

В. Бурячківський

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет Стоматологічний
Кафедра хірургічної стоматології



**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ
З ВИБІРКОВОЇ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет стоматологічний, курс 3.

Навчальна дисципліна

«СУЧАСНА ДІАГНОСТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ СНЩС ТА СЛИННИХ ЗАЛОЗ»

Затверджено:

Засіданням кафедри хірургічної стоматології

Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від 29.08.2025 р.

Завідувач кафедри

Анатолій ГУЛЮК

Розробники:

к.мед.н. доц. Пасечник А.М.

к.мед.н. доц. Пасечник О.В.

к.мед.н. ас. Ташян А.Е.

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 1

Тема. Слинні залози: будова, функції, класифікація, топографія. Запальні захворювання слинних залоз некалькульозного генезу. Класифікація, пат. анатомія, клініка, сучасні методи дослідження при захворюваннях слинних залоз, лікування. 6 год.

Мета. Забезпечити підготовку висококваліфікованих фахівців в галузі стоматології, а саме в хірургічній стоматології, здатних розв'язувати комплексні проблеми діагностики та лікування пацієнтів, які потребують діагностики та лікування захворювань слинних залоз.

Під час викладання дисципліни використовуються такі методи навчання: пояснення, мультимедійні презентації, фотозавдання, ситуаційне навчання, симуляційне навчання, усне опитування, тестування, виконання індивідуальних завдань, самостійна робота з підручником.Ф

1. Актуальність теми

Запальні захворювання щелепно-лицьової області займають значне місце у хірургічній стоматології. Незважаючи на застосування антибіотиків, кількість гнійних захворювань та їх ускладнень постійно збільшується. Знання етіології, патогенезу та класифікації запальних захворювань щелепно-лицьової області є невід'ємною частиною щодо хірургічної стоматології.

2. Конкретні цілі:

- Аналізувати поширеність запальних процесів щелепно-лицьової області.
- Пояснювати причини виникнення запальних та дистрофічних уражень слинних залоз.
- класифікувати запальні та дистрофічні ураження слинних залоз.
- Трактувати дані рентгенологічних та патоморфологічних досліджень при запальних та дистрофічних ураженнях слинних залоз.
- Малювати схеми обстеження пацієнтів із різними формами запальних та дистрофічних уражень слинних залоз.
- Проаналізувати ускладнення, наслідки та прогноз при різних формах запальних та дистрофічних уражень слинних залоз.
- Скласти план обстеження та лікування хворих з патологією слинних залоз різного генезу.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін. Отримані навички.

1. Етика та деонтологія. Встановити психологічний контакт із хворим.
2. Нормальна анатомія. Знати анатомічну будову щелеп та слинних залоз
3. Нормальна фізіологія. Знати функціональні можливості щелеп та слинних залоз у нормі.
4. Патоморфологія. Описувати морфофункціональні зміни в щелепах при запальних захворюваннях та слинних залозах при запальних та дистрофічних захворюваннях.
5. Пропедевтика внутрішніх хвороб. Застосовувати методи обстеження хворого при різних видах запальних захворювань та патології слинних залоз
6. Рентгенологія. Вміти описати рентгенологічні знімки при запальних захворюваннях

щелеп та патології слинних залоз.

Основні положення.

Слинні залози діляться на головні та другорядні. Основні слинні залози парні, симетричної форми. Розрізняють привушну, підщелепну та під'язичну пару слинних залоз. Малі слинні залози: піднебінні, язичні, губні, щічні, дна ротової порожнини і, у менших кількостях, слизової гортані та оболонки носової порожнини.

У слинних залозах можуть розвиватися різні запальні патології та злоякісні та доброякісні формування.

Вірусний паротит (свинка) - паротит є інфекційним захворюванням, викликаним вірусом *Paramyxovirus parotiditis*, який поширюється через слину. В основному хвороба зачіпає вушні залози, в більшості випадків з обох боків. Набухання, хворобливого на дотик. Захворювання проходить спонтанно протягом 10-12 днів.

Гострий бактеріальний сіаладеніт — бактеріальний паротит, який зазвичай викликається золотистим стафілококом. Найчастіше зустрічається у людей з імунodefіцитом або ослабленим організмом, а також у пацієнтів з калькульозним сіалолітазом, що призводить до застою та появи інфекції. Вона зачіпає в основному привушні залози і часто буває одностороннім.

Хронічний сіаладеніт - розрізняють специфічні та неспецифічні форми. Неспецифічні форми протікають з мінімальними симптомами і призводять до атрофії залоз. Серед специфічних форм слід перерахувати туберкульозні, грибкові та мікозні.

Лімфогенний сіаладеніт. При лімфогенному поширенні інфекції нерідко відзначається ураження лімфоїдного апарату привушної залози. Джерелом інфекції може бути запальний процес у носоглотці, язика, нижній щелепі та зубах. Клінічно процес починається з хворобливого ущільнення будь-якої області привушної залози. Потім за легкої форми процесу ущільнення збільшується поступово протягом 2-3 тижнів, з'являється обмежена припухлість в області привушної залози відповідно до ущільнення за рахунок набряку тканин. У цей період захворювання можна відзначити невелике зниження слиновиділення, при цьому секрет каламутний, підвищеної в'язкості. Загальне стан у більшості хворих не порушується.

При цитологічному дослідженні секрету залози визначаються клітини запального ряду (нейтрофіли, лімфоцити, гістіоцити, макрофаги, плазматичні клітини), спостерігається підвищене злущування клітин плоского та циліндричного епітелію, поява клітин кубічного епітелію.

При середній тяжкості гострого лімфогенного паротиту температура тіла у хворого підвищується. В області ущільнення залози, що виникло з'являється значний набряк, біль посилюється, стає пульсуючим.кіра, яка покриває залозу, червоніє, поступово спаюється з інфільтратом, і може настати мимовільне розтин гнійника. Після виділення гною запалення починає стихати. Іноді гнійник розкривається у протоки залози, і гній виділяється через гирло привушної протоки.Розсмоктування запального інфільтрату йде дуже повільно, щільний вузол у ділянці залози може залишатися протягом кількох тижнів. При цьому з протоки виділяється макроскопічно не змінена слина. Цитологічно можна виявити ознаки гострого запалення.При тяжкому перебігу лімфогенного паротиту після перших проявівхвороби у вигляді обмеженого ущільнення в привушній слинній залозі запальні явища починають швидко наростати. Часто настає абсцедування в залозі або розвивається флегмона.

Загальні принципи лікування та профілактика гострого сіаладеніту.

Лікування хворих на гострий сіаладеніт залежно від тяжкості процесу включає комплекс заходів, загальний для різних походженням гострих сіаладенітів. При серозному запаленні лікувальні заходи мають бути спрямовані на припинення запальних явищ та на відновлення слиновиділення. Застосовують аугментін, зинат по 500 мг двічі на день, зінацеф, гіпоцеф.Застосовують внутрішньо 3-4 рази на день по 5-6 крапель 1% розчину

пілокарпіну гідрохлориду. Уостанні роки при лікуванні запальних захворювань застосовують

ДМСО (диметилсульфоксид, димексид) у вигляді компресу на область вогнища запалення, гель диклофенака, німід. ДМСО покращує мікроциркуляцію в тканинах, має аналгетичну, протизапальну, протинабрякову, бактеріостатичну та бактерицидну дію. Компрес із 30% розчином димексиду слід помістити на область запаленої залози на 20-30 хв. один раз на день і повторювати цю процедуру щодня протягом 5-10 днів до настання ефекту. Крім того, призначають фізіотерапевтичні процедури: грілки, флюктуоризацію, УВЧ-терапію, масляні компреси. При гангренозному сіалоаденіті та тяжкій формі перебігу показано термінове хірургічне втручання – розтин капсули; при цьому при операції на привушній залозі краще користуватися розрізом по Г.П.Ковтуновичу.

Профілактика гострого сіалоаденіту полягає у догляді за порожниною рота – іригації 0,5-1% розчином натрію гідрокарбонату та протирання ватяними або марлевими кульками слизової оболонки рота. З метою посилення саливації порожнину рота обробляють 0,5-1% лимонним розчином кислоти. У дієту включають продукти, що підвищують слиновиділення.

Тестування..

1. Кровопостачання залишного слюнного залози здійснюється.
 - 1) a. maxillaris
 - 2) a. Facialis
 - 3) a. carotis externa
 - 4) a. temporalis superficialis +
2. Кровопостачання под'язкового слюнного залози здійснюється:
 - 1) a. Facialis +
 - 2) a. maxillaris
 - 3) a. temporalis superficialis
 - 4) a. angularis nasi
3. Вміст лізоциму в слюні при гострому запальному процесі
 - 1) знижується
 - 2) підвищується +
 - 3) не змінюється
 - 4) немає кореляційного зв'язку
4. Добова норма слюни виділюється
 - 1) 0,5 – 2,0 літрів +
 - 2) 0,1 – 0,5 літрів
 - 3) більше 2,0 літрів
 - 4) більше 3,0 літрів
5. Рн змішаної слюни
 - 1) лужний +
 - 2) слаболужний
 - 3) кислий
 - 4) слабокислий
6. Інкубаційний період епідемічного паротиту коливається:
 - 1) 1 тиждень
 - 2) 1-2 тижня
 - 3) 2-3 тижня +
 - 4) більше 3 тижнів
7. Шляхи передачі інфекції при епідемічному паротите
 - 1). контактний,
 - 2) повітряно – краплинний +

- 3) аліментарний,
- 4) трансмісивний

Завдання 1.

Хвора, 18 років, надійшла зі скаргами на біль та припухлість в області привушних слинних залоз, більше праворуч. Болі колючого характеру різко посилюються прийому їжі. Турбує також сухість у ротовій порожнині, загальна слабкість, нездужання, озноб, підвищення температури тіла до 38.0-38.5°C. Перелічені скарги з'явилися два дні тому, симптоми наростали. До цього моменту нічим не хворіла, не переохолоджувалася. З анамнезу виявлено, що близько місяця тому молодша сестра хворої перенесла епідемічний паротит, лікувалася під наглядом лікарів у домашніх умовах. Відкриття рота обмежене до 2,5-3,0 см, обидві привушні слинні залози збільшені в розмірах, злегка ущільнені, болючі при пальпації. Шкіра над ними у кольорі не змінена, збирається у складку. Права залоза збільшена переважно. Слизова оболонка в ділянці обох стенонових проток гіперемована, набрякла. Устя проток гіперемовані, зяяють. При масажі слинних залоз відзначається різка болючість, слина не виділяється.

Запитання:

- 1) Поставте діагноз, обґрунтуйте своє рішення.
- 2) Призначте лікування.
- 3) Розвитку яких ускладнень варто побоюватися.

Завдання 2.

Хворий, 28 років, надійшов зі скаргами на біль та припухлість в області привушних слинних залоз, більше ліворуч. Болі колючого характеру різко посилюються прийому їжі. Турбує також сухість у ротовій порожнині, загальна слабкість, нездужання, озноб, підвищення температури тіла до 38.0-38.5°C. З анамнезу виявлено, що два тижні тому мати хворого перенесла епідемічний паротит, лікувалася під наглядом лікарів у домашніх умовах.

Об'єктивно: відкривання рота обмежене до 2,0 см, обидві привушні слинні залози збільшені в розмірах, болючі при пальпації. Шкіра над ними у кольорі не змінена, збирається у складку. Ліва залоза збільшена переважно. Слизова оболонка в ділянці обох стенонових проток гіперемована, набрякла. Устя проток гіперемовані, зяяють. При масажі слинних залоз відзначається різка болючість, слина не виділяється.

Запитання:

- 1) Поставте діагноз, обґрунтуйте своє рішення.
- 2) Призначте лікування.
- 3) Розвитку яких ускладнень варто побоюватися.

Очікувані результати:

Студент повинен знати :

- анатомічні особливості будови порожнини рота та слинних залоз,
- фізіологія та патологія розвитку щелепно-лицевого апарату,
- основи хірургії,
- фізіологія та патофізіологія слинних залоз,
- принципи обстеження хворих: знати значення спеціальних та допоміжних методів обстеження для диференційної діагностики при захворюваннях слинних залоз,
- етіологію та патогенез захворювань слинних залоз та їх вплив на органи та системи людського організму,
- клінічні прояви захворювань слинних залоз
- показання до застосування різних методів лікування захворювань сиалоаденітів різного генезу, розробляти план та тактику лікування, встановлювати первинний (попередній) діагноз на основі аналізу одержаних результатів та визначати показання до стоматологічних втручань.

Література:

Основна:

1. Стоматологія : у 2 кн. : підручник. Кн. 2 / М.М. Рожко, І.І. Кириленко, О.Г. Денисенко та ін. ; за ред. М.М. Рожка. — 2-е вид. — К. : ВСВ «Медицина», 2018. — 992 с.
2. Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология : учебник : в 2 кн. Кн. 1 / А. А. Тимофеев. — К. : ВСИ «Медицина», 2020. — 992 с.
3. Operative Oral and Maxillofacial Surgery. Edited By John D. Langdon, Mohan F. Patel, Robert Ord, Peter A. Brennan. Copyright Year 2017

Додаткова

1. Стоматологія : підручник : У 2 кн. — Кн. 1. / М.М. Рожко, З.Б. Попович, В.Д. Куроєдова та ін.; за ред. проф. М.М. Рожка. — К. : ВСВ «Медицина», 2013. — 872 с.
2. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery, 6e Hardcover – 19 April 2013 by James R. Hupp DMD MD JD MBA (Author), Myron R. Tucker DDS (Author), & 1 More
- 3 Clinical Review of Oral and Maxillofacial Surgery - E-Book. by Shahrokh C. Bagheri, BS, DMD, MD, FACS, FICD, Chris Jo, DMD

Електронний ресурс:

1. Електронний ресурс [vestnik.okb1.mplek.ru], - 2016.
2. Електронний ресурс [www.umj.com.ua] – 2015.

Практичне заняття № 2

Тема. Неспецифічні захворювання слинних залоз некалькульозного генезу. Сіалози, сіалопатії. Патологічна анатомія, клініка, методи дослідження, лікування. 6 год.

Мета. Забезпечити підготовку висококваліфікованих фахівців в галузі стоматології, а саме в хірургічній стоматології, здатних розв'язувати комплексні проблеми діагностики та лікування пацієнтів, які потребують діагностики та лікування захворювань слинних залоз.

Під час викладання дисципліни використовуються такі методи навчання: пояснення, мультимедійні презентації, фотозавдання, ситуаційне навчання, симуляційне навчання, усне опитування, тестування, виконання індивідуальних завдань, самостійна робота з підручником.

1. Актуальність теми

Запальні захворювання щелепно-лицьової області займають значне місце у хірургічній стоматології. Незважаючи на застосування антибіотиків, кількість гнійних захворювань та їх ускладнень постійно збільшується. Знання етіології, патогенезу та класифікації запальних захворювань щелепно-лицьової області є невід'ємною частиною щодо хірургічної стоматології.

2. Конкретні цілі:

- Аналізувати поширеність неспецифічних захворювань слинних залоз некалькульозного генезу, сіалози, сіалопатії.
- Пояснювати причини виникнення запальних та дистрофічних уражень слинних залоз.
- класифікувати запальні та дистрофічні ураження слинних залоз.
- Тракувати дані рентгенологічних та патоморфологічних досліджень при запальних та дистрофічних ураженнях слинних залоз.
- Малювати схеми обстеження пацієнтів із різними формами запальних та дистрофічних уражень слинних залоз.
- Проаналізувати ускладнення, наслідки та прогноз при різних формах запальних та дистрофічних уражень слинних залоз.
- Скласти план обстеження та лікування хворих з патологією слинних залоз різного

генезу.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін. Отримані навички.

1. Етика та деонтологія. Встановити психологічний контакт із хворим.

2. Нормальна анатомія. Знати анатомічну будову щелеп та слинних залоз

3. Нормальна фізіологія. Знати функціональні можливості

щелеп та слинних залоз у нормі.

4. Патоморфологія. Описувати морфофункціональні зміни в щелепах при запальних захворюваннях та слинних залозах при запальних та дистрофічних захворюваннях.

5. Пропедевтика внутрішніх хвороб. Застосовувати методи обстеження

хворого при різних видах запальних захворювань та

патології слинних залоз

6. Рентгенологія. Вміти описати рентгенологічні знімки при запальних захворюваннях щелеп та патології слинних залоз.

Основні положення.

Системні, реактивно-дистрофічні захворювання

слинних залоз (сіалози). Слинні залози людини виконують багато функцій, своєрідно

реагують на різні фактори зовнішньої дії та внутрішньоорганні

фізіологічні (вікові, гормонального характеру, під час вагітності, пологів, вигодовування

дитини тощо) та патологічні процеси (при захворюваннях шлунково-кишкового тракту,

серцево-судинної системи, залоз внутрішньої секреції, нервової системи, сполучної

тканини, порушеннях харчування та гіповітамінозах). При цьому системний характер

порушень у слинних залозах

супроводжується дистрофічними змінами у всіх структурних компонентах залози –

стромі, паренхімі, протоковій системі. Не запальний генез дистрофічних змін у слинних

залозах, які викликані загальними порушеннями в організмі людини, стали підставою дати

їм назву "сіалоз" (Rauch, 1956). До дистрофічного процесу в залізі на пізній стадіях часто

вдруге приєднується

запальний процес. Дистрофічні захворювання слинних залоз мають хронічний характер із

клінічними проявами їх збільшення, змінами структури та порушенням функції. До

лімфоепітеліальних уражень належать синдроми Шегрена, хвороба Мікуліча, синдроми

Херфордта, Кюттнера, в основі яких лежить аутоімунне запалення.

Синдром (хвороба) Шегрена.

Прийнято визначати хворобу Шегрена (первинний синдром Шегрена)

як системне хронічне аутоімунне захворювання, яке характеризується хронічним

запаленням екзокринних залоз (у першу чергу слинних і слізних), з поступовим розвитком

їхньої секреторної недостатності. За наявності проявів іншого системного захворювання

разом із хворобою виділяють синдром Шегрена (вторинний синдром Шегрена), як

вторинне ураження слізних та слинних залоз з розвитком сухого кератокон'юнктивіту.

Захворювання проявляється розвитком хронічного сіалоаденіту та ксеростомії при

аутоімунних захворюваннях: ревматоїдному артриті, системному червоному вовчаку,

системному склеродермії, хронічному активному гепатиті, первинному біліарному цирозі

печінки, аутоімунному тиреоїдиті, поліміозиті, тиреоїдиті Хашимото та ін.

Основним патогенетичним фактором є розвиток

аутоімунних реакцій з появою антитіл до тканини слинних проток,

слізних та інших ендокринних органів.

Класифікація хвороби Шегрена

Течія: підгострий; хронічний.

Стадії розвитку: початкова; виражена; пізня.

Ступінь активності: мінімальний (I); помірна (II); Висока (III).

Клінічна картина хвороби Шегрена залежить від варіанта перебігу.

При хронічному перебігу переважають ознаки ураження ендокринних залоз, при підгострому - додатково в процес залучаються нирки, легені, розвивається некротичний васкуліт, ураження нервової системи.

У початковій стадії хворі скаржаться на сухість у роті, що з'являється при фізичному навантаженні, хвилюванні, відчуття різі, печіння, "стороннього предмета" та "піску" в очах. Характерні ознаки, пов'язані з ураженням слинних та слізних залоз (ксеростомія, ксерофтальмія, кератокон'юнктивіт, збільшення залоз, їх хронічне запалення в пізній стадії), та ознаки, які виникають задовго до клінічних проявів процесу у слинних та слізних залозах (множинний карієс, сухість червоної облямівки губ, стоматит, збільшення регіонарні лімфатичні вузли, артрит).

На пізньому етапі сухість рота стає постійною. При виражених проявах синдрому Шегрена хворі скаржаться на потребу запивати суху їжу, значне збільшення слинних залоз, підвищення температури тіла, погіршення загального стану. Збільшені залози нерідко можуть бути бугристими, після загострення процесу не повністю зменшуються обсягом. У третини хворих збільшення привушних залоз розвивається поступово, а 50% має рецидивний характер, прогресує карієс, нерідко в одному зубі є 3-4 пломби, посилюється ламкість емалі, у хворих молодого віку спостерігається вторинна адентія. У порожнині рота вільної слини мало, вона піниста чи в'язка, а пізньої стадії може бути відсутня. Слизова оболонка порожнини рота яскраво гіперемована, язик на погляд сухий, складчастий, сосочки язика атрофічні, губи покриті кірками. Спостерігаються явища ангулярного стоматиту, глоситу. Відзначають світлобоязнь, потовщення та гіперемію країв повік та набряклість кон'юнктиви, скупчення виділень з очей у вигляді грудочок або слизових ниток у кутах очей та порожнини кон'юнктиви. До загальних проявів хвороби Шегрена відносять інтерстиціальний пневмоніт, що протікає субклінічно і має доброякісний перебіг, шкірний васкуліт.

Діагностику системних проявів здійснюють із залученням вузьких фахівців з урахуванням локалізації та характеру поразки.

Лікування проводять у ревматологічному відділенні залежно від перебігу аутоімунного процесу (хронічний, підгострий), активності (висока, помірна, низька) та стадії процесу (початкова, виражених клінічних проявів та пізня). Загальна терапія полягає в призначення преднізолону та хлорбутину в невеликих дозах під контролем аналізу крові.

Хвороба Мікуліча.

Синоніми: синдром Микуліча, симптомокомплекс Микуліча, алергічний ретикулоепітеліальний сіалоз Мікуліча, лімфомієлоїдний сіалоз, лімфоцитарна пухлина. Клінічна картина. Характерні безболісні, щільні припухлі залози. Шкіра у кольорі не змінена. Зменшення кількості слини в ротовій порожнині іноді відзначається в пізній стадії. При цьому перебіг хвороби може ускладнитися запальним процесом. Сіалоз може переходити в сіалоаденіт, що нагадує за клінічною течією пізню стадію хронічного інтерстиціального сіалоаденіту.

У деяких випадках захворювання протікає з поразкою всього лімфатичного апарату, селезінки та печінки, у тому числі слинних та слізних залоз.

Діагноз хвороби Микуліча встановлюють на основі системного збільшення слізних та всіх слинних залоз. На сіалограмі на ранній стадії захворювання не визначається збільшення розмірів залози, при цьому в структурі проток та тині паренхіми відхилень від норми не виявляють. У міру зростання процесу на сіалограмі з'являється нечіткість тині паренхіми залози та проток (ознаки атрофії) внаслідок їх здавлення лімфоїдною тканиною. Протоки дуже вузькі, мають рівні контури.

Лікування кортикостероїдними препаратами дає добрий, але не стійкий результат; часто настає рецидив. Рекомендується курс новокаїнових блокад та застосування галантаміну. Призначають також рентгенотерапію (опромінення ділянок слинних залоз), препарати радіоактивного фосфору.

Прогноз несприятливий. У віддалений період часто діагностують захворювання крові. Можливий розвиток злоякісної лімфоми.

Завдання №1.

Хвора, 26 років, надійшла зі скаргами на постійні ниючі болі в ділянці лівої привушної слинної залози під час їди, припухлість у лівій привушно-жувальній ділянці, помірно болючу при пальпації. Перераховані вище скарги з'явилися близько 10 днів тому, повільно наростали.

Об'єктивно: ліва привушна слинна залоза збільшена у розмірах, ущільнена, болісна при пальпації. Шкіра над залозою нормального фарбування, проте обмежено збирається у складку. Відкриття рота в повному обсязі, болісне. Слизова оболонка щічної області відповідно до лівої стенової протоки набрякла, гирло протоки гіперемоване, зяє. При масуванні слина не виділяється.

Запитання:

- 1) Поставте діагноз.
- 2) Складіть план місцевого та загального лікування.

Завдання № 2.

Хворий, 48 років, перебував на лікуванні у ЛОР-лікаря з діагнозом: лакуарна ангіна. Хворий протягом двох тижнів. Перший тиждень перебував на стаціонарному лікуванні у ЛОР-відділенні, нині спостерігається та лікується амбулаторно. Близько чотирьох днів тому з'явилася припухлість у привушно-жувальній ділянці, потім приєдналися постійні ниючі болі, що посилюються при прийомі їжі. Близько доби тому наголосив на обмеженні відкривання рота. Направлений на консультацію до стоматолога. При огляді визначаються дещо збільшені, болючі, рухливі лімфатичні вузли у правій піднижньощелепній ділянці. У правій привушно-жувальній ділянці визначається набряк, що поширюється на позадищелепну, щісну, піднижньощелепну ділянку праворуч. У нижніх відділах привушної слинної залози справа визначається різко болісний щільний інфільтрат, розміром 2,0x3,0 см. Відкриття рота до 3,0 см, болісне. Температура тіла – 38,5°C. Після проведеного загального аналізу крові виявлено помірний лейкоцитоз, збільшення ШОЕ, збільшення кількості еозинофілів, лейкопенія.

Запитання:

- 1) Які захворювання можна припустити за наявними даними.
- 2) Яких відомостей бракує постановки точного діагнозу.
- 3) Ваша лікувальна тактика стосовно наявного інфільтрату.

Завдання №3.

Хворий, 56 років, надійшов зі скаргами на постійні ниючі болі в області правої привушної слинної залози, що носять колюче-ріжучий характер під час їди, припухлість у правій привушно-жувальній ділянці, помірно болючу при пальпації. Три тижні тому було проведено операцію половинної резекції шлунка з приводу виразкової хвороби. Перераховані вище скарги з'явилися близько 10 днів тому, повільно наростали. Права привушна слинна залоза збільшена у розмірах, ущільнена, болюча при пальпації. Визначається помірно виражений колатеральний набряк, що поширюється на позадищелепну та піднижньощелепну області праворуч. Шкіра над залозою нормального фарбування, проте обмежено збирається у складку. Відкриття рота в повному обсязі, болісне. Слизова оболонка щічної ділянки відповідно до правого стенового протоку набрякла, гирло протоки гіперемоване, зяє. При масуванні слина не виділяється. При пальпації правий стеноз проток дещо потовщений. Мова обкладена сірим нальотом. На слизовій оболонці щічних областей з обох боків по лінії змикання зубів визначається ділянки гіперкератозу у вигляді білих плям з нечіткими контурами. При рентгенологічному дослідженні правої привушної слинної залози тіней конкрементів не виявлено.

Запитання:

- 1) Поставте діагноз. Опишіть механізм розвитку захворювання.
- 2) Складіть план місцевого та загального лікування.
- 3) Вкажіть ознаки (симптоми), не суттєві для цього захворювання.

Очікувані результати:

Студент повинен знати :

- анатомічні особливості будови порожнини рота та слинних залоз,
- фізіологія та патологія розвитку щелепно-лицевого апарату,
- основи хірургії,
- фізіологія та патофізіологія слинних залоз,
- принципи обстеження хворих: знати значення спеціальних та допоміжних методів обстеження для диференційної діагностики при захворюваннях слинних залоз,
- етіологію та патогенез захворювань слинних залоз та їх вплив на органи та системи людського організму,
- клінічні прояви захворювань слинних залоз
- показання до застосування різних методів лікування захворювань слиноаденитів різного генезу, розробляти план та тактику лікування, встановлювати первинний (попередній) діагноз на основі аналізу одержаних результатів та визначати показання до стоматологічних втручань.

Література:

Основна:

1. Стоматологія : у 2 кн. : підручник. Кн. 2 / М.М. Рожко, І.І. Кириленко, О.Г. Денисенко та ін. ; за ред. М.М. Рожка. — 2-е вид. — К. : ВСВ «Медицина», 2018. — 992 с.
2. Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология : учебник : в 2 кн. Кн. 1 / А. А. Тимофеев. — К. : ВСИ «Медицина», 2020. — 992 с.
3. Operative Oral and Maxillofacial Surgery. Edited By John D. Langdon, Mohan F. Patel, Robert Ord, Peter A. Brennan. Copyright Year 2017

Додаткова

1. Стоматологія : підручник : у 2 кн. — Кн. 1. / М.М. Рожко, З.Б. Попович, В.Д. Куроедова та ін.; за ред. проф. М.М. Рожка. — К. : ВСВ «Медицина», 2013. — 872 с.
2. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery, 6e Hardcover – 19 April 2013 by James R. Hupp DMD MD JD MBA (Author), Myron R. Tucker DDS (Author), & 1 More
3. Clinical Review of Oral and Maxillofacial Surgery - E-Book. by Shahrokh C. Bagheri, BS, DMD, MD, FACS, FICD, Chris Jo, DMD
4. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицьова хірургія: підручник / [В.А. Маланчук, О.С. Воловар, І.Ю. Гарляускайте та ін.] - К. : ЛОГОС, 2011. - Т.2. 672 с.
5. Невідкладна діагностика та лікувальна тактика в ургентній хірургії: навчальний посібник для студ. мед. ВНЗ та лікарів-інтернів / за ред. В.Д. Шейко - Полтава, 2007. - 161 с.

Електронний ресурс:

1. Електронний ресурс [vestnik.okb1.mplek.ru], - 2016.
2. Електронний ресурс [www.umj.com.ua] – 2015.

Практичне заняття № 3.

Тема. СНЩС будова, функції, іннервація та кровопостачання. Класифікація, клініка, диференційна діагностика і лікування запальних і дистрофічних захворювань СНЩС. 6 годин.

Мета. Забезпечити підготовку висококваліфікованих фахівців в галузі стоматології, а саме в хірургічній стоматології, здатних розв'язувати комплексні проблеми діагностики та лікування пацієнтів, які потребують діагностики та лікування захворювань СНЩС.

Під час викладання дисципліни використовуються такі методи навчання: пояснення, мультимедійні презентації, фотозавдання, ситуаційне навчання, симуляційне навчання, усне опитування, тестування, виконання індивідуальних завдань, самостійна робота з підручником.

1. Актуальність теми

Запальні захворювання щелепно-лицьової області займають значне місце у хірургічній стоматології. Незважаючи на застосування антибіотиків, кількість гнійних захворювань та їх ускладнень постійно збільшується. Знання етіології, патогенезу та класифікації запальних захворювань щелепно-лицьової області є невід'ємною частиною щодо хірургічної стоматології.

Завдання теми:

- проводити обстеження хворого, вивчення провідних синдромів і симптомів в діагностиці та лікуванні захворювань СНЩС,
- обґрунтування та формулювання попереднього діагнозу;
- вміння аналізувати результати обстеження та проводити диференційну діагностику,
- ставити остаточний діагноз основних захворювань СНЩС,
- визначати принципи комплексного лікування та ускладнення при захворюваннях СНЩС.

Вивчення дисципліни передбачає попереднє засвоєння навчальних дисциплін з:

1. Нормальна анатомія
1. Нормальна фізіологія
2. Гістологія, ембріологія і цитологія
3. Патологічна анатомія
4. Патологічна фізіологія
5. Оперативна хірургія і топографічна анатомія
6. Мікробіологія, вірусологія та імунологія
7. Медична біологія
8. Загальна і клінічна фармакологія
9. Шпитальна хірургія і хірургія стомат-факультету
10. Пропедевтика внутрішніх хвороб.

Основні положення.

Слід підкреслити, що особливості будови СНЩС у різні вікові періоди багато в чому визначають наслідки захворювання при ушкодженнях та запальних захворюваннях суглоба.

Класифікація захворювань скронево-нижньощелепного суглоба у дітей та підлітків (Н.Н.Каспарова, 1981).

1. Первинно-кісткові ушкодження та захворювання суглоба.

1.1. Вроджена патологія СНЩС.

1.2. Запальні захворювання суглобових кінців кісток та їх результати.

- остеоартрит;
- вторинний деформуючий остеоартроз;
- неоартроз;
- кістковий анкілоз.

2. Функціонально-дистензійні захворювання скронево-нижньощелепного суглоба та їх результати у підлітковому віці.

2.1. Юнацька дисфункція СНЩС.

2.2. Запальні та запально-дегенеративні первинно-хрящові захворювання, що розвиваються внаслідок дисфункції суглобів.

- артрит (гострий, хронічний);
- деформуючий юнацький артроз.

Артрити СНЩС

Залежно від етіології захворювання артрити СНЩС поділяють на:

- інфекційні;
- неінфекційні (запальні, що розвиваються на тлі поліартропатій);
- травматичні.

За характером перебігу патологічного процесу у суглобі вони поділяються на гострі та хронічні.

Інфекційні артрити поділяються на гострий бактеріальний (септичний) та реактивний (асептичний). Гострий бактеріальний артрит може викликатись специфічною та неспецифічною інфекцією. Занесення інфекції в порожнина СНЩС може здійснюватися гематогенним шляхом або за продовженням

(Контактним шляхом). Пряме інфікування СНЩС може статися при пункції суглоба або при його відкритому травматичному пошкодженні (вогнепальна або невогнепальна рана). При вивченні клініки остеоартритів слід звернути увагу на конкретні причини, їх виникнення: поза- та внутрішньосуглобові переломи виросткового нижньої щелепи, гематогенний і одонтогенний

остеомієліт нижньої щелепи із залученням у процес її виросткового відростка, остеомієліт скроневої кістки та мастоїдит, гнійне запалення середнього вуха, флегмона привушно-жувальної області, гнійний паротит, фурункул зовнішнього слухового проходу та ін.

Артроз (синонім Остеоартроз) - це дистрофічне захворювання СНЩС, в основі якого лежить дегенерація суглобового хряща, що призводить до його витончення та розволокнення, оголення підлягає кістці та кістковим розростанням. Дистрофічні процеси в суглобі розвиваються внаслідок порушень рівноваги між навантаженням на СНЩС та фізіологічною витривалістю його тканин. У нормі навантаження, яке розвивають жувальні м'язи рівномірно розподіляється на два суглоби, всі зуби та періодонт. Тому навантаження суглобів немає. При втраті зубів, особливо молярів та премолярів, спостерігається різке підвищення навантаження на суглобові поверхні, а головка нижньої щелепи глибше просувається до суглобової ямки. Виникає навантаження СНЩС. Це частіше спостерігається в осіб похилого та старечого віку внаслідок вікової втрати зубів, неправильного зубного протезування чи відсутності зубних протезів, інволютивних змін тканин. Артрози зустрічаються у осіб з дефектами зубних рядів, при порушенні змикання зубів (патологічному прикусі), обмінних порушеннях та захворюваннях, що призводять до появи патологічного остеопорозу. Артроз може бути первинним (при втраті зубів тощо) та вторинним (вихід деяких захворювань або пошкоджень). Залежно від клінічної картини артроз розрізняють: склерозуючий (відбувається склероз кортикальних пластин суглобових кісткових поверхонь) і деформуючий (характеризується вираженими деструктивними та гіперпластичними змінами кісткових елементів суглоба). При артрозі, що деформує, можуть з'являтися патологічні кісткові нарости на поверхні кістки - екзофіти (остеофіти).

Лікування артриту залежить від форми його клінічного перебігу та причини, що викликали розвиток захворювання. При лікуванні артритів будь-якої етіології необхідно насамперед створити спокій у суглобі, обмеживши функцію нижньої щелепи. Хворому накладають підборіддя-тем'яну марлеву пов'язку або головну шапочку з еластичною тягою до підборіддя праці і одночасно гумову прокладку товщиною 5-10 мм між великими корінними зубами (для профілактики анкілозу). Хірургічне втручання (артротомія) показано за наявності гнійного ексудату у порожнині суглоба. Слід зробити зовнішній розріз по нижньому краю вилицьової дуги з подальшим дренажем гнійного вогнища.

У гострій чи загостреній стадії захворювання призначають антимікробні, протизапальні (індометацин, ортофен, напроксен, піроксикам та ін.), беззаспокійливі, антигістамінні (гіпосенсибілізуючі), седативні препарати. Показано фізіотерапевтичне лікування; зігрівальні компреси, УВЧ-терапія, флюктуоризація, електрофорез з анестетиками та інші процедури.

Тестування.

1. Якої форми суглобова головка виросткового нижньої щелепи?
 - круглий;
 - еліпсоїдний;----- +
 - Плоский;
 - кулястої;
2. Нижньощелепна (суглобова) ямка скроневої кістки відмежовується спереду:
 - Переднім краєм кам'янисто - барабанної щілини;
 - Суглобовий ямкою;
 - суглобовим горбком;.....+
 - Вилицьовим відростком.
3. Суглобовий горбок повністю оформляється у віці:
 - 1-2-х років;
 - 2-3-х років;
 - 4-6 років;
 - 6-7 років;.....+
 - 8-9 років;
4. Суглобова головка при русі нижньої щелепи ковзає по:
 - заднього схилу суглобового горбка;.....+
 - передньому скату суглобового горбка;
 - по зовнішній поверхні суглобового горбка;
 - по внутрішній поверхні суглобового горбка.
5. Який шар суглобової капсули виробляє синовіальну рідину?
 - Зовнішній;
 - Середній;
 - Внутрішній.....+
6. Передня частина суглобової капсули прикріплюється:
 - попереду горбка;.....+
 - позаду горбка;
 - на верхівці горбка.
7. Чи може гостре респіраторне захворювання спричинити розвиток артриту скронево-нижньощелепного суглоба?:
 - практично завжди;
 - може, але не у всіх випадках.....+
 - практично не може.
8. Алергічні захворювання чи можуть стати причиною виникнення артриту скронево-нижньощелепного суглоба?:
 - практично завжди;
 - можуть, але не у всіх випадках;.....+
 - практично не можуть.

Завдання 1.

Хворий, 34 років, скаржиться на обмежене відкривання рота, набряклість та біль у ділянці скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) зліва, які виникли 3 дні тому після перенесеного грипу.

При огляді відзначається набряклість м'яких тканин в області СНЩС ліворуч, пальпуються збільшені та хворобливі лимфатичні вузли. Відкриття рота болюче на 1,2 см. Пальпація СНЩС зліва через зовнішній слуховий перебіг також болісна. При рентгенологічному дослідженні СНЩС визначається розширення лівої суглобової щілини.

Запитання:

- 1) Про яке захворювання йдеться.
- 2) План лікування.

Завдання 2.

Хворий, 43 років, протягом 3-х місяців відзначає ниючий біль в області скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) праворуч, що посилюється під час руху нижньої щелепи, що з'явилася після проведеного 8 місяців тому протезування.

Запитання:

1) На що слід звернути увагу при обстеженні та тактиці лікування хворого.

Завдання 3.

У жінки скарги на тупий ниючий біль у ділянці лівого СНЩС, яка посилюється при вживанні твердої їжі. Хворіє протягом 1,5 років. Відкриття рота обмежене, при відкриванні щелепа зміщується в хвору сторону, хрускіт у СНЩС, виявлено вторинну часткову адентію. на рентгенограмі – склероз кортикальної платівки суглобової головки та звуження суглобової щілини. Встановіть остаточний діагноз?

Варіанти відповіді:

A. Артроз СНЩС.

B. Хронічний артрит СНЩС.

C. Анкілоз СНЩС.

D. Патологічний перелом лівого суглобового відростка нижньої щелепи.

E. Вивих нижньої щелепи.

Правильна відповідь :

C. Артроз СНЩС.

Алгоритм рішення:

При встановленні діагнозу слід звернути увагу на скарги (тупий ниючий біль, який посилюється при вживанні твердої їжі утруднений прийом їжі), дані об'єктивного обстеження (відкриття рота обмежене, при відкриванні щелепа зміщується в хвору бік, хрускіт у СНЩС, є вторинна часткова адентія встановити діагноз – артроз СНЩС.

Література:

Основна:

1. Стоматологія : у 2 кн. : підручник. Кн. 2 / М.М. Рожко, І.І. Кириленко, О.Г. Денисенко та ін. ; за ред. М.М. Рожка. — 2-е вид. — К. : ВСВ «Медицина», 2018. — 992 с.

2. Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология : учебник : в 2 кн. Кн. 1 / А. А. Тимофеев. – К. : ВСИ «Медицина», 2020. – 992 с.

3. Operative Oral and Maxillofacial Surgery. Edited By John D. Langdon, Mohan F. Patel, Robert Ord, Peter A. Brennan. Copyright Year 2017

Додаткова

1. Стоматологія : підручник : у 2 кн. — Кн. 1. / М.М. Рожко, З.Б. Попович, В.Д. Куроєдова та ін.; за ред. проф. М.М. Рожка. — К. : ВСВ «Медицина», 2013. — 872 с.

2. Рябоконт О.М. Скронево-нижньощелепний суглоб людини: внутрішньосуглобовий диск, суглобова капсула, святки/О.М. Рябоконт. - Харків: Червона Рута-Турс, 2004. - 108 с

Електронний ресурс:

1. Електронний ресурс [http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_stomatology/TMJankylosis], 2015 .

2. [http://bonesurgery.ru/view/ankilozy_visochnonizhnechelyustno__sustava/], 2013

Практичне заняття № 4.

Тема. Принципи комплексного обстеження хворих з синдром больової дисфункції СНЩС. Етіологія, патогенез, діагностика, диф. діагностика та лікування. 6 годин.

Мета. Забезпечити підготовку висококваліфікованих фахівців в галузі стоматології, а саме в хірургічній стоматології, здатних розв'язувати комплексні проблеми діагностики та

лікування пацієнтів, які потребують діагностики та лікування захворювань СНЩС. Під час викладання дисципліни використовуються такі методи навчання: пояснення, мультимедійні презентації, фотозавдання, ситуаційне навчання, симуляційне навчання, усне опитування, тестування, виконання індивідуальних завдань, самотійна робота з підручником.

1. Актуальність теми

Синдром дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба - один із самих важких та суперечливих діагнозів, з яким доводиться стикатися практикуючим лікарям-стоматологам. Різноманітність клінічних проявів дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба визначається поліетіологічності патологічних змін, що розвиваються в ньому, що ускладнює діагностику та лікування.

Завдання теми:

- проводити обстеження хворого, вивчення провідних синдромів і симптомів в діагностиці та лікуванні захворювань СНЩС,
- обґрунтування та формулювання попереднього діагнозу;
- вміння аналізувати результати обстеження та проводити диференційну діагностику,
- КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:
 - Дати визначення дисфункції СНЩС.
 - Аналізувати етіологію та патогенез дисфункцій СНЩС.
 - Запропонувати план обстеження хворого з дисфункцією СНЩС.
 - Класифікувати дисфункцію СНЩС.
 - Перелічити основні клінічні ознаки дисфункції СНЩС.
 - Проаналізувати дані додаткових методів обстеження хворих з дисфункціями СНЩС.

Практичні питання (завдання), які виконуються на заняття:

1. Вміти скласти план обстеження пацієнтів з дисфункціями СНЩС.
2. Вміти аналізувати рентгенограму, МРТ, комп'ютерну томограм дисфункції СНЩС.
3. Вміти провести диференціальну діагностику між анкілозом, дисфункцією та іншими захворюваннями СНЩС.
4. Вміти скласти план лікування пацієнтів дисфункціями СНЩС.
5. Вміти зняти больовий синдром при дисфункції СНЩС.

Дисфункцію скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) у медицині називають по-різному: міофасціальний синдром, хронічний підвивих нижньої щелепи, артрит, артроз СНЩС. Іноді її називають синдромом Костена на ім'я отоларинголога зі США, який першим досліджував порушення функції скронево-нижньощелепних суглобів на початку ХХ століття та виявив зв'язок із вушними болями. Це одна зі складних і болісних патологій, яку непросто як діагностувати, і лікувати. Часто причиною розвитку дисфункції СНЩ-суглобів стає стрес, а також неправильне стоматологічне лікування, точніше, помилки стоматологів-ортопедів, ортодонтів, терапевтів, хірургів: навіть лікування простого карієсу може призвести до дисфункції нижньощелепного суглоба, якщо стоматолог поставив підвищену пломбу, що порушило симетрію і призвело до односторонніх навантажень, а потім і до зміщення дисків, а з ним і до болю. Причинами цієї хвороби можуть стати травма суглобів, стирання зубів при бруксизмі, надмірні навантаження при заняття спортом.

Лікувати дисфункцію СНЩС обов'язково – при зміщенні диска суглобові поверхні піддаються перебудові (артроз), у порожнині суглоба розростається груба сполучна тканина, що призводить до знешкодження суглоба – анкілозу.

Профілактика - це своєчасне та якісне лікування та

протезування зубів, виправлення прикусу, своєчасне звернення за допомогою до лікаря після травми. Больова дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба. У практичній роботі лікаря-стоматолога, лікаря-невролога досить часто доводиться стикатися з соматоневрологічної симптоматикою. Однією з таких проблем є дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС).

Завдання №1

Пацієнтка М., 42 років, скаржиться на біль правої половини голови, обмеження рухів нижньої щелепи, клацання, періодичний спазм жувальної мускулатури. Об'єктивно: обличчя симетричне, відкривання рота обмежено. При пальпації у правому скронево-нижньощелепному суглобі відзначаються крепітація та хрускіт при рухах нижньої щелепи. При огляді порожнини рота виявлено дефект зубного ряду праворуч II класу по Кеннеді. Який діагноз Ви встановите?

Варіанти відповіді :

- A. Больова дисфункція правого скронево-нижньощелепного суглоба.
- B. Гострий артрит.
- C. Склерозуючий остеоартроз правого скронево-нижньощелепного суглоба.
- D. Контрактура правого скронево-нижньощелепного суглоба.
- E. Осіфікуючий міозит.

Правильну відповідь :

- A. Больова дисфункція правого скронево-нижньощелепного суглоба.

Завдання №2.

Пацієнтка 36-ти років скаржиться на різкий біль, "клацання" у правому СНЩС, печіння у сфері правого зовнішнього слухового проходу. Руху нижньої щелепи ступінчасті, з короткочасними блокуючими моментами суглобі та гострим болем. Об'єктивно: особа симетричний. Прикус ортогнатичний, при внутрішньоротовій пальпації латеральних крилоподібних м'язів відчувається біль із правого боку. На томограм контури кісткових структур суглобових поверхонь рівні, гладкі. Який найімовірніший діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Гострий посттравматичний артрит СНЩС.
- B. Ревматичний артрит СНЩС.
- C. деформуючий артроз СНЩС.
- D. Анкілоз СНЩС.
- E. Дисфункція СНЩС.

Правильну відповідь :

- E. Дисфункція СНЩС.

Завдання №3

Пацієнтка, 55 років, скаржиться на болі та тріск у лівому скронево-нижньощелепному суглобі. Об'єктивно: обличчя симетричне, пальпація латеральних крилоподібних м'язів болюча зліва. Відкриття рота обмежено. На томограмах кісткові контури суглобових поверхонь гладкі. Якому із зазначених захворювань відповідає даний клінічний статус?

Варіанти відповіді:

- A. Ревматичний артрит.
- B. Деформуючий артроз.
- C. Дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба.
- D. Гострий посттравматичний артрит.
- E. Анкілоз суглоба.

Правильну відповідь :

- B. Дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба

Тестування.

1. Больовий синдром дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба є клінічною ознакою:

- хронічного артриту на тлі звичного вивиху.....+
- врожденної аплазії виросткового відростка
- кісткового анкілозу скронево-нижньощелепного суглоба
- вторинного деформуючого остеоартрозу.

2. За якого прикусу найбільша висота суглобового горбка?

- косом
- прогнатичному
- глибокому
- ортогнатичному.....+

3. Зміщення нижньої щелепи праворуч при відкритті рота є клінічною ознакою:

- звичного вивиху скронево-нижньощелепного суглоба праворуч
- кісткового анкілозу скронево-нижньощелепного суглоба зліва
- кісткового анкілозу скронево-нижньощелепного суглоба праворуч
- звичного вивиху скронево-нижньощелепного суглоба зліва.....+

4.Симптом «клацання» при відкриванні рота характерний для

- звичного вивиху суглобової головки.....+
- хронічного артриту скронево-нижньощелепного суглоба
- гострого артриту скронево-нижньощелепного суглоба
- анкілоза скронево-нижньощелепного суглоба

5.При лікуванні функціональних захворювань скронево-нижньощелепного суглоба призначається:

- ЛФК
- працевидна пов'язка.....+
- механотерапія
- широке відкривання рота

6. У літньому віці висота суглобового горбка:

- залишається без змін
- трохи збільшується
- зменшується.....+
- збільшується сильно

7. Рентгенологічним укладанням для діагностики скронево-нижньощелепного суглоба є укладання по:

- Вайсблату
- Тігершtedту
- Шулеру.....+
- Вайсбрему

8.Симптом «клацання», девіація щелепи при відкритті рота у бік, протилежний ураженому суглобу, є характерними клінічними ознаками.

- гострого артриту
- звичного вивиху скронево-нижньощелепного суглоба.....+
- вторинного деформуючого остеоартрозу
- кісткового анкілозу скронево-нижньощелепного суглоба

9.Нижньощелепна (суглобова) ямка скроневої кістки відмежовується ззаду:

- переднім краєм кам'яно-барабанної щілини.....+
- суглобовою ямкою
- суглобовим горбком
- виличним відростком

Література

Основна:

1. Стоматологія : у 2 кн. : підручник. Кн. 2 / М.М. Рожко, І.І. Кириленко, О.Г. Денисенко та ін. ; за ред. М.М. Рожка. — 2-е вид. — К. : ВСВ «Медицина», 2018. — 992 с.
2. Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология : учебник : в 2 кн. Кн. 1 / А. А. Тимофеев. — К. : ВСИ «Медицина», 2020. — 992 с.
3. Operative Oral and Maxillofacial Surgery. Edited By John D. Langdon, Mohan F. Patel, Robert Ord, Peter A. Brennan. Copyright Year 2017

Додаткова

1. Стоматологія : підручник : У 2 кн. — Кн. 1. / М.М. Рожко, З.Б. Попович, В.Д. Куроедова та ін.; за ред. проф. М.М. Рожка. — К. : ВСВ «Медицина», 2013. — 872 с.
2. Рябоконт Е.Н. Височно-нижньочелюстной сустав человека: внутрисуставной диск, суставная капсула, связки / Е.Н. Рябоконт. — Харьков : Червона Рута-Турс, 2004. — 108с

Електронний ресурс:

1. Електронний ресурс [vestnik.okb1.mplek.ru], - 2016.
2. Електронний ресурс [www.umj.com.ua] – 2015.

Практичне заняття № 5.

Тема. Принципи комплексного обстеження хворих з контрактурою нижньої щелепи. Основи диф. діагностики, хірургічні методи лікування анкілозів і контрактур нижньої щелепи. Етіологія, патогенез, діагностика, лікування.
6 годин.

Мета. Забезпечити підготовку висококваліфікованих фахівців в галузі стоматології, а саме в хірургічній стоматології, здатних розв'язувати комплексні проблеми діагностики та лікування пацієнтів, які потребують діагностики та лікування захворювань СНЩС. Під час викладання дисципліни використовуються такі методи навчання: пояснення, мультимедійні презентації, фотозавдання, ситуаційне навчання, симуляційне навчання, усне опитування, тестування, виконання індивідуальних завдань, самостійна робота з підручником.

1. Актуальність теми

Анкілоз скронево-нижньощелепного суглоба є важким інвалідним захворюванням, що призводить до комплексу функціональних та косметичних порушень. Це пояснює необхідність раннього виявлення та усунення анкілозу СНЩС. Крім того, анкілози всі ще відносяться до захворювань із високим ризиком рецидивування. Все це призводить до того, що суперечки про тактику лікування, терміни та етапності оперативних втручань не вщухають досі, а невелика кількість хворих не дозволяє зробити однозначних висновків та розробити стандарти лікування цієї важкої групи хворих.

Завдання теми:

- проводити обстеження хворого, вивчення провідних синдромів і симптомів в діагностиці та лікуванні захворювань СНЩС,
- обґрунтування та формулювання попереднього діагнозу;
- вміння аналізувати результати обстеження та проводити диференційну діагностику,

- **КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:**

- Дати визначення анкілозів СНЩС.
- Аналізувати етіологію та патогенез анкілозів СНЩС.
- Запропонувати план обстеження хворого з анкілозами СНЩС.
- Класифікувати анкілоз СНЩС.
- Перелічити основні клінічні ознаки анкілозу СНЩС.
- Проаналізувати дані додаткових методів обстеження хворих з анкілозами СНЩС.

Практичні питання (завдання), які виконуються на заняття:

1. Вміти скласти план обстеження пацієнтів з анкілозами СНЩС.
2. Вміти аналізувати рентгенограму, МРТ, комп'ютерну томограму при анкілозі СНЩС.
3. Вміти провести диференціальну діагностику між анкілозом, дисфункцією та іншими захворюваннями СНЩС.
4. Вміти скласти план лікування пацієнтів з анкілозами СНЩС.
5. Знати методики оперативного лікування кісткового анкілозу СНЩС.
6. Знати методики оперативного лікування фіброзного анкілозу СНЩС.
7. Знати методики артропластики СНЩС.

Анкілоз скронево-нижньощелепного суглоба – фіброзне або кісткове зрощення суглобових поверхонь, що зумовлює часткове або повне зникнення суглобової щілини.

За наявності у хворого поряд із внутрішньосуглобовими (анкілозуючими) спайками ще й кісткових утворень позасуглобових (контрактурних) слід говорити про поєднання анкілозу скронево-нижньощелепного суглоба з контрактурою нижньої щелепи. Такий діагноз потребує і відповідного хірургічного втручання.

Причиною внутрішньосуглобових зрощень можуть бути інфекційні остеоартрити та травми, у тому числі родові; у поодиноких випадках відзначається тугорухливість у суглобі, що виникає ще до народження дитини. Прийнято ділити анкілози на придбані та вроджені, запальні та травматичні.

Обов'язковими рентгенографічними ознаками у хворих із кістковим анкілозом є повна або часткова відсутність суглобової щілини, переходу структури однієї кістки в іншу та відсутність зображення контурів тих відділів кісток, що утворюють зчленування.

Діагноз анкілозу повинен ґрунтуватися на даних анамнезу (з'ясування етіологічного фактора та динаміки захворювання), клінічного та рентгенографічного обстеження, а саме:

- Стійке повне або часткове обмеження рухів у скронево-нижньощелепному суглобі;
- Деформація виросткового відростка;
- Зміна розмірів та форми нижньої щелепи на ураженому боці;
- Наявність рентгенографічних ознак анкілозу.

Лікування таких хворих комплексне. Оперативне втручання має бути спрямоване на відновлення рухливості в суглобі та усунення супутньої деформації анкілозу. Мета консервативного лікування у ортопеда – відновлення прикусу. При хірургічному лікуванні анкілозів слід не тільки домогтися рухливості щелепи шляхом створення хибного суглоба, але й одночасно з цим усунути супутні анкілозу деформацію щелепи та порушення прикусу.

Тестування:

1.Контрактура – це

- відсутність руху у суглобі
- біль, що періодично з'являється, і обмеження руху в суглобі
- стійке обмеження руху у суглобі.....+

- суглобовий шум

2. УВЧ- або НВЧ-терапія при захворюваннях скронево-нижньощелепного суглоба застосовуються з метою:

- протизапальних, стимуляції обміну речовин та функції суглоба.....+
- стимуляції імунобіологічних процесів в організмі
- профілактики утворення сполучної тканини та венозного застою
- зниження емоційної збудливості та болезаспокійливості

3. Диференціальну діагностику остеоартрозу необхідно проводити з:

- повним переднім вивихом скронево-нижньощелепного суглоба
- хронічним артритом.....+

- внутрішньосуглобовий перелом головки нижньої щелепи

- гострим сіалоаденітом привушної слинної залози

4. Внутрішньосуглобовий анкілоз СНЩС буває:

- лише фіброзним;
- лише кістковим;
- фіброзним та кістковим.....+

5. Позасуставний анкілоз СНЩС буває:

- лише фіброзним;
- тільки кістковим;.....+
- фіброзним та кістковим.

6. Неврогенна контрактура – це захворювання:

- обумовлене змінами у капсулі суглоба або його зв'язках;
- що виникає при хворобливості руху у суглобі;
- внаслідок змін у м'язах або після знерухомлення нижньої щелепи (при переломах);

- при порушенні нервової регуляції;.....+

- обумовлене грубими змінами у тканинах, що оточують суглоб.

7. Рубцова контрактура - це захворювання:

- обумовлене змінами у капсулі суглоба або його зв'язках;
- що виникає при хворобливості руху у суглобі;
- внаслідок змін у м'язах або після знерухомлення нижньої щелепи (при переломах);
- при порушенні нервового регулювання;
- обумовлене грубими змінами у тканинах, що оточують суглоб.....+

8. Для чого накладається гумова прокладка при створенні спокою у скронево-нижньощелепному суглобі у хворих з артритами?

- для профілактики вивиху;
- для профілактики підвивиху;
- для профілактики контрактури;
- для профілактики анкілозу;.....+
- для зменшення болю та набряку.

9. Як виглядає здорова сторона при огляді дитини з одностороннім вторинним деформуючим артрозом?:

- запалою та сплющеною;.....+
- має округлі контури;
- має пухлиноподібні розростання.

10. Після якого захворювання обидві половини нижньої щелепи відстають у рості, а підборіддя зміщується взад і виникає профіль обличчя, званий "пташина особа"?:

- двосторонній артрит;
- двосторонній вторинний артроз, що деформує;.....+
- односторонній артрит;
- односторонній вторинний артроз, що деформує.

Завдання №1

У пацієнтки рентгенологічно виявлено сплющення та гостру форму головки правого скронево-нижньощелепного суглоба, утворення екзофітів у галузі шийки суглобового відростка та вирізки гілки нижньої щелепи. З анамнезу відомо про поступове порушення рухів нижньої щелепи. Яке захворювання на суглоб має пацієнтка?

Варіанти відповіді:

- A. Деформуючий артроз.
- B. Хронічний артрит.
- C. Кістковий анкілоз.
- D. Фіброзний анкілоз.
- E. Гострий артрит.

Правильну відповідь :

- Фіброзний анкілоз.

Завдання №2.

Пацієнтка скаржиться на обмежене відкриття рота. З анамнезу встановлено наявність внутрішньосуглобових розладів у лівому СНЩС. Рентгенологічне дослідження: субхондральний склероз суглобових поверхонь, рівномірне звуження суглобової щілини, обмеження екскурсії виросткового відростка лівого СНЩС. Який діагноз найімовірніший?

Варіанти відповіді:

- A. Деформуючий артроз лівого СНЩС.
- B. Артроз лівого СНЩС.
- C. Гострий гнійний лівосторонній артрит СНЩС.
- D. Анкілоз лівого СНЩС.
- E. Гострий серозний лівосторонній артрит СНЩС.

Правильна відповідь :

C. Анкілоз лівого СНЩС.

Завдання №3.

Пацієнт, 65 років, пред'являє скарги на хрускіт, плескання в обох СНЩС, біль під час зміщення нижньої щелепи вправо, шум у вухах, сухість у роту, глоссалгію. 6 місяців користується повним знімним протезом на нижню щелепу. Ревматичні захворювання пацієнт заперечує. Об'єктивно: нижня третина особи вкорочена, підборідна складка різко виражена, кути рота опущені, заїди, тріщини. Пальпаторно: хрускіт при русі в СНЩС. Який найімовірніший діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Вивих СНЩС.
- B. Артроз-артрит СНЩС.
- C. Синдром Костена.
- D. Артроз СНЩС.
- E. Артрит СНЩС.

Правильну відповідь :

D. Синдром Костена.

Завдання №4.

Пацієнтка, 54 років, звернулася зі скаргами на біль в області СНЩС з обох сторін. Початок захворювання пов'язує з появою у СНЩС клацання, якому не надала значення. Через рік в області СНЩС з'явився біль, яка спочатку була незначною у стані спокою та посилювалася при рухах нижньої щелепи, особливо при вживанні твердої їжі. З перенесених захворювань зазначає, холецистит, коліт, кістозну мастопатію. Під час огляду виявлено скорочення нижнього відділу особи. Відкриття рота вільне, але з поперемінними переміщеннями

нижньої щелепи у різні боки. Пальпація в області СНЩС болісна і супроводжується хрускотом. У порожнині рота - відсутні 4.7, 4.6 та 3.6, 3.7, співвідношення щелеп ортогнатичне, глибоке різцеве перекриття. При рентгенологічному дослідженні СНЩС визначається ущільнення кортикальних замикаючих пластинок, склерозування кісткової

тканини у передньо-верхніх відділах суглобових головок нижньої щелепи. Суглобові щілини звужені в задніх відділах СНЩС.

1. Обґрунтуйте діагноз.

2. Запропонуйте можливі варіанти лікування.

Алгоритм рішення:

1. Першопричиною розвитку склерозуючого артрозу СНЩС є відсутність тривалий час нижніх молярів нижньої щелепи. Внаслідок тривалих перевантажень, які припадають на поверхні суглоба, що з'єднуються, виникає ущільнення кортикальних платівок суглобових головок нижньої щелепи. Супутньою патологією є ще й звичний вивих нижньої щелепи.

2. Така поєднана патологія вимагає не тільки розвантаження СНЩС накладенням протеза, якою заміщає відсутні зуби, а й нормалізації висоти прикусу, лікування звичного вивиху.

Література

Основна:

1. Стоматологія : у 2 кн. : підручник. Кн. 2 / М.М. Рожко, І.І. Кириленко, О.Г. Денисенко та ін. ; за ред. М.М. Рожка. — 2-е вид. — К. : ВСВ «Медицина», 2018. — 992 с.

2. Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология : учебник : в 2 кн. Кн. 1 / А. А. Тимофеев. — К. : ВСИ «Медицина», 2020. — 992 с.

Додаткова

1. Стоматологія : підручник : У 2 кн. — Кн. 1. / М.М. Рожко, З.Б. Попович, В.Д. Курасова та ін.; за ред. проф. М.М. Рожка. — К. : ВСВ «Медицина», 2013. — 872 с.

2. Рябоконт Е.Н. Височно-нижнечелюстной сустав человека: внутрисуставной диск, суставная капсула, связки / Е.Н. Рябоконт. Харьков : Червона Рута-Турс, 2004. — 108 с.

3. Костюк Т.М. Електроміографічне дослідження роботи жувальних м'язів при дисфункціональних розладах скронево-нижньощелепного суглоба / Т.М. Костюк // Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник Української медичної стоматологічної академії. — 2018. — Т.18. - Вип. 3(63). - С. 212 - 219.

Електронний ресурс:

1. Електронний ресурс [vestnik.okb1.mplek.ru], - 2016.

2. Електронний ресурс [www.umj.com.ua] – 2015.

Додаткова.

1. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології. — К.: Спалах, 2003. — 512 с.

Електронні ресурси:

1. Електронний ресурс

[http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_stomatology/TMJankylosis], 2015 .

2. Електронний ресурс

[http://bonesurgery.ru/view/ankilozy_visochnonizhnechelyustnogo_sustava/], 2013

3. Електронний ресурс

[http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/stomat_ter_dit/classes_stud/ru], 2014 .