

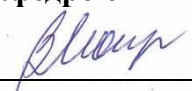
Міністерство охорони здоров'я України  
Національний медичний університет  
імені О.О. Богомольця

**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**

**ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ ЗІ СТУДЕНТАМИ  
IV КУРСУ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ**

**Тема №2: Кісти щелеп (одонтогенні та неодонтогенні, епітеліальні та не епітеліальні тощо). Одонтогенні кісти щелеп (коренева, фолікулярна, підокісна, пара дентальна, ретромоларна тощо): етіологія, патогенез, класифікація, гістологічна будова, клініка, лікування, ускладнення, профілактика. Курація хворих з написанням історії хвороби. Доброякісні одонтогенні пухлини щелеп (амелобластома, одотома, цементома): класифікація, гістологічна будова, клініка, диференційна діагностика, принципи і методи лікування, профілактика ускладнень.**

**Склав: ас. Гринюк О.І.**

**Кількість годин – 4,7 годин.**

**2. Результати навчання:**

**Фахові компетентності**

**2.1.1. Студент повинен**

- ознайомитися з поняттям та визначенням кіст щелеп, адамантіноми;
- вміти читати рентгенограми;

### **2.1.2. Студент повинен**

- засвоїти етіологію та патогенез кіст щелеп ( $\alpha - II$ );
- засвоїти класифікацію кіст щелеп ( $\alpha - II$ );
- знати клінічну картину кіст щелеп ( $\alpha - II$ );
- знати сучасні методи діагностики кіст щелеп ( $\alpha - II$ );
- знати етіологію, патогенез, класифікацію, клінічні прояви адамантіноми, одонтоми, цементоми ( $\alpha - II$ );
- вміти провести діагностику та диференційну діагностику адамантіноми, одонтоми,

### **2.1.3. Студент повинен**

- вміти провести діагностику та диференційну діагностику адамантіноми, одонтоми, цементоми ( $\alpha - III$ );
- вміти провести курацію хворого з адамантіномою нижньої щелепи, призначити план обстеження та скласти план лікування, визначити прогноз захворювання ( $\alpha - III$ );

## **2.2. Загальні компетентності:**

- розвивати здатність аналітичного мислення в процесі проведення диференційної діагностики кіст щелеп ( $\alpha - III$ );
- розвивати здатність аналітичного мислення в процесі проведення диференційної діагностики кіст щелеп, мати уявлення про внесок співробітників кафедри у їх лікування. ( $\alpha - IV$ ).
- виховання у студентів сучасного клінічного мислення;
- закріпити у студентів поняття медичної деонтології та лікарської етики;
- засвоїти поняття професійної відповідальності лікаря за життя та самопочуття хірургічного стоматологічного пацієнта.
- розвинення почуття професійної відповідальності за отримання достовірних та своєчасних результатів діагностики кіст щелеп;

## **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:**

| <b>Дисципліни</b>             | <b>знати</b>                                | <b>вміти</b>                      |
|-------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>1</b>                      | <b>2</b>                                    | <b>3</b>                          |
| 1. Анатомія людини.           | Будову верхньої та нижньої щелепи.          |                                   |
| 2. Гістологія.                | Особливості будови зубів.                   |                                   |
| 3. Терапевтична стоматологія. | Захворювання зубів.                         | Діагностувати захворювання зубів. |
| 4. Рентгенологія.             | Методи рентгенологічного дослідження щелеп. | Читати рентгенограми щелеп.       |

#### **6. Література**

##### **а) навчальна основна література:**

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2 т. – Т.1 / В.О.Маланчук, О.С.Воловар, І.Ю.Гарляускайте та ін..- К.: ЛОГОС, 2011. – 672 с.
2. Основи стоматології: підручник /В.О.Маланчук, А.В.Борисенко, Л.В.Харьков та ін.; за ред. В.О.Маланчука. – К.: Медицина, 2009. – 592 с.
3. Бернадский Ю.Й. Основы хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – Минск: Белкнига, 1998.

4. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. – М.: Медицина, 1990.

### **Підготовчий етап (тривалість 30 хв.)**

#### **Актуальність теми:**

Кісти щелеп достатньо часто зустрічаються в практиці стоматологів, але не завжди лікарі своєчасно встановлюють діагноз. З одного боку, це пов'язане з тим, що кіста тривалий час може не проявляти себе клінічно, нічим не турбує хворого, але продовжує поволі зростати, доки не виникне деформація щелепи або гнійне запалення, або доки лікар випадково не натрапить на неї під час рентгенобстеження зубів або щелепи пацієнта зовсім з іншого приводу. Майбутнім лікарям необхідно пам'ятати, що будь-які пухлини та пухлиноподібні утворення, локалізовані в товщі щелепи, ростуть і з часом все більше руйнують кісткову тканину, викликають врешті її деформацію, можуть проростати у м'які тканини та викликати спонтанні злами щелепи.

Вказане вище не тільки підтверджує актуальність теми заняття, але й є доброю мотивацією для сумлінного оволодіння цією темою.

Одонтогенна пухлина амелобластома досить поширене захворювання щелепно-лицевої ділянки, що вражає осіб молодого та середнього віку. Дана пухлина має багато клінічних та рентгенологічних проявів, що потребує ретельного підходу до діагностики. Лікування даної патології досить складне і відповідальне, так як неправильне його проведення може привести до рецидиву процесу і навіть до його малігнізації.

### **Матеріали методичного забезпечення підготовчого етапу заняття:**

#### **Контрольні теоретичні питання**

1. Дати визначення поняттю кіст щелеп.
2. Назвати причини, які сприяють розвитку кіст щелеп.
3. В чому полягає патогенез кіст щелеп?
4. Класифікація кіст щелеп.
5. Значення анамнезу для встановлення попереднього діагнозу при підозрі на наявність кіст щелеп.
6. Послідовність проведення огляду хворого з кістами щелеп.
7. Клінічна картина кіст щелеп.
8. Клінічна диференційна діагностика кіст щелеп.
9. Досягнення кафедри хірургічної стоматології НМУ у вивченні питання щодо лікування кіст щелеп.
10. Ембріогенез та гістологічна будова щелепних кісток та тканин щелепно-лицевої ділянки.
11. Теорії походження амелобластоми.
12. Гістологічні, клінічні, та рентгенологічні класифікації амелобластоми.
13. Етіологія та патогенез одонтоми, цементоми.
14. Клінічна картина адамантіноми нижньої щелепи, одонтоми, цементоми.
15. Діагностика та диференційна діагностика адамантіном, одонтом, цементом.
7. Методи лікування адамантіноми нижньої щелепи, одонтоми, цементоми.
8. Прогноз при амелобластомі нижньої щелепи, одонтомі, цементомі.

#### **Тести**

##### **Знайдіть одну правильну відповідь**

1. Радикулярна кіста проявляється такими симптомами на початку захворювання:  
+ ніяк не проявляється;

- асиметрія обличчя;
- біль в щелепі.

2. Як виявляють кісту прорізування зубів:

- випадково при R- знімку інших зубів;
- хворого вона турбує довготривалий час;
- набряк на щелепі.

3. Яку назву має ясенева кіста в інших джерелах:

- + «Перлина Епштейну»;
- адамантинома;
- періостальна кіста.

4. Коли з'являється парадентарна кіста:

- + в молодому віці;
- в похилому віці;
- на беззубій щелепі.

5. Кісти прорізування клінічно знаходяться:

- + під зубом;
- на апікальній частині зуба;
- між зубами.

6. Синонімом назви пухлини адамантиноми не може бути:

1. амелобластома
2. бура пухлина ☺
3. багатокамерна кістома
4. центральна багатокамерна кістома
5. цистаденома

7. Де частіше локалізується адамантинома:

1. на ділянці кута та гілки нижньої щелепи ☺
2. на ділянці тіла нижньої щелепи
3. біля бугра верхньої щелепи
4. у верхньощелепній пазусі
5. на піднебінні

8. Які основні клінічні ознаки амелобластоми:

1. асиметрія лиця за рахунок веретеноподібного здуття кістки ☺
2. рухомість зубів за рахунок швидкого розсмоктування коренів зубів
3. симптом Венсана, профузна кровотеча з ділянки пухлини
4. утворення виразок слизової оболонки на ділянці пухлини ☺
5. дивергенція та конвергенція зубів

9. Які основні клінічні ознаки амелобластоми:

1. рухомість зубів за рахунок швидкого розсмоктування коренів зубів
2. рани після видалення зубів, що довго не загоюються ☺
3. симптом Венсана, профузна кровотеча з ділянки пухлини
4. утворення виразок слизової оболонки на ділянці пухлини ☺
5. дивергенція та конвергенція зубів ☺

10. Які рентгенологічні ознаки амелобластоми солідної форми:

1. різноманітна ступінь прозорості тіні
2. чіткі кордони патологічного вогнища

3. не чіткі кордони вогнища розрідження
  4. рівномірне розрідження кістки ☺
  5. наявність періостальних реакцій – симптом "козирка"
11. Які рентгенологічні ознаки амелобластоми кістоподібної форми:
1. наявність спікул, симптому "козирка"
  2. дрібнопетлистий малюнок кістки
  3. наявність однієї або декількох кістозних порожнин нерівномірної щільності та прозорості ☺
  4. вогнище рівномірної рентгенологічної щільності та округлої форми, що зв'язане з верхівкою зубу
  5. рівномірний остеоліз альвеолярного відростку, тіла або гілки нижньої щелепи
12. Які рентгенологічні ознаки амелобластоми кістоподібної форми:
1. наявність спікул, симптому "козирка"
  2. дрібнопетлистий малюнок кістки
  3. щільність тіні відповідає щільності тканин зубу та нагадує тутову ягоду
  4. нерівномірна рентгенологічна щільність в порожнинах округлої форми ☺
  5. рівномірний остеоліз альвеолярного відростку, тіла або гілки нижньої щелепи
13. Які рентгенологічні ознаки амелобластоми кістоподібної форми:
1. наявність спікул, симптому "козирка"
  2. дрібнопетлистий малюнок кістки
  3. щільність тіні відповідає щільності тканин зубу та нагадує тутову ягоду
  4. осередок рівномірної рентгенологічної щільності та округлої форми, що зв'язане з верхівкою зубу
  5. розмитість контурів кісткових порожнин ☺
14. Можлива рентгенологічна характеристика зубів, що знаходяться в зоні амелобластоми:
1. резорбція коренів ☺
  2. дивергенція зубів
  3. конвергенція зубів
  4. корені зубів занурюються в порожнину пухлини
  5. явища змін пародонту
15. Можлива рентгенологічна характеристика зубів, що знаходяться в зоні амелобластоми:
1. резорбція коренів ☺
  2. дивергенція зубів
  3. конвергенція зубів
  4. явища змін пародонту
  5. в порожнині пухлини знаходиться фолікул або сформований зуб
16. Під час пункції амелобластоми виявляється:
1. бура рідина
  2. прозора жовтувата рідина, що аполесцує
  3. гнійна рідина
  4. каламутно-білувата або жовта рідина, інколи з одиночними зернами холестерину ☺
  5. кров венозна або артеріальна
17. Які клітини характерні для патоморфозу адамантіноми:
1. остеокласти
  2. остеобласти
  3. зірчасті клітини в центрі пухлини, по периферії – високо призматичні епітеліальні клітини ☺

4. циліндричний епітелій

5. макрофаги, гістіоцити

### **8.Основний етап ( тривалість 80 хв.)**

#### **Розгорнутий текст змісту теми:**

**Кіста** – це доброякісне порожнинне утворення, що має рідкий, або напіврідкий вміст, стінка якого вистлана епітелієм.

#### КЛАСИФІКАЦІЯ КІСТ ЩЕЛЕП

##### Одонтогенні

##### Одонтогенні кісти щелеп:

- 1) радикулярні кісти;
  - а) апікальні;
  - б) латеральні;
  - в) субпериостальні;
  - г) резидуальні;
- 2) фолікулярні кісти;
- 3) парадентальні кісти;
- 4) епідермоїдні кісти.

##### Неодонтогенні

##### Неодонтогенні кісти щелеп:

- 1) носопіднебінні кісти (кісти різцевого каналу);
- 2) глобуломаксиллярні кісти (шароподібно-верхньощелепні кісти);
- 3) носоальвеолярні кісти (носогубні кісти).

#### КЛІНІЧНІ СИМПТОМИ

#### РАДИКУЛЯРНИХ КІСТ ЩЕЛЕП

| Можливі клінічні прояви                                                                | Симптоми, що їм відповідають                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Відсутні<br>(безсимптомний перебіг ).                                                  | Немає.                                                                                                                                          |
| Зміни в прчинному зубі.                                                                | Каріозна порожнина та змертвіла пульпа.<br>Пониження електрозбудливості зуба.                                                                   |
| Зміни положення коронок сусідніх з причинним зубів.                                    | Конвергенція коронок<br>(схоження, сближення).                                                                                                  |
| Сдавлення судинно-нервового пучка на нижній щелепі.                                    | Симптом Венсана<br>(парестезія нижньої губи).                                                                                                   |
| Проростання кістки від центральних різців верхньої щелепи в сторону носової порожнини. | Валик Гербера<br>(випинання у нижньому носовоу ході).                                                                                           |
| Потріскування та прогинання кістки над кістою при надавлюванні.                        | Симптом Рунге – Дюпюїтрена<br>(симптом пергаментного хруста), або<br>симптом Бернадського Ю.Й.<br>(симптом резинової, або пластмасової іграшки) |
| Сгладженість або здуття альвеолярного паростка.                                        | Деформація щелепи.<br>Асиметрія обличчя.                                                                                                        |
| Розсмоктування кістки над кістою.                                                      | Симптом «кісткового вікна».                                                                                                                     |
| Відчуття рідини при пальпації стінки кісти, що вибухає.                                | Флюктуація вмісту кісти.                                                                                                                        |

|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                       |
| Виділення прозорої солом'яно-жовтої (бурштинової) рідини з кристалами холестерина при пункції або з лунки зуба. | Специфічний пунктат, що містить бурштинову рідину з кристалами холестерина.                                                                                                                                           |
| Нагноєння кісти.                                                                                                | <p>Порушення загального стану. Регіональний лімфаденіт.</p> <p>Підвищення температури тіла. Біль. набряк і гіперемія слизової. Нориці на альвеолярному паростку.</p> <p>Гайморит. Запальні процеси м'яких тканин.</p> |

**ТИПОВІ НАПРЯМКИ РОСТУ  
радикулярних кіст щелеп**

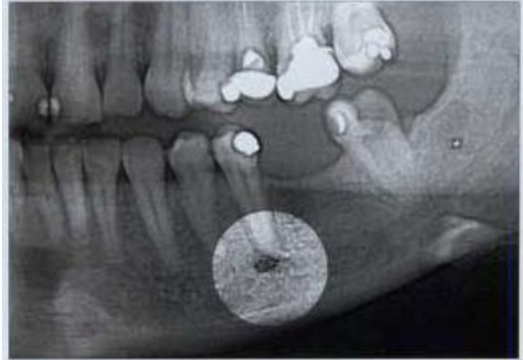
| Локалізація<br>кісти             | Типовий напрямок<br>росту                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Нижні<br>різці, ікла, премоляри. | <p>Вестибулярний напрямок – через наявність тонкої зовнішньої кортикальної пластинки.</p> <p>Клінічно – здуття альвеолярного паростка з вестибулярної сторони.</p>                                                                                  |
| Нижні<br>перші та другі моляри.  | <p>1) вестибулярно – оральний напрямок через майже однакову товщину кортикальних пластинок.</p> <p>Клінічно – веретеноподібне здуття тіла щелепи;</p> <p>2) до переду та до заду – по губчастій речовині тіла щелепи, що викликає його атрофію;</p> |

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                | <p>3) до низу – відтісняючи судинно-нервовий пучок у низ та потім зростається з ним.</p> <p>Клінічно – позитивний симптом Венсана.</p>                                                                                                                                                                                                |
| Нижні<br>зуби мудрості.        | До заду та до верху – руйнуючи кут та гілку щелепи.                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Верхні<br>центральні різці.    | <p>1) вестибулярний напрямок;</p> <p>2) у верх в сторону порожнини носа – при довгих коренях.</p> <p>Клінічно – валик Гербера на дні носової порожнини.</p>                                                                                                                                                                           |
| Верхні<br>бокові різці.        | Піднебінний напрямок – так як верхівки коренів звернуті до піднебіння.                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Верхні<br>премоляри та моляри. | <p>1) вестибулярний напрямок;</p> <p>2) до верху – при добре пневматизованій гайморовій порожнині, в яку проникають верхівки коренів;</p> <p>3) до кверху, до переду та до заду – при високому піднебінні рівномірно розсуває обидві кортикальні пластинки та розповсюджується в трьох напрямках, деформуючи гайморову порожнину.</p> |

## РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ

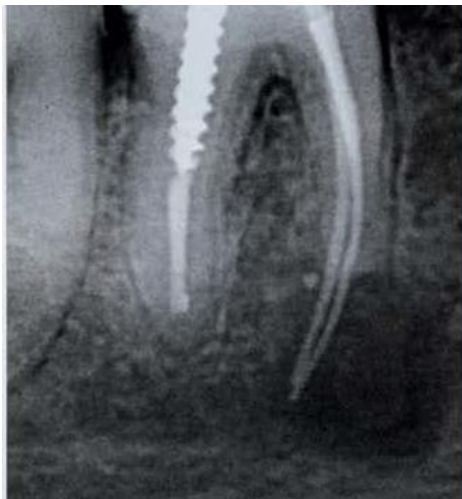
### гранульомы, кістогранульомы, радикулярної кісти

#### Ознаки гранульомы:



- 1) діаметр периапікального вогнища розрідження = 1 – 5 мм;
- 2) контури гранульомы безпосереднім продовженням періодонтальної щілини, що розширюється при переході у вогнище

#### Ознаки кістогранульомы:



- 1) діаметр периапікального вогнища розрідження = 6 – 10 мм;
- 2) періодонтальна щілина розширюється при переході у вогнище розрідження з однієї сторони під гострим кутом, з другої сторони – майже під прямим кутом.

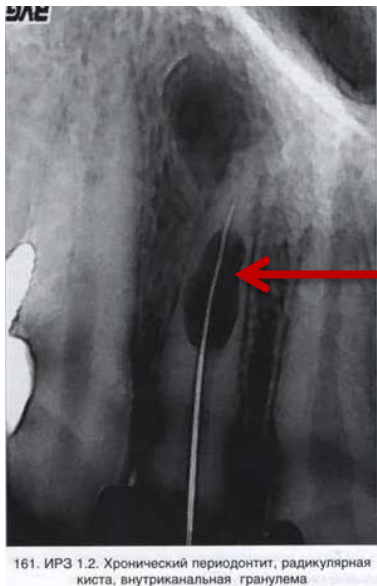


#### Ознаки радикулярної кісти:

- 1) діаметр периапікального вогнища розрідження > 10 мм;
- 2) періодонтальна щілина розширюється при переході у вогнище розрідження з обох сторін майже під прямим кутом.

## РЕНТГЕНОДІАГНОСТИКА

### радикулярної та фолікулярної кісти



Ознаки радикулярної кісти:

- 1) порожнина з чіткими контурами, пов'язанная з верхівкою кореня зруйнованого зуба.
- Внутрішньоканальна резорбція кореня (можливе ускладнення)

Ознаки фолікулярної кісти:

- 1) в зубному ряду відсутній один або декілька постійних зубів, нерідко є молочний зуб;



- 2) порожнина з чіткими контурами, пов'язанная з коренями зруйнованого зуба, а також з шийкою зміщеного в сторону зачатка постійного зуба, що не

## РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ФОРМИ

### радикулярних кіст



Форма 1. Безструктурне вогнище розсмоктування кістки з чіткими контурами, пов'язаний з коренем зуба або з альвеолою видаленого зуба.



Форма 2.

Розвиток радикулярної кістки біля верхівки кореня призводить до виштовхування кореня причинного зуба з його альвеоли.



Форма 3.

Збільшення радикулярної кістки приводить до відтиснення коренів сусідніх зубів та спотворенню на знімку: зуби здаються вкороченими або подовженими.

## РЕНТГЕНОДІАГНОСТИКА

### фолікулярної та парадентальної кісти

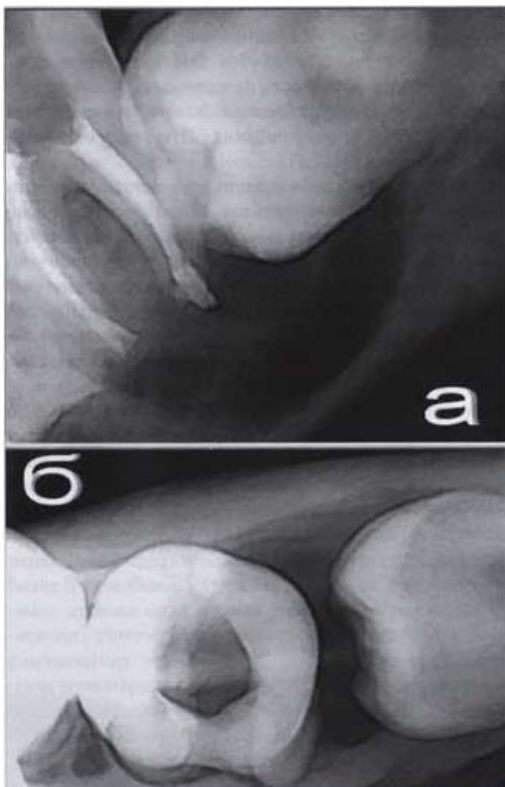
#### Ознаки фолікулярної кісти:

- 1) в зубном ряду відсутній один або декілька постійних зубів, часто є молочний зуб;
- 2) порожнина з чіткими контурами, пов'язана з коренями зруйнованого зуба, а також з шийкою зміщеного в сторону зачатка постійного зуба, що не прорізався.



#### Признаки парадентальної кісти:

- 1) порожнина з чіткими контурами, що розташована в ділянці кута або гілки нижньої щелепи позаду нижнього зуба мудрості (ретромолярно), що охоплює тільки частину коронки зуба.

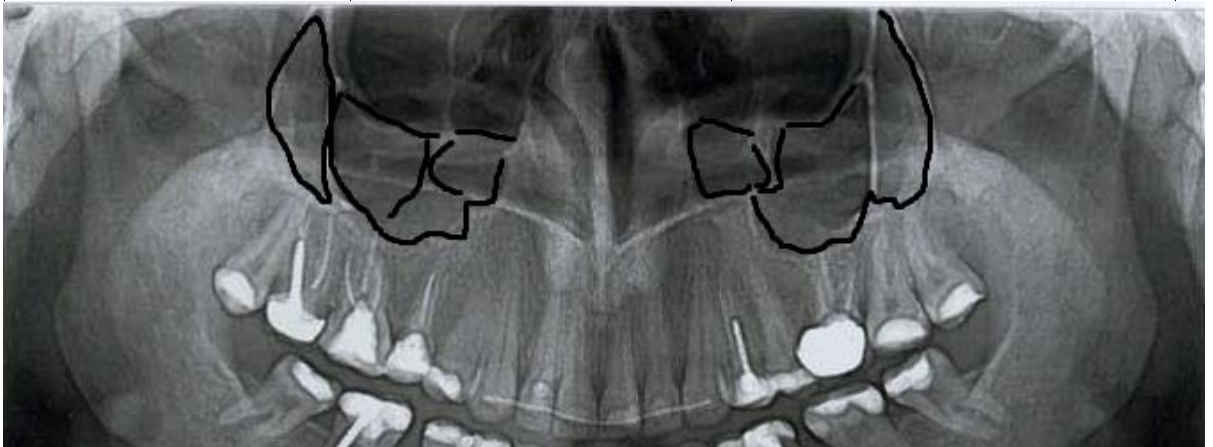


109. ИРЗ 3.7, 3.8. Парадентальная киста. Фрагмент а — определяется частичное сложения изображения дистального корня 3.7 и коронковой части ретенированного 3.8. Фрагмент б — на окклюзионной рентгенограмме в аксиальной проекции отчетливо определяется реальное соотношение контактирующих поверхностей 3.7 и 3.8

## ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА

між радикулярною кістою та гайморовою порожниною

| Ознаки                                                                 | Радикулярна кіста                                                          | Гайморова порожнина                                                     |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Нижні контури порожнини                                                | Гладкі.                                                                    | Звивисті, бухтоподібні.                                                 |
| Клінічні ознаки                                                        | При великих розмірах порожнини, як правило, є.                             | Відсутні.                                                               |
| Відношення до зубів                                                    | Періодонтальна щілина причинного зуба на верхівці корня не просліджується. | Періодонтальна щілина причинного зуба просліджується на всьому протязі. |
| Відношення кісти до гайморової порожнини на позаротовому рентгензнімку | Кіста великих розмірів займає частину гайморової порожнини.                | При відсутності кісти гайморова порожнина не змінена.                   |
| Наявність пунктата бурштинового кольору з кристаллами холестерина      | Є.                                                                         | Відсутній.                                                              |

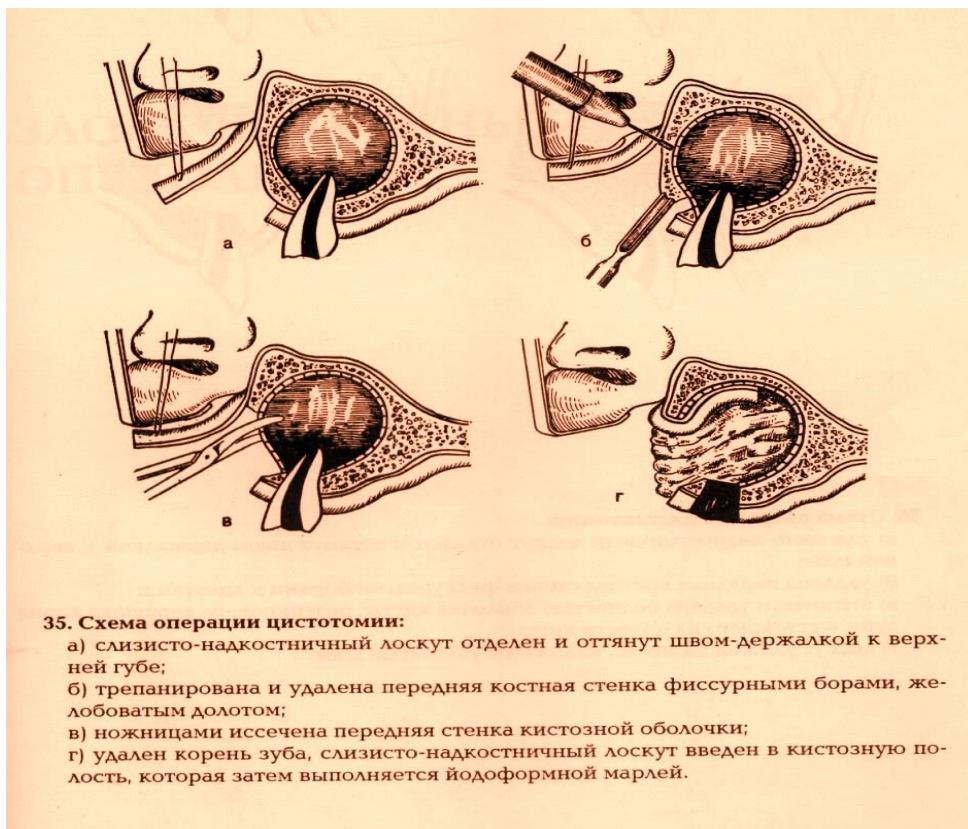




## Лікування кіст щелеп.

### ПОКАЗАННЯ ДО ЦИСТОТОМІЇ

- Великі кісти нижньої щелепи зі значним стоншенням стінок щелепи.
- Великі кісти верхньої щелепи, що проростають у верхньощелепну пазуху з руйнуванням дна порожнини носа и піднебінної пластинки.
- Старечий вік хворого.
- Важкі супутні захворювання серцево-судинної системи, ендокринної системи та ін.
- Гематологічні захворювання.
- У змінному прикусі – щоб запобігти травми зачатка постійного зуба.



Під адамантіномами щелеп слід мати на увазі групу одонтогенних пухлин епітеліального походження. Безліч синонімів цього терміну (багатокамерна кістома, проліферуюча щелепна кіста, центральна парадентарна кістома, кістоаденома

адамантином і т. д.) свідчить як про складнощі її будови, так і серйозності клінічних проявів.

Зустрічається адамантинома переважно у хворих у віці від 21 до 40 років, проте може зустрічатися у новонароджених і людей похилого віку. Вважає головним чином жінок.

Локалізується частіше на нижній щелепі у області її кута та гілки, рідше тіла щелепи; частіше всього розвивається у області нижніх зубів мудрості.

### **Патогенез**

Патогенез адамантином тісно пов'язаний з питанням про походження епітеліальних клітин, з яких походить адамантинома. Наприклад, Falkson (1879), А. І. Абрикосов (1956) та інші зв'язують походження адамантином з епітелієм емалевого органу зубного зачатка; Magitot (1872) і О.В. Петрова (1956) вважають, що епітелій, з якого росте ця пухлина, виникає в щелепі шляхом метapлазії із сполучної тканини; Malassez (1885), Н.А. Астахов (1908), В.Я. Брайцев (1907), Р. Д. Воскресенський (1900) та інші пов'язують походження адамантином з епітеліальними залишками (острівцями) в періодонті і кістках щелеп. Ряд авторів вважають, що адамантинома виникає за рахунок розростання і занурення в кістку епітелію порожнини рота або верхньощелепної пазухи. Проте, І.Г. Лукомський і А.Л. Козирева допускають виникнення даної пухлини у ряді випадків з емалевого органу зубного зачатка, а Н.Я. Резников - з епітеліальних залишків Малассе. Про це свідчить гістологічна різноманітність адамантином, а також знаходження емалі в адамантиномах у деяких хворих.

### **Клініка**

Хворі скаржаться на раптово помічену ними (або оточуючими) асиметрію лиця. З анамнезу вдається з'ясувати додатково скарги і симптоми, які можна пов'язати з розвитком пухлини: 1) ниючий тупий біль в щелепах і зубах, який у минулому приводив хворого (вже не раз) до думки про необхідність видалити інтактні зуби; 2) періодичні явища періоститу, що спостерігаються на ураженій стороні, або флегмонозного запалення; 3) незаживаючі свищі на слизистій оболонці рота з гнійним виділеннями; 4) довго не заживаючі після видалення зубів рани, з яких виділяється каламутна рідина; 5) при пухлинах, що досягли великих розмірів, хворі скаржаться на утруднення жування, мови і навіть дихання.

**Об'єктивно:** у ранніх стадіях спостерігається веретеноподібне здуття тіла щелепи; при цьому пухлина виглядає гладкою або злегка нерівною - горбистою, щільної (кісткової) консистенції. Шкірні покриви над пухлиною в кольорі не змінені, збираються в складку; іноді дещо бліді. Пізніше з'являються ознаки кістозного новоутворення: осередки пергаментного хрустоту, флюктуація; шкіра над пухлиною стоншується, блідне, з'являється видима судинна мережа, вона важко збирається в складку.

З часом шкіра стоншується і навіть можуть з'являтися виразки над місцями найбільш виражених кісткових випинань.

Регіонарні лімфовузли не збільшені за тієї умови, якщо вміст кістозних порожнин ще не нагноювався і до пухлинного процесу не приєдналося запалення кістки.

Зуби у області пухлини звичайно достатньо стійкі, але можуть бути і дещо розхитані (за наявності хронічного запального фону).

Слизиста оболонка ясен нормального кольору або ціанотична.

Рентгенографічні дані досить варіабельні. А.Л. Козирева (1959) описала дев'ять варіантів кісткових змін, які можна виявити на рентгенограмі: 1. Ряд округлих порожнин. 2. Одна кісткова порожнина, оточена дрібнішими порожнинами. 3. Ряд округлих порожнин, в 1-2 з яких поміщений зубний фолікул або сформований зуб. 4. Багатокутні порожнини. 5. Крупнопетлиста структура кістки за рахунок безлічі дрібних кіст. 6. Декілька одиничних крупних кістозних порожнин. 7. Одна велика кістозна порожнина з нерівними краями. 8. Одна велика порожнина, в яку обернені корені зубів (нагадує радикулярну кісту). 9. Одна велика кіста, в яку обернена коронкова частина зуба, що не прорізався. Цей варіант нагадує фолікулярну кісту.

Найважливішою рентгенологічною ознакою адамантіном є різний ступінь прозорості тіні порожнин. Порожнини можуть мати малий, середній і високий ступінь прозорості. Центральні відділи кістозних порожнин прозоріше, ніж крайні. У однокамерних адамантіномах вдається бачити смужку півтіні уздовж кісткових пухлини. Нерівномірність прозорості тіні особливо чітко виражена в поликістозних адамантіномах.

При приєднанні запалення кісти контури її змінюються, стаючи розмитими, а в окремих ділянках вони інколи зникають. Прозорість тіні порожнин різко знижується. Іноді в кістозних порожнинах помітний горизонтальний рівень рідини. Численність і різноманітність скарг, об'єктивної клінічної і рентгенографічної картини вельми утрудняють постановку діагнозу. Тому тільки комплексне (рентгено-гістологічне) обстеження хворого дозволяє поставити правильний діагноз.

**Патологоанатомічна картина** залежить від характеру досліджуваної адамантіноми. Згідно класифікації Bluemm (1901) вона макро- і мікроскопічно може бути або щільній (adamantinoma solidum), або кістозній (adamantinoma cysticum). Щільна адамантінома складається із строми (сполучній тканині) і паренхіми - епітеліальних клітин, які у вигляді тяжів пронизують строму, утворюючи осередки в пухлині, по периферії яких розташовані високі циліндрові клітини, а ближче до центру - зірчасті, що відповідає картині емалевого органу, що розвивається. У кістозній адамантіномі сполучнотканинна строма представлена менш рельєфно, чим в масивній, порожнини якої визначаються лише мікроскопічно. В процесі свого розвитку масивна адамантінома поступово перетворюється на кістозну, унаслідок злиття дрібних порожнин в декілька більших, або навіть в одну велику порожнину, що містить рідину. Нерідко в такій порожнині можна виявити кристали холестерину, що зближує кістозну адамантіному з банальної радикулярною або фолікулярною кістою. Наявність в адамантіномі епітеліальної тканини визначає можливість її малігнізації.

Існує багато інших класифікацій адамантіном, серед яких особливу увагу привертають клініко-рентгенологічні (Ю. А. Зорін, 1958); проте і вони все ще повністю не задовольняють клініциста. Великий внесок в розробку гістологічної класифікації внесли І.М. Пейсахович (1955), Б.І. Мігунов (1963), І.І. Єрмолаєв (1964). Так, І. І. Єрмолаєв виділив дев'ять варіантів мікроскопічної будови адамантіноми: 1. Наявність епітеліальних утворень, що нагадують будову емалевого органу. 2. Масивно-трабекулярна або альвеолярна будова паренхіми, значно переважаючої над фіброзною основою. 3. Переважання крупних онкоцитоподібних клітин, що є, ймовірно, наслідком дистрофічних змін в епітелії. 4. Епідермоїдна будова епітеліальної паренхіми з вираженим ангиоматозом і осередками крововиливу. 5. Наявність епітеліальних структур у вигляді тонких, тяжів, що сильно розгалужуються, «зубоутворюючі, що нагадують, пластинку». 6. Переважання масивних тяжів або комплексів з щільно розташованих клітин базального типу без подальшої їх диференціації. 7. Наявність конгруентно розташованих епітеліальних клітин; схожих з клітинами шилоподібного шару, гіалінозом строми з утворенням кулястих тіл, що піддаються інодізвাপнінню. 8. Наявність своєрідних аденоматозних епітеліальних структур з накопиченням оксифільної субстанції і вогнищамизвাপніння. 9. Дрібні комплекси альвеолярної будови з пігментовмістних клітин.

М.І. Міговіч (1968) виявив у 7 хворих поєднання декілька з вищеописаних гістологічних варіантів, на підставі чого виділив десятий варіант, назвавши його змішаним.

Р.І. Осипов (1971) виділяє ще п'ять варіантів пухлини: 1. Що складається з полів, що чергуються, циліндрових і зірчастих епітеліальних клітин, без утворення ізольованих комплексів. 2. Що складається з обширних пластів багат шарового плоского епітелію, обмежених на периферії циліндровим або кубічним епітелієм. 3. Базаліому, що нагадує, і що складається з розростань циліндрового або кубічного епітелію у вигляді дрібних альвеол, тяжів і розетковидних структур. 4. Що має вид суцільних полів з конгруентно розташованих полігональних клітин. 5. Представлена вузькими тяжами і трабекулами, що складаються з 2-3 шарів клітинциліндричного або кубічного епітелію; у окремих ділянках такої пухлини - залозоподібні структури.

Для гістологічної будови адамантіном характерна також відсутність чітких меж пухлини, наявність відростків і виступів, що інфільтрують оточуючі тканини. Спеціальними зіставленнями пошарових рентгенограм і гістологічних досліджень Ю.А. Зорін (1965) і Н.Н. Мазалова (1974) встановили наявність в кістці відрогів пухлини у вигляді тяжів, що розгалужуються, проникаючих на глибину до 0.5-0.7 см і що викликають нерівномірне розсмоктування кістки, в своїй більшості не видиме на рентгенограмі. Цим визначається необхідність радикального видалення пухлини, відступаючи від рентгенографічно визначуваних її контурів.

### **Диференціальна діагностика**

Необхідно мати на увазі часті помилки, засновані на ряді ознак, властивих не тільки адамантіномі, але і саркомі, раку, остеобластокластомі щелеп, фолікулярній і радикулярній кістам, остеомі і іншим захворюванням. Особливо утруднена диференціальна діагностика, коли адамантінома локалізується на ділянці кута

нижньої щелепи і її крім вищеперелічених утворень необхідно диференціювати з парадентарною кістою, одонтомою, гемангіомою, холестеатою, фібромою, еозинофільною гранулемою.

Потрібно враховувати, що саркома, на відміну від адамантіноми, росте швидко, порушує загальне самопочуття хворого, рано викликає сильний біль, приводить до розхитаності зубів, оскільки руйнує кісткову тканину. На рентгенограмі при саркомі визначається дефект кістки з роз'їденими, нерівними краями; саркома викликає періостальну реакцію, яка рентгенографічно виявляється у вигляді шипів-спікул.

При диференціації адамантіноми і рака слід мати на увазі, що рак зустрічається в літньому віці значно частіше, ніж адамантіноми, і локалізується зазвичай на верхній щелепі. Поширюється рак в нижньощелепну кістку із слизистої оболонки рота ( рідко рак вражає нижню щелепу первинно), тому виразка слизистої оболонки ясен виникає на ранніх стадіях ракової пухлини; при цьому рано порушується загальний стан хворого, вражаються також метастазами лімфовузли. За допомогою рентгенографії виявляють дефект кістки з нерівними, роз'їденими краями.

Остеобластокластома характеризується наступним: відсутністю больових відчуттів; різко вираженою резорбцією коріння зубів, обернених в пухлину; незміненими лімфовузлами; при пункції пухлини одержують кров; на рентгенограмі щелепи - чергування ділянок розрідження кости і вогнищ ущільнення; іноді вони розмежовані щільними перегородками.

Радикулярна кіста відрізняється від адамантіноми тим, що наявний в кістці чітко обкреслений (а не бухтоподібний) дефект явно пов'язаний з гангренозним зубом. Крім того, анамнез захворювання істотно відрізняється.

Фолікулярна кіста розвивається на місці відсутнього інтактного зуба; росте вона безболісно.

Остеома щелепи відрізняється однорідністю і щільністю («плюс тканина») рентгенографічної тіні; при спробі пункції пухлини відчувається значний опір кости, що і виключає можливість її проведення.

### **Лікування**

Лікування адамантіном повинно бути радикальним щоб уникнути рецидивів, які збільшують загрозу малігнізації. За твердженням І.І. Єрмолаєва (1964), можливість злоякісного переродження адамантіноми (у карциному) зустрічається у 1,5-4% хворих. Межі пухлини тягнуться далеко в кісткову речовину у вигляді химерних відросткоподібних розгалужень; тому методом вибору є резекція ураженої ділянки щелепи в межах здорових тканин, тобто відступивши на 1-1,5 см від рентгенографічно визначуваних меж пухлини.

Слід підкреслити необхідність дотримання радикалізму при лікуванні адамантіном. Тільки радикальним видаленням пухлини можна попередити виникнення рецидиву. Після вискоблювання пухлини, навіть доповнюваного променевою терапією, нерідко виникають рецидиви. Тому лише при невеликих осередках ураження адамантіномою можна оперувати її, не порушуючи

безперервності нижньої щелепи, наприклад, застосувавши економну резекцію по П. В. Наумову (1965), яка полягає в наступному: 1) розрізи тканин з боку шкіри обличчя і порожнини рота, що забезпечують широкий огляд операційного поля; 2) видалення пухлини одним блоком або по частинах під контролем ока; 3) обробка країв кісткової рани щелепи кусачками і долотом із захопленням здорових тканин не менше ніж на 1 см на всі боки від меж видимого розташування пухлини; 4) заповнення дефекту щелепної кістки жувальним м'язом на живлячійніжці; 5) пошарове накладення швів на краї операційної рани. Як стверджує автор, заповнення дефекту щелепи жувальним м'язом не призводить до стійкої контрактури. Разом з механотерапією рекомендується раннє (через 3-4 місяці після операції) зубне протезування, що сприяє регенерації кістки.

При обширному ураженні щелепної кістки найбільш радикальним способом є резекція або екзартикуляція щелепи з одномоментної аутоостеопластикой. Якщо адамантінома проросла в навколощелепні тканини, субперіостальна резекція недопустима. Потрібно видалити і прилеглі уражені тканини. З метою створення оптимальних умов для «приживлення» остеопластичного матеріалу або ж пластмаси необхідно передбачити фіксацію фрагментів нижньої щелепи, що залишилися. Для цього слід застосувати позаротові апарати або ж назубні дротяні, пластмасові зубонаясенні шини (М.М. Ванкевіч, Вебер), апарат А. І. Бетельмана або інші методи фіксації. За наявності на здоровій стороні зубів-антагоністів бажано користуватися апаратом А. І. Бетельмана.

При тотальному ураженні всієї нижньої щелепи показана повна екзартикуляція нижньої щелепи. Після коміроподібного розрізу шкіри оголюють нижню щелепу, язик беруть на лігатуру, проводять розпил щелепи по середній лінії, субперіостально вищипують спочатку одну половину нижньої щелепи, а потім - другу. Якщо при цьому розкривається порожнина рота (у області наявних зубів), слизисту оболонку ретельно ушивають 2-3 шарами швів. Один шар швів накладають безпосередньо на слизисту оболонку, другий - на періост і третій - на підлягаючі тканини. У періостальне ложе поміщають кістковий аутоотрансплантат (по Н.І. Бутіковій), аллохладокістку або пластмасовий вкладиш, відмодельований за формою видаленої щелепи. Перспективною є остеопластика ліофілізованою ортотопічною кісткою.

У післяопераційному періоді призначають антибіотики, сульфаніламідні препарати, анальгетики і інші симптоматичні засоби. Їжа для таких хворих повинна бути рідкою, калорійною і вітамінізованою.

З 1961 Ю.І. Бернадський запропонував завершувати субперіостальну резекцію або екзартикуляцію ураженої ділянки нижньої щелепи виварюванням і реплантацією кісткового фрагмента. Після 25-30 хв. кип'ятіння пухлинної ділянки кістки (у фізіологічному розчині натрію хлориду) він моделюється за формою симетричної частини нижньої щелепи і встановлюємо на колишнє місце. Фіксація фрагментів на місці розпила проводиться за допомогою шва кістки поліамідною ниткою або хромованим (що тривало не розсмоктується) кетгутом. Застосування цієї методики протягом 26 років переконує в тому, що вона забезпечує відмінні косметичні і функціональні результати без нанесення хворому додаткової травми, пов'язаної з взяттям у нього аутоотрансплантата кістки (з ребра, клубової кістки і ін.). Прокип'ячений

кістковий реплантат служить біологічним стимулятором остеогенезу і каркасом для регенеруючої кісткової тканини, відтворюючої архітектуру щелепи. Через 2,5-3 місяці він як би зростається (кістковій мозоллю) із здоровою кістковою тканиною, а потім поступово розсмоктується і заміщається (за 6-9 місяців) новоутвореною кістковою речовиною за рахунок елементів періоста, ендоста, ретикулярній тканині кісткового мозку і клітин судин. Примітно, що ні в одному з 30 спостережень, що простежили в терміни від 1 року до 17 років, не відмічено рецидиву адамантіноми, хоча у багатьох випадках нею був в тій чи іншій мірі уражений і періост, який відділявся лише частково - в місцях тільки найбільшого веретеноподібного здуття кістки. Останнім часом замість проварювання кісткового реплантата деякими авторами застосовується 10-хвилинне заморожування його в рідкому азоті, а кісткові порожнини в ньому заповнюються подрібненою губчастою аутокісткою, що взята з клубової кістки (П.Г. Силолятин, І.А. Панін, 1997).

Реплантаційна остеопластика при лікуванні адамантіном протипоказана в старечому віці, при значному стоншуванні кісткової тканини на великому протязі або при повному заміщенні кісткової тканини м'якотканинною пухлиною, після застосування (у передопераційному періоді) променевої терапії.

З.Д. Сидоров (1981) повідомляє про успішне застосування для лікування адамантіном і остеобластокластом поєднання екскохлеації пухлини з обробкою кісткової рани рідким струменем азоту із стоматологічного ручного кріорозпилювача. Струмінь рідкого азоту він подавав через затуплену ін'єкційну голку на відстані 2-4 мм від кістки з декількох полів, з експозицією 3-6 хв. Обробку стінок порожнини проводив ще кілька разів: при зміні тампона на 9-10 діб після операції, а потім 1-2 рази з інтервалом в 5-7 діб. Віддалені результати (від 6 місяців до 5 років) були сприятливими.

Прогноз сприятливий, якщо адамантінома видалена радикально.

## **Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття**

Професійні алгоритми, щодо оволодіння навичками та вміннями:

| № п/п | Завдання                                                        | Вказівки                                                                                                                                                                                                                                                                     | Примітки                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1     | 2                                                               | 3                                                                                                                                                                                                                                                                            | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 1.    | Провести курацію хворого з радикулярною кістою верхньої щелепи. | <p>В ході обстеження виявити:</p> <p>1.Скарги пацієнта;</p> <p>3.Особливості анамнезу захворювання;</p> <p>4.Особливості анамнезу життя;</p> <p>5.Патологічні зміни покривних тканин щелепно-лицевої ділянки;</p> <p>6.Патологічні зміни кісток щелепно-лицевої ділянки;</p> | <p>Звернути увагу на:</p> <p>1. Характер, інтенсивність та тривалість болю, чинники, що сприяють збільшенню болю. Порушення мови, ковтання, дихання, змикання зубів;</p> <p>3.Тривалість пошкодження та обставини його отримання, лікувальні засоби, що отримав хворий до звернення до лікаря;</p> <p>4. Перенесені загальні, інфекційні, алергічні захворювання, наявність травматичних пошкоджень або лікування з приводу пухлин у хворого або у його родичів;</p> <p>5.Кольор, тургор шкіри та червоної облямівки губів, дефекти, порушення цілісності тканин;</p> <p>6..Анатомічну форму альвеолярного паростка верхньої щелепи, його деформації;</p> |

| 1 | 2 | 3                                                                                                                                                                                                                                          | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |   | <p>7. Патологічні зміни твердих тканин зубів;</p> <p>8. Патологічні зміни тканин пародонту;</p> <p>9. Патологічні зміни слизової оболонки порожнини рота.</p> <p>10. Провести додаткові методи обстеження при пошкодженнях тканин ЩЛД.</p> | <p>7. Наявність дефектів частин зубів, порушення цілісності зубів, зміни кольору емалі, біль при зондуванні порожнини зуба, при температурних подразненнях, характер відділень з порожнини зуба;</p> <p>8. Ступінь патологічної рухливості зубів, зміни положення зубів, наявність патологічних пародонтальних кишень та характер відділень з них, наявність зубних відкладень, біль при перкусії зубів;</p> <p>9. Кольор, вологість, консистенцію тканин, наявність норицевих ходів.</p> <p>10. Провести та проаналізувати рентгенографічне дослідження верхньої щелепи при радикулярній кісті.</p> |

Професійні алгоритми, щодо оволодіння навичками та вміннями:

### Задачі для самоконтролю (а-III)

Хворий 40 років скаржиться на припухлість верхньої губи, піднебіння зліва, яке з'явилося рік тому. Поступово збільшувалось. Об'єктивно: лице асиметрично за рахунок припухлості верхньої губи зліва. Слизова по перехідній складці та на піднебінні вибухає в кольорі не змінена. Пальпаторно виявляється симптом пергаментного хрусту. На R-грамі в/щ в ділянці /1234 просвітлення кісткової тканини з чіткими межами, зуби дивляться коренями в порожнину осередка.

Поставте діагноз. Поставте план обстеження та лікування.

#### Задачі:

№ 1 Хворий 32 роки звернувся до лікаря зі скаргами на випуклість в ділянці 46. Об'єктивно: в проекції коренів 46 випуклість, слизова оболонка не змінена над випуклістю. При пальпації відмічається позитивний симптом Рунге-Дюпюїтрена - пергаментного хрусту.

Встановити остаточний діагноз та додаткові методи обстеження.

№ 2 Хворий 25 років звернувся до стоматолога зі скаргами на припухлість на нижній щелепі зліва в ділянці вуха, утруднене відкривання рота. При огляді на 48 відмічається капюшон в ретромолярній ділянці набряклість твердої консистенції.

Встановити повний діагноз.

№ 3 Хворий 18 років звернувся до лікаря зі скаргами на відсутність 36. Лікар відправив на R-знімок на якому було виявлено круглий дефект в ділянці 46 з чіткими межами, в середині якого є зуб, коронковою частиною входить в цей дефект.

Встановити повний діагноз та методи лікування.

№ 4 Хворий 15 років звернувся до лікаря зі скаргами на асиметрію на нижній щелепі зліва. Об'єктивно: 45 відсутній в ділянці 45 на слизовій оболонці відмічається вирячування, при пальпації пергаментний хруст, слизова оболонка над випуклістю в кольорі не змінена. Був направлений на R-знімок, на якому було відмічено дефект круглої форми з постійним зачатком у середині.

Встановити діагноз та лікування.

№ 5 Батьки 3 місячної дитини звернулись до стоматолога на консультацію зі скаргами, що у дитини прорізався зуб на нижній щелепі в боковій ділянці. При огляді з вестибулярної сторони зліва є утворення округлої форми розміром 0,5 x 0,3 см білуватого кольору з пергаментним відтінком, при пальпації щільне.

Встановити діагноз та додаткові методи обстеження.

**№ 6** Хворий 25 років, скаржиться на пухлину нижньої щелепи. Вважає себе хворим протягом останніх 7 місяців. При огляді відмічається здуття щелепи на рівні 36,37,38 зубів, пухлина злегка горбиста, щільній консистенції. На рентгенограмі щелепи визначається вогнище деструкції з чіткими контурами комірчастого характеру. При пункції пухлини одержана каламутна білісувата рідина.

Поставте попередній діагноз. – адамантінома нижньої щелепи.

**№ 7** Чоловік 45 років звернувся зі скаргами на новоутворення на нижній щелепі. У стаціонарі проведена операція. Отримано наступний гістологічний опис: строма складається із сполучної тканини, паренхіма з епітеліальних тяжів з циліндровими і зірчастими клітками.

Для якого утворення характерна така мікроскопічна картина? – амелобластома нижньої щелепи.

**№ 8** Який оптимальний метод лікування амелобластоми: (II рівень)

1. одномоментне радикальне видалення пухлини в межах здорових тканин з остеопластикою дефекту ☺
2. енуклеація пухлини або екзартикуляція щелепи
3. цистотомія або цистектомія
4. видалення пухлини, променева терапія
5. хіміотерапія та видалення пухлини

**№ 9 Задача III рівня (не типова).** Хворому Б., 29 років, скаржиться на деформацію тіла нижньої щелепи. Об'єктивно визначається на рівні 37, 38 зубів деформація (здуття) тіла щелепи. Слизиста оболонка у області кута нижньої щелепи не змінена. Після патогістологічного дослідження діагностовано адамантіному.

1. Який метод хірургічного лікування показаний при даній пухлині? – резекція нижньої щелепи, відступивши від краю пухлини на 2 см.
2. Як необхідно замінити дефект нижньої щелепи? – ауто остеопластика.
3. Який прогноз захворювання? – при дотриманні правил радикального оперативного втручання – сприятливий.

#### **VII.4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів**

##### **Орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою**

| №  | Учбове завдання                      | Вказівки до завдання                                                                                             | Примітка |
|----|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| I. | 1. Вивчити типові прояви кіст щелеп. | 1. Опишіть симптоми, характерні для радикулярних кіст.<br>2. Опишіть симптоми, характерні для фолікулярних кіст. |          |

|     |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
|-----|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|     |                                            | 3. Назвіть можливі ускладнення кіст щелеп.<br>4. Назвіть показання та протипоказання до цистотомії.<br>5. Назвіть захворювання, з якими потрібно диференціювати радикулярну кісту.<br>6. Опишіть симптоми, характерні для адамантіном.<br>7. Опишіть симптоми, характерні для одонтом.<br>8. Опишіть симптоми, характерні для цементом. |  |
| II. | Вивчити тактику лікаря при наявності кіст. | 1. Складіть план обстеження.<br>2. Призначте рентгеноло-гічне дослідження.<br>3. Оберіть метод лікування.                                                                                                                                                                                                                               |  |

| № п/п | Завдання                                                               | Послідовність виконання                                                                                                                                                                                                                                                                               | Зауваження, попередження, щодо самоконтролю                                          |
|-------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 1     | 2                                                                      | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 4                                                                                    |
| 1.    | Оволодіти методикою обстеження хворого з адамантіновою нижньої щелепи. | Обстеження виконується в такій послідовності:<br>1.З'ясувати скарги.<br>2.Зібрати анамнез:<br>а. початок захворювання;<br>б. розвиток;<br>в. інтенсивність росту;<br>г. лікування.<br>3.Зібрати анамнез життя.<br>4.Основні методи обстеження:<br>а.огляд обличчя;<br>б.пальпація;<br>в.соматоскопія; | Особливу увагу звернути на рентгенографічну картину при адамантіномі нижньої щелепи. |

|    |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                 |
|----|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                              | <p>г.інструментальне обстеження;</p> <p>д.пальпація кісткових орієнтирів;</p> <p>е.перкусія зубів.</p> <p>5.Рентгенографія нижньої щелепи.</p> <p>6.Біопсія.</p>                                                                                                                                                                      |                                                                                                 |
| 2. | Провести курацію з хворого адамантіновою нижньої щелепи.                     | <p>1.З'ясувати скарги.</p> <p>2.Зібрати анамнез.</p> <p>3.Провести:</p> <p>а.зовнішній огляд;</p> <p>б.пальпацію;</p> <p>в.інструментальні методи обстеження;</p> <p>4.Призначити додаткові методи обстеження (рентгенографія нижньої щелепи, біопсія).</p> <p>5.Скласти план лікування.</p> <p>6.Визначити прогноз захворювання.</p> | Акцентувати увагу на методиках забору біопсійного матеріалу та підготовці його для дослідження. |
| 3. | Заповнити амбулаторну медичну картку хворого з адамантіновою нижньої щелепи. | Дотримуватися всіх пунктів загальноприйнятої форми амбулаторної медичної карти стоматологічного хворого.                                                                                                                                                                                                                              | Особливу увагу звернути на опис рентгенограм нижньої щелепи.                                    |

| Основні завдання                           | Вказівки                                                                              |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Вивчити:                                   | Назвати основні відсоткові показники, що залежать від віку, статі.                    |
| 1. Частоту адамантіном.                    |                                                                                       |
| 2. Походження адамантіноми нижньої щелепи. | Назвати тканини щелепно-лицевої ділянки, з яких походять адамантіноми нижньої щелепи. |

|                                                                           |                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. Класифікацію адамантіном.                                              | Вміти застосувати класифікації для формування клінічного .                                                                                        |
| 4. Клініку адамантіном.                                                   | Скласти систему основних симптомокомплексів адамантіном нижньої щелепи.                                                                           |
| 5. Основні принципи діагностики та диференційної діагностики адамантіном. | Розробити схему діагностики, особливу увагу звернути на анамнез захворювання, дані рентгенологічних знімків, результати морфологічних досліджень. |
| 6. Методи лікування адамантіном.                                          | Особливу увагу звернути на методи відновлення цілісності та функції нижньої щелепи після видалення пухлини.                                       |

#### **VII.5.Матеріали після аудиторної самостійної роботи:**

Тематика УДРС та НДРС:

- Написати реферат на тему: «Класифікація кіст щелеп»;
- Виготовити таблицю «Методи лікування кіст щелеп».**Матеріальне оснащення заняття:** моделі, рентгенограми, таблиці, препарати, муляжі, слайди, результати аналізів амбулаторні та стаціонарні медичні карти.