

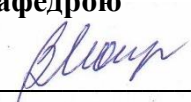
**Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця**

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 3. Доброякісні неондонтогенні пухлини щелеп (остеобластома, остеокластома, остеома, остеод-остеома, хондрома, гемангіома, фіброма, епулід тощо): класифікація, гістологічна будова, клініка, диференційна діагностика, принципи і методи лікування, профілактика ускладнень.

Остеогенні пухлиноподібні новоутворення щелеп (фіброзна остеодісплазія, паратиреоїдна остеодістрофія, хвороба Педжета, еозинофільна гранульома): етіологія, патогенез, класифікація, гістологічна будова, клініка, диференціальна діагностика, особливості лікування, ускладнення, профілактика.

Склав: ас. Гринюк О.І.

Кількість годин – 4,7 годин.

1. Актуальність теми:

Доброякісні остеогенні пухлини - досить часта патологія щелепно-лицевої ділянки. Локалізація, форма, структура, перебіг і розміри різноманітні. В залежності від їх структурних особливостей, локалізації, форми, віку хворих рекомендується те чи інше лікування. Знання усіх видів та морфологічних форм остеогенних пухлин дозволить студентам правильно діагностувати їх та призначити відповідне лікування.

Необхідно зазначити, що остеогенні пухлини (кісткові пухлини) виникають первинно у кістці, розвиваються із сполучнотканинних елементів, що входять до складу. За клінічно-рентгенологічною та морфологічною структурою остеогенні пухлини схожі з пухлинами інших кісток скелету. Але мають свої особливості, пов'язані з ембріогенезом обличчя та наявністю зубів. Останнє і викликає потребу вивчення цієї групи пухлин при їх локалізації у щелепних кістках.

Пухлиноподібні ураження щелеп є досить мало поширеною патологією щелепно-лищевої ділянки, що однаково часто зустрічаються у чоловіків та жінок різного віку. Дана група захворювань має різноманітну, часто схожу клінічну картину, що потребує ґрунтовних знань майбутніх лікарів питань їх етіології, клініки, діагностики та лікування.

2. Результати навчання:

Фахові компетентності

2.1.1. Студент повинен

- Знати етіологію та патогенез остеогенних кісткових пухлин щелепно-лищевої ділянки (□-І).
- Знати клінічні симптоми остеогенних кісткових пухлин щелепно-лищевої ділянки (□-ІІ).
- Знати методи діагностики остеогенних кісткових пухлин щелепно-лищевої ділянки (□-ІІ).
- Знати методи лікування остеогенних кісткових пухлин щелепно-лищевої ділянки (□-ІІ).
- Знати ускладнення, які виникають при остеогенних кісткових пухлинах щелепно-лищевої ділянки (□-І).
- знати анатомію, ембріологію та гістогенез тканин та органів щелепно-лищевої ділянки (α – ІІ);
- знати етіологію, патогенез, класифікацію, клінічні прояви пухлиноподібних уражень щелеп (α – ІІ);

-

2.1.2. Студент повинен

- Провести обстеження хворого, проаналізувати скарги, анамнез захворювання, анамнез життя хворого (α-ІІ).
- Визначити ступінь контрактури н/щелепи при остеогенних кісткових пухлинах ЩЛД (α-ІІІ).
- Провести диференційну діагностику остеогенних кісткових пухлин ЩЛД (α-ІІІ).
- Скласти план лікування хворих з остеогенними кістковими пухлинами (α-ІІІ).
- вміти провести діагностику та диференційну діагностику пухлиноподібних уражень щелеп (α – ІІІ);

- вміти провести курацію хворого з пухлиноподібними ураженнями щелеп, призначити план обстеження та скласти план лікування, визначити прогноз захворювання, можливі ускладнення (α – III);
- розвивати творчі здібності в процесі теоретичних та клінічних досліджень проблемних питань доброякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки (α – IV).

2.2. Загальні компетентності:

- .

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:

Дисципліна	Знати	Вміти
I. Попередні (забезпечувальні) дисципліни		
1. Топографічна анатомія	Топографо-анатомічні ділянки тіла.	Визначити розміри пошкодження в межах щелепно-лицевої ділянки.
2. Гістологія	Гістологічну будову м'яких тканин ЩЛД.	Приготувати матеріал для гістологічного дослідження.
3. Патологічна анатомія	Гістологічну картину неспітеліальних пухлин м'яких тканин та первинних кісткових пухлин ЩЛД .	
4. Патологічна фізіологія	Етіологію та патогенез	

	пухлин. ЩЛД.	
II. Наступні дисципліни (що забезпечуються) 5. Пропедевтика внутрішніх хвороб	Схему курації хворого.	Провести курацію хворого з пухлиною щелепно-лицевої ділянки.
6. Загальна онкологія	Принципи діагностики лікування та профілактики онкозахворювань.	Призначити схему обстеження.
7. Рентгенологія	Ознаки первинних кісткових пухлин по рентгензнімку.	Провести диференційну діагностику первинних кісткових пухлин.
III. Внутрішньопредметна інтеграція (між темами дисципл.)	Клініку доброякісних та злоякісних пухлин кісткової тканини.	Провести диференційну діагностику.

Зміст теми.

Остеобластокластома - доброякісна пухлина, що пошкоджує різноманітні кістки скелета. Термін «гігантоклітинна пухлина» запропонував Бледгуд (1912), Стоарт (1922) назвав її «остеокластоною», А.В.Русаков (1924) – «остеобластокластоною» у відповідності з клітинним складом, який її утворює. На сьогодні її вважають істинною пухлиною, яка, за даними клініки хірургічної стоматології ММСІ, складає 30% всіх кісткових новоутворень. Жінки хворіють у 2 рази частіше.

Початкова симптоматика непомітна, але з часом виникає набухання ділянки щелепи, рухомість зубів у межах пухлини, спостерігається асиметрія обличчя. Пухлина збільшується повільно, безболісно.

Рентгенологічно визначають три різновиди пухлини – коміркову, яка нагадує амелобластому, кістозну, літичну форму, притаманну дітям та людям молодого віку. Для останньої форми характерна безструктурна ділянка розрідження з руйнуванням кортикального прошарку щелепи. На рентгенограмі вона нагадує саркому.

Для морфологічної верифікації проводять пункцію новоутворення. Пунктат являє собою кров'янисто-буру рідину, в якій відсутній холестерин. Цитологічне дослідження виявляє для пухлини типову картину клітинного складу. В сумнівних випадках проводять біопсію.

Макроскопічно пухлина представлена м'якотканними новоутвореннями з розгалуженою сіткою кровоносних судин, які кровоточать.

Лікування – видалення пухлини в межах здорових тканин. При наявності показань резекцію проводять одномоментно з кістковою пластикою.

Прогноз для життя обнадійливий.

Остеома – доброякісна пухлина з кісткової тканини. В залежності від структури, розрізняють губчасті та компактні остеоми. Вони можуть мати периферичне і центральне розташування. Периферичні (зовнішні) остеоми макроскопічно нагадують собою горбкуваті екзостози. Центральні або внутрішні остеоми розташовані в кістці щелеп. Остеомы щелеп порівняно докладно описані в літературі і являють собою найбільш вивчену групу первинних пухлин щелепних кісток. Частіше зустрічаються на язиковій поверхні нижньої щелепи та в навколоносових пазухах, а також в ділянці верхніх щелеп, лобній пазусі, гратчастому лабіринті, основній кістці.

Клініка остеом мало виражена. Порівняно з іншими пухлинами щелепних кісток остеомы ростуть повільно, протягом багатьох років, а то і десятиліть. Розвиваючись з

кістки щелепи, остеоми викликають поступове потовщення відповідної ділянки, приводячи до деформації щелепи, естетичних та функціональних порушень. Не дивлячись на великі розміри пухлина не викликає хворобливих проявів. Симптоматика визначається локалізацією, розмірами та напрямком росту пухлини. Так, остеоми верхньої щелепи, що ростуть у її порожнину, можуть викликати екзофтальм, невралгію 1 гілки трійчастого нерву, слезотечу, диплопію, звуження поля зору, зниження гостроти зору, асиметрію обличчя. Можуть спостерігатися явища застою на дні ока у зв'язку з тиском на нерв. Рінологічні симптоми виникають внаслідок закриття вивідних отворів додаткових порожнин носа і накопичення в них секрету, що призведе до утворення мукоцеле.

Остеомы щелепних кісток можуть викликати також порушення жувальної функції, а у випадку росту пухлини в ніс – порушення дихання.

При рості в лобну пазуху виникає атрофія її перегородки, пухлина заповнює обидві пазухи і тільки тоді може викликати узуру однієї із стінок. Розташовуючись у гратчастому лабіринті, остеома проростає в орбіту.

Остеома лобної кістки та гратчастого лабіринту при проростанні в передню черепну ямку може перфоровати тверду мозкову оболонку. Виникають ускладнення у вигляді абсцесу головного мозку та менінгіту. Рентгенологічна картина остеом залежить від їх будови та локалізації. Розташовуючись зовні від кістки, остеомы на рентгенограмі мають вигляд кулеподібного кісткового утворення, обмеженого по периферії кортикальною пластинкою, що є продовженням кортикальної пластинки щелепи. Остеомы мають губчасту або компактную будову. Пухлина розташована на ніжці або на широкій основі. В навколоносових пазухах, зокрема у верхньощелепних, остеома являє собою кулястої форми щільне кісткове утворення на ніжці.

При діагнозі остеомы, у випадку її безсимптомності перебігу, хворий повинен знаходитись під динамічним наглядом з оглядом вповдовж кожних 6 місяців. Оперативне втручання виконують лише при наявності патологічних симптомів, викликаних ростом остеомы.

Синдром Гарднера – спадковий симптомокомплекс, що проявляється численними остеомами лицевих плоских та трубчастих кісток, дифузний поліпоз прямої та поперечної ободочної кишки, пухлинами м'яких тканин (ліпоми, фіброми, епітеліальні кісти). Зустрічаються також зверхкомплектні зуби, одонтоми. Враховуючи можливість малігнізації поліпів товстого кишечника, проводять диспансерне спостереження.

Гістологічне вивчення остеомы показало, що кісткова речовина компактних остеом на має типових остеїдних структур і містить у собі невелику кількість вузьких центральних кісткових каналців.

Губчаста остеома побудована із сітки, розташованих нерегулярно кісткових трабекул з різним ступенем зрілості. Між трабекулами спостерігається клітинно-волокниста тканина. За своєю будовою губчаста остеома відповідає губчастій кістці, але відрізняється від нею відсутністю регулярного розташування кісткових балок. Губчасті остеомы розташовуються в щелепах частіше ніж компактні.

Діагностика. Губчасті остеомы частіше всього необхідно диференціювати з фіброзною дисплазією, що іноді навіть при гістологічному дослідженні зробити важко. Останні відрізняються від остеомы переважаною більшістю фіброзної остеогенної тканини і невеликою кількістю примітивних кісткових трабекул. Крім того, при диференційній діагностиці слід мати на увазі реактивні гіперостози непухлинного походження та осифікуючий міозит.

Прогноз при остеомах сприятливий, пухлина не набуває злоякісного характеру.

Лікування остеом тільки хірургічне. Оскільки остеомы мають дуже повільний, роками, доброякісний, безсимптомний перебіг, хворі не потребують спеціального лікування. Операція показана лише у тих випадках, коли виникають естетичні або функціональні порушення. Оперативне втручання включає висічення пухлин у межах здорової кістки.

Остеоїд-остеома.

Під час рентгенологічного дослідження хворих з невралгією трійчастого нерва та іншими больовими синдромами обличчя у кістці нижньої щелепи іноді, виявляються поодинокі осередки ущільнення кулястої форми діаметром не більше 1 см. Після видалення такого осередку болі зникають. На відміну від пухлини кісток остеоїд-остеома щелепних кісток спостерігаються, як правило, у людей більш зрілого віку.

Клінічна картина. Хворі скаржаться на біль. Але при ураженні щелеп цей симптом властивий не тільки остеоїд-остеоми. Скарги хворих з остеоїд-остеоною нижньої щелепи однотипні. При відсутності деформації болі мають локальний характер, ниючий, крутячий або колючий, то постійний, то приступоподібний з короткими ремісіями. Частіше болі найбільш інтенсивні вночі. Ці болі не виникають раптово, настає поступове нагромадження різноманітних мало виражених відчуттів, які з часом переходять в чітко виражений больовий синдром. Нерідко болі посилюються під час їди, особливо при локалізації пухлини у кортикальному шарі альвеолярної частини нижньої щелепи. Механізм болі при остеоїд-остеоми пов'язують із склерозом навколишньої кісткової тканини, у ділянці пухлини. Інші автори вважають, що біль є результатом реактивного склерозу кістки та запальних змін окістя. При розташуванні остеоїд-остеоми в губчастім прошарку слизова оболонка альвеолярного відростку та навколишніх м'яких тканин нижньої щелепи не має зовнішніх змін. При локалізації у кортикальному прошарку альвеолярної частини та рівні розташування остеоїд-остеоми можна спостерігати незначне почервоніння слизової оболонки. При пальпації ділянки ураження визначається нерізка виражена припухлість.

Рентгенологічна картина остеоїд-остеоми нижньо-щелепної кістки характерна, особливо в пізніх стадіях хвороби. В нижній щелепі пухлина, як правило, розташовується в її бокових відділах, уражаючи кортикальний прошарок або губчасту речовину. На початкових стадіях хвороби остеоїд-остеома на рентгенограмах виявляється у вигляді нечіткого, неправильного, кулеподібної форми осередку деструкції діаметром 0,5 – 1 см в кістковій тканині альвеолярної частини або тіла нижньої щелепи. Навколо осередку деструкції навколишня кістка склерозована.

Мікроскопічна картина в різні періоди розвитку остеоїд-остеоми різна. На початку захворювання пухлина складається з мезенхімальної тканини, дуже багата клітинами та судинами і має остеопластичну функцію. Серед одноядерних клітин типу остеобластів, оточуючих остеοїдну речовину, іноді зустрічаються багатоядерні клітини типу остеокластів. Пізніше, по мірі розвитку хвороби, ділянка остеοїдної тканини, так зване “гніздо”, обвапнюється і перетворюється в утворення, що складається з густо переплетених, грубих кісткових балок, а в кінцевих стадіях процесу має вигляд остеоми.

Лікування остеοїд-остеоми хірургічне. Виділяють гніздо пухлини із склеротичними ділянками навколишньої тканини. Можливі рецидиви.

Хондрома.

Це доброякісна пухлина, яка характеризується утворенням зрілого хряща. Локалізується найчастіше у передньому відділі верхніх щелеп у вигляді ізольованого солітарного вузла. Рідкісні випадки – утворення пухлини на нижній щелепі. Є два види хондроми: енхондрома – розташована центрально в глибині щелепи та екхондрома – периферично, періостально або юстакортикально, що росте за межі щелепи. Росте хондрома повільно. Периферична форма проявляється у вигляді бугристого, щільного на дотик, безболісного утворення зв'язаного з кісткою, межі чіткі. Енхондрома розвивається непомітно в глибині кістки, призводить до рухливості та зміщення зубів у різні боки. Діагностується значно пізніше, коли пухлина, зруйнувавши кістку, проростає назовні. Слизова оболонка не змінюється. При довготривалому існування можливе перетворення хондроми в злоякісну хондросаркому.

Рентгенологічно хондрома не завжди має чітку характерну картину, що пов'язано з її неоднорідною структурою і тим, що вона нашаровується на інші кісткові утворення верхньої щелепи. Рентгенологічно: вогнище деструкції кісткової тканини з чіткими межами, є ділянки ущільнення та розрідження кісткової тканини.

Діагноз. Диференціюють хондрому від остеофіброми, амелобластичної фіброми. Макроскопічно хондрома має вигляд хрящового утворення щільної консистенції з ділянками міксоматозу та некрозу. Мікроскопічно вона складається з гіалінового хряща, в якому нерівномірно розташовані хрящеві клітини. Відсутність поліморфізму та мітозів відрізняє її від хондросаркоми.

Лікування. Оперативне.

Прогноз. Для життя сприятливий в разі своєчасного видалення пухлини.

Остеохондрома (кістково-хрящевий екзостоз). Це доброякісне утворення, покрите хрящем, локалізується на суглобній голівці нижньої щелепи. Описують його під різноманітними назвами: гіпертрофія, гіперплазія, остеома суглобної голівки. Зустрічається рідко, складає 3,4 % серед кісткових новоутворень.

У початковому періоді захворювання виникають хрускіт або неприємні відчуття в ділянці одного скронево-нижньощелепного суглоба. Поступово (протягом 1-2 років) розвивається і наростає деформація обличчя за рахунок зсуву нижньої щелепи в неуражену сторону, відзначається вибухання кісткового характеру в ділянці ураженого суглоба, не пов'язане зі шкірою, безболісне, обмежене. Порушується прикус, стають утрудненими відкушування і пережовування їжі. При відкриванні рота зміщення щелепи збільшується. На рентгенограмі в прямій і бічній проекціях визначають деформацію і збільшення голівки нижньої щелепи за рахунок пухлини кісткового характеру.

Диференціальну діагностику проводять з остеоартрозом, вивихом нижньої щелепи, іншими пухлинами суглобового відростка.

Лікування. Резекція частини голівки нижньої щелепи з новоутворенням.

Прогноз для життя сприятливий.

Фіброостеома (осифікуюча фіброма) – це доброякісна пухлина, зустрічається тільки в щелепних кістках. Клінічно та рентгенологічно вона схожа з фіброзною дисплазією. Відрізняється від неї тільки чіткими межами і наявністю капсули. Раніше вона розглядалась як осередкована форма фіброзної дисплазії. Фіброостеому диференціюють від десмопластичної фіброми, амелобластичної фіброми, доброякісної цементобластоми.

Лікування - видалення пухлини з капсулою.

Прогноз для життя сприятливий.

ФІБРОЗНА ДИСПЛАЗІЯ

Загальні відомості

Вперше фіброзну остеодисплазію виділив В.Р. Брайцев в 1927 р., коли він представив чіткий опис морфологічної картини захворювання. До цього фіброзна дисплазія описувалася під різними назвами, частіше всього як фіброзна остеодистрофія, одностороння фіброзна остеодистрофія, фіброкістозна хвороба, фіброостеома та ін. У 1938 р. Lichtenstein підтвердив дослідження В.Р. Брайцева, і тому тепер цей процес іменується як пухлина Брайцева-Ліхтенштейна.

У класифікації А.А. Колесова фіброзна дисплазія віднесена до розряду остеогенних пухлин подібних утворень, а Т.П. Виноградової — до доброякісних пухлин.

Патогенез

Патогенез остаточно не з'ясований. На думку В.Р. Брайцева (1927), Lichtenstein (1938, 1942), Jaffe (1942), в основі фіброзної остеодисплазії лежить порушення нормального процесу кісткоутворення, що полягає в тому, що на певній стадії розвитку мезенхіма диференціюється не в кісткову тканину, а у фіброзну.

Клініка

Захворювання виявляється частіше всього в дитячому і юнацькому віці, рідко — у дорослих. Протікає протягом довгого часу приховано. Лише в поодиноких хворих

зустрічаються больові відчуття. Нерідко захворювання виявляється в перші роки життя. У дітей спостерігаються випадки бурхливого, а також циклічного перебігу. Фібозна дисплазія зустрічається в 3-4 рази частіше у жінок, ніж у чоловіків. Частіше всього виявляється у вигляді монооссального або ж одностороннього поліоссального захворювання. Крім ураження діафізарних відділів трубчастих кісток, стегна, великоберцевої кістки а також плечових, променевих кісток, локалізується в скелеті обличчя і мозкового черепа. На кінцівках проявляється болем, здуттям, деформацією або укороченням, кульгавістю. Кісткові розростання в мозковому і лицьовому черепі бувають односторонніми і тому спричиняють значну асиметрію обличчя. Улюбленої локалізації фіброзної дисплазії в щелепах немає. Сформований осередокна щелепі виглядає як кісткове здуття або нерівномірна горбистість кістки. Якщо «пухлина» локалізується біля краю орбіти, з'являється симптом випинання очного яблука з деформованої і звуженої очної ямки. Це призводить до одностороннього «левого» спотворення черепа. На нижній щелепі у дітей може мати місце як дифузне ураження всієї щелепи, так і ізольоване залучення в процес лише однієї суглобової головки. При ураженні нижньої щелепи функція її, як правило, не страждає, рот відкривається вільно, жування залишається безболісним.

В деяких випадках поліоссальної фіброзної остеодисплазії має місце (переважно у дівчаток) *синдром Олбрайта*, що характеризується наявністю не тільки кісткових змін, але і передчасним статевим дозріванням, пігментними плямами на шкірі, які створюють враження географічної карти. Локалізуються вони, головним чином, на животі, спині, сідницях, бічній поверхні тулуба, проміжності і стегнах. Shira з співавт. (1975) спостерігав фіброзну дисплазію нижньої щелепи з клінічними проявами у вигляді епізодичного росту пухлини, мимовільного болю, припухлості, лихоманки, збільшення ШОЕ. Антибіотикотерапія, що проводиться, давала тільки короточасний ефект. З осередків ураження висіяні грампозитивні мікроорганізми, які, на думку авторів, є флорою. Аналогічну картину ми спостерігали при фіброзній остеодисплазії гілок щелепи, коли батьки для лікування у дитини запалення в привушній області довгий час застосовували теплові процедури. У таких випадках надмірність теплових процедур може вести навіть до абсцедування, утворенню нориці, після чого хворого починають помилково лікувати з приводу хронічного остеомієліту гілки щелепи.

Діагноз

Рентгенологічна картина фіброзної дисплазії поліморфна. Це обумовлено тим, на якій фазі розвитку нормальної кістки перебіг остеогенезу і який морфологічний компонент переважає у момент обстеження. Крім того, картина ураження залежить і від того, на якій щелепі воно локалізується. Так, на нижній щелепі, особливо у дітей, частіше зустрічаються зміни комірчастого характеру на фоні збільшення і здуття кістки. Ці зміни можуть бути як одно-, так і двосторонніми, симетричними. У одних випадках відмічається перевага нерівномірного ущільнення кістки, в інших — досить чітко обкреслений дефект кісткової речовини овальної форми або дифузне чергування ділянок ураження кісткової тканини з осередками ущільнення.

На верхній щелепі ураження завжди одностороннє, що частіше досягає значного ступеня щільності і облітерації верхньощелепної пазухи, аж до повного її зникнення. Проте можуть бути, навпаки, випадки збільшення верхньощелепної пазухи і затемнення її, на фоні якого видно інтенсивнішу тінь що вдається в порожнину м'якотканинного утворення, іноді із замикаючою кістковою «шкаралупою» по його краю. На фоні диспластичних осередків розсмоктування коріння зубів не спостерігається. Визначувані іноді на рентгенограмі періостальні нашарування при дифузній формі дисплазії нижньої щелепи нерідко наводять на помилкову думку про остеогенну саркому або хронічний остеомієліт щелепи.

При всіх формах фіброзної остеодисплазії відсутні які-небудь загальні біохімічні зміни в організмі; зокрема, рівень кальцію і фосфору в плазмі крові, як правило, не

змінюється. Лише у деяких хворих відмічено збільшення кальцію і зменшення фосфору крові.

Перебіг хронічний, тривалий, але доброякісний. Лише в деяких випадках спостерігається злоякісне переродження патологічного осередку з перетворенням його у веретеноподібну, круглоклітинну, поліморфноклітинну саркому або фібросаркому.

Патологічна анатомія. *Макроскопічно* фібозна дисплазія виглядає *різноманітно*; частіше всього має вид тканини, що кришиться, на зразок кісткових розм'якшених пластинок, між якими знаходиться сіра або бура м'яка тканина. У деяких хворих «пухлина» має сірий колір, пружну консистенцію або відрізняється м'ясистим виглядом; іноді тканина виглядає слизовою і неомогенною. *Мікроскопічно*: розростання патологічної остеогенної тканини, в якій можуть переважати колагенові волокна з витягнутими клітинами типу фібробластів або ж рихло розташовані ніжні колагенові волокна із зірчастими або округлими клітинами. Серед них примітивно побудовані кісткові балочки, облямовані остеобластами, слабо звапновані, що зберігають примітивну структуру. Кількість їх може бути різним навіть у одного і того ж хворого в одній і тій же кістці — від одиничних до густої мережі типу остеом. Все це дозволяє хірургу в одних випадках вичерпати ложкою змінену тканину, а в інших — вилущити із застосуванням деякого зусилля.

Диференціальний діагноз

Фібозну дисплазію необхідно диференціювати з *генералізованою фібозною остеодистрофією* (хвороба Енгеля-Реклінгаузена), *остеобластокластомою*, саркомою, кістами, хронічним остеомієлітом щелепи і ін. *Перші два* захворювання відрізняються, по-перше, тим, що при них має місце велика кількість остеокластів, остеокластична резорбція кістки, кров'яні «озера» і «заболочування кістки» з утворенням кіст; всього цього немає при фіброзній остеодисплазії. По-друге, генералізована фібозна остеодистрофія розвивається в нормально розвиненій кістці, тоді як фібозна дисплазія є порушенням процесу кісткоутворення. У третіх, при хворобі Енгеля-Реклінгаузена має місце гіперкальціємія.

Для *остеогенної саркоми* характерним є швидкий розвиток і руйнування коркової речовини, а також періостальні розростання — поява «*козирка Бредена*» і спікул.

Хондросаркома хоч і протікає більш повільно, але локалізується частіше в передньому відділі верхньої щелепи і шийках суглобових відростків. Порівняно чітко і часто саркому (особливо остеогенну) можна виявити при застосуванні радіоіндикаційного методу дослідження, оскільки в ній активніше фіксується радіоактивний фосфор.

Одонтогенна кіста відрізняється Ясно- пунктатом з домішкою кристалів холестерину і чіткішими контурами дефекту на рентгенограмі.

Від *хронічного остеомієліту* фібозну остеодисплазію відрізняє те, що при остеомієліті в анамнезі буде вказівка на *гострий* початок захворювання, що був, а дисплазія починається поволі, повільно прогресуючи, звичайно непомітно для хворого. Коли з'являється асиметрія обличчя в результаті диспластичного збільшення щелепи (звичайно у області гілки нижньої щелепи) на фоні деяких больових відчуттів, хворі (або батьки хворих дітей) застосовують теплові процедури, що призводить на початку до застійних, а потім — запальних явищ в шкірі і підшкірній основі, провокуючи цим постановку діагнозу остеомієліту щелепи. Проте, вказані особливості анамнезу про початок захворювання і типова для дисплазії рентгенологічна картина, за відсутності внутрішньоротових або зовнішніх нориць, допомагають встановити діагноз фіброзної остеодисплазії. Гістологічне дослідження розсіює всякі сумніви.

Лікування

Лікування фіброзної остеодисплазії хірургічне — вискоблювання. Виниклий дефект щелепи поступово заміщається кістковою тканиною. Деякі автори при фіброзній дисплазії нижньої щелепи застосовують радикальну операцію, що полягає в частковій субперіостальній резекції нижньої щелепи з одночасною кістковою пластикою. Нам

представляється це допустимим лише у дорослих хворих за умови різкої деформації обличчя. Променева терапія при фіброзній дисплазії позитивного результату не дає.

ХЕРУВІЗМ

Херувізмом називається один з різновидів диспластичної ураження нижньої щелепи, що характеризується симетричним здуттям кістки у області її обох кутів. В результаті цього обличчя набуває майже квадратну і одутло-округлу форму, подібну обличчю херувима.

Патогенез

Патогенез захворювання вивчений недостатньо, проте більшість авторів схильне відносити його за рахунок порушення кісткоутворення під впливом неврогенних і інкреторних факторів. Відмічається передача хвороби по спадку, що дало привід для появи виразних синонімів: «сімейна полікістозна хвороба», «сімейна фіброзна дисплазія», «сімейна двостороння гігантоклітинна пухлина щелепи».

Клініка

Хвороба починається незабаром після народження або в 1.5-3 роки; розвивається повільно, безболісно, досягаючи чіткої картини до 15-18 місяців. Звичайно батьки і оточуючі не бачать патології, відносять деформацію обличчя за рахунок угодованості дитини.

В період статевого дозрівання хвороба прогресує, викликаючи больові відчуття, а після закінчення цього періоду процес припиняється, розміри кутів щелепи поступово зменшуються, обличчя набуває більш нормальних контурів. Процес може зазнати зворотний розвиток. За даними В.В. Рогинського, в половині випадків при херувізмі у дітей виявляється збільшення не тільки нижньої, але одночасно і верхньої щелепи.

Пальпаторно у області кутів нижній щелепі визначається куполоподібне здуття; внутрішня поверхня нижньої щелепи при цьому не змінюється.

Характерною особливістю херувізму є або порушення закладки зубних зачатків (що виявляється згодом в тій або іншій вираженою адентією), або порушення термінів прорізування, форми і локалізації зубів, що вже прорізалися.

Діагноз

Рентгенологічно визначається кістозне ураження щелепи (межі «кіст» з віком стають нечіткими, а число їх зменшується). Нижньощелепна кістка роздута, стоншена, а попереду кутів має нормальну структуру.

Гістологічно видно широкі поля клітинно-волокнистої фіброзної тканини, серед якої безліч вузликів із скупченням гігантських багатоядерних клітин типу остеокластів, що *приводить нерідко до помилкової постановки діагнозу остеобластокластоми* або *гіперпаратиреоїдній фіброзній остеодистрофії*. Протена відміну від остеобластокластоми при херувізмі має головного її компоненту — проліферуючих *остеобластів*. Якщо гістологічне дослідження проводиться у стадії зворотного розвитку херувізму, у області патологічного осередку видно утворення кісткових балочок, які з часом стануть могутнішими і замістять диспластичний дефект в кістці.

Лікування

Лікування консервативне: достатньо лише спостерігати за хворим, оскільки з віком хвороба *регресує*, обличчя набуває нормальної форми. У дитячому віці необхідна ортодонтична допомога; дорослим за показаннями виготовляються протези.

Прогноз

У дитячому віці хірургічна допомога неефективна, оскільки через 1-2 роки спостерігаються рецидиви. Проте іноді *доводиться* поступатися наполегливим вимогам хворих, яких турбує квадратна форма обличчя, і усувати деформацію хірургічним шляхом.

ДЕФОРМУЮЧИЙ ОСТОЗ (ХВОРОБА ПЕДЖЕТА, ДЕФОРМУЮЧА ОСТЕОДИСТРОФІЯ)

Загальні відомості

У 1877 р. Peget описав рідкісне і своєрідне захворювання скелета, яке вважав хронічним запальним процесом і назвав його *osteitis deformans*. Починаючи з робіт Stenholm (1924), це захворювання, як і хвороба Енгеля-Реклінгаузена, учені почали відносити не до запальних, а до остеодистрофічних процесів, вважаючи їх різновидами одного і того ж захворювання. Протев 1932 р. Schmort встановив, що ці захворювання повинні розрізнятися як в етіологічному, так і патологоанатомічному аспектах: при хворобі Педжета кісткова речовина має абсолютно іншу структуру, чим при хворобі Енгеля-Реклінгаузена.

Етіологія і патогенез

Етіологія і патогенез хвороби Педжета з'ясовані недостатньо. Спроби пов'язати її з сифілітичною інфекцією, ревматизмом, ендокринними захворюваннями, травмою, антигенними впливами, конституціональною неповноцінністю скелета і його перевантаженням не загального визнання. Достовірнішим слід визнати припущення А.В. Русакова про те, що хвороба Педжета відноситься до диспластичних процесів, близьких до пухлин, а можливо, і є своєрідною кістковою пухлиною. У основі такої точки зору лежать дані про безперервну функціональну перебудову кістки, в процесі якої відбувається не тільки руйнування, але і збільшення її, що нагадує ріст пухлини.

Мікроскопічна картина хвороби Педжета свідчить про посилену патологічну перебудову кістки: з'являється безліч так званих ліній склеювання, де процес розсмоктування кістки припиняється, а в подальшому відбувається напластування нової кісткової речовини. Нескінченна зміна цих двох процесів, що протікають поза фізіологічними рамками, обумовлює характерну макро- і мікроструктуру уражених кісток. Розсмоктування відбувається за участю остеокластів; утворюються глибокі лакуни, кістковий мозок заміщається рихло-волокнустою тканиною, що зрослася з ендостом. Вміст органічної речовини в уражених кістках збільшене, а неорганічних — різко зменшено. На цьому фоні нерідко розвивається остеосаркома.

Клініка

Деформуючий остеоцистоз спостерігається у чоловіків у віці понад 40 років, хоча виникає і значно раніше — в дитячому або юнацькому віці. Schmort розрізняє дві форми хвороби Педжета: монооссальну і поліоссальну. На відміну від хвороби Енгеля-Реклінгаузена, при поліоссальній формі хвороби Педжета ніколи не вражаються всі кістки. Порушення звичайно обмежуються тими кістками, які несуть значне механічне навантаження: стегнова, великогомілкова, хребет, кістки черепа. При цьому уражені кістки піддаються різкій деформації. Зокрема, при ураженні лицевих кісток виникає типова деформація: потовщення виличних кісток, западіння перенісся, потовщення підборіддя. Обличчя набуває схожості з левовою мордою, що дало підставу назвати цей стан як *leontiasis ossea*. При цьому можливий розвиток невралгії гілок трійчастого нерва.

При локалізації процесу в мозковому черепі відмічається головний біль, збільшення діаметра черепа, який може досягти 70 см. Поступово мозковий череп нависає над лицевим. Обличчя здається маленьким, іноді виникає порушення психіки, сплутана свідомість.

Діагноз

На рентгенограмі кістки, ураженої хворобою Педжета, визначається безладне чергування порівняно щільних і розпушених ділянок, що нагадує мозаїку з пластівцевих ділянок, схожих з грудками вати. У ряді випадків можна бачити дрібні кістозні порожнини; кістка потовщена.

Диференціальний діагноз

Диференціальний діагноз необхідно проводити з хворобою Енгеля-Реклінгаузена, сифілітичним ураженням і акромегалією лицевих кісток. У зв'язку з цим необхідно пам'ятати, що порушень загального характеру при хворобі Педжета не відмічається, зокрема немає змін в кількісному складі кальцію і фосфору крові, чим відрізняється це захворювання від хвороби Енгеля-Реклінгаузена.

При *генералізованій остеодистрофії*, як і при хворобі Педжета, відбувається розсмоктування старої і утворення нової кістки; проте гістологічна різниця між ними істотна: при хворобі Педжета разом з розростанням сполучної і остеїдної тканин є гніздові осередки

звипинення новоутвореної кістки, які обумовлюють деформацію і нерівний рельєф ураженої кістки. На відміну від гіпертиреοїдної остеодистрофії, при хворобі Педжета різко активізується остеопластична функція періоста. Крім того, слід мати на увазі те, що генералізована остеодистрофія вражає частіше людей більш молодих і переважно жіночої статі.

Сифілітичне ураження відрізняється тим, що воно не викликає збільшення черепних кісток, рідко локалізується в епіфізах. Гумозні деструктивні осередки розташовані більш субперіостально: періостальна реакція при сифілісі буває дуже часто, а при хворобі Педжета — відсутня.

Акромегалія не супроводжується структурними змінами кісткової речовини, як це має місце при хворобі Педжета.

Лікування

Лікування деформуючої остеодистрофії є симптоматичним і паліативним: для зменшення головного болю, невралгії трійчастого нерва можна застосувати променеве лікування. Призначають вітамінотерапію, гідротерапію, спокій, посилене харчування. Хірургічні втручання у вигляді здобування різко виступаючих частин лицьових кісток носять суто косметичний характер. Проводяться вони за допомогою долота, фрези або остеотома.

ПАРАТИРЕОЇДНА (ГЕНЕРАЛІЗОВАНА) ФІБРОЗНА ОСТЕОДИСТРОФІЯ, АБО ХВОРОБА ЕНГЕЛЯ-РЕКІНГАУЗЕНА

Загальні відомості

У 1864 р. Engel описав макроскопічну картину, а в 1891 р. Recklinhausen — мікроскопічну характеристику системного захворювання скелета, яке було ними названо фіброзним оститом. Автори вважали, що в основі даного захворювання лежить запалення кістки, що до заміщення кісткової речовини фіброзною тканиною. Проте в 1924 р. Stenholm на підставі своїх досліджень рішуче висловився проти запальної природи захворювання, описаного Engel і Recklinhausen, вважаючи, що ця хвороба має в своїй основі не запалення, а дистрофію; тому автор запропонував іменувати її фіброзною остеодистрофією.

Патогенез

Патогенез захворювання досить добре вивчений А.В. Русаковим (1925), який довів, що хвороба Енгеля-Реклінгаузена — своєрідне ендокринне захворювання, що розвивається в результаті пухлинного збільшення і гіперфункції паращитовидної залози; на його думку, під впливом надмірного вироблення паратиреоїдину відбувається бурхлива перебудова в кістках скелета. Це дало підставу А.В. Русакову запропонувати нову назву хвороби — паратиреоїдна остеодистрофія, найбільш радикальний спосіб лікування якої — видалення пухлини паращитовидної залози. Віденський хірург Mandl (1926) підтвердив на практиці правильність такого патогенетичного трактування захворювання і теоретичного обґрунтування операції, запропонованій Русаковим. Проте, на його думку, в походженні генералізованої остеодистрофії грає роль *не тільки* гіперфункція паращитовидної залози. Це витікає з того, що в експерименті введення гормону вказаної залози викликає зміни лише подібні, але не повністю ідентичні всім ознакам хвороби. Очевидно, є ще якісь інші чинники, які грають роль в її виникненні.

Патологічна анатомія. Суть мікроскопічних змін при хворобі Енгеля-Реклінгаузена полягає в наступному: кістковий мозок піддається поступовому осередковому розсмоктуванню і заміщенню волокнистою сполучною тканиною; кісткові балочки піддаються лакунарному розсмоктуванню. Це приводить до утворення кісткових порожнин, стоншування кіркової речовини і поступової заміни його примітивними кістковими структурами, неповноцінними в механічному відношенні, але що зберігають функціональну спрямованість. Кісткові балочки, що утворюються з них, швидко піддаються розсмоктуванню і заміщенню такими ж недовговічними утвореннями. В деяких випадках проліферація остеогенної тканини протікає настільки бурхливо, що тверді кісткові балочки не утворюються і відбувається розростання лише кісткотворних клітин. Даний процес приводить до виникнення серозних і кров'яних кіст. На відміну від процесів, що відзначаються при остеобластокластомах, тут немає бластоматозного компоненту пухлини. В результаті швидкої і прогресуючої декальцинації кісток у всьому організмі настають

характерні зміни: у нирках, легенях, травній системі відкладаються солі кальцію. Розвивається картина вапняного нефрозу, нефрокальцинозу, ниркових каменів, калькульозного пієлонефриту. Вапно відкладається в клітинах печінки, в стінках артерій кінцівок, що може привести до гангрени пальців. Унаслідок посиленої перебудови кісток різко зростає потреба організму в холекальциферолі (вітаміні D₃), яка не покривається звичайними кількостями його в їжі.

Клініка

Спочатку осередки ураження кісткової тканини нічим себе не проявляють. Ураження щелепної кістки багато в чому зовні нагадують прояви остеобластокластоми; проте через відсутність активного і вираженого бластоматозного процесу кістка мало збільшується в своєму об'ємі або навіть зовсім не збільшується.

Характерним для паратиреоїдної остеодистрофії є розм'якшення і деформація кісток без істотного збільшення їх об'єму. Особливо незначне місце мають зовні помітні зміни за наявності малоактивної пухлини паращитовидної залози.

Діагноз

Постійним симптомом хвороби є гіперкальціємія — підвищення кальцію в плазмі крові до 3.49-4.99 ммоль/л (у нормі 2.25-2.74 ммоль/л) і зниження вмісту неорганічного фосфору до 0.48 ммоль/л (при нормі 0.97-1.13 ммоль/л). При пункції можна одержати кров, а якщо в кістці вже сформувалася серозна кіста — рідина без кристалів холестерину. На рентгенограмі визначається розрідження і стоншування щелеп, але і інших кісток.

Диференціальний діагноз

Диференціальна діагностика з одонтогенною кістою ґрунтується на тому, що кіста на рентгенограмі має чіткіші і ясно визначувані контури, а при пункції її можна одержати ясно-рідину з кристалами холестерину.

Що ж до адамантиноми, саркоми і міксони щелеп, то вирішальним чинником в диференціації їх з хворобою Енгеля-Реклінгаузена є наявність змін з боку крові і інших кісток при хворобі Енгеля-Реклінгаузена і відсутність цих змін при вказаних трьох пухлинах.

Лікування

Лікування генералізованої остеодистрофії повинне бути патогенетичним — оперативне видалення збільшеної паращитовидної залози. Крім того, слід призначати полівітаміни (А, В₁, В₁₂, С, D) в поєднанні із загальним кварцевим опромінюванням, іонофорезом кальцію хлориду у області ураженої щелепи.

Прогноз

Перебіг хвороби хронічний, млявий; описані лише окремі випадки гострої паратиреоїдної остеодистрофії із смертельним наслідком (від інтоксикації у зв'язку з масивним надходженням в кров великої кількості паратгормону). При запізнілому лікуванні прогноз несприятливий (можливі переломи різних кісток, петрифікація нирок з розвитком нефропатії — ниркового каменеутворення, пієлонефриту, петрифікація легенів, периферичних судин і т. д.).

VI. План та організаційна структура заняття

<i>№ п/п</i>	<i>Основні етапи заняття, їхні функції та зміст</i>	<i>Навчальні цілі в рівнях засвоєння</i>	<i>Методи контролю навчання</i>	<i>Матеріали методичного забезпечення</i>	<i>Розподіл часу</i>
1.	Підготовчий етап Організаційні заходи			П.2 «Методичних рекомендацій»	25 - 30 хв.
2.	Постановка навчальних цілей			Таблиці, муляжі,	
	Контроль вихідного рівня знань,			слайди, кодограми,	

3.	навичок, вмінь: 1.Анатомія та гістологія кісток лицевого скелету. 2. Частота пухлиноподібних уражень щелеп. 3.Етіопатогенез пухлиноподібних уражень щелеп. 4.Клінічні прояви пухлиноподібних уражень щелеп. 5.Методи діагностики та лікування хворих з пухлиноподібними ураженнями щелеп. 6. Неодонтогенні пухлини щелеп: - етіологія та патогенез; - класифікація; - клініка, діагностика; - лікування, профілактика.	$\alpha - II$ $\alpha - II$ $\alpha - II$ $\alpha - II$	Експрес-опитування, частково-прицільне опитування, індивідуальне прицільне опитування і індивідуальні письмові завдання.	препарати. Орієнтовні питання, типові ситуаційні задачі, тести II рівня, типові та нетипові ситуаційні завдання.	
4.	Основний етап Формування професійних навичок і вмінь: 1.Провести курацію хворих з неодонтогенними пухлинами та пухлиноподібними ураженнями щелеп. 2.Скласти план обстеження хворих з неодонтогенними пухлинами та пухлиноподібними ураженнями щелеп. 3.Провести диференційну діагностику неодонтогенних пухлин та пухлиноподібних уражень щелеп. 4.Скласти план лікування, визначити прогноз та ускладнення після лікування хворих з неодонтогенними пухлинами та пухлиноподібними ураженнями щелеп. - оволодіти методикою пальпації пухлин; - оволодіти методикою проведення	$\alpha - III$ $\alpha - III$ $\alpha - III$ $\alpha - III$	Практичний тренінг. Нетипові клінічні задачі, алгоритми, інструкції, тестування.	Алгоритми формування практичних навичок Хворі, хірургічний інструментарій, лікарські препарати, тести III рівня.	120 хв

	діагностичної пункції; - провести курацію хворого; - скласти план обстеження і лікування.				
5.	Заключний етап: - контроль та корекція рівня вмінь, професійних навичок; - підбиття підсумків заняття; - домашнє завдання.	$\alpha - III$	Індивідуальний контроль. Вирішення задач та тестів.	Задачі та тести Ш рівня. Орієнтовні карти для самостійної роботи з літературою за наступною темою.	15 хв

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

Контрольні питання.

1. Що таке доброякісні пухлини?
2. Що таке пухлиноподібні новоутворення?
3. Перелічити фактори, які сприяють виникненню доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп.
4. Навести класифікацію доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп.
5. Описати клінічну картину доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп.
6. Гістологічні особливості доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп.
7. Методи діагностики та додаткові методи дослідження при підозрі на доброякісні одонтогенні та неодонтогенні пухлини щелеп.
8. Диференційна діагностика доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп.
9. Профілактика виникнення доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп.
10. Методи лікування доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп.
11. Перелічити фактори, які сприяють виникненню амелобластами і остеобластокластоми.
12. Описати клінічну картину амелобластами.
13. Описати клінічну картину одонтоми.
14. Описати клінічну картину остеобластокластоми.
15. Описати клінічну картину гемангіоми.
16. Методи діагностики та додаткові методи дослідження хворих.
17. Диференційна діагностика доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин.
18. Профілактика виникнення одонтогенних та неодонтогенних пухлин.
19. Клінічні прояви одонтогенних та неодонтогенних пухлин.

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

Тести I рівня:

1. Яка клінічна ознака не характерна для ліпоми:

1. тістувата консистенція
2. дольчата поверхня
3. безболісність
4. наявність ніжки+

2. З якої тканини походить фіброма?

1. жирової
2. м'язової
3. нервової
4. фіброзної+

3. З якої тканини походить ліпома?

1. жирової+
2. м'язової
3. нервової
4. фіброзної

4. З якої тканини походить рабдоміома?

1. жирової
2. скелетних м'язів+
3. гладких м'язів
4. фіброзної
5. нервової

5. З якої тканини походить лейоміома?

1. жирової
2. скелетних м'язів
3. гладких м'язів+
4. фіброзної
5. нервової

6. Фіброма шкіри:

1. завжди має ніжку

2. завжди розташована на широкій основі
 3. неправильний як перший, так і другий варіант+
7. Радикалярна кіста проявляється такими симптомами на початку захворювання:
1. ніяк не проявляється+;
 2. асиметрія обличчя;
 3. біль в щелепі.
8. Як виявляють кісту прорізування зубів:
1. випадково при R- знімку інших зубів;
 2. хворого вона турбує довготривалий час;
 3. набряк на щелепі.
9. Яку назву має ясенева кіста в інших джерелах:
1. «Перлина Епштейну»+;
 2. адамантинома;
 3. періостальна кіста.
10. Коли з'являється парадентарна кіста:
1. в молодому віці+;
 2. в похилому віці;
 3. на беззубій щелепі.
11. Кісти прорізування клінічно знаходяться:
1. під зубом+;
 2. на апікальній частині зуба;
 3. між зубами.
12. Синонімом назви пухлини адамантиноми не може бути:
1. амелобластома
 2. бура пухлина +
 3. багатокамерна кістома
 4. центральна багатокамерна кістома
 5. цистаденома
13. 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
14. 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. дивергенція та конвергенція зубів
15. Які рентгенологічні ознаки амелобластоми солідної форми:
1. різноманітний ступінь прозорості тіні
 2. чіткі кордони патологічного вогнища
 3. не чіткі кордони вогнища розрідження
 4. рівномірне розрідження кістки +

5. наявність періостальних реакцій – симптом "козирка"
16. 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
17. 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
18. 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
19. Під час пункції амелобластоми виявляється:
 1. бура рідина
 2. прозора жовтувата рідина, що апоlescує
 3. гнійна рідина
 4. каламутно-білувата або жовта рідина, інколи з одиночними зернами холестерину +
 5. кров венозна або артеріальна
20. 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

№ 1

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).

№ 2

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).

№ 3

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).

VII.2. 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 хірургічного стоматологічного хворого	В ході обстеження виявити: 1.Скарги пацієнта; 2.Особливості анамнезу захворювання; 3.Особливості анамнезу життя; 4.Патологічні зміни покривних тканин щелепно-лицевої ділянки; 5.Патологічні зміни кісток щелепно-	Звернути увагу на: 1. Характер, інтенсивність та тривалість болю, чинники, що сприяють збільшенню болю; 2. Тривалість захворювання та особливості його розвитку, лікувальні засоби, що отримав хворий до звернення до лікаря; 3. Перенесені загальні, інфекційні, алергічні захворювання, наявність травматичних пошкоджень або лікування з приводу пухлин у хворого або у його родичів; 4. Колір, тургор шкіри та червоної облямівки губів, наявність первинних або вторинних елементів поразки; 5. Анатомічну форму, тургор шкіри, площу та об'єм дефекту;

		лицевої ділянки; 6. Патологічні зміни твердих тканин зубів; 7. Патологічні зміни тканин пародонту;	6. Наявність дефектів коронкової та пришийкової частини зубів, зміни кольору емалі, біль при зондуванні порожнини зубу, при температурних подразненнях, характер відділень з порожнини зубу; 7. Ступінь патологічної рухливості зубів, огоління коренів, зміни положення зубів, наявність патологічних пародонтальних кишень та характер відділень з них, наявність зубних відкладень, біль при перкусії зубів;
		8. Патологічні зміни слизової оболонки порожнини рота.	8. Колір, вологість, консистенцію тканин, наявність первинних або вторинних елементів поразки, дефектів цілісності, характер відділень з нориць або ран.
2	Оволодіти методикою планування пластичних операцій при деформаціях нижньої щелепи. Оволодіти методикою планування пластичних операцій при дефектах нижньої щелепи.	1. Визначити вид знеболення для оперативного втручання для операцій при деформаціях нижньої щелепи. 2. Провести обробку шкіри антисептиком в зоні втручання. 3. Спланувати розрізи м'яких та кісткових тканин для оперативних втручань при деформаціях нижньої щелепи. 4. Вміти здійснити гемостаз у рані. 5. Вміти зафіксувати кісткові фрагменти нижньої щелепи.	1. Надати перевагу наркозу або провідниковим видам знеболення, застосовувати анестетики пролонгованої дії. 2. Операційне поле обробляють розчином антисептика (70% спиртовий розчин, тощо). 3. Лезо скальпелю спрямовують перпендикулярне шкірі, розріз шкіри проводять перпендикулярно волокнам м'язів. Викроювання клаптів проводять максимально атравматично зі збереженням кровопостачання. Розпили кістки проводять за допомогою бора за планом. 4. На рану накладають шви з мінімальним натягом. 5. Кісткові фрагменти фіксують за допомогою кісткового шва, спиці, пластин, шурупів і т. п.
		1. Визначити вид	

		знеболення для оперативного втручання для операцій при дефектах нижньої щелепи. 2. Провести обробку шкіри антисептиком в зоні втручання. 3. Спланувати розрізи м'яких та кісткових тканин для оперативних втручань при дефектах нижньої щелепи. 4. Вміти здійснити гемостаз у рані. 5. Вміти зафіксувати кісткові фрагменти нижньої щелепи.	
3	Здійснити лікарські призначення хворому оформити медичну документацію лікаря-стоматолога та	За показами призначити анальгетики, антибіотики, препарати, що зменшують набряк тканин, загально-зміцнюючі засоби: 2. Призначити ощадну дієту. 3. Ознайомити з лікувальним режимом. 4. Зафіксувати у медичній картці стоматологічного хворого дані обстеження пацієнта,	1. Оформити рецепт з урахуванням віку, загального стану хворого та супутніх захворювань. Їжа не повинна викликати больові почуття у хворого. Призначають судинозвужувальні препарати в ніс для очищення верхньощелепного синуса. 4. При оформленні медичній картці, "Листка щоденного обліку роботи лікаря хірурга-стоматолога" дотримуватись вимог наказу № 302 МОЗ України. 6. При оформленні документів експертизи непрацездатності хворого дотримуватись вимог наказу № 455 МОЗ України.

		діагноз, план лікування з обґрунтуванням знеболення, протокол оперативного втручання, схему премедикації, післяопераційний епікриз та лікарські призначення хворому. 5. Оформити протокол оперативного втручання у операційному журналі. 6. Зафіксувати відвідування пацієнта у "Листі щоденного обліку роботи лікаря хірурга-стоматолога" та оформити документи експертизи непрацездатності хворого.	
--	--	---	--

VII.3. Матеріали контролю для заключного етапу заняття:

Задачі II рівня (типові).

Задача 1. У хворої, 22 років, виявлено потовщення обох виличних кісток та підборіддя, западіння перенісся. Зовнішній огляд обличчя нагадує «левину морду». Спостерігається гіперостоз, потовщення та викривлення кісток скелету.

Яке захворювання можна запідозрити у хворої? – Хвороба Педжета.

Задача 2. Хворий, 20 років, звернувся зі скаргами на біль в зубах нижньої щелепи, її здуття, деформацію обличчя. Об'єктивно: здуття щелепи безболісне, щільне, бугристе, м'які тканини не змінені. Відкривання рота вільне, підщелепні лімфатичні вузли не пальпуються.

Яке захворювання можна запідозрити у хворого? – Фіброзна остеодисплазія нижньої щелепи.

Задача 3. 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).

Тести II рівня:

1. При фіброзній дисплазії вражаються:

1. кістки лиця та мозкового черепу +
2. тільки кістки лицевого черепу
3. тільки кістки мозкового черепу
4. тільки щелепи
5. зубні зачатки

2. Крім кісток черепу при фіброзній дисплазії вражаються:

1. груднина, лопатки, кістки тазу
2. діафізарні відділи трубчатих кісток, плечові, променеві, гомілкові кістки +
3. хребет, кістки тазу, ребра
4. дрібні суглоби, інколи – великі суглоби
5. не вражає других кісток

3. Які основні ознаки фіброзної дисплазії:

1. односторонні кісткові розростання в мозковому та лицевому черепі
2. кісткові розростання в мозковому та лицевому черепі завжди двохсторонні та симетричні +
3. вражаються переважно кістки середньої зони обличчя
4. найчастіше – кут нижньої щелепи
5. кісткові розростання завжди супроводжуються больовим симптомом

4. При хворобі Педжета вражаються:

1. переважно трубчаті кістки
2. переважно плоскі кістки +
3. діафізарні відділи трубчатих кісток
4. тільки кістки лицевого скелету
5. тільки кістки мозкового черепу

5. Патоморфологічні зміни при хворобі Педжета:

1. остеокластичний процес переважає над остеобластичним
2. остеобластичний процес переважає над остеокластичним
3. остеобластичний та остеокластичний процеси виражені в однаковому ступені +
4. остеокластичні процеси відсутні взагалі
5. остеобластичні процеси відсутні взагалі

6. Патоморфологічні зміни при гіперпаратиреоїдній остеодистрофії:

1. остеокластичний процес переважає над остеобластичним +
2. остеобластичний процес переважає над остеокластичним
3. остеобластичний та остеокластичний процеси виражене в однаковій ступені
4. остеокластичні процеси відсутні взагалі
5. остеобластичні процеси відсутні взагалі

7. Які клінічні симптоми характерні для хвороби Педжета:

1. збільшений в розмірах мозковий череп нависає над лицевим – "левова морда"

2. симетричне вибухання на ділянках кутів нижньої щелепи, лице квадратної форми
3. однобічна асиметрія обличчя за рахунок збільшення та деформації кісток
4. на рентгенограмі щелеп симптом "кучерявої голови"+
5. клінічно та рентгенологічно нагадує остеобластокластому, супроводжується патологічними переломами кісток

8. Еозинофільна гранульома є симптомом:

1. хвороби Енгеля-Реклінгаузена
2. хвороби Реклінгаузена
3. хвороби Брайцева-Ліхтенштейна
4. хвороби Педжета
5. хвороби Таратінова +

9. Які клініко-рентгенологічні форми еозинофільної гранульоми:

1. вогнищева (гніздова), дифузна, генералізована
2. дифузна, обмежена, осередкова
3. генералізована, осередкова
4. гіпертрофічна, атрофічна, деструктивна
5. гіперпластична, апластична

Тести III рівня:

1. У пацієнта, 24 років, під час лікування періодонтиту 3.6 зуба з діагностичною метою було проведено рентгенологічне обстеження. На рентгенограмі виявлено наявність гомогенної тіні округлої форми з чіткими межами, яка за своєю щільністю наближалася до тканин зуба. По периферії тінь оточена зоною просвітлення товщиною до 1 мм. Встановіть попередній діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Одонтома.
- B. Цементома.
- C. Остеома.
- D. Радикулярна кіста.
- E. Міксома.

Правильна відповідь:

A. Одонтома.

2. Пацієнт, 20 років, скаржиться на припухлість в ділянці нижньої щелепи зліва. На знімку нижньої щелепи в лівій боковій проекції на рівні кута і гілки визначається інтенсивна тінь (по щільності відповідає зубу) облямована округлими виступами та нагадує тутову ягоду, а далі смужка прояснення, склерозу. Попередній діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Фолікулярна кіста нижньої щелепи зліва.
- B. Радикулярна кіста нижньої щелепи зліва.
- C. Одонтома нижньої щелепи зліва.

- D. Адамантинома нижньої щелепи зліва.
- E. Остеобластокластома нижньої щелепи зліва.

Правильна відповідь:

C. Одонтома нижньої щелепи зліва.

3. М'яка одонтома складається переважно з

Варіанти відповіді:

- A. Низькодиференційованих зубних тканин, які зустрічаються лише в зубних зачатках, що розвиваються.
- B. Петрифікованих високодиференційованих зубних структур.
- C. Низькодиференційованих фіброзних волокон.
- D. Низькодиференційованих клітин сполучної тканини.
- E. Високодиференційованих клітин сполучної тканини.

Правильна відповідь:

A. Низькодиференційованих зубних тканин, які зустрічаються лише в зубних зачатках, що розвиваються.

4. У пацієнта, 45 років, після клінічного обстеження та інцизійної біопсії діагностована кістозна форма амелобластоми тіла нижньої щелепи в ділянці 4.6, 4.7, 4.8 зубів (значних розмірів). Який вид хірургічного лікування показаний?

Варіанти відповіді:

- A. Екскохлеація пухлини з пластикою дефекту.
- B. Цистектомія з пластикою дефекту.
- C. Пластична цистектомія.
- D. Резекція тіла нижньої щелепи з одномоментною остеопластикою.
- E. Резекція тіла нижньої щелепи з відстроченою пластикою.

Правильна відповідь:

D. Резекція тіла нижньої щелепи з одномоментною остеопластикою.

5. Пацієнтка, 61 року, звернулася зі скаргами на виражену асиметрію обличчя, яка з'явилася 8 років тому. Об'єктивно: веретеноподібне потовщення нижньої щелепи, шкіра над припухлістю у кольорі не змінена, береться в складку. Пальпація безболісна. Піднижньощелепні лімфовузли незначно збільшені. На рентгенограмі визначаються ряд округлих порожнин 0,6x1; 1x2 та 1x1,5 см. Вони відділені одна від одної кістковими перетинками. Встановлено діагноз: амелобластома нижньої щелепи. Який вид лікування показаний?

Варіанти відповіді:

- A. Екскохлеація пухлини.
- B. Резекція нижньої щелепи з одномоментною кістковою пластикою.
- C. Кріодеструкція пухлини.
- D. Променева терапія.

Е. Хіміотерапія.

Правильна відповідь:

В. Резекція нижньої щелепи з одномоментною кістковою пластикою.

6. Чоловікові, 48 років, під час санації порожнини рота зроблено рентгенограму нижньої щелепи. Виявлена деструкція кісткової тканини з рівними чіткими межами в області кута нижньої щелепи, що не пов'язана з коренями зубів. При діагностичній пункції отримано ексудат коричневого кольору, без кристалів холестерину. Який попередній діагноз?

Варіанти відповіді:

- А. Кіста щелепи.
- В. Гемангіома щелепи.
- С. Остеобластокластома.
- Д. Адамантинома.
- Е. Холестеатома.

Правильна відповідь:

С. Остеобластокластома.

А. Пацієнт, 24 років, скаржиться на пухлину в області тіла нижньої щелепи, яка зростає. Хворіє впродовж 5 місяців. При огляді: в області кута нижньої щелепи має місце здуття. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. На рентгенограмі визначається деструкція кісткової тканини на рівні 4.6, 4.7, 4.8 зубів і в області гілки, з чіткими контурами, у вигляді окремих порожнин з кістковими перегородками. Корені 4.6, 4.7, 4.8 зубів резорбовані. Поставте попередній діагноз.

Варіанти відповіді:

- А. Фолікулярна кіста нижньої щелепи справа.
- В. Радикулярна кіста нижньої щелепи справа.
- С. Одонтома нижньої щелепи справа.
- Д. Остеобластокластома нижньої щелепи справа.
- Е. Адамантинома нижньої щелепи справа.

Правильна відповідь:

Д. Остеобластокластома нижньої щелепи справа.

8. Пацієнт, 43 років, скаржиться на потовщення тіла нижньої щелепи. Об'єктивно: обличчя асиметричне за рахунок потовщення нижньої щелепи зліва. 3.5, 3.6, 3.7 зуби рухливі. У ділянці перехідної складки з вестибулярного боку визначається безболісне вибухання кісткової тканини. На рентгенограмі нижньої щелепи зліва - ділянки деструкції кісткової тканини округлої форми з чіткими межами. Корені 3.5, 3.6, 3.7 резорбовані. Який найімовірніший діагноз?

Варіанти відповіді:

- А. Хронічний остеомієліт нижньої щелепи.
- В. Остеобластокластома нижньої щелепи.

- С. Радикулярна кіста нижньої щелепи.
- Д. Фіброзна остеодисплазія.
- Е. Фолікулярна кіста нижньої щелепи.

Правильна відповідь:

8. Остеобластокластома нижньої щелепи.

9. На рентгенограмі у пацієнта визначається вогнище деструкції кісткової тканини тіла нижньої щелепи розміром 3х4 см. Вогнище у вигляді великої кількості дрібних порожнин різної величини і форми, які розділені перегородками. При пункції пухлини отримали буру рідину. Який діагноз найвірогідніший?

Варіанти відповіді:

- А. Рак нижньої щелепи.
- В. Радикулярна кіста нижньої щелепи.
- С. Остеобластокластома нижньої щелепи.
- Д. М'яка одонтома нижньої щелепи.
- Е. Амелобластома нижньої щелепи.

Правильна відповідь:

- С. Остеобластокластома нижньої щелепи.

10. В клініку хірургічної стоматології звернулась пацієнтка зі скаргами на потовщення нижньої щелепи в ділянці молярів. З її слів - потовщення з'явилося близько 1 року тому та повільно збільшувалося. На рентгенограмі виявлено вогнище деструкції кісткової тканини тіла нижньої щелепи розмірами 3 х 5 см у вигляді великої кількості малих порожнин різної величини та форми, що розділені перегородками. Під час пункції пухлини отримано буру рідину. Яке захворювання може бути?

Варіанти відповіді:

- А. Радикулярна кіста нижньої щелепи.
- В. Остеобластокластома.
- С. Одонтома м'яка.
- Д. Одонтома щільна.
- Е. Рак нижньої щелепи.

Правильна відповідь:

- В. Остеобластокластома.

Ситуаційні задачі.

Задача 1.

У пацієнтки, 61 рік, веретеноподібне потовщення нижньої щелепи. Діагноз: амелобластома нижньої щелепи. Яке лікування показано в даному випадку?

Варіанти відповіді:

- А. Екскохлеація пухлини.
- В. Кріодеструкція пухлини.

- C. Резекція нижньої щелепи з одномоментною кістковою пластикою.
- D. Хіміотерапія.
- E. Променева терапія.

Правильна відповідь:

C. Резекція нижньої щелепи з одномоментною кістковою пластикою.

Алгоритм рішення:

1. Методи лікування такі як хіміотерапія і променева терапія - застосовуються при лікуванні пацієнтів із злоякісними пухлинами.
2. Екскохлеація - це оперативний прийом видалення тупою ложкою напіврідкого або подібного до молочного сиру вмісту патологічної порожнини без механічної обробки стінок порожнини, при лікуванні пацієнтів з адамантинами не застосовується.
3. Кріодеструкція у даному випадку не застосовується.
4. Резекція нижньої щелепи з одномоментною кістковою пластикою самий оптимальний метод лікування.

Задача 2.

У пацієнтки, 25 років, на рівні 3.6, 3.7, 3.8 зубів горбисте, щільне здуття щелепи, вогнище деструкції з чіткими контурами, комірчасте. При пункції отримана каламутна білувата рідина. Поставте діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Фолікулярна кіста лівої половини нижньої щелепи.
- B. Остеобластокластома лівої половини нижньої щелепи.
- C. Радикулярна кіста нижньої щелепи зліва.
- D. Амелобластома нижньої щелепи зліва.
- E. Одонтогенна фіброма нижньої щелепи зліва.

Правильна відповідь:

D. Амелобластома нижньої щелепи зліва.

Алгоритм рішення:

1. При визначенні діагнозу слід звернути увагу на клінічні симптоми - горбисте, щільне здуття щелепи, дані додаткових методів обстеження - вогнище деструкції з чіткими контурами, комірчасте; при пункції отримана каламутна білувата рідина.
2. Для відповідей A, B, C, E такі ознаки не характерні.

Задача 3.

Чоловіку, 45 років, видалено пухлину. Гістологічне описання: строма складається зі сполучної тканини, паренхіма з епітеліальних тяжів з циліндричними та зірчастими клітинами. Яке це новоутворення?

Варіанти відповіді:

- A. Остеобластокластома.

- В. Остеодистрофія нижньої щелепи.
- С. Фібозна дисплазія нижньої щелепи.
- Д. Еозинофільна гранульома.
- Е. Амелобластома нижньої щелепи.

Правильна відповідь:

Е. Амелобластома нижньої щелепи.

Алгоритм рішення:

1. Наявність зірчастих клітин свідчить про амелобластоми. Решта новоутворень не мають такої гістологічної картини.

Задача 4.

Пацієнт, 37 років, скаржиться на наявність щільного утворення в області тіла нижньої щелепи справа, безболісне, повільно збільшується у розмірах. Пальпаторно визначається новоутворення в області тіла нижньої щелепи справа, еластичної консистенції. 4.7, 4.6 та 4.5 рухомі. При цитологічному дослідженні знайдено клітини, подібні до остеобластів та остеокластів. Порожнина рота не санована, є велика кількість каріозних порожнин.

1. Проведіть обґрунтування діагнозу.
2. Поставте діагноз та складіть план лікування.
3. Визначте ознаки, не характерні для даного захворювання.

Алгоритм рішення:

1. На основі клініко-рентгенологічного та цитологічного обстеження встановлюємо діагноз: «Остеобластокластома тіла нижньої щелепи справа».
2. Остеобластокластома тіла нижньої щелепи справа. Лікування - резекція нижньої щелепи, яка визначається межами утворення.
3. Не санована порожнина рота не є характерною ознакою остеобластокластоми.

Задача 5.

Пацієнт, 42 років, скаржиться на наявність припухлості лівої щічної ділянки та утруднення носового дихання. В анамнезі - хронічний лівобічний риногенний гайморит. Об'єктивно: незначна асиметрія обличчя за рахунок припухлості у лівій щічній ділянці. Шкірні покрови звичайного кольору. Відкривання рота вільне. В порожнині рота - незначне вибухання, вкрите незміненою слизовою, безболісне, нерухоме, щільної консистенції. Дихання через лівий носовий хід утруднене. На рентгенограмі придаткових пазух носа - пневматизація лівого верхньощелепного синусу знижена за рахунок наявності вогнища неомогенної структури, у товщі якого простежується кістковий малюнок, кісткові балочки розташовані хаотично, їхня щільність й орієнтація відрізняються від прилеглої неураженої кісткової тканини.

1. Поставте діагноз.
2. Наведіть додаткові методи обстеження, які необхідно провести

пацієнтові в плані підготовки до оперативного втручання.

3. Чи впливає наявність утворення у верхньощелепному синусі на вибір методу проведення загального знеболення?

Алгоритм рішення:

1. Остеома лівої верхньої щелепи, що проросла у верхньощелепний синус.
2. Аналізи крові (ЗАК, група крові та резус-приналежність, біохімічний (з глюкозою або глікозілірованим гемоглобіном), коагулограма, на ВІЛ/СНІД, гепатити), ЗАС, флюорографія, ЕКГ (з консультацією кардіолога), кал на яйця гельмінтів тощо; променева діагностика (рентгенографія, СКТ або КПКТ).
3. Ні.

1. У пацієнта, 24 років, під час лікування періодонтиту 3.6 зуба з діагностичною метою було проведено рентгенологічне обстеження. На рентгенограмі виявлено наявність гомогенної тіні округлої форми з чіткими межами, яка за своєю щільністю наближалася до тканин зуба. По периферії тінь оточена зоною просвітлення товщиною до 1 мм. Встановіть попередній діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Одонтома.
- B. Цементома.
- C. Остеома.
- D. Радикулярна кіста.
- E. Міксома.

Правильна відповідь:

A. Одонтома.

Задача 6.

Пацієнт, 20 років, скаржиться на припухлість в ділянці нижньої щелепи зліва. На знімку нижньої щелепи в лівій боковій проекції на рівні кута і гілки визначається інтенсивна тінь (по щільності відповідає зубу) облямована округлими виступами та нагадує тутову ягоду, а далі смужка прояснення, склерозу. Попередній діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Фолікулярна кіста нижньої щелепи зліва.
- B. Радикулярна кіста нижньої щелепи зліва.
- C. Одонтома нижньої щелепи зліва.
- D. Адамантинома нижньої щелепи зліва.
- E. Остеобластокластома нижньої щелепи зліва.

Правильна відповідь:

C. Одонтома нижньої щелепи зліва.

Задача 7.

У пацієнта, 45 років, після клінічного обстеження та інцизійної біопсії діагностована кістозна форма амелобластоми тіла нижньої щелепи в ділянці 4.6, 4.7, 4.8 зубів (значних розмірів). Який вид хірургічного лікування показаний?

Варіанти відповіді:

- A. Екскохлеація пухлини з пластикою дефекту.
- B. Цистектомія з пластикою дефекту.
- C. Пластична цистектомія.
- D. Резекція тіла нижньої щелепи з одномоментною остеопластикою.
- E. Резекція тіла нижньої щелепи з відстроченою пластикою.

Правильна відповідь:

D. Резекція тіла нижньої щелепи з одномоментною остеопластикою.

Задача 7.

Пацієнтка, 61 року, звернулася зі скаргами на виражену асиметрію обличчя, яка з'явилася 8 років тому. Об'єктивно: веретеноподібне потовщення нижньої щелепи, шкіра над припухлістю у кольорі не змінена, береться в складку. Пальпація безболісна. Піднижньощелепні лімфовузли незначно збільшені. На рентгенограмі визначаються ряд округлих порожнин 0,6x1; 1x2 та 1x1,5 см. Вони відділені одна від одної кістковими перетинками. Встановлено діагноз: амелобластома нижньої щелепи. Який вид лікування показаний?

Варіанти відповіді:

- A. Екскохлеація пухлини.
- B. Резекція нижньої щелепи з одномоментною кістковою пластикою.
- C. Кріодеструкція пухлини.
- D. Променева терапія.
- E. Хіміотерапія.

Правильна відповідь:

B. Резекція нижньої щелепи з одномоментною кістковою пластикою.

Задача 8.

У дівчини, 24 років, під час лікування періодонтиту 3.6 зуба з діагностичною метою було проведено рентгенологічне обстеження. На рентгенограмі виявлено наявність гомогенної тіні округлої форми з чіткими межами, яка за своєю щільністю наближалася до щільності тканин зуба. По периферії утвір оточений зоною просвітлення, товщиною до 1 мм. Ваш попередній діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Радикулярна кіста.
- B. Одонтома.
- C. Цементوما.
- D. Остеома.
- E. Міксوما.

Правильна відповідь:

Д. Одонтома.

Задача 9.

У пацієнтки К., 39 років, після клінічного та рентгенологічного обстеження встановлено діагноз: “Амелобластома тіла нижньої щелепи справа”. Діагноз підтверджений пункційною біопсією. Який метод лікування доцільно застосувати при даному виді пухлини?

Варіанти відповіді:

- А. Цистотомія.
- В. Цистектомія.
- С. Резекція нижньої щелепи з одномоментною кістковою пластикою.
- Д. Екскохлеація пухлини разом з оболонкою.
- Е. Вишкрібання пухлини в межах здорових тканин.

Правильна відповідь:

С. Резекція нижньої щелепи з одномоментною кістковою пластикою.

Задача 10.

Пацієнтка, 35 років, проходила лікування з приводу гострого гнійного пульпіту 3.4 зуба. При контрольній рентгенографії в ділянці відсутнього 3.5 зуба було виявлено гомогенну тінь неправильної форми з чіткими межами, яка за своєю щільністю наближалася до тканин зуба. По периферії утворення оточене зоною просвітлення. Було вставлено діагноз: тверда одонтома тіла нижньої щелепи зліва. Визначте метод лікування:

Варіанти відповіді:

- А. Видалення одонтоми.
- В. Видалення одонтоми разом з капсулою.
- С. Рентгенопроміння.
- Д. Резекція щелепи.
- Е. Резекція щелепи в поєднанні з рентгентерапією.

Правильна відповідь:

- В. Видалення одонтоми разом з капсулою.

Задача 11.

У пацієнта Н., 45 років, після клінічного обстеження та інцизійної біопсії діагностована обширна кістозна форма амелобластоми тіла нижньої щелепи в області 3.6, 3.7, 3.8 зубів. Який вид хірургічного лікування показаний?

Варіанти відповіді:

- А. Цистектомія з пластикою дефекту.
- В. Екскохлеація пухлини з пластикою дефекту.
- С. Резекція тіла нижньої щелепи з одночасною остеопластикою.
- Д. Резекція тіла нижньої щелепи з відстроченою пластикою.
- Е. Пластична цистектомія.

Правильна відповідь:

- С. Резекція тіла нижньої щелепи з одночасною остеопластикою.

Задачі для самоконтролю.

Задача 1.

У пацієнтки, 61 рік, веретеноподібне потовщення нижньої щелепи. Діагноз: амелобластома нижньої щелепи. Яке лікування показано в даному випадку?

Варіанти відповіді:

- A. Екскохлеація пухлини.
- B. Кріодеструкція пухлини.
- C. Резекція нижньої щелепи з одномоментною кістковою пластикою.
- D. Хіміотерапія.

Правильна відповідь:

Резекція нижньої щелепи з одномоментною кістковою пластикою.

Алгоритм рішення:

1. Методи лікування такі як хіміотерапія і променева терапія - застосовуються при лікуванні пацієнтів із злоякісними пухлинами.
2. Екскохлеація - це оперативний прийом видалення тупою ложкою напіврідкого або подібного до молочного сиру вмісту патологічної порожнини без механічної обробки стінок порожнини, при лікуванні пацієнтів з адамантиномами не застосовується.
3. Кріодеструкція у даному випадку не застосовується.
4. Резекція нижньої щелепи з одномоментною кістковою пластикою самий оптимальний метод лікування.

Задача 2.

У пацієнтки, 25 років, на рівні 3.6, 3.7, 3.8 зубів горбисте, щільне здуття щелепи, вогнище деструкції з чіткими контурами, комірчасте. При пункції отримана каламутна білувата рідина. Поставте діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Фолікулярна кіста лівої половини нижньої щелепи.
- B. Остеобластокластома лівої половини нижньої щелепи.
- C. Радикулярна кіста нижньої щелепи зліва.
- D. Амелобластома нижньої щелепи зліва.
- E. Одонтогенна фіброма нижньої щелепи зліва.

Правильна відповідь:

D. Амелобластома нижньої щелепи зліва.

Алгоритм рішення:

1. При визначенні діагнозу слід звернути увагу на клінічні симптоми - горбисте, щільне здуття щелепи, дані додаткових методів обстеження - вогнище деструкції з чіткими контурами, комірчасте; при пункції отримана каламутна білувата рідина.
2. Для відповідей A, B, C, E такі ознаки не характерні.

Задача 3.

Чоловіку, 45 років, видалено пухлину. Гістологічне описання: строма складається зі сполучної тканини, паренхіма з епітеліальних тяжів з циліндричними та зірчастими клітинами. Яке це новоутворення?

Варіанти відповіді:

- A. Остеобластокластома.
- B. Остеодистрофія нижньої щелепи.
- C. Фіброзна дисплазія нижньої щелепи.
- D. Еозинофільна гранульома.
- C. Амелобластома нижньої щелепи.

Правильна відповідь:

- E. Амелобластома нижньої щелепи.

Алгоритм рішення:

1. Наявність зірчастих клітин свідчить про амелобластому. Решта новоутворень не мають такої гістологічної картини.

Задача 4.

Пацієнт, 50 років, звернувся зі скаргами на наявність новоутворення в області нижньої щелепи справа, яке з'явилося 5 років тому, яке повільно збільшується у розмірах, безболісне. На нижній щелепі справа є новоутворення, розміром 8,0х2,0 см. Шкірні покриви над ним в кольорі не змінені, рухомі. Пальпація новоутворення безболісна, місцями має щільну консистенцію. Порожнина рота санована. Зуби на нижній щелепі справа інтактні. Чутливість нижньої губи не змінена. Регіонарні лімфовузли не збільшені. При рентгенологічному дослідженні визначається вогнище розрідження кісткової тканини в області тіла нижньої щелепи справа з чіткими межами, яке нагадує полікістозне утворення.

1. Поставте попередній діагноз та обґрунтуйте його.
2. Складіть план обстеження та лікування.
3. Як правильно зібрати анамнез у такого пацієнта?

Алгоритм рішення:

1. Попередній діагноз - амелобластома нижньої щелепи справа. Діагноз ставиться на основі даних клінічного та рентгенологічного дослідження.
2. Для уточнення діагнозу необхідно гістологічне дослідження - біопсія. В плані лікування - резекція нижньої щелепи справа в межах здорових тканин.
3. При правильному зборі анамнезу захворювання слід визначити момент виявлення скарг на наявність новоутворення, тривалість існування, швидкість наростання симптоматики, її динаміка. Слід з'ясувати чи проводилось раніше лікування та яке? З анамнезу життя звернути увагу на спадковість захворювання, перенесені та супутні захворювання, професійні шкідливості,

несприятливі метеорологічні умови, шкідливі звички.

Задача 5.

У пацієнтки, 40 років, клінічно встановлено попередній діагноз одонтома в області 4.6.

1. Яких клініко-морфологічних даних не вистачає для постановки остаточного діагнозу та вирішення питання щодо методу лікування?
2. Складіть план лікування.

Алгоритм рішення:

1. Одонтома, ймовірно, не є справжньою пухлиною, а являє собою своєрідну ваду розвитку зубів. Вона складається з конгломератів зубних тканин (емалі, дентину, цементу) різного ступеня зрілості й звапніння. Найчастіше виявляють одонтоми при рентгенологічному дослідженні, у разі локалізації біля нервових стовбурів пухлина може спричинити неврологічну симптоматику, іноді пухлина проявляється у зв'язку з «прорізуванням» - перфоруванням слизової оболонки в процесі росту новоутворення або атрофії альвеолярного відростку щелепи. При рентгенологічному дослідженні визначається гомогенна або негомогенна тінь високої інтенсивності з чіткими горбистими контурами, форма нагадує зуб або його частини, по периферії пухлини спостерігається обідок просвітлення, що відповідає сполучнотканинній капсулі (симптом тутової ягоди).
2. Хірургічне лікування передбачає видалення новоутворення в межах здорових тканин. З огляду на високу щільність і складну просторову конфігурацію, видалення одонтоми може становити значні труднощі. Обсяг резекції кістки визначається технічними міркуваннями.

VII. 4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів:

Орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3
1. Вивчити типові прояви одонтогенних та неодонтогенних доброякісних пухлин тканин ЩЛД.	Опишіть симптоми, характерні для одонтогенних та неодонтогенних доброякісних пухлин тканин ЩЛД. Назвіть можливі ускладнення. Опишіть симптоми, характерні для амелобластоми. Назвіть показання та проти-показання до цистотомії. Назвіть захворювання, з якими потрібно диференціювати амелобластому.	
Вивчити тактику лікаря при наявності амелобластоми	Складіть план обстеження. Призначте рентгенологічне дослідження. Оберіть метод лікування.	
Провести пальпацію пухлини шкіри обличчя.	При пальпації визначити такі характеристики: 1. консистенція	При невеликих розмірах пухлину

	2. болючість 3. рухомість 4. визначеність кордонів в пухлині 5. глибину залягання 6. характер поверхні 7. розмір пухлини	пальпують пальцями однієї руки, при значних розмірах – бімануально.
Провести курацію хворого з пухлиною щелепно-лицевої ділянки	Послідовність курації: 1.Опитування хворого: а) скарги; б) анамнез захворювання; в) анамнез життя. 2.Огляд. 3. Пальпація. 4. При необхідності – пункція, зіскоб або біопсія.	До опитування підійти уважно, з'ясовуючи навіть дрібниці, деталізувати скарги, прослідити динаміку росту пухлини.
Оволодіти методикою обстеження хворих з пухлиноподібними ураженнями щелеп.	Обстеження виконується в такій послідовності: 1.З'ясувати скарги. 2.Зібрати анамнез: а. початок захворювання; б. розвиток; в. інтенсивність росту; г. лікування. 3.Зібрати анамнез життя. 4.Основні методи обстеження: а.огляд обличчя; б.пальпація; в.соматоскопія; г.інструментальне обстеження; 5.Рентгенологічне обстеження. 6.Біопсія.	Особливу увагу звернути на диференційну діагностику пухлиноподібних уражень щелеп.
Провести курацію хворих з пухлиноподібними ураженнями щелеп.	1.З'ясувати скарги. 2.Зібрати анамнез. 3.Провести: а.зовнішній огляд; б.пальпацію; в.інструментальні методи обстеження; 4.Призначити додаткові методи обстеження (рентгенографія, пункція, біопсія). 5.Скласти план лікування. 6.Визначити прогноз захворювання, можливі ускладнення.	Акцентувати увагу на методиках забору біопсійного матеріалу та підготовці його для дослідження, інших додаткових методів обстеження.
Заповнити амбулаторну медичну картку хворого з пухлиноподібними ураженнями щелеп.	Дотримуватися всіх пунктів загальноприйнятої форми амбулаторної медичної карти стоматологічного хворого.	Особливу увагу звернути на оцінку результатів цитологічних та гістологічних досліджень, описання рентгенограм.

VII.5. Матеріали після аудиторної 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-	Назвати основні етіологічні фактори доброякісних пухлин та пухлиноподібних утворень м'яких тканин	

лицевої ділянки.	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.	

VIII. Література

а) навчальна основна література:

В.О. Маланчук Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія. Том 1, 2. Київ-Логос- 2011.

Бернадский Ю.И. Основы хирургической стоматологии. – Киев: издательство «Здоров'я»,

додаткова:

Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей/ Под ред. проф. В.Н.Балина и Н.М.Александрова. 4-е изд. – СПб: СпецЛит, 2005. – 574с, Лапідус Ф.І. Рентгенодіагностика в стоматології. – Київ: Державне медичне видавництво УРСР, 1950. – 162с,

Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области.- М.:МЕДпресс, 2001.- 224сю, ил.,

Рабухина Н.А., Аржанцев А.П. Стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Атлас рентгенограмм.-М.: ООО “МИА”, 2002.- С.253-262.,

б) наукова література

Бернадский Ю.И. Новые принципы лечения некоторых форм гемангиом в мягких тканях лица и адамантином нижней челюсти// Тез.7 пленума ВОС и 3 сессии ЦНИИС.- М.- 1965.- С 65-66.

в) методична література

Мілерян В.Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних ВУЗах /Методичний посібник.- Київ, 2003.-80 с.