

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет стоматологічний
Кафедра хірургічної стоматології



ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

« 09 » 20 25 р.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ
З ВИБІРКОВОЇ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Факультет стоматологічний, курс 5

Навчальна дисципліна

«Біопсійна діагностика онкологічних процесів ротової порожнини»

Затверджено: засіданням кафедри хірургічної стоматології

Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від « 29 » 08 2025.

Завідувач кафедри

Анатолій ГУЛЮК

Розробники:

Завідувач кафедри, доктор мед.наук, професор Гулюк А.Г.

Доцент кафедри канд.мед. Лунгу В.І.

Асистент кафедри Лунгу К.В.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 1

Тема: « Етіологія, патогенез злоякісних новоутворень ротової порожнини. Поняття про пухлини. Класифікація пухлин щелепно-лицевої ділянки»

Метою вивчення вибіркової дисципліни є глибоке оволодіння дисципліною для здобуття та поглибленні знань, умінь, навичок, для розв'язання комплексу завдань з цієї дисципліни.

Основні поняття: Всі новоутворення поділяються на справжні пухлини, пухлиноподібні поражения і кісти. За даними міжнародної гістологічної класифікації пухлини (МРКП-10) терміни “пухлина” і “новотвір” використовується для позначення аномальної маси тканин з надлишковим розростанням, яке не координоване з ростом нормальної тканини і триває після усунення дії причин, що викликали дане явище. Клітинна проліферація, неопластична природа яких сумнівна, визначається як пухлиноподібне розростання, процес або ураження, тобто ці пухлини збільшуються не за рахунок розмноження власних клітин, а за рахунок міграції і ексудації сполучнотканинних клітинних елементів. Відправним пунктом в діагностиці пухлин можуть служити стать і вік хворого. Відомо, що передракові стани, як правило, зустрічаються в осіб старше 50-ти років, причому у чоловіків частіше, ніж у жінок. Тільки деякі пухлиноподібні утвори слизових залоз (сіалоз, доброякісні лімфоепітеліальні ураження) частіше розвиваються у жінок. У новонароджених переважають судинні пухлини.

Згідно міжнародній гістологічній класифікації всі пухлини поділяють за локалізацією, за гістогенезом, за особливостями клінічної картини і біологічної поведінки. Згідно останньому принципу всі пухлини поділяють на *доброякісні та злоякісні*.

За локалізацією: пухлини порожнини рота і ротоглотки, пухлини порожнини рота і біляносових пазух, пухлини слинних залоз, пухлини та кісти щелеп, пухлини шкіри.

За гістогенезом: епітеліальні пухлини, пухлини сполучної тканини, пухлини кісткової та хрящевої тканини, пухлини лімфоїдної та кровотвірної тканини, вторинні пухлини (метастази), пухлини нез'ясованого генезу, пухлиноподібні стани.

Обладнання: Муляжі, хірургічний інструментарій, мультимедійний проектор. череп, схеми.

План:

1.Організаційні заходи.

2.Контроль опорного рівня знань.

3.Питання для перевірки базових знань.

Класифікація пухлин щелепно-лицевої ділянки та ший.

Етіологія та патогенез пухлинних захворювань.

Міжнародна гістологічна класифікація пухлин ВООЗ.

Теорії канцерогенеза, роль імунної системи, екзогенних факторів розвитку злоякісних пухлин.

Назвати основні частини і топографію верхньої щелепи.

Назвіть клінічну анатомію нижньої щелепи.

4.Обговорення теоретичних питань

1. Роль і задачі лікаря-стоматолога в системі надання спеціалізованої допомоги хворим з пухлинами щелепно-лицевої ділянки.

2. Значення ранньої діагностики.

3. Онкологічна обачність як система знань та принципів організації онкологічної служби в Україні.

5. Формування професійних умінь, навичок

1. Навчити методиці збору скарг, анамнеза хворого.
2. Навчити методиці об'єктивного обстеження стоматологічного хворого.
3. Розглянути, познайомитись зі спеціальними методами обстеження онкологічного хворого.

Матеріали для контролю

1. Хвора П., 44 роки, звернулася зі скаргами на припухлість обличчя та рухомість зубів. Об'єктивно: м'які тканини не змінені, регіонарні лімфатичні вузли не пальпуються. Альвеолярний відросток та тіло нижньої щелепи в ділянці 46, 47, 48 зубів потовщені, при пальпації не болючі, горбисті, зуби в ділянці потовщення рухомі. При пункції було отримано рідину бурого кольору без кристалів холестерину. Встановіть попередній діагноз:

- А. Одонтома
- Б. Адамантінома
- В. Остеома
- Г. Фолікулярна кіста
- Д. Остеобластокластома

2. У хворой К., 39 р., 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?

- А. Цистотомія
- Б. Екскохліація пухлини разом з оболонкою
- В. Резекція нижньої щелепи з одномоментною пластикою
- Г. Цистектомія
- Д. Вишкрібання пухлини в межах здорових тканин

3. Хвора Н., 35 р., лікувалась з приводу гострого гнійного пульпіту 34 зуба. При контрольній рентгенографії в ділянці відсутнього 35 зуба було виставлено гомогенну тінь неправильної форми з чіткими межами, яка за своєю щільністю наближалася до тканин зуба. По периферії утвір оточений зоною просвітлення. Було встановлено діагноз: "тверда одонтома тіла нижньої щелепи зліва". Визначте метод лікування:

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

4. Хворий С., 42 р., звернувся зі скаргами на наявність припухлості обличчя. При обстеженні в ділянці тіла нижньої щелепи відмічається гладке випинання щільної консистенції, не болюче, з чіткими межами, яке не зміщується при пальпації. Слизова оболонка над новоутвором не змінена в кольорі, рухома. Рентгенологічно визначається вогнище гомогенного затемнення округлої форми з відносно чіткими межами, утворення не зв'язане з зубами. Встановіть попередній діагноз:

- А. Остеома
- Б. Одонтома
- В. Хондрома
- Г. Калькульозний субмаксиліт
- Д. Остеобластокластома

Список рекомендованої літератури:

Основна:

1. Лекції кафедри хірургічної стоматології (проф. Гулюк А.Г.)
2. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї. - К., 2008. 320 с. (навч. посібник).
3. Маланчук В.О. Основи стоматології. – К.: Медицина, 2009. – 592 с. (підручник для студентів медичних факультетів).
4. Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология : учебник : в 2 кн. Кн. 1 / А. А. Тимофеев. – К. : ВСИ «Медицина», 2020. – 992 с.
5. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія дитячого віку =Pediatric Oral and Maxillofacial Surgery : підручник / Л.В. Харьков,Л.М. Яковенко, Н.В. Кисельова ; за ред. Л.В. Харькова. — 2-е вид. — К. :ВСВ «Медицина», 2020. — 104 с.
- 6.Стоматологія: підручник: у 2 кн. – М.М.Рожко, З.Б.Попович, В.Д.Куроедова та ін.. за ред.проф.М.М.Рожка. – К.: ВСВ «Медицина», 2013., - 872 с.
7. Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология в 2-х томах.\Тимофеев А.А. – Киев, ВСИ, «Медицина» 2020.- 992 с.

Додаткова

1. Odell's Clinical Problem Solving in Dentistry / A. Banerjee, S. Thavaraj; Elsevir Limited, fourth edition, 2020.-448 p.
2. A Dictionary of Dentistry / R. Ireland. Oxford University Press, 2010. - 416 p.
3. Advanced Operative Dentistry: A Practical Approach / D. Ricketts, D. Barlett.- Churchill Livigstone Elsevir, 2011. -276 p.

Практичне заняття № 2

Тема «Обстеження стоматологічних хворих з метою діагностики пухлин. Сучасні методи лабораторної діагностики»

Мета: Розглянути, познайомитись зі спеціальними методами обстеження онкологічного хворого.

План заняття:

1.Організаційні заходи.

2.Контроль опорного рівня знань.

Обладнання: Муляжі, хірургічний інструментарій, мультимедійний проектор

3.Питання для перевірки базових знань.

Завдання для опрацювання теоретичного матеріалу:

На заняттях необхідно переконливо довести до студентів, що тема є актуальною.

Від правильно складеного плану обстеження хворого залежить точність встановлення діагнозу, подальший вибір лікування.

Володіння всіма методами обстеження хворого, знання загальних ознак хвороби та вміння проводити диференційну діагностику дозволять уникнути помилки при встановленні діагнозу

4. План практичного заняття: ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ З ПУХЛИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Пухлинні захворювання є наслідком хвороби цілого організму. Діагностика їх ґрунтується на принципах клінічної медицини. Ціль обстеження пацієнта - постановка правильного діагнозу й призначення відповідного лікування. Обстеження хворих з пухлинною патологією включає наступні основні етапи:

- скарги й анамнез;

- клінічне об'єктивне обстеження;

- лабораторні методи діагностики;
- додаткові методи діагностики.

Необхідно встановити контакт із хворим, визначити його нервово-психічний статус, на цій підставі проаналізувати скарги, хід розвитку хвороби. Своїми питаннями лікар повинен допомогти хворому послідовно викласти історію захворювання. Обстеження проводять за всіма правилами деонтології. Пацієнти можуть пред'являти скарги, пов'язані з процесом у щелепно-лицьовій області, але відносно супутніх захворювань. Ретельне і цілеспрямоване опитування хворого дозволяє лікарю виділити основні й другорядні скарги, професійно їх оцінити. Найбільш характерні скарги на біль, що характеризуються:

- поширеністю (локалізований, постійний, іррадіюючий);
- причиною виникнення — пов'язаний з жуванням, або що проявляється після впливу подразників (при ковтанні, розмові; пов'язана з прийманням їжі; дотиком до ураженої ділянки тканин, щелеп);
- інтенсивністю (сильний, помірний або слабкий);
- гостротою (гострий або тупий);
- характером (пекучий, що ріже, рве, що свердлить, ломить, пульсує);
- тимчасовими особливостями (з'являється удень, уночі, незалежно від часу доби, носить сезонний характер);

Усі перераховані характеристики можуть бути достатніми для кваліфікованого лікаря, вони дають можливість уже на першому етапі опитування зробити діагностичне припущення. Також хворі можуть пред'являти скарги на:

- порушення симетрії обличчя — асиметрію (припухлість, інфільтрація); при швидкому збільшенні обсягу тканин лікар повинен пам'ятати про можливість розвитку доброякісного або злоякісного новоутвору;
- дефект або деформацію твердих або м'яких тканин щелепно-лицьової області, функціональні й естетичні порушення (вроджені або надбані); у випадку надбаного дефекту важливо встановити його причину;
- утруднене відкривання рота, порушення ковтання;
- порушення функції слиновиділення.

Методи взяття матеріалу для цитологічного дослідження:

- мазки-відбитки, одержувані шляхом безпосереднього контакту предметного скла з поверхнею пухлини (застосовується при виразкових формах новоутворів);
- ексфолюативний метод — обережно видаляють дрібні лусочки, скоринки з поверхні шкіри обличчя, червоної облямівки губ, слизової оболонки порожнини рота (вилучений матеріал розміщують на предметному склі);

- аспіраційний метод — одержання матеріалу з пухлини, недоступної для огляду (верхньощелеповий синус, регіонарні лімфовузли); виконується за допомогою звичайного шприца з добре підігнаним поршнем і голки діаметром близько 1,5мм; для пункції гайморової порожнини використовується голка Куліковського; рідина або обривки тканин зі шприца розміщують на предметному склі.

5.Формування професійних вмінь, навичок

Біопсія — метод одержання тканини живого організму для морфологічного дослідження з діагностичною метою. Існує кілька способів діагностичних біопсій, що використовуються у стоматології:

- інцизійна біопсія — висікається тільки частина новоутворення (при цьому розміри фрагмента, що висікається, мають бути не менше 1,0x1,0 см, інакше виникають труднощі в трактуванні морфологічної картини для патологоанатома);
- ексцизійна біопсія — висікається вся пухлина. Цей вид біопсії застосовується при невеликих новоутвореннях;
- трепанобіопсія, з висвердлюванням частини кісткових і хрящових об'єктів;
- пункційна біопсія — виконується спеціальними голками (наприклад, голка Пятницького), що дозволяють отримати стовпчик тканини. Застосовується при глибоко розташованих новоутвореннях. Цей вид біопсії можна використовувати для морфологічного дослідження збільшених лімфатичних вузлів.

Правила виконання біопсії:

- біопсія повинна виконуватися в умовах операційної або перев'язної з дотриманням усіх правил асептики й антисептики;
- необхідно гарне освітлення операційного поля, щоб можна було встановити межі новоутвору та здорових тканин;
- необхідно вибрати метод знеболювання (місцева анестезія або наркоз);
- біопсія повинна виконуватися гострим інструментом, тому що пухлинна тканина повинна бути розсічена, а не розім'ята;
- висічений фрагмент пухлини повинен бути акуратно вилучений з рани (щоб уникнути її фрагментування й забруднення рани пухлинними клітинами);
- основне правило біопсії: пухлинна тканина повинна висікатися не в центрі новоутвору, а з периферії; при цьому разом з пухлинною обов'язкове висічення й частини інтактної тканини (якщо новоутвір доброякісний, тоді в препараті чітко буде видна його капсула; якщо злоякісне, то визначаються ознаки інфільтруючого росту, також у центрі злоякісної пухлини — явища розпаду);
- по закінченню операції рана повинна бути зашита, якщо це неможливо, тоді зупинити кровотечу шляхом діатермокоагуляції.

Тестові завдання для самоконтролю на практичному занятті:

1. При видаленні меланому використовують:

- а) місцеве знеболення,
- в) загальний наркоз,
- с) враховують бажання хворого.

2. При пізніх стадіях рака показано:

- а) оперативне втручання,
- б) хіміотерапія,
- с) променева терапія,
- д) симптоматична терапія ,
- е) паліативна променева терапія.

3. Канцерогенними факторами є :

- а) стресс,

- в) істерія,
- с) паління,
- д) ожиріння,
- е) всі перераховані.

4. Базаліома уражує:

- а) кісткову тканину,
- в) шкіру,
- с) слизову оболонку,
- д) лимфовузли,
- е) всі перераховані шари.

5. У залежності від етіологічного фактору клінічних проявів передраки :

- а) подібні між собою,
- в) не подібні,
- с) різко відрізняються по клінічній симптоматиці.

Задачі.

1. Хворий А., 57р., звернувся зі скаргами на білу пляму під язиком, що вперше помітив 3 місяця тому назад, яка заважає приймати їжу. Зі слів: багато палить протягом 30 років. В ділянці ураження відмічає сухість, особливо вранці. При огляді слизова оболонка порожнини рота без ознак запалення, однак дно порожнини рота вкрито білою плівкою з чіткими кордонами, що не знімається при скоблінні. З протоків підщелепних слинних залоз виділяється слина прозора, в достатній кількості. Регіонарні лімфовузли не пальпуються, не болючі

Встановіть попередній діагноз. Складіть план взяття біопсійного матеріалу

2. На протязі 6 місяців у хворого періодично утворюється тріщина на нижній губі. Хворий багато палить, споживає гарячу їжу. Під час огляду виявлено на червоній облямівці нижньої губи тріщину, вкриту жовтою скоринкою, безболісною на дотик, але легко кровоточивою. Інфільтрація відсутня.

Які методи біопсії потрібно використовувати для уточнення діагноза? Що повинен зробити лікар?

Список рекомендованої літератури:

Основна:

Основна:

1. Лекції кафедри хірургічної стоматології (проф. Гулюк А.Г.)
2. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї. - К., 2008. 320 с. (навч. посібник).
3. Маланчук В.О. Основи стоматології. – К.: Медицина, 2009. – 592 с. (підручник для студентів медичних факультетів).
4. Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология : учебник : в 2 кн. Кн. 1 / А. А. Тимофеев. – К. : ВСИ «Медицина», 2020. – 992 с.
5. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія дитячого віку =Pediatric Oral and Maxillofacial Surgery : підручник / Л.В. Харьков,Л.М. Яковенко, Н.В. Кисельова ; за ред. Л.В. Харькова. — 2-е вид. — К. :ВСВ «Медицина», 2020. — 104 с.
6. Стоматологія: підручник: у 2 кн. – М.М.Рожко, З.Б.Попович, В.Д.Куроєдова та ін.. за ред. проф.М.М.Рожка. – К.: ВСВ «Медицина», 2013., - 872 с.
7. Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология в 2-х томах.\Тимофеев А.А. – Киев, ВСИ, «Медицина» 2020.- 992 с.

Додаткова

1. Odell's Clinical Problem Solving in Dentistry / A. Banerjee, S. Thavaraj; Elsevir Limited, fourth edition, 2020.-448 p.

2. A Dictionary of Dentistry / R. Ireland. Oxford University Press, 2010. - 416 p.
3. Advanced Operative Dentistry: A Practical Approach / D. Ricketts, D. Barlett.- Churchill Livingstone Elsevir, 2011. -276 p.

Практичне заняття № 3

Тема: «Класифікація, клініка, диференційна діагностика онкологічних процесів щелепно-лицьової ділянки. Передракові захворювання шкіри обличчя, червоної облямівки губ, слизової оболонки порожнини рота»

Мета: Вивчити класифікацію передракових захворювань. Факультативні, облігатні форми.

Обладнання: Муляжі, хірургічний інструментарій, мультиплікаційний проектор

План практичного заняття: Клінічні прояви, методи діагностики і лікування.

Принципи і методи диспансеризації хворих з передраковимим захворюваннями обличчя і порожнини рота

Формування професійних вмінь, навичок

На заняттях слід зазначити такий важливий факт: первинна діагностика передракових новоутворів щелепно-лицьової ділянки та шиї здійснюється, як правило, лікарем-стоматологом, що працюють у поліклініці або приватному кабінеті. Саме до нього в більшості випадків первинно звертається хворий з пухлиною в початковій стадії. Від правильно встановленого діагнозу залежить подальший вибір лікування. Володіння всіма методами обстеження хворого, знання загальних ознак хвороби та вміння проводити диференційну діагностику дозволять уникнути помилки при встановленні діагнозу.

Практичні роботи (завдання), які виконуватимуться на занятті:

Вивчення ефективності методів діагностики й лікування хворих з передраковими захворюваннями.

Навчити методиці об'єктивного обстеження стоматологічного хворого.

Розглянути, познайомитись зі спеціальними методами обстеження онкологічного хворого.

Тестові завдання для самоконтролю на практичному занятті:

1. При видаленні меланоми використовують:

- а) місцеве знеболення,
- в) загальний наркоз,
- с) враховують бажання хворого.

2. При пізніх стадіях рака показано:

- а) оперативне втручання,
- б) хіміотерапія,
- с) променева терапія,
- д) симптоматична терапія ,
- е) паліативна променева терапія.

3. Канцерогенними факторами є :

- а) стресс,
- в) істерія,
- с) паління,
- д) ожиріння,
- е) всі перераховані.

4. Базаліома уражує:
- а) кісткову тканину,
 - в) шкіру,
 - с) слизову оболонку,
 - д) лімфовузли,
 - е) всі перераховані шари.

5. У залежності від етіологічного фактору клінічних проявів передраки :

- а) подібні між собою,
- в) не подібні,
- с) різко відрізняються по клінічній симптоматиці.

Задачі.

1. Хворий А., 57р., звернувся зі скаргами на білу пляму під язиком, що вперше помітив 3 місяця тому назад, яка заважає приймати їжу. Зі слів: багато палить протягом 30 років. В ділянці ураження відмічає сухість, особливо вранці. При огляді слизова оболонка порожнини рота без ознак запалення, однак дно порожнини рота вкрито білою плівкою зчіткими кордонами, що не знімається при скоблінні. З протоків підщелепних слинних залоз виділяється слина прозора, в достатній кількості. Регіонарні лімфовузли не пальпуються, не болючі

Встановіть попередній діагноз. Складіть план лікування

2. На протязі 6 місяців у хворого періодично утворюється тріщина на нижній губі. Хворий багато палить, споживає гарячу їжу. Під час огляду виявлено на червоній облямівці нижньої губи тріщину, вкриту жовтою скоринкою, безболісною на дотик, але легко кровоточивою. Інфільтрація відсутня.

Які методи потрібно використовувати для уточнення діагноза? Що повинен зробити лікар?

Список рекомендованої літератури:

Основна:

1. Лекції кафедри хірургічної стоматології (проф. Гулюк А.Г.)
2. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї. - К., 2008. 320 с. (навч. посібник).
3. Маланчук В.О. Основи стоматології. – К.: Медицина, 2009. – 592 с. (підручник для студентів медичних факультетів).
4. Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология : учебник : в 2 кн. Кн. 1 / А. А. Тимофеев. – К. : ВСИ «Медицина», 2020. – 992 с.
5. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія дитячого віку =Pediatric Oral and Maxillofacial Surgery : підручник / Л.В. Харьков,Л.М. Яковенко, Н.В. Кисельова ; за ред. Л.В. Харькова. — 2-е вид. — К. :ВСВ «Медицина», 2020. — 104 с.
6. Стоматологія: підручник: у 2 кн. – М.М.Рожко, З.Б.Попович, В.Д.Курєдова та ін.. за ред. проф.М.М.Рожка. – К.: ВСВ «Медицина», 2013., - 872 с.
7. Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология в 2-х томах.\Тимофеев А.А. – Киев, ВСИ, «Медицина» 2020.- 992 с.

Додаткова

1. Odell's Clinical Problem Solving in Dentistry / A. Banerjee, S. Thavaraj; Elsevir Limited, fourth edition, 2020.-448 p.
2. A Dictionary of Dentistry / R. Ireland. Oxford University Press, 2010. - 416 p.
3. Advanced Operative Dentistry: A Practical Approach / D. Ricketts, D. Barlett.- Churchill Livigstone Elsevir, 2011. -276 p.

Практичне заняття № 4

Тема: «Попередження і прогнозування ускладнень при лікуванні онкологічних

захворювань. Епітеліальні пухлини, пухлиноподібні процеси та кісти з епідермісу»

Мета: Рання діагностика передракових захворювань і новоутворів голови та шиї дозволяє підвищити ефективність лікування, зменшити його тривалість і покращити прогноз.

Обладнання: Муляжі, хірургічний інструментарій, мультиплікаційний проектор

План практичного заняття: Етіологія та патогенез епітеліальних пухлин, пухлиноподібні утворення: епідермоїдні кісти, дермоїдні кісти, атероми, рінофіма.

Роль імунної системи, екзогенних факторів.

Роль і задачі лікаря-стоматолога в системі надання спеціалізованої допомоги хворим з передраковими захворюваннями щелепно-лицевої ділянки

Завдання для опрацювання теоретичного матеріалу:

Формування у хворого вірної мотивації на успіх в лікуванні, встановлення довірливих відносин з пацієнтом і його родичами є найголовнішою задачею лікаря. Потрібно бути виключно уважним при розмові з пацієнтом, оскільки будь-який необережний вислів може бути хибно прийнятий, що призведе до небажаних наслідків. На заняттях слід зазначити такий важливий факт: первинна діагностика новоутворів щелепно-лицьової області й шиї здійснюється, як правило, лікарем-стоматологом, що працюють у поліклініці або приватному кабінеті. Саме до нього в більшості випадків звертається хворий з пухлиною в початковій стадії. Від правильно встановленого діагнозу залежить подальший вибір лікування. Володіння всіма методами обстеження хворого, знання загальних ознак хвороби та вміння проводити диференційну діагностику дозволять уникнути помилки при встановленні діагнозу.

Практичні роботи (завдання), які виконуватимуться на занятті:

Вивчення ефективності методів діагностики й лікування хворих з доброякісними захворюваннями шкіри обличчя.

Навчити методиці об'єктивного обстеження стоматологічного хворого.

Розглянути, познайомитись зі спеціальними методами обстеження онкологічного хворого.

Тестові завдання для самоконтролю на практичному занятті:

1. Рак шкіри обличчя :
 - А - метастазує
 - В – не метастазує
 - С – метастазує на ранніх стадіях
 - Д – на пізніх стадіях
2. Морфологічний рак шкіри буває :
 - А. плоскоклітинним
 - В. дрібноклітинним
 - С. базальноклітинним
 - Д. Плоскоклітинним або базальноклітинним
3. Який рак не метастазує ?
 - А. плоскоклітинний
 - В. базальноклітинний
 - С. меланома
4. Методика лікування базаліом:
 - А – тільки операція
 - В – променева терапія
 - С – комбінована терапія.

Задачі.

Задача № 1.

Хвора К., 52 року звернулася зі скаргами на припухлість у привушних областях, у роті, відчуття "засипленого піску" в очах, часті кон'юнктивити. Із супутніх захворювань був виявлений ревматоїдний артрит. При огляді відзначається збільшення великих слинних залоз. Шкіра під припухлістю в кольорі не змінена, збирається в складку. При пальпації заліза щільна, горбиста, безболісна. Слизувата оболонка порожнини рота суха. Устя вивідних проток розширені, зяють. При масуванні залози виділилося трохи крапля густої слини.

1. Про наявність якого захворювання треба думати?
2. Яка тріада характерна для даного захворювання?

Задача № 2.

Хворий С., звернувся зі скаргами на поступове, безболісне збільшення обох привушних залоз, а потім - підщелепних слинних залоз. Сухість у порожнині рота, око. Сверблячка шкіри обличчя і тіла. Об'єктивно: видна деформація обличчя, колір шкіри не змінений. Щільне безболісне збільшення залози. Відзначаються зміни малих слинних залоз. При гістологічному дослідженні біоптата - виявлене заміщення паренхіми залози лімфоїдною тканиною.

Яке захворювання найбільш ймовірне?

Відповіді на задачі.

Задача №1.

1. Діагноз : синдром Шегрена.
2. Для синдрому Шегрена характерна наступна тріада: ксеростомія, ксерофтальмія і ревматоїдний артрит.

Задача №2.

Найбільш ймовірне захворювання - хвороба Микулича.

Список рекомендованої літератури:

Основна:

1. Лекції кафедри хірургічної стоматології (проф. Гулюк А.Г.)
2. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї. - К., 2008. 320 с. (навч. посібник).
3. Маланчук В.О. Основи стоматології. – К.: Медицина, 2009. – 592 с. (підручник для студентів медичних факультетів).
4. Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология : учебник : в 2 кн. Кн. 1 / А. А. Тимофеев. – К. : ВСИ «Медицина», 2020. – 992 с.
5. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія дитячого віку =Pediatric Oral and Maxillofacial Surgery : підручник / Л.В. Харьков,Л.М. Яковенко, Н.В. Кисельова ; за ред. Л.В. Харькова. — 2-е вид. — К. :ВСВ «Медицина», 2020. — 104 с.
6. Стоматологія: підручник: у 2 кн. – М.М.Рожко, З.Б.Попович, В.Д.Куроедова та ін.. за ред. проф.М.М.Рожка. – К.: ВСВ «Медицина», 2018., - 872 с.
7. Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология в 2-х томах.\Тимофеев А.А. – Киев, ВСИ, «Медицина» 2020.- 992 с.

Додаткова

1. Odell's Clinical Problem Solving in Dentistry / A. Banerjee, S. Thavaraj; Elsevir Limited, fourth edition, 2020.-448 p.
2. A Dictionary of Dentistry / R. Ireland. Oxford University Press, 2010. - 416 p.
3. Advanced Operative Dentistry: A Practical Approach / D. Ricketts, D. Barlett.- Churchill Livigstone Elsevir, 2011. -276 p.

Практичне заняття № 5

Тема: «Підсумкове заняття. Пухлиноподібні процеси: кератоакантома, шкірний ріг, атерома, рінофіма, невус»

Мета: Володіння всіма методами обстеження хворого, знання загальних ознак хвороби та вміння проводити диференційну діагностику дозволять уникнути помилки при встановленні діагнозу

Обладнання: Муляжі, хірургічний інструментарій, мультимедійний проектор

План практичного заняття:

Етіологія та патогенез пухлиноподібних процесів, епідермоїдні кісти, дермоїдні кісти, атероми, рінофіма, бронхіогенні кісти і тератоми.

Роль імунної системи, екзогенних факторів.

Роль і задачі лікаря-стоматолога в системі надання спеціалізованої допомоги хворим з передраковими захворюваннями щелепно-лицевої ділянки

Завдання для опрацювання теоретичного матеріалу:

Вивчення ефективності методів діагностики й лікування хворих з пухлиноподібними процесами.

Навчити методиці об'єктивного обстеження стоматологічного хворого.

Розглянути, познайомитись зі спеціальними методами обстеження онкологічного хворого.

Практичні роботи (завдання), які виконуватимуться на занятті:

Кератоакантома — атипова жирова кіста шкіри, напівсферична шилоподібна зроговіла пухлина висотою до 2,0см. Припускають вірусну природу появи кератоакантоми. Хворіють частіше чоловіка, сільські мешканці. Зазвичай локалізується на нижній губі, може бути уражена слизова або шкіра. Поодинокі елементи ураження частіше зустрічаються у літніх осіб, множинні (2-3) — у молодих. Розвиток кератоакантоми: щільний на дотик вузлик овальної або округлої форми, що швидко росте. Центр кратероподібно поглиблений і містить рогові маси. Увесь утвір вкритий нормальною або гіперемірованою шкірою. Лікування: видалення хірургічним шляхом з наступним гістологічним дослідженням. Можлива близькофокусна рентгентерапія.

Шкірний ріг —нашкірний виріст циліндричної форми сірого кольору; на кінчику з'являються сосочкові розростання, що нагадують голочки, облігатний передрак, обмежений, різко виражений гіперкератоз, рогові маси, що утворюються при цьому захворюванні, виступають над поверхнею, нагадують формою, шаруватою побудовою ріг. Діаметр в основі може бути до 1см, а висота до 2см. Фактори, що до цього призводять інсоляція, вітер. Шкірний ріг це факультативний преанцероз. Виникає на ґрунті старечої атрофії, кератоакантоми, лейкоплакії, старечої бородавки. Хворіють особи старше 50 років. У молодому віці зустрічається рідко. Шкірний ріг виникає звичайно на некритих ділянках тіла: обличчі, шиї, тильних поверхнях долонь. Має вигляд конуса на широкій основі, з діаметром від 3-5 мм до 10-20мм, підняте над рівнем шкіри на 2-3мм. У довжину шкірний ріг може досягти 1,5-2,0см і більше. На дотик утворення еластичне, брудно-сірого або коричневого кольору. Ознаки малігнізації: прискорення росту, зміна шкірного малюнка навколо основи, нерівномірний ріст по краях, поширення в глибину, виникнення запалення. Лікування хірургічне, радикальне. Якщо є морфологічні ознаки малігнізації, проводять променеву терапію.

Атерома – ретенційна (волоскова) кіста сальної залози шкіри, що утворюється в результаті закупорки вивідної протоки залоз. Навколо залози розвивається товстостінна капсула, що утримує шкірне сало, яке продовжує утворюватися. Може досягати розмірів волоськогогоріха.

Може виникати на будь-яких ділянках тіла, де росте волосся, але переважна локалізація - шкіра голови, обличчя (особливо нижче рота), спина, шия, область статевих органів. Визначається поверхнево розташоване щільно-еластичне утворення з чіткими контурами, рухливе. Шкіра над атерою в складку не збирається. На шкірі близько до центру іноді чітко визначається розширений обтурірований вивідний проток залози. Росте дуже повільно, безболісно. Диференціальний діагноз проводять з епітеліальними кістами, пухлинами м'яких тканин (фіброми, ліпоми). Ускладнення: нагноєння атероми - біль, почервоніння, набряк, хворобливість, підвищення температури, флуктуацій. При нагноєнні атерома може спонтанно прорватися назовні ж виділяється гній з салообразним вмістом. Лікування оперативне: під місцевим знеболенням атером видаляють разом із капсулою. При нагноєнні - тільки розкриття гнійника, іноді при розтині вдається видалити капсулу атероми. Прогноз сприятливий.

Ринофіма – доброякісне, пухлиноподібне ураження носа, в основі якого доброякісна гіперплазія сальних залоз, з додаванням хронічного запалення. Зустрічається практично винятково у чоловіків. Форма носа стає асиметричною, на тлі застійно-синюшної еритеми розміщуються численні великі телеангіектазії. Функціональна активність сальних залоз різко збільшена. Пальпація безболісна. При натисненні з усть фолікулів з'являється білуватий пастоподібний секрет. Аналогічні зміни зустрічаються й у місцях іншої локалізації: потовщення шкіри на підборідді - гнатофіма, подушкоподібне стовщення в області надперенісся й чола - метафіма, розростання на мочках вух - отофіма, а також стовщення повік через гіперплазію сальних залоз - блефарофіма.

Невуси являють собою новоутворення, що виникають у результаті накопичення або гіперплазії (надмірного розвитку) різних елементів шкіри. Найчастіше спостерігаються пігментні і судинні невуси. Пігментні невуси є практично у всіх людей; вони складаються з невусних клітин, що утворилися в результаті накопичення-трансформації меланоцитів. Відрізняються за величиною, кольором, глибиною залягання і формою. За глибиною залягання виділяють епідермальні, дермальні та епідермодермальні невуси. Точний діагноз визначаються тільки за результатами гістологічного дослідження. Судинні невуси: плоска ангиома (винна пляма) з'являється з моменту народження. Це пляма червоного кольору неправильної форми, площею від шпилькової головки до кількох десятків сантиметрів. Зірчаста ангиома нагадує павучка: у центрі криваво-червоний вузлик, від якого розходиться звивисте «проміння». Може виникнути в будь-якому віці. Моменти, що сприяють виникненню — підвищений артеріальний тиск, надмірний вплив УФ-променів, занадто часте енергійне механічне очищення шкіри обличчя.

Меланоз Дюбрейля проявляється на відкритих ділянках шкіри у вигляді темно-коричневої, найчастіше фрагментованої плями неправильних обрисів, що розростається по периферії. Місцями пляма може ущільнюватися і перетворюватися у вузлик. Виразка є ознакою злоякісного переродження. Хворіють особи літнього віку. Лікування полягає в склерозуючій терапії при поширених невусах, або хірургічному втручанні.

Задачі.

Задача № 1.

Хвора К., 52 року звернулася зі скаргами на припухлість у привушних областях, у роті, відчуття "засипленого піску" в очах, часті кон'юнктивити. Із супутніх захворювань був виявлений ревматоїдний артрит. При огляді відзначається збільшення великих слинних залоз. Шкіра під припухлістю в кольорі не змінена, збирається в складку. При пальпації заліза щільна, горбиста, безболісна. Слизувата оболонка порожнини рота суха. Устя вивідних проток розширені, зяють. При масуванні залози виділилося трохи крапля грузлої слини.

1. Про наявність якого захворювання треба думати?
2. Яка тріада характерна для даного захворювання?

Задача № 2.

Хворий С., звернувся зі скаргами на поступове, безболісне збільшення обох привушних залоз, а потім - підщелепних слинних залоз. Сухість у порожнині рота, око. Сверблячка шкіри обличчя і тіла. Об'єктивно: видна деформація обличчя, колір шкіри не змінений. Щільне

безболісне збільшення залози. Відзначаються зміни малих слинних залоз. При гістологічному дослідженні біоптата - виявлене заміщення паренхіми залози лімфоїдною тканиною.

Яке захворювання найбільш ймовірне?

Відповіді на задачі.

Задача №1.

1. Диагноз : синдром Шегрена.
2. Для синдрому Шегрена характерна наступна тріада: ксеростомія, ксерофтальмія і ревматоїдний артрит.

Задача №2.

Найбільш ймовірне захворювання - хвороба Микулича.

Тести.

1. Базаліома -це:
А - пухлина шкіри
В – пухлина слизової оболонки
С – пухлина кісткової тканини
2. Меланома може бути:
А - на слизовій оболонці порожнини рота
В – тільки на шкірі обличчя
С – тільки на тулубі
Д – набудь-якій ділянці шкіри або слизової оболонки.
3. Рак шкіри обличчя :
А - метастазує
В – не метастазує
С – метастазує на ранніх стадіях
Д – на пізніх стадіях
4. Морфологічний рак шкіри буває :
А. плоскоклітинним
В. дрібноклітинним
С. базальноклітинним
Д. Плоскоклітинним або базальноклітинним
5. Який рак не метастазує ?
А. плоскоклітинний
В. базальноклітинний
С. меланома
6. Методика лікування базаліом:
А – тільки операція
В – променева терапія
С – комбінована терапія.

Правильні відповіді.

1 – В	4 – А
2 – Д	5 – Д
3 – В	6 – В

Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття.

Тести II рівня.

1. При видаленні меланоми використовують:
а) місцеве знеболення,

- в) загальний наркоз,
- с) враховують бажання хворого.

2. При пізніх стадіях рака показано:

- а) оперативне втручання,
- б) хіміотерапія,
- с) променева терапія,
- д) симптоматична терапія ,
- е) паліативна променева терапія.

3. Канцерогенними факторами є :

- а) стресс,
- в) істерія,
- с) паління,
- д) ожиріння,
- е) всі перераховані.

4. Базаліома уражує:

- а) кісткову тканину,
- в) шкіру,
- с) слизову оболонку,
- д) лимфовузли,
- е) всі перераховані шари.

5. У залежності від етіологічного фактору клінічних проявів передраки :

- а) подібні між собою,
- в) не подібні,
- с) різко відрізняються по клінічній симптоматиці.

6. Пізня стадія рака - це:

- а) стадія розповсюдження пухлини за межі шкіри,
- в) стадія зниження функції слинних залоз,
- с) стадія ураження лимфовузлів та розпаду пухлини.

Правильні відповіді.

1- А	4 – С
2 – Е	5 – А
3 – Д	6 – С

Список рекомендованої літератури:

Основна:

1. Лекції кафедри хірургічної стоматології (проф. Гулюк А.Г.)
2. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї. - К., 2008. 320 с. (навч. посібник).
3. Маланчук В.О. Основи стоматології. – К.: Медицина, 2009. – 592 с. (підручник для студентів медичних факультетів).
4. Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология : учебник : в 2 кн. Кн. 1 / А. А. Тимофеев. – К. : ВСИ «Медицина», 2020. – 992 с.
5. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія дитячого віку =Pediatric Oral and Maxillofacial Surgery : підручник / Л.В. Харьков,Л.М. Яковенко, Н.В. Кисельова ; за ред. Л.В.

Харькова. — 2-е вид. — К. : ВСВ «Медицина», 2020. — 104 с.

6. Стоматологія: підручник: у 2 кн. — М.М.Рожко, З.Б.Попович, В.Д.Курєдова та ін. за ред. проф. М.М.Рожка. — К.: ВСВ «Медицина», 2013., - 872 с.

7. Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология в 2-х томах. \Тимофеев А.А. — Киев, ВСИ, «Медицина» 2020.- 992 с.

Додаткова

1. Odell's Clinical Problem Solving in Dentistry / A. Banerjee, S. Thavaraj; Elsevir Limited, fourth edition, 2020.-448 p.

2. A Dictionary of Dentistry / R. Ireland. Oxford University Press, 2010. - 416 p.

3. Advanced Operative Dentistry: A Practical Approach / D. Ricketts, D. Barlett.- Churchill Livigstone Elsevir, 2011. -276 p.