

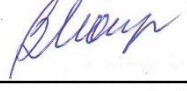
Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

ЗАТВЕРДЖЕНО

на засіданні кафедри
хірургічної стоматології та щелепно-лицевої
хірургії
“31” серпня 2022 р.
протокол № 1

Навчальний предмет
**Введення в клінічну
стоматологію**
Хірургічна стоматологія

завідувач кафедрою

професор  **В.О.Маланчук**

**Методичні рекомендації
для викладачів до проведення практичного заняття зі
студентами, IV курсу стоматологічного факультету**

Тема №1: **Класифікація пухлин, етіологія, патогенез, закономірності
росту і розвитку доброякісних пухлин, принципи їх
диференціальної діагностики та лікування. *Доброякісні
пухлини та пухлиноподібні новоутворення м'яких тканин
ЩЛД (папілома, фіброма, ліпома, гемангіома, атерома,
нейрофіброматоз, дермоїдна та епідермальна кісти, кіста
ший серединна та бічна, брахіогенні кісти і нориці): етіологія,
патогенез класифікація, гістологічна будова, клініка,
диференційна діагностика, лікування та профілактика
ускладнень***

Склала: проф. Астапенко О.О.

Кількість годин – 4,7 годин.

1. Актуальність теми: Кількість населення в Україні, ураженого онкологічними захворюваннями постійно зростає, що ставить перед лікарями важку задачу своєчасної діагностики та лікування таких пацієнтів. Треба враховувати, що пухлини щелепно-лицевої локалізації відносять до групи особливо важких. Це визначає важливість знання принципів і методів діагностики пухлин голови та шиї. а також їх профілактики.

За даними Міжнародної Гістологічної Класифікації Пухлин Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я «м'якими тканинами» обзначаються всі неепітеліальні внескелетні тканини, за виключенням ретикуло-ендотеліальної системи, глини і тканин, підтримуваних специфічними

органы и внутренности. К ним также относятся нейроэктодермальные ткани периферической и автономной нервной системы, так как перед диагностикой и лечением опухолей этой группы тканей стоят сходные проблемы». Неопітеліальні пухлини м'яких тканин зустрічаються досить часто, а окремі з них, наприклад фіброма, частіше інших. Нерідко клініка пухлин цієї групи схожа як між ними, так і деякими іншими новоутвореннями м'яких тканин, що утруднює їх діагностику.

Первинні кісткові пухлини виникають і розвиваються із сполучнотканинних елементів, які входять до складу кісток щелепно-лищевої ділянки. Враховуючи те, що серед пухлин м'яких тканин і первинних пухлин кісток щелепно-лищевої ділянки зустрічаються як доброякісні, так і злоякісні пухлини, то актуальність вивчення цих розділів хірургічної стоматології безперечна. Звертає на себе увагу порівняльно значний відсоток (до 20%) злоякісних новоутворень – сарком.

2. Результати навчання:

Фахові компетентності

2.1.1. Студент повинен

- знати статистику, класифікації пухлин та пухлиноподібних захворювань щелепно-лищевої ділянки ($\alpha - II$);
- знати методи діагностики пухлин та пухлиноподібних захворювань щелепно-лищевої ділянки ($\alpha - II$);
- знати етіологію, патогенез, клініку, диференційну діагностику та методи лікування неопітеліальних пухлин та пухлино подібних утворень м'яких тканин та первинних кісткових пухлин щелепно-лищевої ділянки ($\alpha - II$);

2.1.2. Студент повинен

- опанувати навичками збору скарг, анамнезу захворювання та життя, огляду хворих на доброякісні пухлини та пухлиноподібні утворення м'яких тканин та первинних кісткових пухлин щелепно-лищевої ділянки ($\alpha - III$);
- оволодіти вмінням визначити план дослідження, провести диференційну діагностику доброякісних пухлин та пухлиноподібних утворень м'яких тканин та первинних кісткових пухлин щелепно-лищевої ділянки ($\alpha - III$);
- оволодіти вмінням користуватись результатами додаткових обстежень хворих з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними утвореннями м'яких тканин та первинних кісткових пухлин щелепно-лищевої ділянки ($\alpha - III$);
- визначити план лікування хворих з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними утвореннями м'яких тканин та первинних кісткових пухлин щелепно-лищевої ділянки ($\alpha - III$);

- оволодіти навичками оформлення основної та додаткової медичної документації хворих з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними утвореннями м'яких тканин та первинних кісткових пухлин щелепно-лицевої ділянки (α -III);

2.2. Загальні компетентності:

- сформулювати деонтологічні та етичні принципи роботи з пацієнтами, що хворі на пухлини щелепно-лицевої локалізації;
- оволодіти навичками створення психологічного контакту та створення атмосфери довіри між лікарем та онкохворими;
- сформулювати почуття відповідальності за своєчасну діагностику та результати лікування.

3. Методи навчання

- розповідь, пояснення, навчальна дискусія;
- ілюстрування, демонстрація, індивідуальне спостереження;
- індивідуальне опитування;
- вирішення типових ситуаційних задач;
- вирішення нетипових ситуаційних задач;
- професійний практичний тренінг;
- груповий метод по вирішенню завдання (робота в малих групах);

4. Методи контролю

Експрес опитування, бесіда, частково прицільне опитування.

Індивідуальне опитування.

Індивідуальні письмові завдання.

Тестування.

Рішення типових та нетипових задач.

Індивідуальний контроль навичок та їх результатів.

5. Міждисциплінарна інтеграція:

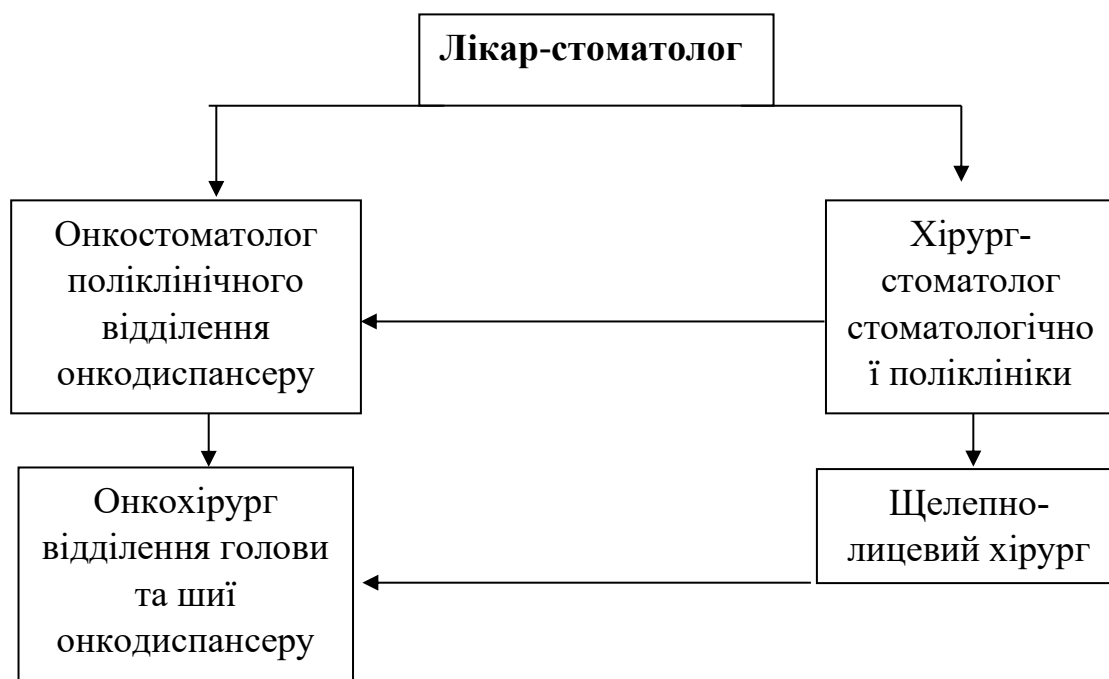
Дисципліни	знати	вміти
1	2	3
1. Попередні (забезпечуючі) дисципліни Етика та деонтологія	Принципи етики та деонтології	Встановити психологічний контакт з онкохворим
Організація охорони здоров'я	Принципи організації онкодопомоги та диспансеризації	Оформити необхідну документацію
Патологічна анатомія	Характер патологічних змін анатомічних структур при розвитку пухлин	Взяти матеріал для цитологічного та морфологічного дослідження

Патологічна фізіологія	Етіологія та патогенез пухлин	
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Схема загального обстеження хворого	Провести курацію онкохворого
Загальна онкологія	Принципи діагностики та лікування онкозахворювань	Призначити хворому схему обстеження

Зміст теми.

Графологічна структура теми:

Організація онкостоматологічної допомоги



ГЕМАНГІОМА – доброякісна пухлина кровоносних судин. Походження цього новоутворення дотепер точно не встановлено. Відповідно до сучасних поглядів, вона виникає при порушенні закладки судин і регуляції ангиогенезу в ембріональному періоді, перенесеними травмами, порушеннями системи імунітету (можливо після вакцинації в дитячому віці).

Міжнародна гістологічна класифікація пухлин та пухлиноподібних уражень судин

1. Доброякісна гемангіоендотеліома
2. Капілярна гемангіома
3. Кавернозна гемангіома
4. Венозна гемангіома
5. Гроноподібна (гілляста) гемангіома (артеріальна, венозна, артеріовенозна)
6. Внутрішньом'язова гемангіома (капілярна, кавернозна, артеріовенозна)
7. Системній гемангіоматоз
8. Гемангіоматоз з вродженою артеріо-венозною норицею або без неї
9. Гломусна пухлина (гіомангіома)
10. Ангіоміома (судинна лейоміома)
11. Гемангіома грануляційного типу (піогенна гранульома)

Класифікація судинних пухлин (П.М.Горбушина, 1978)

1. Кавернозні або печеристі:
 - а) інкапсульзовані
 - б) дифузні
2. Капілярні або прості:
 - а) поверхневі
 - б) глибокі
3. Гроноподібні або гіллясті:
 - а) артеріальні
 - б) венозні
4. Фіброангіоми
 - 4.1. капілярні
 - 4.2. кавернозні
 - 4.3. гіллясті:
 - а) такі, що швидко зростають
 - б) такі, що повільно зростають

Основні типи гемангіом

Капілярні	Гіллясті	Кавернозні	Змішані	Комбіновані:
локалізація: на слизовій оболонці порожнини рота, на шкірі обличчя клініка: плаский, плямистий, рожево-червона або синюшно-багрова ділянка тканин, позитивний симптом «надавлювання»	У ЩЛД локалізується вкрай рідко. Складається з артеріальних судин, пульсує, вислуховується систолічний шум (артеріовенозні анастомози), збільшення при нахилі голови вниз	Локалізація: М'які тканини обличчя, язик, слизова оболонка порожнини рота, шия, щелепи. Клініка: ознака «стискання» та «наливання», може мати капсулу, наявність флеболітів	поєднання капілярних, гіллястих та кавернозних гемангіом	ангіофіброма, ангіоліпома, нейроангіома, ангіоміома та ін.
Диференційна діагностика:				
аневризми, лімфангіома, невус, меланома, лімфосаркома				
Методи лікування:				
Диспансерне спостереження, оперативне, емболізація, електрокоагуляція, кріодеструкція, променева терапія, склерозуюча терапія, системна терапія гормональними препаратами та ін.				

Гемангіоми та **гемангіоендотеліома** належать до неостеогенних пухлин щелеп.

Ізольовані гемангіоми щелеп зустрічаються порівняно рідко. Частіше має місце поєднання гемангіоми м'яких тканин обличчя або порожнини рота з гемангіомою щелепи. У таких випадках слизова оболонка ясен та піднебіння буває ядро-червоного або синьо-багрового кольору, що полегшує встановлення діагнозу.

Значно складніше встановити діагноз гемангіоми щелепи у тих випадках, коли оточуючі м'які тканини не втягнуті в ураження. Такі ізольовані гемангіоми щелеп можуть проявлятися підвищеною «безпричинною» кровоточивістю ясен; при лікуванні пульпітів та періодонтитів виникає упорна кровоточивість з кореневих каналів. Серйозним ускладненням є значна артеріальна кровотеча з гемангіоми щелепи у тому випадку, коли встановлений неправильний діагноз (остеобластокластома, остеодисплазія, остеофіброма та ін.) та проводиться біопсія або видалення розташованого в зоні гемангіоми значно рухомого зуба. Така раптово виникаюча кровотеча **може виявитися смертельною**, особливо у випадку виникнення її в умовах поліклініки, на

прийомі у недосвідченого лікаря. Однак найчастіше хворі з гемангіомою щелепи звертаються в клініку з приводу підвищеної кровоточивості з ясен або з каналу зуба.

Клініка

Клініка залежить від локалізації, ступеню розповсюдженості пухлини та її гістологічної будови. Гемангіома щелепи може бути обмеженою та розповсюдженою, капілярною та кавернозною. Розповсюджуючись на кортикальну частину щелепи, вона може обумовити симптом флюктуації, потоншивши або повністю зруйнувавши на певній ділянці спонгіозну та кортикальну тканину щелепи. При цьому можливе руйнування альвеолярного відростку та пов'язане з цим прогресивне посилення симптому рухливості зубів, здуття кістки, у зв'язку з чим хворий може звернутися до лікаря з проханням видалити зуб або навіть групу зубів.

Проростаючи з окістя в слизову оболонку ясен, гемангіома щелепи стає помітною по своїй синюшній забарвленості; зуби при цьому ледь тримаються у м'яких тканинах. У таких випадках хворі звертаються до лікаря з приводу упорних кровотеч з ясен, які неодноразово повторюються, з порожнини зруйнованого зуба або з носа. Значної асиметрії обличчя при гемангіомі зазвичай не виявляється, тому надмірного руйнування щелепи не відбувається.

На рентгенограмі гемангіома щелепи проявляється здуттям кістки, дрібно- або середньоніздрюватий малюнок, інколи мають місце періостальні нашарування.

Патологічна анатомія. Внутрішньокісткові гемангіоми щелеп бувають, як правило, кавернозними, гіллястими або поєднуються з капілярними. Рідше вони являють собою сплетення гіллястих аневризм або сплетення розширених крупних судин. В ще більш рідких випадках гістологічна картина являє собою переважно капілярну форму гемангіоми.

Діагноз

Діагностика гемангіом щелеп складна, особливо тоді, коли відсутні скарги на кровоточивість ясен і пухлина **не наблизилась** до слизової оболонки ясен. У таких випадках необхідно диференціювати гемангіому від остеобластокластоми, адамантиноми, міксоми. Пункція гемангіоми майже завжди є достатнім орієнтиром. Однак відсутність крові в шприці ще не дає повного підґрунтя виключити діагноз гемангіоми. Тому у такому випадку слід повторити пункцію з іншого полюсу пухлини, а отриманий пунктат при першій пункції піддати цитологічному дослідженню.

Великою допомогою у сумнівних випадках є біопсія. Однак, решившись на взяття кусочка підозрілої гемангіоми, хірург має бути готовим до того, що під час біопсії можлива сильна кровотеча, яку необхідно буде терміново зупинити та провести поповнення крововтрати.

Бажано до хірургічного втручання провести **ангіографію** лицевого скелета, завдяки якій можна встановити джерело гемангіоми, а також обширність її розповсюдження до основи черепа (при локалізації на верхній щелепі). Ангіографію повинен проводити спеціально підготований лікар-рентгенолог. Отже, слід підкреслити, що кожний хворий з гемангіомою обличчя має

бути ретельно обстежений для виявлення в нього гемангіоми щелепи. Раннє виявлення її сприяє ранньому застосуванню консервативних способів лікування.

Лікування

Невеликі кісткові гемангіоми можна ліквідувати повторними ін'єкціями в пухлину 1-2 мл 95% етилового спирту або 2% розчину саліцилової кислоти на 80% спирті, розчину хініну гідрохлориду з уретаном та ін. Останній розчин виписують за прописью: уретану – 6,5 , хініну гідрохлориду – 12,5, дистильованої води – 100мл. Кількість хінінуретанового розчину, що одноразово вводиться – від 3 до 5 мл. Вводять його з інтервалами в 3-5 днів до 12-20 разів (залежно від розмірів пухлини).

У наслідок введення склерозуючих розчинів відбувається згортання крові в порожнинах гемангіоми, фібротизація та запустіння їх.

Значні гемангіоми щелеп зазвичай підлягають хірургічному лікуванню. Якщо гемангіома локалізується на верхній щелепі, проводять її резекцію. При локалізації гемангіоми в товщі тіла нижньої щелепи можна провести (екстраоральний доступ) резекцію зовнішньої кортикальної пластинки щелепи, при цьому широко розкрити гемангіому, перев'язати судини, які приводять до неї кров, затампонувати дно кісткової рани клаптем жувального м'язу. Після цього зовнішню рану сполучити з порожниною рота (шляхом розрізу по перехідній складці), на зовнішню рану накласти пошарові шви, а з боку порожнини рота рану тампонувати йодоформною марлею на 7-10 днів. Ще до початку операції необхідно в гемостатичних цілях провести двобічну перев'язку зовнішніх сонних артерій, а під час операції стежити за адекватним поповненням крововтрати. За наявності протипоказань до операції необхідно провести курс глибокої рентгенотерапії.

Прогноз сприятливий лише за умови раннього виявлення та лікування гемангіоми в щелепі. В протилежному випадку можливі переломи кістки, значні профузні кровотечі.

ЛІМФАНГІОМА – доброякісна пухлинна гіперплазія лімфатичних судин, пов'язана з порушенням їх закладки в ембріональному періоді.

<i>Лімфангіоми:</i>		
<i>Капілярні Кавернозні Кистозні</i>	<i>Клініка:</i>	<i>Диференційна діагностика:</i>
	Повільне прогресуюче зростання, пальпація безболісна, дифузне збільшення органів, флюктуація, наявність щільних включень	Гемангіома, хвороба Мікулича, лімфосаркома
<i>Лікування</i> – хірургічне		

ЕПІДЕРМАЛЬНА КІСТА. Ця кіста відноситься до групи кератинових кіст. Раніше вона описувалася під назвою атероми. Епідермальна кіста найчастіше локалізується на шкірі обличчя, шиї, волосистій частині голови. Буває одиничною або множинною, нерідко виникненню передують аспе vulgaris. Утворення кісти пов'язано із закупоркою вивідних отворів фолікулів сальної залози. Вона збільшується унаслідок накопичення кератину, який продукує оболонка.

Клінічно кіста виявляється у вигляді обмеженої округло-овального утворення. Розташовується під епідермісом і тісно з ним спаяна у області вивідної протоки сальної залози. Шкіра над кістою іноді стає синюшного відтінку і розтягується при великих її розмірах. Пальпаторно кіста еластичної консистенції, безболісна. Вміст її представляє характерну кашкоподібну масу білого кольору. Кіста часто нагноюється, при цьому з'являється біль, вона збільшується, навколишні тканини набряклі і гіперемовані.

Мікроскопічно епідермальна кіста вислана багатошаровим плоским епітелієм і заповнена шарами кератину.

Лікування. Кісту видаляють з капсулою, при цьому необхідно висікати двома напівовальними розрізами, що сходяться між собою, ділянку шкіри, зпаяну з кістою.

ДЕРМОЇДНА КІСТА. Утворюється в результаті розвитку і формування обличчя в місцях зрощення у ембріона лобового, верхньощелепних і нижньощелепних горбів. Звичайно розташовується в області підпідборіддя, на дні порожнини рота, біля кореня і крил носа, внутрішнього і зовнішнього країв очної ямки, частіше зустрічається у молодих осіб.

Дермоїдна кіста є порожнинним утворенням з товстою шкірястою оболонкою, заповненою кашкоподібною масою брудно-білого кольору з неприємним запахом. Вміст кісти складається із злущеного епідермісу,

продуктів виділення сальних, потових залоз і волосяних фолікул, іноді знаявністю волосся.

При огляді відмічається пухлиноподібне утворення округлої форми з чіткими межами, безболісне, не зпає з шкірою або слизистою оболонкою. Розташовуючись на дні порожнини рота, воно визначається по середній лінії над щелепно-під'язиковим м'язом і просвічує жовтуватим кольором. Кіста великого розміру відтісняє догори язик, стають утрудненими мова і прийом їжі.

Гістологічно оболонка кісти містить елементи шкіри, включаючи епідермальне вистилання, волосяні фолікули і сальні, потові залози.

Лікування полягає у видаленні кісти з капсулою. При розташуванні кісти над щелепно-під'язиковим м'язом проводять операцію внутрішньоротовим підходом. Кісту області підпідборіддя видаляють через зовнішній розріз.

ВРОДЖЕНІ КІСТИ І НОРИЦІ ОБЛИЧЧЯ І ШИЇ. Серед них розрізняють бранхіальні (від грец. *Branha* — зябра) і тіреоглосальні кісти і нориці. Виникнення бранхіальної кісти і нориці пов'язано з аномалією розвитку 1-ої і 2-ої зябрових щілин і дуг. Тіреоглосальна кіста і нориці утворюються унаслідок неповної редукції у ембріона щитовидно-язичної протоки. Вроджені кісти і нориці зустрічаються порівняно рідко і, за нашими даними, складають близько 5% всіх новоутворень щелепно-лицьової області. Аномалія зябрових щілин спостерігається частіше тіреоглосальної аномалії (відповідно 61 і 39% випадків).

Вроджені кісти і нориці зустрічаються в основному у дітей і осіб молодого віку. Клінічний перебіг бранхіальних і тіреоглосальних кіст і нориць схожий, проте вони мають свої характерні особливості, обумовлені локалізацією.

Кіста збільшується протягом декількох років. Визначається у вигляді безболісного обмеженого утворення округлої або овальної форми, еластичній консистенції, не зпає з шкірою. Кісту виявляють випадково або при виникненні запалення. У разі приєднання специфічної мікрофлори (мікобактерії туберкульозу, актиноміцети) діагностика утруднена.

Вроджені нориці можуть бути повними при цьому є два вивідні отвори: зовнішній — на шкірі, внутрішній — на слизистій оболонці порожнини рота, і неповними — з одним гирлом, зовнішнім або внутрішнім. У діагностиці нориць має значення контрастна фістулографія за допомогою йодоліполу. Вона дозволяє визначити напрям, протяжність і наявність відгалужень нориці, знання яких необхідне при хірургічному лікуванні.

БРАНХІАЛЬНІ КІСТИ І НОРИЦІ. При патології 1-ої зябрової щілини виникають кіста або нориця привушної області, пов'язані із зовнішнім слуховим проходом і вушною раковиною. Аномалія розвитку 2-ої зябрової щілини веде

до формування кісти або нориці ший. Бранхіальні кісти і нориці привушної області зустрічаються значно рідше за (відповідно в 11 і 89% випадків).

КІСТА І НОРИЦЯ ПРИВУШНОЇ ОБЛАСТІ. Кіста розташовується під основною масою привушної слинної залози або в позадушелепній області над стовбуром лицьового нерва і часто має зв'язок з хрящовим відділом зовнішнього слухового проходу. Клінічні прояви такі ж, як при доброякісній пухлині або кісті привушної слинної залози, вміст є рідиною жовтуватого кольору, іноді каламутною.

БРОНХІАЛЬНА НОРИЦЯ з вивідним отвором, розташованим на шкірі попереду основи завитка вушної раковини, називають передвушним. Часто він буває двостороннім. Відмічається роль спадкового чинника в його походженні.

НОРИЦЯ ПОЗАДУЩЕЛЕПНОЇ ОБЛАСТІ утворюється в результаті самостійного і оперативного нагноючої бранхіальної кісти, зовнішній отвір його розташовується між кутом нижньої щелепи і переднім краєм кивального м'яза. При повних передвушному і позадушелепному норицях другий отвір відкривається на шкірі хрящового відділу зовнішнього слухового проходу, при неповній нориці стінки останнього влітаються в нього. Відмічається салоподібні виділення з нориці. Макроскопічно внутрішнє вистилання нориці і кісти привушної області представлене багатошаровим плоским ороговіваючим епітелієм.

БІЧНА КІСТА І ШИЇ. Кіста є порожниною з рідким вмістом і порівняно тонкою оболонкою. Вона має типову локалізацію, розташовується в середній третині ший попереду кивального м'яза, на судинно-нервовому пучку, безпосередньо примикаючи до внутрішньої яремної вени, з шкірою не спаяна. Особливо добре контурується при повороті голови хворого в протилежну сторону. Вміст кісти є каламутно рідкою жовтуватого кольору при цитологічному дослідженні якої визначається оксифільна дрібнозерниста маса з елементами багатошарового плоского епітелію і значною кількістю лімфоцитів.

Мікроскопічно стінка кісти вислана багатошаровим плоским епітелієм.

Діагностика кісти ґрунтується на анамнестичних і клінічних даних. Отримання при пункції великої кількості характерного вмісту (5—30 мл і більш) і дані цитологічного дослідження дозволяють підтвердити діагноз кісти.

Бічні нориці ший бувають односторонніми і рідко двосторонніми. Виявляються в одних випадках при народженні дитини, в інших випадках є результатом нагноючої кісти ший. Зовнішнє гирло нориці розташовується на шкірі поверхні ший відповідно передньому краю кивального м'яза. Внутрішнє гирло повної бічної нориці має постійну локалізацію у верхньому полюсі піднебінного мигдалика. В глибині нориця проходить між зовнішньою і внутрішньою сонною артеріями.

Клінічно зовнішнє гирло нориці може бути точковим або розширеним з вибухаючими грануляціями, іноді покритим мокнучими кірками. Визначається гіперпігментація і мацерація шкіри навколо , з якої постійно виділяється в незначній кількості жовтувата тягуча рідина. У разі повної бічної нориці хворі часто в анамнезі на рецидивуючу одностороннюангіну, при огляді визначають збільшення мигдаликів відповідної сторони.

Бічну норицю шиї потрібно диференціювати від серединної тіреоглосальної нориці, зовнішнє гирло якої іноді зміщено убік від середньої лінії, і специфічного запального процесу.

Мікроскопічна картина вистілки нориці відповідає будові стінки кісти шиї.

ТІРЕОГЛОССАЛЬНА КІСТА І НОРИЦЯ мають типову локалізацію по середній лінії шиї, у зв'язку з чим їх називають також серединними.

Тіреоглосальна кіста розташовується по середній лінії шиї в під- або надпід'язиковій області і в корені язика. При локалізації на шиї визначається обмежена рухливість кісти і спаяність її з тілом під'язикової кістки, яка чітко виявляється при ковтанні. При кісті кореня язика останній припіднятий, відмічається порушення мови і утрудненняковтання.

Інфікування вмісту кісти до болю, набрякнутості, інфільтрації навколишніх тканин.

Вміст тіреоглосальної кісти представляє каламутну жовтувату тягучу рідину. Цитологічним дослідженням встановлено наявність клітин багат шарового плоского епітелію і лімфоїдних елементів. Епітелій оболонки кісти, як і вистилка серединної нориці, має ендодермальне походження.

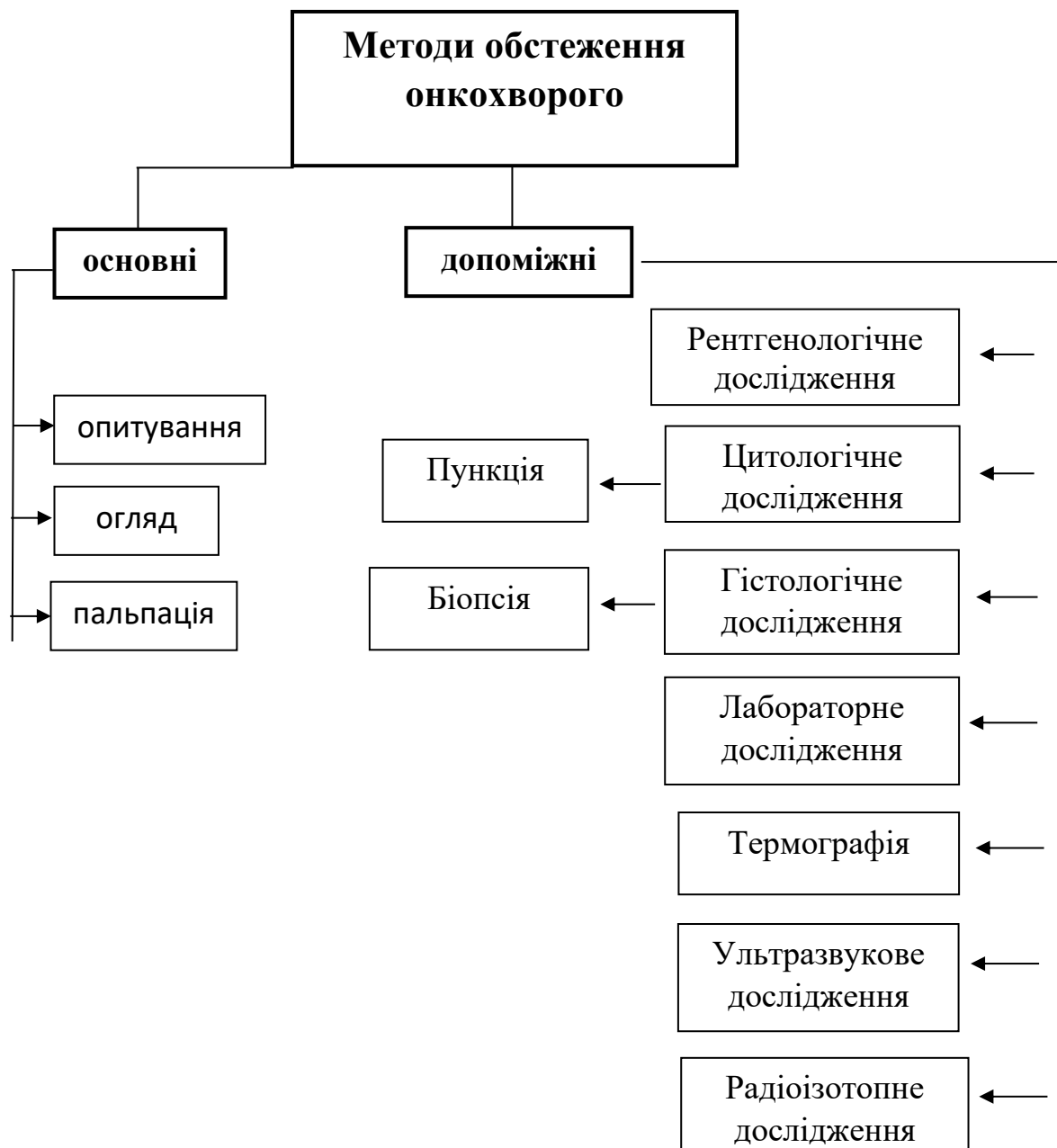
Тіреоглосальна нориця виникає, як правило, після мимовільного або оперативного серединної кісти шиї. Зовнішнє гирло нориці розташовується на шкірі по середній лінії шиї, переважно між під'язиковою кісткою і щитовидним хрящем. Шкіра часто в рубцях, іноді навколо розростаються грануляції. Відмічається мізерні слизоподібні виділення. При повній нориці гирло розташовується у області foramen coecum.

Тіреоглосальна нориця проходить по середній лінії шиї, пробиває тіло під'язикової кістки і під кутом 40—45° прямує до сліпого отвору язика. Пальпаторно норицевий хід, так само як і середина кіста шиї, завжди пов'язаний з тілом під'язикової кістки. Визначають це таким чином. Утримуючи пальцями норицю або кісту, просять хворого проковтнути слину, при цьому разом з під'язиковою кісткою фіксованих утворень говорить про наявність тіреоглосальної нориці або кісти.

Диференціальну діагностику серединної кісти і нориці проводять із специфічним запальним процесом, лімфаденітом, дермоїдною кістою, аденомою дистопованої щитовидної залози.

Лікування. При кісті проводять повне видалення з капсулою. За наявності запалення операцію здійснюють після його ліквідації. Кісту позаду щелепної області видаляють через розріз, що огинає кут нижньої щелепи, і відступивши від нього на 1,5—2 см донизу, щоб не пошкодити гілку лицьового нерва. Для видалення кісти шийї проводять розріз шкіри над кістою по передньому краю кивального м'яза або по верхній шийній складці. При тіреоглосальній кісті шийї розтинають шкіру по верхній або середній складці шийї, видалення кісти поєднують з резекцією тіла під'язикової кістки. Кісту кореня язика залежно від розмірів оперують або внутрішньоротовим, або зовнішнім підходом.

Видаленню нориці передують заповнення її перед операцією 1% водним розчином метиленового синього. При цьому стінка нориці забарвлюється і добре простежується під час видалення. Операція полягає в повному видаленні нориці з її відгалуженнями. Проводять розріз, що огинає зовнішнє гирло нориці, її відпрепаровують і виділяють норицю. Видалення передвушної і позадущелепної нориць завершується видаленням ділянки хрящового відділу зовнішнього слухового проходу. Операція при повній шийї пов'язана з певними труднощами, пов'язаними з топографічним взаємовідношенням нориці і судинно-нервового пучка: норицевий хід проходить в ложі його між зовнішньою і внутрішньою сонною артеріями. Видалення тіреоглосальної нориці, як і кісти, супроводжується резекцією тіла під'язикової кістки.



Класифікація пухлин



Класифікація злоякісних пухлин TNM

T₀ – первинна пухлина не визначається.

T₁ – пухлина 1-2 см в діаметрі в межах ураженої тканини (органу).

T₂ – пухлина більше 2 см в найбільшому вимірі, в межах одного ураженого органу.

T₃ – пухлина більше 3 см в найбільшому вимірі. Вражена більша частина, або весь орган.

T₄ – пухлина вражає увесь орган з переходом на сусідні тканини.

N₀ – вузли не пальпуються.

N₁ – однобічні рухомі вузли.

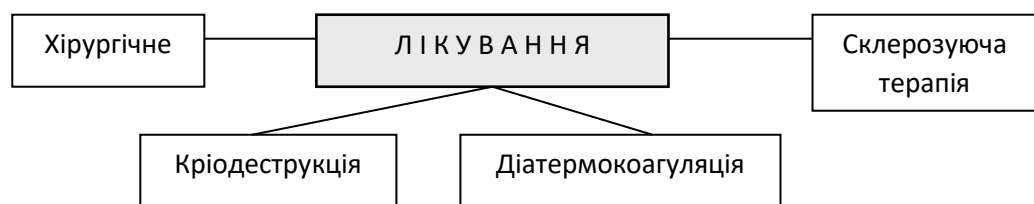
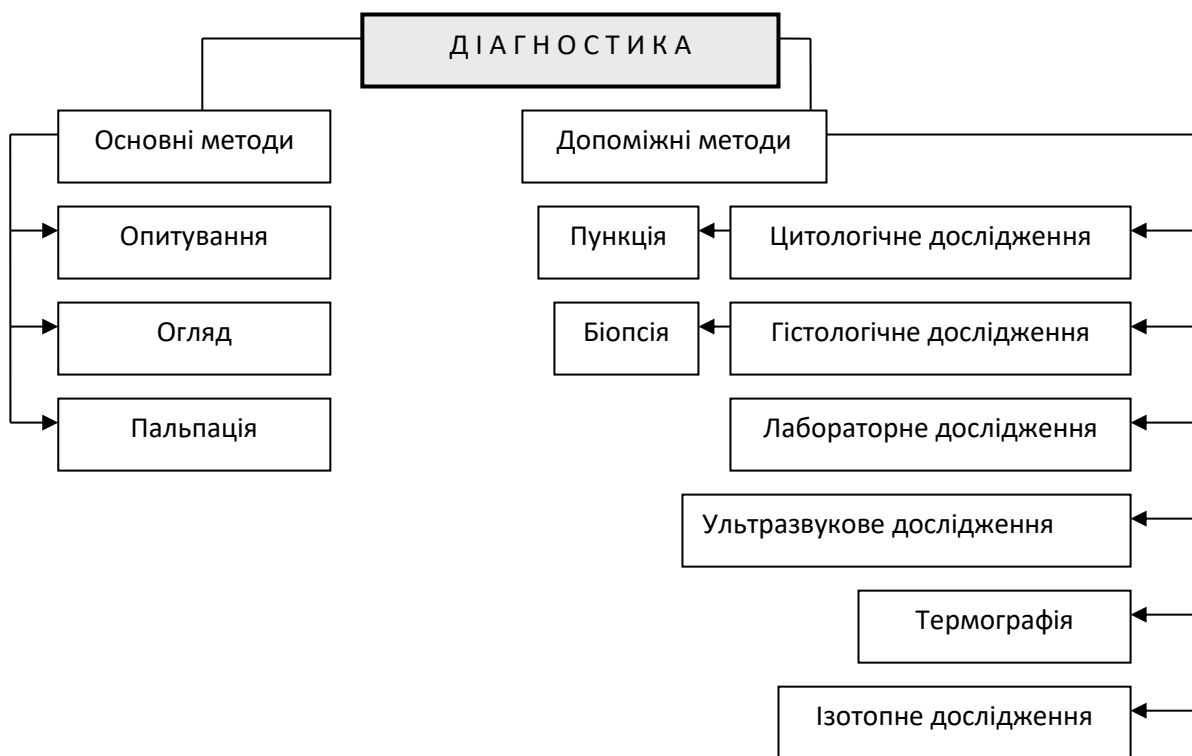
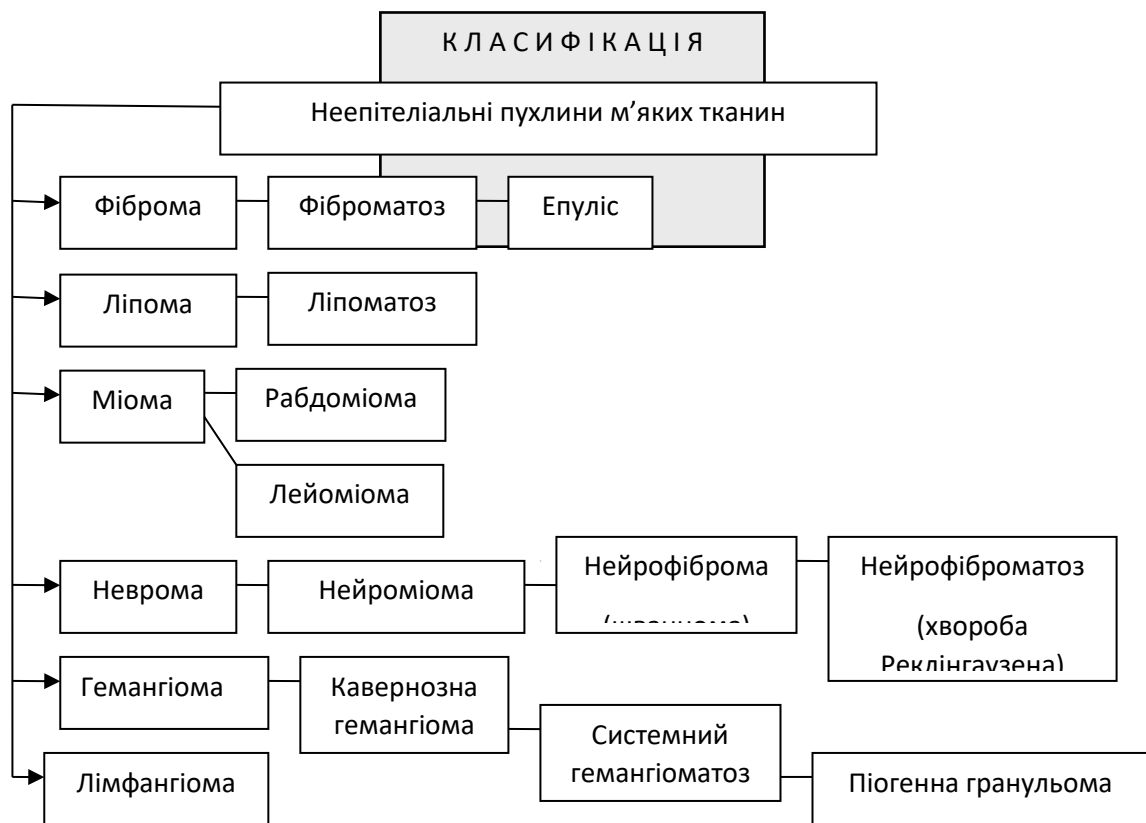
N₂ – двобічні рухомі вузли.

N₃ – однобічні нерухомі вузли.

N₄ – двобічні нерухомі вузли.

M₀ – метастази відсутні.

M₁ – визначаються віддалені метастази.



VI. План та організаційна структура заняття

№ п/п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивні)	Розподіл часу
1	2	3	4	5	6
1.	ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП <u>Організаційні заходи</u>				5 хв.
2.	<u>Постановка навчальних цілей та мотивація</u>	<u>Навчальні цілі заняття:</u> - знати статистику, класифікації пухлин та пухлиноподібних захворювань щелепно-лищевої ділянки (<i>α – II</i>); - знати методи діагностики пухлин та пухлиноподібних захворювань щелепно-лищевої ділянки (<i>α – II</i>); - знати етіологію, патогенез, клініку, диференційну діагностику та методи лікування неепітеліальних пухлин та пухлино подібних утворень м'яких тканин та первинних кісткових пухлин щелепно-лищевої ділянки (<i>α- II</i>); - опанувати навичками збору скарг, анамнезу захворювання та життя, огляду хворих на доброякісні пухлини та пухлиноподібні утворення		<u>Актуальність теми:</u> Це пов'язано зі збільшенням питомої ваги цих захворювань останнім часом, що викликано в першу чергу спеціальними факторами (падіння рівня життя населення, пізні звернення за допомогою). Вивчення даної теми дозволить майбутньому лікарю чітко орієнтуватися в питаннях клініки, діагностики та вибору лікування, уникнути діагностичних помилок та ускладнень.	10хв.

		м'яких тканин та первинних кісткових пухлин щелепно-лицевої ділянки (α -III); - оволодіти вмінням визначити план дослідження, провести диференційну діагностику доброякісних пухлин та пухлиноподібних утворень м'яких тканин та первинних кісткових пухлин щелепно-лицевої ділянки (α -III); - оволодіти вмінням користуватись результатами додаткових обстежень хворих з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними утвореннями м'яких тканин та первинних кісткових пухлин щелепно-лицевої ділянки (α -III); - визначити план лікування хворих з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними утвореннями м'яких тканин та первинних кісткових пухлин щелепно-лицевої ділянки (α -III); - оволодіти навичками оформлення основної та додаткової медичної документації хворих з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними			
--	--	--	--	--	--

		утвореннями м'яких тканин та первинних кісткових пухлин щелепно-лицевої ділянки (α - III); - розвивати творчі здібності в процесі теоретичного та клінічного дослідження проблемних питань хворих з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними утвореннями м'яких тканин та первинних кісткових пухлин щелепно-лицевої ділянки (α – IV).				
3.	<u>Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь:</u> - етіологія та патогенез пухлин м'яких тканин ЩЛД; - класифікація пухлин м'яких тканин ЩЛД; - клініка, діагностика, лікування, пухлин м'яких тканин ЩЛД; - профілактика утворення пухлин м'яких тканин ЩЛД; - методи обстеження хворого на пухлин м'яких тканин ЩЛД; - медична документація.	I II II II II II	Експрес опитування, бесіда, частково прицільне опитування . Індивідуальне прицільне . Індивідуальні письмові завдання. Рішення типових ситуаційних задач. Тестування. Рішення типових та нетипових ситуаційних задач.	Орієнтовні питання. Питання, типові ситуаційні задачі, тести II рівня. Типові та нетипові ситуаційні завдання, тести II рівня.	Таблиці, муляжі, слайди, препарати	10 хв.
4	<u>Основний етап</u>		Практичний	Хворі, амбулаторні та стаціонарні		50 хв.

	Формування професійних вмінь та навичок. 1. Провести курацію хворого з пухлиною щелепно-лицевої локалізації. 2. Скласти схему обстеження хворого. 3. Оформити необхідну медичну документацію.	III III III III III	тренінг. Нетипові клінічні задачі , алгоритми , інструкції. Тестування. завдання. Професійний тренінг.	медичні картки, рентгенограми, результати опитування ,алгоритми, нетипові ситуаційні завдання . Тести III рівня. Інструкції ,імітаційні завдання.	
5	<u>Заключний етап</u> Контроль та корекція рівня професійних вмінь та навичок.				
6.	Підведення підсумків практичного заняття.	III	Контроль вмінь та навичок	Результати роботи з хворими , рішення задач, завдань, тестів.	

			самостійної роботи з хворими і медичною документацією, рішення тестів і завдань.		
7.	Домашнє завдання (основна і додаткова література по темі).			Орієнтована карта для самостійної роботи з літературою.	20 хв.

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

VII.1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття (питання):

Контрольні питання (I рівень)

- класифікація неепітеліальних пухлин м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки;
- клініка, діагностика, лікування фіброми;
- клініка, діагностика, лікування папіломи;
- клініка, діагностика, лікування ліпоми;
- клініка, діагностика, лікування гемангіоми;
- клініка, діагностика, лікування атероми;
- клініка, діагностика, лікування нейрофіброматоза;
- клініка, діагностика, лікування дермоїдної та епідермоїдної кісти;
- клініка, діагностика, лікування серединної та бічної кіст ший;
- клініка, діагностика, лікування брахіогенних кіст і нориць;
- диференційна діагностика пухлин м'яких тканин ЩЛД;
- допоміжні методи обстеження хворих з пухлинами ЩЛД;
- хірургічні методи лікування пухлин ЩЛД та їх різновиди;
- інші методи лікування пухлин тканин ЩЛД.

№ 1

Яка клінічна ознака не характерна для ліпоми:

- тістувата консистенція
- дольчата поверхня
- безболісність
- + наявність ніжки

№ 2

З якої тканини походить фіброма?

- жирової
- м'язової
- нервової
- + фіброзної

№ 3

З якої тканини походить ліпома?

- + жирової
- м'язової
- нервової
- фіброзної

№ 4

З якої тканини походить рабдоміома?

- жирової
- + скелетних м'язів
- гладких м'язів
- фіброзної
- нервової

№ 5

З якої тканини походить лейоміома?

- жирової
- скелетних м'язів
- + гладких м'язів
- фіброзної
- нервової

№ 6

У хворого в щічній ділянці шкіри розташоване новоутворення круглої форми на широкій основі, нерухоме, щільно-еластичної консистенції, 1х1 см, з гладкою поверхнею кольору оточуючої шкіри. Пальпація безболісна, ріст повільний.

Який діагноз найбільш вірогідний?

(Вірна відповідь: фіброма).

№ 7

Фіброма шкіри:

- завжди має ніжку
- завжди розташована на широкій основі
- + неправильний як перший, так і другий варіант

Тести II рівня:

№1.

Хворий звернувся до лікаря зі скаргами на наявність виразки язика від гострого края протеза, що існує біля місяця. Якою повинна бути тактика лікаря?

(відповідь: якщо після видалення травмуючого фактора, виразка не зникне протягом 2 тижнів, хворого треба направити до онкодиспансеру.)

№2.

Лікар одержав цитологічне підтвердження злоякісної виразки. Які подальші дії лікаря?

- висікти виразку в амбулаторних умовах стоматполіклініки з подальшим гістологічним дослідженням;
- направити хворого в щелепно-лицеве відділення;
- + направити хворого в онкодиспансер.

VII.2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття:

Професійні алгоритми, щодо оволодіння навичками та вміннями:

№ п/п	Завдання	Вказівки	Примітки
1.	Провести курацію хворого з пухлиною щелепно-лицевої ділянки.	Обстеження виконується у такій послідовності : 1.З'ясувати скарги. 2.Зібрати анамнез хвороби: а)початок захворювання ; б)його перебіг; в) попереднє лікування ; г)його результати. 3.Анамнез життя : а)соціально-побутові умови; б)шкідливі звички; г)соціальний стан. 4.Основні методи обстеження : а) огляд ЩЛД; б) пальпація ; в)соматоскопія; г)інструментальне обстеження . 5.Додаткові методи обстеження : а)рентгенографія ЩЛД; б)лабораторні обстеження ;	Особливу увагу звернути на пальпацію лімфовузлів ЩЛД , рентгенодіагностику, результати імунологічних та серологічних досліджень, методи забору матеріалу для цитологічного та гістологічного дослідження.

		в)імунологічні обстеження; г)серологічні дослідження .	
2.	Скласти схему обстеження хворого.	1.З'ясувати скарги. 2.Зібрати анамнез. 3.Визначити ступінь тяжкості захворювання. 4.Провести: а)зовнішній огляд; б)пальпацію; в)соматоскопія; г)інструментальне обстеження; д)здійснити забір матеріалу для лабораторного дослідження (пункція) 5.Скласти план додаткового обстеження. 6.Скласти план комплексного етіопатогенетичного лікування. 7.Консультації інших спеціалістів.	Особливу увагу звернути на дотримання умов етики і деонтології у спілкуванні з хворими зі специфічними захворюваннями ЦЛД.

VII.3. Матеріали контролю для заключного етапу заняття:

Задачі II рівня (типові)

№1

Вкажіть характеристику що не притаманна злоякісній пухлині:

- інфільтративний ріст;
- не має капсули;
- клітинний атипізм;
- + не дає метастазів;
- порушує загальний стан.

№2

Вкажіть характеристику що не притаманна доброякісній пухлині?

- має добре визначену капсулу;
- не дає метастазів;
- + схильність до розпаду пухлини;
- не порушує загального стану;
- не має атипізму клітин.

№ 3

На прийом до лікаря звернувся хворий зі скаргами на наявність деформації язика. Об'єктивно: в товщі язика пальпується щільної консистенції вузол 2х1,5 см, безболісний, вкритий незміненою слизовою оболонкою. Зі слів хворого, пухлина формувалась протягом декількох років.

Який може бути попередній діагноз? Яке дослідження можна зробити для уточнення діагнозу?

(Відповідь: міома язика, діагностична пункція).

№ 4

У хворого під шкірою в ділянці лоба пальпується тістувата пухлина 3х2 см., без чітких кордонів, дольчастої будови, обмежено рухома, безболісна. Шкіра над пухлиною не змінена, звичайного кольору.

Встановіть попередній діагноз.

(Відповідь: ліпома лобної ділянки).

№ 5

Яку назву має дифузна ліпома в ділянці шиї?

- хвороба Педжета;
- хвороба Мікуліча;
- + хвороба Маделунга;
- хвороба Таратинова;
- хвороба Реклінгаузена.

№ 6

Назвіть синонім нейрофіброматоза:

- хвороба Педжета;
- хвороба Мікуліча;
- хвороба Маделунга;
- хвороба Таратинова;
- + хвороба Реклінгаузена.

—

Задача III рівня (нетипова)

Хворий звернувся до стоматолога зі скаргами на погане загоювання комірки зуба, що був видалений два тижні тому. Лікар декілька разів зробив вискаблювання комірки, а через три тижні, коли з'явився постійний біль в щелепі, направив хворого на консультацію в стоматполіклініку, де після гістологічного дослідження грануляцій був установлений діагноз злоякісної пухлини. Яку помилку припустив стоматолог?

Відповідь: (грануляції із комірки неодмінно треба направляти на гістологічне дослідження)

**7.4 Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів:
орієнтовна карта для організації самостійної роботи.**

<i>Основні завдання</i>	<i>Вказівки</i>	<i>Відповіді</i>
Вивчити:		
Етіологію доброякісних пухлин та пухлиноподібних утворень м'яких тканин та первинних кісткових пухлин щелепно-лицевої ділянки.	Назвати основні етіологічні фактори доброякісних пухлин та пухлиноподібних утворень м'яких тканин та первинних кісткових пухлин щелепно-лицевої ділянки.	
Клініку доброякісних пухлин та пухлиноподібних утворень м'яких тканин та первинних кісткових пухлин щелепно-лицевої ділянки.	Скласти класифікацію клінічних проявів доброякісних пухлин та пухлиноподібних утворень м'яких тканин та первинних кісткових пухлин щелепно-лицевої ділянки.	
Діагностику доброякісних пухлин та пухлиноподібних утворень м'яких тканин та первинних кісткових пухлин щелепно-лицевої ділянки.	Дати перелік основних методів діагностики доброякісних пухлин та пухлиноподібних утворень м'яких тканин та первинних кісткових пухлин щелепно-лицевої ділянки.	
Диференційну діагностику доброякісних пухлин та пухлиноподібних утворень м'яких тканин та первинних кісткових пухлин щелепно-лицевої ділянки.	Заповнити таблицю диференційної діагностики доброякісних пухлин та пухлиноподібних утворень м'яких тканин та первинних кісткових пухлин щелепно-лицевої ділянки.	
План обстеження хворих з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними утвореннями м'яких тканин та первинних кісткових пухлин щелепно-лицевої ділянки.	Скласти схему основного та додаткового обстеження доброякісних пухлин та пухлиноподібних утворень м'яких тканин та первинних кісткових пухлин щелепно-лицевої ділянки.	
План лікування хворих з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними утвореннями м'яких тканин та первинних кісткових пухлин щелепно-лицевої ділянки.	Визначити план лікування хворих з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними утвореннями м'яких тканин та первинних кісткових пухлин щелепно-лицевої ділянки.	

VII.5.Матеріали після аудиторної самостійної роботи:

Тематика УДРС та НДРС:

- Написати реферат на тему: «Класифікація пухлин ЩЛД»;
- Виготовити таблицю «Кісти і нориці щий».

VIII. Література

- основна література:

1. В.О. Маланчук. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія. Трм 1, 2. Київ-Логос-2011.
2. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта.– Москва.:Медицина, 1986г.
3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков.- Москва: Медицина, 1989г.
4. Машкилейсон А.Л. Предрак красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта.- Москва: Медицина,1970г.
5. Пачес А.Г. Опухоли головы и шеи.- Москва: Медицина, 1983г.
6. Рибалов О.В., Одабашьян А.Л., Соколова Н.П., Саяпіна Л.М. Онкологія щелепно-лицевої ділянки і навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів стоматологів.

- додаткова література

- 1.Солнцев А.М., Колесов В.С., Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта.- Киев.: Здоровье,1985.-150
2. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. –Москва .: Медицина, 1983
3. Травматологія та онкологія щелепно-лицевої ділянки: Збірник тестових запитань для студентів стоматологічного факультету / О.В.Рибалов, Л.М.Саяпіна, І.В.Яценко, О.О.Розколупа: АСМІ, 2002. –197с.

- методична:

1. Рибалов О.В., Одабаш'ян А.Л., Соколова Н.П., Саяпіна Л.М. Онкологія щелепно-лицевої ділянки / Навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів стоматологів.- Полтава; АСМІ, 1999. – 114 с.
2. Травматологія та онкологія щелепно-лицевої ділянки / Збірник тестових запитань для студентів стоматологічного факультету //О.В.Рибалов, Л.М.Саяпіна, І.В.Яценко, О.О.Розколупа: АСМІ, 2002. – 197 с.