічну ситуацію із хронічним лімфаденітом правої підщелепної ділянки

Пропонуємо обом групам вивчити проблему, причини її виникнення, шляхи запобігання, вирішення, доповісти результат та обговорити у формі

дискусії.

В. Інтерактивне завдання (метод мозкового штурму)

Пропонуємо студентам визначити негативний вплив нелікованих каріозних зубів на виникнення гнійно-запальних процесів ЩЛД.

Г. інтерактивне завдання (метод дебрифінгу з елементами ділової гри)

Об'єднуємо студентів у малі групи 3-4 чоловік. Роздаємо ролі «пацієнта», «лікар-хірург-стоматолог», «асистенти лікаря». Кожній з груп даємо клінічну ситуацію з різними запальними процесами голови та шиї: абсцес піднебіння, остеомієліт нижньої щелепи, періостит, флегмона привушно-жувальної ділянки, гострий гнійний лімфаденіт. Завдання методу – відпрацювання практичної навички «Етіологічні та патогенетичні принципи загального та місцевого лікування одонтогенних запальних процесів голови та шиї». Завдання пацієнта – розіграти можливу симптоматику при цій клінічній ситуації, «лікаря-хірурга стоматолога» – дотримуючись алгоритму провести суб'єктивне та об'єктивне обстеження, «асистента лікаря» – допомагати лікарю в проведенні обстеження. Все знімається на відеокамеру та згодом обговорюється при перегляді. В ході перегляду вказуються можливі помилки при виконанні алгоритму.

9. Заключний етап (тривалість – 25 хв)

Підведення підсумків заняття. Контроль і корекція рівня професійних вмінь, навичок.

Перевірка знань здійснюється за допомогою індивідуального контролю навичок та їх результатів. Аналіз та оцінка результатів клінічної та теоретичної частини заняття, рішень нетипових задач, тестовий контроль

Домашнє завдання – орієнтована карта для самостійної роботи з літературою за наступною темою.

Матеріали контролю для заключного етапу

Ситуаційні нетипові задачі, завдання для контролю та корекції рівня професійним вмінь і практичних навиків.

А. Тести для самоконтролю

№1. Вкажіть необхідні методи обстеження пацієнта із одонтогенними захворюваннями ЩЛД:

Симптоми, ознаки	Патологія			
	періодонтит	періостит	остеомієліт	гайморит
Огляд	+	+	+	+
Пальпація	-	+	+	-
Зондування	+	-	+	+
Перкусія	+	+	+	+
Рентгенографія	+	+	+	+
УЗД	-	-	-	-

МРТ	-	-	-	-
Доплерографія	-	-	-	-
Сцинтиграфія	-	-	-	-

№2. Вкажіть послідовність заповнення історії хвороби стаціонарного пацієнта із одонтогенними захворюваннями ЩЛД (абсцеси, флегмони):

1. А. Оформлення паспортної частини
2. В. Скарги пацієнта
3. С. Анамнез захворювання
4. D. Анамнез життя
5. Е. Загальний статус
6. F. Локальний статус
7. G. Данні додаткових методів обстеження.
8. Н. Попередній клінічний діагноз
9. І. Складання плану лікування та призначення медикаментів

Відповідь: А – 1, В – 2, С – 3, D – 4, Е – 5, F – 6, G- 7, Н – 8, І – 9.

№3. На рис. зображено місце розрізу слизової оболонки при розтині підокісних абсцесів альвеолярної частини щелеп в середній ділянці обличчя. Які кістки складають середню ділянку обличчя?



- A. Кістки носа*
- B. Верхня щелепа*
- C. Виличний комплекс*
- D. Орбіта*
- E. Нижня щелепа
- F. Сконева кістка
- G. Решітчаста кістка
- H. Тім'яна кістка

Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати на практичному занятті:

- оволодіти навичками обстеження стоматологічного хірургічного хворого;
- оволодіти методикою оформлення історії хвороби;
- провести самостійну курацію хірургічного стоматологічного хворого;
- оволодіти методами діагностики одонтогенних захворювань ЩЛД;
- закріпити знання з приводу основних стоматологічних захворювань та їх впливу на основні системи організму.

Навчальні завдання, що доповнюють самостійну роботу на практичному занятті, а також довідкові матеріали:

- інструкції з методів обробки рук хірурга-стоматолога;
- інструктивні таблиці з вибору методів обстеження хворого;
- інструкції з надання лікарської допомоги при невідкладних станах;
- інструкції з надання невідкладної допомоги при контакті з біологічними речовинами інфікованого пацієнта.

Матеріали методичного забезпечення самостійної роботи студентів з літературою по темі заняття

Орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<u>Вивчити:</u> 1. Класифікація одонтогенних запальних захворювань голови та шиї	Перерахувати групи одонтогенних запальних захворювань голови та шиї	
2. Класифікація основних стоматологічних захворювань	Перерахувати групи основних стоматологічних захворювань	
3. Вплив одонтогенних захворювань ЩЛД на стан основних систем організму	Розповісти про зміни в основних системах організму при наявності одонтогенних захворювань ЩЛД	
4. Основні методи обстеження стоматологічного пацієнта	Перерахувати основні методи обстеження стоматологічного пацієнта	
5. Додаткові методи обстеження пацієнта з одонтогенними захворюваннями ЩЛД	Перерахувати додаткові методи обстеження пацієнта	
6. Заповнення медичної документації	Перерахувати основні етапи заповнення медичної документації, зокрема історії хвороби	
7. визначення психоемоційних типів пацієнтів	Перерахувати основні психоемоційні типи пацієнтів	

Оцінювання студентів на практичному занятті

Оцінювання за наступними критеріями:

1. Оцінювання результату вирішення тестових завдань.
2. Оцінювання вирішення ситуаційної клінічної задачі.
3. Оцінювання демонстрації практичної навички або вміння.
4. Оцінювання роботи з пацієнтом.
5. Оцінювання усної відповіді студента.
6. Оцінювання активності студента.

Критерії оцінки «відмінно»

оцінювання роботи з пацієнтами	оцінювання вирішення клінічної ситуаційної задачі	оцінювання вирішення тестових завдань	оцінювання демонстрації практичної навички чи вміння	оцінювання усної відповіді
студент глибоко і досконало оволодів відмінно володіє прийомами визначення симптомів захворювань, діагностичними та лікувальними маніпуляціями, вміє скласти план лікування	точно сформульований та повністю обґрунтований клінічний діагноз у пацієнта, складений план обстеження і (чи) лікування	відсоток правильних відповідей становить 91-100%	студент виконує практичні навички різного ступеня складності (оволодів практичними навичками, що передбачені програмою)	студент глибоко і твердо засвоїв матеріал, послідовно, грамотно і логічно його викладає, у відповідях тісно пов'язана теорія з практикою. Вільно справляється з різними видами завдань, вірно обґрунтовує прийняття рішень

Критерії оцінки «добре»

оцінювання роботи з пацієнтами	оцінювання вирішення клінічної ситуаційної задачі	оцінювання вирішення тестових завдань	оцінювання демонстрації практичної навички чи вміння	оцінювання усної відповіді
студент в цілому оволодів методикою обстеження пацієнта, відмінно володіє прийомами визначення симптомів захворювань, вільно володіє діагностичними та лікувальними маніпуляціями, але допускає незначні помилки в вище перерахованих процесах	точно сформульований та частково обґрунтований клінічний діагноз у пацієнта, допущені неточності при складанні плану обстеження і (чи) лікування	відсоток правильних відповідей становить 76-90%	студент виконує практичні навички, але допускає незначні неprincipові помилки (відчуває складнощі лише у найтяжчих випадках, помилки, які суттєво не вплинуть на загальний стан пацієнта)	студент твердо засвоїв матеріал, грамотно і по суті відповідає, не допускає суттєвих помилок у відповідях, вірно використовує теоретичні положення при вирішенні практичних завдань

Критерії оцінки «задовільно»

оцінювання роботи з пацієнтами	оцінювання вирішення клінічної ситуаційної задачі	оцінювання вирішення тестових завдань	оцінювання демонстрації практичної навички чи вміння	оцінювання усної відповіді

студент в цілому оволодів методикою обстеження пацієнта, але допускає суттєві порушення у послідовності та методиці обстеження, в інтерпретації методів дослідження, помиляється при виконанні окремих діагностичних та лікувальних маніпуляцій	виникли труднощі при обґрунтуванні клінічного діагнозу, складанні плану обстеження і лікування пацієнта, виправлені студентом за допомогою викладача	відсоток правильних відповідей становить 51-75%	студент в процесі виконання практичних навичок допустив серйозні помилки, відчуває труднощі у простих випадках (відповідь неповна, допущені неточності), що може призвести до погіршення загального стану	студент має знання основного матеріалу, але не засвоїв його деталей, допускає помилки, не достатньо правильно формулює, порушує послідовність у викладенні матеріалу
---	--	---	---	--

Критерії оцінки «незадовільно»

оцінювання роботи з пацієнтами	оцінювання вирішення клінічної ситуаційної задачі	оцінювання вирішення тестових завдань	оцінювання демонстрації практичної навички чи вміння	оцінювання усної відповіді
студент не засвоїв практичних навичок або допускає грубі помилки при проведенні фізичного обстеження пацієнта, здійсненні діагностичних та лікувальних маніпуляцій, формулюванні діагнозу, вирішенні питання тактики лікування	не дано відповіді на завдання задачі	відсоток правильних відповідей становить менше 51%	студент не оволодів програмою (відповідь неправильна, допущені суттєві помилки, не вироблені практичні навички, не сформовані вміння, що може призвести до порушення загального стану пацієнта)	студент не знає частини програмного матеріалу, допускає помилки, невпевнений у відповіді

Критерії оцінки активності студента

відмінно (2 бали)	добре (1,5 бала)	задовільно (1,0)	незадовільно (0)
Проактивний Студент проявляє високу зацікавленість у вивченні предмету, активно генерує ідеї, твердо засвоїв матеріал, активно та впевнено працює з хворими, виконує практичні навички без помилок, активно та швидко справляється з різними видами завдань і тестів, допомагає	Активний Студент проявляє зацікавленість у вивченні предмету, в цілому засвоїв матеріал, працює з хворими, виконує практичні навички майже без помилок, вчасно справляється з різними видами завдань і тестів, вміє працювати в команді.	Малоактивний В цілому засвоїв матеріал, майже не виявляє інтересу у вивченні предмету та оволодінні практичними навичками, мало цікавиться роботою з хворими, проявляє понижену активність під час роботи з різними видами завдань і тестів в групі.	Пасивний Студент не проявляє зацікавленість у вивченні предмету, не працює з хворими, виконує практичні навички з помилками, не справляється вчасно з різними видами завдань і тестів, не вміє або не виражає бажання працювати в команді.

товаришам по групі.			
---------------------	--	--	--

III. Цілі розвитку особистості (виховні цілі):

– вдосконалити знання та відпрацювати мануальні навички з обстеження хворих стоматологічного профілю;

- розвивати етико-деонтологічні принципи в роботі з колегами, хворими, їх родичами зокрема під час проведення діагностично-лікувальних заходів.