

МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО
СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ИМЕНИ АБУ АЛИ ИБН СИНЫ

КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Зарегистрировано
Учебно-методическим отделом

№ 2/7 а “
24.06 2021 г.

“УТВЕРЖДАЮ”
проректор по учебной работе
Бухарского государственного
медицинского института к.м.н., доц.
Г.Ж.Жарылкасынова
“ 24 ” 06 2021г



Учебно-методический комплекс по предмету
ХИРУРГИЯ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

Для студентов 3-курса стоматологического факультета

Область знаний: 700000-Социальное обеспечение и здравоохранение.

Область образования: 720000- Здравоохранение

Направление образования: 5510400 -Стоматология

Составители:

Зав. кафедра “Хирургической стоматологии” БГМИ, Рахимов З.К.

ассистент кафедры “Хирургической стоматологии” БГМИ, Ш.А. Камбарова

Рецензенты :

Бухарский Государственный медицинский институт

Заведующий кафедрой детской стоматологии: Камалова Ф.Р. _____

Бухарский Государственный медицинский институт

Заведующий кафедрой _____ стоматологии: _____

Обсуждено на заседании учебно-методической комиссии “__” 2021 года

Бухарского Государственного медицинского института им. Абу Али ибн Сины

СОДЕРЖАНИЕ.

№					
1	Образцовая программа				страница
2	Рабочая программа				страница
3	Лекции				страница
4	Практические занятия				страница
5	Самостоятельная работа				страница
6	Глоссарий				страница
7					
8					

Ўзбекистон Республикаси Сogликини сақлаш вазирлигининг 20 19 йил
“26” 04” даги “108” – сонли буйруғининг 1 - иловаси билан фан
дастури рўйхати тасдиқланган.

Фан дастури Ўзбекистон Республикаси Сogликини сақлаш вазирлиги
хузуридаги тиббиёт олий ва ўрта махсус касб-хунарт таълим муассасалари
фаолиятини мувофиқлаштирувчи кенгашининг 20 19 йил “15” 04
даги “1” – сонли баённомаси билан маъқулланган.

Фан дастури Олий ва ўрта махсус, касб-хунарт таълими йўналишлари бўйича
Ўқув-услубий бирлашмалар фаолиятини мувофиқлаштирувчи Кенгашда
маъқулланган, ОЎМТВнинг 201 8 йил “4” 12” даги 1000 - сонли
буйруғи билан қилинган.

Фан дастури Тошкент давлат стоматология институтида (ТДСИ) ишлаб
чиқилди.

Тузувчилар:

- Хасанов Ш.М. – ТДСИ “Хирургик стоматология ва денгал
имплантология” кафедраси мудири, т.ф.н., доцент
Садикова Х.К. – ТДСИ “Хирургик стоматология ва денгал
имплантология” кафедраси доценти, т.ф.н.
Назаров З.З. – ТДСИ “Хирургик стоматология ва денгал
имплантология” кафедраси ассистенти

Такризчилар:

- Жилонов А.А. – ТДСИ “Юз-жағ жаррохлиги” кафедраси мудири,
профессор
Абдукадиров А.А. – ТВМОИ “Хирургик стоматология” кафедраси
мудири, т.ф.д., профессор

Фан дастури Тошкент давлат стоматология институти Кенгашида кўриб
чиқилган ва тасвир қилинган (201 9 йил “24” март” даги
“8” – сонли баённома).

Фан бўйича курс иши (лойиҳаси)

Фан бўйича курс иши ўқув режасида кўзда тутилмаган.

VI. Асосий ва қўшимча ўқув адабиётлар ҳамда ахборот манбалари Асосий адабиётлар

1. Азимов М.И., Соликова Х.К. ва ҳаммуаллифлар. Орал хирургия
асослари. Ўқув қўлланма. – Тошкент: Илм зиё. 2019 й.
2. Азимов М.И. Юз-жағ касалликлари ва жароҳатлари. Дарслик. –
Тошкент: Илм зиё. 2019 й.
3. Azimov M.I. Jarrohlik stomatologiya propedevtikasi. Darslik. Davlat milliy
nashriyoti. -Toshkent. 2009 y.

Қўшимча адабиётлар

1. Гаффаров С.А., Жилонов А.А., Садикова Х.К.. Стоматология. Ўқув
қўлланма. – Тошкент: Импресс медиа. 2018 г.
2. David A. Mitchell, Anastasios N. Kanatas. An Introduction to Oral and
Maxillofacial surgery. Textbook. 2015 y.
3. Neelima Anil Malik, Textbook of Oral and Maxillofacial Surgery. Second
Edition© India. JPBMP Printed at Ajanta. 2008 y.
4. Вязьмитина А.В., Усевич Т.Л. Хирургическая стоматология:
Практикум. Феникс. 2006 г.
5. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. Учебник. – Москва.
Медицина. 2003 г.
6. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. и др. Хирургическая
стоматология. Руководство. – Москва. Медицина. 2003 г.
7. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой
и шеи. Учебник. – Москва. Медицина. 2001 г.
8. Безруков В.М., Робустова Т.Г. Руководство по хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Том 2. – Москва. Медицина.
2000 г.
9. Мирзиёев Ш.М. Буюк келажакимизнинг мард ва олижаноб халқимиз
билан бирга курашимиз. Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “
O'zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи. 2017 й.
10. Мирзиёев Ш.М. Танқидий таҳлил, катъий тартиб интизом ва шахсий
жавобгарлик - ҳар бир раҳбар фаолиятининг кундалик қоидаси бўлиши
керак. Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O'zbekiston” нашриёт
матбаа ижодий уйи. 2017 й.

- талабаларнинг назарий маълумотидан бошлангич амалий кўникмаларни баҳарлаш даражасига кадам-қадам ўргатиш;
- замонавий педагогик технологияларни дарс жараёнига тадбиқ этиб, талабани клиник фикрлаш ва билимини сақлаш даражасини ошириш;
- замонавий текшириш усуллари хақида тушунчага эга бўлиш;
- хирургик стоматология поликлиникасида хирург – стоматолог иш ўрни ва вазифаларини ўрганиш;
- хирургик стоматологик ёрдамни ташкил қилиш;
- хирургик стоматологик тезкор ёрдамни ташкил қилиш;
- хирургик касалликлар асоратларини профилактикасини ўргатиш;
- соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш.

Фан бўйича талабаларнинг билим кўникма ва малакаларига қуйидаги талаблар қўйилади.

Талаба:

- асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилиш;
- беморни бошқа мутахассис маслаҳатига юбориш;
- оғиз бўшлиғида ўтказиладиган манипуляция ва операцияларида оғриксизлантиришни режалаштириш;
- оғиз бўшлиғи касалликларида қўлланиладиган асосий замонавий текшириш усуллари *ҳақида тасаввурга эга бўлиш*;
- таъсир механизмига кўра анестетикларни тўғри танлаш ҳамда бошқа препаратлар билан биргаликда юборишда рационал дозани аҳамиятини;
- юқори жағда периферик ва марказий оғриксизлантиришларни ўтказишни (оғиз ичи ва оғиз ташқари усуллари);
- пастки жағда периферик ва марказий оғриксизлантиришларни ўтказишни (оғиз ичи ва оғиз ташқари усуллари) ;
- тиш сакловчи операцияларга кўрсатмаларни аниқлашни;
- тиш чиқиш касалликларини даволаш тактикасини танлашни;
- маҳаллий оғриксизлантиришни потенциаллаштириш;
- оғиз бўшлиғидаги йирингли жараёнларни ташхислаш ва даволаш тактикасини танлашни;
- юқори ва пастки жағ тишлар сугурилгандан кейин қон кетишини тўхтатишни маҳаллий усуллари (тампопада ва тикиш)ни ўтказишни;
- маҳаллий ва умумий касалликлар, ҳамда тиш олиш операциясига нисбий қарши кўрсатма бўлган баъзи физиологик ҳолатлар ва тиш йўқотилган ҳолатда организмда бўлиши мумкин бўлган физиологик ва патологик ўзгаришларни;

ишлаши педагог томонидан назорат қилинади, тиббий хужжатларни, касаллик тарихини ёзиб химоя қилганда баҳоланади.

Машгулот сўнггида ўқитувчи ҳар бир талабанинг амалий кўникмани ўзлаштирганлигини тасдиқлайди. Талаба амалий кўникмани ўзлаштириш олманган вазиятларда, машгулотдан ташқари вақтда мустақил ўзлаштириш тавсия этилади ва педагогга қайта топиради. Талаба барча амалий кўникмаларни ўзлаштирган ҳолда фанни ўзлаштирган ҳисобланади.

Лаборатория ишларини ташкил этиш бўйича кўрсатмалар

Фан бўйича лаборатория ишлари намунавий ўқув режада кўзда тутилмаган.

V. Мустақил таълим ва мустақил ишлар

Мустақил таълим учун тавсия этиладиган мавзулар:

1. Ўзбекистонда стоматологияни ривожлантиришга хисса қўшган олимлар.
2. Уч шохли нерв биринчи, иккинчи, учинчи шохлари тузилиши ва унинг иннервация зоналари.
3. Замонавий оғриксизлантирувчи дори воситалар ва уларнинг характеристикаси.
4. Хирургик стоматология поликлиникасида қўлланиладиган оғриксизлантириш усуллари.
5. Маҳаллий анестетикларни таъсирини ўзайтирувчи воситаларни таъсири ва ўзига хос хусусиятлари.
6. Маҳаллий анестезияда учрайдиган маҳаллий асоратлар ва уларни даволаш принциплари.
7. Юқори ва пастки жағда марказий оғриксизлантириш усуллари.
8. Ҳамроҳ касалликлари бор беморларда оғриксизлантириш усулини танлаш.
9. Маҳаллий оғриксизлантиришда содир бўладиган маҳаллий асоратлар.
10. Хушдан кетиш. Унинг белгилари. Хушдан кетишда 1-ёрдам кўрсатиш.
11. Коллапс. Унинг белгилари. Коллапс ҳолатида 1-ёрдам кўрсатиш.
12. Анафилактик шок. Клиникаси. Биринчи ёрдам.
13. Эндотрахеал наркоз. Поликлиника шароитида эндотрахеал наркоз ўтказиш.
14. Эндотрахеал наркоз ўтказишга кўрсатмалар (презентация).
15. Умумий наркоз учун ишлатиладиган замонавий дори воситалари.
16. Замонавий қон тўхтатувчи умумий медикаментоз дори воситалари.
17. Тишларни бор машина, долото ва элеваторлар билан олиш.
18. Тиш сакловчи операцияларга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар.
19. Реплантация, трансплантация. Кўрсатма ва қарши кўрсатмалар.

- хирургик стоматологик муолажаларда асосий касалликни асорати кузатилмастлиги учун ёندош касалликлари бор беморларни тайёрлашни ўзига хос хусусиятларини;
- тишини кийин чиқиш касалликларида (ретенция, дистопия) тиш олиш техникасини;
- юкори ва пастки жағ тиш илдизларини бор машина ёрдамида олишни;
- тиш сакловчи операцияларни бажариш техникасини *билиши ва улардан фойдалана олиши*;
- юкори ва пастки жағларда инфилтратсион ва ўтказувчи огриксизлантиришни ўтказиш;
- юкори жагда туберал огриксизлантиришни ўтказиш;
- юкори жагда инфраорбитал огриксизлантиришни ўтказиш;
- юкори жагда инцизивал огриксизлантиришни ўтказиш;
- юкори жагда палатинал огриксизлантиришни ўтказиш;
- пастки жагда мандибулар огриксизлантиришни ўтказиш;
- пастки жагда торусал огриксизлантиришни ўтказиш;
- пастки жагда ментал огриксизлантиришни ўтказиш;
- юкори ва пастки жағ алохида гуруҳ тишларни омбурлар ёрдамида суғуриш;
- юкори ва пастки жағ алохида гуруҳ тишларни элеватор ёрдамида суғуриш;
- юкори ва пастки жағ тиш илдизларини омбурлар, элеваторлар ёрдамида олиш;
- тиш чиқиши кийинлашувида (перикоронарит, ретромоляр абсцесс) биринчи ёрдам кўрсатиш;
- субпериостал абсцессларда биринчи ёрдам кўрсатиш *амалий қўникмаларига (шу жумладан клиник амалий қўникмаларига) эга бўлиши керак*.

III. Асосий назарий қисм (маъруза машғулотлари)

- 1-маву. Хирургик стоматология: Уни бошқа тиббиёт соҳалари билан боғлиқлиги. Ўзбекистонда хирургик стоматологиянинг ривожланиш тарихи ва унга хисса қўшган олимлар. Амбулатор ва стационар хирургик стоматологик ёрдамни ташкил қилиш. Хирургик стоматологияда ишлатиладиган асбоб ускуналар ва хом ашёлар.**
- Хирургик стоматологияни ривожланишига хисса қўшган олимлар. Хирургик стоматология бўлими. Оғиз бўшлиғи жарроҳлиғи фани ва унинг мазмуни. Амбулатория ва стационарда хирургик стоматологик ёрдамни ташкил этиш. Хирургик стоматологияда ишлатиладиган асбоб ускуналар ва хом ашёлар.

алохида эътибор қаратилади. Талаба амалий қўникмани мустакил, бироқ педагог назорати остида муляжлар, тренажёрлар, фантомлар ва манекенларда, талабалар ўзаро бир-бирида кўп марта машқ қилиб ўрганадилар. Бошида барча босқичларини алохида, кейин умумлаштирган ҳолда тўлиқ ва тўғри бажара олгандан сўнг беморда қўллашга руҳсат берилади (имитацион тренинг).

Иккинчи босқични амалга ошириш учун кафедра томонидан ишлаб чиқилган амалий қўникмалар кадамма-кадам алгоритми ва видеофильми, ўқув-услубий қўлланмаси, бажариш схемаси ёки техникаси ва х.к., баҳолаш мезонлари ишлаб чиқилган бўлиши лозим. Муляжлар, тренажёрлар, фантомлар ва манекенлар, имитаторлар, асбоб анжомлар бўлиши лозим ва керакли шарт шaroитлар (максимал даражада иш шарoитига яқин моделлаштирилган) яратилиши лозим. Бу босқичда педагог назорат қилади ва керак бўлганда талабалар ишлаги хатоликларни тўғрилайди. Бу жараёнда талаба ҳаракатлари видеотасвирга олиниб ўзига намоиш этилиши, критик муҳокама қилиниши мумкин. Талаба, унинг хатоси нимада эканлигини, ўқитувчига ва бошқа талабаларга тушунтириб беради ва сўнгра муолажалар такрорлайди. Интерфаоллик шунда намоён бўладики, бунда бошқа талабалар эксперт сифатида чиқишда ва ўқитиладиган талабанинг амалий қўникмани тўғри ўзлаштирилганини баҳолашда иштирок этадилар. Амалий қўникма автоматизм дарасигача етказилиши мақсадга мувофиқ.

3. Учинчи босқич - ўрганилган билим ва амалий қўникмани беморда қўллаш. Бу босқичда талаба ўзлаштирилган билим ва амалий қўникмани турли хил клиник ҳолатларда (шу жумладан шoшилiнч ҳoлатларда) қўллашга, олинган натижаларни тахлил қилишга ва шу маълумотлар асосида ҳаракат тактикасини белгилашга педагог назоратида ўргатилади.

Учинчи босқични амалга ошириш учун кафедра томонидан ишлаб чиқилган ўқув, услубий қўлланмалар, фотосуратлар, вазиятга масалар ва тестлар тўплами, кейслар, клиник протоколлар, диагностика ва даволаш стандартлари, ўргатувчи касаллик тарихлари ва амбулатор карталар ва х.к. ишлатилиши лозим. Интерфаоллик шунда намоён бўладики, бунда бошқа талабалар нафақат эксперт сифатида чиқишда ва ўқитиладиган талабанинг амалий қўникмани тўғри ўзлаштирилганини баҳолашда балки қоманданда ишлашда иштирок этадилар.

4. Тўртинчи босқич - ҳулоса. Бу босқичда педагог талаба томонидан олинган билим ва эътилолган қўникмани беморларда, турли хил вазиятларда, фаоллият жараёнида тўғри ва тўлиқ қўлла олишига ишонч ҳосил қилиши керак ва шунда амалий қўникма ўзлаштирилди деб ҳисобланади.

Тўртинчи босқични амалга ошириш учун талаба бемор билан мустакил

2-мавзу. Хирургик стоматологияда асептика ва антисептика кондалари. Стоматологик бўлимлар ва кабинетларда дезинфекция ва стерилизацияни ташкил қилишга талаблар. Бемор ва шифокорни инфекциядан ҳимоялаш. Давлат ва нодавлат стоматологик клиникаларда стерилизацияга қўйиладиган талаблар.

Асептика ва антисептика кондалари. Антисептик боғламлар. Дезинфекцияловчи моддалар ва стерилизация усуллари. Жаррох қўлга ишлов бериш, қўл ювиш тартиби. Жаррохликда стоматологик инфекциядан ҳимояланиш. Бемор билан шифокорни экзотен инфекциядан ҳимоялаш.

3-мавзу. Оғрикисизлантириш. Умумий оғрикисизлантириш, наркоз. Унинг турлари. Амбулатор ва стационар шароитда наркоз ўтказишга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. Эндотрахеал наркознинг ўзига хос хусусиятлари. Ингалицион ва ноингалицион наркозда ишлатиладиган фармакологик дори воситалари. Юрак-ўпка реанимацияси асослари.

Хирургик стоматологияда оғрикисизлантириш. Умумий оғрикисизлантириш турлари, наркоз, гипноз, акупунктура, атаралгезия, нейролептаналгезия, марказий анальгетия, аудиованалгезия, электронркоз. Наркоз турлари ва уларни қўлашга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. Юрак-ўпка реанимацияси кетма кетлиги. Клиник ва биологик ўлим белгилари. Юракнинг ташқи массажи.

4-мавзу. Стоматологияда оғрикисизлантириш. Уч шохли нервнинг ҳаракатлантирувчи ва сезувчи тоналари. Уч шохли нерв йўналишида ҳосил қилувчи туғунлар. Уларни оғрикисизлантиришда аҳамияти. Уч шохли нервнинг иккинчи ва учинчи шохнинг иннервация соҳалари.

Стоматологияда оғрикисизлантириш усуллари. Уч шохли нерв иккинчи ва учинчи шохлари иннервация соҳалари. Уч шохли нерв туғунининг жойлашиши, нерв йўналишида ҳосил бўладиган туғунлар ва уларнинг аҳамияти, ҳаракатлантирувчи ва сезувчи тоналари. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва тишлар иннервацияси.

5-мавзу. Маҳаллий оғрикисизлантириш. Маҳаллий оғрикисизлантиришга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. Маҳаллий оғрикисизлантириш турлари ва маҳаллий оғрикисизлантиришда ишлатиладиган анестетиклар, уларни таъсир механизми. Марказий оғрикисизлантириш. Хужайра нейробиологияси.

Маҳаллий оғрикисизлантириш турлари. Юқори ва пастки жагда ўтказиладиган маҳаллий оғрикисизлантириш турлари, кўрсатмалари. Маҳаллий анестезида хужайра нейробиологияси. Маҳаллий оғрикисизлантиришда ишлатиладиган инструментлар. Маҳаллий оғрикисизлантиришда қўлланиладиган дори воситалар: амид ва эфир гуруҳига

Амалий кўникмалар рўйхати:

1. Инфилтратсион оғрикисизлантиришни беморда (волонтерда) бажариш
2. Инфраорбитал оғрикисизлантиришни фантомда ва волонтерда оғиз ичи ва оғиз ташқари усулида бажариш.
3. Палатинал оғрикисизлантиришни фантомда ва волонтерда бажариш
4. Туберал оғрикисизлантиришни фантомда ва волонтерда бажариш
5. Инцизвал оғрикисизлантиришни фантомда ва волонтерда бажариш
6. Мандибулар оғрикисизлантиришни фантомда ва волонтерда оғиз ичи ва оғиз ташқари усули бажариш
7. Торусал оғрикисизлантиришни фантомда ва волонтерда бажариш
8. Энгак нервни оғрикисизлантиришни оғиз ичи ва оғиз ташқари усулида фантомда ва волонтерда бажариш
9. Юқори жағ тишларини олишда омбурларни танлаш
10. Пастки жағ тишлари ва илдизларини олишда омбурларни танлаш
11. Илдизларни олишда элеваторларни танлаш
12. Юқори жагда алоҳида гуруҳ тишларини олиш
13. Пастки жагда алоҳида гуруҳ тишларини олиш
14. Тиш чиқishi кийинлашуви касалликларида биринчи ёрдам кўрсатиш
15. Оғиз бўшлиғи ўткир йирингли жараёндарда биринчи ёрдам кўрсатиш

Клиник ўқув амалиётни ташкил этиш бўйича кўрсатма ва тавсиялар
Талабаларнинг “Оғиз бўшлиғи жаррохлиги” фани бўйича клиник амалиёт таълим жараёнининг 50% ни ташкил этили ва жаррохлик стоматология поликлиникасида ўтказилади.

Амалий машғулотда амалий кўникмаларга ўргатиш жараёни батафсил режалаштирилади ва бир неча босқични ўз ичига олади:

1. Биринчи босқич – машғулотнинг максали ва вазифаларидан келиб чиқган ҳолда ўрганилаётган амалий кўникмани ўргатиш мотивацион асоси аниқланади, унинг назарий жиҳатлари муҳокама қилинади. Амалий кўникмалари амалга ошириш учун керакли асбоб анжомлар ишлаш механизми, ишлатиш қоидалари билан талабалар таништирилади.

Биринчи босқични амалга ошириш учун кафедрада барча асбоб анжомлар мавжуд ва ишчи ҳолатда бўлиши лозим.

2. Иккинчи босқич – амалий кўникмани намойиш қилиб бериш ва кўп марта машқ қилиш. Бу босқични амалга ошириш учун амалий кўникмаларни кадрама-кадам алгоритми педагог томонидан ва видеофильмлар орқали намойиш этилади, алгоритм асосида босқичма-босқич тўғри бажаришга

27. Юкори жағ тишлари олингандан кейинги бўлиши мумкин бўлган асоратлар.
28. Пастки жағ тишлари олингандан кейинги бўлиши мумкин бўлган асоратлар.
29. Юкори ва пастки жағ 8 тишларини қийин чиқиши сабаблари.
30. Перидонтитларни тиш сакловчи операциялар усулида даволаш (тиш реплантацияси, илдиз учи резекцияси, тиш илдизи ампутацияси, тиш гемисекцияси).
31. Тишларини қийин чиқиш асоратлари: перикоронарит.
32. Оғиз бўшлиғидаги йирингли жараёнлар: переостит, танглай абсцеси, тил ости соҳаси абсцеси.
33. Оғиз бўшлиғини протезлашга тайёрлаш.

Амалий машғулотларда талабалар асосий маъруза мавзулари бўйича олган билим ва кўникмаларини амалий масалалар, кейслар орқали янада бойтадилар. Шунингдек, дарслик ва ўқув қўлланмалар асосида талабалар билимларини мустахкамлашга эришиш, тарқатма материаллардан фойдаланиш орқали талабалар билимини ошириш, мавзулар бўйича тақдиротлар ва бошқалар тавсия этилади.

Амалий машғулотлар мультимедиа курималари билан жиҳозланган аудиторияда бир академик гурӯҳга бир ўқитувчи томонидан ўтказилади.

Амалий машғулот давомида аниқ бир мавзуларни назарий жиҳатдан чуқур ўрганиш, услубий жиҳатдан долзарб бўлган мавзуларни чуқур таҳлил қилиш, алоҳида муаммолар бўйича илмий жиҳатдан ишлаб чиқиш максатида савол-жавоб, суҳбат, маъруза ва рефератларни муҳокама қилиш, ёзма назорат ишларини олиш, вазиятчи масалаларни муҳокама қилиш ва тест саволларига жавоб бериш орқали эгалланилади. Шу билан бирга машғулот давомида интерфаол усуллардан ва компьютер, инновацион технологиялардан фойдаланган ҳолда назарий билимларни мустахкамлаш лозим.

Амалий машғулотларни ўтказишда қуйидаги дидактик тамойилларга амал қилинади:

- Амалий машғулотларнинг максadini аниқ белгилаб олиш;
- Ўқитувчининг инновацион педагогик фаолияти бўйича билимларни чуқурлаштириш имкониятларига талабаларда қизиқиш уйғотиш;
- Талабада натижани мустақил равишда қўлга киритиш имкониятини таъминлаш;

Талабани назарий-методик жиҳатдан тайёрлаш.

Оғиз бўшлиғи жарроҳлиги фани бўйича клиник амалиётни ўтиш даврида талабалар амалий кўникмаларни ўрнаттиришлари кўзда тутилган.

кирувчи маҳаллий анестетиклар характеристикаси. Топик анестезия (апликацион анестезияда) қўлланиладиган анестетиклар. Марказий огриксизлантириш усуллари.

6-маву. Кучайтирилган маҳаллий огриксизлантириш, маҳаллий анестетикларни таъсирини узайтирувчи препаратлар.

Вазоконстрикторлар фармакологияси, қўлланилиши. Ҳамроҳ касалликлари бор беморларда кучайтирилган маҳаллий огриксизлантириш ва операцияга тайёрлаш.

Кучайтирилган маҳаллий анестезия (премедикация), психозомационал ҳолатнинг клиник белгилари ва турлари. Амбулатор шaroитда премедикация ўтказиш. Кучайтирилган маҳаллий огриксизлантиришда ишлатиладиган дори воситалари. Маҳаллий анестезияни кучайтирувчи фармакологик дори воситалари. Ҳамроҳ касалликлари бор беморларда маҳаллий огриксизлантириш ўтказиш хусусиятлари. Кучли аллергия анамнезга эга беморларда маҳаллий огриксизлантириш ўтказиш хусусиятлари. ЖССТ бўйича огриксизлантириш поғоналари. Визуал аналог шкала (ВАШ).

7-маву. Тиш олиш операцияси. Тиш олишга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. Юкори ва пастки жағларда тиш олиш хусусиятлари ва тамойиллари. Юкори ва пастки жағда омбур ва элеваторлар билан тиш олиш биомеханикаси. Тиш ва тиш илдизларини олишда эрта ва кечки асоратлар ва уларни баргараф этиш усуллари.

Тишларни олишга бўлган кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. Беморларни тиш олиш операциясига тайёрлаш, текшириш, операция майдони ва шифокор қўлини тайёрлаш. Тиш олишга зарур асбоблар. Тишларни олиш учун ишлатиладиган омбурлар ва элеваторлар. Элеваторлар - турлари, конструкцияси, қўлланилиши. Тиш олишдаги омбурларнинг турлари ва конструкцияси хусусиятлари. Тиш ва тиш илдизларини олиш биомеханикаси. Олинган тиш катагига ишлов бериш ва яранинг битиши. Тиш олиш пайтида эхтимоли юкори бўлган маҳаллий асоратлар: олинаётган тиш тожи ва илдизини синиши, қўшни тишни синиши ёки чиқиши, юмшоқ тўқимага тиш илдизини итариб юбориш, оғиз бўшлиғидаги юмшоқ тўқима ва мишқларни жароҳатлаш, альвеолар катак деворини синиши, гаймор бўшлиғи тубини перфорацияси, тиш илдизини гаймор бўшлиғига кириб кетиши, пастки жағ синиши ёки чиқиши, пастки альвеолар нерв жароҳатланиши, тиш ёки илдиз аспирацияси. Тиш олингандан кейин эхтимоли бўлган маҳаллий асоратлар: олинган тиш катагидagi эрта ва кечки қон кетиши. Альвеолит. Олинган тиш катагидagi чегараланган остеомиелит. Тиш олингандан кейинги умумий ва маҳаллий асоратларни олдини олиш чора-тадбирлари.

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН, МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

Кафедра хирургической стоматологии



“УТВЕРЖДАЮ”
Проректор по учебной части
к.м.н., доцент Г.Ж. Жарылкасынова
« » 2021 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ПО ПРЕДМЕТУ**

ХИРУРГИЯ ПОЛОСТИ РТА

Область знаний: 700000-Социальное обеспечение и здравоохранение.

Область образования: 720000- Здравоохранение

Направление образования: 5510400 -Стоматология

Курс: - 3

Объем часов: – 137 часов

Всего часов: - 72 часов

Из этого:

Лекция: – 14 часов

Практические занятия: – 22 часов

Клинические занятия: - 36 часов

Самостоятельная работа: – 65 часов

Составители:

Рахимов З.К. - заведующий кафедрой хирургической стоматологии, доцент

Хамитова Ф.А. – ассистент кафедры хирургической стоматологии,

Рецензенты:

Камалова Ф.Р. - заведующая кафедрой “Детской стоматологии” БухгосМИ, DSc доцент

Олимов С.Ш. – заведующий кафедрой «Ортопедической стоматологии» БухгосМИ DSc, доцент

Данная рабочая программа составлена на основании образцовой учебной программы и учебного плана направления 5510400 – Стоматология, обсуждена и утверждена на кафедральном заседании.

Протокол №__ «27» июня 2021г.

Заведующий кафедрой хирургической стоматологии, доцент Рахимов З.К._____

Председатель центральной методической комиссии факультета DSc, доцент Хабибова Н.Н.

Данная рабочая программа составлена на основании образцовой учебной программы и учебного плана направления Стоматология, обсуждена и утверждена на заседании центральной методической комиссии Бухарского государственного медицинского института.

Протокол №__ «__» август 2021 г

Методист:

Одилова Р.Х.

Актуальность предмета и роль высшего образования в профессиональном образовании

Одной из основных целей национальной программы кадров является воспитание высокообразованного человека в медицине, формирование его научного мировоззрения. «Стоматология» В конце программных целей и задач резолюции студентов науки горизонтальной и вертикальной интеграции процессов, знаний и практических навыков, клинического мышления, совмещая зрелый, конкурентоспособный, независимую клиническую стоматолога общей практики, который способен формировать.

Эта программа включает теоретические и практические знания основных разделов науки, структуру хирургической стоматологической поликлиники, общие и местные виды анестезии, используемые во всем хирургическом вмешательстве в полости рта, методы стоматологической хирургии и профилактики, причины, клинические особенности, диагностика, методы лечения, осложнения и их профилактика, воспалительные заболевания желез, травмы твердых и мягких тканей полости рта, оральные опухоли, полости и производные опухоли, чтобы покрыть свои методы лечения, и думать о будущем общей практики стоматологии клинических признаков болезни и ее лечения, а также для определения принципов фундамента. Распространение коронавирусной инфекции по всему миру глобальная проблема для всего человечества. Пандемия объединила все страны и столкнула с необходимостью предпринимать нужные и своевременные решения.

Чтобы все запланированные руководством действия были осуществлены в полной мере и дали положительный эффект в деле снижения размеров распространения коронавирусной инфекции, глава государства в очередной раз призвал общество к консолидации усилий, проявлению сознательности, терпения и ответственности, соблюдению железной дисциплины. Только в этом случае мы сможем побороть пандемию с наименьшими потерями и в скорейший срок.

II. Цели и задачи учебного процесса

Цель преподавания науки и технологий, участвующих в процессе чтения предмет стоматологической хирургии «и» основные практические навыки путем теоретических и практических знаний из отделов, чтобы убедиться, что члены общих заболеваний ротовой полости структуры системы здравоохранения, которые обеспечивают амбулаторную хирургическую стоматологическую помощь врачей общей практики медико-стоматологический препарат.

Миссия науки - шаг за шагом от теоретических знаний студентов до уровня завершения практических навыков; внедрение современных педагогических технологий в класс, повышение уровня студенческого клинического мышления и знаний; преподавать историю хирургической стоматологии и ее отделов, идентифицировать препараты, используемые в стоматологии, для обнаружения и зубочистки, методы удаления зубов, общие и местные осложнения, которые могут возникать во время и после удаления зуба.

В контексте темы «Хирургия полости рта» бакалавр:

- место и роль хирурга в хирургической стоматологической поликлинике;
- определить руководящие принципы лечения стационарных состояний;
- организация хирургической стоматологической помощи;
- регистрация и отчетность в амбулатории;
- соблюдение асептических и антисептических правил;
- отправка пациента другому специалисту;
- планирование анестезии при манипуляциях и операциях в полости рта;

- иметь представление о важности рациональной дозировки при выборе анестетиков в соответствии с механизмом действия и сочетанием других лекарств;
- пальпация полости рта;
- перкуссия зубов;
- знать и контролировать инфильтрацию и инфильтрацию верхней и нижней челюстей;
- трансплантация туберкулеза в верхней челюсти;
- подглазничная анестезия у верхней челюсти;
- Ингаляционная анестезия на верхней челюсти;
- проведение небной анестезии у верхней челюсти;
- нижнечелюстная анестезия в нижней челюсти;
- торакальная анестезия в нижней челюсти;
- проведение умственной анестезии в нижней челюсти;
- вытягивание зубов вместе с верхней и нижней губками;
- вытягивание зубов верхней и нижней губками с использованием лифтов;
- получение верхних и нижних корней челюсти с использованием лопат, силосов, дельфинов и баров;
- местные методы остановки кровотечения после кровотечения верхней и нижней челюстей (тампонада и ставки);
- определение рекомендаций по защите зубов;
- выбор тактики лечения стоматологических заболеваний;
- обладают способностью диагностировать и лечить неodontогенные воспалительные заболевания.
- обнаружение физиологических и патологических изменений в организме в определенных физиологических условиях и зубах, потерянных при относительных локальных и общих заболеваниях и операциях с зубами;
- При хирургической стоматологии лечение должно быть способно обучать пациентов сопутствующими заболеваниями, чтобы они не страдали от серьезного заболевания.

1.3. Связь предмета с другими предметами, предусмотренными в учебном плане и его место в системе здравоохранения

Данный предмет тесно связан со следующими предметами, предусмотренными учебной программой: нормальная анатомия, нормальная и патологическая физиология, микробиология, биохимия, клиническая фармакология, пропедевтика внутренних болезней, терапия.

Полученные в ходе занятия являются базой для изучения стоматологических заболеваний, которые могут быть вызваны патологическими процессами других органов и систем (например, ЛОР-болезней, эндокринологии, терапии, стоматологии и др.)

1.4. Современные информационные и педагогические технологии в изучении предмета

Положения, связанные с процессом преподавания и определяющие качество образования: преподавание на высоком научно-педагогическом уровне, чтение проблемных лекций, организация учебного процесса в виде вопросов и ответов, использование передовых

педагогических технологий и мультимедийных средств, перед студентами ставить проблемы, которые будут заставлять их клинически мыслить, требовательность, индивидуальная работа со студентами, приучение студентов к свободному общению, вовлечение научным исследованиям.

При планировании изучения предмета стоматологических заболеваний применяется следующие концептуальные подходы:

Обучение, направленное на личность. Предполагает всестороннее развитие каждого участника образовательного процесса. В свою очередь при планировании учебного процесса нужно учитывать не только личность отдельного обучающегося, но и специфику его будущей специальности.

Системный подход. Образовательные технологии должны содержать все признаки системы: логику процесса, связь всех его частей, целостность.

Деятельный подход. Означает учебный процесс направленный на формирование личности, активизация и интенсификация деятельности обучающегося, в процессе обучения учитывать все способности и возможности студента, раскрытие его инициативности.

Диалогический подход. Этот подход означает нужду создания учебных отношений. В результате этого усиливаются способности личности само активации и самореализации личности.

Организация учебного процесса на основе сотрудничества. Означает необходимость демократичности, равенства, при формировании содержания процесса обучающего и обучаемого и обращения внимания на необходимость внедрения сотрудничества при оценке полученных результатов.

Проблемное обучение. Способ преподнесения содержания образования в виде проблем помогает активировать деятельность обучающегося. В результате этого обеспечивается самостоятельная деятельность студентов.

Применение современных методов и приемов передачи информации – внедрение новых информационных и компьютерных технологий в учебный процесс.

Методы и техника обучения. Лекции, проблемное обучение, кейс стади, пинборд, парадокс и метод проектирования, практическая работа.

Формы организации учебного процесса: диалог, сотрудничество и фронтальное взаимообучение, коллектив и группа.

Средства обучения: наряду с традиционными формами обучения (учебник, тексты лекций) компьютер и информационные технологии.

Методы коммуникации: непосредственное взаимное общения основанное на оперативной обратной связи с обучающимися.

Методы и средства обратной связи: наблюдение, блиц-опрос, диагностика обучения на основе анализа данных текущего, промежуточного и итогового контроля.

Методы и средства руководства: **планирование учебных занятий на основе хронологической карты, совместные действия преподавателя и студента для достижения поставленной цели, контроль не только аудиторных но и вне аудиторных работ.**

УЧЕБНЫЕ ЧАСЫ

ОБЁМ ЧАС		Самостоятельная
-------------	--	-----------------

	общее	Лекция	Практическое занятие	семинар	Клинические занятия	работа
137	72	14	22	-	36	65

III. Темы лекции

Темы	V семестр	
1.	Хирургическая стоматология и её содержание. История развития ХС в Узбекистане и учёние которые повлияли на развитие ХС. Планирование хирургической стоматологической помощи в амбулатории и стационаре. Инструменты, используемые в ХС	2s
2.	Асептика и антисептика в ХС. Требования к дезинфекции и стерилизации в ХС. Методы защиты больных и врачей от инфекции. Требования к стерилизации клиники государственных организаций.	2s
3.	Обезболивание общее обезболивание, наркоз.виды. Показания и противопоказания к проведению наркоза при амбулаторном и стационарном условии. Эндотрахеал наркоз. Препараты, используемые при ингаляционном и неингаляционном наркозе. Реанимация сердечно-легочной системы.	2s
4.	Обезболивание в Стоматологии. Двигательные и чувствительные волокна тройничного нерва. Ганглии, находящие в пути тройничного нерва. Особенность их обезболивания. Анестезия 2го и 3го ветви тройничного нерва	2s
	VI семестр	
5.	Местное обезболивание, показания и противопоказания. Виды МА и анестетики, применяемые при МА. Механизм действия МА. Центральное обезболивание. Нейрофизиология клетки.	2s
6.	Потенцированная местная анестезия, препараты пролонгирующие действие местных анестетиков. Фармакология вазоконстрикторов и их применение. Подготовка и анестезия больных с сопутствующими заболеваниями	2s
7.	Операция удаления зуба, показания и противопоказания.	2s
		14

Тематический план:

	Темы	V семестр	часы
1.	Организация Хирургического стоматологического кабинета. Используемые инструменты В хирургической стоматологии. Литература: А - 1,2,3, Д - 1,2,3,4,5,6,7,8,9		2
2.	Методы обследования больных в ХС. Заполнение истории болезни - форма №043/У. Литература: А - 1,2,3, Д -1,2,3,4,5,6,7,8,9		2
3.	Методы инфильтрационного обезболивания. Инфраорбитальное обезболивание. Литература: А - 1,2,3, Д -1,2,3,4,5,6,7,8,9		2

4.	Туберальная анестезия и метод Егорова, Вайсблата. Палатинальная анестезия. Палатинал оғриксизлантириш. Литература: А - 1,2,3, Д -1,2,3,4,5,6,7,8,9	2
5.	Инсизивальная анестезия. Литература: А - 1,2,3, Д -1,2,3,4,5,6,7,8,9	2
6.	Все методы мандибулярной анестезии. Литература: А - 1,2,3, Д -1,2,3,4,5,6,7,8,9	2
7.	Обезболивание нижнего альвеолярного нерва.. Литература: А - 1,2,3, Д -1,2,3,4,5,6,7,8,9	2
8.	Торусальная анестезия. Ментальная анестезия.. Литература: А - 1,2,3, Д -1,2,3,4,5,6,7,8,9	22
9.	Препараты удлиняющие действие анестетиков. Литература: А - 1,2,3, Д -1,2,3,4,5,6,7,8	2
10.	общее обезболивание, наркоз.виды. Показания и противопоказания к проведение наркоза при амбулаторном и стационарном условии.	2
11.	Эндотрахеал наркоз. Препараты, используемые при ингаляционном и неингаляционном наркозе Литература: А - 1,2,3, Д -1,2,3,4,5,6,7,8,9	2
12.	Местные и общие осложнения при обезболивании в стоматологии. Литература: А - 1,2,3, Д -1,2,3,4,5,6,7,8,9	
13.	Клинические признаки анафилактического шока. Литература: А - 1,2,3, Д -1,2,3,4,5,6,7,8,9	2
14.	Сердечно-лёгочная реанимация. Коронавирус- глобальная проблема в мире. Реформы принятые в Узбекистане против коронавирусной инфекции. Литература: А - 1,2,3, Д -1,2,3,4,5,6,7,8,9	2
	В семестр	28
1.	Удаление зуба. Инструменты для удаления зубов. Методика удаления верхних фронтальных зубов Определение коронавирусной инфекции у пациентов и симптоматика болезни. Литература: А - 1,2,3, Д -1,2,3,4,5,6,7,8,9	2
2.	Методика удаления верхних больше коренных зубов Литература: А - 1,2,3, Д -1,2,3,4,5,6,7,8,9	2
3.	Методика удаления нижних фронтальных, малых коренных зубов Литература: А - 1,2,3, Д -1,2,3,4,5,6,7,8,9	2
4.	Методика удаления нижних больших коренных зубов Литература: А - 1,2,3, Д -1,2,3,4,5,6,7,8,9	2
5.	Методика удаления корней на верхней челюсти. Литература: А - 1,2,3, Д -1,2,3,4,5,6,7,8,9	2
6.	Методика удаления корней на нижней челюсти. Литература: А - 1,2,3,	

	Д -1,2,3,4,5,6,7,8,9	
7.	Удаление корней бор машинкой и долотом на верхней челюсти. Литература: А - 1,2,3, Д -1,2,3,4,5,6,7,8,9	2
8.	Удаление корней бор машинкой и долотом на нижней челюсти. Литература: А - 1,2,3, Д -1,2,3,4,5,6,7,8,9	2
9.	Осложнения после удаления зубов на верхней челюсти. Литература: А - 1,2,3, Д -1,2,3,4,5,6,7,8,9	2
10.	Осложнения после удаления зубов на нижней челюсти. Литература: А - 1,2,3, Q-1,2,3,4,5,6,7,8,9	2
11.	Причины трудного прорезывания 8 зубов. Литература: А - 1,2,3, Д-1,2,3,4,5,6,7,8,9	2
12.	Операции при периодонтитах. (реплантация зуба, резекция верхушки корня, ампутация корня, гемисекциязуба). Литература: А - 1,2,3, Д -1,2,3,4,5,6,7,8,9	2
13.	Гнойные заболевания в ротовой полости: Перикоронарит Литература: А - 1,2,3, Д -1,2,3,4,5,6,7,8,9	
14.	Гнойные заболевания в ротовой полости: переостит, нёбный абсцесс, под язычный абсцес. Литература: А - 1,2,3, Д -1,2,3,4,5,6,7,8,9	2
15.	Подготовка полости рта на протезирование Литература: А - 1,2,3, Д -1,2,3,4,5,6,7,8,9	2
		30/58

Тематика по самостоятельной работе:

1.	Учёные которые помогли развить ХС в Узбекистане.	6
2.	Инервационные зоны тройничного нерва 1 ветвь.	6
3.	Современные обезболивающие препараты. Препараты используемые в поликлинике.	6
4.	Препараты которые удлиняют действие анестетика. Местные осложнения при обезболивании и первая помощь.	6
5.	Методы центральной анестезии на верхней и нижней челюсти.	6
6.	Обезболивание у больных с сопутствующими заболеваниями.	5
7.	Обморок и симптомы обморока. Первая помощь при обмороке.	5
8.	Коллапс и симптомы коллапса. Анафилактический шок. Первая помощь.	5
9.	Эндотрахеальный наркоз. Показание к проведению эндотрахеального наркоза в поликлинике. Препараты для общего наркоза.	5
10.	Современныекровоостанавливающиепрепараты.	5

11.	Удаление зубов бор машинкой, долотом и элеватором.	5
12.	Показание и противопоказание к зубосодержащим операциям. Подготовка полости рта к протезированию.	5
		65с

Мониторинг и оценка: плановый контроль результатов обучения в течении каждого занятия и всего. В конце цикла оценить уровень знаний студентов.

В процессе изучения предмета пропедевтика стоматологических заболеваний будут применяться обучающие и проверяющие компьютерные программы, раздаточные материалы по темам занятия.

Студенты готовят рефераты и презентации по независимым темам и делают презентации.

VI. Основная и дополнительная учебная литература и источники информации

Основная литература

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
2. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - Москва: Медицина, 1990.

Дополнительная литература:

1. Дэвид А. Митчелл, Анастасиос Н. Канатас. Введение в хирургию устного и челюстно-лицевого хирургов - 2015 (переведено на русский язык кафедрой). Принципы перфориральной и челюстно-лицевой хирургии-2004.
2. Нелима Анил Малик, учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии-2008
4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». М.: «Медицина», 2000.
5. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - Хирург лучевой терапии и химиотерапии при Руководстве по хирургической стоматологии. - Москва: Медицина, 2000, стр. 1.
6. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. «Сепсис».: Медицина, 1983.
7. Вязьмитина А.В., Использование Т.Л. «Хирургическая стоматология»: практика. Phenix. 2006.
8. Жилонов А.А. Абдуллаев Ш.Ю. Кудратов Ш. Садыкова Х.К. «Операция лица и челюсти» Т., 2016.
9. Рабухина Н.А. «Радиодиагностические методы диагностики некоторых заболеваний челюстно-лицевой области». М.: «Медицина», 1990.
10. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. «Хирургическая стоматология». М.: «Медика», 1996.
11. Сабо Е. «Хирургия на амбулаторной зубов и полости рта». Академия наук Венгрия, Будапешт. 1977.
12. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи». М.: «Медицина», 2001.

13. Шаргородский А.Г. «Руководство по практическим занятиям по хирургической стоматологии». М.: «Медицина», 1976.

14. Письменные тексты.

Л Е К Ц И И.

1. Хирургическая стоматология и её содержание. История развития ХС в Узбекистане и учёние которые повлияли на развитие ХС. Планирование хирургической стоматологической помощи в амбулатории и стационаре. Инструменты, используемые в ХС	2s
2. Асептика и антисептика в ХС. Требования к дезинфекции и стерилизации в ХС. Методы защиты больных и врачей от инфекции. Требования к стерилизации клиники государственных организации.	2s
3. Обезболивание общее обезболивание, наркоз.виды. Показания и противопоказания к проведение наркоза при амбулаторном и стационарном условии. Эндотрахеал наркоз. Препараты, используемые при ингаляционном и неингаляционном наркозе. Реанимация сердечно-легочной системы.	2s
4. Обезболивание в Стоматологии. Двигательные и чувствительные волокна тройничного нерва. Ганглии, находящие в пути тройничного нерва. Особенность их обезболивания. Анестезия 2го и 3го ветви тройничного нерва	2s
VI семестр	
5. Местное обезболивание, показания и противопоказания. Виды МА и анестетики, применяемые при МА. Механизм действия МА. Центральное обезболивание. Нейрофизиология клетки.	2s
6. Потенцированная местная анестезия, препараты пролонгирующие действие местных анестетиков. Фармакология вазоконстрикторов и их применение. Подготовка и анестезия больных с сопутствующими заболеваниями	2s
7. Операция удаления зуба, показания и противопоказания.	2s

1 ЛЕКЦИЯ: Хирургическая стоматология и её содержание. История развития ХС в Узбекистане и учёние которые повлияли на развитие ХС. Планирование хирургической стоматологической помощи в амбулатории и стационаре.
Инструменты, используемые в ХС

Хронологическая карта лекции.

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжи- тельность в мин.
			80
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение домашнего задания	Опрос, объяснение	15
3	Обследование больного в стационаре		5
4	Усовершенствование практических навыков, работа с муляжами, клинико-лабораторным оборудованием, аппаратурой	Работа с клинико-лабораторным оборудованием	15
5	Обсуждение практической части занятия	Опрос, объяснение	10
6	Обсуждение темы занятия, реферативное сообщение, семинар, дискуссия	Реферативное сообщение, семинар, дискуссия	10
7	Работа в группе. Демонстрация видеозаписей по теме, разбор ситуационных задач, компьютерные программы, деловые игры и т.д.	Демонстрация, интерактивные формы - активные,	10

		пассивные	
8	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания студентам на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	10

Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в (%) и баллах	Оценка	Уровень знания студента
1.	96-100	Отлично «5»	Подводит итоги и принимает решения Творчески мыслит Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
2.	91-95		Творчески мыслит Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
3.	86-90		Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
4.	81-85	Хорошо «4»	Применяет на практике Проявляет высокую активность при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не достаточно полно Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
5.	76-80		Проявляет активность при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точно представления
6.	71-75		Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное Понимает суть вопроса

			Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
7.	66-70	Удовлетворительно «3»	Понимает суть вопроса Правильно решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответ Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления по отдельным вопросам темы
8.	61-65		Допускает ошибки при решении ситуационных задач Знает, рассказывает не уверенно Имеет точные представления по отдельным вопросам темы
9.	55-60		Знает, рассказывает не уверенно Имеет частичные представления
10.	54 и ниже	Неудовлетворительно «2»	Не имеет точного представления Не знает

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

1. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.
 2. Тесты 1 уровня сложности.
 3. Тесты 2 уровня сложности.
 4. Ситуационные задачи.
2. Продолжительность изучения темы -количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполнять амбулаторную карту;
- заполнять стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственности в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаимодействующих в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия — строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения — организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена — санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии — стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия — понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания — организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология — обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание лекции.

Теоретическая часть

Организация хирургической стоматологической помощи населению. Организация поликлинической хирургической стоматологической помощи населению.

Согласно Приказа министерства здравоохранения предусмотрена организация республиканской, краевой, областной стоматологических поликлиник, в составе которых должно быть хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет.

В городах, городских районах имеются стоматологические поликлиники или стоматологические отделения в общих поликлиниках, в которых предусмотрены хирургические кабинеты, где помощь оказывается по принципу территориального проживания. В составе отделений скорой медицинской помощи предусмотрено стоматологическое отделение.

При медико-санитарных частях (МСЧ) промышленных предприятий, производственных объединений, в специализированных детских больницах и диспансерах хирургическая помощь стоматологическим больным оказывается в хирургическом кабинете (при наличии стоматологического отделения) или в стоматологическом кабинете, где проводится смешанный прием больных, если при данном учреждении нет стоматологического отделения. Помощь носит профилактическую направленность.

В сельской местности, согласно указанному выше приказу, стоматологические кабинеты должны быть созданы при центральной районной больнице; в них проводится лечение всех стоматологических заболеваний, в том числе и хирургических.

При организации хирургического отделения (кабинета) стоматологической поликлиники (отделения) следует учитывать: численность населения, которое в нем будет лечиться; территорию обеспечения помощью; особенности контингента населения; санитарно-гигиенические требования к планировке помещения; штатное расписание, соответствующее категории поликлиники; табель оборудования больницы и поликлиники.

Для обеспечения успешной работы отделения (кабинета) необходимо правильно произвести расстановку кадров, строго регламентировать служебные обязанности каждого работника и объем работы отделения (кабинета) в целом, а также ведение соответствующей документации:

Помещение хирургического отделения (кабинета). При планировании хирургического отделения стоматологической поликлиники следует пользоваться «Санитарными правилами устройства, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охраны труда и личной гигиены персонала», в которых указано, что в стоматологических поликлиниках, где организуется отделение хирургической стоматологии, должно быть не менее 5 помещений:

- * помещение для ожидания больных из расчета 1,2 м² на одного больного с учетом не менее 4 больных, одновременно ожидающих приема врача. Допускается ожидание хирургических больных в общем помещении поликлиники;

- * предоперационная площадью не менее 10 м²;

- * операционная с одним стоматологическим креслом (операционным столом) площадью не менее 23 м², а при установке каждого последующего кресла (операционного стола) должно добавляться по 7 м²;

- * стерилизационная площадью не менее 8 м²;

- * комната временного пребывания больных после операции.

В стоматологических поликлиниках при наличии хирургического кабинета должно быть не менее 3 помещений:

- * помещение для ожидания больных (допускается ожидание больных в общем помещении);

- * комната с вытяжным шкафом площадью не менее 10 м² для стерилизации инструментов, приготовления материалов, подготовки персонала (мытьё рук, переодевание);

- * операционная площадью не менее 14 м² на одно кресло и 7 м² на каждое последующее кресло для удаления зубов и выполнения других амбулаторных операций.

В общих поликлиниках, имеющих в структуре стоматологическое отделение с должностью врача-хирурга, должны функционировать самостоятельные хирургические кабинеты. Стены кабинетов хирургического отделения стоматологической поликлиники (операционной, предоперационной, перевязочной) должны быть гладкими, без щелей; стены должны облицовываться на высоту не ниже 1,8 м, а в операционной — на всю высоту плитками из полихлорвинила, полиэстирола или глазурованной плиткой. Пол в кабинетах настилают рулонным поливинилхлоридным материалом (линолеумом) или покрывают керамической плиткой, а в операционной — полимерцементной мастикой или керамической плиткой. Потолки операционной, предоперационной и стерилизационной должны быть окрашены вододисперсионными масляными или клеевыми красками, двери и окна — глифталевыми эмалями или масляной краской. Дверные и оконные проемы должны быть гладкими, легко поддающимися влажному протиранию.

Хирургические кабинеты в стоматологических поликлиниках оборудуются водопроводом, центральным отоплением и горячим водоснабжением. Температура воздуха в хирургических кабинетах в холодное время года 18—23 °С, в теплое — 21—25 °С. Кабинеты должны быть снабжены приточно-вытяжной вентиляцией с механическим побуждением, а также фрамугами и форточками.

Все кабинеты должны иметь естественное освещение и две системы искусственного освещения — общее, отвечающее существующим требованиям, и рабочее — в виде специальных рефлекторов. Мебель в хирургических кабинетах должна быть окрашена нитроэмалевой краской светлых тонов. Рабочие столы покрывают стеклом или пластиковым материалом, окрашенным нитроэмалевой краской или нитролаком.

В отделениях (кабинетах) хирургической стоматологии влажная уборка должна производиться дважды в день: между рабочими сменами и в конце каждого рабочего дня. При такой уборке необходимо мыть мебель, нижнюю часть стен, подоконники и пол горячей мыльной водой. Ежедневно следует проводить облучение помещений бактерицидными лампами. Один раз в

неделю следует проводить генеральную уборку помещений. Бактериологический контроль должен быть критерием оценки санитарного состояния кабинета.

Штатные нормативы устанавливаются на основании Приказа министерства здравоохранения, которым предусмотрено выделение 4 врачей-стоматологов на 10000 населения. Число хирургов среди них зависит от обращаемости за помощью. В стоматологических поликлиниках, где имеется хирургическое отделение на 7—12 штатных должностей, заведующий выделяется на 0,5 ставки из штата врачей. Если в отделении имеется свыше 12 врачебных должностей, то дополнительно выделяется ставка заведующего отделением. Хирурги-стоматологи, работающие в кабинете, подчиняются заведующему лечебно-профилактическим отделением. Штат медицинских сестер устанавливается из расчета одна должность медицинской сестры на каждую должность врача-хирурга. Штат санитарок устанавливается из расчета одна должность на каждую должность врача.

Организация труда в хирургическом отделении (кабинете). Успех работы хирургического отделения (кабинета) во многом зависит от укомплектованности квалифицированными кадрами и организации их труда. При составлении графика работы врачей в поликлиниках, где имеются два—три врача-хирурга в смену, целесообразно в каждой смене (утренней и вечерней) предусмотреть работу более опытных врачей и молодого, менее опытного, который сможет учиться и консультировать больных у своих старших товарищей по работе. В поликлиниках, где работает один хирург в смену, наиболее опытного врача надо использовать в смену, в которую на прием приходит наибольшее количество больных.

Организация лечебной работы. Объем и характер хирургических вмешательств зависят от уровня квалификации хирурга, работающего в отделении. В поликлинических условиях могут быть произведены только такие стоматологические операции, после которых больной может самостоятельно или в сопровождении родственников поехать домой. Наиболее широко распространенной в поликлинических условиях операцией является удаление зуба. К сложным операциям в поликлинике относятся: удаление дистопированных, полуретенированных, ретенированных зубов, хирургическая обработка гнойного очага при остром периостите, остеомиелите, абсцессах, лимфаденитах, наложение швов на раны мягких тканей, репозиция отломков костей лицевого скелета, иммобилизация при переломах челюстей, вправление вывиха нижней челюсти. Перечисленные операции являются неплановыми. В поликлиническом отделении могут быть проведены плановые оперативные вмешательства: реплантация, трансплантация и имплантация зубов, резекция верхушки корня зуба, удаление небольших доброкачественных новообразований мягких и костной тканей челюстно-лицевой области, взятие участка ткани для биопсии, операции по поводу кист челюстей, удаление слюнного камня из протока. Осуществляются также и простые пластические операции по поводу незначительных деформаций мягких тканей и альвеолярного отростка челюстей, а также секвестрэктомия, удаление инородных тел, вмешательства по поводу пародонтита.

Работа в отделении начинается с подготовки кабинета к приему пациентов. Проверяется санитарное состояние кабинета. Медицинская сестра ежедневно перед каждой сменой накрывает два стерильных стола, один из которых предназначен для инструментов, а другой — для перевязочного материала. При наличии в кабинете двух медицинских сестер одна из них работает за стерильным столом, а другая помогает врачу вести прием больных. Если кабинет обслуживает одна сестра, то она работает за стерильным столом с помощью корнцанга (аподактильно). Познакомившись в зале ожидания с больными, записанными на прием, сестра определяет очередность приема пациентов: тяжелые и больные с повышенной температурой должны быть приняты в первую очередь, всех остальных принимают в порядке записи.

Первичные больные в хирургическое отделение могут поступать как из регистратуры, так и из лечебного и ортопедического отделений. Пациента приглашают в кабинет лишь при наличии там истории болезни. Познакомившись с историей болезни, направлением, а также с теми медицинскими документами, которые имеет больной, врач начинает опрос и обследование больного и при необходимости — несложные инструментальные исследования и другие методы диагностики (рентгенологический, терапевтический или ортопедический, лабораторный). При необходимости хирургического лечения устанавливают сроки, объем, место, характер предоперационной подготовки больного. Операции, не требующие специальной подготовки больного, могут быть произведены сразу же в хирургическом кабинете. Не сложные операции осуществляются также в хирургическом кабинете или операционной (в зависимости от объема вмешательства). Плановые операции назначаются на специально предусмотренный операционный

день. В зависимости от количества операций в неделю может быть выделено 1—2—3 операционных дня. Все заключения и назначения выдаются на специальных бланках лечебного учреждения. Данные обследования больного, все манипуляции и назначения врача, результаты лечения должны быть отмечены в истории болезни. Посещение больного всегда регистрируется в специальном журнале. В оформлении документации врачу помогает медицинская сестра. При необходимости повторного посещения больному выдается талон с указанием номера кабинета, дня и времени приема, а также фамилии врача, назначившего прием больного. Историю болезни пациента, назначенного на повторный прием, следует хранить в картотеке в кабинете врача. По окончании приема в регистратуру сдаются истории болезни тех больных, которые не назначены на повторный прием. При необходимости лечения больного на дому отделение выделяет врача, а если нужно, и медицинскую сестру, которые проводят возможные в домашних условиях лечебные манипуляции.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА **«РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»**

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Для работы необходимо:

1. Вопросы, распечатанные на отдельных листах.
2. Чистые листы бумаги, ручки.
3. Рабочая тетрадь.

Ход работы:

1. Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы по 4 студента в каждой.
2. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку.
3. На листе пишется дата, номер, группы, факультет, ФИ студентов-участников данной подгруппы (название деловой игры).
4. Предлагается задание: ответить на один конкретный вопрос всей подгруппе.
5. Каждый студент записывает на листе свою фамилию и один вариант ответа и передает лист соседу, а свою ручку передвигает на середину стола.
6. Педагог контролирует работу группы и участие в ней каждого. Общий правильный вариант записывается в тетради.
7. Студенты, которые дали правильные варианты ответов, получают максимальный балл – 100%, от рейтинга теоретической части – 0,8 б. Студенты, занявшие 2 место – 85,9% рейтинга; занявшие 3 место – 70,9 рейтинга. На ответившие или ответившие неверно – 0 б.
8. На листе ответов преподаватель ставит балл и подпись.
9. Полученный студентами балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие.
10. В нижней свободной части журнала делается отметка о проведении данной деловой игры, староста ставит подпись.
11. Работы студентов сохраняются преподавателем.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИГРЫ:

«РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»

1. Организация поликлинической хирургической стоматологической помощи населению.
2. Помещение хирургического отделения (кабинета).
3. Оснащение хирургического отделения (кабинета).
4. Штатные нормативы бюджетных медицинских организаций.
5. Организация труда и лечебной работы в хирургическом отделении (кабинета).
6. Организация работы хирургического стоматологического стационара.
7. Ведение медицинской документации.
8. Асептика, антисептика.

10. Контрольные вопросы

1. Понятие о хирургической стоматологии как о науке.
2. Развитие хирургической стоматологии в Узбекистане.
3. Помещение хирургического отделения (кабинета).

4. Санитарные требования предъявляемые при организации хирургической стоматологической помощи.
5. Штатные нормативы медицинского персонала.
6. Организация лечебной работы в поликлинике и клинике хирургической стоматологии.
7. Организация стоматологической помощи в стационаре.
8. Ведение медицинской документации.
9. Понятие об асептике и антисептике.

11. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Учебник «Хирургическая стоматология». Под редакцией профессора Робустовой Т.Г. Москва. 2003 год.
2. Азимов М.И. Жаррохлик стоматология пропедевтикаси / «Ўзбекистон миллий энциклопедияси» Давлат илмий нашриёти, Тошкент – 2009. 247 с.

Дополнительная:

1. Основы хирургической стоматологии. Бернадский Ю.И. Киев. 1984.
2. Стоматология – руководство к практическим занятиям. Под редакцией Боровского Е.В. Москва. 1987.

2 Лекция. Асептика и антисептика в ХС. Требования к дезинфекции и стерилизации в ХС. Методы защиты больных и врачей от инфекции. Требования к стерилизации клиники государственных организаций.

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

5. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.
 6. Тесты 1 уровня сложности.
 7. Тесты 2 уровня сложности.
 8. Ситуационные задачи.
2. Продолжительность изучения темы -количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполнять амбулаторную карту;
- заполнять стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или

хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственности в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаимодействующих в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия — строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения — организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена — санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии — стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия — понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания — организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология — обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

Организация работы в операционной. Подготавливая операционную комнату к работе, сестра знакомится со списком назначенных операций, подбирает необходимые для них инструменты, которые стерилизует перед началом работы. Затем накрывает два стерильных стола — один для материала, а второй — для необходимого на весь день инструментария. Перед укладкой больного на операционный стол (кресло) сестра готовит меньший инструментальный стол со всем необходимым для данной операции инструментарием. Для проведения операции хирургу необходим ассистент, роль которого может выполнить опытная медицинская сестра, врач-интерн или студент на производственной практике. В хирургических отделениях и кабинетах стоматологических поликлиник (отделений), где нет специально выделенного помещения для операционной, операции могут быть произведены в хирургическом кабинете. Это возможно, однако, только при условии, если в операционный день не будет планового приема больных. При организации хирургической работы в стоматологическом кабинете на смешанном приеме следует предусмотреть проведение минимального количества хирургических операций.

Крупные стоматологические поликлиники обычно являются консультативно-методическими центрами по специальности. В хирургическом отделении таких поликлиник производятся консультации больных, направляемых врачами поликлиники, а также врачами района, которые работают в небольших стоматологических отделениях и кабинетах. В крупных городах к таким

поликлиникам прикрепляются для консультативной работы хирурги-стоматологи из научных и учебных заведений, что повышает качество консультативной помощи.

Важным разделом работы хирургического отделения (кабинета) является участие в плановой профилактической диспансеризации населения. Хирургические вмешательства занимают важное место в комплексе мероприятий по санации больных.

1. Понятие об организации стоматологической помощи населению в городах, промышленных предприятиях и в сельской местности.
2. Из каких помещений состоит хирургической стоматологическое отделение.
3. Штатные нормативы медицинского персонала отделения.
4. Оснащение отделения.
5. Организация лечебной работы.
6. Организация стоматологической помощи в стационаре.

Ведение медицинской документации

Организация работы хирургического стоматологического стационара.

Стационар предназначен для обследования и лечения больных с заболеваниями челюстно-лицевой области, требующими хирургического или консервативного лечения в клинических условиях. В стационарном лечении нуждаются 1,5% всех больных, обращающихся к врачу-стоматологу. Имеются заболевания челюстно-лицевой области, при которых больные должны быть госпитализированные в срочном порядке через службу неотложной помощи. К ним относятся абсцесс и флегмона, острая травма, перелом костей лицевого скелета, кровотечение и др. В хирургический стоматологический стационар поступают также больные по поводу последствий травмы, врожденных пороков развития, новообразований. Они нуждаются в соответствующих оперативных вмешательствах, которые могут быть проведены в плановом порядке. Эти больные должны быть заранее подготовлены к госпитализации в условиях поликлиники, где им в обязательном порядке должна производиться санация полости рта.

В стационаре должны работать высококвалифицированные хирурги-стоматологи. Это в основном врачи, окончившие клиническую ординатуру при кафедрах хирургической стоматологии одного из медицинских вузов и получившие необходимые хирургические навыки в работе.

Хирургический стоматологический стационар должен иметь те же подразделения, что и хирургический стационар общего профиля: операционно-перевязочный блок, процедурные комнаты, пищеблок, палаты, в том числе интенсивной терапии, посты медицинских сестер, материальные комнаты и другие помещения, которые есть в стационаре любого профиля. В многопрофильной больнице имеются и отделения интенсивной терапии, в которых лечатся и хирургические стоматологические больные.

В стоматологическом стационаре следует организовать специальную комнату для проведения гигиенических процедур в полости рта. Больные после операций на челюстно-лицевой области часто не могут пользоваться обычными методами гигиены полости рта и нуждаются в специальных приспособлениях и средствах. Понятие об организации стоматологической помощи населению в городах, промышленных предприятиях и в сельской местности.

Используемые на данном занятии новые педагогические технологии: «Ручка на середине стола»

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА

«РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Для работы необходимо:

4. Вопросы, распечатанные на отдельных листах.
5. Чистые листы бумаги, ручки.
6. Рабочая тетрадь.

Ход работы:

12. Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы по 4 студента в каждой.
13. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку.
14. На листе пишется дата, номер, группы, факультет, ФИ студентов-участников данной подгруппы (название деловой игры).
15. Предлагается задание: ответить на один конкретный вопрос всей подгруппе.

16. Каждый студент записывает на листе свою фамилию и один вариант ответа и передает лист соседу, а свою ручку передвигает на середину стола.
17. Педагог контролирует работу группы и участие в ней каждого. Общий правильный вариант записывается в тетради.
18. Студенты, которые дали правильные варианты ответов, получают максимальный балл – 100%, от рейтинга теоретической части – 0,8 б. Студенты, занявшие 2 место – 85,9% рейтинга; занявшие 3 место – 70,9 рейтинга. На ответившие или ответившие неверно – 0 б.
19. На листе ответов преподаватель ставит балл и подпись.
20. Полученный студентами балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие.
21. В нижней свободной части журнала делается отметка о проведении данной деловой игры, староста ставит подпись.
22. Работы студентов сохраняются преподавателем.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИГРЫ: «РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»

9. Организация поликлинической хирургической стоматологической помощи населению.
10. Помещение хирургического отделения (кабинета).
11. Оснащение хирургического отделения (кабинета).
12. Штатные нормативы бюджетных медицинских организаций.
13. Организация труда и лечебной работы в хирургическом отделении (кабинета).
14. Организация работы хирургического стоматологического стационара.
15. Ведение медицинской документации.
16. Асептика, антисептика.

10. Контрольные вопросы

10. Понятие о хирургической стоматологии как о науке.
11. Развитие хирургической стоматологии в Узбекистане.
12. Помещение хирургического отделения (кабинета).
13. Санитарные требования предъявляемые при организации хирургической стоматологической помощи.
14. Штатные нормативы медицинского персонала.
15. Организация лечебной работы в поликлинике и клинике хирургической стоматологии.
16. Организация стоматологической помощи в стационаре.
17. Ведение медицинской документации.
18. Понятие об асептике и антисептике.

11. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Учебник «Хирургическая стоматология». Под редакцией профессора Робустовой Т.Г. Москва. 2003 год.
2. Азимов М.И. Жаррохлик стоматология пропедевтикаси / «Узбекистон миллий энциклопедияси» Давлат илмий нашриёти, Тошкент – 2009. 247 с.

Дополнительная:

3. Основы хирургической стоматологии. Бернадский Ю.И. Киев. 1984.
4. Стоматология – руководство к практическим занятиям. Под редакцией Боровского Е.В. Москва. 1987.

3 Лекция Обезболивание общее обезболивание, наркоз.виды. Показания и противопоказания к проведению наркоза при амбулаторном и стационарном условии. Эндотрахеал наркоз. Препараты, используемые при ингаляционном и неингаляционном наркозе. Реванимация сердечно-легочной системы.

Цель занятия

- научить технике проведения инфраорбитальной анестезии

- научить технике проведения туберальной анестезии
- научить технике проведения палатинальной анестезии
- научить технике проведения анестезии у резцового отверстия

Задачи Студент должен знать:

- анатомия и топография тройничного нерва;
- зону иннервации II – ветви тройничного нерва;
- проведение инфильтрационной анестезии на верхней челюсти;
- проведение проводниковой анестезии на верхней челюсти.

Студент должен уметь:

- нарисовать схему иннервацию II ветви тройничного нерва;
- нарисовать схему иннервации III ветви тройничного нерва;
- показать на фантоме верхней челюсти зону иннервации II ветви тройничного нерва
- проводить на фантоме пошагово проводниковое обезболивание.

4. Мотивация

Органы полости рта получают иннервацию от двигательных, чувствительных, вегетативных (симпатических и парасимпатических) нервов. Тройничный нерв – смешанный. В нем содержатся двигательные, чувствительные, парасимпатические нервные волокна. Чувствительную иннервацию органы полости рта в основном получают от тройничного нерва.

От тройничного нерва отходят три крупные ветви: 1) глазной нерв; 2) верхнечелюстной нерв; 3) нижнечелюстной нерв.

Поэтому знание анатомии и области иннервации тройничного нерва является важным звеном при изучении раздела обезболивания в стоматологии.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомии – строение верхней, нижней челюсти, зубов, альвеолярного отростка, слизистой полости рта. Строение тройничного нерва и его зона иннервации. Узлы тройничного нерва. Ядра тройничного нерва.

топографической анатомии – топография тройничного нерва. Топография сосудов лица.

гистологии – гистологическое строение нервных волокон, нервных узлов. Структура нервной клетки. Структура и расположение нервных синапсов.

нормальной физиологии – механизмы передачи нервных импульсов, функции синапсов.

терапевтической стоматологии – строение зубов, слизистой полости рта. Инструменты для осмотра полости рта.

нормальной физиологии – понятие о физиологической регенерации тканей, акт дыхания, глотания и речи, участие в нем органов полости рта и носоглотки, характеристика нервной ткани;

патологической физиологии – патологические изменения при шоке, обмороке, коллапсе.

анестезиология и реаниматология – особенности оказания помощи при осложнениях местного обезболивания (анафилактический шок, обморок, коллапс);

фармакологии – фармакокинетика, фармакодинамика местноанестезирующих препаратов и препаратов, пролонгирующих их действие.

психологии – особенности психоневрологического статуса больных, понятие о психоэмоциональном стрессе, понятие о тревоге и страхе, формы их проявления, работа с больными, испытывающими страх и тревогу, состояние ипохондрии в медицине и защита от него, психотерапевтическая подготовка больного к местной анестезии;

Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими всех клинических дисциплин и хирургической стоматологии.

6. Содержание занятия

Общее обезболивание (анестезия) - состояние обратимого торможения центральной нервной системы, достигаемое фармакологическими средствами, воздействием физических или психических факторов. Оно предполагает подавление восприятия болевых раздражений, достижение нейровегетативной блокады и мышечной релаксации, выключение сознания, поддержание адекватного газообмена и кровообращения, регуляцию обменных процессов. К общему обезболиванию относят наркоз, нейролептаналгезию, атаралгезию, центральную анальгезию, аудио анестезию и гипноз.

Наркоз. Для достижения наркоза чаще используют фармакологические средства (вещества), реже - физические факторы (электронаркоз). Средства, которыми проводят наркоз, называются наркотическими (общие анестетики). Различают ингаляционный и неингаляционный наркоз.

Ингаляционный наркоз проводится жидкими (парообразными) анестетиками (диэтиловый эфир, фторотан, трихлорэтилен, пентран, хлороформ) или наркотическими газами (закись азота, циклопропан). Они поступают в организм через легкие. Ингаляционный наркоз проводят с помощью ротоносовой или носовой масок (масочный наркоз), назофарингеальной трубки (назофарингеальный), эндотрахеальной трубки, когда наркотическая смесь, минуя верхние дыхательные пути, поступает непосредственно в трахею и бронхи (эндотрахеальный, или интубационный, наркоз). Интубировать больного можно через рот или нос с помощью ларингоскопа под контролем зрения, через нос вслепую (без помощи ларингоскопа), по строгим показаниям через трахеостому. Основное преимущество ингаляционного наркоза — хорошая управляемость.

Особенности наркоза. Проводя наркоз в условиях поликлиники, следует применять общий анестетик, обеспечивающий быстрое засыпание и быстрое пробуждение больного без побочных явлений.

Показания к наркозу. Различают общие и специальные показания к наркозу. Общими показаниями, определяющими выбор наркоза как способа обезболивания, являются:

1. Аллергические реакции на введение местного анестетика (покраснение кожных покровов, зуд, высыпания на коже, бледность, тошнота, рвота, падение артериального давления или анафилактический шок).
2. Повышенная чувствительность к местному анестетику (непереносимость), когда введение терапевтической или более низкой дозы его сопровождается признаками интоксикации.
3. Неэффективность или невозможность местного обезболивания (рубцово-измененные ткани, анатомические изменения в силу приобретенных дефектов, наличие очагов гнойного воспаления и т. д.).
4. Неуравновешенность (лабильность) психики больного (непреодолимый страх перед предстоящим вмешательством, боязнь стоматологического кресла и инструментов).
5. Неполноценность психики больного (олигофрения, последствия перенесенного менингита и т.д.).
6. Травматичность вмешательства.
7. Оперативные вмешательства у детей

Противопоказания к наркозу. Основными противопоказаниями к наркозу в поликлинике являются: острые заболевания паренхиматозных органов, сердечно-сосудистая недостаточность в стадии декомпенсации, инфаркт миокарда и постинфарктный период до 6 мес, постинфарктный синдром, выраженная анемия, тяжелая форма бронхиальной астмы, острое алкогольное или наркотическое опьянение, заболевания надпочечников (феохромоцитома и др.), длительный прием глюкокортикоидных препаратов (кортизон, гидрокортизон, преднизолон, дексаметазон и др.), острые воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, пневмония, выраженный тиреотоксикоз, некомпенсированный сахарный диабет, частые приступы эпилепсии, полный желудок.

Перед наркозом и операцией больному проводят комплекс подготовительных мероприятий, включая психотерапию, подготовку полости рта и желудочно-кишечного тракта, введение лекарственных препаратов со строго определенной целью.

Психологическая подготовка, проводимая лечащим врачом, предполагает создание благоприятного эмоционального фона. Начинают ее сразу после поступления больного в стационар. Эффект психологической подготовки может быть усилен назначением малых транквилизаторов.

Полость рта, носа и глотка должны быть санированы, подвижные зубы (особенно фронтальные) укреплены каппами.

Вечером и накануне операции больного не кормят во избежание рвоты и регургитации во время наркоза. На ночь перед операцией очищают прямую кишку с помощью клизмы. Больной должен опорожнить мочевой пузырь.

Особенности эндотрахеального наркоза. Эндотрахеальный наркоз у стоматологических больных проводится так же, как у больных обще хирургического профиля. Однако характер патологического процесса в челюстно-лицевой области может создать значительные трудности для интубации трахеи. Это заболевания, при которых плохо или вообще не открывается рот (анкилозы и контрактуры), опухоли в области языка, дна полости рта, глотки, гортани, микрогения, макрогнатия, микростомы, рубцы в области шеи и др.

У таких больных в ряде случаев интубацию трахеи удается провести только с помощью фиброскопа. Возникает необходимость в особенно тщательной и надежной фиксации интубационной трубки, так как перемещение головы больного во время операции может привести к экстубации. Возможен также перегиб трубки с развитием дыхательной недостаточности. Во время наркоза и операции опасность аспирации крови и слюны почти исключена, а проходимость верхних дыхательных путей обеспечена (при постоянном контроле). Однако в послеоперационном периоде из-за отека мягких тканей языка, дна полости рта, наличия раневого отделяемого во рту, анатомических изменений тканей в области верхних дыхательных путей возможно развитие дыхательной недостаточности.

Показания к эндотрахеальному наркозу. Эндотрахеальный наркоз показан при оперативных вмешательствах в челюстно-лицевой области, которые сопровождаются опасностью нарушения проходимости верхних дыхательных путей вследствие изменения анатомических соотношений тканей и органов полости рта, рото - и носоглотки; при угрозе аспирации крови, слюны и инородных тел в трахею и бронхи. Применяют его при длительных и травматичных операциях, когда возникает необходимость в предотвращении нарушений со стороны внутренних органов и систем; при операциях на мягких тканях лица, когда наркозная маска закрывает операционное поле; при проведении реанимационных мероприятий.

Противопоказания к эндотрахеальному наркозу. Ими являются острые респираторные заболевания верхних дыхательных путей, острые бронхиты, фарингиты, пневмонии, инфекционные заболевания, острые заболевания печени и почек, инфаркт миокарда, сердечно-сосудистая недостаточность в стадии декомпенсации, острые заболевания желез внутренней секреции.

Основы реанимации. Остановка сердца и дыхания приводит к клинической смерти, продолжительность которой — 3—5 мин. Вслед за этим наступает биологическая смерть с необратимыми изменениями в организме. После остановки сердца адекватная функция головного мозга при нормальной температуре тела сохраняется лишь в течение 3—5 мин. Поэтому реанимационные мероприятия, направленные на оживление организма, должны быть начаты немедленно после появления признаков остановки сердца и дыхания, т. е. клинической смерти.

Признаки клинической смерти: 1) отсутствие сознания; 2) отсутствие пульса на крупных артериях (сонная, бедренная); 3) отсутствие дыхания; 4) расширение зрачков и отсутствие реакции их на свет.

Сердечно-легочная реанимация предусматривает восстановление проходимости дыхательных путей, искусственную вентиляцию легких, искусственное поддержание кровообращения путем закрытого массажа сердца, введение лекарственных средств и электрокардиографический контроль эффективности проводимых мероприятий, дефибрилляцию сердца, интенсивную терапию в постреанимационном периоде, направленную на нормализацию функций организма.

Восстановление проходимости дыхательных путей должно быть осуществлено с минимальной затратой времени. Обтурация дыхательных путей (частичная или полная) может возникнуть вследствие западания языка, наличия во рту и глотке слизи, рвотных масс, крови, инородных тел, ларинго- или бронхоспазма. Больного надо уложить на спину (на твердую поверхность), запрокинуть голову назад, вывести нижнюю челюсть вперед и открыть рот, очистив его от слизи, крови, рвотных масс, инородных тел. После этого следует начать искусственную вентиляцию методом активного вдувания воздуха (кислорода) в легкие больного по способу «изо рта в рот» или «изо рта в нос», через S-образную трубку или с помощью портативного

дыхательного аппарата РПА-1 или РДА-1 (типа «кузнечного меха» или мешка Амбу). В одну минуту проводят не менее 12 искусственных вдохов.

Наружный массаж сердца. Высокоэффективным способом искусственного поддержания кровообращения является наружный, или закрытый, массаж сердца. Сдавливая сердце между грудиной и позвоночником, можно искусственно поддерживать кровообращение, выталкивая кровь в крупные сосуды из полостей сердца.

Введение лекарственных средств следует проводить на фоне адекватного искусственного дыхания и массажа сердца. Адреналин лучше вводить внутривенно дробно по 0,5—1 мл через каждые 5 мин; если внутривенное введение невозможно, то внутрисердечно. Адреналин усиливает тонус сердечной мышцы, стимулирует спонтанные сокращения ее. Массаж сердца становится более эффективным.

Вслед за лекарственной стимуляцией показано проведение электрической дефибрилляции сердца. Она осуществляется серией разрядов импульсного тока. Дефибрилляцию начинают с напряжения 3,5 кУ, повышая напряжение каждый раз на 0,5 кУ и доводя его до 6 кУ. Если серия разрядов не приводит к восстановлению сердечной деятельности, внутривенно вводят новокаинамид (1—3 мг/кг), бикарбонат натрия. Затем проводят новую серию разрядов до восстановления деятельности сердца или до появления признаков гибели мозга

На данном занятии используются новые педагогические технологии:

деловая игра «КРУГЫЙ СТОЛ»

Для работы необходимо:

1. Набор вопросов и ситуационных задач, распечатанных на отдельных листах
2. Номерки для жеребьевки по числу студентов в группе
3. Чистые листы бумаги, ручки.

Ход работы:

1. Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы.
2. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку.
3. На листе пишется дата, номер группы, факультет, Ф. И.О., студентов – участников данной подгруппы (название деловой игры).
4. Один из участников каждой из подгруппы берет из конверта вопрос или ситуационную задачу уровня сложности заданий для всех подгрупп примерно одинаков.
5. Студенты переписывают на лист своё задание.
6. По кругу пускается лист.
7. Каждый студент записывает свой вариант ответа и передает лист другому.
8. На ответ каждого студента отводится 3 минуты.
9. По истечении времени работы сдаются преподавателю.
10. Все участники обсуждают результаты, выбирают наиболее правильные ответы, за которые ставится максимальный балл.
11. На обсуждение отводится 15 минут
12. Студенты получают за ответы баллы из рейтинга теоретической части занятия
13. Полученный студентами балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие.
14. В свободной нижней части журнала делается отметка о проведении игры.
15. Работы студентов сохраняются преподавателем.

Набор вопросов для проведения деловой игры:

1. Обезболивание и его разновидности
2. Наркоз и его виды
3. Подготовка больных к наркозу в поликлиники
6. Показания к наркозу в поликлиники
7. Противопоказания к наркозу в поликлиники
8. Фармакологические вещества применяемые для наркоза в условиях поликлиники и их характеристика

11. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Учебник «Хирургическая стоматология». Под редакцией профессора Робустовой Т.Г. Москва. 2003 год.
2. Азимов М.И. Жаррохлик стоматология пропедевтикаси / «Ўзбекистон миллий энциклопедияси» Давлат илмий нашриёти, Тошкент – 2009. 247 с.

Дополнительная:

5. Основы хирургической стоматологии. Бернадский Ю.И. Киев. 1984.
6. Стоматология – руководство к практическим занятиям. Под редакцией Боровского Е.В. Москва. 1987.

4 Лекция Обезболивание в Стоматологии. Двигательные и чувствительные волокна тройничного нерва. Ганглии, находящиеся в пути тройничного нерва. Особенности их обезболивания. Анестезия 2го и 3го ветви тройничного нерва

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ОБЛАСТИ РЕЗЦОВОГО ОТВЕРСТИЯ

При этой -анестезии блокируют носонебный нерв. Резцовое отверстие расположено между центральными резцами, на 7— 8мм кзади от десневого края (позади резцового сосочка). Носонебный нерв можно блокировать внутриротовым и внеротовым методами. Внутриротовой метод. При максимально запрокинутой голове больного и широко открытом рте придают игле отвесное положение по отношению к переднему участку альвеолярного отростка верхней челюсти с небной стороны. Вкол иглы производят в слизистую оболочку резцового сосочка, предварительно смазав ее 1—2 % раствором дикаина, несколько кпереди от устья резцового отверстия. Если иглу ввести точно над резцовым отверстием, то направление иглы не совпадает с осью резцового канала, так как нижняя челюсть не позволяет соблюсти условия их параллельности. Продвинув иглу до контакта с костью, вводят 0,3—0,5 мл раствора анестетика, откуда он диффундирует в резцовый канал и блокирует в нем носонебный нерв. Эффект анестезии более выражен, когда продвигают иглу в канал на 0,5—0,75 см и в нем выпускают обезболивающий раствор. При этом выключаются анастомозы, идущие от носонебного нерва к переднему отделу верхнего зубного сплетения. Однако войти иглой в канал не всегда возможно, особенно у больных с нижней макрогнатией или верхней микрогнатией.

Внутриносовой метод. Анестетик вводят у основания перегородки носа с обеих сторон от нее. Можно выключить носонебный нерв, смазав слизистую оболочку дна полости носа у перегородки носа с двух сторон 1—2% раствором дикаина с адреналином. Внеротовой метод анестезии носонебного нерва позволяет получить хорошее обезболивание в области центральных резцов в тех случаях, когда двусторонняя инфраорбитальная анестезия и выключение носонебного нерва внутриротовым методом полностью не снимают болевую чувствительность. Это объясняется тем, что носонебный нерв отдает анастомозы к переднему отделу зубного сплетения до входа в резцовый канал. Кроме того, внеротовой метод применяют при невозможности выполнения анестезии внутриротовым доступом. Зона обезболивания: слизистая оболочка и надкостница альвеолярного отростка верхней челюсти и твердого неба в треугольном участке, вершина которого обращена к срединному шву, основание — к фронтальным зубам, а стороны его проводят через середину клыков. Иногда зона обезболивания распространяется до первого малого коренного зуба включительно или суживается до области центральных резцов. Осложнения. При введении иглы в резцовый канал глубже чем на 1 см возможно кровотечение из носа вследствие травмы слизистой оболочки полости носа. Иногда появляются зоны ишемии на коже переднебоковой поверхности лица. В случае введения в нижний носовой ход тампона с дикаином на длительный период возможно развитие токсической реакции.

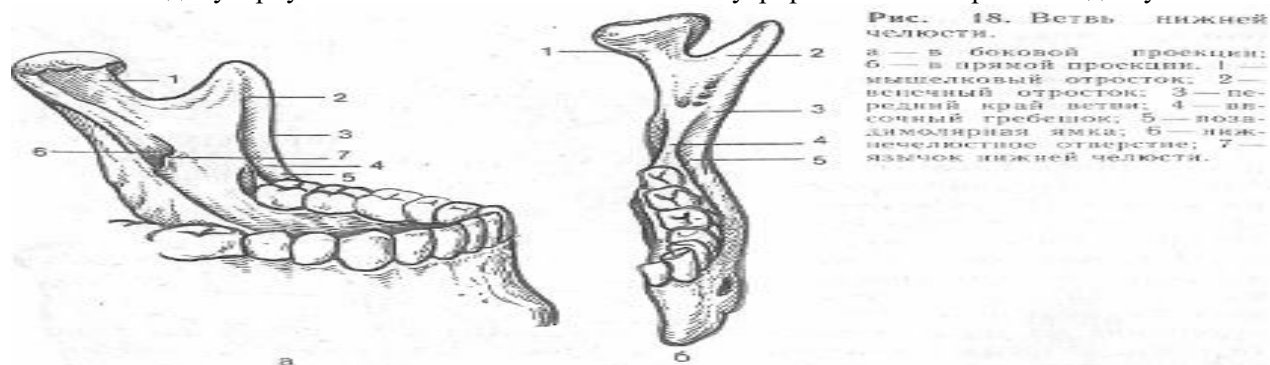
Обезболивание нижнего альвеолярного нерва в области отверстия нижней челюсти (мандибулярная анестезия)

Эту анестезию принято называть мандибулярной. Однако название не соответствует ее сути, так как у отверстия нижней челюсти выключают не нижнечелюстной нерв, а его периферические ветви (нижний луночковый и язычный).

Для выполнения анестезии следует хорошо ориентироваться в некоторых анатомических образованиях ветви нижней челюсти. Отверстие нижней челюсти, через которое нижний луночковый нерв входит в костный канал (canalis mandibulae), расположено на внутренней поверхности ветви челюсти (от переднего края ее — на расстоянии 15 мм, от заднего — на 13 мм, от вырезки нижней челюсти — на 22 мм и от основания нижней челюсти— на 27 мм). Высота расположения отверстия у взрослого человека соответствует уровню жевательной поверхности

нижних больших коренных зубов, у стариков и детей — несколько ниже. Спереди и изнутри отверстие нижней челюсти прикрыто костным выступом — язычком нижней челюсти (*Ngula mandibulae*). Поэтому обезболивающий раствор надо вводить на 0,75 — 1 см выше уровня отверстия — над верхним полюсом костного выступа, туда, где нерв перед вхождением в канал лежит в костном желобке (*sulcus colli mandibulae*). Там же имеется рыхлая клетчатка, в которой хорошо распространяется анестетик. Следовательно, вкол иглы должен быть произведен на 0,75 — 1 см выше уровня жевательной поверхности нижних больших коренных зубов.

Мандибулярную анестезию можно выполнить внутриротовым и внеротовым доступами.



Внутриротовые способы. Анестезию проводят, пальпируя костные анатомические ориентиры, и аподактильным методом (без пальпации).

Анестезия с помощью пальпации. Для проведения ее необходимо пальпаторно определить расположение позадиомолярной ямки и височного гребешка, который является ориентиром для вкола иглы. От венечного отростка к язычной стороне альвеолярного отростка нижней челюсти спускается ко- -стный валик — височный гребешок (*crista temporalis*). В нижнем отделе этот гребешок разделяется на внутреннюю и наружную ножку, которые ограничивают небольшой треугольный участок — позадиомолярный треугольник. Между передним краем ветви нижней челюсти, переходящим книзу в косую линию (*linea obliqua*) и височным гребешком имеется небольшое углубление треугольной формы — позадиомолярная ямка (*fovea retromolaris*) (рис. 18).

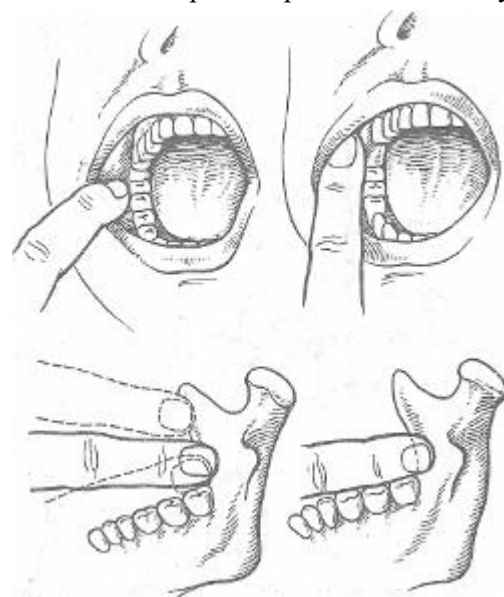
Костные ориентиры пальпируют указательным пальцем левой руки, если анестезию проводят справа, или большим пальцем, если ее выполняют слева.

При широко открытом рте больного ощупывают передний край ветви нижней челюсти на уровне дистального края коронки третьего большого коренного зуба (при его отсутствии — сразу же за вторым большим коренным зубом). Переместив палец несколько кнутри, определяют височный гребешок, проекцию которого мысленно переносят на слизистую оболочку.

Палец фиксируют в ретромолярной ямке (рис. 19). Расположив шприц на уровне малых коренных зубов противоположной стороны, вкол иглы делают кнутри от височного гребешка и на 0,75—1 см выше жевательной поверхности третьего большого коренного зуба (рис. 20, а). Продвигают иглу кнаружи и кзади. На глубине 0,5—0,75 см она достигает кости. Выпустив 0,5—1 мл раствора анестетика, выключают язычный нерв, который расположен кпереди от нижнего альвеолярного нерва. Продвинув иглу еще на 2 см, доходят до костного желобка (*sulcus colli mandibulae*), где расположен нижний альвеолярный нерв перед вхождением его в канал нижней челюсти. Здесь вводят 2—3 мл анестетика для выключения этого нерва.

Ветвь нижней челюсти расположена не строго в сагиттальной плоскости, а под некоторым углом к ней, причем передний край ее лежит ближе, а задний — дальше от средней линии. Выраженность наклона ветви у различных больных варьирует. Поэтому, введя иглу на глубину 0,75 см до кости и выключив язычный нерв, продвинуть ее глубже к нижнечелюстному отверстию, не меняя первоначального положения шприца, не всегда представляется возможным. Нередко возникает необходимость переместить шприц на уровень центральных резцов и продвинуть иглу кзади параллельно внутренней поверхности ветви нижней челюсти на глубину 2 см по направлению к нижнечелюстному отверстию и *sulcus colli mandibulae*.

Аподактильный способ. При выполнении анестезии аподактильным способом основным ориентиром является крыловидно-нижнечелюстная складка (*plica pterigomandibularis*). Она расположена кнутри от височного гребешка и может быть широкой, узкой или иметь обычный (средний) поперечный размер. При широко открытом рте больного шприц располагают на уровне малых коренных или первого большого коренного зуба противоположной стороны. Вкол иглы производят в наружный скат крыловидно-нижнечелюстной складки на середине расстояния между жевательными поверхностями верхних и нижних больших коренных зубов (при отсутствии их — на середине расстояния между гребнями альвеолярных отростков). Иглу продвигают кнаружи и кзади до контакта с костной тканью (на глубину 1,5—2 см), после чего вводят 2—3 мл анестетика для выключения нижнего альвеолярного и язычного нервов (рис. 20, б). Иногда, продвинув иглу на глубину 2 см, достичь контакта ее с костью не удастся. Это может быть связано с указанными выше анатомическими особенностями ветви нижней челюсти, когда наклон ее к сагиттальной плоскости значительно выражен. В этом случае игла при ее погружении в ткани продвигается как бы параллельно внутренней поверхности ветви челюсти, не соприкасаясь с ней. Тогда необходимо отвести шприц еще больше в противоположную сторону, расположив его на уровне второго большого коренного зуба. Изменив угол между внутренней поверхностью ветви и иглой, удастся добиться ее контакта с костью. Если крыловидно-нижнечелюстная складка широкая, вкол иглы производят в середину, если узкая — в медиальный край ее.



Крыловидно-нижнечелюстная складка — менее достоверный ориентир, чем височный гребешок. Поэтому при аподактильном способе анестезии не всегда удастся точно подвести обезболивающий раствор к нижнему луночковому нерву.

Внеротовые способы. При невозможности блокады нижнего альвеолярного нерва внутриротовым доступом используют внеротовые способы.

Анестезия доступом из под днища челюстной области. Для более четкого выполнения анестезии рационально определить проекцию отверстия нижней челюсти на кожу. Оно находится на середине линии, проведенной от верхнего края козелка ушной раковины к месту пересечения переднего края жевательной мышцы с основанием нижней челюсти. Продвигая иглу к нижнечелюстному отверстию, можно ориентироваться на эту точку (рис. 20, в).

Вкол иглы производят в области основания нижней челюсти, отступая на 1,5 см впереди от угла нижней челюсти. Иглу продвигают вверх на 3,5—4 см по внутренней поверхности ветви параллельно заднему краю ее. При этом следует сохранять контакт иглы с костью. Удобнее вводить иглу без шприца и только перед инъектированием анестетика присоединить его. Впрыскивают 2 мл обезболивающего раствора. Продвинув иглу вверх, еще на 1 см выключают язычный нерв.

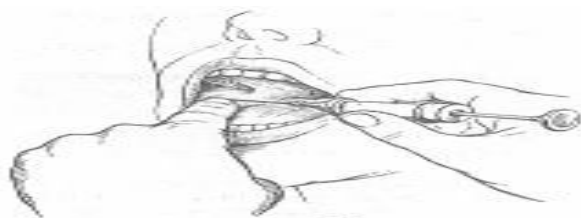


Рис. 20. Мандибулярная анестезия. А — интратрастовый метод анестезии у нижнечелюстного отверстия (методом ошупывания); Б — аподантильный способ анестезии у нижнечелюстного отверстия (по А. Е. Вероловскому); В — прокол кожи нижнечелюстного отверстия на коже. Интратрастовый метод анестезии у нижнечелюстного отверстия.



Подскуловый способ (Берше — Дубова). Вкол иглы производят непосредственно под нижним краем скуловой дуги, отступя на 2 см кпереди от основания козелка ушной раковины. Иглу располагают перпендикулярно кожным покровам и продвигают на 3—3,5 см к средней линии строго горизонтально, постепенно выпуская раствор анестетика. Игла выходит между головками наружной крыловидной мышцы или на ее внутреннюю поверхность, где нижний альвеолярный и язычный нервы расположены рядом. После введения 3—5 мл анестетика обезболивание наступает через 10—20 мин.

Зона обезболивания при выключении нижнего альвеолярного и язычного нервов. Все зубы нижней челюсти соответствующей половины, костная ткань альвеолярного отростка и частично тела нижней челюсти, слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной и язычной стороны, слизистая оболочка подъязычной области и передних $\frac{2}{3}$ языка, кожа и слизистая оболочка нижней губы, кожа подбородка на стороне анестезии. Следует помнить, что слизистая оболочка альвеолярного отростка нижней челюсти от середины второго малого коренного зуба до середины второго большого коренного зуба иннервируется не только веточками, отходящими от нижнего зубного сплетения, но и щечным нервом. Для полного обезболивания этого участка слизистой оболочки необходимо дополнительно ввести 0,5 мл анестетика по типу инфильтрационной анестезии. Обезболивание при мандибулярной анестезии наступает чаще всего через 15—20 мин, продолжительность его—1—1,5 ч. Выраженность обезболивания в области резцов и клыка меньше из-за анастомозов с противоположной стороны.

Осложнения. При введении иглы медиальнее крыловидно-нижнечелюстной складки возможно онемение тканей глотки и повреждение внутренней крыловидной мышцы с последующим появлением контрактуры нижней челюсти. Для устранения этого осложнения иногда требуется длительное лечение с применением физиотерапевтических процедур, механотерапии и инъекций раствора пирогенала.

Возможно повреждение сосудов с образованием гематомы, попадание анестетика в кровяное русло, появление зон ишемии на коже нижней губы и подбородка. При повреждении язычного и нижнего альвеолярного нервов иглой иногда развивается неврит, для лечения которого используют гальванизацию и диатермию. Изредка наблюдается парез мимических мышц вследствие блокады ветвей лицевого нерва. Вследствие нарушения техники проведения мандибулярной анестезии возможен перелом инъекционной иглы. Это осложнение может возникнуть при изменении первоначального положения иглы резким движением, когда центральный конец ее достаточно глубоко погружен в мягкие ткани или располагается между мышцей и костью. Опасность этого осложнения возрастает при внедрении иглы в сухожилие мышц (чаще височной). Игла ломается в месте перехода ее в канюлю. Для профилактики этого осложнения следует использовать качественные иглы, строго соблюдать технику анестезии, не погружать иглу в ткани до канюли, не производить грубых и резких перемещений иглы. Если отломанная часть иглы полностью погружена в ткани, не следует предпринимать немедленной попытки удаления ее в поликлинике. При показаниях (боли самопроизвольные и при открывании рта, развитие контрактуры, воспалительные явления) удаление иглы возможно только в стационаре после тщательного рентгенологического обследования. Это трудоемкое вмешательство требует хорошей оперативной техники и хирургического опыта. Иногда сломанная игла инкапсулируется в тканях и не вызывает жалоб у больных. В этих случаях ее можно не удалять.

Обезболивание в области нижнечелюстного валика по М. М. Вейсбрему (торусальная анестезия)

При этой анестезии обезболивающий раствор вводят в область нижнечелюстного валика (torus mandibulae). Он находится в месте соединения костных гребешков, идущих от венечного и мыщелкового отростков — выше и кпереди от костного языка

нижней челюсти. Ниже и кнутри от валика располагаются нижний альвеолярный, язычный и щечный нервы, окруженные рыхлой клетчаткой (рис. 21, а). При введении анестетика в данную зону эти нервы могут быть выключены одновременно.

При проведении анестезии рот больного должен быть открыт максимально широко. Вкол иглы производят перпендикулярно слизистой оболочке щеки, направляя шприц с противоположной стороны, где он располагается на уровне больших коренных зубов. Местом вкола является точка, образованная пересечением горизонтальной линии, проведенной на 0,5 см ниже жевательной поверхности верхнего третьего большого коренного зуба и бороздки, образованной латеральным скатом крыловидно-нижнечелюстной складки и щекой (рис. 21,б). Иглу продвигают до кости (на глубину от 0,25 до 2 см). Вводят 1,5—2 мл анестетика, блокируя нижний луночковый и щечный нервы. Выведя иглу на несколько миллиметров в обратном направлении, инъецируют 0,5—1 мл анестетика для выключения язычного нерва. Анестезия наступает через 5 мин.

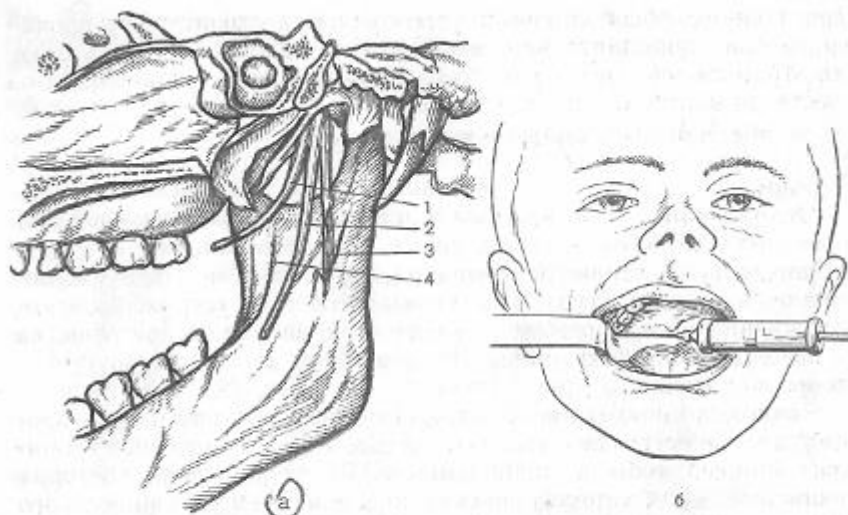


Рис. 21. Торусальная анестезия по М. М. Вейсбрему.

а — расположение нервов в области нижнечелюстного валика; б — положение иглы и шприца при торусальной анестезии; 1 — щечный нерв; 2 — язычный нерв; 3 — нижний альвеолярный нерв; 4 — височный гребешок.

Зона обезболивания: те же ткани, что и при анестезии у отверстия нижней челюсти, а также ткани, иннервируемые щечным нервом; слизистая оболочка и кожа щеки, слизистая оболочка альвеолярного отростка нижней челюсти от середины второго малого коренного зуба до середины второго большого коренного зуба. Однако в связи с особенностями взаимоотношений щечного нерва с нижним луночковым и язычным нервами (см. выше) обезболивание в зоне иннервации щечного нерва

наступает не всегда. В этом случае следует дополнительно провести инфильтрационную анестезию в области операционного поля для выключения периферических окончаний щечного нерва.

Обезболивание в области щечного нерва

При широко открытом рте больного вкол иглы делают в слизистую оболочку щеки, направляя шприц с противоположной стороны. Местом вкола является точка, образованная

Рис. 22. Положение иглы при введении обезболивающего раствора в подбородочное отверстие. а — положение иглы; б — вертотовой способ; в — внутриротовой способ.



пересечением горизонтальной линии, проведенной на уровне жевательной поверхности верхних больших коренных зубов и вертикальной линии, являющейся проекцией переднего края венечного отростка на слизистую оболочку щеки. Иглу продвигают на глубину 1 — 1,5 см до переднего края венечного отростка, где щечный нерв пересекает его, выходя из крыловидно-височного клеточного промежутка или из толщи височной мышцы, и располагается по наружной поверхности щечной мышцы. Вводят 1 — 2 мл раствора анестетика. Обезболивание наступает в зоне иннервации щечного нерва [см. *Обезболивание на нижнечелюстном валике (торусальная анестезия)*]

Обезболивание в области язычного нерва

Язычный нерв блокируют при проведении анестезии у отверстия нижней челюсти и на нижнечелюстном валике. Кроме того, на него можно воздействовать в челюстно-язычном желобке. Для этого язык отводят шпателем в противоположную сторону. Вкол иглы делают в слизистую оболочку в наиболее глубокой части челюстно-язычного желобка на уровне середины коронки третьего нижнего большого коренного зуба. В этом месте язычный нерв залегает очень поверхностно. Вводят 2 мл анестетика. Зона обезболивания соответствует иннервации язычного нерва.

Обезболивание в области подбородочного нерва

Для выполнения анестезии необходимо определить расположение подбородочного отверстия. Чаще всего оно находится на уровне середины альвеолы нижнего второго малого коренного зуба или межальвеолярной перегородки между вторым и первым малыми коренными зубами и на 12—13 мм выше основания тела нижней челюсти. Проекция отверстия находится, таким образом, на середине расстояния между передним краем жевательной мышцы и серединой нижней челюсти.

Подбородочное отверстие (или устье канала) открывается кзади, кверху и наружу. Это следует помнить, чтобы придать игле направление, позволяющее ввести ее в канал (рис. 22, а).

Вертотовой метод. Проводя анестезию на правой половине нижней челюсти, удобнее вставать справа и сзади больного. Выключая подбородочный нерв слева, врач располагается справа и спереди от больного. Используя приведенные выше ориентиры, определяют проекцию подбородочного отверстия на кожу. Указательным пальцем левой руки в этой точке прижимают

мягкие ткани и кости. Придав игле направление с учетом хода канала, делают вкол иглы на 0,5 см выше и кзади от проекции подбородочного отверстия . на кожу (рис. 22, б). Затем продвигают ее вниз, внутрь и кпереди до соприкосновения с костью. Введя 0,5 мл анестетика и осторожно перемещая иглу, находят подбородочное отверстие и входят в канал. Ориентиром может служить ощущение характерного проваливания иглы. Продвигают иглу в канале на глубину 3—5 мм и вводят 1—2 мл обезболивающего раствора. Анестезия наступает через 5 мин. Если иглу не вводить в подбородочный канал, то зона обезболивания, как правило, ограничивается только мягкими тканями подбородка и нижней губы. Обезболивание же в области малых коренных зубов, клыка, резцов и альвеолярного отростка в области этих зубов выражено недостаточно.

Внутриротовой метод. При сомкнутых челюстях больного отводят "мягкие ткани щеки в сторону. Вкол иглы делают, отступя несколько миллиметров кнаружи от переходной складки на уровне середины коронки первого большого коренного зуба (рис. 22, в). Иглу продвигают на глубину 0,75—1 см вниз, кпереди и внутрь до подбородочного отверстия. Последующие моменты выполнения анестезии не отличаются от таковых при внеротовом методе.

Зона обезболивания: мягкие ткани подбородка и нижней губы, малые коренные зубы, клыки и резцы, костная ткань альвеолярного отростка, слизистая оболочка его с вестибулярной стороны в пределах этих зубов. Иногда зона обезболивания распространяется до уровня второго большого коренного зуба. Выраженная анестезия наступает обычно только в пределах малых коренных зубов и клыка.

Эффективность обезболивания и области резцов невелика из-за наличия анастомозов с противоположной стороны.

Осложнения. При повреждении сосудов возможно кровоизлияние в ткани и образование гематомы, появление участков ишемии на коже подбородка и нижней губы. При травме нервного ствола может развиваться неврит подбородочного нерва. Лечение и профилактика этих осложнений не отличаются от таковых при анестезии других нервов.

Блокада двигательных волокон нижнечелюстного нерва

По Берше. Для выключения жевательного нерва вкол иглы делают перпендикулярно кожным покровам под нижний край скуловой дуги, отступя кпереди от козелка ушной раковины на 2 см. Иглу продвигают горизонтально к средней линии на глубину 2—2,5 см через вырезку нижней челюсти. Вводят 3—5 мл анестетика. Эффект анестезии определяется через 5—10 мин. Выражается он в расслаблении мышц, поднимающих нижнюю челюсть. Используют эту анестезию при наличии воспалительной контрактуры нижней челюсти (в сроки до 10 дней после ее развития). При появлении органических изменений в мышцах добиться открывания рта блокадой нервов не удается.

По П. М. Егорову. Анестезия позволяет блокировать не только жевательный нерв, но и остальные двигательные ветви нижнечелюстного нерва.

Депо из раствора анестетика создается на уровне основания переднего ската суставного бугорка у наружной поверхности подвисочного гребня, что позволяет инфильтрировать клетчатку крыловидно-височного, крыловидно-нижнечелюстного пространств и подвисочной ямки. Именно там залегают двигательные ветви.

Врач располагается справа от больного. Фиксирует ногтевую фалангу I пальца левой руки на наружной поверхности головки нижней челюсти и суставного бугорка. Больного просят открыть и закрыть рот, сместить нижнюю челюсть в сторону. Таким образом врач определяет место вкола иглы, которое должно находиться на 0,5—1 см кпереди от суставного бугорка под нижним краем скуловой дуги. Обработав кожу спиртом или спиртовым раствором йода, производят вкол иглы в найденную точку. Иглу продвигают под скуловой дугой несколько вверх (под углом 60—75 ° к коже) до наружной поверхности височной кости. Это расстояние фиксируют II пальцем правой руки и извлекают иглу назад на 0,5—1 см. Затем под прямым углом к поверхности кожи иглу погружают в мягкие ткани на отмеченную II пальцем глубину и вводят 2 мл раствора анестетика.

Используемые на данном занятии новые педагогические технологии: «Ручка на середине стола».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА

«РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Для работы необходимо:

7. Вопросы, распечатанные на отдельных листах.

8. Чистые листы бумаги, ручки.

9. Рабочая тетрадь.

Ход работы:

23. Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы по 4 студента в каждой.

24. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку.

25. На листе пишется дата, номер, группы, факультет, ФИ студентов-участников данной подгруппы (название деловой игры).

26. Предлагается задание: ответить на один конкретный вопрос всей подгруппе.

27. Каждый студент записывает на листе свою фамилию и один вариант ответа и передает лист соседу, а свою ручку передвигает на середину стола.

28. Педагог контролирует работу группы и участие в ней каждого. Общий правильный вариант записывается в тетради.

29. Студенты, которые дали правильные варианты ответов, получают максимальный балл – 100%, от рейтинга теоретической части – 0,8 б. Студенты, занявшие 2 место – 85,9% рейтинга; занявшие 3 место – 70,9 рейтинга. На ответившие или ответившие неверно – 0 б.

30. На листе ответов преподаватель ставит балл и подпись.

31. Полученный студентами балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие.

32. В нижней свободной части журнала делается отметка о проведении данной деловой игры, староста ставит подпись.

33. Работы студентов сохраняются преподавателем.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИГРЫ:

«РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»

17. Анатомия III ветви тройничного нерва.

18. Местное инфильтрационное обезболивание на нижней челюсти.

19. Введение анестезирующего средства под слизистую оболочку.

20. Механизм введение анестезирующего средства под надкостницу.

21. Механизм введение анестезирующего средства в кость

22. Механизм введение анестезирующего средства в пульпу зуба.

23. Механизм введение анестезирующего средства внутрисвязочно.

24. Мандибулярная анестезия.

25. Торусальная анестезия.

26. Ментальная анестезия.

10. Контрольные вопросы

19. Понятие о хирургической стоматологии как о науке.

20. Развитие хирургической стоматологии в Узбекистане.

21. Помещение хирургического отделения (кабинета).

22. Санитарные требования предъявляемые при организации хирургической стоматологической помощи.

23. Штатные нормативы медицинского персонала.

24. Организация лечебной работы в поликлинике и клинике хирургической стоматологии.

25. Организация стоматологической помощи в стационаре.

26. Ведение медицинской документации.

27. Понятие об асептике и антисептике.

11. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Учебник «Хирургическая стоматология». Под редакцией профессора Робустовой Т.Г. Москва. 2003 год.

2. Азимов М.И. Жаррохлик стоматология пропедевтикаси / «Узбекистон миллий энциклопедияси» Давлат илмий нашриёти, Тошкент – 2009. 247 с.

Дополнительная:

7. Основы хирургической стоматологии. Бернадский Ю.И. Киев. 1984.

8. Стоматология – руководство к практическим занятиям. Под редакцией Боровского Е.В. Москва. 1987.

5 Лекция__Местное обезболивание, показания и противопоказания. Виды МА и анестетики, применяемые при МА. Механизм действия МА. Центральное обезболивание. Нейрофизиология клетки.

Обезболивание верхнечелюстного и нижнечелюстного нервов (стволовая анестезия)

При проведении травматических операций, требующих обезболивания в области тканей всей верхней или нижней челюсти, можно блокировать верхнечелюстной нерв у круглого отверстия в крыловидно-небной ямке и нижнечелюстной — у овального отверстия.

Исследованиями С. Н. Вайсблата показано, что наиболее простым и доступным ориентиром при блокаде II и III ветвей тройничного нерва является наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости. Крыловидно-верхнечелюстная щель, которой крыловидно-небная ямка открывается кнаружи, и овальное отверстие находятся в одной плоскости с наружной пластинкой крыловидного отростка. Вход в крыловидно-небную ямку расположен кпереди, а овальное отверстие — кзади от нее (рис. 23, а, 1, 2, 3). Учитывая небольшой объем крыловидно-небной ямки, выполненной сосудами, нервами и клетчаткой, достаточно ввести анестетик в нее с тем, чтобы он проник к круглому отверстию и пропитал верхнечелюстной нерв. Подводить иглу непосредственно к круглому отверстию нет надобности. Для стволовой анестезии необходимо использовать иглу длиной 7—8 см.

Обезболивание верхнечелюстного нерва. Подскуло-крыловидный путь обезболивания в крыловидно-небной ямке по С. Н. Вайсблату. С. Н. Вайсблат доказал, что проекция наружной пластинки крыловидного отростка находится на середине предложенной им козелково-глазничной линии (траго-орбитальной), проведенной от козелка ушной раковины до середины отвесной линии, которая соединяет наружный край глазницы с передненижним участком скуловой кости.

Вкол иглы производят по середине траго-орбитальной линии у нижнего края скуловой дуги (рис. 23, б). Иглу продвигают внутрь в горизонтальной плоскости строго перпендикулярно кожным покровам до упора в наружную пластинку крыловидного отростка. Отмечают глубину погружения иглы (обычно 4—6 см) предварительно насаженным на нее кусочком стерильной резинки. Иглу извлекают несколько больше, чем на половину, поворачивают ее кпереди под углом 15—20 ° и вновь погружают в ткани на отмеченную глубину. При этом игла достигает крылонебной ямки, куда вводят 2—4 мл раствора анестетика. Через 10—15 мин наступает анестезия.

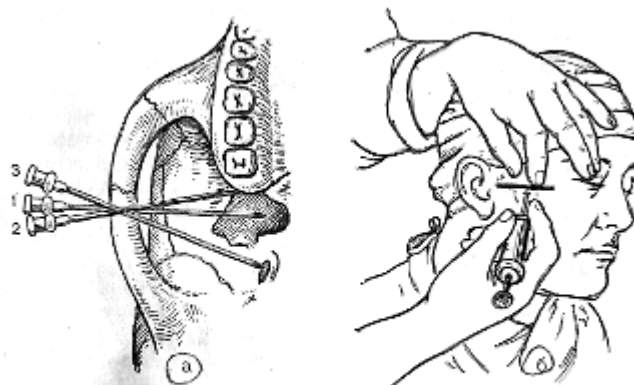


Рис. 23. Положение иглы при обезболивании II и III ветвей тройничного нерва. а : 1 — игла у наружной пластинки крыловидного отростка клиновидной кости; 2 — игла у входа в крыловидно-небную ямку; 3 — игла у овального отверстия; б — вкол иглы по середине траго-орбитальной линии (по С. Н. Вайсблату).

Подскуловой путь. Вкол иглы делают в место пересечения нижнего края скуловой кости с вертикальной линией, проведенной от наружного края глазницы, т. е. у нижнего края скуловой кости. Иглу направляют кнутри и несколько вверх до соприкосновения с верхнечелюстным бугром. Затем, скользя иглой по кости (шприц отводят кнаружи), продвигают ее на 4—5 см кзади и кнутри, после чего игла попадает в крылонебную ямку несколько выше ее середины. Вводят 2—4 мл раствора анестетика.

Орбитальный путь. Вкол иглы делают в области верхней границы нижнелатерального угла глазницы, что соответствует верхнему краю скуловой кости. Иглу продвигают по наружной стенке глазницы кзади на глубину 4—5 см строго в горизонтальной плоскости. При этом игла не должна терять контакта с костью и отклоняться вверх. На этой глубине игла достигает области круглого отверстия, где вводят 5 мл анестетика (В. Ф. Войно-Ясенецкий). Если иглу провести по

нижнеглазничной стенке до нижней глазничной щели, то анестетик через нее проникает в крылонебную яму, где блокирует верхнечелюстной нерв (С. Н. Вайсблат).

Небный путь (внутриротовой). Иглу вводят в крылонебную ямку через большое небное отверстие и большой небный канал. Войдя в большое небное отверстие, иглу продвигают вверх и кзади по каналу на глубину 3—3,5 см до крылонебной ямки. Вводят 1,5—2 мл анестетика. Способ введения иглы в большое небное отверстие приведен при описании анестезии большого небного нерва.

Зона обезболивания: все ткани и органы, получающие иннервацию от II ветви тройничного нерва.

Обезболивание нижнечелюстного нерва у овального отверстия по С. Н. Вайсблату. Через середину траго-орбитальной линии иглу погружают до наружной пластинки крыловидного отростка так же, как при блокаде верхнечелюстного нерва (см. выше). Затем извлекают ее наружу до подкожной клетчатки и, развернув иглу на 1 см кзади, погружают ее в ткани на первоначальную глубину. Игла при этом достигает уровня овального отверстия. Вводят 2—3 мл обезболивающего раствора. Анестезия наступает через 10—15 мин.

Зона обезболивания: все ткани и органы, получающие иннервацию от III ветви тройничного нерва.

Осложнения стволковой анестезии. При проведении стволковой анестезии иглой можно попасть в полость носа или в слуховую трубу и, следовательно, внести инфекцию к основанию черепа. Могут возникнуть диплопия, механическое повреждение отводящего и глазодвигательных нервов. Пропитывание новокаином с адреналином зрительного нерва может вызвать временную потерю зрения. Возможно повреждение внутренней челюстной, осно-вонейной артерии, средней артерии мозговой оболочки, крыловидного венозного сплетения. Профилактика осложнений — тщательное соблюдение техники проведения анестезии.

Блокада двигательных волокон нижнечелюстного нерва

По Берше. Для выключения жевательного нерва вкол иглы делают перпендикулярно кожным покровам под нижний край скуловой дуги, отступя кпереди от козелка ушной раковины на 2 см. Иглу продвигают горизонтально к средней линии на глубину 2—2,5 см через вырезку нижней челюсти. Вводят 3—5 мл анестетика. Эффект анестезии определяется через 5—10 мин. Выражается он в расслаблении мышц, поднимающих нижнюю челюсть. Используют эту анестезию при наличии воспалительной контрактуры нижней челюсти (в сроки до 10 дней после ее развития). При появлении органических изменений в мышцах добиться открывания рта блокадой нервов не удается.

По П. М. Егорову. Анестезия позволяет блокировать не только жевательный нерв, но и остальные двигательные ветви нижнечелюстного нерва.

Депо из раствора анестетика создается на уровне основания переднего ската суставного бугорка у наружной поверхности подвисочного гребня, что позволяет инфильтрировать клетчатку крыловидно-височного, крыловидно-нижнечелюстного пространств и подвисочной ямки. Именно там залегают двигательные ветви.

Врач располагается справа от больного. Фиксирует ногтевую фалангу I пальца левой руки на наружной поверхности головки нижней челюсти и суставного бугорка. Больного просят открыть и закрыть рот, сместить нижнюю челюсть в сторону. Таким образом врач определяет место вкола иглы, которое должно находиться на 0,5—1 см кпереди от суставного бугорка под нижним краем скуловой дуги. Обработав кожу спиртом или спиртовым раствором йода, производят вкол иглы в найденную точку. Иглу продвигают под скуловой дугой несколько вверх (под углом 60—75 ° к коже) до наружной поверхности височной кости. Это расстояние фиксируют II пальцем правой руки и извлекают иглу назад на 0,5—1 см. Затем под прямым углом к поверхности кожи иглу погружают в мягкие ткани на отмеченную II пальцем глубину и вводят 2 мл раствора анестетика.

Нейрофизиология — раздел [физиологии](#), изучающий функции [нервной системы](#), наряду с нейроморфологическими дисциплинами. Нейрофизиология – теоретическая основа [неврологии](#)^[1]. Она тесно связана с [нейробиологией](#), [психологией](#), [неврологией](#), [клинической нейрофизиологией](#), [электрофизиологией](#), [этологией](#), [нейроанатомией](#) и другими науками, занимающимися изучением [мозга](#)^[2].

Нейрофизиология является специальным разделом [физиологии](#), изучающим деятельность [нервной системы](#), возникла намного позже. Практически до второй половины XIX века нейрофизиология развивалась как экспериментальная наука, базирующаяся на изучении животных. Действительно, «низшие» проявления деятельности [нервной системы](#) одинаковы у животных и человека. К таким

функциям нервной системы относится переход возбуждения с одной нервной клетки на другую (например, нервную, мышечную, железистую), простые рефлексы (например, сгибания или разгибания конечности), восприятие относительно простых световых, звуковых, тактильных и других раздражителей и многие другие. Только в конце XIX столетия ученые перешли к исследованию некоторых сложных функций дыхания, поддержания в организме постоянства состава крови, тканевой жидкости и некоторых других. При проведении всех этих исследований ученые не находили существенных различий в функционировании нервной системы как в целом, так и её частей у человека и животных, даже очень примитивных. Например, на заре современной экспериментальной физиологии излюбленным объектом была лягушка. Только с открытием новых методов исследования (в первую очередь электрических проявлений деятельности нервной системы) наступил новый этап в изучении функций головного мозга, когда стало возможным исследовать эти функции, не разрушая мозг, не вмешиваясь в его функционирование, и вместе с тем изучать высшие проявления его деятельности — восприятие сигналов, функции памяти, сознания и многие другие.

Нейрофизиология как наука, изучающая функции нервной системы и ее структуру, тесно связана с нейроанатомией, нейробиологией, нейропсихологией, электрофизиологией и другими науками, которые занимаются изучением мозга. Задача нейронауки состоит в том, чтобы объяснить поведение человека, понять как мозг управляет миллионами нервных клеток, чтобы сформировать поведение и как на эти клетки влияет внешняя среда^[3].

Целью нейрофизиологии является формирование представления о функциональной организации нервной системы, нейронных механизмах организации рефлекторного поведения и принципах системной организации функций мозга^[4].

Хирургическая нейрофизиология — это прикладная нейрофизиология. Хирург-нейрофизиолог во время операции занимается наблюдением за функционированием нервной системы пациента, для чего иногда необходимо электрофизиологическое исследование участков нервной системы пациента. Такое наблюдение входит в состав обширной клинической дисциплины, называемой нейромониторингом.

Используемые на данном занятии новые педагогические технологии: «Ручка на середине стола».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА **«РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»**

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Для работы необходимо:

10. Вопросы, распечатанные на отдельных листах.
11. Чистые листы бумаги, ручки.
12. Рабочая тетрадь.

Ход работы:

34. Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы по 4 студента в каждой.
35. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку.
36. На листе пишется дата, номер, группы, факультет, ФИ студентов-участников данной подгруппы (название деловой игры).
37. Предлагается задание: ответить на один конкретный вопрос всей подгруппе.
38. Каждый студент записывает на листе свою фамилию и один вариант ответа и передает лист соседу, а свою ручку передвигает на середину стола.
39. Педагог контролирует работу группы и участие в ней каждого. Общий правильный вариант записывается в тетради.
40. Студенты, которые дали правильные варианты ответов, получают максимальный балл — 100%, от рейтинга теоретической части — 0,8 б. Студенты, занявшие 2 место — 85,9% рейтинга; занявшие 3 место — 70,9 рейтинга. На ответившие или ответившие неверно — 0 б.
41. На листе ответов преподаватель ставит балл и подпись.
42. Полученный студентами балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие.
43. В нижней свободной части журнала делается отметка о проведении данной деловой игры, староста ставит подпись.
44. Работы студентов сохраняются преподавателем.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИГРЫ:

«РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»

27. Анатомия III ветви тройничного нерва.
28. Местное инфильтрационное обезболивание на нижней челюсти.
29. Введение анестезирующего средства под слизистую оболочку.
30. Механизм введение анестезирующего средства под надкостницу.
31. Механизм введение анестезирующего средства в кость
32. Механизм введение анестезирующего средства в пульпу зуба.
33. Механизм введение анестезирующего средства внутрисвязочно.
34. Мандибулярная анестезия.
35. Торусальная анестезия.
36. Ментальная анестезия.

10. Контрольные вопросы

28. Понятие о хирургической стоматологии как о науке.
29. Развитие хирургической стоматологии в Узбекистане.
30. Помещение хирургического отделения (кабинета).
31. Санитарные требования предъявляемые при организации хирургической стоматологической помощи.
32. Штатные нормативы медицинского персонала.
33. Организация лечебной работы в поликлинике и клинике хирургической стоматологии.
34. Организация стоматологической помощи в стационаре.
35. Ведение медицинской документации.
36. Понятие об асептике и антисептике.

11. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Учебник «Хирургическая стоматология». Под редакцией профессора Робустовой Т.Г. Москва. 2003 год.
2. Азимов М.И. Жаррохлик стоматология пропедевтикаси / «Узбекистон миллий энциклопедияси» Давлат илмий нашриёти, Тошкент – 2009. 247 с.

Дополнительная:

9. Основы хирургической стоматологии. Бернадский Ю.И. Киев. 1984.
10. Стоматология – руководство к практическим занятиям. Под редакцией Боровского Е.В. Москва. 1987.

6 Лекция Потенцированная местная анестезия, препараты пролонгирующие действие местных анестетиков. Фармакология вазоконстрикторов и их применение. Подготовка и анестезия больных с сопутствующими заболеваниями

Выключение болевой чувствительности в операционной ране с помощью местного обезболивания, проводимого на фоне лекарственной подготовки, обеспечивающей понижение реактивности организма и общую анальгезию, называют потенцированной местной анестезией.

В условиях поликлиники для потенцирования применяют транквилизаторы в сочетании с ненаркотическими анальгетиками. Реже эти вещества комбинируют с антигистаминными препаратами и наркотическими анальгетиками. Среди транквилизаторов наибольшее распространение получили элениум, седуксен, триоксазин, феназепам и др.

В поликлинике врач-стоматолог должен применять транквилизаторы в зависимости от характера психоэмоционального напряжения у больного. При выраженной невротической реакции, сопровождающейся повышенной раздражительностью, рациональнее использовать седуксен внутривенно (0,3 мг/кг) в сочетании с анальгетиком лексиром (0,5 мг/кг). При умеренной негативной реакции можно назначить триоксазин, феназепам, седуксен внутрь.

В стационаре подготовку проводят накануне дня операции или (по показаниям) за несколько дней. На ночь назначают снотворные, антигистаминные препараты, малые транквилизаторы. За 3 ч до операции эти препараты дают повторно. Дополнительно внутримышечно вводят наркотики и витамины (группы В и С). За 45 мин до операции

внутримышечно применяют «коктейль», состоящий из растворов наркотика, антигистаминных препаратов, М-холинолитика. Вместо этих препаратов (иногда вместе с ними) можно вводить седуксен или средства, используемые для нейролептаналгезии (дроперидол, фентанил)

Для пожилого и старческого возраста характерно особое состояние организма, отличающееся снижением компенсаторных и адаптационных возможностей при экстремальных воздействиях. Связано это и с атеросклеротическими изменениями коронарных, почечных и мозговых сосудов.

Страдающие гипертонической болезнью часто реагируют подъемом артериального давления на обстановку хирургического кабинета из-за боязни оперативного вмешательства и беспокойства за его исход. Эмоциональное напряжение может спровоцировать гипертонический Криз, на фоне которого, нередко развивается острая левожелудочковая недостаточность. Болевое раздражение также способно вызвать значительный подъем артериального давления. Поэтому больные, страдающие гипертонической болезнью, требуют хорошей седативной, а иногда и гипотензивной подготовки и обязательного проведения эффективного обезболивания.

У больных с хронической коронарной недостаточностью и ИБС необходимо предупредить опасность возникновения острых расстройств коронарного кровообращения. Этим больным перед хирургическим вмешательством должна быть проведена хорошая седативная подготовка. Показано применение антигистаминных препаратов (супрастин, диазолин). Перед хирургическим вмешательством с профилактической целью применяют коронаролитики (валидол, нитроглицерин под язык, 1—2 мл 2 % раствора папаверина гидрохлорида или 1—2 мл 2 % раствора но-шпы внутримышечно).

У больных с приобретенными пороками сердца целесообразно перед стоматологическим хирургическим вмешательством провести курс поддерживающей терапии сердечными гликозидами (строфантин или коргликон).

При эмфиземе легких и пневмосклерозе уменьшены жизненная емкость легких и дыхательно-перфузионный коэффициент. Это обуславливает развитие гипоксической гипоксии и гиперкапнии.

Бронхиальная астма — заболевание, этиологическим моментом которого является аллергический и инфекционный компоненты. Риск анестезии у больных бронхиальной астмой возрастает, так как они относятся к числу лиц с отягощенным аллергологическим анамнезом.

Сахарным диабетом страдают 1—2% населения. При этом заболевании нарушен жировой и сахарный обмен. Каждый больной сахарным диабетом, если ему не показано экстренное оперативное вмешательство, должен получить корригирующую терапию.

Тактика по отношению к больным с отягощенным аллергологическим анамнезом. Основой профилактики аллергических осложнений в условиях стоматологической поликлиники является тщательно собранный анамнез (в том числе и аллергологический) и анализ его данных.

Эти данные, по мнению А. С. Лопатина (1983), позволяют разделить всех больных на две категории: 1) с неотягощенным аллергологическим анамнезом и 2) с отягощенным аллергологическим и фармакотерапевтическим анамнезом.

Местные осложнения, возникающие при местном обезболивании.

Повреждение сосудов

Возможно ранение инъекционной иглой сосудов, которые находятся по ходу ее продвижения в толще мягких тканей. Повреждение сосудов ведет к образованию гематомы, которая обычно не вызывает у больных субъективных ощущений. Наполнение гематомы происходит до тех пор, пока давление в сосуде не уравнивается с таковым в окружающих мягких тканях. Препятствовать распространению гематомы возможно за счет наложения больному давящей повязки на поврежденную область.

Размеры гематомы зависят от диаметра поврежденного сосуда, его типа (артерия или вена), эластичности сосудов, от уровня артериального или венозного давления в сосудах, состояния свертывающей системы крови, от эластичности и структуры мягких тканей, где произошло кровоизлияние (подкожная, межмышечная, межфасциальная и другие клетчаточные пространства).

Чтобы предупредить образование гематомы необходимо по ходу продвигаемой иглы предпосылать обезболивающий раствор, т.е. следует продвигать иглу за током анестетика. Это дает возможность избежать ранения сосудов, которые оттесняются под давлением жидкости в сторону от кончика инъекционной иглы.

В узких костных каналах (подглазничном, подбородочном) избежать ранения сосудов обычно трудно.

В результате повреждения сосуда анестетик попадает в ток крови, что увеличивает вероятность интоксикации организма обезболивающим раствором или вазоконстриктором, а также отмечается ослабление анестезирующего эффекта.

Лечение гематомы сводится к следующему: в первые часы больному на пораженную область назначают холод (лед), а спустя 2-3 дня - тепло (сухая повязка, полуспиртовые компрессы и т.п.) для ускорения ее рассасывания.

Вскрытие гематомы проводят только при ее нагноении или её организации (инкапсулирования).

Профилактика образования гематомы заключается в правильной методике проведения анестезии, предпосылке обезболивающего раствора по ходу продвижения иглы, конец инъекционной иглы должен быть острым (без заусениц). Если продвигая иглу вы убеждаетесь в ранении сосуда (кровь попала в шприц при оттягивании поршня назад), то следует обколоть поврежденный сосуд обезболивающим раствором, что способствует его сдавлению.

Повреждение нервов

Повреждение нервов возникает в результате несоблюдения правил анестезии, особенно в момент извлечения иглы, если кончик ее крючкообразно изогнут.

В результате ранения лицевого нерва возникает парез, который выражается в опущении угла рта и нижнего века, сглаживании носогубной борозды и невозможности закрыть глаз на соответствующей стороне. При обезболивании в области подглазничного отверстия временный парез ветвей лицевого нерва развивается в результате действия анестетика на скуловые и щечные его ветви.

Парез глазодвигательных мышц возникает в результате воздействия анестетика на глазодвигательные нервы (наблюдается при инфраорбитальной анестезии и при проведении крылонёбной анестезии нёбным путем) - наблюдается диплопия.

Ишемия кожи

Ишемия кожи наблюдается чаще при проведении инфраорбитальной анестезии из-за местного действия вазоконстрикторов. Быстрое введение анестетика и значительная инфильтрация тканей может привести к ишемии. Клинически проявляется участком резкого побледнения

(анемизации) кожи, которая имеет более низкую температуру, чем окружающие ткани. Ишемия кожи не требует какого либо лечения, так как самостоятельно проходит по мере прекращения действия сосудосуживающих препаратов. Осложнений не бывает.

Поломка инъекционной иглы

Чаще всего инъекционная игла ломается в месте ее соединения с канюлей. Не исключена также возможность поломки иглы в любом другом месте. Когда игла ломается в месте ее соединения с канюлей и остается ее часть над кожей, то удаляют последнюю за выступающий конец. Хуже обстоит дело, если игла обламывается в другом месте и обломок остается глубоко в мягких тканях.

Если произошла поломка иглы при проведении анестезии и выступающего из мягких тканей конца иглы не видно, то необходимо провести рентгенологическое исследование для того, чтобы убедиться в наличии в мягких тканях инородного тела.

Рекомендация С.Н. Вайсблата (1962) о том, что не всегда больному следует сообщать о случившейся поломке иглы считаю неправильным. По моему мнению, больные должны всегда знать о произошедшем осложнении от того врача, у которого возник этот случай.

В литературе описаны случаи поломки инъекционной иглы при проведении как внутритротоковых, так и внетротоковых методов обезболивания.

Бытует мнение, что отломки иглы способны мигрировать и могут быть занесены током крови в сердце или мозг. Считаю это неправильным. Во многих случаях, при проведении повторных рентгенограмм мною отмечено нахождение отломка иглы в том же самом месте, где он находился ранее (месяцы или годы спустя). Отмечено смещение отломка иглы не более, чем на 1-1.5 см от прежнего места.

Стерильный отломок иглы через 12-14 дней инкапсулируется, т.е. окружается плотной фиброзной тканью и не вызывает болезненных явлений. В том случае, если происходит инфицирование мягких тканей, то развивается гнойно-воспалительный процесс, который заканчивается абсцедированием или открывается свищ с гнойным отделяемым. При

травмировании отломком иглы сосуда может возникнуть гематома, а при травмировании нервных стволов - невралгии, невриты.

Показанием для удаления сломанной инъекционной иглы, которая находится глубоко в мягких тканях являются те случаи, когда поддерживается хроническое воспаление, или при травмировании сосудов и нервов (упорные болевые ощущения, невралгии и др.). По мнению Тимофеева, настойчивые требования больного произвести удаление оставшегося инородного тела не всегда могут являться показанием к оперативному вмешательству, т.к. последнее часто бывает технически очень сложно выполнимо.

В условиях поликлиники удалить отломок иглы можно лишь в том случае, если виден ее конец. В других случаях удалять иглу необходимо только в условиях стационара, т.к. это часто может оказаться технически очень сложным.

В стационаре проводят рентгенографию интересующего нас участка челюстно-лицевой области в нескольких проекциях (как минимум в двух) для уточнения правильной локализации отломка в тканях по отношению к определенным костным фрагментам черепа.

Операцию следует проводить не ранее, чем через две недели после поломки иглы и после снятия воспалительных явлений со стороны окружающих мягких тканей. В предоперационный период больному необходимо назначить противовоспалительное лечение (антибактериальные препараты, анальгетики, снотворные, физиотерапевтические процедуры).

Для удаления иглы из крыловидно- нижнечелюстного пространства используют доступ по крыловидно- нижнечелюстной складке, из крылонёбного канала - путем проведения вскрытия верхнечелюстной полости и образования отверстия на задней ее стенке. В других случаях доступ подбирается в зависимости от конкретной локализации отломка инъекционной иглы.

Повреждение мягких тканей

Повреждение мягких тканей происходит вследствие травмирования крючком Фарабефа, пинцетом, стоматологическим зеркалом при попытке широко оттянуть угол рта. При этом наблюдается разрыв слизистой оболочки. При обнаружении ссадины ее медикаментозно обрабатывают, а при наличии раны накладывают швы.

В результате повреждения деформированной инъекционной иглой волокон медиальной крыловидной мышцы может развиться контрактура нижней челюсти. Для лечения миогенной контрактуры назначают в течение 4-5 дней физиотерапевтические и обезболивающие средства.

С целью профилактики образования рубцовой контрактуры больному показана механотерапия.

А для того, чтобы легче было убедиться в ее эффективности или же недостаточной эффективности больному предлагают составить график величины открывания рта в течение дня (измерение производят между режущими краями центральных резцов).

Профилактикой данных осложнений является строгое соблюдение правил выполнения анестезии; недопустимо использование деформированных игл.

Некроз обезболиваемых тканей

В литературе приводится достаточно наблюдений, когда вместо анестетика в мягкие ткани вводятся перекись водорода, спирт, формалин, хлористый кальций или другие протоплазматические (деструктивные) яды.

Первый клинический признак введения в мягкие ткани неанестезирующей жидкости - это резкая боль, которая появляется сразу же после введения такого раствора. В этом случае необходимо сразу прекратить инъекцию препарата и как можно быстрее выяснить название вводимой жидкости. Если случайно был введен раствор хлорида кальция, необходимо помнить, что его антидотом является 10% раствор сульфата натрия или 5% раствор гидрокарбоната натрия, которые следует ввести в количестве 3-5-10 мл в место инъекции. *При введении неизвестной в данный момент жидкости нужно окружающие место инъекции ткани инфильтровать слабым раствором анестетика и широко (по возможности) рассечь их для обеспечения дренирования.* Можно обколоть физиологическим раствором. Возможно ошибочное введение в мягкие ткани изотонических растворов. Во всех этих случаях больным требуется срочная госпитализация и проведение вторичных профилактических мероприятий.

В ближайшие часы в месте введения несовместимой жидкости происходит нарастание отека окружающих мягких тканей с наличием очагов некроза в месте инъекции. На 2-е сутки после инъекции возможно присоединение инфекции. Поэтому с целью профилактики больному необходимо назначить антибактериальное и обезболивающее лечение, антисептические ирригации и полоскания. При присоединении микрофлоры полости рта тяжесть состояния больного

значительно ухудшается - симптомы интоксикации усиливаются, гнилостный запах изо рта увеличивается, жалобы усугубляются. В дальнейшем (через 2 недели) могут образоваться секвестры. Среди профилактических мероприятий следует обратить внимание на соблюдение образцового порядка медперсоналом на рабочем месте, врачу и медицинской сестре следует быть внимательными и ответственными.

Прочие осложнения

Дерматит является довольно редким осложнением. Аллергические дерматиты возникают только у сенсibilизированных больных. Первыми признаками болезни могут быть высыпания на коже, эритема, сильный зуд и жжение. Лечение заключается в назначении гипосенсибилизирующей терапии (димедрол, диазолин, супрастин, тавегил и др.), местно используются преднизолоновая или гидрокортизоновая мази. Профилактика заключается в том, что при наличии аллергических реакций на анестетики из группы сложных эфиров используют обезболивающие средства других групп.

Наблюдаются *постинъекционные пульпиты и периодонтиты*. Чаще всего они возникают при использовании для анестезии большого количества обезболивающего раствора, что вызывает ухудшение микроциркуляции в зоне кровоснабжения зуба. Постинъекционные пульпиты и периодонтиты не требуют лечения, т.к. самостоятельно подвергаются обратному развитию.

Только в некоторых случаях можно прибегнуть к обычному лечению пульпита и периодонтита.

При *развитии гнойно-воспалительных заболеваний* на месте инъекции обезболивающего раствора лечение проводят по общепринятой методике.

При введении раствора анестетика не должно возникать чувство жжения или болевой реакции. Резкая боль в момент инъекции — грозный признак ошибочного введения вместо анестетика других растворов (нашатырный спирт, формалин, хлорид кальция, этиловый спирт и др.). Если это произошло, то ткани, куда было введено одно из указанных веществ, необходимо инфильтровать 0,25—0,5 % раствором новокаина и рассечь их. Это уменьшает в тканях концентрацию ошибочно введенного раствора и создает условия для купирования воспалительного процесса в них. Кроме того, следует назначить антибиотики широкого спектра действия, антигистаминные препараты и анальгетики.

Осложнения местного характера, возможные при инфильтрационной или проводниковой анестезии, приведены при описании отдельных методик выполнения их. Осложнения общего характера могут возникать во время или после обезболивания.

Интоксикация. Токсичность новокаина незначительна. Однако при заболеваниях, когда снижена холинэстеразная активность сыворотки крови (гипертиреоз, тяжелая аллергия, алиментарная дистрофия), при гепатите, циррозе печени токсичность новокаина, лидокаина и тримекаина возрастает. Она значительно увеличивается при попадании местного анестетика в кровяное русло.

Кроме того, токсичность местных анестетиков прямо пропорциональна квадрату его концентрации.

При передозировке новокаина и тримекаина больные предъявляют жалобы на головокружение, головную боль, слабость, тошноту (рвоту), чувство страха. Отмечают бледность кожных покровов и слизистых оболочек, холодный пот, частое поверхностное дыхание, двигательное возбуждение. Могут быть судороги. Артериальное давление значительно снижено, пульс частый и слабый. Однако может быть и брадикардия, обусловленная угнетением бульбарных центров, заканчивающаяся остановкой сердца. Общее возбуждение может перейти в угнетение центральной нервной системы и остановку дыхания.

С появлением первых признаков передозировки препарата необходимо прекратить введение анестетика. При легкой степени отравления больного следует перевести в горизонтальное положение, дать вдыхать пары нашатырного спирта, ввести внутривенно 20 мл 40 % раствора глюкозы с дыхательными analeптиками (кордиамин 1—2 мл), 5 % раствор аскорбиновой кислоты (2—5 мл), сердечные гликозиды — 0,06% раствор коргликона (1—0,5 мл), 0,05 % раствор строфантина (0,5 мл).

При тяжелой степени отравления для снятия возбуждения вводят внутривенно 1—2 мл 1 % раствора тиопентал-натрия (при показаниях — больше), проводят искусственное дыхание портативным респиратором. Показано также введение дыхательных analeптиков, сосудистых препаратов и сердечных гликозидов в приведенных выше дозировках, изотонического раствора

хлорида натрия (500—1000 мл), кровезаменителей (реополиглюкина 500—1000 мл). Кроме того, следует стимулировать диурез (2—4 мл лазикса внутримышечно или внутривенно).

Передозировка адреналина может вызвать признаки интоксикации. Появляются беспокойство, страх, тремор, похолодание кожных покровов, одышка, головная боль, сердцебиение, повышение артериального давления, боли в области сердца. Могут возникнуть нарушение сердечного ритма, фибрилляция желудочков, потеря сознания, кровоизлияние в мозг, отек легкого.

Оказание помощи. Внутривенно вводят 0,6—1 мл 0,1 % раствора атропина сульфата, 2 мл кордиамина, 0,5 мл 0,05 % раствора строфантина на физиологическом растворе. Необходимо вдыхание амилнитрита, проведение оксигенотерапии. При значительном повышении артериального давления внутривенно вводят 6—8 мл 0,5 % раствора дибазола, 5—10 мл 2,4 % раствора эуфиллина, 5—10 мл 25 % раствора сульфата магния. Назначают 1—2 таблетки нитроглицерина под язык.

Обморок. Это относительно часто встречающееся осложнение, которое может развиваться на любом этапе проведения местной анестезии. Оно обусловлено острой аноксией головного мозга. Обморок характеризуется появлением головокружения, звоном в ушах, тошнотой, зевотой. Кожные покровы становятся бледными, влажными. Зрачки расширяются. Пульс слабый, частый, артериальное давление низкое. Дыхание поверхностное, редкое. Наступает потеря сознания с выключением мышечного тонуса.

Оказание помощи. Больному следует придать горизонтальное положение, обеспечить приток свежего воздуха. Дать вдыхать пары нашатырного спирта. Кожу лица, шеи следует обтереть полотенцем, смоченным в холодной воде. Эти простейшие мероприятия оказываются эффективными. Крайне редко возникает необходимость во введении сосудистых средств и дыхательных analeптиков (кордиамин, кофеин, эфедрин) внутримышечно в терапевтических дозировках.

Профилактика обморока заключается в создании спокойной обстановки в отделении, снятии психоэмоционального напряжения перед вмешательством (премедикация седативными препаратами). Нужно ослабить воротник одежды для устранения раздражения каротидного синуса, исключить резкие движения головой. Вкол иглы производят на высоте глубокого вдоха (отвлекающий момент для больного).

Коллапс — проявление сосудистой недостаточности. Сознание у больного сохранено. Отмечаются вялость, апатия, головокружение. Кожные покровы бледные, холодные, влажные на ощупь. Пульс частый, нитевидный, плохого наполнения. Артериальное давление низкое, дыхание поверхностное.

Оказание помощи. Больного необходимо перевести в горизонтальное положение или положение Тренделенбурга. Внутривенно следует ввести 20—60 мл 40 % раствора глюкозы с 2—5 мл 5 % раствора аскорбиновой кислоты, 2—3 мл кордиамина, 1—2 мл 10 % раствора кофеина. Внутримышечно можно медленно ввести 1 мл 0,1 % раствора стрихнина. Показано введение 10 % раствора хлорида кальция (10 мл). При неэффективности проводимой терапии можно ввести 0,3—0,5 мл 5 % раствора эфедрина или 1 % раствора мезатона в 20 мл 40 % раствора глюкозы. По показаниям может быть применен 0,1 % раствор норадреналина гидрохлорида в 400 мл полиглюкина (капельно), 30—60 мл преднизолона. Следует помнить, что на 1 г сухого вещества глюкозы необходимо ввести 5 ЕД инсулина. Терапию следует проводить на фоне ингаляции кислорода.

Анафилактический шок. Новокаин занимает четвертое место среди препаратов, вызывающих лекарственный анафилактический шок. Это грозное осложнение чаще развивается у лиц с заболеваниями аллергической природы или перенесших аллергическую реакцию на какой-либо препарат; у больных, ближайшие родственники которых имеют отягощенный аллергологический анамнез. Различают типичную форму, кардиальный, астмоидный, церебральный и абдоминальный варианты анафилактического шока. По течению его выделяют молниеносную, тяжелую, средней тяжести, легкую формы.

При типичной форме у больных через некоторое время после введения лекарственного препарата (анестетика) появляются чувство страха, беспокойство, покалывание и зуд кожи лица, головы, рук, шум в ушах, головная боль, потливость. Покраснение лица сменяется резкой бледностью. Могут быть судороги, иногда — потеря сознания. Зрачки расширяются и не реагируют на свет. Чувство тяжести за грудиной сменяется резкой болью в области сердца. Отмечаются тахикардия, значительное снижение артериального давления. Неприятные ощущения

в эпигастральной области могут перерасти в коликообразные боли в животе, тошнота может закончиться рвотой. У некоторых больных отмечаются вздутие живота, непроизвольная дефекация и мочеиспускание. Появляется одышка различной степени — от затрудненного дыхания до асфиксии.

При других формах шока преобладают признаки поражения соответствующих органов.

Тяжелая и молниеносная форма анафилактического шока может быстро закончиться летальным исходом. При средней тяжести и легкой форме удастся выявить указанные выше признаки.

Оказание помощи. Необходимо обеспечить проходимость верхних дыхательных путей: повернуть голову больного на бок, вытянуть язык, очистить рот от рвотных масс, выдвинуть нижнюю челюсть вперед, начать искусственное дыхание (в зависимости от клинической ситуации). Для прекращения поступления антигена в кровь зону введения последнего следует обколоть 0,5 мл 0,1 % раствора адреналина, разведенного в 5—10 мл изотонического раствора хлорида натрия или, если это технически невозможно, по ходу введения антигена инъецировать 1 мл адреналина. Следует ввести антигистаминные препараты (2—4 мл 1 % раствора димедрола или 2—3 мл 2,5 % раствора супрастина, 2 мл 2,5 % раствора пипольфена), 3—5 мл 3 % раствора преднизолона, 0,5 мл 0,1 % раствора адреналина гидрохлорида (внутривенно или внутримышечно). Хороший эффект дает введение 100—120 мл 5 % эпислон-аминокапроновой кислоты. Если имеются признаки прогрессирования бронхоспазма, показано введение 2,4 % раствора эуфиллина (10 мл) или 0,5 % раствора изадрина (2 мл). Для поддержания сердечной деятельности вводят диуретики и сердечные гликозиды: 2—4 мл лазикса, 1—0,5 мл 0,06% раствора коргликона. Эта терапия проводится на фоне ингаляции кислорода. Лекарственные препараты следует вводить внутривенно. Внутримышечное инъецирование малоэффективно.

При отсутствии улучшения в состоянии больного следует повторить введение препаратов. При показаниях проводят сердечно-легочную реанимацию.

Больные, перенесшие анафилактический шок, должны быть госпитализированы в специализированное отделение из-за опасности поздних осложнений со стороны сердца, почек, желудочно-кишечного тракта.

Профилактика осложнения заключается в тщательном анализе аллергологического анамнеза.

На данном занятии используются новые педагогические технологии:

деловая игра «КРУГЫЙ СТОЛ»

Для работы необходимо:

1. Набор вопросов и ситуационных задач, распечатанных на отдельных листах
2. Номерки для жеребьевки по числу студентов в группе
3. Чистые листы бумаги, ручки.

Ход работы:

1. Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы.
2. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку.
3. На листе пишется дата, номер группы, факультет, Ф. И.О., студентов – участников данной подгруппы (название деловой игры).
4. Один из участников каждой из подгруппы берет из конверта вопрос или ситуационную задачу уровень сложности заданий для всех подгрупп примерно одинаков.
5. Студенты переписывают на лист своё задание.
6. По кругу пускается лист.
7. Каждый студент записывает свой вариант ответа и передает лист другому.
8. На ответ каждого студента отводится 3 минуты.
9. По истечении времени работы сдаются преподавателю.
10. Все участники обсуждают результаты, выбирают наиболее правильные ответы, за которые ставится максимальный балл.
11. На обсуждение отводится 15 минут
12. Студенты получают за ответы баллы из рейтинга теоретической части занятия
13. Полученный студентами балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие.
14. В свободной нижней части журнала делается отметка о проведении игры.
15. Работы студентов сохраняются преподавателем.

Набор вопросов для проведения деловой игры:

1. Гистологическое строение лимфатического узла
2. Роль лимфатической системы в организме человека
3. Какие показатели в общем, анализе крови отражают состояние лимфатической системы в организме, их соотношение в норме.
4. При каких заболеваниях отмечается увеличение лимфатических узлов
5. Отличительные признаки аденофлегмоны от одонтогенной флегмоны
6. Принципы медикаментозной терапии при воспалительных заболеваниях лимфатической системы

Набор контрольных вопросов для проведения деловой игры:

Местные осложнения при туберальной анестезии.

1. Местные осложнения при палатинальной анестезии.
2. Местные осложнения при мандибулярной анестезии.
3. Местные осложнения при торусальной анестезии.
4. Местные осложнения при ментальной анестезии.
5. Местные осложнения при резцовой анестезии.
6. Местные осложнения при стволковой анестезии.

10. Контрольные вопросы

7. Понятие о хирургической стоматологии как о науке.
8. Развитие хирургической стоматологии в Узбекистане.
9. Помещение хирургического отделения (кабинета).
10. Санитарные требования предъявляемые при организации хирургической стоматологической помощи.
11. Штатные нормативы медицинского персонала.
12. Организация лечебной работы в поликлинике и клинике хирургической стоматологии.
13. Организация стоматологической помощи в стационаре.
14. Ведение медицинской документации.
15. Понятие об асептике и антисептике.

11. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Учебник «Хирургическая стоматология». Под редакцией профессора Робустовой Т.Г. Москва. 2003 год.
2. Азимов М.И. Жаррохлик стоматология пропедевтикаси / «Узбекистон миллий энциклопедияси» Давлат илмий нашриёти, Тошкент – 2009. 247 с.

Дополнительная:

11. Основы хирургической стоматологии. Бернадский Ю.И. Киев. 1984.
12. Стоматология – руководство к практическим занятиям. Под редакцией Боровского Е.В. Москва. 1987.

7 Лекция __Операция удаления зуба, показания и противопоказания.

ПРИНЦИПЫ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ. ОСЛОЖНЕНИЯ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА И ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ.

Одной из основных задач всех разделов стоматологии – терапевтической, ортопедической и хирургической – является сохранение зубов у человека. Современный научный уровень стоматологии позволяет резко сузить показания к удалению зубов.

УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ

Удаление зуба является хирургической операцией, поскольку при этом происходят нарушение целостности слизистой оболочки полости рта и травмирование таких тканей как надкостница, циркулярная связка, сосуды, нервы и костная структура лунки. Это вмешательство выполняют наиболее грубыми из всех известных в хирургии методами, прилагая силу извне и действуя специальным инструментом как рычагом.

Удаление зуба — самая частая операция в поликлинической стоматологической практике. Ее выполняют в уже инфицированных тканях — в полости рта, где постоянно вегетируют различные микробные ассоциации. Следует учитывать то обстоятельство, что при удалении зуба, даже если оно проводится с минимальной травмой, в организме человека происходят значительные изменения. Так, эта операция приводит к нарушению функций центральной нервной, сердечно-сосудистой и других систем. У больного могут повыситься температура тела и артериальное

давление, возникнуть тахикардия. Страх перед операцией и обстановка в хирургическом кабинете могут вызывать отрицательные эмоции.

После операции удаления зуба наступают анатомо-функциональные изменения не только в том участке альвеолярного отростка, где производилось вмешательство, но и в области соседних зубов, на уровне антагонистов, нарушаются окклюзионные соотношения с зубами противоположной стороны. При удалении значительного количества зубов снижается жевательная эффективность, возможно нарушение речи, а при удалении передних зубов возникают косметические неудобства.

Стремясь к сохранению зубов, столь необходимых для жевательной функции, иногда приходится прибегать к их удалению, поскольку дальнейшее сохранение патологически измененных зубов может способствовать возникновению очагов одонтогенной инфекции, что в свою очередь грозит распространением патологических процессов на здоровые зубы и челюстные кости, а также развитием заболеваний органов и систем организма.

Все сказанное дает основание полагать, что операцию удаления зуба следует выполнять в щадящем режиме по строго определенным показаниям, с учетом положительных и отрицательных последствий этого вмешательства

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К УДАЛЕНИЮ ЗУБОВ

Показания и противопоказания к удалению постоянных зубов. Прежде чем решить вопрос о показаниях и противопоказаниях к удалению постоянного зуба, необходимо ответить на два вопроса: какие изменения произойдут в организме, в частности в зубочелюстной системе, в случае удаления зуба и каковы последствия в случае его сохранения.

Показания к удалению зуба могут быть общими и местными.

Из общих показаний следует указать на хронический сепсис и одонтогенную хроническую интоксикацию, развившуюся в результате распространения инфекции из одонтогенного воспалительного очага, особенно при безуспешности эндодонтического лечения. В первую очередь это относится к зубам с гангренозным распадом пульпы и корням зубов, которые могут играть этиологическую роль в развитии заболеваний (миокардит, эндокардит, ревматизм, артрит, миозит, пиелонефрит и др.) Хронический сепсис, как правило, сопровождается характерными гематологическими изменениями (анемия, лимфоцитоз, лейкопения и др.).

Местные показания могут быть абсолютными и относительными. Абсолютным показанием к удалению зуба является не поддающийся консервативной терапии гнойный воспалительный процесс в периодонте, при котором имеется опасность развития острого остеомиелита челюсти, абсцесса или флегмоны, гнойного гайморита, лимфаденита и др. При этом нередко показано одновременное вскрытие поднадкостничного абсцесса. Тактика врача должна быть достаточно активной, если зуб не представляет функциональной ценности. Большинство авторов придерживаются этого правила, однако И.Г. Лукомский (1933) и И.М. Старобинский (1950) на протяжении многих лет ставили его под сомнение.

В удалении зуба при остром остеомиелите эти авторы усматривали большую вероятность активизации и распространения очага воспаления, в то время как через лунку удаленного зуба, по их мнению, полная эвакуация гноя не происходит.

Относительными являются все остальные показания к удалению постоянного зуба:

- невозможность консервативной терапии из-за значительного разрушения коронки зуба или непроходимости каналов, при перфорации инструментом зуба или его корня;
- невозможность использования разрушенного зуба для протезирования;
- удаление «причинных» зубов, вызвавших воспалительный процесс в верхнечелюстной пазухе;
- наличие зубов в поздней стадии пародонтита, в последней стадии рассасывания альвеолярного края;
- сверхкомплектные зубы при трудностях прорезывания и протезирования, если они травмируют слизистую оболочку, вызывают болевые ощущения и нарушают функцию жевания;
- ретенированные зубы и наличие патологических процессов (костная деструкция, киста и др.) около них;
- при безуспешности консервативных лечебных мероприятий по поводу периодонтита многокорневых зубов. В таких случаях фронтальные зубы могут быть сохранены после резекции верхушки корня и удаления патологически измененных тканей;
- усиление воспалительных процессов в периодонте и развитие начальных стадий острого остеомиелита;

— затрудненное прорезывание нижнего зуба мудрости, расположенного в косом или поперечном направлении;

— новообразования альвеолярного отростка удаление зуба производится одновременно с резекцией патологически измененных тканей (в частности, при амелобластоме, злокачественных опухолях), а также во время цистэктомии;

— эстетические показания при невозможности ортопедического исправления атипично расположенного зуба;

— премолары при ортодонтическом смещении фронтальных групп зубов;

— разрушенные зубы или вклинившиеся в щель перелома челюсти;

— ортопедические показания (выдвинувшиеся по оси или в сторону ранее удаленного зуба в результате потери антагониста зубы, мешающие изготовлению функционального зубного протеза);

— удаление зуба с удалением эпюлиса и альвеолэктомией;

— зубы, вовлеченные в воспалительный процесс, при специфических заболеваниях (сифилис, актиномикоз, туберкулез).

Противопоказания к удалению постоянных зубов всегда относительные, за исключением тех случаев, когда удаление зубов должно осуществляться по жизненно важным мотивам. Противопоказания делятся на общие и местные.

ОБЩИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

— инфекционные заболевания, поскольку они приводят к ослаблению организма, снижению иммунологической активности (грипп, ангина, дифтерия и т.п.);

— системные заболевания крови, лейкомия, агранулоцитоз, злокачественное малокровие и др. Больных следует направить в гематологический стационар, где будет проведена предоперационная подготовка,

— гемофилия и пониженная свертываемость крови, болезнь Верльгофа, необходима предоперационная подготовка,

— беременность до III и после VII месяца;

— авитаминозы;

— желтуха;

— диабетическая кома,

— алиментарная дистрофия, кахексия различного генеза;

— менструация (за 2—3 дня до и спустя такой же срок после нее);

— заболевания сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, особенно если он сопровождается коллаптоидным состоянием, приступами стенокардии и сердечной астмы, декомпенсированный порок сердца, гипертонический криз, острая аневризма желудочка сердца, подострый септический эндокардит с наклонностью к тромбообразованию, хроническая коронарная недостаточность, пароксизмальная аритмия и др.),

— органические и функциональные поражения нервной системы (острое нарушение мозгового кровообращения, менингит, энцефалит, эпилепсия, психозы, истерия и др.);

— инсульт в острой стадии, черепно-мозговая травма, опухоли головного мозга и др.;

— психические заболевания в стадии обострения (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз);

— острые заболевания паренхиматозных органов

Наличие общих соматических заболеваний, препятствующих удалению зуба, не может быть противопоказанием длительное время. После консультации специалиста и соответствующей клинической подготовки (возможно, даже в условиях стационара) при показаниях по жизненно важным мотивам удаление зуба выполняют с соблюдением максимума предосторожности. Особое внимание следует уделить психоэмоциональной подготовке пациента и медикаментозной подготовке малыми транквилизаторами.

МЕСТНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.

— острая лучевая болезнь I—III стадии,

— язвенные гингивиты и стоматиты;

— расположение зуба в зоне злокачественной или сосудистой опухоли,

— наличие одиночных зубов, даже при некоторой их подвижности, необходимых для фиксации протезов.

Следует иметь в виду, что наличие коллатерального отека при периодонтите не служит противопоказанием к удалению зуба. Перечисленные выше местные противопоказания не являются таковыми после снятия острых явлений и соответствующей подготовки к операции.

Выбор метода обезболивания при удалении зубов. Безболезненность хирургических операций, проводимых на альвеолярных отростках челюстей, обеспечивают различными методами обезболивания, из которых выбирают тот, к которому имеются определенные показания. Иными словами, при выборе вида анестезии необходимо руководствоваться правилом: обезболивание не должно повлечь за собой большего риска для больного, чем сама операция, т.е. решать задачу надо строго индивидуально.

Методика удаления зуба

Извлечение зуба осуществляют путем насильственного разрыва волокон периодонта и десны. Перед этой операцией необходимо снять зубные отложения с удаляемого зуба и соседних с ним зубов с целью профилактики проталкивания их под десну. После обезболивания отслаивают циркулярную связку и край десны с вестибулярной и небной (язычной) сторон. В свободные десневые карманы вводят щетки щипцов строго по оси зуба. Для удаления зубов или их корней применяют также элеваторы (подъемники, рычаги); они бывают прямые и угловые. Кроме того, зубы удаляют при помощи бормашины и фиссурного бора, молотка и долота (выдавливание); последнее из-за большой травматичности весьма нежелательно.

Для отдельных групп зубов существуют различной формы щипцов. Все они имеют рабочую часть (щетки), замок и ручки (бранши). Имея принципиальное техническое сходство, щипцы различаются в деталях, что обусловлено их функциональным назначением, т. е. форма щечек соответствует строению определенного зуба.

Для того чтобы избежать инфицирования лунки удаленного зуба, следует вначале удалять зубы на верхней челюсти, а затем на нижней. Эту операцию целесообразно проводить вначале на одной стороне, а затем на другой, давая возможность больному принимать пищу на здоровой стороне до окончательного заживления лунок.

Положение врача и больного. Операцию удаления зуба производят, как правило, в стоматологическом кресле при сидячем или полусидячем положении больного. Следует постоянно соблюдать осторожность, особенно при работе элеватором, чтобы не допустить аспирации или проглатывания зубов и корней. При удалении верхних зубов больного сажают в кресло с несколько откинутой спинкой. Положение кресла регулируют с таким расчетом, чтобы уровень удаляемого зуба соответствовал уровню плечевого сустава врача. Голова больного должна быть несколько запрокинута. При удалении зубов на нижней челюсти кресло опускают так, чтобы рот больного был на уровне локтевого сустава опущенной руки стоматолога. Положение врача зависит от локализации зуба. Так, при удалении правых нижних зубов врач находится справа и несколько кзади от больного, при удалении левых нижних и верхних зубов — справа и впереди. При этом голова больного должна находиться в прямом или слегка наклоненном кпереди положении.

Врач должен рационально использовать свободную левую руку: следует обеспечивать хорошую видимость операционного поля, предохранять мягкие ткани полости рта от травм инструментами и фиксировать альвеолярный отросток. Удаляя зубы на верхней челюсти, стоматолог указательным или большим пальцем левой руки отодвигает верхнюю губу, а другой палец помещает со стороны неба. При удалении зубов на нижней челюсти левой рукой охватывают голову больного, большим и указательным пальцами предохраняя язык и нижнюю губу от травмирования щипцами или элеватором.

Способы удержания щипцов. Для того чтобы технически правильно произвести удаление зубов, необходимо твердо знать способы удержания щипцов в руке. Важно помнить несколько основных приемов.

Зубы различают по четырем основным признакам: 1) по месту расположения — нижние и верхние; 2) по размеру шеек зубов — широкие (моляры) и узкие (все остальные); 3) по стороне расположения — правые и левые, 4) по степени доступности — передние (резцы и клыки), боковые (премоляры), первый и второй большие коренные, задние — третьи моляры.

Соответственно щипцы выбирают в зависимости от величины щечно-замкового угла, ширины и формы щечек, изгиба и длины щипцов.

Признак щечно-замкового угла. Щипцы, имеющие прямой или тупой угол, образуемый замком и щечками, предназначаются для удаления нижних зубов; щечно-замковый угол открыт

книзу. Щипцы же, имеющие угол значительно больше прямого угла или равный сумме двух прямых углов, используют для удаления верхних зубов; при этом щечно-замковый угол открыт сверху.

Признак ширины щечек. Щипцы с шириной щечек более 0,75 см предназначены для удаления моляров, т.е. зубов с широкими шейками, а щипцы с узкими щечками (шириной меньше 0,75 см) применяют для удаления зубов с узкой шейкой (резцы, клыки, премоляры, корни).

Признак формы. Большинство щипцов можно использовать для удаления зубов справа и слева; щечки у них одинаковые — острые или закругленные. Для удаления же верхних моляров, имеющих два щечных корня, щипцы подбирают с таким расчетом, чтобы щечка с заостренным концом была обращена в вестибулярную сторону, т.е. заостренный конец щечки входил бы в вилку, образованную двумя щечными корнями. Этим признаком пользуются при выборе щипцов для левых или правых больших коренных зубов верхней челюсти.

Признак изгиба и длины щипцов. Длина ручек и щечек щипцов зависит от доступности зубов. Так, для удаления верхних резцов и клыков целесообразно применять S-образные короткие прямые щипцы с короткими щечками. Для удаления верхних премоляров предназначены специальные щипцы с несколько удлиненными щечками и браншами, по форме напоминающими штык, в связи с чем и называются штыкообразными, или байонетными (франц. «байонет» — штык). Этими же щипцами удаляют корни верхних зубов, при необходимости — резцы и клыки.

При удалении нижних зубов применяют боковые щипцы, изогнутые по ребру (со сходящимися и несходящимися концами щечек, клювовидные), и прямые, изогнутые по плоскости. Для удаления фронтальных зубов и премоляров пользуются в основном клювовидными щипцами, а для моляров, особенно третьего, — щипцами, изогнутыми по плоскости, которые вводят в рот прямо и бранши которых направлены параллельно поперечнику зуба. Этими же щипцами пользуются при ограниченном открывании рта. Рабочая часть щечек такая же, как у клювовидных щипцов. Они изогнуты по ребру и имеют не сходящиеся при смыкании щечки и небольшую высоту. Корни всех зубов нижней челюсти удаляют клювовидными щипцами со сходящимися концами щечек.

Способы держания щипцов. Операцию удаления зуба производят правой рукой при помощи щипцов с таким расчетом, чтобы угол между осью ручек всегда был открыт в сторону удаляемого зуба. Пальцы хирурга должны располагаться так, чтобы можно было одной рукой раздвигать и сближать бранши щипцов. Щипцы держат таким образом, чтобы можно было продвинуть их по оси зуба под десну. Существует два способа держания Щипцов.

Первый способ предусматривает удержание обеих ручек щипцов всей кистью правой руки, кроме IV и V пальцев. Эти пальцы располагают между ручками, при необходимости ими можно раздвинуть бранши. При смыкании ручек щипцов IV и V пальцы выводят из промежутка между браншами.

При втором способе, наиболее приемлемом при удалении верхних зубов, большим пальцем охватывают одну ручку щипцов, II и III пальцы помещают между ручками, а IV и V пальцами удерживают другую ручку. Концы обеих ручек упираются в ладонь, что способствует продвижению щипцов. Бранши щипцов раздвигают, выпрямляя III палец, и смыкают при сгибании IV и V пальцев. Выводя III палец наружу после наложения щипцов, их сжимают всеми пальцами, кроме указательного.

Приемы удаления зубов щипцами. Операцию удаления зуба начинают с отслойки круговой связки от шейки зуба и десны — от края альвеолы, пользуясь гладилкой, узким распатором или прямым элеватором. Целью такой мобилизации десневого края является создание условий для более глубокого продвижения щечек щипцов и сохранения целостности этих мягких тканей.

Процесс удаления зуба состоит из нескольких, выполняемых один за другим приемов: 1) наложения щипцов; 2) продвижения щипцов; 3) смыкания (фиксации) щипцов; 4) вывихивания зуба (люксация или ротация); 5) извлечения зуба.

Наложение щипцов в раскрытом виде, удерживание их одним из способов производят так, чтобы продольная ось щечек щипцов точно совпадала с продольной осью зуба. В противном случае может произойти перелом зуба. Одну щечку вводят под отслоенный десневой край с небной (язычной) стороны, другую — с губной (вестибулярной), ни в коем случае не захватывая слизистую оболочку и не травмируя ее. В труднодоступных местах, в частности при удалении верхних премоляров и моляров, оси щечек и зуба должны совпадать, поэтому применяют

изогнутые или штыковидные (байонетные) щипцы. Важным моментом наложения щипцов, как и при других приемах, является обеспечение возможности обозреть зуб и окружающие ткани.

Продвигание щипцов заключается в скольжении их щечек по поверхности коронок удаляемого зуба под край десны с целью более плотного схватывания (фиксации) зуба. Циркулярная связка при этом разрывается. Успех операции удаления зуба зависит от глубины продвижения щечек. При удалении корней иногда приходится захватывать и край альвеолярного отростка, который частично отламывается. На зубах верхней челюсти щипцы продвигают правой рукой, которой их держат, а на нижней — левой рукой, надавливая I пальцем на замок щипцов. Глубокое продвижение щечек при удалении молочных зубов не показано по двум причинам: во-первых, такие зубы укреплены непрочной, во-вторых, при этом можно повредить зачаток постоянного зуба.

Смыкание (фиксация) щипцов осуществляют всей кистью, предварительно освободив III и IV пальцы между браншами. Смыкание должно быть умеренным, так как сильное сжатие может привести к разрушению патологически измененного зуба, а слабое — к соскальзыванию щечек и перелому зуба. Главное условие состоит в том, чтобы фиксированный зуб составлял как бы единое целое со щипцами.

Вывихивание (люксация) зуба — самый ответственный момент операции. Вывихивание зуба выполняют маятниковыми движениями в вестибулярную и небную (язычную) стороны, постепенно увеличивая амплитуду раскачивания. Первое движение следует делать в ту сторону, где более тонкий альвеолярный край челюсти: на верхней челюсти, кроме участка между первым и вторым моляром (зона скулоальвеолярного гребня), т.е. кнаружи. На нижней — тоже кнаружи, кроме первого и третьего большого коренного зуба (плотная косая линия). Необходимо, чтобы во время вывихивания щипцы плотно удерживали зуб.

Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в (%) и баллах	Оценка	Уровень знания студента
1.	96-100	Отлично «5»	Подводит итоги и принимает решения Творчески мыслит Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
2.	91-95		Творчески мыслит Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
3.	86-90		Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления

4.	81-85	Хорошо «4»	Применяет на практике Проявляет высокую активность при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не достаточно полно Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
5.	76-80		Проявляет активность при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точно представления
6.	71-75		Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
7.	66-70	Удовлетворительно «3»	Понимает суть вопроса Правильно решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответ Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления по отдельным вопросам темы
8.	61-65		Допускает ошибки при решении ситуационных задач Знает, рассказывает не уверенно Имеет точные представления по отдельным вопросам темы
9.	55-60		Знает, рассказывает не уверенно Имеет частичные представления
10.	54 и ниже	Неудовлетворительно «2»	Не имеет точного представления Не знает

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин.
			80
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение домашнего задания	Опрос, объяснение	15
3	Обследование больного в стационаре		5
4	Усовершенствование практических навыков, работа с муляжами, клиничко-лабораторным оборудованием, аппаратурой	Работа с клиничко-лабораторным оборудованием	15
5	Обсуждение практической части занятия	Опрос, объяснение	10
6	Обсуждение темы занятия, реферативное сообщение, семинар, дискуссия	Реферативное сообщение, семинар, дискуссия	10
7	Работа в группе. Демонстрация видеозаписей по теме, разбор ситуационных задач, компьютерные программы, деловые игры и т.д.	Демонстрация, интерактивные формы - активные,	10

		пассивные	
8	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 бальной системе и её оглашение. Дача задания студентам на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	10

10. Контрольные вопросы

16. Понятие о хирургической стоматологии как о науке.
17. Развитие хирургической стоматологии в Узбекистане.
18. Помещение хирургического отделения (кабинета).
19. Санитарные требования предъявляемые при организации хирургической стоматологической помощи.
20. Штатные нормативы медицинского персонала.
21. Организация лечебной работы в поликлинике и клинике хирургической стоматологии.
22. Организация стоматологической помощи в стационаре.
23. Ведение медицинской документации.
24. Понятие об асептике и антисептике.

11. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Учебник «Хирургическая стоматология». Под редакцией профессора Робустовой Т.Г. Москва. 2003 год.
2. Азимов М.И. Жаррохлик стоматология пропедевтикаси / «Узбекистон миллий энциклопедияси» Давлат илмий нашриёти, Тошкент – 2009. 247 с.

Дополнительная:

13. Основы хирургической стоматологии. Бернадский Ю.И. Киев. 1984.
14. Стоматология – руководство к практическим занятиям. Под редакцией Боровского Е.В. Москва. 1987.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

ТЕМА 1. Организация Хирургического стоматологического кабинета. Используемые инструменты В хирургической стоматологии.

Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин.
			80
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение домашнего задания	Опрос, объяснение	15
3	Обследование больного в стационаре		5
4	Усовершенствование практических навыков, работа с муляжами, клинико-лабораторным оборудованием, аппаратурой	Работа с клинико-лабораторным оборудованием	15
5	Обсуждение практической части занятия	Опрос, объяснение	10
6	Обсуждение темы занятия, реферативное сообщение, семинар, дискуссия	Реферативное сообщение, семинар, дискуссия	10
7	Работа в группе. Демонстрация видеозаписей по теме, разбор ситуационных задач, компьютерные программы, деловые игры и т.д.	Демонстрация, интерактивные формы - активные, пассивные	10
8	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 бальной системе и её оглашение. Дача задания студентам на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	10

Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в (%) и баллах	Оценка	Уровень знания студента
1.	96-100	Отлично «5»	Подводит итоги и принимает решения Творчески мыслит Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
2.	91-95		Творчески мыслит Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
3.	86-90		Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
4.	81-85	Хорошо «4»	Применяет на практике Проявляет высокую активность при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не достаточно полно Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
5.	76-80		Проявляет активность при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точно представления
6.	71-75		Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
7.	66-70	Удовлетво рительно	Понимает суть вопроса Правильно решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответ Знает, рассказывает уверенно

		«3»	Имеет точные представления по отдельным вопросам темы
8.	61-65		Допускает ошибки при решении ситуационных задач Знает, рассказывает не уверенно Имеет точные представления по отдельным вопросам темы
9.	55-60		Знает, рассказывает не уверенно Имеет частичные представления
10.	54 и ниже	Неудовлетворительно «2»	Не имеет точного представления Не знает

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

9. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.
 10. Тесты 1 уровня сложности.
 11. Тесты 2 уровня сложности.
 12. Ситуационные задачи.
2. Продолжительность изучения темы - количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполняют амбулаторную карту;
- заполняют стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственности в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаимодействующих в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия — строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения — организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена — санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии — стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия — понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания — организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология — обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

Хирургическая стоматология - одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица, и шеи, костей лицевого скелета, требующая комплексных методов лечения. Среди этих методов оперативные вмешательства являются ведущими. Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями - терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста общие с ними методы диагностики и лечения. Хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями - терапией, хирургией, отоларингологией, офтальмологией, нефрологией, рентгенологией и радиологией. Эта дисциплина одновременно основывается на достижениях естественных наук, физики, химии и многих разделов фундаментальной медицины: нормальной и топографической анатомии, норм и патофизиологии, микробиологии, пат. анатомии, фармакологии, оперативной хирургии др.

Хирургическая стоматология зубов может требовать экстренных хирургических вмешательств (острые воспалительные и травматические заболевания зубов, в том числе возникающие при них удушье, кровотечения, шок и др.) и плановых операций (хронические воспалительные заболевания зубов, травма, опухоли, опухолеподобные заболевания, дефекты и деформация лица, врожденные пороки и аномалии развития и др.)

Врач - стоматолог независимо от профиля его работы должен уметь оказывать неотложную помощь при обмороке, шоке, коллапсе, коме, сердечной и дыхательной недостаточности, инфаркте миокарда, гипертоническом кризе, эпилептическом состоянии, аллергических реакциях, острой травме в том числе термической, змеиных укусах, отравлениях.

Стоматология в прошлом зубоврачевание, дентиатрия, или одонтология, представляет собой одну из ветвей хирургии.

Видные врачи древнего мира – Гиппократ, Цельс, Гален и др. – оставившие глубокий след в истории медицины, также занимались зубоврачеванием. До настоящего времени дошел например, большой набор зубоврачебных инструментов и щипцов, которыми пользовались врачи эпохи средневековья.

В эпоху возрождения, несмотря на развитие анатомии, хирургии, зубоврачевание еще продолжало оставаться за пределами науки. В самостоятельную отрасль медицины, зубоврачевание стало оформляться только после замечательных работ французского дантиста,

бывшего цирюльника Пьера Фошара (1690 – 1762), опубликовавшего в 1725г. первый капитальный труд. Основная заслуга Фошара состояла в том, что он первым собрал воедино все разрозненные сведения многих авторов и практиков и мастерски систематизировал материал.

Первые зубоврачебные школы открылись в Америке в 1838г. в Англии в 1857г, во Франции, Германии и России в 1881г. Первый зубоврачебный журнал появился в Америке, в Филадельфии в 1839г. В развитии хирургии зубов и полости рта большое значение имели школы ученичества иностранных зубных врачей.

В 1808г. проф. А.Буш сделал первую операцию по поводу «заячьей губы». В 1820г. ученик А.Буша произвел резекцию нижней челюсти. Стоматология произошла в результате слияния двух медицинских дисциплин – одонтологии и челюстно лицевой хирургии, которые развивались самостоятельно. Одонтологи занимались заболеванием, лечением и протезированием зубов, а челюстно – лицевые хирурги – занимались осложнениями, возникнувшими вследствие болезней зубов и другими заболеваниями в ЧЛЮ, которые требовали знаний болезней зубов. Опыт лечения больных требовал иного подхода к лечению одонтогенных заболеваний.

Внимание хирургов к хирургическому разделу зубоврачевания способствовала совершенствованию челюстных операций в рамках общей хирургии. Основоположником многих из них по праву следует считать замечательного русского врача и ученого Н.И.Пирогова. Им разработаны основы лечения опухолей челюсти. Для развития пластической хирургии лица большое значение сыграла деятельность проф. Киевского университета Ю.К.Шимановского. Он разработал системный принцип для показаний к пластическим операциям. Предложил усовершенствованные варианты их, создал ряд оригинальных методик оперативных вмешательств 1886. Русский зубной врач С.С.Тигерштедт (1914) предложил методику иммобилизации отломков челюсти при переломах с помощью назубных проволочных шин.

Стоматология как самостоятельная наука начала формироваться в Узбекистане после революции. Вместе с развитием стоматологической науки началось повсеместное распространение квалификационной мед. помощи а республике. В Туркистане был учрежден Туркистанский Государственный Университет с медицинским факультетом. В составе клиники факультетской хирургии, руководимой Ситковским П.П., был организован доцентский курс по челюстно-лицевой хирургии и одонтологии.

В 1925г. На базе клиники госпитальной хирургии было организовано стоматологическое отделение на 10 коек, а спустя 5 лет их стало 15.

В 1940г. В республике уже насчитывалось 5 стоматологических поликлиник, 198 стоматологических и зубоврачебных кабинетов, 47 зубоврачебных отделений и 2 стационара на 65 коек.

Большое развитие челюстная хирургия в Узбекистане в годы Велико Отечественной войны. Тогда в составе крупнейших госпиталей Ташкента, Самарканда и Коканда были организованы отделения челюстной хирургии. Большую научно – консультативную и лечебную работу в то время проводили Парадоксов М.В., Л.М. Обухова, Г.А. Ландо, Т.А. Аюпович, Л.Р. Губин, А.Ф. Ключева. После Великой отечественной войны в 1950г. при Самаркандском медицинском институте открылся курс челюстной хирургии, возглавляемый доцентом Л.М. Обуховой.

Новый наиболее важный этап в развитии стоматологической помощи в Узбекистане начался после открытия в 1954г. стоматологического факультета при Ташкентском медицинском институте.

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.

Кафедра хирургической стоматологии была организована на базе челюстно лицевого отделения, которая являлась курсом при факультетской хирургической клинике, которой руководил Петр Порфирьевич Ситковский в 1924г. В 1928г был организован доцентский курс, которым руководил П.П.Ситковский, ассистентом работали М.В.Парадоксов и Л.М.Обухова.

В 1939г кафедра получила клинику на 50 коек и 15 коек при институте ортопедии и травматологии.

Великая отечественная война 1941-1945гг открыла новый этап в истории кафедры. При эвакуационном госпитале г.Ташкента №3668/69 было открыто челюстно – лицевое отделение до 400 коек. Контингент больных представлял самых тяжелых раненных с обширными разрушениями и дефектами лица и осложнениями в виде остеомиелитов, рубцовых контрактур, анкилозов, параличей лицевых нервов и т.д. Послевоенный период в истории характеризуется дальнейшим её развитием, как в количественном и так и, в качественном отношении. Новый и наиболее важный этап в развитии стоматологической службы и кафедры хир. Стоматологии

начался открытием стоматологического факультета на базе курса стоматологии для обучения студентов лечебного, педиатрического и санитарно – гигиенического факультетом. В этот период были выполнены кандидатские диссертации, Д.Ф. Предельским, Л.М.Обуховой, Л.Е.Фроловой.

К моменту открытия стоматологического факультета существовала только клиника хирурга стоматолога на 30 коек. В 1954г было принято на стоматологический факультет 100 студентов. Из них окончили институт 86 студентов и кафедра пополнилась первыми выпускниками ТашМИ – Худояров И.А., Ишанходжаева Ф.У., Жогас Д.Ф.

В последующие годы набор на стоматологический факультет увеличился до 300 студентов и была открыта новая база на территории КБСМП, на которой проводились занятия 4 курса по травматологии.

Первым заведующим кафедрой хир. стоматологии был Парадоксов М.В., в последующие годы:

1963 – 1966гг – проф. Л.Е.Фролова

1967 – 1986гг - проф. Н.Н.Мазалова

1986 – 1999гг - проф. Э.У.Махкамов

1999 – 2007гг - проф. М.И.Азимов, проф. Ш.Ю.Абдуллаев, проф. А.А.Жилонов.

Защищены докторские диссертации – Л.Е.Фролова, Н.Н.Мазалова, Г.П.Иоанидис, Э.У.Махкамов, М.И.Азимов, С.Х.Юсупов, М.Э.Махкамов, Р.К.Якубов, Ш.Ю.Абдуллаев, Р.А.Амануллаев, А.А.Жилонов, М.З.Дусмухамедов.

Защищены кандидатские диссертации – Алиев Л.А., Ишанходжаева Ф.У., Б.В.Каспарова, А.Е.Ким, Бурханова С.У., Самединова А.А., Мирзамахмудов М.Ю., Нуриддинова З.М., Королев Л.Н., Джуманиязов Ф.Д., Богородская Т.А., Агзамходжаева Х.А., Садыкова Х.К., Холматова М.А., Муратова Н.Ю., Храмова Н.В., Кудратов Ш.Ш. и др.

Большой вклад в становления и развитии кафедры хирургической стоматологии внесли выдающиеся ученые Парадоксов М.В., Л.М. Обухова, Фролова Л.В., Мазалова, Иоанидис Г., Махкамов Э.У. и др.

Используется на данном занятии новые педагогические технологии: деловые игры «Черный ящик», «Паутина».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрный ящика» неизвестный вопрос, рентгеновские снимки. Студенты должны определить этот снимок, подробно обосновав свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по методике проведения операции. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
2. Участники сидят по кругу.
3. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

На данном занятии используется новые педагогические технологии:

деловая игра «КРУГЛЫЙ СТОЛ»
Для работы необходимо:

1. Набор вопросов и ситуационных задач, распечатанных на отдельных листах
2. Номерки для жеребьевки по числу студентов в группе
3. Чистые листы бумаги, ручки.

Ход работы:

1. Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы.
2. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку.
3. На листе пишется дата, номер группы, факультет, Ф. И.О., студентов – участников данной подгруппы (название деловой игры).
4. Один из участников каждой из подгруппы берет из конверта вопрос или ситуационную задачу уровня сложности заданий для всех подгрупп примерно одинаков.
5. Студенты переписывают на лист своё задание.
6. По кругу пускается лист.
7. Каждый студент записывает свой вариант ответа и передает лист другому.
8. На ответ каждого студента отводится 3 минуты.
9. По истечении времени работы сдаются преподавателю.
10. Все участники обсуждают результаты, выбирают наиболее правильные ответы, за которые ставится максимальный балл.
11. На обсуждение отводится 15 минут
12. Студенты получают за ответы баллы из рейтинга теоретической части занятия
13. Полученный студентами балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие.
14. В свободной нижней части журнала делается отметка о проведении игры.
15. Работы студентов сохраняются преподавателем.

Основная литература

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
2. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - Москва: Медицина, 1990.

Дополнительная литература:

1. Дэвид А. Митчелл, Анастасиос Н. Канатас. Введение в хирургию устного и челюстно-лицевого хирургов - 2015 (переведено на русский язык кафедрой). Принципы перфораторной и челюстно-лицевой хирургии-2004.
2. Нелима Анил Малик, учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии-2008
4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». М.: «Медицина», 2000.
5. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - Хирург лучевой терапии и химиотерапии при Руководстве по хирургической стоматологии. - Москва: Медицина, 2000, стр. 1.
6. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. «Сепсис». Медицина, 1983.
7. Вязьмитина А.В., Использование Т.Л. «Хирургическая стоматология»: практика. Phenix. 2006.
8. Жилонов А.А. Абдуллаев Ш.Ю. Кудратов Ш. Садыкова Х.К. «Операция лица и челюсти» Т., 2016.
9. Рабухина Н.А. «Радиодиагностические методы диагностики некоторых заболеваний челюстно-лицевой области». М.: «Медицина», 1990.
10. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. «Хирургическая стоматология». М.: «Медика», 1996.
11. Сабо Е. «Хирургия на амбулаторной зубов и полости рта». Академия наук Венгрия, Будапешт. 1977.
12. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи». М.: «Медицина», 2001.
13. Шаргородский А.Г. «Руководство по практическим занятиям по хирургической стоматологии». М.: «Медицина», 1976.
14. Письменные тексты.

ТЕМА 2. Методы обследования больных в ХС. Заполнение истории болезни - форма №043/У.

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

13. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.
 14. Тесты 1 уровня сложности.
 15. Тесты 2 уровня сложности.
 16. Ситуационные задачи.
2. Продолжительность изучения темы - количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполнять амбулаторную карту;
- заполнять стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственности в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаиморазвивающихся в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия – строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения – организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена – санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии – стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия – понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания – организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология – обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

Стационар предназначен для обследования и лечения больных с заболеваниями челюстно – лицевой области, требующими оперативного хирургического или консервативного лечения в клинических условиях. В стационарном лечении нуждаются 1.5% всех больных, обращающихся к врачу – стоматологу. Имеются заболевания челюстно – лицевой области, при которых больные должны быть госпитализированы в срочном порядке через службу неотложной помощи – к ним относятся: абсцесс и флегмона, острая травма перелом костей лицевого скелета, кровотечение и др. В хирургический стоматологический стационар поступают также больные по поводу последствий травмы, врожденных пороков развития, новообразований. Они нуждаются в соответствующих оперативных вмешательствах, которые могут быть проведены в плановом порядке. Эти больные должны быть заранее подготовлены госпитализации в условиях поликлиники, где им в обязательном порядке должна производиться санация полости рта.

В стационаре должны работать высококвалифицированные хирурги – стоматологи. Это в основном врачи, окончившие клиническую ординатуру при кафедрах хирургической стоматологии одного из медицинских вузов и получившие необходимые хирургические навыки в работе.

Хирургический стоматологический стационар должен иметь те же подразделения, что и хирургический стационар общего профиля: операционно – перевязочный блок, процедурные комнаты, пищеблок, палаты, в том числе палаты интенсивной терапии, посты медицинских сестер, материальные комнаты и другие помещения, которые есть в стационаре любого профиля. В многопрофильной больнице имеются и отделения реанимации и анестезиологии, в которых лечатся и хирургические стоматологические больные.

Помещение хирургического отделения (кабинета). При планировании хирургического отделения стоматологической поликлиники следует пользоваться «Санитарными правилами устройства, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охраны труда и личной гигиены персонала», в которых указано, что в стоматологических поликлиниках, где организуется отделение хирургической стоматологии, должно быть не менее 5 помещений:

- * помещение для ожидания больных из расчета 1,2 м² на одного больного с учетом не менее 4 больных, одновременно ожидающих приема врача. Допускается ожидание хирургических больных в общем помещении поликлиники;

- * предоперационная площадью не менее 10 м²;

- * операционная с одним стоматологическим креслом (операционным столом) площадью не менее 23 м², а при установке каждого последующего кресла (операционного стола) должно добавляться по 7 м²;

- * стерилизационная площадью не менее 8 м²;

- * комната временного пребывания больных после операции.

В стоматологических поликлиниках при наличии хирургического кабинета должно быть не менее 3 помещений:

- * помещение для ожидания больных (допускается ожидание больных в общем помещении);

- * комната с вытяжным шкафом площадью не менее 10 м² для стерилизации инструментов, приготовления материалов, подготовки персонала (мытьё рук, переодевание);

* операционная площадью не менее 14 м² на одно кресло и 7 м² на каждое последующее кресло для удаления зубов и выполнения других амбулаторных операций.

В общих поликлиниках, имеющих в структуре стоматологическое отделение с должностью врача-хирурга, должны функционировать самостоятельные хирургические кабинеты. Стены кабинетов хирургического отделения стоматологической поликлиники (операционной, предоперационной, перевязочной) должны быть гладкими, без щелей; стены должны облицовываться на высоту не ниже 1,8 м, а в операционной — на всю высоту плитками из полихлорвинила, полиэстирола или глазурованной плиткой. Пол в кабинетах настилают рулонным поливинилхлоридным материалом (линолеумом) или покрывают керамической плиткой, а в операционной — полимерцементной мастикой или керамической плиткой. Потолки операционной, предоперационной и стерилизационной должны быть окрашены вододисперсионными масляными или клеевыми красками, двери и окна — глифталевыми эмалями или масляной краской. Дверные и оконные проемы должны быть гладкими, легко поддающимися влажному протиранию.

Хирургические кабинеты в стоматологических поликлиниках оборудуются водопроводом, центральным отоплением и горячим водоснабжением. Температура воздуха в хирургических кабинетах в холодное время года 18—23°С, в теплое — 21—25 °С. Кабинеты должны быть снабжены приточно-вытяжной вентиляцией с механическим побуждением, а также фрамугами и форточками.

Все кабинеты должны иметь естественное освещение и две системы искусственного освещения — общее, отвечающее существующим требованиям, и рабочее — в виде специальных рефлекторов. Мебель в хирургических кабинетах должна быть окрашена нитроэмалевой краской светлых тонов. Рабочие столы покрывают стеклом или пластиковым материалом, окрашенным нитроэмалевой краской или нитролаком.

В отделениях (кабинетах) хирургической стоматологии влажная уборка должна производиться дважды в день: между рабочими сменами и в конце каждого рабочего дня. При такой уборке необходимо мыть мебель, нижнюю часть стен, подоконники и пол горячей мыльной водой. Ежедневно следует проводить облучение помещений бактерицидными лампами. Один раз в неделю следует проводить генеральную уборку помещений. Бактериологический контроль должен быть критерием оценки санитарного состояния кабинета.

Штатные нормативы устанавливаются на основании Приказа министерства здравоохранения, которым предусмотрено выделение 4 врачей-стоматологов на 10000 населения. Число хирургов среди них зависит от обращаемости за помощью. В стоматологических поликлиниках, где имеется хирургическое отделение на 7—12 штатных должностей, заведующий выделяется на 0,5 ставки из штата врачей. Если в отделении имеется свыше 12 врачебных должностей, то дополнительно выделяется ставка заведующего отделением. Хирургистоматологи, работающие в кабинете, подчиняются заведующему лечебно-профилактическим отделением. Штат медицинских сестер устанавливается из расчета одна должность медицинской сестры на каждую должность врача-хирурга. Штат санитарок устанавливается из расчета одна должность на каждую должность врача.

Организация труда в хирургическом отделении (кабинете). Успех работы хирургического отделения (кабинета) во многом зависит от укомплектованности квалифицированными кадрами и организации их труда. При составлении графика работы врачей в поликлиниках, где имеются два—три врача-хирурга в смену, целесообразно в каждой смене (утренней и вечерней) предусмотреть работу более опытных врачей и молодого, менее опытного, который сможет учиться и консультировать больных у своих старших товарищей по работе. В поликлиниках, где работает один хирург в смену, наиболее опытного врача надо использовать в смену, в которую на прием приходит наибольшее количество больных.

Организация лечебной работы. Объем и характер хирургических вмешательств зависят от уровня квалификации хирурга, работающего в отделении. В поликлинических условиях могут быть произведены только такие стоматологические операции, после которых больной может самостоятельно или в сопровождении родственников поехать домой. Наиболее широко распространенной в поликлинических условиях операцией является удаление зуба. К сложным операциям в поликлинике относятся: удаление дистопированных, полуретенированных, ретенированных зубов, хирургическая обработка гнойного очага при остром периостите, остеомиелите, абсцессах, лимфаденитах, наложение швов на раны мягких тканей, репозиция отломков костей лицевого скелета, иммобилизация при переломах челюстей, вправление вывиха

нижней челюсти. Перечисленные операции являются неплановыми. В поликлиническом отделении могут быть проведены плановые оперативные вмешательства: реплантация, трансплантация и имплантация зубов, резекция верхушки корня зуба, удаление небольших доброкачественных новообразований мягких и костной тканей челюстно-лицевой области, взятие участка ткани для биопсии, операции по поводу кист челюстей, удаление слюнного камня из протока. Осуществляются также и простые пластические операции по поводу незначительных деформаций мягких тканей и альвеолярного отростка челюстей, а также секвестрэктомия, удаление инородных тел, вмешательства по поводу пародонтита.

Работа в отделении начинается с подготовки кабинета к приему пациентов. Проверяется санитарное состояние кабинета. Медицинская сестра ежедневно перед каждой сменой накрывает два стерильных стола, один из которых предназначен для инструментов, а другой — для перевязочного материала. При наличии в кабинете двух медицинских сестер одна из них работает за стерильным столом, а другая помогает врачу вести прием больных. Если кабинет обслуживает одна сестра, то она работает за стерильным столом с помощью корнцанга (аподактильно). Познакомившись в зале ожидания с больными, записанными на прием, сестра определяет очередность приема пациентов: тяжелые и больные с повышенной температурой должны быть приняты в первую очередь, всех остальных принимают в порядке записи.

Первичные больные в хирургическое отделение могут поступать как из регистратуры, так и из лечебного и ортопедического отделений. Пациента приглашают в кабинет лишь при наличии там истории болезни. Познакомившись с историей болезни, направлением, а также с теми медицинскими документами, которые имеет больной, врач начинает опрос и обследование больного и при необходимости — несложные инструментальные исследования и другие методы диагностики (рентгенологический, терапевтический или ортопедический, лабораторный). При необходимости хирургического лечения устанавливают сроки, объем, место, характер предоперационной подготовки больного. Операции, не требующие специальной подготовки больного, могут быть произведены сразу же в хирургическом кабинете. Не сложные операции осуществляются также в хирургическом кабинете или операционной (в зависимости от объема вмешательства). Плановые операции назначаются на специально предусмотренный операционный день. В зависимости от количества операций в неделю может быть выделено 1—2—3 операционных дня. Все заключения и назначения выдаются на специальных бланках лечебного учреждения. Данные обследования больного, все манипуляции и назначения врача, результаты лечения должны быть отмечены в истории болезни. Посещение больного всегда регистрируется в специальном журнале. В оформлении документации врачу помогает медицинская сестра. При необходимости повторного посещения больному выдается талон с указанием номера кабинета, дня и времени приема, а также фамилии врача, назначившего прием больного. Историю болезни пациента, назначенного на повторный прием, следует хранить в картотеке в кабинете врача. По окончании приема в регистратуру сдаются истории болезни тех больных, которые не назначены на повторный прием. При необходимости лечения больного на дому отделение выделяет врача, а если нужно, и медицинскую сестру, которые проводят возможные в домашних условиях лечебные манипуляции.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА **«РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»**

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Для работы необходимо:

13. Вопросы, распечатанные на отдельных листах.
14. Чистые листы бумаги, ручки.
15. Рабочая тетрадь.

Ход работы:

45. Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы по 4 студента в каждой.
46. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку.
47. На листе пишется дата, номер, группы, факультет, ФИ студентов-участников данной подгруппы (название деловой игры).
48. Предлагается задание: ответить на один конкретный вопрос всей подгруппе.

49. Каждый студент записывает на листе свою фамилию и один вариант ответа и передает лист соседу, а свою ручку передвигает на середину стола.
50. Педагог контролирует работу группы и участие в ней каждого. Общий правильный вариант записывается в тетради.
51. Студенты, которые дали правильные варианты ответов, получают максимальный балл – 100%, от рейтинга теоретической части – 0,8 б. Студенты, занявшие 2 место – 85,9% рейтинга; занявшие 3 место – 70,9 рейтинга. На ответившие или ответившие неверно – 0 б.
52. На листе ответов преподаватель ставит балл и подпись.
53. Полученный студентами балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие.
54. В нижней свободной части журнала делается отметка о проведении данной деловой игры, староста ставит подпись.
55. Работы студентов сохраняются преподавателем.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИГРЫ:

«РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»

37. Организация поликлинической хирургической стоматологической помощи населению.
38. Помещение хирургического отделения (кабинета).
39. Оснащение хирургического отделения (кабинета).
40. Штатные нормативы бюджетных медицинских организаций.
41. Организация труда и лечебной работы в хирургическом отделении (кабинета).
42. Организация работы хирургического стоматологического стационара.
43. Ведение медицинской документации.
44. Асептика, антисептика.

Аналитическая часть

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Сколько должно быть помещений в отделение хирургической стоматологии при поликлинике:
 - А. 5
 - Б. 3
 - В. 4
 - Г. 7
 - Д. 2

2. Сколько метров занимает операционная с одним стоматологическим креслом:
 - А. 23м²
 - Б. 21м²
 - В. 14м²
 - Г. 20 м²
 - Д. 22м²

3. Что относится к плановым операциям, проводимым в поликлинике:
 - А. резекция верхушки корня зуба
 - Б. наложение швов на раны мягких тканей
 - В. взятие участка тканей для биопсии
 - Г. удаление дистопированных зубов
 - Д. вправление вывиха нижней челюсти

1. АВ, 2. ГД, 3. А БВ, 4. А, 5. ВД

4. Что относится к неплановым операциям.
 - А. наложение швов на раны мягких ткани
 - Б. репозиция отломков костей лица
 - В. резекция верхушки корня

Г. биопсия

Д. имплантация зубов

1. АБ, 2. АВ, 3. БГ, 4. ДГ, 5. ВД

5. Установите соответствие площади и помещения в хирургическом отделении.

- | | |
|---------------------|-------------------------------|
| 1) предоперационная | А) 23 м ² не менее |
| 2) операционная | Б) 10 м ² не менее |
| 3) стерилизационная | В) 8 м ² не менее |
1. Б 2. А 3. В

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Установите соответствие требований и помещений в хирургическом кабинете:

1. Стерилизационная

2. Операционная

- А. Площадь не менее 10 м².
Б. На всю высоту должна быть облицована кафелем
В. Площадь не менее 14 м².
Г. Должны облицовываться на высоту не менее 1.8 м².
Д. Пол – линолеум
Е. Пол- керамическая плитка.
- 1 АГД 2 БВЕ

2. Установите соответствие плановых и неплановых операций, проводимых в поликлинических условиях:

1) плановые

2) неплановые

- А. Хирургическая обработка гнойного очага при остром периостите
Б. Репозиция отломков костей лицевого скелета
В. реплантация
Г. резекция верхушки корня зуба
Д. имплантация зубов.
- 1 ВГД 2 АБ

3. Как стерилизуются режущие инструменты:

- А. в течение 2 ч в 96 градусном спирте
Б. в течение 0.5 ч кипячением
В. в течение 1 ч сухим воздухом при T=180 градусе
Г. в течение 0.5 ч в растворе диоксида
Д. в течение 1 ч в автоклаве

4. Какой оправдательный документ выдается больному при получении бытовой травмы:

- А. справка о нетрудоспособности на 6 дней
Б. листок нетрудоспособности с первого дня
В. листок нетрудоспособности с 3-го дня
Г. справка о нетрудоспособности на 3 дня
Д. справка о нетрудоспособности на 10 дней

Ситуационные задачи:

1. При осмотре хирургической стоматологической поликлиники было обнаружено, что она развернута в приспособленном помещении. Стены кабинетов покрыты на $\frac{1}{2}$ длины обоями, вторая половина и потолок побелены, пол деревянный, потолок побелен, комната для стерилизации инструментов 5 м^2 , нет бактерицидной лампы.

1. Какие нарушения санитарных норм устройства поликлиники Вы обнаружили?
2. Как Вы бы организовали устройства кабинетов?

Ответ: 1. Стены кабинетов покрыты на $\frac{1}{2}$ длины обоями, вторая половина и потолок побелены, пол деревянный, потолок побелен, комната для стерилизации инструментов 5 м^2 , нет бактерицидной лампы.

2. Стены кабинетов должны облицовываться на высоту не ниже 1.8 м. а в операционной – на всю высоту плитками из полихлорвинила, полиэстрола или глазурованной плиткой. Пол в кабинетах настилают рулонным поливинилхлоридным материалом (линолеумом) или покрывают керамической плиткой, а в операционной — полимерцементной мастикой или керамической плиткой.

Потолки операционной, предоперационной и стерилизационной должны быть окрашены вододисперсионными, масляными или клеевыми красками, двери в окна — глифталевыми эмалями и масляной краской. Дверные и оконные проемы должны быть гладкими, легко поддающимися влажному протиранию. Необходимо наличие бактерицидных и ультрафиолетовых ламп. Стерилизационная – площадью не менее 8 м^2 .

2. Медицинская сестра перед началом операции накрыла стерильный стол, на котором большую часть стола отвела для материала, а меньшую – для инструментария.

1. Правильно ли накрыла стол медицинская сестра?
2. Как правильно надо накрыть стол?

Ответ: 1. неправильно.

2. большая часть отводится инструментарию, меньшая – материалу.

3. В стоматологической поликлинике выделено 3 штата хирурга-стоматолога. Работа хирургического кабинета, где развернуто 2 кресла, организована в 2 смены. Учитывая большой поток больных в утренние часы в первой смене работают 2 врача высшей и первой категории, одна мед. сестра и санитарка, во второй смене поток больных меньше и работает один врач, закончивший клиническую ординатуру год назад, одна мед. сестра без санитарки.

1. Правильно ли организована расстановка мед. персонала по сменам работы?
2. Выдержано ли штатное расписание, предусмотренное приказом Минздрава?

Ответ: 1. неправильно.

2. Штат медицинских сестер устанавливается из расчета одна должность медицинской сестры на каждую должность врача-хирурга. Штат санитарок устанавливается из расчета одна должность на каждую должность врача.

Практическая часть

В практической части занятия после обсуждения темы проводится ознакомление студентов с поликлиникой и стационаром хирургической стоматологии. Показывают оснащение кабинета, операционного блока, стоматологическую аппаратуру и инструментарий.

Обращается внимание на освещение кабинетов (естественное и дополнительное), площадь, окраску стен, потолков, дверей и окон, покрытие пола. Ознакомливают с другими помещениями – помещением для ожидания больных, предоперационной, операционной, стерилизационной.

Также показывается, как ведется медицинская документация в поликлинике и клинике хирургической стоматологии.

Анализируя полученные данные, студент самостоятельно определяет правильность соблюдения санитарных норм.

7. Формы контроля знаний, навыков и умений

- устный;
- письменный;
- тестирование;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков.

В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов правильности проведения этапов обезболивание, интерпретация ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

Основная литература

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
2. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - Москва: Медицина, 1990.

Дополнительная литература:

1. Дэвид А. Митчелл, Анастасиос Н. Канатас. Введение в хирургию устного и челюстно-лицевого хирургов - 2015 (переведено на русский язык кафедрой). Принципы перфориральной и челюстно-лицевой хирургии-2004.
2. Нелима Анил Малик, учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии-2008
4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». М.: «Медицина», 2000.
5. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - Хирург лучевой терапии и химиотерапии при Руководстве по хирургической стоматологии. - Москва: Медицина, 2000, стр. 1.
6. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. «Сепсис». Медицина, 1983.
7. Вязьмитина А.В., Использование Т.Л. «Хирургическая стоматология»: практика. Phenix. 2006.
8. Жилонов А.А. Абдуллаев Ш.Ю. Кудратов Ш. Садыкова Х.К. «Операция лица и челюсти» Т., 2016.
9. Рабухина Н.А. «Радиодиагностические методы диагностики некоторых заболеваний челюстно-лицевой области». М.: «Медицина», 1990.
10. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. «Хирургическая стоматология». М.: «Медика», 1996.
11. Сабо Е. «Хирургия на амбулаторной зубов и полости рта». Академия наук Венгрия, Будапешт. 1977.
12. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи». М.: «Медицина», 2001.
13. Шаргородский А.Г. «Руководство по практическим занятиям по хирургической стоматологии». М.: «Медицина», 1976.
14. Письменные тексты.

ТЕМА 3. Методы инфильтрационного обезболивания. Инфраорбитальное обезболивание.

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

17. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.
 18. Тесты 1 уровня сложности.
 19. Тесты 2 уровня сложности.
 20. Ситуационные задачи.
2. Продолжительность изучения темы - количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполнять амбулаторную карту;
- заполнять стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственности в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаиморазвивающихся в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия — строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения — организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена — санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии — стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия — понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания — организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология — обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

КЛАССИФИКАЦИЯ МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ:

Обезболивание делится на:

I. Общее.

II. Местное.

III. Сочетанное.

В свою очередь общее делится на:

1. Наркоз.
2. Нейролептаналгезия.
3. Атаралгезия.
4. Центральная аналгезия.
5. Аудиоанестезия
6. Гипноз.
7. Обезболивание иглоукалыванием.

Местная делится на:

1. Инъекционную.
2. Не инъекционную.
3. Инфильтрационную.
4. Проводниковую

а) центральная

б) периферическая

По способу введения:

1. Инъекционную (инфильтрационную, проводниковую)
2. Не инъекционную (аппликационную: физические и химические способы).

Комбинированная анестезия: сочетает в себе местную и общую анестезию.

ЦЕНТРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ.

При этом методе защита от операционной травмы обеспечена глубокой центральной анальгезией, достигаемой введением больших доз наркотических анальгетиков (морфин, фентанил, пентазацин). Эти препараты нарушают деятельность структур, которые отвечают за проведение болевых импульсов и формирования реакции на боль. Без наступления наркоза исчезает болевая чувствительность, исключены соматические вегетативные реакции на боль. Этот метод применяется по строгим показаниям.

АУДИОАНАСТЕЗИЯ И ГИПНОЗ.

Аудиоанастезия основана на создании в зоне звукового анализатора в коре головного мозга очага возбуждения, который вызывает разлитое торможение в других отделах мозга. Достигается это воздействие на слуховой анализатор звуковым сигналом определенного частотного диапазона.

Проведение гипнотической анальгезии в поликлинической стоматологии имеет ряд особенностей:

- ее применяют больным, у которых высок операционно-анестезиологический риск, при возбуждении, некупируемом страхе, в случае, когда аллергический анамнез препятствует введению местных анестетиков
- возможность управлять состоянием пациента во время гипноза позволяет обеспечить релаксацию и безболезненное лечение зубов.

Показания к применению гипноза:

1. Санация полости рта.
2. Подготовка зубов к протезированию.
3. Страх перед предстоящими стоматологическими вмешательствами.
4. Аллергические состояния, при которых противопоказана местная анестезия.
5. Лечение заболеваний нервно-стоматологического профиля.
6. Повышенный рвотный рефлекс при манипуляции в полости рта.

Прямых противопоказаний к применению гипноза в стоматологической практике нет. Тем не менее, лучше не подвергать гипнозу больных, страдающих шизофренией с бредовыми переживаниями гипнотического воздействия, а также пациентов, у которых возникает

болезненное влечение к гипнозу. Гипноз является естественным состоянием измененного сознания, которое характеризуется повышенным уровнем внимания и способностью к использованию внушения для изменения восприятия и памяти. Одним из основных психологических принципов, позволяющих добиться эффекта гипноза, является применение закона сконцентрированного внимания. Этот закон предполагает, что когда внимание человека сконцентрировано на одной идее, то идея спонтанно реализуется. Закон доминирующего эффекта предполагает, что наиболее сильная из двух эмоций вытесняет более слабую.

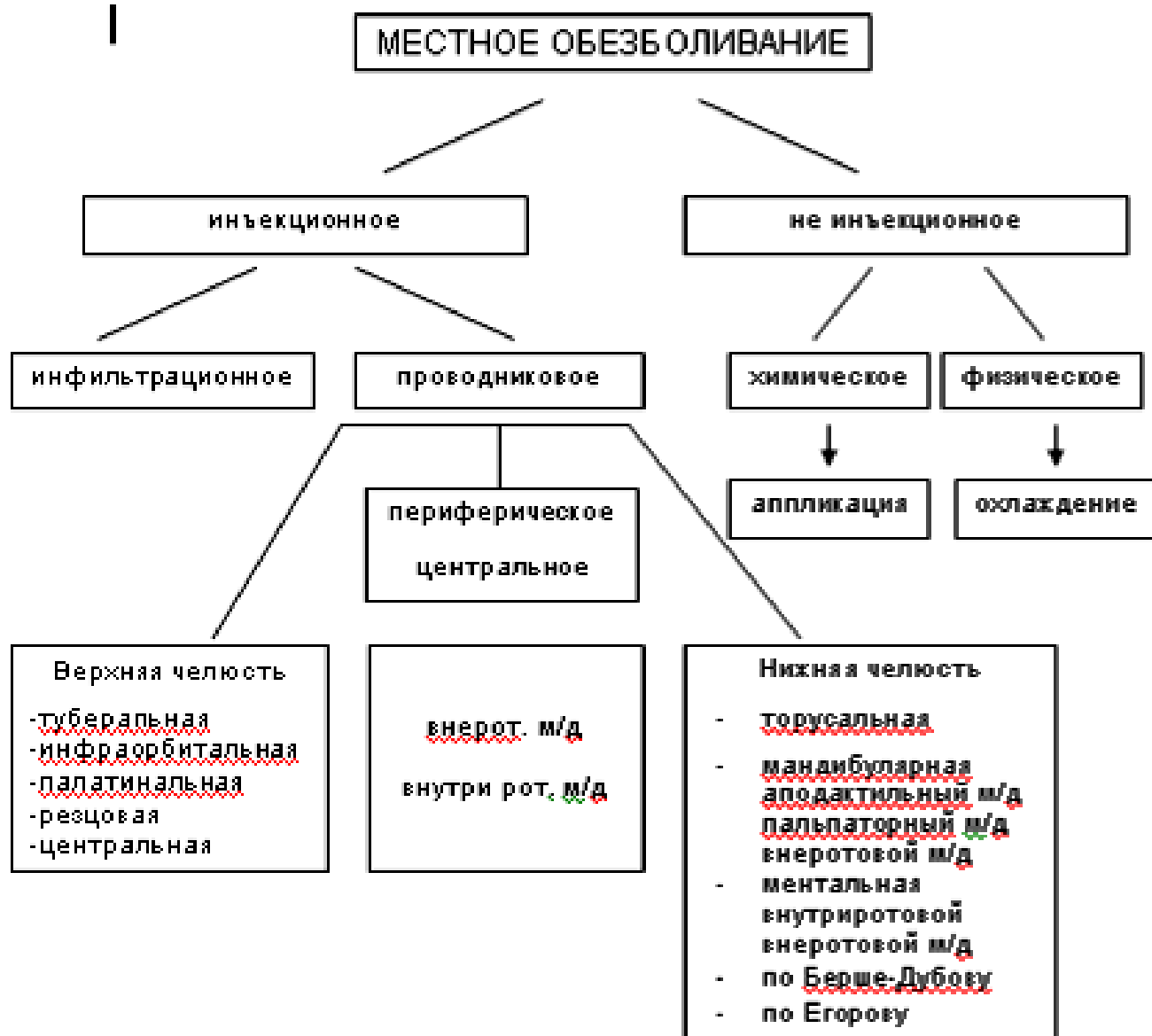
Продолжительность гипнотического сеанса зависит от характера стоматологического заболевания, внушаемости и типа нервной системы пациента. Продолжительность сеанса индивидуальна, но не должна превышать 15-20 мин. Установлено, что с каждым последующим сеансом гипнабельность пациента увеличивается. Не рекомендуется при лечении больного проводить два сеанса гипноза в день.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ИГЛОУКАЛЫВАНИЕМ.

Обезболивание с помощью иглоукалывания (иглоанальгезия, акупунктурная анальгезия, электроанальгезия, электропунктура) позволяет добиться анестезии путем воздействия на определенные точки механическим раздражением или электрическим током. Такой метод обезболивания применяется для снятия боли в послеоперационном периоде и в качестве анальгетического компонента комбинированной анестезии. Известно, что 116 точек из 693 используются для лечения стоматологических заболеваний, большинство из них-для снятия зубной боли. Правила введения игл:

- 1) после обработки игл и кожи 70% спиртом игла вводится перпендикулярно поверхности кожи. При использовании некоторых точек иглы вводят в направлении соседней точки (подкожно, под углом).

- 2) для усиления терапевтического эффекта после введения иглы ее следует вращать. Метод воздействия (стимулирующий, тормозной) и металл акупунктурной иглы выбирается заранее. Обычно процедура не превышает 20 мин. Каждые 5-10 мин. При введении иглы ее следует однократно повернуть, одновременно массируя пораженную область.



МЕСТНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ.

Местная анестезия предполагает обезболивание тканей операционного поля без исключения сознания больного, когда воздействия осуществляется на периферические механизмы восприятия проведения болевого раздражения т.е. на периферические отделы нервной системы. Различают инъекционные (инфильтрационная, проводниковая) и не инъекционные методы (химические, физические, физико-химические) методы анестезии.

Не инъекционная местная анестезия позволяет получить только поверхностное обезболивание тканей. Для этого используют лекарственные вещества (химические или аппликационный метод), воздействие низкой температуры замораживания, лучами лазера, электромагнитными волнами (физический метод), введение в ткани анестетика с помощью электрофореза (физико – химический метод).

При инъекционной анестезии раствор анестетика вводят в ткани с помощью полую иглы или под высоким давлением специальным инъектором (безыгольный метод) – БИ – 8.

Инъекцией раствора анестетика проводят инфильтрационную и проводниковую анестезию.

При инфильтрационной, аппликационной анестезии и обезболивании охлаждением выключают периферические рецепторы воспринимающие болевые раздражения. При проводниковой анестезии блокируют нервный ствол (главный или чаще всего его периферические ветви), проводящие болевые импульсы из зоны оперативного вмешательства.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ.

Принято учитывать следующие противопоказания к применению местного обезболивания:

1. наличие у больного идиосинкروزии к анестетику.
2. отказ больного «присутствовать» на своей операции.
3. легкая возбудимость, эмоционально - психическая неустойчивость больного.
4. неэффективность местной анестезии или невозможность её проведения.
5. неполноценность психики больного когда невозможно достигнуть с ним должного контакта.
6. хирургическое вмешательство у детей.
7. травматичность или разноплановость стом. вмешательства.

Во всех остальных случаях оно не противопоказано. Местное обезбоживание не следует применять и при обширных травматичных или продолжительных операциях, при угрозе во время операции сильного внутриротового кровотечения грозящего аспирацией крови и асфиксией.

МЕСТНОЕ НЕИНЪЕКЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ.

К неинъекционным методам следует отнести аппликации и смазывание слизистой оболочки различными химическими веществами, а также опрыскивание хлорэтилом с целью замораживания слизистой оболочки и кожи. Аппликационное обезбоживание впервые применил петербургский ученый В.К.Анреп, который в 1879 году доказал обезболивающее действие кокаина на слизистую оболочку полости рта. В настоящее время для аппликации применяется обычно не одно а несколько анестезирующих средств одновременно, так как при этом достигается более глубокий и продолжительный анальгезирующий эффект. К числу таких смесей можно отнести следующие:

1. дикаин 1гр+анестезин 1гр+спирт этиловый 85% - 10гр+эфир для наркоза – 10мл.
2. смесь И.А.Бормана 1950г. – дикаин 0.5гр+спирт этиловый 30% - 10гр.
3. смесь П.К.Гузенко – анестезин 2гр+персиковое масло 8гр.
4. пиромикаиновые мази.
5. 10% аэрозоль лидокаина.

Для применения у взрослых раствор дикаина не должен превышать 3%, а у детей 2%, раствор кокаина не должен превышать концентрацию 5 и 3%.

Для аппликационной анестезии слизистой оболочки полости рта можно использовать и зарубежные анестетики: анеститебс, анестогель(фирма Воко, Германия), топигель (фирма Пример, США), ксилогель, ксилоногель, ксилоноспрей и др. Многие из них имеют бактерицидную субстанцию, обеспечивающую дезинфицирующее действие вместе предстоящей операции, приятные на вкус.

Через неповрежденные кожные покровы проникает поверхностный анестетик EMLA (фирма Асторе, Швеция), смесь лидокаина с прилокаином выпускаемого в виде крема и наклейки, обеспечивает эффективную анестезию перед проведением инъекции или хирургической операции у детей и взрослых.

Показания к применению аппликационного обезбоживания:

1. необходимость обезбоживания слизистой оболочки рта или носа вместе предстоящей инъекции анестезирующих растворов, особенно у неврастеничных взрослых людей, а также у детей.
2. удаление поверхностно расположенных новообразований слизистой оболочки – папиллом, фибром.
3. удаление значительно подвижных зубов (при парадонтозе 3 степени).
4. удаление молочных зубов у детей.
5. назубное шинирование при переломах челюстей.
6. проведение биопсии слизистой оболочки.

7. иссечение капюшона над зубами мудрости в случаях затрудненного прорезывания.
8. наличие резкой болезненности слизистой оболочки при воспалительных процессах полости рта при ожогах её рентгеновскими лучами.

Показанием к применению хлорэтилового замораживания служат поверхностные разрезы тканей по поводу поверхностно расположенных абсцессов. При этом хирург должен учитывать, что срок действия хлорэтилового обезболивания очень непродолжителен (20-40сек).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА **«РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»**

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Для работы необходимо:

16. Вопросы, распечатанные на отдельных листах.
17. Чистые листы бумаги, ручки.
18. Рабочая тетрадь.

Ход работы:

56. Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы по 4 студента в каждой.
57. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку.
58. На листе пишется дата, номер, группы, факультет, ФИ студентов-участников данной подгруппы (название деловой игры).
59. Предлагается задание: ответить на один конкретный вопрос всей подгруппе.
60. Каждый студент записывает на листе свою фамилию и один вариант ответа и передает лист соседу, а свою ручку передвигает на середину стола.
61. Педагог контролирует работу группы и участие в ней каждого. Общий правильный вариант записывается в тетради.
62. Студенты, которые дали правильные варианты ответов, получают максимальный балл – 100%, от рейтинга теоретической части – 0,86. Студенты, занявшие 2 место – 85,9% рейтинга; занявшие 3 место – 70,9 рейтинга. На ответившие или ответившие неверно – 0 б.
63. На листе ответов преподаватель ставит балл и подпись.
64. Полученный студентами балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие.
65. В нижней свободной части журнала делается отметка о проведении данной деловой игры, староста ставит подпись.
66. Работы студентов сохраняются преподавателем.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИГРЫ: **«РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»**

45. Анатомия и топография тройничного нерва.
46. Зона иннервации n. maxillaris.
47. Подглазничный нерв и его зона иннервации.
48. Образование крылонебного узла.
49. Зона иннервации нижнечелюстного нерва.

Аналитическая часть

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Ствол тройничного нерва содержит волокна:
 - А. все перечисленные
 - Б. чувствительные
 - В. двигательные
 - Г. симпатические
 - Д. парасимпатические
2. Нижняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва:
 - А. III
 - Б. II
 - В. I

- Г. I, II
- Д. I, II, III

3. Сколько в области лица по ходу ветвей тройничного нерва располагается вегетативных нервных узлов:
- А. 5
 - Б. 3
 - В. 4
 - Г. 7
 - Д. 1
4. Зоной иннервации небного нерва является слизистая на уровне:
- А. моляров, премоляров и до середины клыка
 - Б. верхних премоляров
 - В. премоляров и моляров
 - Г. всех (первых) верхних зубов с одной стороны
 - Д. только уровень моляров верхней челюсти
5. Зоной иннервации щечного нерва является слизистая щеки до уровня
- А. границы между 5 и 7 нижними зубами
 - Б. клыка
 - В. границы между 4 и 5 нижними зубами
 - Г. премоляров включительно
 - Д. центральной линии

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Средняя верхняя альвеолярная ветвь иннервирует
- А. малые коренные зубы и слизистую с вестибулярной стороны этих зубов
 - Б. большие и малые коренные зубы
 - В. малые коренные зубы
 - Г. большие коренные зубы и слизистую с вестибулярной стороны
 - Д. малые и большие коренные зубы.
2. Подглазничный нерв проникает в глазницу через:
- А. нижнеглазничную щель
 - Б. верхнеглазничную щель
 - В. скулоглазничное отверстие
 - Г. подглазничное отверстие
 - Д. надглазничное отверстие
3. Двигательные волокна малого небного нерва иннервируют мышцы:
- А. поднимающую мягкое небо
 - Б. челюстно-подъязычную
 - В. двубрюшную
 - Г. натягивающую мягкое небо
 - Д. напрягающую барабанную перепонку

Ситуационные задачи:

1. При осмотре полости рта в области 1 зуба на переходной складке имеется свищевой ход с гнойным отделяемым. При осмотре 1 зуба цвет изменен, перкуссия положительная. Имеется подвижность зуба I степени.
1. С целью удаления указанного зуба какой нерв надо исключить при обезболивании?
- А. носонебный
 - Б. инфраорбитальный
 - В. нижнелуночковый

- Г. подбородочный
- Д. *rami alveolares superiores anteriores*

Ответ: А+Д

2. Зоной иннервации носонебного нерва является?

- А. слизистую твердого неба между клыками
- Б. слизистую твердого неба до уровня первых премоляров
- В. слизистую твердого неба между вторыми резцами
- Г. слизистую мягкого неба
- Д. десну с вестибулярной стороны во фронтальном отделе

Ответ: А

2. Больная 22 лет поступила с жалобами на резкие боли под языком, ограничение открывания рта за счет болезненности, затруднения при разговоре и пережевывании пищи. Перечисленные симптомы появились два дня назад, когда заболел 7 нижний зуб слева. Слизистая оболочка подъязычной области и челюстно-язычного желобка слева отечна, гиперемирована. Поставлен диагноз: абсцесс челюстно-язычного желобка.

1. Какой нерв надо обезболить?

- А. нижний луночковый, язычный
- Б. II ветвь тройничного нерва
- В. ментальный
- Г. щечный
- Д. верхнюю заднюю альвеолярную ветвь

Ответ: А

2. Зоной иннервации нижнего луночкового нерва является?

- А. зубы нижней челюсти
- Б. слизистой оболочке альвеолярного отростка нижней челюсти с вестибулярной стороны
- В. слизистую десны нижней челюсти с вестибулярной стороны
- Г. слизистую десны нижней челюсти с оральной стороны
- Д. десну с вестибулярной стороны во фронтальном отделе

Ответ: А+Б+В

3. Зоной иннервации *щечного нерва* является?

- А. слизистую десны нижней челюсти между вторым малым и вторым большим коренными зубами
- Б. слизистую щеки до уровня первых премоляров
- В. слизистую оболочку щеки
- Г. кожу угла рта
- Д. десну с вестибулярной стороны во фронтальном отделе

Ответ: А+В+Г

Практическая часть

В практической части занятия после обсуждения темы проводится ознакомление студентов со строением верхнечелюстного и нижнечелюстного нерва на фантомах, используются череп, нижняя челюсть, атлас анатомии, баннеры.

Обращается особое внимание на иннервацию зубов, челюстей.

Большое значение для проведения местного обезболивания имеет знание строения тройничного нерва, зон его иннервации, на чем акцентируется внимание студентов.

Основная литература

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
2. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - Москва: Медицина, 1990.

Дополнительная литература:

1. Дэвид А. Митчелл, Анастасиос Н. Канатас. Введение в хирургию устного и челюстно-лицевого хирургов - 2015 (переведено на русский язык кафедрой). Принципы перфориральной и челюстно-лицевой хирургии-2004.
2. Нелима Анил Малик, учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии-2008
4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». М.: «Медицина», 2000.
5. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - Хирург лучевой терапии и химиотерапии при Руководстве по хирургической стоматологии. - Москва: Медицина, 2000, стр. 1.
6. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. «Сепсис».: Медицина, 1983.
7. Вязьмитина А.В., Использованиеевич Т.Л. «Хирургическая стоматология»: практика. Phenix. 2006.
8. Жилонов А.А. Абдуллаев Ш.Ю. Кудратов Ш. Садыкова Х.К. «Операция лица и челюсти» Т., 2016.
9. Рабухина Н.А. «Радиодиагностические методы диагностики некоторых заболеваний челюстно-лицевой области». М.: «Медицина», 1990.
10. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. «Хирургическая стоматология». М.: «Медика», 1996.
11. Сабо Е. «Хирургия на амбулаторной зубов и полости рта». Академия наук Венгрия, Будапешт. 1977.
12. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи». М.: «Медицина», 2001.
13. Шаргородский А.Г. «Руководство по практическим занятиям по хирургической стоматологии». М.: «Медицина», 1976.
14. Письменные тексты.

ТЕМА 4. Туберальная анестезия и метод Егорова, Вайсблата. Палатинальная анестезия.

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

21. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.
 22. Тесты 1 уровня сложности.
 23. Тесты 2 уровня сложности.
 24. Ситуационные задачи.
2. Продолжительность изучения темы -количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполнять амбулаторную карту;
- заполнять стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственности в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаиморазвивающихся в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия — строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения — организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена — санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии — стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия — понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания — организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология — обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

Различают прямое инфильтрационное обезболивание, когда анестетик вводят непосредственно в ткани операционного поля, и непрямое, когда обезболивающий раствор из созданного депо диффундирует в глубже расположенные ткани, на которых проводят оперативное вмешательство.

При оперативном вмешательстве на мягких тканях лица, альвеолярного отростка и других областей используют прямое инфильтрационное обезболивание, при удалении зубов и проведении костных операций на альвеолярном отростке — непрямую инфильтрационную анестезию. Анестетик из создаваемого депо под слизистой оболочкой альвеолярного отростка проникает в толщу губ-ча.или вещества кости, пропитывая нервные стволы, идущие от зубного сплетения к зубам и другим тканям. Некоторые авторы такой вид местной анестезии называют обезболиванием зубного сплетения.

Эффективность не прямой инфильтрационной анестезии на альвеолярном отростке верхней и нижней челюсти неодинакова. Это связано с особенностями их анатомического строения. Известно, что компактная пластинка альвеолярного отростка верхней челюсти с вестибулярной и небной стороны достаточно тонкая, имеет значительное количество мелких отверстий, через которые проходят кровеносные и лимфатические сосуды и нервные стволы. Эти отверстия

располагаются на протяжении всего альвеолярного отростка, что создает хорошие условия для диффузии раствора анестетика в губчатое вещество кости. Поэтому эффект инфильтрационной анестезии на верхней челюсти достаточно высок. На нижней челюсти компактная пластинка альвеолярной части несколько толще и плотнее, количество отверстий в ней значительно меньше. Встречаются они преимущественно в области резцов, клыков, реже — малых коренных зубов. Альвеолярная часть также толще, чем на верхней челюсти, особенно в области малых и больших коренных зубов. Этим объясняется низкая эффективность инфильтрационной анестезии на нижней челюсти. Практически ее используют только при удалении нижних резцов, имеющих патологическую подвижность. Слизистая оболочка альвеолярного отростка не имеет выраженного подслизистого слоя и плотно спаяна с надкостницей. Поэтому введение анестетика непосредственно под слизистую оболочку крайне затруднено и сопровождается выраженной болевой реакцией вследствие отслаивания ее от надкостницы. Введение анестетика под надкостницу еще более болезненно из-за отслаивания ее от кости. Кроме того, ввести туда достаточное количество анестетика не представляется возможным. При инфильтрационной анестезии следует вводить обезболивающий раствор в переходную складку преддверия полости рта, где имеется подслизистый слой. На верхней челюсти — несколько выше проекции верхушек зубов, на нижней — несколько ниже ее. Убедившись в хорошей фиксации инъекционной иглы на канюле шприца, отодвигают шпателем мягкие ткани щеки или губы. Место предполагаемого вкола обрабатывают 1 % йодной настойкой. Шприц держат в правой руке тремя пальцами (I, II, III) в виде «писчего пера» так, чтобы I палец свободно доставал до дистального конца поршня. Следовательно, пальцы на шприце должны располагаться как можно дальше от канюли. Этот подготовительный момент имеет существенное значение для проведения анестезии. Иглу вводят под углом 40—45° к кости альвеолярного отростка под слизистую оболочку переходной складки. Скос иглы должен быть обращен к кости. Затем I палец перемещают на поршень. Шприц при этом удерживают двумя пальцами (II и III). Анестетик (2—3 мл) вводят медленно, так как при быстром введении его происходит расслаивание тканей и повреждение в них мелких сосудов и нервных стволиков. Это может вызывать болевые ощущения. Если возникает необходимость продвинуть иглу в глубь тканей или вдоль альвеолярного отростка, следует на пути продвижения иглы создать депо из анестетика. Этим достигается безболезненность продвижения иглы и предотвращается возможность травмы кровеносных сосудов. С небной стороны вкол иглы производят в угол, образованный альвеолярным и небным отростками верхней челюсти, где имеется небольшое количество рыхлой клетчатки, которая окружает проходящие здесь нервные стволы. С небной стороны обычно вводят не более 0,5 мл анестетика. С язычной стороны альвеолярного отростка нижней челюсти раствор анестетика вводят в место перехода слизистой оболочки альвеолярного отростка на подъязычную область. При этом достигается выключение периферических веточек язычного нерва. Наступает обезболивание слизистой оболочки альвеолярного отростка с язычной стороны.

Выполняя инфильтрационную анестезию в области альвеолярного отростка с целью проведения хирургического вмешательства на зубах или кости, раствор анестетика не следует вводить под надкостницу. Отслаивание ее приводит к возникновению боли не только во время проведения анестезии, но и в послеоперационном периоде. Раствор анестетика хорошо диффундирует в костную ткань через надкостницу. Обезболивание наступает через 7—10 мин.

Поднадкостничное введение местного анестетика может быть осуществлено при вмешательстве на пульпе зуба, когда инфильтрационная анестезия, проводимая указанным выше способом, недостаточно эффективна. Поднадкостничную анестезию лучше делать короткой (около 3 см) тонкой иглой. Иглу вводят под слизистую оболочку переходной складки в проекции верхушки корня соответствующего зуба и инъецируют 0,5 мл анестетика. Через некоторое время прокалывают надкостницу и продвигают иглу под углом около 45° к оси корня зуба по направлению к верхушке его на небольшое расстояние и создают депо из 2 мл раствора анестетика. Медленное введение анестетика делает эту анестезию менее болезненной.

При неэффективности обычной инфильтрационной анестезии, когда депо обезболивающего раствора создается под слизистой оболочкой альвеолярного отростка или под надкостницей, можно провести внутрикостную анестезию, введя анестетик непосредственно в губчатую кость альвеолярного отростка между корнями зубов. Для этого под аппликационной или инфильтрационной анестезией специальным трепаном или тонким шаровидным бором прокалывают мягкие ткани межзубного сосочка у основания его до кости. Трепан располагают под углом 40—60° к горизонтальной плоскости. Затем на малых оборотах бормашин

трепанируют наружную компактную пластинку. Через сформированный канал вводят инъекционную иглу в губчатое вещество альвеолярного отростка и инъецируют 1—2 мл 2 % раствора анестетика. Сразу же в пределах двух зубов, между корнями которых проведена анестезия, наступает глубокое обезболивание за счет выключения нервных стволиков, идущих к пульпе и периодонту зубов. Продолжительность анестезии — около 1 ч, что позволяет безболезненно провести хирургическое вмешательство, обработать кариозную полость, трепанировать или обточить под искусственную коронку зуб, удалить пульпу. Учитывая относительную трудоемкость методики, внутрикостную анестезию в поликлинике применяют достаточно редко и по строгим показаниям.

При неэффективности инфильтрационного обезболивания вследствие анатомических особенностей или характера патологического процесса в области операционного поля необходимо делать проводниковую анестезию.

ПРОВОДНИКОВОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

Проводниковое обезболивание позволяет выключить болевую чувствительность на значительном участке верхней или нижней челюсти и прилежащих к ним мягких тканей. Поэтому оно имеет преимущества перед инфильтрационным обезболиванием при необходимости удаления нескольких зубов, новообразований, вскрытия поднадкостничных гноевиков и других вмешательствах. При проводниковой анестезии раствор анестетика вводят около нервного ствола. Поэтому достаточно выраженное обезболивание достигается меньшим количеством анестетика, чем при инфильтрационной анестезии. Место вкола иглы на коже лица или слизистой оболочке полости рта определяется по анатомическим ориентирам, которые будут рассмотрены при описании методики анестезии. Нервные стволы при проводниковом обезболивании блокируют или в месте выхода их из костной ткани, или перед входом в нее. Проводниковую анестезию делают у бугра верхней челюсти, в области подглазничного, большого небного, резцового, нижнечелюстного и подбородочного отверстий. Выключают также язычный, щечный и двигательные ветви нижнечелюстного нерва. В крылонебной ямке можно блокировать всю II ветвь, а у овального отверстия — всю III ветвь тройничного нерва.

ТУБЕРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ

При этой анестезии блокируют верхние задние альвеолярные ветви, которые располагаются в крылонебной ямке и на заднелатеральной поверхности бугра верхней челюсти. На 18—25 мм выше края лунки верхнего третьего большого коренного зуба, соответственно середине коронки его в области бугра верхней челюсти, имеется несколько отверстий. Через них верхние задние альвеолярные ветви входят в костную ткань.

Проводя туберальную анестезию, необходимо ввести раствор анестетика соответственно расположению этих отверстий или несколько выше их.

При полуоткрытом рте больного отводят шпателем или зеркалом щеку наружу. Иглу располагают под углом 45° к гребню альвеолярного отростка. Скос ее должен быть обращен к кости. Вкол иглы производят на уровне коронки второго большого коренного зуба или между вторым и третьим большими коренными зубами в слизистую оболочку, отступая от переходной складки на 0,5 см вниз. Иглу продвигают вверх, назад и внутрь на глубину 2,5 см, отводя шприц наружу для того, чтобы игла все время располагалась как можно ближе к кости. Это в известной мере предотвращает повреждение артерий, вен крыловидного венозного сплетения и возникновение кровоизлияния в окружающие ткани. После введения 2 мл обезболивающего раствора анестезия наступает через 7—10 мин. При отсутствии больших коренных зубов ориентируются по скулоальвеолярному гребню, идущему от скулового отростка верхней челюсти к наружной поверхности альвеолярного отростка. Расположен он на уровне первого большого коренного зуба. Вкол иглы делают позади скулоальвеолярного гребня, что будет соответствовать середине коронки отсутствующего второго большого коренного зуба.

Зона обезболивания: первый, второй, третий большие коренные зубы: надкостница альвеолярного отростка и покрывающая ее слизистая оболочка в области этих зубов, слизистая оболочка и костная ткань заднелатеральной стенки верхнечелюстной пазухи. Задняя граница зоны обезболивания постоянна. Передняя граница может проходить по середине коронки первого большого коренного зуба или доходить до середины первого малого коренного зуба. Это объясняется различной выраженностью анастомозов со средней альвеолярной ветвью, а также непостоянством отхождения ее от подглазничного нерва. Верхняя средняя альвеолярная ветвь иногда отходит от главного ствола верхнечелюстного нерва вместе с задними верхними альвеолярными ветвями и, следовательно, может быть выключена при туберальной анестезии.

При введении большого количества раствора анестетика он может проникнуть через нижнюю глазничную щель в нижнеглазничный желобок и заблокировать среднюю верхнюю альвеолярную ветвь. . Осложнения. При туберальной анестезии возможно ранение кровеносных сосудов и кровоизлияние в окружающие ткани, в ряде случаев — образование гематомы. При введении анестетика с адреналином в кровеносное русло могут возникнуть изменения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы. Профилактика осложнений — правильная техника анестезии, постоянное впрыскивание анестетика при введении иглы в глубь тканей, что способствует отодвиганию кровеносных сосудов. В случае ранения сосудов и возникновения кровотечения следует прижать кровоточащую точку, а для профилактики образования гематомы — наложить давящую повязку на щечную область (верхнезадний отдел ее) на несколько часов. Для предупреждения введения анестетика в кровеносное русло перед впрыскиванием раствора надо потянуть поршень на себя и убедиться в отсутствии крови в шприце; при поступлении ее необходимо изменить положение иглы и только после этого вводить анестетик.

ИНФРАОРБИТАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ

При инфраорбитальной анестезии блокируют периферические ветви подглазничного нерва (малой гусиной лапки), передние верхние альвеолярные ветви и среднюю верхнюю альвеолярную ветвь. Анестетики вводят в подглазничный канал, чаще создают депо из раствора анестетика в области подглазничного отверстия. Для отыскания подглазничного отверстия, ведущего в канал, используют анатомические ориентиры:

- * при пальпации нижнепхкрая глазницы определяют костный выступ или желобок, соответствующий месту соединения скулового отростка верхней челюсти со скуловой костью. Находится он, как правило, на 0,5 см кнутри от середины нижнего края глазницы. На 0,5—0,75 см ниже этого ориентира расположено подглазничное отверстие;

- * это отверстие находится на 0,5—0,75 см ниже точки пересечения нижнего края глазницы с вертикальной линией, проведенной через середину второго верхнего малого коренного зуба;

- * подглазничное отверстие определяется на 0,5—0,75 см ниже места пересечения нижнего края глазницы с вертикальной линией, проведенной через зрачок глаза, смотрящего строго вперед.

Следует помнить, что ось переднего отрезка канала направлена вперед, кнутри, вниз и пересекает ось канала противоположной стороны несколько выше десневого сосочка между верхними центральными резцами. Направление иглы во время анестезии будет противоположным оси канала (кзади, кнаружи и вверх).

Инфраорбитальная анестезия может быть проведена внеротовым и внутриротовым методами. **Внеротовой метод.** По указанным выше ориентирам определяют проекцию подглазничного отверстия на кожу. Указательным пальцем левой руки фиксируют ткани в этой точке к кости с целью профилактики случайного ранения глазного яблока. Кроме того, это помогает быстрее отыскать вход в канал. Затем, отступя от проекции отверстия на кожу вниз и кнутри на 1 см, делают вкол иглы. Придав игле правильное положение, продвигают ее вверх, кзади и кнаружи по направлению к подглазничному отверстию. При этом иглу погружают до кости. В области подглазничного отверстия выпускают 0,5—1 мл анестетика и, осторожно перемещая иглу, отыскивают вход в канал, определяя это по характерному проваливанию ее или по болевой реакции. Войдя в подглазничный канал, продвигают иглу на глубину 7—10 мм и впрыскивают еще 0,5—1 мл раствора анестетика. Анестезия наступает через 3—5 мин. Часто войти в канал не удастся, что может зависеть от различных вариантов формы, размеров и расположения подглазничного отверстия. Трудно отыскать канал при наличии глубокой клыковой ямки. В литературе приведены случаи выхода подглазничного нерва из 2—3 отверстий. Введение 2 мл раствора анестетика в области только подглазничного отверстия существенно не отражается на выраженности обезболивания в зоне иннервации верхних передних и средней альвеолярных ветвей, малой гусиной лапки.

Внутриротовой метод. Отыскав проекцию подглазничного отверстия на кожу, указательным пальцем левой руки прижимают мягкие ткани в этой точке к кости. Большим пальцем верхнюю губу отводят вверх и вперед. При этом подвижная слизистая оболочка смещается кпереди. Поэтому вкол иглы производят на 0,5 см кпереди от переходной складки, на уровне промежутка между центральным и боковым резцами. Иглу продвигают кзади, вверх и кнаружи по направлению к подглазничному каналу, выпуская при этом небольшое количество анестетика для обезболивания тканей на пути иглы. Последующие этапы проведения анестезии не отличаются от таковых при внеротовом методе. Если нельзя ввести иглу между боковым и центральным резцами, то следует вколоть ее на уровне клыка, первого или второго малого

коренного зуба. Попасть иглой в канал этим методом не представляется возможным. Анестезия наступает за счет диффузии анестетика из области подглазничного отверстия в одноименный канал. Внутриротовой метод инфраорбитальной анестезии имеет ряд существенных недостатков по сравнению с внеротовым, поэтому его редко применяют в условиях поликлиники: он сложнее для выполнения; при нем труднее подвести иглу к подглазничному отверстию через значительную толщу тканей; его нельзя выполнить при воспалительных процессах фронтального отдела преддверия рта. Зона обезболивания: резцы, клыки и малые коренные зубы, костная ткань альвеолярного отростка, слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в области этих зубов, слизистая оболочка и костная ткань передней, задне-наружной (частично), нижней и верхней стенок верхнечелюстной пазухи, кожа подглазничной области, нижнего века, крыла носа, перегородки носа, кожа и слизистая оболочка верхней губы. Следует помнить о наличии анастомозов с противоположной стороны и с задними верхними альвеолярными ветвями. При необходимости их выключают, вводят по переходной складке 1—2 мл анестетика в области центральных резцов или второго малого коренного — первого большого коренного зубов. Иногда зона обезболивания уменьшается от середины центрального резца до середины первого малого коренного зуба, реже — увеличивается, включая область первого большого коренного зуба.

Осложнения. При ранении иглой сосудов в подглазничном канале или вне его возникает кровоизлияние в окружающую ткань. Возможно образование гематомы. Иногда появляется ишемия ограниченного участка кожи в подглазничной области. При попадании анестетика в глазницу можно блокировать нервы, иннервирующие мышцы глазного яблока. Тогда у больного появляется диплопия. При прободении нижней стенки подглазничного канала раствор анестетика может попасть в верхнечелюстную пазуху. В случае травмы иглой нервного ствола может развиваться неврит подглазничного нерва. Профилактика осложнения — тщательное соблюдение техники анестезии. Для предотвращения образования гематомы после анестезии следует прижать пальцем на 2—3 мин место выхода сосудистого пучка из канала.

АНЕСТЕЗИЯ В ОБЛАСТИ БОЛЬШОГО НЕБНОГО ОТВЕРСТИЯ

При этой анестезии блокируют большой небный нерв. Для этого местный анестетик надо ввести в область большого небного отверстия. Располагается оно на уровне середины коронки третьего большого коренного зуба, при отсутствии его — кзади и кнутри от второго большого коренного зуба или на 0,5 см кпереди от границы твердого и мягкого неба. Чтобы определить проекцию большого небного отверстия на слизистую оболочку твердого неба, надо провести две взаимопересекающиеся линии: одну из них — на уровне середины коронки третьего большого коренного зуба от десневого края до средней линии верхней челюсти соответствующей стороны (следует помнить, что верхняя челюсть — парная кость), другую — через середину первой и перпендикулярно ей. Точка пересечения этих двух линий будет соответствовать проекции большого, небного отверстия. При широко открытом рте больного вкол иглы производят на 1 см кпереди и кнутри (т. е. отступя к средней линии) от проекции небного отверстия на слизистую оболочку. Иглу продвигают вверх, несколько кзади и кнаружи — до соприкосновения с костью. Вводят 0,5 мл анестетика. Через 3—5 мин наступает анестезия. Зона обезболивания: слизистая оболочка твердого неба, альвеолярного отростка с небной стороны от третьего большого коренного зуба до середины коронки клыка. Иногда зона обезболивания увеличивается до середины бокового резца и переходит на вестибулярную поверхность у третьего большого коренного зуба. Нередко граница обезболивания не распространяется кпереди дальше уровня второго малого коренного зуба. Осложнения. При введении большого количества анестетика или в случае попадания иглы в канал, а также при инъецировании обезболивающего раствора позади большого небного отверстия выключаются нервные стволы, иннервирующие мягкое небо. Больным это воспринимается как инородное тело, возникают тошнота, позывы на рвоту! При ранении сосудов возникает кровоизлияние. Иногда появляются участки ишемии на коже лица вследствие рефлекторного спазма сосудов. Может наступить некроз слизистой оболочки твердого неба. Быстрое введение анестетика под значительным давлением под малоподатливую слизистую оболочку твердого неба сопровождается сдавлением сосудов или их разрывом, что и приводит к омертвлению тканей. Выраженный склероз сосудов предрасполагает к этому. Для профилактики данного осложнения анестетик следует вводить медленно без-излишнего давления, особенно у лиц пожилого возраста.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ОБЛАСТИ РЕЗЦОВОГО ОТВЕРСТИЯ

При этой -анестезии блокируют носонебный нерв. Резцовое отверстие расположено между центральными резцами, на 7—8 мм кзади от десневого края (позади резцового сосочка).

Носонебный нерв можно блокировать внутриротовым и внеротовым методами. Внутриротовой метод. При максимально запрокинутой голове больного и широко открытом рте придают игле отвесное положение по отношению к переднему участку альвеолярного отростка верхней челюсти с небной стороны. Вкол иглы производят в слизистую оболочку резцового сосочка, предварительно смазав ее 1—2 % раствором дикаина, несколько кпереди от устья резцового отверстия. Если иглу ввести точно над резцовым отверстием, то направление иглы не совпадает с осью резцового канала, так как нижняя челюсть не позволяет соблюсти условия их параллельности. Продвинув иглу до контакта с костью, вводят 0,3—0,5 мл раствора анестетика, откуда он диффундирует в резцовый канал и блокирует в нем носонебный нерв. Эффект анестезии более выражен, когда продвигают иглу в канал на 0,5—0,75 см и в нем выпускают обезболивающий раствор. При этом выключаются анастомозы, идущие от носонебного нерва к переднему отделу верхнего зубного сплетения. Однако войти иглой в канал не всегда возможно, особенно у больных с нижней макрогнатией или верхней микрогнатией.

Внутриносовой метод. Анестетик вводят у основания перегородки носа с обеих сторон от нее. Можно выключить носонебный нерв, смазав слизистую оболочку дна полости носа у перегородки носа с двух сторон 1—2% раствором дикаина с адреналином. Внеротовой метод анестезии носонебного нерва позволяет получить хорошее обезболивание в области центральных резцов в тех случаях, когда двусторонняя инфраорбитальная анестезия и выключение носонебного нерва внутриротовым методом полностью не снимают болевую чувствительность. Это объясняется тем, что носонебный нерв отдает анастомозы к переднему отделу зубного сплетения до входа в резцовый канал. Кроме того, внеротовой метод применяют при невозможности выполнения анестезии внутриротовым доступом. Зона обезболивания: слизистая оболочка и надкостница альвеолярного отростка верхней челюсти и твердого неба в треугольном участке, вершина которого обращена к срединному шву, основание — к фронтальным зубам, а стороны его проводят через середину клыков. Иногда зона обезболивания распространяется до первого малого коренного зуба включительно или суживается до области центральных резцов. Осложнения. При введении иглы в резцовый канал глубже чем на 1 см возможно кровотечение из носа вследствие травмы слизистой оболочки полости носа. Иногда появляются зоны ишемии на коже переднебоковой поверхности лица. В случае введения в нижний носовой ход тампона с дикаином на длительный период возможно развитие токсической реакции.

Используемые на данном занятии новые педагогические технологии: «Ручка на середине стола».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Для работы необходимо:

19. Вопросы, распечатанные на отдельных листах.
20. Чистые листы бумаги, ручки.
21. Рабочая тетрадь.

Ход работы:

67. Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы по 4 студента в каждой.
68. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку.
69. На листе пишется дата, номер, группы, факультет, ФИ студентов-участников данной подгруппы (название деловой игры).
70. Предлагается задание: ответить на один конкретный вопрос всей подгруппе.
71. Каждый студент записывает на листе свою фамилию и один вариант ответа и передает лист соседу, а свою ручку передвигает на середину стола.
72. Педагог контролирует работу группы и участие в ней каждого. Общий правильный вариант записывается в тетради.
73. Студенты, которые дали правильные варианты ответов, получают максимальный балл – 100%, от рейтинга теоретической части – 0,8 б. Студенты, занявшие 2 место – 85,9%

рейтинга; занявшие 3 место – 70,9 рейтинга. На ответившие или ответившие неверно – 0 б.

74. На листе ответов преподаватель ставит балл и подпись.

75. Полученный студентами балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие.

76. В нижней свободной части журнала делается отметка о проведении данной деловой игры, староста ставит подпись.

77. Работы студентов сохраняются преподавателем.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИГРЫ: «РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»

1. Анатомия II ветви тройничного нерва.
2. Местное инфильтрационное обезболивание на верхней челюсти.
3. Туберальная анестезия.
4. Инфраорбитальная анестезия.
5. Палатинальная анестезия.
6. Резцовая анестезия.

6.3. Практическая часть

В практической части занятия после обсуждения темы проводится ознакомление, как проводить обезболивание на фантоме верхней челюсти, у больного, на волонтере. При этом сами студенты могут выступать в роли волонтеров и врачей. В конце занятия оцениваются знания как студента-«больного», так и студента-«врача».

ТЕМА 5 Инсизивальная анестезия.

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

25. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.
 26. Тесты 1 уровня сложности.
 27. Тесты 2 уровня сложности.
 28. Ситуационные задачи.
2. Продолжительность изучения темы -количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполнять амбулаторную карту;
- заполнять стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственности в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаиморазвивающихся в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия — строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения — организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена — санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии — стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия — понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания — организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология — обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ОБЛАСТИ РЕЗЦОВОГО ОТВЕРСТИЯ

При этой анестезии блокируют носонебный нерв. Резцовое отверстие расположено между центральными резцами, на 7—8 мм кзади от десневого края (позади резцового сосочка). Носонебный нерв можно блокировать внутриротовым и внеротовым методами. Внутриротовой метод. При максимально запрокинутой голове больного и широко открытом рте придают игле отвесное положение по отношению к переднему участку альвеолярного отростка верхней челюсти с небной стороны. Вкол иглы производят в слизистую оболочку резцового сосочка, предварительно смазав ее 1—2 % раствором дикаина, несколько впереди от устья резцового отверстия. Если иглу ввести точно над резцовым отверстием, то направление иглы не совпадает с осью резцового канала, так как нижняя челюсть не позволяет соблюсти условия их параллельности. Продвинув иглу до контакта с костью, вводят 0,3—0,5 мл раствора анестетика, откуда он диффундирует в резцовый канал и блокирует в нем носонебный нерв. Эффект анестезии более выражен, когда продвигают иглу в канал на 0,5—0,75 см и в нем выпускают обезболивающий раствор. При этом выключаются анастомозы, идущие от носонебного нерва к переднему отделу верхнего зубного сплетения. Однако войти иглой в канал не всегда возможно, особенно у больных с нижней макрогнатией или верхней микрогнатией.

Внутриносовой метод. Анестетик вводят у основания перегородки носа с обеих сторон от нее. Можно выключить носонебный нерв, смазав слизистую оболочку дна полости носа у перегородки носа с двух сторон 1—2% раствором дикаина с адреналином. Внеротовой метод анестезии носонебного нерва позволяет получить хорошее обезболивание в области центральных резцов в тех случаях, когда двусторонняя инфраорбитальная анестезия и выключение носонебного нерва внутриротовым методом полностью не снимают болевую чувствительность. Это объясняется тем, что носонебный нерв отдает анастомозы к переднему отделу зубного сплетения до входа в резцовый канал. Кроме того, внеротовой метод применяют при невозможности выполнения анестезии внутриротовым доступом. Зона обезболивания: слизистая оболочка и надкостница альвеолярного отростка верхней челюсти и твердого неба в треугольном участке, вершина которого обращена к срединному шву, основание — к фронтальным зубам, а стороны его проводят через середину клыков. Иногда зона обезболивания распространяется до первого малого коренного зуба включительно или суживается до области центральных резцов. Осложнения. При введении иглы в резцовый канал глубже чем на 1 см возможно кровотечение из носа вследствие травмы слизистой оболочки полости носа. Иногда появляются зоны ишемии на коже переднебоковой поверхности лица. В случае введения в нижний носовой ход тампона с дикаином на длительный период возможно развитие токсической реакции.

Используемые на данном занятии новые педагогические технологии: «Ручка на середине стола».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Для работы необходимо:

22. Вопросы, распечатанные на отдельных листах.
23. Чистые листы бумаги, ручки.
24. Рабочая тетрадь.

Ход работы:

78. Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы по 4 студента в каждой.
79. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку.
80. На листе пишется дата, номер, группы, факультет, ФИ студентов-участников данной подгруппы (название деловой игры).
81. Предлагается задание: ответить на один конкретный вопрос всей подгруппе.
82. Каждый студент записывает на листе свою фамилию и один вариант ответа и передает лист соседу, а свою ручку передвигает на середину стола.
83. Педагог контролирует работу группы и участие в ней каждого. Общий правильный вариант записывается в тетради.
84. Студенты, которые дали правильные варианты ответов, получают максимальный балл — 100%, от рейтинга теоретической части — 0,8 б. Студенты, занявшие 2 место — 85,9% рейтинга; занявшие 3 место — 70,9 рейтинга. На ответившие или ответившие неверно — 0 б.
85. На листе ответов преподаватель ставит балл и подпись.
86. Полученный студентами балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие.
87. В нижней свободной части журнала делается отметка о проведении данной деловой игры, староста ставит подпись.
88. Работы студентов сохраняются преподавателем.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИГРЫ: «РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»

1. Анатомия II ветви тройничного нерва.
2. Местное инфильтрационное обезболивание на верхней челюсти.

3. Туберальная анестезия.
4. Инфраорбитальная анестезия.
5. Палатинальная анестезия.
6. Резцовая анестезия.

Практическая часть

В практической части занятия после обсуждения темы проводится ознакомление, как проводить обезболивание на фантоме верхней челюсти, у больного, на волонтере. При этом сами студенты могут выступать в роли волонтеров и врачей. В конце занятия оцениваются знания как студента-«больного», так и студента-«врача».

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Место вкола при проведении подглазничной анестезии внутриротовым методом находится:
 - А. 0,5 см верху от переходной складки на уровне между 1 и 2 зубами.
 - Б. верхнего края десны на уровне 2 зуба
 - В. на переходной складке на уровне 3 зуба
 - Г. на переходной складке на уровне 1 зуба
 - Д. на переходной складке на уровне 5 зуба
2. Укажите неправильное направление иглы при проведении инфраорбитальной анестезии:
 - А. все верно
 - Б. вверх
 - В. кзади и кнаружи
 - Г. вперед и кнутри
 - Д. кнаружи и вверх
3. Для удаления 8 зуба верхней челюсти необходимо сделать анестезию:
 - А. туберальную и палатинальную
 - Б. инфраорбитальную и туберальную
 - В. туберальную и резцовую
 - Г. инфраорбитальную и палатинальную
 - Д. палатинальную и резцовую
4. При попадании анестетика в глазницу может наступить:
 - А. диплопия
 - Б. слепота
 - В. снижение остроты зрения
 - Г. нистагм
 - Д. нарушение движения глазного яблока

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Какие осложнения не характерны для палатинальной анестезии:
 - А. болезненное глотание
 - Б. тошнота
 - В. гематома
 - Г. чувство «инородного тела»
 - Д. рвота
2. При попадании анестетика в глазницу может наступить?
 - А. диплопия
 - Б. слепота
 - В. снижение остроты зрения
 - Г. нистагм

Д. нарушение движение глазного яблоко

3. Зоной иннервации верхних задних альвеолярных нервов являются:

- А. область 6,7,8 зубов
- Б. область 3,4,5,6,7 зубов
- В. область 5,6,7,8 зубов
- Г. область 7 и 8 зубов
- Д. все половина верхней челюсти

4. Какие нервы выключаются при инфраорбитальной анестезии?

- А. верхние задние альвеолярные ветви
- Б. нижних задние альвеолярные ветви
- В. передние верхние альвеолярные ветви
- Г. средняя верхняя альвеолярная ветвь
- Д. носонебный нерв

Ситуационные задачи:

1. В полости рта у больного разрушен 12 зуб. Переходная складка в области 1234 зубов сглажена, гиперемирована, пальпация резко болезненна. При пальпации определяется флюктуация.

- 1. Где должен лечиться больной?
- 2. Какой вид обезболивания можно провести?
- 3. Какой нерв должен блокироваться?

Ответ: 1. в поликлинике хирургической стоматологии или в хирургическом стоматологическом кабинете стоматологической поликлиники.

2. инфраорбитальную и резцовую.

3. передняя альвеолярная ветвь и носонебный нерв.

2. Больной жалуется на наличие онемения в области верхних зубов, подглазничной области и верхней губы справа. Правая щека и подглазничная область отечная – отмечается подвижность 1234 зубов

- 1. О поражении какого нерва можно подумать?
- 2. Откуда выходит этот нерв?

Ответ: 1. *n. infraorbitalis (pes anserinus minor)*

Из крылонебной ямки через нижнюю глазничную щель входит в глазницу, где ложится в подглазничную борозду (*sulcus infraorbitalis*), проходит в подглазничном канале (*canalis infraorbitalis*) и через подглазничное отверстие (*foramen infraorbitale*) выходит из глазницы.

ТЕМА 6. Все методы мандибулярной анестезии.

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

- 1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
- 2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
- 3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

- 29. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.
- 30. Тесты 1 уровня сложности.
- 31. Тесты 2 уровня сложности.
- 32. Ситуационные задачи.

2. Продолжительность изучения темы - количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;

- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполнять амбулаторную карту;
- заполнять стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственности в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаимодействующих в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия — строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения — организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена — санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии — стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия — понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания — организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология — обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

Обезболивание нижнего альвеолярного нерва в области отверстия нижней челюсти (мандибулярная анестезия)

Эту анестезию принято называть мандибулярной. Однако название не соответствует ее сути, так как у отверстия нижней челюсти выключают не нижнечелюстной нерв, а его периферические ветви (нижний луночковый и язычный).

Для выполнения анестезии следует хорошо ориентироваться в некоторых анатомических образованиях ветви нижней челюсти. Отверстие нижней челюсти, через которое нижний луночковый нерв входит в костный канал (canalis mandibulae), расположено на внутренней поверхности ветви челюсти (от переднего края ее — на расстоянии 15 мм, от заднего — на 13 мм, от вырезки нижней челюсти — на 22 мм и от основания нижней челюсти — на 27 мм). Высота расположения отверстия у взрослого человека соответствует уровню жевательной поверхности нижних больших коренных зубов, у стариков и детей — несколько ниже. Спереди и изнутри отверстие нижней челюсти прикрыто костным выступом — язычком нижней челюсти (Hngula mandibulae). Поэтому обезболивающий раствор надо вводить на 0,75 — 1 см выше уровня отверстия — над верхним полюсом костного выступа, туда, где нерв перед вхождением в канал лежит в костном желобке (sulcus colli mandibulae). Там же имеется рыхлая клетчатка, в которой хорошо распространяется анестетик. Следовательно, вкол иглы должен быть произведен на 0,75 — 1 см выше уровня жевательной поверхности нижних больших коренных зубов.

Мандибулярную анестезию можно выполнить внутриротовым и внеротовым способами.

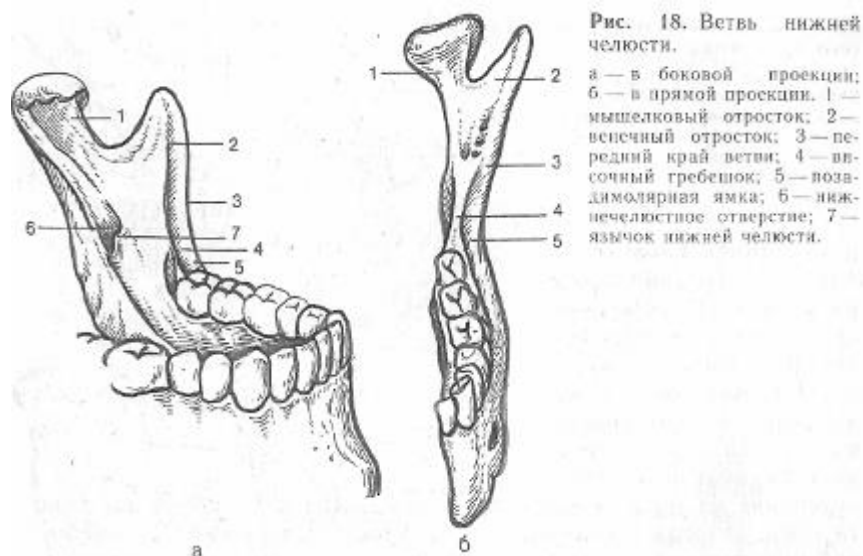


Рис. 18. Ветвь нижней челюсти.

а — в боковой проекции; б — в прямой проекции. 1 — мышечковый отросток; 2 — венечный отросток; 3 — передний край ветви; 4 — височный гребешок; 5 — позадиомолярная ямка; 6 — нижнечелюстное отверстие; 7 — язычок нижней челюсти.

Внутриротовые способы. Анестезию проводят, пальпируя костные анатомические ориентиры, и аподактильным методом (без пальпации).

Анестезия с помощью пальпации. Для проведения ее необходимо пальпаторно определить расположение позадиомолярной ямки и височного гребешка, который является ориентиром для вкола иглы. От венечного отростка к язычной стороне альвеолярного отростка нижней челюсти спускается костный валик — височный гребешок (crista temporalis). В нижнем отделе этот гребешок разделяется на внутреннюю и наружную ножку, которые ограничивают небольшой треугольный участок — позадиомолярный треугольник. Между передним краем ветви нижней челюсти, переходящим книзу в косую линию (linea obliqua) и височным гребешком имеется небольшое углубление треугольной формы — позадиомолярная ямка (fovea retromolaris) (рис. 18).

Костные ориентиры пальпируют указательным пальцем левой руки, если анестезию проводят справа, или большим пальцем, если ее выполняют слева.

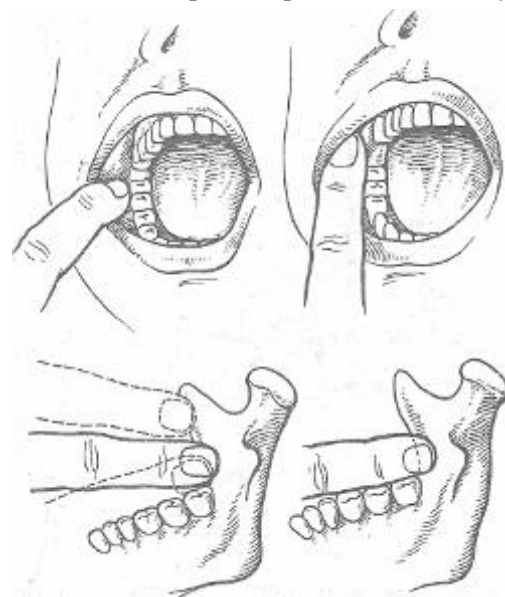
При широко открытом рте больного ощупывают передний край ветви нижней челюсти на уровне дистального края коронки третьего большого коренного зуба (при его отсутствии — сразу же за вторым большим коренным зубом). Переместив палец несколько кнутри, определяют височный гребешок, проекцию которого мысленно переносят на слизистую оболочку.

Палец фиксируют в ретромолярной ямке (рис. 19). Расположив шприц на уровне малых коренных зубов противоположной стороны, вкол иглы делают кнутри от височного гребешка и на 0,75—1 см выше жевательной поверхности третьего большого коренного зуба (рис. 20, а). Продвигают иглу кнаружи и кзади. На глубине 0,5—0,75 см она достигает кости. Выпустив 0,5—1 мл раствора анестетика, выключают язычный нерв, который расположен кпереди от нижнего альвеолярного нерва. Продвинув иглу еще на 2 см, доходят до костного желобка (sulcus colli

mandibulae), где расположен нижний альвеолярный нерв перед вхождением его в канал нижней челюсти. Здесь вводят 2—3 мл анестетика для выключения этого нерва.

Ветвь нижней челюсти расположена не строго в сагиттальной плоскости, а под некоторым углом к ней, причем передний край ее лежит ближе, а задний — дальше от средней линии. Выраженность наклона ветви у различных больных варьирует. Поэтому, введя иглу на глубину 0,75 см до кости и выключив язычный нерв, продвинуть ее глубже к нижнечелюстному отверстию, не меняя первоначального положения шприца, не всегда представляется возможным. Нередко возникает необходимость переместить шприц на уровень центральных резцов и продвинуть иглу кзади параллельно внутренней поверхности ветви нижней челюсти на глубину 2 см по направлению к нижнечелюстному отверстию и *sulcus colli mandibulae*.

Аподактильный способ. При выполнении анестезии аподактильным способом основным ориентиром является крыловидно-нижнечелюстная складка (*plica pterigomandibularis*). Она расположена кнутри от височного гребешка и может быть широкой, узкой или иметь обычный (средний) поперечный размер. При широко открытом рте больного шприц располагают на уровне малых коренных или первого большого коренного зуба противоположной стороны. Вкол иглы производят в наружный скат крыловидно-нижнечелюстной складки на середине расстояния между жевательными поверхностями верхних и нижних больших коренных зубов (при отсутствии их — на середине расстояния между гребнями альвеолярных отростков). Иглу продвигают кнаружи и кзади до контакта с костной тканью (на глубину 1,5—2 см), после чего вводят 2—3 мл анестетика для выключения нижнего альвеолярного и язычного нервов (рис. 20, б). Иногда, продвинув иглу на глубину 2 см, достичь контакта ее с костью не удастся. Это может быть связано с указанными выше анатомическими особенностями ветви нижней челюсти, когда наклон ее к сагиттальной плоскости значительно выражен. В этом случае игла при ее погружении в ткань продвигается как бы параллельно внутренней поверхности ветви челюсти, не соприкасаясь с ней. Тогда необходимо отвести шприц еще больше в противоположную сторону, расположив его на уровне второго большого коренного зуба. Изменив угол между внутренней поверхностью ветви и иглой, удастся добиться ее контакта с костью. Если крыловидно-нижнечелюстная складка широкая, вкол иглы производят в середину, если узкая — в медиальный край ее.



Крыловидно-нижнечелюстная складка — менее достоверный ориентир, чем височный гребешок. Поэтому при аподактильном способе анестезии не всегда удастся точно подвести обезболивающий раствор к нижнему луночковому нерву.

Внеротовые способы. При невозможности блокады нижнего альвеолярного нерва внутриротовым доступом используют внеротовые способы.

Анестезия доступом из подднечелюстной области. Для более четкого выполнения анестезии рационально определить проекцию отверстия нижней челюсти на кожу. Оно находится на середине линии, проведенной от верхнего края козелка ушной раковины к месту пересечения переднего края жевательной мышцы с основанием нижней челюсти. Продвигая иглу к нижнечелюстному отверстию, можно ориентироваться на эту точку (рис. 20, в).

Вкол иглы производят в области основания нижней челюсти, отступая на 1,5 см впереди от угла нижней челюсти. Иглу продвигают вверх на 3,5—4 см по внутренней поверхности ветви параллельно заднему краю ее. При этом следует сохранять контакт иглы с костью. Удобнее вводить иглу без шприца и только перед инъектированием анестетика присоединить его. Впрыскивают 2 мл обезболивающего раствора. Продвинув иглу вверх, еще на 1 см выключают язычный нерв.



Рис. 20. Мандибулярная анестезия.
а — интравенозный метод анестезии у нижнечелюстного отверстия (методом ощущения); б — аподактильный способ анестезии у нижнечелюстного отверстия (по А. Е. Верлоцкому); в — проекция нижнечелюстного отверстия на кожу. Интравенозный метод анестезии у нижнечелюстного отверстия.



Подскуловый способ (Берше — Дубова). Вкол иглы производят непосредственно под нижним краем скуловой дуги, отступя на 2 см кпереди от основания козелка ушной раковины. Иглу располагают перпендикулярно кожным покровам и продвигают на 3—3,5 см к средней линии строго горизонтально, постепенно выпуская раствор анестетика. Игла выходит между головками наружной крыловидной мышцы или на ее внутреннюю поверхность, где нижний альвеолярный и язычный нервы расположены рядом. После введения 3—5 мл анестетика обезболивание наступает через 10—20 мин.

Зона обезболивания при выключении нижнего альвеолярного и язычного нервов. Все зубы нижней челюсти соответствующей половины, костная ткань альвеолярного отростка и частично тела нижней челюсти, слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной и язычной стороны, слизистая оболочка подъязычной области и передних $\frac{2}{3}$ языка, кожа и слизистая оболочка нижней губы, кожа подбородка на стороне анестезии. Следует помнить, что слизистая оболочка альвеолярного отростка нижней челюсти от середины второго малого коренного зуба до середины второго большого коренного зуба иннервируется не только веточками, отходящими от нижнего зубного сплетения, но и щечным нервом. Для полного обезболивания этого участка слизистой оболочки необходимо дополнительно ввести 0,5 мл анестетика по типу инфильтрационной анестезии. Обезболивание при мандибулярной анестезии наступает чаще всего через 15—20 мин, продолжительность его—1—1,5 ч. Выраженность обезболивания в области резцов и клыка меньше из-за анастомозов с противоположной стороны.

Осложнения. При введении иглы медиальнее крыловидно-нижнечелюстной складки возможно онемение тканей глотки и повреждение внутренней крыловидной мышцы с последующим появлением контрактуры нижней челюсти. Для устранения этого осложнения иногда требуется длительное лечение с применением физиотерапевтических процедур, механотерапии и инъекций раствора пирогенала.

Возможно повреждение сосудов с образованием гематомы, попадание анестетика в кровяное русло, появление зон ишемии на коже нижней губы и подбородка. При повреждении язычного и нижнего альвеолярного нервов иглой иногда развивается неврит, для лечения которого используют гальванизацию и диатермию. Изредка наблюдается парез мимических мышц вследствие блокады ветвей лицевого нерва. Вследствие нарушения техники проведения мандибулярной анестезии возможен перелом инъекционной иглы. Это осложнение может возникнуть при изменении первоначального положения иглы резким движением, когда центральный конец ее достаточно глубоко погружен в мягкие ткани или располагается между мышцей и костью. Опасность этого осложнения возрастает при внедрении иглы в сухожилие мышц (чаще височной). Игла ломается в месте перехода ее в канюлю. Для профилактики этого осложнения следует использовать качественные иглы, строго соблюдать технику анестезии, не погружать иглу в ткани до канюли, не производить грубых и резких перемещений иглы. Если

отломанная часть иглы полностью погружена в ткани, не следует предпринимать немедленной попытки удаления ее в поликлинике. При показаниях (боли самопроизвольные и при открывании рта, развитие контрактуры, воспалительные явления) удаление иглы возможно только в стационаре после тщательного рентгенологического обследования. Это трудоемкое вмешательство требует хорошей оперативной техники и хирургического опыта. Иногда сломанная игла инкапсулируется в тканях и не вызывает жалоб у больных. В этих случаях ее можно не удалять.

Обезболивание в области нижнечелюстного валика по М. М. Вейсбрему (торусальная анестезия)

При этой анестезии обезболивающий раствор вводят в область нижнечелюстного валика (torus mandibulae). Он находится в месте соединения костных гребешков, идущих от венечного и мыщелкового отростков — выше и впереди от костного язычка

нижней челюсти. Ниже и внутри от валика располагаются нижний альвеолярный, язычный и щечный нервы, окруженные рыхлой клетчаткой (рис. 21, а). При введении анестетика в данную зону эти нервы могут быть выключены одновременно.

При проведении анестезии рот больного должен быть открыт максимально широко. Вкол иглы производят перпендикулярно слизистой оболочке щеки, направляя шприц с противоположной стороны, где он располагается на уровне больших коренных зубов. Местом вкола является точка, образованная пересечением горизонтальной линии, проведенной на 0,5 см ниже жевательной поверхности верхнего третьего большого коренного зуба и бороздки, образованной латеральным скатом крыловидно-нижнечелюстной складки и щекой (рис. 21,б). Иглу продвигают до кости (на глубину от 0,25 до 2 см). Вводят 1,5—2 мл анестетика, блокируя нижний луночковый и щечный нервы. Выведя иглу на несколько миллиметров в обратном направлении, инъецируют 0,5—1 мл анестетика для выключения язычного нерва. Анестезия наступает через 5 мин.

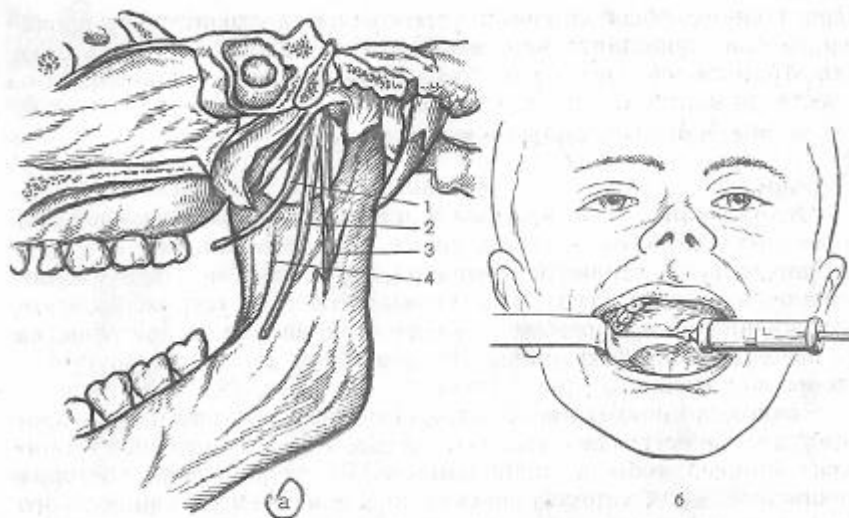


Рис. 21. Торусальная анестезия по М. М. Вейсбрему.

а — расположение нервов в области нижнечелюстного валика; б — положение иглы и шприца при торусальной анестезии; 1 — щечный нерв; 2 — язычный нерв; 3 — нижний альвеолярный нерв; 4 — височный гребешок.

Зона обезболивания: те же ткани, что и при анестезии у отверстия нижней челюсти, а также ткани, иннервируемые щечным нервом; слизистая оболочка и кожа щеки, слизистая оболочка альвеолярного отростка нижней челюсти от середины второго малого коренного зуба до середины второго большого коренного зуба. Однако в связи с особенностями взаимоотношений щечного нерва с нижним луночковым и язычными нервами (см. выше) обезболивание в зоне иннервации щечного нерва

наступает не всегда. В этом случае следует дополнительно провести инфильтрационную анестезию в области операционного поля для выключения периферических окончаний щечного нерва.

Обезболивание в области щечного нерва

При широко открытом рте больного вкол иглы делают в слизистую оболочку щеки, направляя шприц с противоположной стороны. Местом вкола является точка, образованная

Рис. 22. Положение иглы при введении обезболивающего раствора в подбородочное отверстие. а — положение иглы; б — внеротовой способ; в — внутриворотный способ.



пересечением горизонтальной линии, проведенной на уровне жевательной поверхности верхних больших коренных зубов и вертикальной линии, являющейся проекцией переднего края венечного отростка на слизистую оболочку щеки. Иглу продвигают на глубину 1 — 1,5 см до переднего края венечного отростка, где щечный нерв пересекает его, выходя из крыловидно-височного клеточного промежутка или из толщи височной мышцы, и располагается по наружной поверхности щечной мышцы. Вводят 1 — 2 мл раствора анестетика. Обезболивание наступает в зоне иннервации щечного нерва [см. *Обезболивание на нижнечелюстном валике (торусальная анестезия)*]

Обезболивание в области язычного нерва

Язычный нерв блокируют при проведении анестезии у отверстия нижней челюсти и на нижнечелюстном валике. Кроме того, на него можно воздействовать в челюстно-язычном желобке. Для этого язык отводят шпателем в противоположную сторону. Вкол иглы делают в слизистую оболочку в наиболее глубокой части челюстно-язычного желобка на уровне середины коронки третьего нижнего большого коренного зуба. В этом месте язычный нерв залегает очень поверхностно. Вводят 2 мл анестетика. Зона обезболивания соответствует иннервации язычного нерва.

Обезболивание в области подбородочного нерва

Для выполнения анестезии необходимо определить расположение подбородочного отверстия. Чаще всего оно находится на уровне середины альвеолы нижнего второго малого коренного зуба или межальвеолярной перегородки между вторым и первым малыми коренными зубами и на 12—13 мм выше основания тела нижней челюсти. Проекция отверстия находится, таким образом, на середине расстояния между передним краем жевательной мышцы и серединой нижней челюсти.

Подбородочное отверстие (или устье канала) открывается кзади, кверху и наружу. Это следует помнить, чтобы придать игле направление, позволяющее ввести ее в канал (рис. 22, а).

Внеротовой метод. Проводя анестезию на правой половине нижней челюсти, удобнее вставать справа и сзади больного. Выключая подбородочный нерв слева, врач располагается справа и спереди от больного. Используя приведенные выше ориентиры, определяют проекцию подбородочного отверстия на кожу. Указательным пальцем левой руки в этой точке прижимают

мягкие ткани и кости. Придав игле направление с учетом хода канала, делают вкол иглы на 0,5 см выше и кзади от проекции подбородочного отверстия . на кожу (рис. 22, б). Затем продвигают ее вниз, внутрь и кпереди до соприкосновения с костью. Введя 0,5 мл анестетика и осторожно перемещая иглу, находят подбородочное отверстие и входят в канал. Ориентиром может служить ощущение характерного проваливания иглы. Продвигают иглу в канале на глубину 3—5 мм и вводят 1—2 мл обезболивающего раствора. Анестезия наступает через 5 мин. Если иглу не вводить в подбородочный канал, то зона обезболивания, как правило, ограничивается только мягкими тканями подбородка и нижней губы. Обезболивание же в области малых коренных зубов, клыка, резцов и альвеолярного отростка в области этих зубов выражено недостаточно.

Внутриротовой метод. При сомкнутых челюстях больного отводят "мягкие ткани щеки в сторону. Вкол иглы делают, отступя несколько миллиметров кнаружи от переходной складки на уровне середины коронки первого большого коренного зуба (рис. 22, в). Иглу продвигают на глубину 0,75—1 см вниз, кпереди и внутрь. до подбородочного отверстия. Последующие моменты выполнения анестезии не отличаются от таковых при внеротовом методе.

Зона обезболивания: мягкие ткани подбородка и нижней губы, малые коренные зубы, клыки и резцы, костная ткань альвеолярного отростка, слизистая оболочка его с вестибулярной стороны в пределах этих зубов. Иногда зона обезболивания распространяется до уровня второго большого коренного зуба. Выраженная анестезия наступает обычно только в пределах малых коренных зубов и клыка.

Эффективность обезболивания и области резцов невелика из-за наличия анастомозов с противоположной стороны.

Осложнения. При повреждении сосудов возможно кровоизлияние в ткани и образование гематомы, появление участков ишемии на коже подбородка и нижней губы. При травме нервного ствола может развиваться неврит подбородочного нерва. Лечение и профилактика этих осложнений не отличаются от таковых при анестезии других нервов.

Блокада двигательных волокон нижнечелюстного нерва

По Берше. Для выключения жевательного нерва вкол иглы делают перпендикулярно кожным покровам под нижний край скуловой дуги, отступя кпереди от козелка ушной раковины на 2 см. Иглу продвигают горизонтально к средней линии на глубину 2—2,5 см через вырезку нижней челюсти. Вводят 3— 5 мл анестетика. Эффект анестезии определяется через 5— 10 мин. Выражается он в расслаблении мышц, поднимающих нижнюю челюсть. Используют эту анестезию при наличии воспалительной контрактуры нижней челюсти (в сроки до 10 дней после ее развития). При появлении органических изменений в мышцах добиться открывания рта блокадой нервов не удается.

По П. М. Егорову. Анестезия позволяет блокировать не только жевательный нерв, но и остальные двигательные ветви нижнечелюстного нерва.

Депо из раствора анестетика создается на уровне основания переднего ската суставного бугорка у наружной поверхности подвисочного гребня, что позволяет инфильтрировать клетчатку крыловидно-височного, крыловидно-нижнечелюстного пространств и подвисочной ямки. Именно там залегают двигательные ветви.

Врач располагается справа от больного. Фиксирует ногтевую фалангу I пальца левой руки на наружной поверхности головки нижней челюсти и суставного бугорка. Больного просят открыть и закрыть рот, сместить нижнюю челюсть в сторону. Таким образом врач определяет место вкола иглы, которое должно находиться на 0,5—1 см кпереди от суставного бугорка под нижним краем скуловой дуги. Обработав кожу спиртом или спиртовым раствором йода, производят вкол иглы в найденную точку. Иглу продвигают под скуловой дугой несколько вверх (под углом 60—75 ° к коже) до наружной поверхности височной кости. Это расстояние фиксируют II пальцем правой руки и извлекают иглу назад на 0,5—1 см. Затем под прямым углом к поверхности кожи иглу погружают в мягкие ткани на отмеченную II пальцем глубину и вводят 2 мл раствора анестетика.

Используемые на данном занятии новые педагогические технологии: «Ручка на середине стола».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Для работы необходимо:

25. Вопросы, распечатанные на отдельных листах.
26. Чистые листы бумаги, ручки.
27. Рабочая тетрадь.

Ход работы:

89. Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы по 4 студента в каждой.
90. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку.
91. На листе пишется дата, номер, группы, факультет, ФИ студентов-участников данной подгруппы (название деловой игры).
92. Предлагается задание: ответить на один конкретный вопрос всей подгруппе.
93. Каждый студент записывает на листе свою фамилию и один вариант ответа и передает лист соседу, а свою ручку передвигает на середину стола.
94. Педагог контролирует работу группы и участие в ней каждого. Общий правильный вариант записывается в тетради.
95. Студенты, которые дали правильные варианты ответов, получают максимальный балл – 100%, от рейтинга теоретической части – 0,8 б. Студенты, занявшие 2 место – 85,9% рейтинга; занявшие 3 место – 70,9 рейтинга. На ответившие или ответившие неверно – 0 б.
96. На листе ответов преподаватель ставит балл и подпись.
97. Полученный студентами балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие.
98. В нижней свободной части журнала делается отметка о проведении данной деловой игры, староста ставит подпись.
99. Работы студентов сохраняются преподавателем.

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИГРЫ:
«РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»**

50. Анатомия III ветви тройничного нерва.
51. Местное инфильтрационное обезболивание на нижней челюсти.
52. Введение анестезирующего средства под слизистую оболочку.
53. Механизм введение анестезирующего средства под надкостницу.
54. Механизм введение анестезирующего средства в кость
55. Механизм введение анестезирующего средства в пульпу зуба.
56. Механизм введение анестезирующего средства внутрисвязочно.
57. Мандибулярная анестезия.
58. Торусальная анестезия.
59. Ментальная анестезия.

6.2. Аналитическая часть

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Ствол тройничного нерва содержит волокна:
 - Е. все перечисленные
 - Ж. чувствительные
 - З. двигательные
 - И. симпатические
 - К. парасимпатические
2. Нижняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва:
 - Е. III
 - Ж. II
 - З. I
 - И. I, II

К. I, II, III

3. При проведении мандибулярной анестезии иглу продвигают до:
- А. костного желобка
 - Б. язычка нижней челюсти
 - В. височного гребня
 - Г. возвышение нижней челюсти
 - Д. нижнечелюстное отверстие
4. Укажите зону обезболивания при проведении подбородочной анестезии:
- А. резцы, клыки, премоляры и их слизистая только с вестибулярной стороны
 - Б. резцы, клыки, премоляры с обеих сторон
 - В. резцы, клыки, премоляры и их слизистая с обеих сторон
 - Г. резцы, клыки, премоляры и их слизистая только язычной стороны
 - Д. резцы, клыки, премоляры и их слизистая с губной и щечной стороны.

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. При какой анестезии может наблюдаться парез мимических мышц:
- А. мандибулярной анестезии
 - Б. палатинальной
 - В. туберальной
 - Г. резцовой
 - Д. инфильтрационной
2. При анестезии какой нерв может быть поврежден вместе с протоком подчелюстной слюнной железы:
- А. язычный
 - Б. подъязычный
 - В. челюстно-подъязычной
 - Г. языкоглоточный
 - Д. нижний луночковый
3. Место вкола иглы при мандибулярной анестезии:
- А. на 0,75-1 см выше жевательной поверхности 3 большого коренного зуба нижней челюсти
 - Б. на уровне смыкания зубов
 - В. на 1 см ниже жевательной поверхности 3 большого коренного зуба
 - Г. на уровне выводного протока околоушной железы
 - Д. на 1,5 см выше жевательной поверхности коренного зуба
4. Место вкола игла при торусальной анестезии:
- А. на 0,5 см ниже жевательной поверхности третьего большого коренного зуба верхней челюсти
 - Б. на 1 см выше жевательной поверхности третьего большого коренного зуба
 - В. на уровне смыкания зубов
 - Г. на 1,5 см выше жевательной поверхности третьего большого коренного зуба верхней челюсти
 - Д. на уровне выводного протока околоушной слюнной железы
5. В какую область вводят анестезию при обезболивании по М.И.Вайсблату:
- А. нижнечелюстной валик
 - Б. бугор верхней челюсти
 - В. позади молярная ямка
 - Г. впереди от козелка уха на 2 см
 - Д. наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости

Ситуационные задачи:

1. Больная 47 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в области 6 зуба. Объективно 6 разрушен, окружающая слизистая гиперемирована. На рентгенограмме отмечается очаг разрежения костной ткани у верхушки медиального корня с нечеткими границами.

1. Поставьте диагноз вместе с педагогом?
2. Наметьте план лечения вместе с педагогом?
3. Под каким обезболиванием можно удалить 6 зуб?

Ответ: 1. обострение хронического гранулирующего периодонтита.

2. удаление зуба.

3. мандибулярная и местная инфильтрационная анестезия или только торусальная.

2. Больной 28 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли в области 8 зуба, плохое и болезненное открывание рта: Объективно: Отмечается припухлость лимфатических узлов подчелюстной области слева. Рот открывается на 2,0 см болезненно. На рентгенограмме 8 по методу Юсупова 8 расположен горизонтально, вокруг костный карман.

1. Поставьте диагноз вместе с педагогом?
2. Наметьте план лечения вместе с педагогом?
3. Какой метод обезболивания проводите?
4. Можно ли провести мандибулярную анестезию с помощью пальпации?

Ответ: 1. затрудненное прорезывание 8-го зуба.

2. удаление зуба.

3. мандибулярная анестезия внеротовым способом с блокадой двигательных волокон нижнечелюстного нерва по Берше или Егорову.

4. невозможно из-за затрудненного открывания рта.

Основная литература

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
2. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - Москва: Медицина, 1990.

Дополнительная литература:

1. Дэвид А. Митчелл, Анастасиос Н. Канатас. Введение в хирургию устного и челюстно-лицевого хирургов - 2015 (переведено на русский язык кафедрой). Принципы перфорациальной и челюстно-лицевой хирургии-2004.
2. Нелима Анил Малик, учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии-2008
4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». М.: «Медицина», 2000.
5. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - Хирург лучевой терапии и химиотерапии при Руководстве по хирургической стоматологии. - Москва: Медицина, 2000, стр. 1.
6. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. «Сепсис».: Медицина, 1983.
7. Вязьмитина А.В., Использование И.Т.Л. «Хирургическая стоматология»: практика. Phenix. 2006.
8. Жилонов А.А. Абдуллаев Ш.Ю. Кудратов Ш. Садыкова Х.К. «Операция лица и челюсти» Т., 2016.
9. Рабухина Н.А. «Радиодиагностические методы диагностики некоторых заболеваний челюстно-лицевой области». М.: «Медицина», 1990.
10. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. «Хирургическая стоматология». М.: «Медика», 1996.
11. Сабо Е. «Хирургия на амбулаторной зубов и полости рта». Академия наук Венгрия, Будапешт. 1977.
12. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи». М.: «Медицина», 2001.
13. Шаргородский А.Г. «Руководство по практическим занятиям по хирургической стоматологии». М.: «Медицина», 1976.
14. Письменные тексты.

Тема 7: Обезболивание нижнего альвеолярного нерва

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

33. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.
 34. Тесты 1 уровня сложности.
 35. Тесты 2 уровня сложности.
 36. Ситуационные задачи.
2. Продолжительность изучения темы - количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполнять амбулаторную карту;
- заполнять стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственности в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаиморазвивающихся в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия – строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения – организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена – санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии – стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия – понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания – организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология – обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

Из всех широко известных способов блокады нижнего луночкового нерва наиболее эффективным признан способ, который в 1973 г. был предложен австралийским стоматологом-практиком Гоу-Гейтсом (G.A.E. Gow-Gates, 1973). По оценкам различных исследователей эффективное обезболивание при применении этого метода достигается в 90-97% случаев, что заметно выше, чем при применении других способов. Настолько же хорошие результаты обезболивания обеспечиваются и при раздвоенных нижнем луночковом нерве и нижнечелюстном канале. Положительные аспирационные пробы составляют от 1,6 до 1,9% случаев, что почти в 10 раз меньше, чем при других способах анестезии. Местные постинъекционные осложнения (гематомы, затрудненное открывание рта) возникают настолько редко, что даже не оцениваются авторами в процентном отношении. Кроме того, одной инъекцией (1,8-2,2 мл) местноанестезирующего раствора при способе Гоу-Гейтса удается достичь обезболивания не только нижнего луночкового, но и язычного, челюст-но-подъязычного, ушно-височного нервов, а также (в 65-75% случаев) щечного нерва. При таких показателях клинической эффективности этот способ был принят в учебные программы 55 (из 57) стоматологических факультетов в США уже с конца 70-х годов (S.F. Malamed, 1981).

Приведенная характеристика способа свидетельствует о бесспорной целесообразности его широкого внедрения в практику отечественной стоматологии. Основными положениями техники проводниковой анестезии, следование которым обеспечивает ее высокую эффективность и безопасность, являются следующие (С.Н. Вайсблат, 1927; А.В. Вишневский, 1956):

1. Точное определение по опознавательным ориентирам целевого пункта, к которому должен быть подведен кончик иглы. Целевой пункт должен располагаться в непосредственной близости к анестезируемому нерву или нервному стволу и в одном фасциальном пространстве с ними.
2. Точное определение по опознавательным ориентирам места вкола и его доступность. Определение направления для продвижения иглы к целевому пункту и возможность придания ей необходимой ориентации.
3. Отсутствие на пути продвижения иглы от места вкола до целевого пункта костных образований (которые могут вызвать отклонение иглы), а также нервов, кровеносных сосудов или мышц (которые могут быть травмированы иглой).

В связи с этим интересно отметить, что, определяя основные положения техники проводниковой анестезии, С.Н. Вайсблат (1927) указывал на необходимость довести анестезирующий раствор до доступной части нервного ствола. Он писал: «Эти нервы доступны для нашей иглы или для выходящего из нее раствора только в следующих случаях: перед вступлением в челюсть, по выходе из челюсти и, наконец, когда вводится игла в то или другое отверстие и анестезируется ствол, лежащий в канале. При всех этих случаях мы имеем дело с тем или другим анатомическим отверстием челюсти». Вероятно, эти представления об обязательной связи целевого пункта с анатомическим отверстием обусловили то обстоятельство, что многолетние поиски исследователей и их многочисленные способы проводниковой анестезии нижнечелюстного нерва концентрировались вокруг подходов иглой к нижнечелюстному отверстию. Как мы увидим,

Гоу-Гейтс при разработке своего способа отошел от этих представлений и получил неожиданный результат (С.А. Рабинович, О.Н. Московец, 1999).

Рассмотрим технику выполнения проводниковой анестезии нижнечелюстного нерва по Гоу-Гейтсу и ее соответствие всем сформулированным основным положениям.

Целевым пунктом для проведения этой анестезии является латеральная сторона шейки мышечного отростка ветви нижней челюсти у основания шейки, непосредственно под местом прикрепления латеральной крыловидной мышцы (рис. 45).

Однако этот пункт расположен не менее чем в 10 мм от нижнечелюстного нерва, который проходит от овального отверстия до нижнечелюстного отверстия где-то посередине вырезки нижней челюсти между венечным и мышечным отростками. Расстояние между этим целевым пунктом и нижнечелюстным отверстием, где нижнечелюстной нерв входит в нижнечелюстной канал, еще больше. Кроме того, между суставным отростком и нижнечелюстным нервом располагается латеральная крыловидная мышца. Она прикрепляется к передней поверхности шейки мышечного отростка, суставной капсуле и к мышечному отростку, проходит горизонтально вперед над вырезкой нижней челюсти и заканчивается в нескольких местах: на верхнечелюстной поверхности и подвисочном гребне большого крыла клиновидной кости и на наружной поверхности латеральной пластинки крыловидного отростка той же кости. Совершенно очевидно, что введение местноанестезирующего раствора в описанном целевом пункте не создаст высокой концентрации в окрестности нижнечелюстного нерва. Более того, раствор просто не сможет достигнуть нерва.

В чем же загадка? Какое обстоятельство в технике выполнения способа Гоу-Гейтса решающим образом изменяет взаиморасположение целевого пункта и нижнечелюстного нерва?

Видимо, выявление этого обстоятельства, как любое озарение, далось провидением Божиим или знанием, доведенным до уровня чувствования. Хотя первое без второго не бывает. На разработку способа у Гоу-Гейтса ушел не один десяток лет: с 1948 до 1973 гг., да и после опубликования основных положений Гоу-Гейтс еще в течение ряда лет в соавторстве со своими коллегами уточнял отдельные положения способа.

Согласно описанию способа, перед проведением анестезии пациент должен открыть рот как можно шире. Что же при этом происходит? При небольшом открытии рта нижняя челюсть двигается вокруг фронтальной оси в нижнем этаже сустава. Суставной диск остается в суставной ямке, а нижнечелюстное отверстие перемещается книзу и кзади. Вследствие этого нижнечелюстной нерв натягивается между овальным и нижнечелюстными отверстиями. Та его часть, которая связана с нижнечелюстным отверстием, перемещается несколько ближе к височно-нижнечелюстному суставу.

На второй фазе (рис. 46), при дальнейшем открытии рта на фоне продолжающегося шарнирного движения суставных головок в нижнем этаже сустава, хрящевой диск вместе с головкой мышечного отростка скользит вперед и выходит на суставной бугорок. Мышечный отросток нижней челюсти перемещается кпереди приблизительно на 12 мм и располагается во фронтальной плоскости напротив нижнечелюстного нерва, который на второй фазе движения дополнительно натягивается, тогда как толстая короткая латеральная крыловидная мышца вся уходит вперед.

В процессе последующего (максимального) опускания челюсти движение происходит только в нижнем этаже сустава вокруг фронтальной оси. Таким образом, наиболее близкое взаимное расположение целевого пункта и нижнечелюстного нерва возникает уже на второй фазе, когда головка мышечного отростка выходит вперед на суставной бугорок. Дальнейшее открытие рта «как можно тире» не целесообразно. Процесс выхода мышечного отростка вперед хорошо определяется, при этом головка мышечного отростка пальпируется лучше, что удовлетворяет первому основному положению.

1. Место вкола, как описывал Гоу-Гейтс, находится на латеральном краю крыловидно-челюстного углубления, сразу же медиальное медиального пучка сухожилия височной мышцы. Как уточняет S.F. Malamed (1997) в своем последнем руководстве по местной анестезии, высота точки вкола устанавливается расположением кончика иглы сразу под медиально-язычным (медиально-небным) бугорком второго моляра верхней челюсти. По сравнению с традиционным способом проводниковой анестезии нижнечелюстного нерва в данном случае точка вкола находится на 1-2 см выше и медиальнее.

Крыловидно-височное (птериго-темпоральное) углубление, как правило, хорошо видно. Наш опыт также свидетельствует о том, что для эффективной и безопасной анестезии по способу Гоу-Гейтса место вкола должно располагаться в более медиальной точке углубления. Это позволяет вводить

иглу без травмирования сухожилия височной мышцы. Однако привязывать точку вкола к медиально-язычному бугорку второго моляра верхней челюсти мы считаем нецелесообразным в практической работе. Во-первых, отступление от столь точного определения точки вкола, согласно клиническим результатам нашей работы, не сказывается на показателях анестезии. Во-вторых, отказ от этого ориентира позволит легко определять место вкола у пациентов с отсутствующим вторым моляром верхней челюсти. Поэтому для выбора точки вкола достаточно пальпировать или визуально оценить несколько выступающую медиальную границу сухожилия височной мышцы и ввести иглу медиальнее этой границы.

Наибольшая сложность, по нашему мнению, возникает при ориентировании направления погружения иглы в ткани. Действительно, трудно использовать в практической работе такие пространственные образы, как «плоскость, проходящую через угол рта и межкозелковые вырезки обеих ушей» (G.A.E. Gow-Gates, 1973) или «плоскость, простирающуюся от угла рта до нижнего края козелка на стороне инъекции и параллельно углу ушной раковины по отношению к лицу» (S.F. Malamed, 1981, 1997), или направление, которое «совпадает с линией, соединяющей противоположный угол рта и межкозелковую вырезку уха на стороне анестезии» (Т. Jastak, J.A. Yagiela, D. Donaldson, 1995; S.F. Malamed, 1997). Трудность состоит прежде всего в том, что одновременно видеть все ориентиры для представления нужного пространственного образа невозможно.

Для преодоления этой сложности мы предлагаем использовать следующий мануальный прием, который представляется нам более практичным (рис. 47). Удерживая шприц в правой руке, указательный палец левой руки помещают в наружный слуховой проход или на кожу лица непосредственно впереди нижней границы козелка уха у межкозелковой вырезки. Контролируя по ощущениям указательного пальца левой руки перемещение головки мышечного отростка на суставной бугорок в процессе широкого открытия пациентом рта, определяют шейку мышечного отростка и направляют иглу в точку перед концом указательного пальца, что также будет соответствовать и направлению на козелок. Похожий прием определения направления иглы описан и в монографии Т. Jastak, J.A. Yagiela, D. Donaldson (1995).

Описанный мануальный прием не требует тщательного зрительного контроля, построения пространственных образов и успешно выполняется при наличии удовлетворительной координации движений, подобно сведению указательных пальцев двух рук при закрытых глазах.

2. Как следует из предыдущего описания, благодаря выбору точки вкола и целевого пункта, а также перемещению анатомических образований при широком открывании рта весь путь продвижения иглы лишен как мышц, так и крупных нервно-сосудистых пучков. Внутренняя верхнечелюстная артерия (единственный крупный кровеносный сосуд) остается ниже пути продвижения иглы, располагаясь в вырезке нижней челюсти (С.А. Bennett, 1984), а при широко открытом рте - прижимаясь к кости. Благодаря этим анатомическим особенностям подведение иглы к шейке мышечного отростка не сопровождается значительным травмированием тканей и не вызывает постинъекционных осложнений.

Таким образом, проведенный анализ особенностей способа местной анестезии нижнечелюстного нерва по Гоу-Гейтсу объясняет его высокую эффективность и безопасность, а также позволяет уточнить ряд положений в технике его выполнения.

Техника выполнения блокады нижнего луночкового нерва по Гоу-Гейтсу

1. Пациента располагают в горизонтальном или полугоризонтальном положении. Это положение не только удобно для проведения анестезии по способу Гоу-Гейтса, но и более физиологично для профилактики неотложных состояний у пациента вследствие возможных рефлекторных изменений тонуса кровеносных сосудов. Стоматолог располагается с правой стороны от пациента.

2. Более точное расположение стоматолога определяется тем, с какой стороны у пациента предполагается осуществить анестезию (S.F. Malamed, 1997). Если на правой стороне челюсти пациента, то стоматологу удобнее встать в положение, соответствующее положению 8 ч на циферблате, который несложно себе представить, стоя у ног пациента. При этом голову пациента надо попросить повернуть к стоматологу, чтобы хорошо видеть крыловидно-челюстное углубление на стороне инъекции в глубине открытого рта.

3. Если на левой стороне челюсти пациента, то стоматологу удобнее встать в положение, которое соответствует положению 10 ч на циферблате. При этом голову пациента надо попросить повернуть несколько от стоматолога по аналогичным соображениям.

4. При открытом рте пациента обработать слизистую в месте предполагаемого вкола в крыловидно-челюстном углублении, вначале высушив ее, а затем обезболив с помощью

аппликационного анестетика. Наносить анестетик следует точно, устранив через 2-3 мин его остатки.

5. Дополнительными приемами для снижения травматизации тканей и профилактики сосудистых реакций во время инъекции могут быть следующие. Перед прокалыванием слизистой попросите пациента сделать глубокий вдох и задержать дыхание. Задержка дыхания уменьшит количество возможных нежелательных движений пациента во время продвижения иглы к целевому пункту. Предварительная дополнительная вентиляция легких во время глубокого вдоха увеличит насыщение крови кислородом и приведет к небольшому увеличению частоты сердечных сокращений за счет кардио-респираторного рефлекса, что увеличит кровенаполнение сосудов.

6. Взяв шприц в правую руку, помещают его в угол рта, противоположный стороне инъекции, отводя слизистые ткани щеки на стороне инъекции большим пальцем левой руки, помещенным в рот (рис. 48). Просят пациента широко открыть рот, контролируя степень его открытия по выходу мышечкового отростка на суставной бугорок. Движение мышечкового отростка, как уже описывалось, прослеживают по ощущениям под указательным пальцем левой руки, помещенным перед козелком или в наружный слуховой проход. Иглу направляют в крыловидно-челюстное пространство, медиальное сухожилие височной мышцы в то место, где предварительно была проведена аппликационная анестезия. ^

7. После глубокого вдоха и задержки пациентом дыхания делают прокол слизистой и иглу продвигают медленно до ее упора в кость - латеральный отдел мышечкового отростка, за которым располагается кончик указательного пальца левой руки. Глубина продвижения иглы составляет в среднем 25 мм. Достижение кости соответствует расположению кончика иглы в целевом пункте. Если этого не произошло, то иглу медленно выводят до слизистой поверхности и повторяют ориентацию иглы и ее продвижение к целевому пункту.

8. В том случае, если целевой пункт достигнут успешно, отводят иглу на 1 мм назад и проводят аспирационную пробу. При отрицательном результате аспирационной пробы медленно вводят 1,7-1,8 мл (1 карпула) анестезирующего раствора, при этом сосредоточив свое внимание на состоянии пациента.

9. После введения анестезирующего раствора иглу медленно выводят из тканей. Пациента просят не закрывать рот в течение еще 2-3 мин для того, чтобы местноанестезирующий раствор пропитал окружающие ткани в том анатомическом расположении, которое они имеют при открытии рта. Как уже отмечалось, в большинстве случаев при этой анестезии блокируется и щечный нерв. Однако, по нашему мнению, целесообразно всегда делать дополнительно анестезию щечного нерва перед вмешательством, не причиняя беспокойства пациенту в случае недостаточного блока этого нерва.

Таким образом, приведенное описание способа местной анестезии нижнечелюстного нерва по Гоу-Гейтсу, а также разработанные мануальные приемы и дополнительные ориентиры будут, как мы надеемся, способствовать более широкому распространению в нашей стране этого эффективного и безопасного способа.

Преимущества анестезии по Гоу-Гейтсу:

- высокий процент положительных результатов (90-97%);
- способ имеет четкие вне- и внутриротовые ориентиры;
- незначительное число местных и системных осложнений.

Недостаток анестезии по Гоу-Гейтсу - более продолжительный (на 2-5 мин) период наступления эффекта.

Основная литература

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
2. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - Москва: Медицина, 1990.

Дополнительная литература:

1. Дэвид А. Митчелл, Анастасиос Н. Канатас. Введение в хирургию устного и челюстно-лицевого хирургов - 2015 (переведено на русский язык кафедрой). Принципы перфориральной и челюстно-лицевой хирургии-2004.
2. Нелима Анил Малик, учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии-2008
4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». М.: «Медицина», 2000.
5. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - Хирург лучевой терапии и химиотерапии при Руководстве по хирургической стоматологии. - Москва: Медицина, 2000, стр. 1.

6. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. «Сепсис».: Медицина, 1983.
7. Вязьмитина А.В., Использованиеевич Т.Л. «Хирургическая стоматология»: практика. Phenix. 2006.
8. Жилонов А.А. Абдуллаев Ш.Ю. Кудратов Ш. Садыкова Х.К. «Операция лица и челюсти» Т., 2016.
9. Рабухина Н.А. «Радиодиагностические методы диагностики некоторых заболеваний челюстно-лицевой области». М.: «Медицина», 1990.
10. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. «Хирургическая стоматология». М.: «Медика», 1996.
11. Сабо Е. «Хирургия на амбулаторной зубов и полости рта». Академия наук Венгрия, Будапешт. 1977.
12. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи». М.: «Медицина», 2001.
13. Шаргородский А.Г. «Руководство по практическим занятиям по хирургической стоматологии». М.: «Медицина», 1976.
14. Письменные тексты.

ТЕМА 8. Торусальная анестезия. Ментальная анестезия

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

37. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.
 38. Тесты 1 уровня сложности.
 39. Тесты 2 уровня сложности.
 40. Ситуационные задачи.
2. Продолжительность изучения темы -количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполняют амбулаторную карту;
- заполняют стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждение акционерного типа и на правах товариществе ограниченной ответственность в котрых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаиморазвивающихся в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия — строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения — организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена — санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии — стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия — понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания — организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология — обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

Туберальная анестезия

При **туберальной анестезии** блокируют верхние задние альвеолярные ветви, которые располагаются в крыловидно-небной ямке и на задненаружной поверхности бугра верхней челюсти. На 18—25 мм выше края альвеолы верхнего третьего большого коренного зуба, соответственно середине коронки его в области бугра верхней челюсти, имеется несколько отверстий. Через них верхние задние альвеолярные ветви входят в костную ткань. При **туберальной анестезии** необходимо ввести раствор анестетика соответственно расположению этих отверстий или несколько выше их.

При полуоткрытом рте больного отводят шпателем или зеркалом щеку кнаружи. Иглу располагают под углом 45° к гребню альвеолярного отростка, скос ее должен быть обращен к кости. Вкол иглы производят на уровне коронки второго большого коренного зуба или между вторым и третьим большими коренными зубами в слизистую оболочку, отступая от переходной складки на 0,5 см кнаружи (рис. 5.15, а). Иглу продвигают вверх, назад и внутрь на глубину 2,5 см, отводя шприц кнаружи, чтобы игла все время располагалась как можно ближе к кости. Это в известной мере предотвращает повреждение артерий, вен крыловидного венозного сплетения и кровоизлияние в окружающие ткани (рис. 5.15, б). После введения 2 мл обезболивающего раствора анестезия наступает через 7—10 мин. При отсутствии больших коренных зубов ориентируются по скулоальвеолярному гребню, идущему от скулового отростка верхней челюсти к наружной поверхности альвеолярного отростка, который расположен на уровне первого большого коренного зуба. Вкол иглы делают позади скулоальвеолярного гребня, что соответствует середине коронки отсутствующего второго большого коренного зуба.

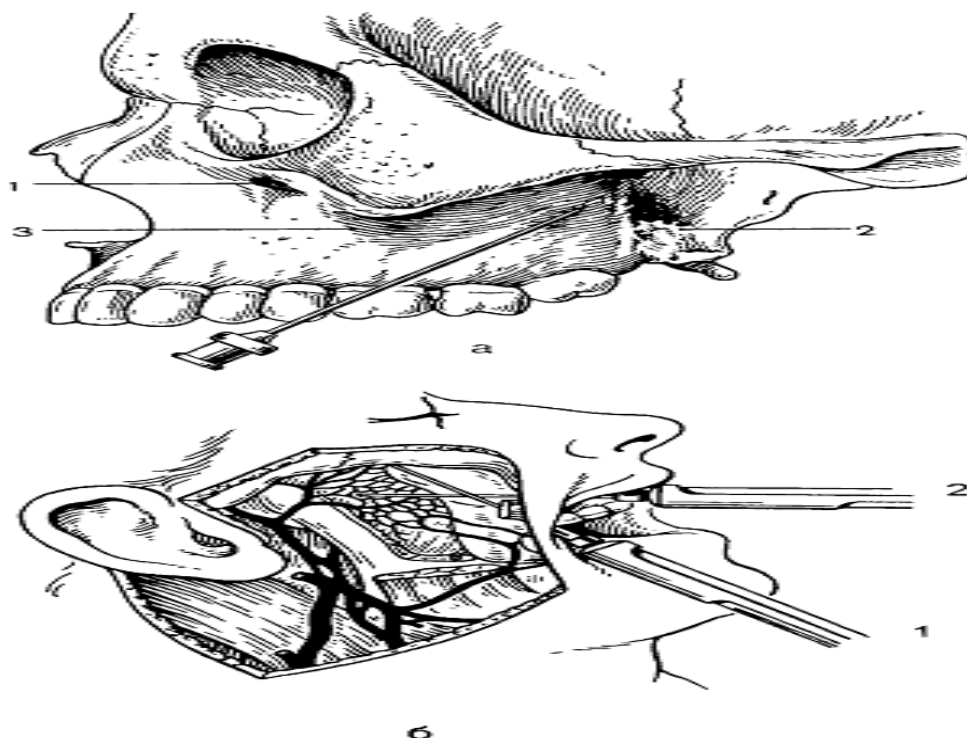


Рис. 5.15. Туберальная анестезия.

а — направление иглы при анестезии у бугра верхней челюсти: 1 — подглазничное отверстие; 2 — отверстие, через которое в кость входят верхние задние альвеолярные ветви; 3 — скулоальвеолярный гребень; б — правильное (1) и неправильное (2) положение иглы при проведении туберальной анестезии. (Возможность повреждения крыловидного венозного сплетения.)

Зона обезболивания: первый, второй, третий большие коренные зубы; надкостница альвеолярного отростка и покрывающая ее слизистая оболочка в области этих зубов с вестибулярной стороны; слизистая оболочка и костная ткань задненаружной стенки верхнечелюстной пазухи. Задняя граница зоны обезболивания постоянна. Передняя граница может проходить по середине коронки первого большого коренного зуба или доходить до середины первого малого коренного зуба. Это объясняется различной выраженностью анастомозов со средней альвеолярной ветвью, а также непостоянством отхождения ее от подглазничного нерва. Верхняя средняя альвеолярная ветвь иногда отходит от ствола верхнечелюстного нерва вместе с задними верхними альвеолярными ветвями и, следовательно, может быть выключена при туберальной анестезии. В подобных случаях наступает обезболивание и верхних малых коренных зубов. Это наблюдается и при отсутствии верхней средней альвеолярной ветви, когда премаляры иннервируются верхними задними альвеолярными ветвями. При введении большого количества анестетика он может проникнуть через нижнюю глазничную щель в нижнеглазничный желобок и также заблокировать среднюю верхнюю альвеолярную ветвь.

Осложнения. При *туберальной анестезии* возможны ранение кровеносных сосудов и кровоизлияние в окружающие ткани, в некоторых случаях — образование гематомы. При введении анестетика с адреналином в кровеносное русло возможны расстройства сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Для профилактики осложнений необходимы соблюдение техники анестезии, постоянное впрыскивание анестетика при введении иглы в глубь тканей, что способствует отодвиганию кровеносных сосудов. В случае ранения сосудов и возникновения кровотечения следует прижать кровоточащую точку, а для профилактики образования гематомы — наложить давящую повязку на щечную область (верхнезадний отдел се) на несколько часов. Для предупреждения введения анестетика в кровеносное русло перед впрыскиванием раствора надо потянуть поршень на себя и убедиться в отсутствии крови в шприце; при поступлении ее необходимо изменить положение иглы и только после этого вводить анестетик.

+Внеротовой метод туберальной анестезии по Егорову. Вкол иглы делают в кожу лица, на уровне передненижнего угла скуловой кости. Глубина погружения иглы равна величине от передненижнего угла скуловой кости до нижненаружного угла глазницы. Это расстояние можно измерить линейкой. Игла должна быть расположена под углом 45° к срединной сагиттальной плоскости и под углом 90° — к франкфуртской горизонтали. Иглу продвигают вверх и внутрь. Она проходит через подкожно жировую клетчатку и жировое тело щеки к подвисочной

поверхности верхней челюсти. На обозначенной глубине вводят 2—5 мл анестетика. Таким образом, жевательные мышцы, крыловидное венозное сплетение не попадают в зону прохождения иглы. **Внеротовой метод туберальной анестезии по Вайсблату.** Для проведения анестезии слева голову больного поворачивают вправо и наоборот. Большим пальцем левой руки фиксируют переднюю поверхность скулоальвеолярного гребня, а указательный палец располагают на его задней поверхности. Мягкие ткани несколько оттесняют книзу и прижимают их к верхней челюсти позади скулоальвеолярного гребня. Вкол иглы делают под нижний край скуловой кости между пальцами. Иглу продвигают до задней поверхности скулоальвеолярного гребня, затем проводят вверх, внутрь и назад на глубину 2,0—2,5 мм. Для проведения анестезии справа указательным пальцем левой кисти фиксируют переднюю поверхность скулоальвеолярного гребня, а большой палец располагают в углу, образованном нижним краем скуловой кости и скулоальвеолярным гребнем. Далее — по методике для левой стороны.

Основная литература

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
2. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - Москва: Медицина, 1990.

Дополнительная литература:

1. Дэвид А. Митчелл, Анастасиос Н. Канатас. Введение в хирургию устного и челюстно-лицевого хирургов - 2015 (переведено на русский язык кафедрой). Принципы перфориральной и челюстно-лицевой хирургии-2004.
2. Нелима Анил Малик, учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии-2008
4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». М.: «Медицина», 2000.
5. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - Хирург лучевой терапии и химиотерапии при Руководстве по хирургической стоматологии. - Москва: Медицина, 2000, стр. 1.
6. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. «Сепсис».: Медицина, 1983.
7. Вязьмитина А.В., Использованиеевич Т.Л. «Хирургическая стоматология»: практика. Phenix. 2006.
8. Жилонов А.А. Абдуллаев Ш.Ю. Кудратов Ш. Садыкова Х.К. «Операция лица и челюсти» Т., 2016.
9. Рабухина Н.А. «Радиодиагностические методы диагностики некоторых заболеваний челюстно-лицевой области». М.: «Медицина», 1990.
10. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. «Хирургическая стоматология». М.: «Медика», 1996.
11. Сабо Е. «Хирургия на амбулаторной зубов и полости рта». Академия наук Венгрия, Будапешт. 1977.
12. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи». М.: «Медицина», 2001.
13. Шаргородский А.Г. «Руководство по практическим занятиям по хирургической стоматологии». М.: «Медицина», 1976.
14. Письменные тексты.

ТЕМА 9. Препараты удлиняющие действие анестетиков

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

41. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.
42. Тесты 1 уровня сложности.
43. Тесты 2 уровня сложности.
44. Ситуационные задачи.

2. Продолжительность изучения темы - количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполнять амбулаторную карту;
- заполнять стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственности в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаиморазвивающихся в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия – строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения – организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена – санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии – стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия – понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания – организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология – обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

К неинъекционным методам следует отнести аппликации и смазывание слизистой оболочки различными химическими веществами, а также опрыскивание хлорэтилом с целью замораживания слизистой оболочки и кожи. Аппликационное обезболивание впервые применил петербургский ученый В.К.Анреп, который в 1879 году доказал обезболивающее действие кокаина на слизистую оболочку полости рта. В настоящее время для аппликации применяется обычно не одно а несколько анестезирующих средств одновременно, так как при этом достигается более глубокий и продолжительный анальгезирующий эффект. К числу таких смесей можно отнести следующие:

1. дикаин 1гр+анестезин 1гр+спирт этиловый 85% - 10гр+эфир для наркоза – 10мл.
2. смесь И.А.Бормана 1950г. – дикаин 0.5гр+спирт этиловый 30% - 10гр.
3. смесь П.К.Гузенко – анестезин 2гр+персиковое масло 8гр.
4. пиромикаиновые мази.
5. 10% аэрозоль лидокаина.

Для применения у взрослых раствор дикаина не должен превышать 3%, а у детей 2%, раствор кокаина не должен превышать концентрацию 5 и 3%.

Для аппликационной анестезии слизистой оболочки полости рта можно использовать и зарубежные анестетики: анеститебс, анестогель(фирма Воко, Германия), топигель (фирма Пример, США), ксилогель, ксилоногель, ксилоноспрей и др. Многие из них имеют бактерицидную субстанцию, обеспечивающую дезинфицирующее действие вместе предстоящей операции, приятные на вкус.

Через неповрежденные кожные покровы проникает поверхностный анестетик EMLA (фирма Асторе, Швеция), смесь лидокаина с прилокаином выпускаемого в виде крема и наклейки, обеспечивает эффективную анестезию перед проведением инъекции или хирургической операции у детей и взрослых.

Показания к применению аппликационного обезболивания:

9. необходимость обезболивания слизистой оболочки рта или носа вместе предстоящей инъекции анестезирующих растворов, особенно у неврастеничных взрослых людей, а также у детей.
10. удаление поверхностно расположенных новообразований слизистой оболочки – папиллом, фибром.
11. удаление значительно подвижных зубов (при парадонтозе 3 степени).
12. удаление молочных зубов у детей.
13. назубное шинирование при переломах челюстей.
14. проведение биопсии слизистой оболочки.
15. иссечение капюшона над зубами мудрости в случаях затрудненного прорезывания.
16. наличие резкой болезненности слизистой оболочки при воспалительных процессах полости рта при ожогах её рентгеновскими лучами.

Показанием к применению хлорэтилового замораживания служат поверхностные разрезы тканей по поводу поверхностно расположенных абсцессов. При этом хирург должен учитывать, что срок действия хлорэтилового обезболивания очень непродолжителен (20-40сек).

МЕСТНОЕ ИНЪЕКЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ. ОБЕЗБОЛИВАЮЩИЕ ВЕЩЕСТВА.

В хирургической стоматологии применяют главным образом растворы новокаина 0,25-0,5-1-2% концентрации. В амбулаторной практике используется чаще всего 1-2% растворы, а в стационарах 0,25-0,5% растворы. Для усиления и prolongации времени действия новокаина к 5-10мл его раствора добавляют 1 каплю р-ра адреналина гидрохлорида (1/1000). В западной Европе новокаин запрещен для применения в амбулаторной стоматологической практике, из-за низкой эффективности и частых аллергических осложнений; используется лидокаин, мепивакаин, артикаин и т.д. В частности ультракаин (артикаин), в Германии применяется 65-90% больных стоматологического профиля (R.Rahn, 1996: А.И. Шугайлов, 1996г). В странах бывшего СССР применяют анестезирующий препарат тримекаин (мезокаин, который эффективней новокаина при клиническом применении в челюстно – лицевой хирургии. Вызванная тримекаином анестезия наступает в 2 - 3 раза быстрее и удерживается в 2 – 3 раза дольше, чем после инъекции новокаина.

Наряду с новокаином и тримекаином в стоматологической практике применяют лидокаин, картикаин и др. новейшие анестезирующие препараты (ультракаин – форте, септонест и др.). Как указывает П.Ю.Сталяренко (1997), при удалении одного или нескольких зубов показано применение ультракаина (артикаина) D – C, а при более продолжительных вмешательствах (резекция верхушки корня, атипичное удаление зуба, гайморотомия и т.д.) – ультракаина D – C – форте, низкая токсичность которого в сравнении с лидокаином позволяет применять его 4% раствор даже у детей, беременных и пожилых пациентов. У больных с аллергологическим анамнезом анестетиком резерва считается ультракаин, т.к. аллергия к нему встречается в 0.00000012% случаев. Однако, нужно помнить и о противопоказаниях к введению ультракаина (пароксизмальной тахикардии, тахиаритмии).

Местное инфильтрационное обезболивание. Принято считать что приоритет открытия местной инфильтрационной анестезии принадлежит Reclus (1889) И Scheleich (1891) предложившим применять раствор кокаина в очень небольшой концентрации – от 0.5 до 0.1%. Однако доказано что В.А.Орлов на 2 года раньше (1887) применил этот вид анестезии.

Методика инфильтрационной анестезии в ЧЛЮ существенно не отличается от применения и в других областях. Следует лишь помнить о наличии обильной сети мелких и крупных кровеносных сосудов в ЧЛЮ, поэтому одновременно с продвижением иглы производят и выпускание новокаинового раствора.

Показанием к применению инфильтрационной анестезии служит любое оперативное вмешательство на мягких тканях дна полости рта, языка, слюнных желез, губах, щеках, подбородке, шее. При виде обезболивания нужно удалять некоторые зубы, лунки которых благодаря своей небольшой толщине и прочности проницаемы для анестезирующих веществ, введенных в покрывающие их мягкие ткани. К таким зубам относятся резцы, клыки, малые коренные зубы.

Недостатки инфильтрационной анестезии.

1. при инфильтрации тканей раствором нарушается форма тканевых образований – это имеет отрицательное значение в процессе производства тонких пластических операций на лице, когда хирургу необходимо хорошо ориентироваться в соотношениях перемещаемых кожных и мышечных лоскутов.
2. пропитывание новокаином воспаленных инфильтрированных тканей не вызывает достаточного обезболивающего эффекта.

Метод ползучего инфильтрата по А.В.Вишневскому.

Предложенный А.В.Вишневским метод тугого ползучего инфильтрирования тканей слабым (0.25%) раствором новокаина является разновидностью инфильтрационной анестезии. Он соединяет в себе все положительные свойства инфильтрационной и проводниковой анестезии.

1. при этом способе местно анестезирующий препарат быстро воздействует на нервные окончания и на нервные стволы, без выжидания.
2. послойная анестезия не требует никаких точных анатомических ориентиров для отыскания места расположения нервных стволов, то есть производится на глаз из малейшего участка обнаженной поверхности следующего слоя.
3. тугой ползучий инфильтрат, обладая функциями гидравлической препаровки тканей, значительно облегчает распрепаровку их хирургом.

Инфильтрационная анестезия безыгольным струйным способом. Этот метод в нашей стране стал успешно применяться в стоматологической практике после того, когда в 1977 – стал выпускаться отечественной промышленностью специальный иньектор, предназначенный для применения в полости рта (БИ – 8). Особенно широко он применяется в детской стоматологической практике. Как указывает О.Ф.Конобевцев (1979), местный анестетик, введенный безыгольным иньектором, проникая через слизистую оболочку полости рта доходит до надкостницы инфильтрирует её, но в костное вещество проникает (под влиянием кинетической энергии струи) только через мельчайшие костные каналы – места входа сосудов и нервов.

Показания.

1. удаление зубов нижней челюсти.
2. цистотомия, цистозэктомия, резекция верхушки корня, первичная хирургическая обработка ран.
3. лечение альвеолитов.

Осложнения: (Б.А.Азрельян) 1983

1. образование гематом (0.7%)
2. разрывы слизистой оболочки полости рта (0.4%)

ПРОВОДНИКОВОЕ ИНЪЕКЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ.

Открытие термина проводниковое обезболивание в эксперименте принадлежит русскому хирургу Н.В.Маклакову, который в своей монографии «Об употреблении в оперативной медицине паров серного эфира» (1847) писал: «Обнажите у здорового животного нерв и приведите его в соприкосновение с эфиром, животное в течение 0.5 мин будет обнаруживать от этого боль и производить органом усиленное движение. Через 1.5 – 2 мин. пробуя раздражать нерв в точках соприкосновения его с эфиром, вы уже заметите в нем от начала опыта, как самый нерв, так и все те части, которым он посылает ветви, представляет совершенно парализованными и после того уже ни чувствительности ни способность произвольного движения к ним не возвращается. Если вы посредством острой и тонкой иглы осторожно приподнимете и разорвете наружную неврилематическую покрывку нерва и потом уже приведете его в соприкосновение с эфиром, парализация подлежащих частей произойдет несравненно быстрее».

Спустя 37 лет, в 1884г В.К.Анреп вводил раствор кокаина по ходу межреберных нервов при межреберных невралгиях и тем самым положил начало клиническому применению проводниковой анестезии.

Вопреки этим неоспоримым фактом зарубежные авторы необоснованно приписывают честь открытия проводниковой анестезии Halstedt, который лишь в 1885г произвел удаление зуба, орошая область отверстия нижней челюсти раствором кокаина. Halstedt принадлежит лишь приоритет использования принципа проводникового обезболивания применительно к нижнее челюстному нерву.

Осуществление проводниковой анестезии требует от врача знания топографической анатомии ЧЛО особенно расположения нервов и крупных кровеносных сосудов.

Различают периферическую и центральную (стволовую) проводниковую анестезию ветвей тройничного нерва.

В зависимости от того, к какому отверстию костей лица подводится местноанестезирующие средства и на какое разветвление тройничного нерва она действует при этом, различают следующие виды периферической анестезии: мандибулярная (у отверстия нижней челюсти), ментальная (у подбородочного отверстия), инфраорбитальная (у подглазничного отверстия), инцизивная (у резцового отверстия), палатинальная (у большого и малых небных отверстий), туберальная (у отверстия бугра верхней челюсти).

К почти всем указанным отверстиям анестезирующий раствор можно подводить двумя путями: внутриротовым и внеротовым; поэтому принято различать внутриротовые и внеротовые способы регионарного и инфильтрационного обезболивания:

Внеротовые способы обезболивания имеют ряд преимуществ перед внутриротовыми:

1. отсутствие риска заноса инфекции со слизистой оболочки полости рта вглубь мягких тканей;
2. возможность достичь обезболивания и в тех случаях, когда рот не открывается из-за тризма, внесуставной рубцовой контрактуры или анкилоза.
3. возможность избежать уколов иглой в тех местах полости рта которые поражены воспалительными или злокачественными процессами.

Указанные преимущества внеротовых инъекций распространяются и на стволовые способы проводникового обезболивания, при которых обезболивающий раствор подводится к месту выхода нервных стволов тройничного нерва непосредственно из полости черепа (круглое отверстие, овальное отверстие).

Обезболив вторую ветвь тройничного нерва у круглого отверстия хирург может произвести крупные оперативные вмешательства на верхней челюсти, а вызвав анестезию всей 3 ветви у овального отверстия обширные операции на нижней челюсти.

Применение обезболивания внеротовым доступом показано главным образом при:

1. операциях, требующих обезболивания проксимальных отделов нерва на основании черепа.
2. травмах, контрактурах и анкилозах нижней челюсти.
3. операциях на поверхности лица и шеи.

Положительными качествами проводниковых (периферических и суббазальных) анестезией являются, кроме вышеперечисленных, следующие:

1. возможность ограничиться всего лишь одним – двумя уколами.
2. отсутствие деформации мягких тканей в месте предстоящей операции.
3. не большое количество вводимого местноанестезирующего раствора и следовательно незначительность риска интоксикации больного местноанестезирующим средством.
4. более длительный срок анальгезии чем при инфильтрационном методе обезболивания.
5. снижение активности слюноотделения.
6. регионарное обескровливание и др.

Используя способ химической перегрузки периферических нервов или центральных стволов при помощи проводникового обезболивания врач может применять его не только при операциях на зубах, челюстях и в околочелюстных тканях, но и в целях топической диагностики невралгии тройничного нерва, спиртоновокаиновой блокады его отдельных разветвлений при невралгиях и челюстно – лицевых повреждениях, особенно огнестрельных.

В хирургической стоматологии, особенно в челюстно – лицевых стационарах, следует особенно широко применять комплекс лечебно – охранительных мероприятий, а прежде всего предоперационную седативную подготовку больного к операции под местным обезболиванием, потенцировании наркоза. Особенно необходима седативная подготовка к операции в целях потенцирования местной анестезии, широко применяемой челюстно – лицевыми хирургами и стоматологами.

По данным Т.А.Богородской (1970), местная не потенцированная анестезия при амбулаторных стоматологических операциях не может считаться удовлетворительной лишь 20% не испытывают боли при инъекциях, только 25% больных не испытывает боли при амбулаторной операции, у 65% пациентов наблюдается выраженное психоэмоциональное напряжение, страх перед инъекцией и операцией. Это вызывает у них тахикардию, повышение уровня сахара в крови, гипертонию и т.д.

Премедикация по Т.А.Богородский.

Проводится за 40мин до операции путем назначения больным от 1.5 до 3мг галоперидола. Галоперидол противопоказано применять при органических поражениях ЦНС, истерии, нарушениях экстрапирамидальных путей.

Премедикация по схемам А.В.Лепилина.

Предусмотрена для страдающих гипертонической болезнью:

- 1) при умеренной степени гипертонической болезни на фоне психоэмоционального напряжения – седуксен перорально из расчета 0.3мг на 1кг массы.
- 2) При выраженных психоэмоциональных реакциях седуксен в/в из расчета 0.3мг на 1кг массы тела.

Основная литература

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
2. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - Москва: Медицина, 1990.

Дополнительная литература:

1. Дэвид А. Митчелл, Анастасиос Н. Канатас. Введение в хирургию устного и челюстно-лицевого хирургов - 2015 (переведено на русский язык кафедрой). Принципы перфорационной и челюстно-лицевой хирургии-2004.
2. Нелима Анил Малик, учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии-2008
4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». М.: «Медицина», 2000.
5. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - Хирург лучевой терапии и химиотерапии при Руководстве по хирургической стоматологии. - Москва: Медицина, 2000, стр. 1.
6. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. «Сепсис». : Медицина, 1983.
7. Вязьмитина А.В., Использованиеевич Т.Л. «Хирургическая стоматология»: практика. Phenix. 2006.

8. Жилонов А.А. Абдуллаев Ш.Ю. Кудратов Ш. Садыкова Х.К. «Операция лица и челюсти» Т., 2016.
9. Рабухина Н.А. «Радиодиагностические методы диагностики некоторых заболеваний челюстно-лицевой области». М.: «Медицина», 1990.
10. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. «Хирургическая стоматология». М.: «Медика», 1996.
11. Сабо Е. «Хирургия на амбулаторной зубов и полости рта». Академия наук Венгрия, Будапешт. 1977.
12. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи». М.: «Медицина», 2001.
13. Шаргородский А.Г. «Руководство по практическим занятиям по хирургической стоматологии». М.: «Медицина», 1976.
14. Письменные тексты.

ТЕМА 10. общее обезболивание, наркоз.виды. Показания и противопоказания к проведение наркоза при амбулаторном и стационарном условии.

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

45. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.
 46. Тесты 1 уровня сложности.
 47. Тесты 2 уровня сложности.
 48. Ситуационные задачи.
2. Продолжительность изучения темы -количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполнять амбулаторную карту;
- заполнять стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственность в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаиморазвивающихся в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия — строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения — организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена — санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии — стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия — понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания — организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология — обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

НАРКОЗ: Бывает ингаляционный и неингаляционный.

ИНГАЛЯЦИОННЫЙ: проводят жидкими (парообразными) анестетиками или наркотическими газами. В его основе лежит введение в организм анестетика в виде пара или газа через дыхательные пути, с последующей диффузией их из альвеол в кровь. Для проведения ингаляционного наркоза необходимы три условия: обеспечение во вдыхаемой смеси соответствующей концентрации анестетика, достаточное количество кислорода в ней и адекватное выделение углекислоты из легких. Ингаляционный наркоз проводят с помощью ротоносовой или носовой (масочный наркоз), назофарингеальной трубки (назофарингеальный), эндотрахеальной трубки (эндотрахеальный или интубационный наркоз).

Показания:

1. Аллергическая реакция на введение местного анестетика.
2. Повышенная чувствительность к местному анестетику.
3. Неэффективность или невозможность местного обезболивания.
4. Неуравновешенность (лабильность) психики больного.
5. Неполноценность психики больного.
6. Травматичность вмешательства.
7. Оперативные вмешательства у детей.

Основные противопоказания: острые заболевания паренхиматозных органов, сердечно-сосудистая недостаточность в стадии декомпенсации, инфаркт миокарда и постинфарктный период до 6 месяцев, постинфарктный синдром, выраженная анемия, тяжелая форма бронхиальной астмы, острое алкогольное или наркотическое опьянение, заболевания надпочечников, длительный прием глюкокортикоидных препаратов, острые воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, пневмония, выраженный токсикоз, сахарный некомпенсированный диабет, частые приступы эпилепсии, полный желудок.

Основные ингаляционные средства, применяемые для наркоза:

Фторотан, закись азота, пентран, циклопропан, трихлорэтилен.

Также в ингаляционном наркозе используют: этиловый или диэтиловый спирт, хлороформ, хлорэтил.

НЕИНГАЛЯЦИОННЫЙ. К этому методу обезболивания относятся: внутривенный, внутримышечный, прямокишечный, электрообезболивание. Для неингаляционного наркоза используют барбитуратовые и небарбитуратовые средства. Неингаляционный наркоз может быть однокомпонентным (моонаркоз) или многокомпонентным (комбинированным). Неингаляционный наркоз имеет ряд преимуществ перед ингаляционным:

1. Не вызывает мультифокальной депрессии ЦНС.
2. Сохраняет стабильность гемодинамики.
3. Не подавляет механизмы, регулирующие гомеостаз.
4. Более управляемый, чем ингаляционный наркоз.
5. Более прост и нетоксичен.

Основные неингаляционные средства, применяемые для наркоза.

Гексенал, тиопентал натрия, сомбревин, гипномидат, оксибутират натрия (ГОМК), кетамин

Так же при неингаляционном наркозе используют: предийон для инъекций, байтинал, виадрил и др.

НЕЙРОЛЕПТАНАЛЬГЕЗИЯ (НЛА).

Под НЛА понимается метод общей анестезии, при которой с помощью фармакологических средств, нейролептика и анальгетика, достигается состояние нейролепсии и центральной анальгезии с возможностью дифференцированного управления ими, дополняя небольшими дозами наркотических средств, выключающих сознание и адекватную защиту организма от операционной травмы.

Наиболее часто применяемым для НЛА препаратами являются дегидробензперидол (дропериодол) и фентанил. Сочетание этих препаратов получило коммерческое название "таламонал" (в 1 мл таламонала содержится 2,5 мг дроперидола и 0.05 мг фентанила).

Основные лекарственные средства, применяемые при нейролептанальгезии.

Дропериодол, фентанил.

АТРАЛГЕЗИЯ.

Разновидность нейролептанальгезии, в основе которой лежит достижение состояния атараксии и выраженной анальгезии с помощью седативных (атарктики) и анальгетических (анальгетики) средств. Существует много способов проведения атаралгезии, в том числе и в сочетании с местной анестезией на фоне спонтанного дыхания. Эта методика в условиях амбулаторного приема должна учитывать применение основных факторов обезболивания, в зависимости от этих факторов меняются виды атаралгезии:

- Анальгезия;
- Гипноз (сон);
- Вегетативная блокада;
- Торможение психического восприятия и нейроэндокринной регуляции.

Основные лекарственные средства, применяемые для атаралгезии:

Седуксен, феназепам.

Анальгетики:

Фортрал, Трамал, морадол, пальфнум, дипидолор.

ЦЕНТРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ.

При этом методе защита от операционной травмы обеспечена глубокой центральной анальгезией, достигаемой введением больших доз наркотических анальгетиков (морфин, фентанил, пентазагин). Эти препараты нарушают деятельность структур, которые отвечают за проведение болевых импульсов и формирования реакции на боль. Без наступления наркоза исчезает болевая чувствительность, исключены соматические вегетативные реакции на боль. Этот метод применяется по строгим показаниям.

АУДИОАНАСТЕЗИЯ И ГИПНОЗ.

Аудиоанастезия основана на создании в зоне звукового анализатора в коре головного мозга очага возбуждения, который вызывает разлитое торможение в других отделах мозга. Достигается это воздействие на слуховой анализатор звуковым сигналом определенного частотного диапазона.

Проведение гипнотической анальгезии в поликлинической стоматологии имеет ряд особенностей:

- ее применяют больным, у которых высок операционно-анестезиологический риск, при возбуждении, некупируемом страхе, в случае, когда аллергический анамнез препятствует введению местных анестетиков

- возможность управлять состоянием пациента во время гипноза позволяет обеспечить релаксацию и безболезненное лечение зубов.

Показания к применению гипноза:

1. Санация полости рта.
2. Подготовка зубов к протезированию.
3. Страх перед предстоящими стоматологическими вмешательствами.
4. Аллергические состояния, при которых противопоказана местная анестезия.
5. Лечение заболеваний нервно-стоматологического профиля.
6. Повышенный рвотный рефлекс при манипуляции в полости рта.

Прямых противопоказаний к применению гипноза в стоматологической практике нет. Тем не менее, лучше не подвергать гипнозу больных, страдающих шизофренией с бредовыми переживаниями гипнотического воздействия, а также пациентов, у которых возникает болезненное влечение к гипнозу. Гипноз является естественным состоянием измененного сознания, которое характеризуется повышенным уровнем внимания и способностью к использованию внушения для изменения восприятия и памяти. Одним из основных психологических принципов, позволяющих добиться эффекта гипноза, является применение закона сконцентрированного внимания. Этот закон предполагает, что когда внимание человека сконцентрировано на одной идее, то идея спонтанно реализуется. Закон доминирующего эффекта предполагает, что наиболее сильная из двух эмоций вытесняет более слабую.

Продолжительность гипнотического сеанса зависит от характера стоматологического заболевания, внушаемости и типа нервной системы пациента. Продолжительность сеанса индивидуальна, но не должна превышать 15-20 мин. Установлено, что с каждым последующим сеансом гипнабельность пациента увеличивается. Не рекомендуется при лечении больного проводить два сеанса гипноза в день.

На данном занятии используются новые педагогические технологии:

деловая игра «КРУГЛЫЙ СТОЛ»

Для работы необходимо:

1. Набор вопросов и ситуационных задач, распечатанных на отдельных листах
2. Номерки для жеребьевки по числу студентов в группе
3. Чистые листы бумаги, ручки.

Ход работы:

1. Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы.
2. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку.
3. На листе пишется дата, номер группы, факультет, Ф. И.О., студентов – участников данной подгруппы (название деловой игры).
4. Один из участников каждой из подгруппы берет из конверта вопрос или ситуационную задачу уровня сложности заданий для всех подгрупп примерно одинаков.
5. Студенты переписывают на лист своё задание.
6. По кругу пускается лист.
7. Каждый студент записывает свой вариант ответа и передает лист другому.
8. На ответ каждого студента отводится 3 минуты.
9. По истечении времени работы сдаются преподавателю.
10. Все участники обсуждают результаты, выбирают наиболее правильные ответы, за которые ставится максимальный балл.
11. На обсуждение отводится 15 минут
12. Студенты получают за ответы баллы из рейтинга теоретической части занятия
13. Полученный студентами балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие.
14. В свободной нижней части журнала делается отметка о проведении игры.
15. Работы студентов сохраняются преподавателем.

Набор вопросов для проведения деловой игры:

1. Обезболивание и его разновидности
2. Наркоз и его виды
3. Подготовка больных к наркозу в поликлиники

6 Показания к наркозу в поликлиники

7 Противопоказания к наркозу в поликлиники

8 Фармакологические вещества применяемые для наркоза в условиях поликлиники и их характеристика

Аналитическая часть

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1 Для ингаляционного наркоза используется:

- А.фторотан*
- Б. калипсол
- В. дроперидол
- Г. оксибутират натрия
- Д. кеталар

2.Для неингаляционного наркоза используется:

- А. гексенал*
- Б. эфир
- В. хлороформ
- Г. закись азота
- Д. фторотан

3.Наркоз в условиях поликлиники можно проводить:

- А.не ранее чем через 4-5 часа после еды*
- Б.не ранее чем через 2 часа после еды
- В.на сытый желудок
- Г.не ранее чем через 3 часа после еды
- Д.не ранее чем через 1 часа после еды.

4.В условиях поликлиники продолжительность посленаркозного периода составляет:

- А.20-30 минут
- Б.30-40 минут
- В.2 часа
- Г.1час-1час 30 минут *
- Д.10 минут

5.Через какой промежуток времени после еды возможно проведение наркоза:

- А.4-5 часов *
- Б.1-2 часа
- В.30-40 минут
- Г.3 часа
- Д.20-30 минут

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1.Для ингаляционного наркоза не используется:

- А.все верно*
- Б.калипсол
- В.дроперидол
- Г.оксибутират натрия
- Д.тазепам

2.Для неингаляционного наркоза не используется:

- А.все верно*
- Б.эфир
- В.хлороформ
- Г.закись азота
- Д.фторотан

3. Что не является показанием для проведения наркоза:

- А. выраженная анемия*

- Б. лабильность психики
- В. аллергия на местный анестетик
- Г. неэффективность местной анестезии
- Д. травматичность вмешательства

4. Что не является противопоказанием к наркозу:

- А. выраженная анемия
- Б. пневмония
- В. сердечно-сосудистая недостаточность в стадии декомпенсации
- Г. полный желудок
- Д. травматичность вмешательства*

5. Что не является показанием для проведения наркоза:

- А. острое алкогольное опьянение*
- Б. неэффективность местной анестезии
- В. аллергия на местный анестетик
- Г. лабильность психики
- Д. оперативные вмешательства у детей

Ситуационные задачи

В поликлинику обратился больной 20 лет после боксерской тренировки с жалобами на невозможность закрыть рот, нарушение речи, формы лица после удара. С момента травмы прошло 4 часа. При осмотре рот у больного открыт, при пальпации в пред ушной области с обеих сторон пальпируются суставные головки суставные головки нижней челюсти. Больному поставлен диагноз «Двусторонний вывих нижней челюсти». Со слов больного, у него аллергия на все виды местных анестетиков.

1. Какой вид общего обезболивания следует применить в данном случае?
2. Какие препараты используют при внутривенном наркозе?
3. Как подготовить больного к наркозу?

Ситуационная задача 2.

Больной 40 лет доставлен в стационар из психиатрического диспансера с диагнозом «Перелом тела нижней челюсти на уровне нижнего левого пятого зуба без смещения» из психиатрического диспансера. Больному решено наложить шины Тигерштедта. Попытка сделать проводниковую анестезию у больного не удалась из-за неадекватного поведения.

1. Какой вид общего обезболивания следует применить?
2. Какие препараты можно использовать для наркоза?
3. Перечислите показания для наркоза в данном случае?
4. Подготовка больного к наркозу?

Основная литература

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
2. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - Москва: Медицина, 1990.

Дополнительная литература:

1. Дэвид А. Митчелл, Анастасиос Н. Канатас. Введение в хирургию устного и челюстно-лицевого хирургов - 2015 (переведено на русский язык кафедрой). Принципы перфориаальной и челюстно-лицевой хирургии-2004.
2. Нелима Анил Малик, учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии-2008
4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». М.: «Медицина», 2000.
5. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - Хирург лучевой терапии и химиотерапии при Руководстве по хирургической стоматологии. - Москва: Медицина, 2000, стр. 1.
6. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. «Сепсис». : Медицина, 1983.
7. Вязьмитина А.В., Использованиеевич Т.Л. «Хирургическая стоматология»: практика. Phenix. 2006.
8. Жилонов А.А. Абдуллаев Ш.Ю. Кудратов Ш. Садыкова Х.К. «Операция лица и челюсти» Т., 2016.

9. Рабухина Н.А. «Радиодиагностические методы диагностики некоторых заболеваний челюстно-лицевой области». М.: «Медицина», 1990.
10. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. «Хирургическая стоматология». М.: «Медика», 1996.
11. Сабо Е. «Хирургия на амбулаторной зубов и полости рта». Академия наук Венгрия, Будапешт. 1977.
12. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи». М.: «Медицина», 2001.
13. Шаргородский А.Г. «Руководство по практическим занятиям по хирургической стоматологии». М.: «Медицина», 1976.
14. Письменные тексты.

ТЕМА 11. Эндотрахеал наркоз. Препараты, используемые при ингаляционном и неингаляционном наркозе

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

49. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.
 50. Тесты 1 уровня сложности.
 51. Тесты 2 уровня сложности.
 52. Ситуационные задачи.
2. Продолжительность изучения темы - количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполнять амбулаторную карту;
- заполнять стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственности в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаиморазвивающихся в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия — строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения — организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена — санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии — стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия — понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания — организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология — обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

Интубационный (эндотрахеальный) наркоз — это обратимое погружение пациента в состояние глубокого медикаментозного сна (отсутствие сознания, всех видов чувствительности и рефлексов) в сочетании с полным расслаблением мускулатуры и отсутствием самостоятельного дыхания. Для достижения такой глубины обезболивания необходимо несколько составляющих. Поэтому полное современное его название — комбинированный интубационный (эндотрахеальный) наркоз.

Интубационный наркоз является ведущим среди остальных видов анестезии, в некоторых случаях он является практически единственным допустимым методом или ему отдается предпочтение.

Этапы и используемые препараты.

Многокомпонентный наркоз требует строгого соблюдения этапности проведения. На протяжении всей операции и до пробуждения анестезиолог-реаниматолог внимательно следит на каждом этапе за работой сердечно-сосудистой и дыхательной систем, головного мозга. Непосредственная процедура эндотрахеальной анестезии:

- премедикация — подготовка пациента к погружению в медикаментозный сон. Профилактика расстройств сердечной деятельности в ходе обезболивания представлена введением атропина;

- преоксигенация — вдыхание кислорода через лицевую маску перед введением в наркоз.

- вводный наркоз — внутривенное введение седативных и наркотических препаратов, транквилизаторов. Это непосредственное введение пациента в наркотический сон. Отключается сознание и пациент перестает что-то чувствовать и воспринимать происходящее, а главное ощущать боль.

- введение миорелаксантов — препаратов, блокирующих нервно-мышечную передачу. За счет этого достигается полное расслабление мускулатуры, в том числе дыхательной. Это необходимо для полного расслабления пациента во время интубации трахеи и операции;

- интубация трахеи — введением специальной пластиковой трубки нужного диаметра в просвет трахею. С ее помощью осуществляется подача газовой смеси (воздух +кислород) и паров снотворного — ингаляционного анестетика. На конце трубки имеется воздушная манжета, плотно

перекрывающая вход в дыхательные пути, что предупреждает попадание в них инородных предметов (в первую очередь, рвотных масс);

- искусственная вентиляция легких – осуществление газообмена в организме за счет аппарата ИВЛ. Так как пациент находится в глубоком сне и полностью расслаблен миорелаксантами, за него дышит за аппарат.

- поддержание наркотического сна современными ингаляционными анестетиками из аппарата ИВЛ и наркотическими средствами и пр. путем внутривенного введения.

- пробуждение - постепенное возвращение к пациенту сознания и самостоятельного дыхания. Только после полной уверенности в их наличии можно удалять эндотрахеальную трубку.

Слаженная работа хирурга и анестезиолога позволяет своевременно обезболить каждый этап операции и вовремя прекратить подачу анестетиков к пациенту, если операция уже идет к завершению. Поэтому большинство пациентов вообще не помнят о том, что у них была во рту трубка.

Показания к эндотрахеальной анестезии.

Использование данного вида обезболивания построено на позициях целесообразности. Это значит, что нет смысла проводить его при небольших оперативных вмешательствах и недопустимо отказываться при объемных и продолжительных операциях.

Комбинированное эндотрахеальное обезболивание применяется при:

- операциях в традиционной абдоминальной хирургии, когда нужно абсолютное расслабление мышц брюшного пресса (вмешательства, на желудке, кишечнике, печени, желчном пузыре, поджелудочной железе, при вентральных грыжах);
- операциях в торакальной и кардиохирургии. Они требуют строжайшего контроля за состоятельностью дыхания;
- операции в лапароскопической хирургии, требующие максимального расслабления брюшной стенки, что увеличит объем живота и уменьшит внутрибрюшное давление;
- вмешательствах на головном мозге, в связи с необходимостью обеспечения адекватной оксигенации;
- любых продолжительных операциях, когда другие методы общего или регионарного обезболивания не могут обеспечить достаточной глубины анестезии.
- при операциях на шее, в том числе щитовидной железе;
- при ЛОР-операциях (вмешательствах среднем и внутреннем ухе, глотке, синусите);
- в стоматологии и пластической хирургии;
- и во всех случаях, когда операция будет проводиться в непосредственной близости от дыхательных путей. И значит обходимо будет защитить дыхательные пути от попадания в них тканей, затекания крови и др. в процессе операции;
- при неотложных и экстренных операциях, когда пациент находится без сознания. При синдроме полного желудка, если есть риск аспирации.

Важно!

- Для избежания возможных осложнений, пациент перед операцией должен пройти все необходимые обследования и консультации узких специалистов.
- Нужно пройти собеседование с врачом-анестезиологом, который разъяснит пациенту суть проводимой анестезии; поможет выбрать наиболее подходящий и безопасный вид анестезии в каждом конкретном случае; даст рекомендации по подготовке к операции под наркозом.
- Во время любой процедуры/операции под наркозом врач-анестезиолог проводит тщательный мониторинг с измерением основных параметров жизнедеятельности : артериального давления, пульса, ритма сердца, сатурации кислорода , анализ газовой смеси, которой дышит пациент и пр.
- Современная наркозная и следящая аппаратура позволяет своевременно ско

Общее обезболивание (анестезия) - состояние обратимого торможения центральной нервной системы, достигаемое фармакологическими средствами, воздействием физических или психических факторов. Оно предполагает подавление восприятия болевых раздражений, достижение нейровегетативной блокады и мышечной релаксации, выключение сознания, поддержание адекватного газообмена и кровообращения, регуляцию обменных процессов. К общему обезболиванию относят наркоз, нейролептаналгезию, атаралгезию, центральную анальгезию, аудио анестезию и гипноз.

Наркоз. Для достижения наркоза чаще используют фармакологические средства (вещества), реже - физические факторы (электронаркоз). Средства, которыми проводят наркоз, называются наркотическими (общие анестетики). Различают ингаляционный и неингаляционный наркоз.

Ингаляционный наркоз проводится жидкими (парообразными) анестетиками (диэтиловый эфир, фторотан, трихлорэтилен, пентран, хлороформ) или наркотическими газами (закись азота, циклопропан). Они поступают в организм через легкие. Ингаляционный наркоз проводят с помощью ротоносовой или носовой масок (масочный наркоз), назофарингеальной трубки (назофарингеальный), эндотрахеальной трубки, когда наркотическая смесь, минуя верхние дыхательные пути, поступает непосредственно в трахею и бронхи (эндотрахеальный, или интубационный, наркоз). Интубировать больного можно через рот или нос с помощью ларингоскопа под контролем зрения, через нос вслепую (без помощи ларингоскопа), по строгим показаниям через трахеостому. Основное преимущество ингаляционного наркоза — хорошая управляемость.

Особенности наркоза. Проводя наркоз в условиях поликлиники, следует применять общий анестетик, обеспечивающий быстрое засыпание и быстрое пробуждение больного без побочных явлений.

Показания к наркозу. Различают общие и специальные показания к наркозу. Общими показаниями, предопределяющими выбор наркоза как способа обезболивания, являются:

8. Аллергические реакции на введение местного анестетика (покраснение кожных покровов, зуд, высыпания на коже, бледность, тошнота, рвота, падение артериального давления или анафилактический шок).

9. Повышенная чувствительность к местному анестетику (непереносимость), когда введение терапевтической или более низкой дозы его сопровождается признаками интоксикации.

10. Неэффективность или невозможность местного обезболивания (рубцово-измененные ткани, анатомические изменения в силу приобретенных дефектов, наличие очагов гнойного воспаления и т. д.).

11. Неуравновешенность (лабильность) психики больного (непреодолимый страх перед предстоящим вмешательством, боязнь стоматологического кресла и инструментов).

12. Неполноценность психики больного (олигофрения, последствия перенесенного менингита и т. д.).

13. Травматичность вмешательства.

14. Оперативные вмешательства у детей

Противопоказания к наркозу. Основными противопоказаниями к наркозу в поликлинике являются: острые заболевания паренхиматозных органов, сердечно-сосудистая недостаточность в стадии декомпенсации, инфаркт миокарда и постинфарктный период до 6 мес, постинфарктный синдром, выраженная анемия, тяжелая форма бронхиальной астмы, острое алкогольное или наркотическое опьянение, заболевания надпочечников (феохромоматома и др.), длительный прием глюкокортикоидных препаратов (кортизон, гидрокортизон, преднизолон, дексаметазон и др.), острые воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, пневмония, выраженный тиреотоксикоз, некомпенсированный сахарный диабет, частые приступы эпилепсии, полный желудок.

На данном занятии используются новые педагогические технологии:
деловая игра «КРУГЫЙ СТОЛ»

Для работы необходимо:

1. Набор вопросов и ситуационных задач, распечатанных на отдельных листах
2. Номерки для жеребьевки по числу студентов в группе
3. Чистые листы бумаги, ручки.

Ход работы:

1. Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы.

2. Каждая подгруппа садиться за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку.
3. На листе пишется дата, номер группы, факультет, Ф. И.О., студентов – участников данной подгруппы (название деловой игры).
4. Один из участников каждой из подгруппы берет из конверта вопрос или ситуационную задачу уровень сложности заданий для всех подгрупп примерно одинаков.
5. Студенты переписывают на лист своё задание.
6. По кругу пускается лист.
7. Каждый студент записывает свой вариант ответа и передает лист другому.
8. На ответ каждого студента отводится 3 минуты.
9. По истечении времени работы сдаются преподавателю.
10. Все участники обсуждают результаты, выбирают наиболее правильные ответы, за которые ставится максимальный балл.
11. На обсуждение отводится 15 минут
12. Студенты получают за ответы баллы из рейтинга теоретической части занятия
13. Полученный студентами балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие.
14. В свободной нижней части журнала делается отметка о проведении игры.
15. Работы студентов сохраняются преподавателем.

Набор вопросов для проведения деловой игры:

1. Обезболивание и его разновидности
- 2 Наркоз и его виды
- 3 Подготовка больных к наркозу в поликлиники
- 6 Показания к наркозу в поликлиники
- 7 Противопоказания к наркозу в поликлиники
- 8 Фармакологические вещества применяемые для наркоза в условиях поликлиники и их характеристика

6.2. Аналитическая часть

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

- 2 Для ингаляционного наркоза используется:
А. фторотан*
Б. калипсол
В. дроперидол
Г. оксибутират натрия
Д. кеталар
2. Для неингаляционного наркоза используется:
А. гексенал*
Б. эфир
В. хлороформ
Г. закись азота
Д. фторотан
3. Наркоз в условиях поликлиники можно проводить:
А. не ранее чем через 4-5 часа после еды*
Б. не ранее чем через 2 часа после еды
В. на сытый желудок
Г. не ранее чем через 3 часа после еды
Д. не ранее чем через 1 часа после еды.
4. В условиях поликлиники продолжительность посленаркозного периода составляет:
А. 20-30 минут
Б. 30-40 минут

- В.2 часа
- Г.1 час-1 час 30 минут *
- Д.10 минут

5.Через какой промежуток времени после еды возможно проведение наркоза:

- А.4-5 часов *
- Б.1-2 часа
- В.30-40 минут
- Г.3 часа
- Д.20-30 минут

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1.Для ингаляционного наркоза не используется:

- А.все верно*
- Б.калипсол
- В.дроперидол
- Г.оксибутират натрия
- Д.тазепам

2.Для неингаляционного наркоза не используется:

- А.все верно*
- Б.эфир
- В.хлороформ
- Г.закись азота
- Д.фторотан

3. Что не является показанием для проведения наркоза:

- А. выраженная анемия*
- Б. лабильность психики
- В. аллергия на местный анестетик
- Г. неэффективность местной анестезии
- Д. травматичность вмешательства

4.Что не является противопоказанием к наркозу:

- А. выраженная анемия
- Б. пневмония
- В. сердечно-сосудистая недостаточность в стадии декомпенсации
- Г. полный желудок
- Д. травматичность вмешательства*

5. Что не является показанием для проведения наркоза:

- А. острое алкогольное опьянение*
- Б. неэффективность местной анестезии
- В. аллергия на местный анестетик
- Г. лабильность психики
- Д. оперативные вмешательства у детей

Ситуационные задачи

В поликлинику обратился больной 20 лет после боксерской тренировки с жалобами на невозможность закрыть рот, нарушение речи, формы лица после удара. С момента травмы прошло 4 часа. При осмотре рот у больного открыт, при пальпации в пред ушной области с обеих сторон пальпируются суставные головки суставные головки нижней челюсти. Больному поставлен диагноз «Двусторонний вывих нижней челюсти». Со слов больного, у него аллергия на все виды местных анестетиков.

- 1 .Какой вид общего обезболивания следует применить в данном случае?
2. Какие препараты используют при внутривенном наркозе?

3. Как подготовить больного к наркозу?

Ситуационная задача 2.

Больной 40 лет доставлен в стационар из психиатрического диспансера с диагнозом «Перелом тела нижней челюсти на уровне нижнего левого пятого зуба без смещения» из психиатрического диспансера. Больному решено наложить шины Тигерштедта. Попытка сделать проводниковую анестезию у больного не удалась из-за неадекватного поведения.

1. Какой вид общего обезболивания следует применить?
2. Какие препараты можно использовать для наркоза?
3. Перечислите показания для наркоза в данном случае?
4. Подготовка больного к наркозу?

Основная литература

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
2. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - Москва: Медицина, 1990.

Дополнительная литература:

1. Дэвид А. Митчелл, Анастасиос Н. Канатас. Введение в хирургию устного и челюстно-лицевого хирургов - 2015 (переведено на русский язык кафедрой). Принципы перфориральной и челюстно-лицевой хирургии-2004.
2. Нелима Анил Малик, учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии-2008
4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». М.: «Медицина», 2000.
5. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - Хирург лучевой терапии и химиотерапии при Руководстве по хирургической стоматологии. - Москва: Медицина, 2000, стр. 1.
6. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. «Сепсис». Медицина, 1983.
7. Вязьмитина А.В., Использованиеевич Т.Л. «Хирургическая стоматология»: практика. Phenix. 2006.
8. Жилонов А.А. Абдуллаев Ш.Ю. Кудратов Ш. Садыкова Х.К. «Операция лица и челюсти» Т., 2016.
9. Рабухина Н.А. «Радиодиагностические методы диагностики некоторых заболеваний челюстно-лицевой области». М.: «Медицина», 1990.
10. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. «Хирургическая стоматология». М.: «Медика», 1996.
11. Сабо Е. «Хирургия на амбулаторной зубов и полости рта». Академия наук Венгрия, Будапешт. 1977.
12. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи». М.: «Медицина», 2001.
13. Шаргородский А.Г. «Руководство по практическим занятиям по хирургической стоматологии». М.: «Медицина», 1976.
14. Письменные тексты.

ТЕМА 12. Местные и общие осложнения при обезболивании в стоматологии

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

53. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.
 54. Тесты 1 уровня сложности.
 55. Тесты 2 уровня сложности.
 56. Ситуационные задачи.
2. Продолжительность изучения темы - количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполнять амбулаторную карту;
- заполнять стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственности в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаиморазвивающихся в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия — строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения — организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена — санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии — стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия — понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания — организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология — обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

Местные осложнения, возникающие при местном обезболивании.

Повреждение сосудов

Возможно ранение инъекционной иглой сосудов, которые находятся по ходу ее продвижения в толще мягких тканей. Повреждение сосудов ведет к образованию гематомы, которая обычно не вызывает у больных субъективных ощущений. Наполнение гематомы происходит до тех пор, пока давление в сосуде не уравнивается с таковым в окружающих мягких тканях. Препятствовать распространению гематомы возможно за счет наложения больному давящей повязки на поврежденную область.

Размеры гематомы зависят от диаметра поврежденного сосуда, его типа (артерия или вена), эластичности сосудов, от уровня артериального или венозного давления в сосудах, состояния свертывающей системы крови, от эластичности и структуры мягких тканей, где произошло кровоизлияние (подкожная, межмышечная, межфасциальная и другие клетчаточные пространства).

Чтобы предупредить образование гематомы необходимо по ходу продвигаемой иглы предпосылать обезболивающий раствор, т.е. следует продвигать иглу за током анестетика. Это дает возможность избежать ранения сосудов, которые оттесняются под давлением жидкости в сторону от кончика инъекционной иглы.

В узких костных каналах (подглазничном, подбородочном) избежать ранения сосудов обычно трудно.

В результате повреждения сосуда анестетик попадает в ток крови, что увеличивает вероятность интоксикации организма обезболивающим раствором или вазоконстриктором, а также отмечается ослабление анестезирующего эффекта.

Лечение гематомы сводится к следующему: в первые часы больному на пораженную область назначают холод (лед), а спустя 2-3 дня - тепло (сухая повязка, полуспиртовые компрессы и т.п.) для ускорения ее рассасывания.

Вскрытие гематомы проводят только при ее нагноении или её организации (инкапсулирования).

Профилактика образования гематомы заключается в правильной методике проведения анестезии, предпосылке обезболивающего раствора по ходу продвижения иглы, конец инъекционной иглы должен быть острым (без заусениц). Если продвигая иглу вы убеждаетесь в ранении сосуда (кровь попала в шприц при оттягивании поршня назад), то следует обколоть поврежденный сосуд обезболивающим раствором, что способствует его сдавлению.

Повреждение нервов

Повреждение нервов возникает в результате несоблюдения правил анестезии, особенно в момент извлечения иглы, если кончик ее крючкообразно изогнут.

В результате ранения лицевого нерва возникает парез, который выражается в опущении угла рта и нижнего века, сглаживании носогубной борозды и невозможности закрыть глаз на соответствующей стороне. При обезболивании в области подглазничного отверстия временный парез ветвей лицевого нерва развивается в результате действия анестетика на скуловые и щечные его ветви.

Парез глазодвигательных мышц возникает в результате воздействия анестетика на глазодвигательные нервы (наблюдается при инфраорбитальной анестезии и при проведении крылонёбной анестезии нёбным путем) - наблюдается диплопия.

Ишемия кожи

Ишемия кожи наблюдается чаще при проведении инфраорбитальной анестезии из-за местного действия вазоконстрикторов. Быстрое введение анестетика и значительная инфильтрация тканей может привести к ишемии. Клинически проявляется участком резкого побледнения

(анемизации) кожи, которая имеет более низкую температуру, чем окружающие ткани. Ишемия кожи не требует какого либо лечения, так как самостоятельно проходит по мере прекращения действия сосудосуживающих препаратов. Осложнений не бывает.

Поломка инъекционной иглы

Чаще всего инъекционная игла ломается в месте ее соединения с канюлей. Не исключена также возможность поломки иглы в любом другом месте. Когда игла ломается в месте ее соединения с канюлей и остается ее часть над кожей, то удаляют последнюю за выступающий конец. Хуже обстоит дело, если игла обламывается в другом месте и обломок остается глубоко в мягких тканях.

Если произошла поломка иглы при проведении анестезии и выступающего из мягких тканей конца иглы не видно, то необходимо провести рентгенологическое исследование для того, чтобы убедиться в наличии в мягких тканях инородного тела.

Рекомендация С.Н. Вайсблата (1962) о том, что не всегда больному следует сообщать о случившейся поломке иглы считаю неправильным. По моему мнению, больные должны всегда знать о произошедшем осложнении от того врача, у которого возник этот случай.

В литературе описаны случаи поломки инъекционной иглы при проведении как внутриворотных, так и внеротовых методов обезболивания.

Бытует мнение, что отломки иглы способны мигрировать и могут быть занесены током крови в сердце или мозг. Считаю это неправильным. Во многих случаях, при проведении повторных рентгенограмм мною отмечено нахождение отломка иглы в том же самом месте, где он находился ранее (месяцы или годы спустя). Отмечено смещение отломка иглы не более, чем на 1-1.5 см от прежнего места.

Стерильный отломок иглы через 12-14 дней инкапсулируется, т.е. окружается плотной фиброзной тканью и не вызывает болезненных явлений. В том случае, если происходит инфицирование мягких тканей, то развивается гнойно-воспалительный процесс, который заканчивается абсцедированием или открывается свищ с гнойным отделяемым. При травмировании отломком иглы сосуда может возникнуть гематома, а при травмировании нервных стволов - невралгии, невриты.

Показанием для удаления сломанной инъекционной иглы, которая находится глубоко в мягких тканях являются те случаи, когда поддерживается хроническое воспаление, или при травмировании сосудов и нервов (упорные болевые ощущения, невралгии и др.). По мнению Тимофеева, настойчивые требования больного произвести удаление оставшегося инородного тела не всегда могут являться показанием к оперативному вмешательству, т.к. последнее часто бывает технически очень сложно выполнимо.

В условиях поликлиники удалить отломок иглы можно лишь в том случае, если виден ее конец. В других случаях удалять иглу необходимо только в условиях стационара, т.к. это часто может оказаться технически очень сложным.

В стационаре проводят рентгенографию интересующего нас участка челюстно-лицевой области в нескольких проекциях (как минимум в двух) для уточнения правильной локализации отломка в тканях по отношению к определенным костным фрагментам черепа.

Операцию следует проводить не ранее, чем через две недели после поломки иглы и после снятия воспалительных явлений со стороны окружающих мягких тканей. В предоперационный период больному необходимо назначить противовоспалительное лечение (антибактериальные препараты, анальгетики, снотворные, физиотерапевтические процедуры).

Для удаления иглы из крыловидно- нижнечелюстного пространства используют доступ по крыловидно- нижнечелюстной складке, из крылонёбного канала - путем проведения вскрытия верхнечелюстной полости и образования отверстия на задней ее стенке. В других случаях доступ подбирается в зависимости от конкретной локализации отломка инъекционной иглы.

Повреждение мягких тканей

Повреждение мягких тканей происходит вследствие травмирования крючком Фарабефа, пинцетом, стоматологическим зеркалом при попытке широко оттянуть угол рта. При этом наблюдается разрыв слизистой оболочки. При обнаружении ссадины ее медикаментозно обрабатывают, а при наличии раны накладывают швы.

В результате повреждения деформированной инъекционной иглой волокон медиальной крыловидной мышцы может развиться контрактура нижней челюсти. Для лечения миогенной контрактуры назначают в течение 4-5 дней физиотерапевтические и обезболивающие средства.

С целью профилактики образования рубцовой контрактуры больному показана механотерапия.

А для того, чтобы легче было убедиться в ее эффективности или же недостаточной эффективности больному предлагают составить график величины открывания рта в течение дня (измерение производят между режущими краями центральных резцов).

Профилактикой данных осложнений является строгое соблюдение правил выполнения анестезии; недопустимо использование деформированных игл.

Некроз обезболиваемых тканей

В литературе приводится достаточно наблюдений, когда вместо анестетика в мягкие ткани вводятся перекись водорода, спирт, формалин, хлористый кальций или другие протоплазматические (деструктивные) яды.

Первый клинический признак введения в мягкие ткани неанестезирующей жидкости - это резкая боль, которая появляется сразу же после введения такого раствора. В этом случае необходимо сразу прекратить инъекцию препарата и как можно быстрее выяснить название вводимой жидкости. Если случайно был введен раствор хлорида кальция, необходимо помнить, что его антидотом является 10% раствор сульфата натрия или 5% раствор гидрокарбоната натрия, которые следует ввести в количестве 3-5-10 мл в место инъекции. *При введении неизвестной в данный момент жидкости нужно окружающие место инъекции ткани инфильтрировать слабым раствором анестетика и широко (по возможности) рассечь их для обеспечения дренирования.* Можно обколоть физиологическим раствором. Возможно ошибочное введение в мягкие ткани изотонических растворов. Во всех этих случаях больному требуется срочная госпитализация и проведение вторичных профилактических мероприятий.

В ближайшие часы в месте введения несовместимой жидкости происходит нарастание отека окружающих мягких тканей с наличием очагов некроза в месте инъекции. На 2-е сутки после инъекции возможно присоединение инфекции. Поэтому с целью профилактики больному необходимо назначить антибактериальное и обезболивающее лечение, антисептические ирригации и полоскания. При присоединении микрофлоры полости рта тяжесть состояния больного значительно ухудшается - симптомы интоксикации усиливаются, гнилостный запах изо рта увеличивается, жалобы усугубляются. В дальнейшем (через 2 недели) могут образоваться секвестры. Среди профилактических мероприятий следует обратить внимание на соблюдение образцового порядка медперсоналом на рабочем месте, врачу и медицинской сестре следует быть внимательными и ответственными.

Прочие осложнения

Дерматит является довольно редким осложнением. Аллергические дерматиты возникают только у сенсibilизированных больных. Первыми признаками болезни могут быть высыпания на коже, эритема, сильный зуд и жжение. Лечение заключается в назначении гипосенсibilизирующей терапии (димедрол, диазолин, супрастин, тавегил и др.), местно используются преднизолоновая или гидрокортизоновая мази. Профилактика заключается в том, что при наличии аллергических реакций на анестетики из группы сложных эфиров используют обезболивающие средства других групп.

Наблюдаются *постинъекционные пульпиты и периодонтиты*. Чаще всего они возникают при использовании для анестезии большого количества обезболивающего раствора, что вызывает ухудшение микроциркуляции в зоне кровоснабжения зуба. Постинъекционные пульпиты и периодонтиты не требуют лечения, т.к. самостоятельно подвергаются обратному развитию.

Только в некоторых случаях можно прибегнуть к обычному лечению пульпита и периодонтита.

При *развитии гнойно-воспалительных заболеваний* на месте инъекции обезболивающего раствора лечение проводят по общепринятой методике.

На данном занятии используются новые педагогические технологии:

деловая игра «КРУГЫЙ СТОЛ»

Для работы необходимо:

1. Набор вопросов и ситуационных задач, распечатанных на отдельных листах
2. Номерки для жеребьевки по числу студентов в группе
3. Чистые листы бумаги, ручки.

Ход работы:

1. Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы.
2. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку.
3. На листе пишется дата, номер группы, факультет, Ф. И.О., студентов – участников данной подгруппы (название деловой игры).
4. Один из участников каждой из подгруппы берет из конверта вопрос или ситуационную задачу уровня сложности заданий для всех подгрупп примерно одинаков.
5. Студенты переписывают на лист своё задание.
6. По кругу пускается лист.

7. Каждый студент записывает свой вариант ответа и передает лист другому.
8. На ответ каждого студента отводится 3 минуты.
9. По истечении времени работы сдаются преподавателю.
10. Все участники обсуждают результаты, выбирают наиболее правильные ответы, за которые ставится максимальный балл.
11. На обсуждение отводится 15 минут
12. Студенты получают за ответы баллы из рейтинга теоретической части занятия
13. Полученный студентами балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие.
14. В свободной нижней части журнала делается отметка о проведении игры.
15. Работы студентов сохраняются преподавателем.

Набор вопросов для проведения деловой игры:

1. Обморок. Определение. Клиническая картина.
2. Медицинская помощь при обмороке.
3. Коллапс. Определение. Клиническая картина.
4. Медицинская помощь при коллапсе.
5. Анафилактический шок. Медицинская помощь при обмороке.
6. Медицинская помощь при анафилактическом шоке.

Аналитическая часть

Ситуационные задачи

1. Больная 36 лет, в удовлетворительном состоянии, обратилась в поликлинику с жалобами на постоянные ноющие боли в 6-м нижнем зубе справа, общую слабость.

Объективно: кожные покровы чистые, температура тела при поступлении 36,7 градусов. 6-й зуб имеет кариозное разрушение, перкуссия болезненна, при пальпации подвижность I-й степени.

Врач поставил диагноз и решил под местной анестезией провести удаление 6-го зуба. При проведении анестезии больная почувствовала головокружение, звон в ушах, тошноту. Кожные покровы стали бледные, влажные. Зрачки расширились. Пульс слабый, частый, артериальное давление низкое. Дыхание поверхностное, редкое. Наступила потеря сознания.

1. О развитии, какого общего осложнения идет речь.

2. Первая помощь.

Ответ: Обморок. Больной следует придать горизонтальное положение, обеспечить приток свежего воздуха. Дать вдыхать пары нашатырного спирта. Необходимо ввести сосудистые средства и дыхательные analeптики (кордиамин, кофеин, эфедрин) внутримышечно в терапевтических дозировках.

2. Больной 18 лет, обратился с жалобами на боли в области 5 верхнего зуба слева. При объективном осмотре выяснилось, что данный зуб подлежит удалению.

Врач провел небную анестезию слева 2% лидокаином в количестве 1 мл. У больного после проведенной манипуляции отмечаются вялость, апатия, головокружение. Кожные покровы бледные, холодные, влажные на ощупь. Пульс частый, нитевидный, плохого наполнения. Артериальное давление низкое, дыхание поверхностное. Но сознание сохранено.

1. О развитии, какого общего осложнения идет речь.

2. Первая помощь.

Ответ: коллапс. Больного необходимо перевести в горизонтальное положение или положение Тренделенбурга. Внутривенно следует ввести 20—60 мл 40 % раствора глюкозы с 2—5 мл 5 % раствора аскорбиновой кислоты, 2—3 мл кордиамина, 1—2 мл 10 % раствора кофеина. Внутримышечно можно медленно ввести 1 мл 0,1 % раствора стрихнина. Показано введение 10 % раствора хлорида кальция (10 мл). При неэффективности проводимой терапии можно ввести 0,3—0,5 мл 5 % раствора эфедрина или 1 % раствора мезатона в 20 мл 40 % раствора глюкозы.

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Какой препарат вводят для снятия возбуждения при тяжелой степени отравления новокаином:

А. 1 % 1-2 мл тиопентала натрия*

Б. 1 % димедрола 2 мл.

В. 50 % анальгин 4 мл.

Г.0. 101 % 1 мл адреналин
Д.10 % 10 мл хлорид кальция

2. Анафилактический шок развивается у лиц:

- А.перенесших аллергическую реакцию*
- Б.с сердечно-сосудистыми заболеваниями
- В.с заболеваниями ЖКТ
- Г.с заболеваниями ЦНС
- Д.с заболеваниями крови

3. Укажите дозу адреналина, используемую для пролонгирования анестезии:

- А.1:100000
- Б.1:10000
- В.1:1000
- Г.1:1000000
- Д.1:100*

4. Максимальная доза 2 % новокаина при проведении проводниковой анестезии:

- А. 30 мл*
- Б. 60мл
- В. 100мл
- Г. 40мл
- Д. 80мл

5. Максимальная доза 2 % лидокаина:

- А.50 мл*
- Б.100 мл
- В.150 мл
- Г.30 мл
- Д.75 мл

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1.При обмороке больному не следует:

- А.придавать полугоризонтальное положение*
- Б.обеспечить приток свежего воздуха
- В.вдыхать пары нашатырного спирта
- Г.обтереть полотенцем, смоченным холодной водой
- Д.вводить дыхательные analeптики

2.Для обморока не характерно:

- А. головокружение
- Б. слабость
- В. больной в сознание*
- Г. понижение АД
- Д. пульс слабый, частый

3.Для коллапса не характерно:

- А. головокружение
- Б. слабость
- В. больной без сознания*
- Г. понижение АД
- Д. пульс слабый, частый, нитевидный

4.Анафилактический шок не бывает:

- А.абдоминальный
- Б. кардиальный
- В. астмоидный

Г.церебральный
Д. сосудистый*

5.К общим осложнениям не относят:

- А. интоксикация
- Б. коллапс
- В. обморок
- Г. анафилактический шок
- Д. гематома

Основная литература

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
2. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - Москва: Медицина, 1990.

Дополнительная литература:

1. Дэвид А. Митчелл, Анастасиос Н. Канатас. Введение в хирургию устного и челюстно-лицевого хирургов - 2015 (переведено на русский язык кафедрой). Принципы перфориальной и челюстно-лицевой хирургии-2004.
2. Нелима Анил Малик, учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии-2008
4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». М.: «Медицина», 2000.
5. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - Хирург лучевой терапии и химиотерапии при Руководстве по хирургической стоматологии. - Москва: Медицина, 2000, стр. 1.
6. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. «Сепсис».: Медицина, 1983.
7. Вязьмитина А.В., Использованиеевич Т.Л. «Хирургическая стоматология»: практика. Phenix. 2006.
8. Жилонов А.А. Абдуллаев Ш.Ю. Кудратов Ш. Садыкова Х.К. «Операция лица и челюсти» Т., 2016.
9. Рабухина Н.А. «Радиодиагностические методы диагностики некоторых заболеваний челюстно-лицевой области». М.: «Медицина», 1990.
10. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. «Хирургическая стоматология». М.: «Медика», 1996.
11. Сабо Е. «Хирургия на амбулаторной зубов и полости рта». Академия наук Венгрия, Будапешт. 1977.
12. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи». М.: «Медицина», 2001.
13. Шаргородский А.Г. «Руководство по практическим занятиям по хирургической стоматологии». М.: «Медицина», 1976.
14. Письменные тексты.

ТЕМА 13. Клинические признаки анафилактического шока.

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

57. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.
 58. Тесты 1 уровня сложности.
 59. Тесты 2 уровня сложности.
 60. Ситуационные задачи.
2. Продолжительность изучения темы -количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;

- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполнять амбулаторную карту;
- заполнять стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственности в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаиморазвивающихся в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия — строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения — организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена — санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии — стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия — понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания — организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология — обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

Анафилактический шок (от [др.-греч.](#) ἀνά- «против-» и φύλαξις «защита») — [аллергическая](#) реакция немедленного типа^[1], состояние резко повышенной чувствительности организма, развивающееся при повторном введении [аллергена](#). Анафилактический шок является

крайне тяжёлым видом развития анафилаксии^{[2][3]}. Анафилактический шок не следует путать с [анафилактоидным шоком](#), одним из проявлений [анафилактоидных реакций](#)^[4]. Одно из наиболее опасных осложнений [лекарственной аллергии](#), заканчивающееся примерно в 10—20 % случаев летально.^[5]

Распространённость случаев анафилактического шока: 5 случаев на 100 000 человек в год. Рост количества случаев анафилаксии увеличился с 20:100 000 в 1980 годах до 50:100 000 в 1990 годах.^[6] Такой рост объясняется увеличением числа случаев пищевой аллергии.^[7] Анафилаксии больше подвержены женщины и молодые мужчины^{[6][8]}.

Скорость возникновения анафилактического шока — от нескольких секунд или минут до 5 часов от начала контакта с [аллергеном](#). В развитии анафилактической реакции у больных с высокой степенью [сенситизации](#) ни доза, ни способ введения аллергена не играют решающей роли. Однако большая доза препарата увеличивает тяжесть и длительность течения шока. Термин был одновременно введен российско-французским иммунологом [Александром Михайловичем Безредкой](#)^[9] и французским физиологом [Шарлем Рише](#)^[10], который в 1913 году за исследование анафилаксии получил [Нобелевскую премию по физиологии и медицине](#)^{[11][12]}.



Причины анафилактического шока

Первопричиной анафилактического шока было проникновение яда в организм человека, например, при укусе змеи. В последние годы анафилактический шок стал часто наблюдаться при терапевтическом и диагностическом вмешательствах — применении лекарств ([пенициллина](#) и его аналогов, [стрептомицина](#), [витамина В1](#), [диклофенака](#), [амидопирина](#), [анальгина](#), [новокаина](#)), иммунных сывороток, йодсодержащих рентгеноконтрастных веществ, при накожном тестировании и проведении гипосенсибилизирующей терапии с помощью аллергенов, при ошибках [переливания крови](#), кровезаменителей и др.

Яды [Яд](#) жалящих или кусающих насекомых, например из отряда [перепончатокрылые](#) (осы или пчелы) или [триатомовых клопов](#), могут стать причиной анафилактического шока у восприимчивых людей.^{[6][13]} [Симптомы](#), описанные в данной статье, проявляющиеся в любом месте, кроме места укуса, могут быть отнесены к факторам риска.^{[14][15]} Однако примерно в половине [летальных исходов](#) у людей не было замечено описанных симптомов.^[16]

Пища Многие продукты питания могут вызвать анафилактический шок. Это может случиться непосредственно после первого приема аллергена с едой.^[17] В зависимости от географического положения в списке аллергенов могут преобладать те или иные продукты питания. В западных культурах это могут быть арахис, пшеница, орехи, некоторые морепродукты (например, моллюски), молоко или яйца^{[18][6]}. На Ближнем Востоке это могут быть семена кунжута, а в Азии примером может служить [нут](#)^[18]. Тяжёлые случаи вызываются употреблением аллергена внутрь, однако часто реакция возникает при контакте с аллергеном.^[8] У детей аллергия может пройти с возрастом. К возрасту 16 лет 80 % детей с непереносимостью к молоку и яйцам могут употреблять эти продукты без последствий. Для арахиса этот показатель составляет 20 %.^[19]

Факторы риска

Люди с такими заболеваниями, как [астма](#), [экзема](#), [аллергический ринит](#) имеют повышенный риск развития анафилактического шока, вызванного пищей, [латексом](#), [контрастным веществам](#), но не медикаментами или укусами насекомых. Одно из исследований показало, что 60 % из тех, у кого в историях болезни были атопические заболевания и тех, кто [умер](#) от анафилактического шока, имели также и астму. Те, у кого есть [мастоцитоз](#), находятся в зоне повышенного риска. Чем больше прошло времени с момента последнего контакта с аллергеном, тем меньше риск возникновения анафилактического шока.

Патогенез^{[[править](#) | [править код](#)]}

В основе [патогенеза](#) лежит реакция [гиперчувствительности немедленного типа](#)^[en].

Общий и наиболее существенный признак шока — остро наступающее уменьшение кровотока с нарушением периферического, а затем и центрального кровообращения под влиянием [гистамина](#) и других медиаторов, обильно секретируемых клетками. Кожные покровы становятся холодными, влажными и цианотичными. В связи с уменьшением кровотока в головном мозге и других органах появляются беспокойство, затемнение сознания, одышка, нарушается мочеотделение.

Симптомы анафилактического шока

Анафилактический шок обычно проявляется различными симптомами в течение нескольких минут или часов^[20]. Первым симптомом или даже предвестником развития анафилактического шока является резко выраженная местная реакция в месте попадания аллергена в организм — необычно резкая [боль](#), сильный [отек](#), припухлость и краснота в месте укуса насекомого или [инъекции](#) лекарственного препарата, сильный зуд кожи, быстро распространяющийся по всей коже (генерализованный зуд), резкое падение артериального давления. При приёме аллергена внутрь первым симптомом может быть резкая боль в животе, тошнота и рвота, диарея, отёк полости рта и гортани. При введении препарата внутримышечно наблюдается появление загрудинной боли (сильное сжатие под ребрами) через 10—60 минут после ввода препарата.

Сыпь и гиперемия на груди

Следом быстро развивается выраженный отёк гортани, [бронхоспазм](#) и [ларингоспазм](#), приводящие к резкому затруднению дыхания. Затруднение дыхания приводит к развитию учащенного, шумного, хриплого («астматического») дыхания. Развивается гипоксия. Больной сильно бледнеет; губы и видимые слизистые оболочки, а также дистальные концы конечностей (пальцы) могут стать [цианотичными](#) (синюшными). У больного с анафилактическим шоком резко падает артериальное давление и развивается [коллапс](#). Больной может потерять сознание или упасть в обморок.

Анафилактический шок развивается очень быстро и может привести к смерти в течение нескольких минут или часов после попадания аллергена в организм.

Лечение анафилактического шока[[править](#) | [править код](#)]

Авто-инъектор с адреналином

Первым мероприятием при анафилактическом шоке должно быть наложение жгута выше места инъекции или укуса и срочное введение [адреналина](#) — 0,2-0,5 мл 0,1 % раствора подкожно или, лучше, внутривенно^[6]. При появлении признаков отёка гортани рекомендуется ввести 0,3 мл 0,1 % р-ра адреналина (эпинефрина) в 10-20 мл 0,9 % р-ра хлорида натрия внутривенно; преднизолон 1-5 мг/кг внутривенно или внутримышечно. В случае нарастания острой дыхательной недостаточности следует немедленно [интубировать](#) пациента. При невозможности интубации трахеи — выполнить [коникотомию](#), [трахеостомию](#) или пунктировать трахею 6 иглами с широким просветом. Введение адреналина можно повторять до суммарной общей дозы 1-2 мл 0,1 % раствора за короткий промежуток времени (несколько минут), но в любом случае вводить адреналин следует дробными порциями^[21]. В дальнейшем адреналин вводится по потребности, с учетом его короткого периода полувыведения, ориентируясь на [артериальное давление](#), [ЧСС](#), симптомы передозировки ([тремор](#), [тахикардия](#), мышечные подёргивания). Нельзя допускать передозировку адреналина, поскольку его метаболиты могут ухудшать течение анафилактического шока и блокировать [адренорецепторы](#).

Следом за адреналином должны вводиться [глюкокортикоиды](#). При этом следует знать, что дозы глюкокортикоидов, необходимые для купирования анафилактического шока, в десятки раз превышают «физиологические» дозировки и во много раз — дозы, применяемые для лечения хронических воспалительных заболеваний типа [артритов](#). Типичные дозы глюкокортикоидов, необходимые при анафилактическом шоке — это 1 «крупная» ампула [метилпреднизолона](#) (как для пульс-терапии) по 500 мг (то есть 500 мг метилпреднизолона), или 5 ампул [дексаметазона](#) по 4 мг (20 мг), или 5 ампул [преднизолона](#) по 30 мг (150 мг). Меньшие дозы малоэффективны. Порой требуются и дозы больше указанных выше — необходимая доза определяется тяжестью состояния больного с анафилактическим шоком. Эффект глюкокортикоидов, в отличие от адреналина, наступает не сразу, а через десятки минут или несколько часов, но длится дольше. Для купирования бронхоспазма, устойчивого к действию адреналина (эпинефрина), — эуфиллин (аминофиллин) 20 мл 2,4 % в/венно медленно, преднизолон 1,5 — 3 мг/кг.

Также показано введение антигистаминных препаратов из числа не снижающих артериальное давление и не обладающих высоким собственным аллергенным потенциалом: 1-2 мл 1 % [димедрола](#) или [супрастина](#), [тавегила](#). Нельзя вводить [дипразин](#) — он, как и другие производные фенотиазина, обладает значительным собственным аллергенным потенциалом и, кроме того, снижает и без того низкое артериальное давление у больного с анафилаксией. Согласно современным представлениям, введение хлорида или [глюконата кальция](#), которое

широко практиковалось ранее, не только не показано, но и способно отрицательно сказаться на состоянии пациента.

Показано медленное внутривенное введение 10-20 мл 2,4 % раствора эуфиллина с целью снятия бронхоспазма, уменьшения отека лёгких и облегчения дыхания.

Больного с анафилактическим шоком следует уложить в горизонтальное положение с опущенной или горизонтальной (не поднятой!) верхней частью туловища и головой для лучшего кровоснабжения мозга (учитывая низкое АД и низкое кровоснабжение мозга). Рекомендуется наладить ингаляцию кислорода, внутривенное капельное введение физраствора или другого водно-солевого раствора для восстановления показателей гемодинамики и АД.

Профилактика анафилактического шока[\[править\]](#) | [править код](#)

Профилактика развития анафилактического шока заключается прежде всего в избегании контактов с потенциальными аллергенами. Больным с известной аллергией на что-либо (лекарства, пищу, укусы насекомых) любые препараты, обладающие высоким аллергенным потенциалом, следует либо вообще избегать, либо назначать с осторожностью и только после подтверждения кожными пробами факта отсутствия аллергии на конкретный препарат^[18].

игра «КРУГЫЙ СТОЛ»

Для работы необходимо:

- 1.Набор вопросов и ситуационных задач, распечатанных на отдельных листах
2. Номерки для жеребьевки по числу студентов в группе
- 3.Чистые листы бумаги, ручки.

Ход работы:

- 1.Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы.
- 2.Каждая подгруппа садиться за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку.
3. На листе пишется дата, номер группы, факультет, Ф. И.О., студентов – участников данной подгруппы (название деловой игры).
- 4.Один из участников каждой из подгруппы берет из конверта вопрос или ситуационную задачу уровень сложности заданий для всех подгрупп примерно одинаков.
- 5.Студенты переписывают на лист своё задание.
- 6.По кругу пускается лист.
- 7.Каждый студент записывает свой вариант ответа и передает лист другому.
- 8.На ответ каждого студента отводится 3 минуты.
9. По истечении времени работы сдаются преподавателю.
- 10.Все участники обсуждают результаты, выбирают наиболее правильные ответы, за которые ставится максимальный балл.
11. На обсуждение отводится 15 минут
- 12.Студенты получают за ответы баллы из рейтинга теоретической части занятия
- 13.Полученный студентами балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие.
- 14.В свободной нижней части журнала делается отметка о проведении игры.
- 15.Работы студентов сохраняются преподавателем.

Набор вопросов для проведения деловой игры:

7. Гистологическое строение лимфатического узла
8. Роль лимфатической системы в организме человека
9. Какие показатели в общем, анализе крови отражают состояние лимфатической системы в организме, их соотношение в норме.
10. При каких заболеваниях отмечается увеличение лимфатических узлов
11. Отличительные признаки аденофлегмоны от одонтогенной флегмоны
12. Принципы медикаментозной терапии при воспалительных заболеваниях лимфатической системы

Набор контрольных вопросов для проведения деловой игры:

25. Местные осложнения при туберальной анестезии.
26. Местные осложнения при палатинальной анестезии.
27. Местные осложнения при мандибулярной анестезии.
28. Местные осложнения при торусальной анестезии.

- 29. Местные осложнения при ментальной анестезии.
- 30. Местные осложнения при резцовой анестезии.
- 31. Местные осложнения при стволовой анестезии.

Аналитическая часть

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Какое осложнение часто встречаются при туберальной анестезии:
 - А. гематома
 - Б. повреждение глазного яблока
 - В. некроз слизистой оболочки
 - Г. участки ишемии на лице
 - Д. неврит
2. При какой анестезии может наблюдаться парез мимических мышц:
 - А. мандибулярной анестезии
 - Б. палатинальной
 - В. туберальной
 - Г. резцовой
 - Д. инфильтрационной
3. При анестезии, какой нерв может быть поврежден вместе с протоком подчелюстной слюнной железы:
 - А. язычный
 - Б. подъязычный
 - В. челюстно-подъязычный
 - Г. языкоглоточный
 - Д. нижний луночковый
4. При попадании анестетика в глазницу может наступить:
 - А. диплопия
 - Б. слепота
 - В. снижение остроты зрения
 - Г. нистагм
 - Д. нарушение движения глазного яблока
5. Что является непосредственным и более частым осложнением туберальной анестезии?
 - А. ранение подвисочного венозного сплетения
 - Б. анафилактический шок
 - В. ранения верхнечелюстной артерии (гематома)
 - Г. повреждения верхнечелюстного нерва
 - Д. поломка инъекционной иглы

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. При каком виде анестезии, возможно, внести инфекцию к основанию черепа:
 - А. орбитальный путь стволовой анестезии
 - Б. инфраорбитальная
 - В. мандибулярная
 - Г. подскуловой путь стволовой анестезии
 - Д. небная анестезия

1. АД 2. АГ 3. ВГ 4. АБ 5. ДБ
2. Установить соответствие вида анестезии и осложнений:
 - 1. инфраорбитальная
 - 2. мандибулярная
 - 3. туберальная
 - 4. резцовая

- А. гематома
 - Б. носовое кровотечение
 - В. диплопия
 - Г. поломка иглы
1. В 2. Г 3. А 4. Б

3. Какое осложнение не бывает при проведении мандибулярной анестезии:

- А. парез мимических мышц
 - Б. диплопия
 - В. неврит
 - Г. носовое кровотечение
 - Д. зоны ишемии на коже нижней губы и подбородка
1. БГ, 2. АВ, 3. ГД, 4. АВВ, 5. ВГ

4. Какие осложнения не характерны для палатинальной анестезии:

- А. болезненное глотание
- Б. тошнота
- В. гематома
- Г. чувство "инородного тела"
- Д. рвота

5. Установить соответствие вида анестезии и осложнений:

- 1. инфраорбитальная
 - 2. мандибулярная
 - 3. палатинальная
 - 4. резцовая
- А. попадание в верхнечелюстную пазуху
 - Б. некроз слизистой оболочки неба
 - В. парез мимических мышц
 - Г. носовое кровотечение

1. А 2. В 3. Б 4. Г

Ситуационные задачи

1. Больному, 33 лет, проводилось удаление 7 нижнего зуба по поводу хронического периодонтита. Сразу после инфильтрационной анестезии образовалась гематома с вестибулярной стороны нижнего отдела щечной области слева, диаметром 4,0- 5,0 см. Удаление зуба проведено без особых технических осложнений, но гематома осталась.

1. Каковы возможные причины осложнения?

2. Лечение данного осложнения?

Ответ: 1. повреждение кровеносных сосудов. Во время проведения анестезии следовало провести аспирационную пробу.

2. наложение давящей повязки, местно - холод.

2. На прием явился пациент 43 лет, с жалобами на онемение нижней губы справа. Из анамнеза выявлено, что 20 дней назад ему был удален 6 нижний зуб по поводу хронического периодонтита. После чего болела вся правая половина нижней челюсти, затем боли стихли, лунка зажила. Постепенно стало нарастать онемение губы, особенно кожи, которое не проходит до настоящего времени. Из опроса выявлено, что во время обезболивания для удаления зуба больной почувствовал резкий, короткий «болевого удар» в нижнюю челюсть справа. Удаление зуба было безболезненным и без затруднений.

1. В чем причина онемения нижней губы?

2. Какая анестезия могла привести к данному осложнению?

3. Наметьте план лечения осложнения?

Ответ: 1. вовлечение в процесс n. mentalis.

2. мандибулярная.

3. противовоспалительная терапия и физиотерапия.

3. Больной 42 лет обратился в поликлинику с жалобами на резкие приступообразные самопроизвольные боли в области 5 верхнего зуба справа. Из анамнеза: зуб беспокоит в течение последних 3 дней, больной не может спать. При осмотре отмечается глубокая кариозная полость в данном зубе, заполненная большим количеством размягченного дентина. Зондирование резко болезненно, перкуссия отрицательная. Терапевт-стоматолог принял решение произвести витальную экстирпацию данного зуба.

1. Какую анестезию необходимо провести перед лечением этого зуба?

2. Развитие, каких осложнений возможно при проведении данного вида анестезии?

Ответ: 1. инфраорбитальная и местная инфильтрационная.

2. гематома, диплопия, неврит.

Основная литература

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009

2. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009

3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - Москва: Медицина, 1990.

Дополнительная литература:

1. Дэвид А. Митчелл, Анастасиос Н. Канатас. Введение в хирургию устного и челюстно-лицевого хирургов - 2015 (переведено на русский язык кафедрой). Принципы перфориральной и челюстно-лицевой хирургии-2004.

2. Нелима Анил Малик, учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии-2008

4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». М.: «Медицина», 2000.

5. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - Хирург лучевой терапии и химиотерапии при Руководстве по хирургической стоматологии. - Москва: Медицина, 2000, стр. 1.

6. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. «Сепсис».: Медицина, 1983.

7. Вязьмитина А.В., Использование Т.Л. «Хирургическая стоматология»: практика. Phenix. 2006.

8. Жилонов А.А. Абдуллаев Ш.Ю. Кудратов Ш. Садыкова Х.К. «Операция лица и челюсти» Т., 2016.

9. Рабухина Н.А. «Радиодиагностические методы диагностики некоторых заболеваний челюстно-лицевой области». М.: «Медицина», 1990.

10. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. «Хирургическая стоматология». М.: «Медика», 1996.

11. Сабо Е. «Хирургия на амбулаторной зубов и полости рта». Академия наук Венгрия, Будапешт. 1977.

12. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи». М.: «Медицина», 2001.

13. Шаргородский А.Г. «Руководство по практическим занятиям по хирургической стоматологии». М.: «Медицина», 1976.

14. Письменные тексты.

ТЕМА 14. Сердечно-лёгочная реанимация. Коронавирус- глобальная проблема в мире. Реформы принятые в Узбекистане против коронавирусной инфекции.

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);

2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).

3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

61. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.

62. Тесты 1 уровня сложности.

63. Тесты 2 уровня сложности.

64. Ситуационные задачи.

2. Продолжительность изучения темы - количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполнять амбулаторную карту;
- заполнять стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственности в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаиморазвивающихся в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия – строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения – организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена – санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии – стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия – понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания – организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология – обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

Основы реанимации. Остановка сердца и дыхания приводит к клинической смерти, продолжительность которой — 3—5 мин. Вслед за этим наступает биологическая смерть с необратимыми изменениями в организме. После остановки сердца адекватная функция головного мозга при нормальной температуре тела сохраняется лишь в течение 3—5 мин. Поэтому реанимационные мероприятия, направленные на оживление организма, должны быть начаты немедленно после появления признаков остановки сердца и дыхания, т. е. клинической смерти.

Признаки клинической смерти: 1) отсутствие сознания; 2) отсутствие пульса на крупных артериях (сонная, бедренная); 3) отсутствие дыхания; 4) расширение зрачков и отсутствие реакции их на свет.

Сердечно-легочная реанимация предусматривает восстановление проходимости дыхательных путей, искусственную вентиляцию легких, искусственное поддержание кровообращения путем закрытого массажа сердца, введение лекарственных средств и электрокардиографический контроль эффективности проводимых мероприятий, дефибрилляцию сердца, интенсивную терапию в постреанимационном периоде, направленную на нормализацию функций организма.

Восстановление проходимости дыхательных путей должно быть осуществлено с минимальной затратой времени. Обтурация дыхательных путей (частичная или полная) может возникнуть вследствие западания языка, наличия во рту и глотке слизи, рвотных масс, крови, инородных тел, ларинго- или бронхоспазма. Больного надо уложить на спину (на твердую поверхность), запрокинуть голову назад, вывести нижнюю челюсть вперед и открыть рот, очистив его от слизи, крови, рвотных масс, инородных тел. После этого следует начать искусственную вентиляцию методом активного вдывания воздуха (кислорода) в легкие больного по способу «изо рта в рот» или «изо рта в нос», через S-образную трубку или с помощью портативного дыхательного аппарата РПА-1 или РДА-1 (типа «кузнечного меха» или мешка Амбу). В одну минуту проводят не менее 12 искусственных вдохов.

Наружный массаж сердца. Высокоэффективным способом искусственного поддержания кровообращения является наружный, или закрытый, массаж сердца. Сдавливая сердце между грудиной и позвоночником, можно искусственно поддерживать кровообращение, выталкивая кровь в крупные сосуды из полостей сердца.

Введение лекарственных средств следует проводить на фоне адекватного искусственного дыхания и массажа сердца. Адреналин лучше вводить внутривенно дробно по 0,5—1 мл через каждые 5 мин; если внутривенное введение невозможно, то внутрисердечно. Адреналин усиливает тонус сердечной мышцы, стимулирует спонтанные сокращения ее. Массаж сердца становится более эффективным.

Вслед за лекарственной стимуляцией показано проведение электрической дефибрилляции сердца. Она осуществляется серией разрядов импульсного тока. Дефибрилляцию начинают с напряжения 3,5 кУ, повышая напряжение каждый раз на 0,5 кУ и доводя его до 6 кУ. Если серия разрядов не приводит к восстановлению сердечной деятельности, внутривенно вводят новокаиnamид (1—3 мг/кг), бикарбонат натрия. Затем проводят новую серию разрядов до восстановления деятельности сердца или до появления признаков гибели мозга.

На данном занятии используются новые педагогические технологии:

деловая игра «КРУГЛЫЙ СТОЛ»

Для работы необходимо:

1. Набор вопросов и ситуационных задач, распечатанных на отдельных листах
2. Номерки для жеребьевки по числу студентов в группе
3. Чистые листы бумаги, ручки.

Ход работы:

1. Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы.
2. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку.
3. На листе пишется дата, номер группы, факультет, Ф. И.О., студентов – участников данной подгруппы (название деловой игры).

4. Один из участников каждой из подгруппы берет из конверта вопрос или ситуационную задачу уровень сложности заданий для всех подгрупп примерно одинаков.
5. Студенты переписывают на лист своё задание.
6. По кругу пускается лист.
7. Каждый студент записывает свой вариант ответа и передает лист другому.
8. На ответ каждого студента отводится 3 минуты.
9. По истечении времени работы сдаются преподавателю.
10. Все участники обсуждают результаты, выбирают наиболее правильные ответы, за которые ставится максимальный балл.
11. На обсуждение отводится 15 минут
12. Студенты получают за ответы баллы из рейтинга теоретической части занятия
13. Полученный студентами балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие.
14. В свободной нижней части журнала делается отметка о проведении игры.
15. Работы студентов сохраняются преподавателем.

Набор вопросов для проведения деловой игры:

1. Подготовка больных к наркозу в условиях стационара
2. Показания к эндотрахеальному наркозу
3. Противопоказания к эндотрахеальному наркозу
4. Сердечно-легочная реанимация
5. Методика искусственного дыхания (рот в рот, рот в нос)
6. Трахеотомия
7. Непрямой массаж сердца

6.2. Аналитическая часть

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Перечислите признаки клинической смерти:
 - А. отсутствие сознания
 - Б. отсутствие пульса на крупных артериях
 - В. отсутствие дыхания
 - Г. расширение зрачков, отсутствие их реакции на свет
 - Д. все верно*
2. Какое количество искусственных систол должен производить врач в минуту:
 - А. 30
 - Б. 20
 - В. 60*
 - Г. 40
 - Д. 10
3. Какая продолжительность клинической смерти:
 - А. 3-5 минут*
 - Б. 1-2 минуты
 - В. 10 минут
 - Г. 10—15 минут
 - Д. зависит от организма
4. Эндотрахеальный наркоз показан при:
 - А. опасности нарушения проходимости верхних дыхательных
 - Б. при длительных и травматичных операциях
 - В. при операциях на мягких тканях лица, когда наркозная маска закрывает операционное поле
 - Г. при проведении реанимационных мероприятий
 - Д. все верно*
5. На сколько необходимо сместить грудину к позвоночнику при искусственной систоле:
 - А. 3-5 см*
 - Б. 1-3 см

- В. 1-2см
- Г. на 2см
- Д. более 5см

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Эндотрахеальный наркоз не показан при:
 - А. опасности нарушения проходимости верхних дыхательных
 - Б. при длительных и травматичных операциях
 - В. при операциях на мягких тканях лица, когда наркозная маска закрывает операционное поле
 - Г. при проведении реанимационных мероприятий
 - Д. острые респираторные заболевания верхних дыхательных путей
2. Эндотрахеальный наркоз не показан при:
 - А. острые заболевания печени и почек*
 - Б. опасности нарушения проходимости верхних дыхательных
 - В. при длительных и травматичных операциях
 - Г. при операциях на мягких тканях лица, когда наркозная маска закрывает операционное поле
 - Д. при проведении реанимационных мероприятий
3. Подготовка больного к наркозу в условиях стационара не включает в себя:
 - А. психотерапия
 - Б. санация полости рта и носоглотки
 - В. очистительная клизма
 - Г. обильное питье перед наркозом*
 - Д. гигиена тела
4. К признакам эффективности реанимационных мероприятий не является:
 - А. сужение зрачков
 - Б. возвращение сознания
 - В. расширение зрачков*
 - Г. спонтанное дыхание
 - Д. появление реакции зрачка на свет
5. Эндотрахеальный наркоз не противопоказан при:
 - А. острые респираторные заболевания верхних дыхательных путей
 - Б. инфекционные заболевания
 - В. острые заболевания печени и почек
 - Г. острые заболевания желез внутренней секреции
 - Д. при реанимационных мероприятиях*

Ситуационные задачи

Родители пациента больного с признаками шизофрении обратились в поликлинику по поводу санации полости рта - необходимо лечить множественный кариес и удалить разрушенные зубы .

1. Чем обусловлена необходимость общего наркоза?
2. Какие специалисты должны участвовать при лечении?
3. Какие препараты используют для внутривенного наркоза?

Ситуационная задача 2

Больному 50 лет планируется операция по поводу удаления полиморфной аденомы слюнной железы слева. Из анамнеза опухоль появилась около трех лет назад, растет медленно, безболезненно. При осмотре опухоль локализуется в преддужной области, округлой формы до 2см в диаметре, плотноэластической консистенции, с кожей не спаяна

1. Объясните необходимость общего обезболивания?
2. Какие технические сложности могут быть при операции?

3. Какие преимущества при удалении опухоли имеет местное инфильтрационное обезболивание?
4. Перечислите этапы подготовки к наркозу?

Основная литература

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
2. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - Москва: Медицина, 1990.

Дополнительная литература:

1. Дэвид А. Митчелл, Анастасиос Н. Канатас. Введение в хирургию устного и челюстно-лицевого хирургов - 2015 (переведено на русский язык кафедрой). Принципы перфориральной и челюстно-лицевой хирургии-2004.
2. Нелима Анил Малик, учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии-2008
4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». М.: «Медицина», 2000.
5. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - Хирург лучевой терапии и химиотерапии при Руководстве по хирургической стоматологии. - Москва: Медицина, 2000, стр. 1.
6. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. «Сепсис». Медицина, 1983.
7. Вязьмитина А.В., Использованиеевич Т.Л. «Хирургическая стоматология»: практика. Phenix. 2006.
8. Жилонов А.А. Абдуллаев Ш.Ю. Кудратов Ш. Садыкова Х.К. «Операция лица и челюсти» Т., 2016.
9. Рабухина Н.А. «Радиодиагностические методы диагностики некоторых заболеваний челюстно-лицевой области». М.: «Медицина», 1990.
10. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. «Хирургическая стоматология». М.: «Медика», 1996.
11. Сабо Е. «Хирургия на амбулаторной зубов и полости рта». Академия наук Венгрия, Будапешт. 1977.
12. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи». М.: «Медицина», 2001.
13. Шаргородский А.Г. «Руководство по практическим занятиям по хирургической стоматологии». М.: «Медицина», 1976.
14. Письменные тексты.

V СЕМЕСТР.

ТЕМА 15. Удаление зуба. Инструменты для удаления зубов. Методика удаления верхних фронтальных зубов. Определение коронавирусной инфекции у пациентов и симптоматика болезни.

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

65. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.
 66. Тесты 1 уровня сложности.
 67. Тесты 2 уровня сложности.
 68. Ситуационные задачи.
2. Продолжительность изучения темы - количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);

- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполнять амбулаторную карту;
- заполнять стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственности в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаиморазвивающихся в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия — строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения — организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена — санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии — стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия — понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания — организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология — обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

Удаление зуба является хирургической операцией, поскольку при этом происходят нарушение целостности слизистой оболочки полости рта и травмирование таких тканей как надкостница, циркулярная связка, сосуды, нервы и костная структура лунки. Это вмешательство выполняют наиболее грубыми из всех известных в хирургии методами, прилагая силу извне и действуя специальным инструментом как рычагом.

Удаление зуба — самая частая операция в поликлинической стоматологической практике. Ее выполняют в уже инфицированных тканях — в полости рта, где постоянно вегетируют различные микробные ассоциации. Следует учитывать то обстоятельство, что при удалении зуба, даже если оно проводится с минимальной травмой, в организме человека происходят значительные изменения. Так, эта операция приводит к нарушению функций центральной нервной, сердечно-сосудистой и других систем. У больного могут повыситься температура тела и артериальное давление, возникнуть тахикардия. Страх перед операцией и обстановка в хирургическом кабинете могут вызывать отрицательные эмоции.

После операции удаления зуба наступают анатомо-функциональные изменения не только в том участке альвеолярного отростка, где производилось вмешательство, но и в области соседних зубов, на уровне антагонистов, нарушаются окклюзионные соотношения с зубами противоположной стороны. При удалении значительного количества зубов снижается жевательная эффективность, возможно нарушение речи, а при удалении передних зубов возникают косметические неудобства.

Стремясь к сохранению зубов, столь необходимых для жевательной функции, иногда приходится прибегать к их удалению, поскольку дальнейшее сохранение патологически измененных зубов может способствовать возникновению очагов одонтогенной инфекции, что в свою очередь грозит распространением патологических процессов на здоровые зубы и челюстные кости, а также развитием заболеваний органов и систем организма.

Все сказанное дает основание полагать, что операцию удаления зуба следует выполнять в щадящем режиме по строго определенным показаниям, с учетом положительных и отрицательных последствий этого вмешательства

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К УДАЛЕНИЮ ЗУБОВ

Показания и противопоказания к удалению постоянных зубов. Прежде чем решить вопрос о показаниях и противопоказаниях к удалению постоянного зуба, необходимо ответить на два вопроса: какие изменения произойдут в организме, в частности в зубочелюстной системе, в случае удаления зуба и каковы последствия в случае его сохранения.

Показания к удалению зуба могут быть общими и местными.

Из общих показаний следует указать на хронический сепсис и одонтогенную хроническую интоксикацию, развившуюся в результате распространения инфекции из одонтогенного воспалительного очага, особенно при безуспешности эндодонтического лечения. В первую очередь это относится к зубам с гангренозным распадом пульпы и корням зубов, которые могут играть этиологическую роль в развитии заболеваний (миокардит, эндокардит, ревматизм, артрит, миозит, пиелонефрит и др.) Хронический сепсис, как правило, сопровождается характерными гематологическими изменениями (анемия, лимфоцитоз, лейкопения и др.).

Местные показания могут быть абсолютными и относительными. Абсолютным показанием к удалению зуба является не поддающийся консервативной терапии гнойный воспалительный процесс в периодонте, при котором имеется опасность развития острого остеомиелита челюсти, абсцесса или флегмоны, гнойного гайморита, лимфаденита и др. При этом нередко показано одновременное вскрытие поднадкостничного абсцесса. Тактика врача должна быть достаточно активной, если зуб не представляет функциональной ценности. Большинство авторов придерживаются этого правила, однако И.Г. Лукомский (1933) и И.М. Старобинский (1950) на протяжении многих лет ставили его под сомнение.

В удалении зуба при остром остеомиелите эти авторы усматривали большую вероятность активизации и распространения очага воспаления, в то время как через лунку удаленного зуба, по их мнению, полная эвакуация гноя не происходит.

Относительными являются все остальные показания к удалению постоянного зуба:

- невозможность консервативной терапии из-за значительного разрушения коронки зуба или непроходимости каналов, при перфорации инструментом зуба или его корня;
- невозможность использования разрушенного зуба для протезирования;
- удаление «причинных» зубов, вызвавших воспалительный процесс в верхнечелюстной пазухе;
- наличие зубов в поздней стадии пародонтита, в последней стадии рассасывания альвеолярного края;

- сверхкомплектные зубы при трудностях прорезывания и протезирования, если они травмируют слизистую оболочку, вызывают болевые ощущения и нарушают функцию жевания;
- ретенированные зубы и наличие патологических процессов (костная деструкция, киста и др.) около них;
- при безуспешности консервативных лечебных мероприятий по поводу периодонтита многокорневых зубов. В таких случаях фронтальные зубы могут быть сохранены после резекции верхушки корня и удаления патологически измененных тканей;
- усиление воспалительных процессов в периодонте и развитие начальных стадий острого остеомиелита;
- затрудненное прорезывание нижнего зуба мудрости, расположенного в косом или поперечном направлении;
- новообразования альвеолярного отростка удаление зуба производится одновременно с резекцией патологически измененных тканей (в частности, при амелобластоме, злокачественных опухолях), а также во время цистэктомии;
- эстетические показания при невозможности ортопедического исправления атипично расположенного зуба;
- премоляры при ортодонтическом смещении фронтальных групп зубов;
- разрушенные зубы или вклинившиеся в щель перелома челюсти;
- ортопедические показания (выдвинувшиеся по оси или в сторону ранее удаленного зуба в результате потери антагониста зуба, мешающие изготовлению функционального зубного протеза);
- удаление зуба с удалением эпюлиса и альвеолэктомией;
- зубы, вовлеченные в воспалительный процесс, при специфических заболеваниях (сифилис, актиномикоз, туберкулез).

Противопоказания к удалению постоянных зубов всегда относительные, за исключением тех случаев, когда удаление зубов должно осуществляться по жизненно важным мотивам. Противопоказания делятся на общие и местные.

ОБЩИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

- инфекционные заболевания, поскольку они приводят к ослаблению организма, снижению иммунологической активности (грипп, ангина, дифтерия и т.п.);
- системные заболевания крови, лейкопения, агранулоцитоз, злокачественное малокровие и др. Больных следует направить в гематологический стационар, где будет проведена предоперационная подготовка,
- гемофилия и пониженная свертываемость крови, болезнь Верльгофа, необходима предоперационная подготовка,
- беременность до III и после VII месяца;
- авитаминозы;
- желтуха;
- диабетическая кома,
- алиментарная дистрофия, кахексия различного генеза;
- менструация (за 2—3 дня до и спустя такой же срок после нее);
- заболевания сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, особенно если он сопровождается коллаптоидным состоянием, приступами стенокардии и сердечной астмы, декомпенсированный порок сердца, гипертонический криз, острая аневризма желудочка сердца, подострый септический эндокардит с склонностью к тромбообразованию, хроническая коронарная недостаточность, пароксизмальная аритмия и др.),
- органические и функциональные поражения нервной системы (острое нарушение мозгового кровообращения, менингит, энцефалит, эпилепсия, психозы, истерия и др.);
- инсульт в острой стадии, черепно-мозговая травма, опухоли головного мозга и др.;
- психические заболевания в стадии обострения (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз);
- острые заболевания паренхиматозных органов

Наличие общих соматических заболеваний, препятствующих удалению зуба, не может быть противопоказанием длительное время. После консультации специалиста и соответствующей клинической подготовки (возможно, даже в условиях стационара) при показаниях по жизненно важным мотивам удаление зуба выполняют с соблюдением максимума предосторожности. Особое

внимание следует уделить психоэмоциональной подготовке пациента и медикаментозной подготовке малыми транквилизаторами.

МЕСТНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.

- острая лучевая болезнь I —III стадии,
- язвенные гингивиты и стоматиты;
- расположение зуба в зоне злокачественной или сосудистой опухоли,
- наличие одиночных зубов, даже при некоторой их подвижности, необходимых для фиксации протезов.

Следует иметь в виду, что наличие коллатерального отека при периодонтите не служит противопоказанием к удалению зуба. Перечисленные выше местные противопоказания не являются таковыми после снятия острых явлений и соответствующей подготовки к операции.

Выбор метода обезболивания при удалении зубов. Безболезненность хирургических операций, проводимых на альвеолярных отростках челюстей, обеспечивают различными методами обезболивания, из которых выбирают тот, к которому имеются определенные показания. Иными словами, при выборе вида анестезии необходимо руководствоваться правилом: обезболивание не должно повлечь за собой большего риска для больного, чем сама операция, т.е. решать задачу надо строго индивидуально.

Методика удаления зуба

Извлечение зуба осуществляют путем насильственного разрыва волокон периодонта и десны. Перед этой операцией необходимо снять зубные отложения с удаляемого зуба и соседних с ним зубов с целью профилактики проталкивания их под десну. После обезболивания отслаивают циркулярную связку и край десны с вестибулярной и небной (язычной) сторон. В свободные десневые карманы вводят щетки щипцов строго по оси зуба. Для удаления зубов или их корней применяют также элеваторы (подъемники, рычаги); они бывают прямые и угловые. Кроме того, зубы удаляют при помощи бормашины и фиссурного бора, молотка и долота (выдавливание); последнее из-за большой травматичности весьма нежелательно.

Для отдельных групп зубов существуют различной формы щипцов. Все они имеют рабочую часть (щетки), замок и ручки (бранши). Имея принципиальное техническое сходство, щипцы различаются в деталях, что обусловлено их функциональным назначением, т. е. форма щечек соответствует строению определенного зуба.

Для того чтобы избежать инфицирования лунки удаленного зуба, следует вначале удалять зубы на верхней челюсти, а затем на нижней. Эту операцию целесообразно проводить вначале на одной стороне, а затем на другой, давая возможность больному принимать пищу на здоровой стороне до окончательного заживления лунок.

Положение врача и больного. Операцию удаления зуба производят, как правило, в стоматологическом кресле при сидячем или полусидячем положении больного. Следует постоянно соблюдать осторожность, особенно при работе элеватором, чтобы не допустить аспирации или проглатывания зубов и корней. При удалении верхних зубов больного сажают в кресло с несколько откинутой спинкой. Положение кресла регулируют с таким расчетом, чтобы уровень удаляемого зуба соответствовал уровню плечевого сустава врача. Голова больного должна быть несколько запрокинута. При удалении зубов на нижней челюсти кресло опускают так, чтобы рот больного был на уровне локтевого сустава опущенной руки стоматолога. Положение врача зависит от локализации зуба. Так, при удалении правых нижних зубов врач находится справа и несколько кзади от больного, при удалении левых нижних и верхних зубов — справа и впереди. При этом голова больного должна находиться в прямом или слегка наклоненном кпереди положении.

Врач должен рационально использовать свободную левую руку: следует обеспечивать хорошую видимость операционного поля, предохранять мягкие ткани полости рта от травм инструментами и фиксировать альвеолярный отросток. Удаляя зубы на верхней челюсти, стоматолог указательным или большим пальцем левой руки отодвигает верхнюю губу, а другой палец помещает со стороны неба. При удалении зубов на нижней челюсти левой рукой охватывают голову больного, большим и указательным пальцами предохраняя язык и нижнюю губу от травмирования щипцами или элеватором.

Способы удержания щипцов. Для того чтобы технически правильно произвести удаление зубов, необходимо твердо знать способы удержания щипцов в руке. Важно помнить несколько основных приемов.

Зубы различают по четырем основным признакам: 1) по месту расположения — нижние и верхние; 2) по размеру шеек зубов — широкие (моляры) и узкие (все остальные); 3) по стороне расположения — правые и левые, 4) по степени доступности — передние (резцы и клыки), боковые (премоляры), первый и второй большие коренные, задние — третьи моляры.

Соответственно щипцы выбирают в зависимости от величины щечно-замкового угла, ширины и формы щечек, изгиба и длины щипцов.

Признак щечно-замкового угла. Щипцы, имеющие прямой или тупой угол, образуемый замком и щечками, предназначаются для удаления нижних зубов; щечно-замковый угол открыт книзу. Щипцы же, имеющие угол значительно больше прямого угла или равный сумме двух прямых углов, используют для удаления верхних зубов; при этом щечно-замковый угол открыт сверху.

Признак ширины щечек. Щипцы с шириной щечек более 0,75 см предназначены для удаления моляров, т.е. зубов с широкими шейками, а щипцы с узкими щечками (шириной меньше 0,75 см) применяют для удаления зубов с узкой шейкой (резцы, клыки, премоляры, корни).

Признак формы. Большинство щипцов можно использовать для удаления зубов справа и слева; щечки у них одинаковые — острые или закругленные. Для удаления же верхних моляров, имеющих два щечных корня, щипцы подбирают с таким расчетом, чтобы щечка с заостренным концом была обращена в вестибулярную сторону, т.е. заостренный конец щечки входил бы в вилку, образованную двумя щечными корнями. Этим признаком пользуются при выборе щипцов для левых или правых больших коренных зубов верхней челюсти.

Признак изгиба и длины щипцов. Длина ручек и щечек щипцов зависит от доступности зубов. Так, для удаления верхних резцов и клыков целесообразно применять S-образные короткие прямые щипцы с короткими щечками. Для удаления верхних премоляров предназначены специальные щипцы с несколько удлиненными щечками и браншами, по форме напоминающими штык, в связи с чем и называются штыкообразными, или байонетными (франц. «байонет» — штык). Этими же щипцами удаляют корни верхних зубов, при необходимости — резцы и клыки.

При удалении нижних зубов применяют боковые щипцы, изогнутые по ребру (со сходящимися и несходящимися концами щечек, клювовидные), и прямые, изогнутые по плоскости. Для удаления фронтальных зубов и премоляров пользуются в основном клювовидными щипцами, а для моляров, особенно третьего, — щипцами, изогнутыми по плоскости, которые вводят в рот прямо и бранши которых направлены параллельно поперечнику зуба. Этими же щипцами пользуются при ограниченном открывании рта. Рабочая часть щечек такая же, как у клювовидных щипцов. Они изогнуты по ребру и имеют не сходящиеся при смыкании щечки и небольшую высоту. Корни всех зубов нижней челюсти удаляют клювовидными щипцами со сходящимися концами щечек.

Способы держания щипцов. Операцию удаления зуба производят правой рукой при помощи щипцов с таким расчетом, чтобы угол между осью ручек всегда был открыт в сторону удаляемого зуба. Пальцы хирурга должны располагаться так, чтобы можно было одной рукой раздвигать и сближать бранши щипцов. Щипцы держат таким образом, чтобы можно было продвинуть их по оси зуба под десну. Существует два способа держания Щипцов.

Первый способ предусматривает удержание обеих ручек щипцов всей кистью правой руки, кроме IV и V пальцев. Эти пальцы располагают между ручками, при необходимости ими можно раздвинуть бранши. При смыкании ручек щипцов IV и V пальцы выводят из промежутка между браншами.

При втором способе, наиболее приемлемом при удалении верхних зубов, большим пальцем охватывают одну ручку щипцов, II и III пальцы помещают между ручками, а IV и V пальцами удерживают другую ручку. Концы обеих ручек упираются в ладонь, что способствует продвижению щипцов. Бранши щипцов раздвигают, выпрямляя III палец, и смыкают при сгибании IV и V пальцев. Выводя III палец наружу после наложения щипцов, их сжимают всеми пальцами, кроме указательного.

Приемы удаления зубов щипцами. Операцию удаления зуба начинают с отслойки круговой связки от шейки зуба и десны — от края альвеолы, пользуясь гладилкой, узким распатором или прямым элеватором. Целью такой мобилизации десневого края является создание условий для более глубокого продвижения щечек щипцов и сохранения целостности этих мягких тканей.

Процесс удаления зуба состоит из нескольких, выполняемых один за другим приемов: 1) наложения щипцов; 2) продвижения щипцов; 3) смыкания (фиксации) щипцов; 4) вывихивания зуба (люксация или ротация); 5) извлечения зуба.

Наложение щипцов в раскрытом виде, удерживание их одним из способов производят так, чтобы продольная ось щечек щипцов точно совпадала с продольной осью зуба. В противном случае может произойти перелом зуба. Одну щечку вводят под отслоенный десневой край с небной (язычной) стороны, другую — с губной (вестибулярной), ни в коем случае не захватывая слизистую оболочку и не травмируя ее. В труднодоступных местах, в частности при удалении верхних премоляров и моляров, оси щечек и зуба должны совпадать, поэтому применяют изогнутые или штыковидные (байонетные) щипцы. Важным моментом наложения щипцов, как и при других приемах, является обеспечение возможности обзирать зуб и окружающие ткани.

Продвижение щипцов заключается в скольжении их щечек по поверхности коронок удаляемого зуба под край десны с целью более плотного схватывания (фиксации) зуба. Циркулярная связка при этом разрывается. Успех операции удаления зуба зависит от глубины продвижения щечек. При удалении корней иногда приходится захватывать и край альвеолярного отростка, который частично отламывается. На зубах верхней челюсти щипцы продвигают правой рукой, которой их держат, а на нижней — левой рукой, надавливая I пальцем на замок щипцов. Глубокое продвижение щечек при удалении молочных зубов не показано по двум причинам: во-первых, такие зубы укреплены непрочной, во-вторых, при этом можно повредить зачаток постоянного зуба.

Смыкание (фиксация) щипцов осуществляют всей кистью, предварительно освободив III и IV пальцы между браншами. Смыкание должно быть умеренным, так как сильное сжатие может привести к разрушению патологически измененного зуба, а слабое — к соскальзыванию щечек и перелому зуба. Главное условие состоит в том, чтобы фиксированный зуб составлял как бы единое целое со щипцами.

Вывихивание (люксация) зуба — самый ответственный момент операции. Вывихивание зуба выполняют маятникообразными движениями в вестибулярную и небную (язычную) стороны, постепенно увеличивая амплитуду раскачивания. Первое движение следует делать в ту сторону, где более тонкий альвеолярный край челюсти: на верхней челюсти, кроме участка между первым и вторым моляром (зона скулоальвеолярного гребня), т.е. кнаружи. На нижней — тоже кнаружи, кроме первого и третьего большого коренного зуба (плотная косая линия). Необходимо, чтобы во время вывихивания щипцы плотно удерживали зуб.

Зубы с корнями конической формы (верхние резцы и клыки), а также отдельно стоящие корни моляров и премоляров вывихивают вращением (ротация), не делая резких движений и не допуская поворотов головы больного. При удалении зубов на нижней челюсти альвеолярный отросток врач должен фиксировать левой кистью. Нужно быть готовым к тому, что во время вывихивания зубов больной может помешать врачу: привстать, схватить его за руку, отдернуть голову и т.д.

Извлечение — заключительный момент удаления зуба. К нему необходимо приступать, лишь убедившись в завершении вывихивания и полной потере связи зуба с лункой. Резкие движения недопустимы, так как могут привести к травмированию антагонистов или ранению слизистой оболочки. После извлечения следует внимательно осмотреть зуб, чтобы убедиться в наличии его верхушки; обычно она гладкая, имеет закругленную форму. Проводят также тщательную ревизию лунки. После остановки луночкового кровотечения и удаления осколков зуба, альвеолы или грануляционной ткани больного отпускают из лечебного учреждения, дав ему рекомендации относительно сроков удержания тампона в лунке, режима питания, полосканий и т.д.

Covid-19- глобальная проблема для мира.

COVID-19^[1] (аббревиатура от **англ. CO**rona**VI**rus **D**isease 2019), ранее **коронавирусная инфекция 2019-нCoV**^{[2][3]} — потенциально **тяжёлая**^[4] острая респираторная **инфекция**, вызываемая **коронавирусом SARS-CoV-2 (2019-нCoV)**^[4]. Представляет собой опасное заболевание^[3], которое может протекать как в форме **острой респираторной вирусной инфекции** лёгкого течения^{[5][6]}, так и в тяжёлой форме^[7]. Наиболее частым осложнением заболевания является **вирусная пневмония**, способная приводить к **острому респираторному дистресс-синдрому** и последующей **острой дыхательной недостаточности**, при которых чаще всего необходимы **кислородная терапия** и респираторная поддержка^[8]. К наиболее распространённым **симптомам** заболевания относятся повышенная температура тела,

утомляемость и сухой кашель^[9]. В редких случаях поражение вирусом детей и подростков, предположительно, может приводить к развитию **воспалительного синдрома**^[10].

Распространяется вирус воздушно-капельным путём через вдыхание распылённых в воздухе при кашле, чихании или разговоре^[11] капель с вирусом, а также через попадание вируса на поверхности с последующим занесением в глаза, нос или рот. К числу эффективных мер профилактики относится частое мытьё рук и соблюдение правил респираторной гигиены^[9]. Заболевание вызывается новым вирусом, против которого у людей изначально нет приобретённого **иммунитета**^[12], к инфекции восприимчивы люди всех возрастных категорий^[13].

На данный момент против вируса отсутствуют какие-либо специфические противовирусные средства лечения или профилактики^[9]. В большинстве случаев (примерно в 80 %) какое-либо специфическое лечение не требуется, а **выздоровление** происходит само по себе^{[9][5]}. Тяжёлые формы болезни с большей вероятностью могут развиваться у пожилых людей и у людей с определёнными сопутствующими заболеваниями, включающими **астму**, **диабет** и сердечные заболевания^[13]. В тяжёлых случаях применяются средства для поддержания функций жизненно важных органов^[14].

У большинства заразившихся инфекция протекает в лёгкой форме или бессимптомно^[15]. Примерно в 15 % случаев заболевание протекает в тяжёлой форме с необходимостью применения **кислородной терапии**, ещё в 5 % состояние больных критическое^[16]. В целом по миру на 16 апреля **летальность** заболевания оценивается примерно в 6,5 %^[17]. Согласно анализу данных по 1099 пациентам по состоянию на 28 февраля 2020 года у 91,1 % пациентов с COVID-19 диагностировалась **пневмония**^[18]. Показатели с течением времени могут измениться.

В связи с эпидемией **Всемирной организацией здравоохранения** (ВОЗ) объявлена **чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения, имеющая международное значение**^[19], а риски на глобальном уровне оцениваются как очень высокие^[20]. Ситуация быстро **развивается**, ежедневно увеличивается количество заболевших и погибших. Ведутся различные научные и клинические исследования^[21]. Многие научные и медицинские издательства и организации подписались под заявлением о свободном доступе и обмене информацией, связанной с новым заболеванием^[22].

11 марта распространение вируса было признано **пандемией**^[23]. Эта эпидемия является первой в истории человечества^[24] пандемией, которая может быть взята под контроль^[25]. Правительствам имеет смысл подготовить списки обученного персонала, который способен взять ситуацию под контроль, а также списки медикаментов, **средств индивидуальной защиты**, припасов и оборудования, необходимых для лечения^{[26][27]}. ВОЗ призывает страны к подготовке больниц, обеспечению защиты медицинских работников и к решению о необходимости принятия тех или иных мер **социального дистанцирования**^[28].

31 декабря 2019 года **Всемирная организация здравоохранения** была проинформирована об обнаружении случаев пневмонии, вызванной неизвестным возбудителем, 3 января китайские службы сообщили ВОЗ о 44 случаях пневмонии в городе **Ухань** провинции **Хубэй**^[31]. Патоген оказался новым коронавирусом (ныне известным как SARS-CoV-2, ранее — под временным названием 2019-nCoV^[21]), который ранее не обнаруживался среди человеческой популяции^[32]. 30 января 2020 года в связи со вспышкой эпидемии ВОЗ объявила чрезвычайную ситуацию международного значения в области здравоохранения^[32], а 28 февраля 2020 года ВОЗ повысила оценку рисков на глобальном уровне с высоких на очень высокие^[20]. 11 марта 2020 года **эпидемия** была признана **пандемией**^[23]. Пандемия опасна тем, что одновременное заболевание инфекцией множества людей может привести к перегруженности системы здравоохранения с повышенным количеством госпитализаций и летальных исходов^[33]. Системы здравоохранения могут оказаться не готовы к необычайно большому количеству тяжелобольных пациентов^[34]. Наиболее важной ответной мерой по отношению к инфекции являются не лечебные мероприятия, а снижение скорости её распространения^{[35][33]}, чтобы растянуть её во времени и снизить, таким образом, нагрузку на системы здравоохранения^[34]. Эпидемия закончится, как только среди населения выработается достаточный **коллективный иммунитет**^[34].

Согласно анализу 72 314 случаев заболеваний, проведённому Центром по контролю и предотвращению заболевания Китая, по состоянию на 11 февраля 2020 года 87 % случаев заболевания приходились на возраст от 30 до 79 лет, 1 % — на детей 9 лет и младше, ещё 1 % —

на детей и подростков в возрасте от 10 до 19 лет, а 3 % заболевших были пожилыми людьми в возрасте от 80 лет. Соотношение мужского и женского пола составило 51 % к 49 % соответственно. Среди заболевших 4 % были медицинскими работниками^[19]. На примере Китая стало понятно, что распространение инфекции можно ограничивать, останавливая вспышки заболеваемости^[9].

Коронавирусное заболевание COVID-19 вызывается ранее неизвестным бетакоронавирусом (англ.)русск. SARS-CoV-2, который был обнаружен в образцах жидкости, взятой из лёгких в группе пациентов с пневмонией в китайском городе Ухань в декабре 2019 года. SARS-CoV-2 относится к подроду Sarbecovirus и является седьмым по счёту известным коронавирусом, способным заражать человека^[32].

SARS-CoV-2 является РНК-содержащим вирусом с оболочкой. Исследования предполагают, что вирус является результатом рекомбинации коронавируса летучих мышей с другим, пока ещё не известным, коронавирусом. Предполагается, что человеку вирус передался от панголина^{[36][32]}. Функциональные сайты белка пепломера вируса SARS-CoV-2 практически идентичны таковому у вируса, обнаруженного у панголинов^[37]. Полный геном вируса уже расшифрован, находится в открытом доступе и доступен в том числе через базу GenBank, а одно предварительное исследование предполагает существование двух штаммов вируса, обозначаемых как L и S, при этом L, вероятно, является изначальным вариантом вируса, который распространялся в Ухане, он более агрессивен и встречается реже^[32].

Вирус передаётся воздушно-капельным путём через вдыхание мелких капель, распылённых в воздухе при кашле, чихании или разговоре^[38]. Капли с вирусом могут попадать на поверхности и предметы, а затем инфицировать прикоснувшегося к ним человека через последующие прикосновения к глазам, носу или рту^[9]. Вирус может оставаться жизнеспособным в течение нескольких часов, попадая на поверхности предметов. На стальных поверхностях и на пластике он может сохраняться до 2—3 дней^[39]. Исследование с сильным распылением показало, что вирус мог бы находиться в воздухе до нескольких часов, однако ВОЗ уточняет, что в естественных и медицинских условиях распыление происходит иным способом, а о передаче вируса по воздуху пока не сообщалось^[40]. По данным Китайского центра по контролю и профилактике заболеваний жизнеспособный вирус был обнаружен в фекалиях больных COVID-19, что означает возможность фекально-оральной передачи инфекции, например, через контаминированные руки, пищу и воду^[41], однако данный механизм передачи не является основным в случае COVID-19^[9]. Есть также сообщения о том, что вирус обнаруживался в крови и слюне^[32].

В одном из исследований сообщается о случае заболевания внутри семьи, где у двух членов семьи отсутствовали какие-либо симптомы и аномалии на рентгеновских снимках, но пробы слизи из верхних дыхательных путей показали наличие вируса. Таким образом, возможны бессимптомные случаи инфекции^[42]. Хотя известный случай передачи инфекции при её бессимптомном течении^[43] подвергся критике, становится всё больше свидетельств возможной передачи инфекции от бессимптомных носителей^[32].

По состоянию на конец февраля 2020 года не было доказательств возможности развития внутриутробной инфекции или каких-либо осложнений после неё у новорождённых, если у матери выявлена пневмония на третьем триместре беременности^[44]. Тем не менее выборки у текущих исследований крайне маленькие, а Национальная комиссия по здравоохранению Китая дала рекомендации вести мониторинг беременных в том числе и после выздоровления, а также изолировать младенца от больной матери после рождения как минимум на 14 дней^[45].

В Китае передача идёт в основном в кругу семьи, внутрибольничная передача в данной стране для инфекции не характерна^[12].

Есть сообщения о передаче инфекции от человека домашним кошкам, тиграм и львам. Экспериментально выяснено, что вирус может легко передаваться между домашними кошками. Возможность передачи от кошек к человеку требует дальнейших исследований^[46].

Предположительно вирус эффективнее передаётся в сухих и холодных условиях, а также в тропических с высокой абсолютной влажностью. Пока есть лишь косвенные свидетельства в пользу зимней сезонности в северном полушарии^[47]. Однако анализ корреляционных связей

между метеорологическими параметрами и скоростью распространения инфекции в китайских городах не выявил взаимосвязи скорости распространения с температурой окружающей среды^[48].

Основная литература

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
2. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - Москва: Медицина, 1990.

Дополнительная литература:

1. Дэвид А. Митчелл, Анастасиос Н. Канатас. Введение в хирургию устного и челюстно-лицевого хирургов - 2015 (переведено на русский язык кафедрой). Принципы перфориральной и челюстно-лицевой хирургии-2004.
2. Нелима Анил Малик, учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии-2008
4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». М.: «Медицина», 2000.
5. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - Хирург лучевой терапии и химиотерапии при Руководстве по хирургической стоматологии. - Москва: Медицина, 2000, стр. 1.
6. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. «Сепсис».: Медицина, 1983.
7. Вязьмитина А.В., Использование И.Т.Л. «Хирургическая стоматология»: практика. Phenix. 2006.
8. Жилонов А.А. Абдуллаев Ш.Ю. Кудратов Ш. Садыкова Х.К. «Операция лица и челюсти» Т., 2016.
9. Рабухина Н.А. «Радиодиагностические методы диагностики некоторых заболеваний челюстно-лицевой области». М.: «Медицина», 1990.
10. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. «Хирургическая стоматология». М.: «Медика», 1996.
11. Сабо Е. «Хирургия на амбулаторной зубов и полости рта». Академия наук Венгрия, Будапешт. 1977.
12. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи». М.: «Медицина», 2001.
13. Шаргородский А.Г. «Руководство по практическим занятиям по хирургической стоматологии». М.: «Медицина», 1976.
14. Письменные тексты.

ТЕМА 16. Методика удаления верхних больше коренных зубов

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

69. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.
70. Тесты 1 уровня сложности.
71. Тесты 2 уровня сложности.
72. Ситуационные задачи.

2. Продолжительность изучения темы - количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;

- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполнять амбулаторную карту;
- заполнять стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственности в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаимодействующих в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия — строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения — организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена — санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии — стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия — понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания — организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология — обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

Удаление зуба является одной из самых распространенных операций в поликлинической стоматологической практике. Для проведения ее требуются знание последовательности технических приемов исполнения, навыки владения специальными инструментами.

Показания. Операция может проводиться по неотложным показаниям и в плановом порядке.

К срочному удалению зуба прибегают при гнойном воспалительном процессе в периодонте, когда, несмотря на предшествующее консервативное лечение, он не купируется, а наоборот, нарастает. По неотложным показаниям удаляют зуб, являющийся источником инфекции при остром остеомиелите, а также периостите, околочелюстном абсцессе и флегмоне, синусите,

лимфадените, когда они не подлежат консервативному лечению или не представляют функциональной ценности

Показания к плановому удалению зуба следующие:

- 1) безуспешность эндодонтического лечения при наличии хронического воспалительного очага в периодонте и окружающей кости. Это вмешательство особенно показано при хронической интоксикации организма больного из одонтогенных очагов инфекции (хронический пародонтит);
- 2) невозможность консервативного лечения из-за значительного разрушения коронки зуба или технических трудностей, связанных с анатомическими особенностями (непроходимые или искривленные каналы корней); погрешности лечения, вызвавшие перфорацию корня или полости зуба;
- 3) полное разрушение коронковой части зуба, невозможность использовать оставшийся корень для зубного протезирования;
- 4) подвижность III степени и выдвижение зуба вследствие резорбции кости вокруг альвеолы при тяжелой форме пародонтита и пародонтоза;
- 5) неправильно расположенные зубы, травмирующие слизистую оболочку рта, языка и не подлежащие ортодонтическому лечению. Такие зубы удаляют и по эстетическим показаниям;
- 6) не прорезавшиеся в срок или частично прорезавшиеся зубы, вызывающие воспалительный процесс в окружающих тканях, который ликвидировать другим путем невозможно;
- 7) расположенные в щели перелома зубы, мешающие репозиции отломков и не подлежащие консервативному лечению;
- 8) выдвинувшиеся в результате потери антагониста зубы, конвергирующие и дивергирующие зубы, мешающие изготовлению функционального зубного протеза. Для устранения аномалии прикуса при ортодонтическом лечении удаляют даже устойчивые, не пораженные кариесом зубы.

Установив показания к операции удаления зуба, определяют срок ее проведения. Он зависит от общего состояния организма больного, имеющихся сопутствующих заболеваний различных органов и систем.

Противопоказания. Ряд общих и местных заболеваний, а также некоторые физиологические состояния являются относительными противопоказаниями к этому вмешательству. Удаление зуба у таких больных можно выполнить после соответствующего лечения и подготовки. Относительным (временным) противопоказанием к операции удаления зуба являются следующие заболевания:

- 1) сердечно-сосудистые заболевания (предынфарктное состояние и 3—6 месяцев после перенесенного инфаркта миокарда, гипертоническая болезнь в период криза, ишемическая болезнь сердца с частыми приступами стенокардии, пароксизм мерцательной аритмии, пароксизмальная тахикардия, острый септический эндокардит и др.);
- 2) острые заболевания паренхиматозных органов - печени, почек, поджелудочной железы (инфекционный гепатит, гломерулонефрит, панкреатит и др.);
- 3) геморрагические диатезы (гемофилия, болезнь Верльгофа, С-авитаминоз); заболевания, протекающие с геморрагическими симптомами (острый лейкоз, агранулоцитоз);
- 4) острые инфекционные заболевания (грипп, острые респираторные заболевания, рожи, рожистое воспаление, пневмония);
- 5) заболевания центральной нервной системы (острое нарушение мозгового кровообращения, менингит, энцефалит);
- 6) психические заболевания в период обострения (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия);
- 7) острая лучевая болезнь I—III стадий;
- 8) заболевания слизистой оболочки рта (стоматит, гингивит, хейлит).
- 9) После лечения этих заболеваний и улучшения состояния больных проводится удаление зуба. Целесообразно это сделать после консультации с соответствующим специалистом. Больным с тяжелыми сопутствующими заболеваниями удалить зуб лучше в условиях стационара.

Обследование. При наличии показаний к удалению зуба необходимо решить вопросы по подготовке больного к хирургическому вмешательству, о способе обезболивания, методике операции, необходимом инструментарии.

Перед операцией врач должен внимательно обследовать подлежащий удалению зуб. При осмотре коронки нужно установить степень ее разрушения, отметить аномалию зуба и в

зависимости от этого выбрать соответствующие щипцы. Во время осмотра определяют наличие воспаления, степень патологической подвижности зуба. По рентгенограмме устанавливают состояние костной ткани в области корней, количество, форму, размер и степень расхождения или сращения корней зуба, а также взаимоотношение их с дном полости носа, верхнечелюстной пазухой, нижнечелюстным каналом. Важно выяснить, соединены ли корни зуба перегородкой, прочна ли она и целесообразно ли предварительное разъединение корней.

Полученные при обследовании данные позволяют составить план оперативного вмешательства и выбрать для его проведения необходимые хирургические инструменты.

Подготовка больного. Спокойное поведение больного во время удаления зуба создает благоприятные условия для его выполнения. Поэтому надо рассказать больному об ощущениях, которые он будет испытывать во время вмешательства. Тогда он будет подготовлен к ним и меньше станет на них реагировать.

Больным с лабильной нервной системой следует провести седативную подготовку малыми транквилизаторами.

Перед операцией больному предлагают снять стесняющую его одежду, ослабить ремень, расстегнуть воротничок верхней рубашки или платья.

Подготовка рук врача. В поликлинике врач осуществляет массовый хирургический прием. Операции он должен выполнять в хирургической маске. >

Особенно важным моментом подготовки является обработка рук перед операцией. Врач моет руки мылом с щеткой в проточной воде, высушивает стерильной салфеткой или полотенцем и обрабатывает 2—3 мин 70 % этиловым спиртом. Вместо спирта кожу рук можно протереть 0,5 % спиртовым раствором хлоргексидина биглюконата. Операцию предпочтительно выполнять инструментами (аподактильно), избегая прикосновения пальцами рук к операционной ране.

При работе в резиновых перчатках их обрабатывают так же, как и кожу рук.

Подготовка операционного поля. Перед операцией производят механическое удаление, налета и пищевых остатков со слизистой оболочки и зубов на участке, где должна проводиться операция. С этой целью их протирают марлевым тампоном, смоченным 0,1 % раствором перманганата калия или каким-либо другим слабым антисептическим раствором. Снимают зубные отложения с удаляемого зуба и рядом расположенных зубов, так как во время вмешательства они могут попасть в лунку зуба и инфицировать ее. Приступая к операции, смазывают слизистую оболочку вокруг края десны 1—2 % настойкой йода. Применение 5 % йодной настойки может вызвать ожог.

Когда удаляют зуб путем выпиливания, кожу лица больного обрабатывают 70% этиловым спиртом или 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина биглюконата, накрывают стерильным полотенцем или специальной стерильной накидкой.

МЕТОДИКА УДАЛЕНИЯ ЗУБА

Удаление зуба заключается в насильственном разрыве тканей, связывающих корень зуба со стенками лунки и десной, и выведении его из лунки. При выведении расходящихся и искривленных корней из лунки стенки ее во время вмешательства смещаются и вход в нее расширяется.

Удаление зуба производят специальными инструментами — щипцами и элеваторами (рычаги). В некоторых случаях удалить зуб ими не удастся. Тогда используют бормашину для удаления кости, препятствующей извлечению корня (операция выпиливания корня).

Операцию начинают с отделения круговой связки от шейки зуба и десны от края альвеолы. Лучше всего это сделать гладилкой или узким плоским распатором. Тщательное отделение круговой связки и десны облегчает продвижение щечек щипцов под десну и предупреждает разрыв слизистой оболочки во время вмешательства.

Удаление зуба складывается из ряда приемов, проводимых в определенной последовательности: 1) наложение щипцов; 2) продвижение щечек щипцов под десну; 3) смыкание щипцов (фиксация); 4) вывихивание зуба (люксация или ротация); 5) извлечение зуба из лунки (тракция). От четкого и последовательного выполнения этих приемов зависит успех хирургического вмешательства.

Наложение щипцов. Выбрав щипцы соответственно удаляемому зубу, их держат в руке по одному из способов. Затем раскрывают щечки щипцов настолько, чтобы коронка зуба могла поместиться между ними.

Одну щечку щипцов накладывают на зуб с наружной (вестибулярной) стороны, другую — с внутренней (оральной). Ось щечек щипцов обязательно должна совпадать с осью зуба. Неправильное наложение щипцов приводит к перелому корня во время вывихивания зуба.

Продвигание щечек щипцов. Надавливая на щипцы, продвигают щечки под десну. На верхней челюсти это делают движением руки, удерживающей щипцы, на нижней — надавливанием на область замка I пальцем левой руки. Следят, чтобы ось щечек щипцов совпадала с осью зуба.

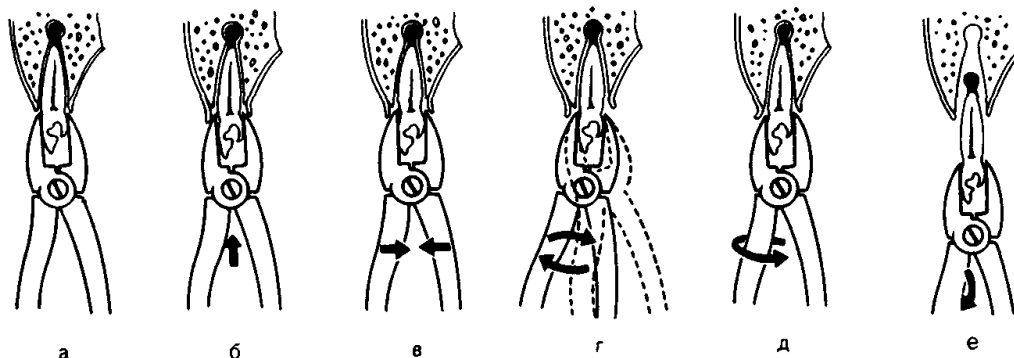


Рис. 34. Удаление зубов щипцами.

а — наложение щипцов; б — продвижение щечек щипцов; в — смыкание щипцов; г — вывихивание зуба раскачиванием (люксация); д — вывихивание зуба вращением (ротация); е — извлечение зуба из лунки (тракция).

Щечки щипцов продвигают до шейки зуба, дальнейшему продвижению мешает край альвеолы (рис. 34, а). При рассасывании кости вокруг корня зуба удастся продвинуть щипцы глубже на верхнюю часть корня. Для получения хорошей фиксации щипцов при удалении зуба с полностью разрушенной коронкой накладывают щечки щипцов на края альвеолы (рис. 34, б). Во время удаления зуба эти участки кости отламываются.

Смыкание щипцов. Оно должно быть таким, чтобы удаляемый зуб был прочно зафиксирован в щипцах (рис. 34, в). Зуб и щипцы при этом образуют общее плечо рычага. При перемещении щипцов одновременно должен смещаться и зуб. Если смыкание щипцов недостаточно прочное, то они перемещаются по зубу или соскальзывают с него. При слабой фиксации щипцов удалить зуб нельзя. Сжатие ручек щипцов с чрезмерной силой приводит к раздавливанию коронки или корня, особенно когда их прочность снижена в результате кариозного процесса.

Вывихивание зуба. Во время вывихивания зуба разрывают волокна периодонта, связывающие его корень со стенками лунки. Одновременно с этим стенки лунки смещаются или надламываются. Вывихивают зуб двумя способами: 1) раскачиванием (люксация) наружу и внутрь, смещая щипцы вместе с зубом поочередно в вестибулярную и оральную стороны (рис. 34, г); 2) вращением (ротация) вокруг оси зуба на 20—25° сначала в одну, затем в другую сторону (рис. 34, д).

Люксацию и ротацию следует производить постепенно, без грубых движений и рывков. Раскачивание зуба надо начинать в сторону наименьшего сопротивления, где стенка лунки тоньше и, следовательно, наиболее податлива. Первое раскачивающее зуб движение делают слабым, в дальнейшем амплитуду движений постепенно увеличивают. Во время вывихивания щипцы должны быть постоянно сомкнутыми и плотно удерживать зуб.

На верхней челюсти наружная (вестибулярная) стенка альвеолы тоньше, чем внутренняя (небная). Поэтому первое вывихивающее движение при удалении зубов верхней челюсти следует производить наружу. Исключение составляет первый большой коренной зуб, в области которого наружная стенка альвеолы утолщается за счет скулоальвеолярного гребня.

На нижней челюсти толщина компактного слоя альвеол в области резцов, клыка и малых коренных зубов с наружной стороны меньше, чем с внутренней (язычной). В области больших коренных зубов толщина компактного слоя кости увеличивается за счет проходящего здесь костного гребня (косая линия). Особенно толстая компактная кость с наружной стороны у второго и третьего больших коренных зубов, с внутренней, наоборот, тонкая. У первого большого коренного зуба толщина стенок альвеолы с наружной и внутренней стороны одинакова. Первое вывихивающее движение при удалении этих зубов производят во внутреннюю (язычную) сторону, при удалении остальных зубов нижней челюсти — в наружную (вестибулярную).

Вращательные движения — ротацию — производят при удалении зубов, имеющих один корень, напоминающий по своей форме конус. Такими зубами являются резцы и клык верхней челюсти и разъединенные корни первого малого коренного и больших коренных зубов верхней челюсти. Однако только вращательными движениями удалить эти зубы и корни удастся не всегда. Тогда ротацию приходится сочетать с люксацией.

Извлечение зуба из лунки (тракция). После того как корни зуба потеряли связь с альвеолой и движения щипцов вместе с зубом стали свободными, приступают к выведению зуба из лунки и из полости рта. Производят это плавно, без рывков, чаще наружу, вверх или вниз (в зависимости от того, на какой челюсти удаляют зуб) (рис. 34, е).

Если начинают извлекать зуб из лунки до потери связи с альвеолой и применять при этом усилие, то в момент разрыва связочного аппарата зуба щипцы с силой могут ударить по зубам противоположной челюсти и повредить их или ранить слизистую оболочку.

Успех операции удаления зуба зависит не от физической силы врача, а от правильного и последовательного выполнения всех этапов операции.

Положение больного и врача при удалении зубов. Операция удаления зуба выполняется в стоматологическом кресле. От правильного положения больного и врача во время этого вмешательства во многом зависит исход операции.

Обычно удаление зуба проводят в сидячем или полуполежащем положении. У больных, испытывающих сильный страх и беспокойство в связи с вмешательством, а также у лиц с тяжелыми сопутствующими заболеваниями во время операции нередко развивается острая сосудистая недостаточность (обморок, коллапс). Чтобы избежать этих осложнений, перед удалением зуба у них целесообразно откинуть до горизонтального положения спинку кресла и приподнять подголовник.

Положение больного в кресле должно быть таким, чтобы операционное поле было хорошо обозримо и имелись благоприятные условия для выполнения врачом всех приемов операции. Подголовник должен быть прочно фиксирован, чтобы голова больного не смещалась во время операции.

При удалении зубов верхней челюсти больной сидит в кресле с несколько откинутой спинкой и подголовником. Кресло поднимают настолько, чтобы удаляемый зуб находился на уровне плечевого сустава врача. Врач находится справа и спереди от больного (рис. 35, а). Это положение больного и врача способствует успешному выполнению операции.

При удалении зубов нижней челюсти кресло опускают, спинку его и подголовник перемещают так, чтобы туловище и голова больного находились в вертикальном положении или голова была слегка наклонена вперед, а нижняя челюсть располагалась на уровне локтевого сустава опущенной руки врача. Во время удаления малых и больших коренных зубов на правой стороне нижней челюсти врач стоит справа и несколько кзади от больного. При удалении всех зубов слева и передних зубов справа врач располагается несколько впереди и справа от больного.

Вначале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание на проблемах удаления зубов верхней челюсти.

Перечень рассматриваемых вопросов

1. Положение больного и врача при удалении зубов верхней челюсти
2. Удаление отдельных групп зубов верхней челюсти
3. Особенности удаления большого третьего коренного зуба

Краткое изложение рассматриваемых вопросов

Методика удаления каждого из зубов имеет свои особенности. Она зависит от формы, количества и расположения корней, от толщины и плотности кости вокруг корня зуба, вида инструмента.

Удаление верхних резцов. Центральный резец имеет один конусовидной формы и округлых очертаний корень. У бокового резца тоже один конусовидный корень, но он тоньше и короче, чем у центрального резца. Корень бокового резца слегка сдвинут с боков, поэтому поперечный срез у него имеет форму овала. Верхушка корня иногда загнута в небную сторону. Наружная стенка лунки в области этих зубов тоньше, чем внутренняя.

Для удаления резцов врач становится справа и впереди от больного. При удалении бокового резца с левой стороны больной должен слегка повернуть голову вправо, при удалении правого бокового резца — влево.

Удаление верхнего клыка. Клык имеет один длинный, массивный и сдвинутый с боков корень. Поперечное сечение его напоминает очертания треугольника. Верхняя часть корня в 30 % случаев искривлена. С наружной стороны корня кость тоньше, чем с внутренней. Однако обе стенки альвеолы значительно толще, чем у резцов. Все это создает определенные трудности при удалении клыка.

Положение врача и расположение пальцев левой руки такое же, как при удалении резцов. Во время удаления правого клыка больной должен повернуть голову несколько влево, при удалении

левого — вправо. Такое положение головы более удобно для проведения операции. Клык удаляют прямыми щипцами с широкими щечками.

Удаление верхних малых коренных зубов. Корни этих зубов сдавлены в переднезаднем направлении. Корень первого малого коренного зуба в 50 % случаев полностью расщеплен на два тонких корня (щечный и небный), редко — на три (два щечных и один небный). Корень второго малого коренного зуба сплюснут, на боковых поверхностях имеет продольные желобки, верхушечный отдел его бывает расщеплен. Если корень первого малого коренного зуба расщеплен, то небный корень располагается глубоко в кости. Наружная стенка альвеолы этих зубов тоньше, чем внутренняя.

Во время удаления туловище больного наклонено кзади, голова запрокинута.

Верхние малые коренные зубы расположены в среднем отделе зубного ряда, поэтому удаление их осуществляют специальными щипцами, имеющими S-образный изгиб.

Удаление верхних больших коренных зубов. Первый и второй большие коренные зубы имеют по три корня: два щечных, один небный. Щечные корни сдавлены с боков, короче и тоньше, чем небный. Небный корень массивный, конусовидной формы. Иногда (особенно у второго большого коренного зуба) происходит сращение щечных корней между собой или щечного с небным, реже — всех трех корней. У первого большого коренного зуба корни длиннее, чем у второго, и больше расходятся в стороны (особенно небный корень). Верхняя часть корней этих зубов может быть слегка искривлена.

Положение больного, врача и пальцев левой руки такое же, как при удалении малых коренных зубов.

Удаляют большие коренные зубы раскачиванием в щечную и небную сторону. Вывихивание первого большого коренного зуба начинают в небную сторону, второго — в щечную. Зуб извлекают из лунки вниз и наружу.

Удаление третьего большого коренного зуба. Этот зуб имеет несколько, часто слившихся между собой корней, образующих конгломерат конусовидной формы. Коронка зуба меньше, а корни короче и более искривлены, чем у первого и второго больших коренных зубов. Для удаления этого зуба применяют специальные щипцы. Они имеют штыковидную форму, короткие и широкие щечки с закругленными концами и ямками (для охвата коронки зуба) с внутренней стороны.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет, студенты создают группы по 2-3 человека, один из которых имитирует больного, другой обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания) осмотр. При этом оцениваются знания как студента «больного» — правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента «врача» — насколько корректно, логично целенаправленно со знанием темы проводить обследование больного.

Используется на данном занятии новые педагогические технологии: деловые игры «Черный ящик», «Паутина».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрного ящика» неизвестный вопрос, рентгеновские снимки. Студенты должны определить этот снимок, подробно обосновав свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по методике проведения операции. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников — участников этого конкурса.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

6. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
7. Участники сидят по кругу.
8. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на

который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.

9. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
10. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

На данном занятии используется новые педагогические технологии:
деловая игра «КРУГЫЙ СТОЛ»

Для работы необходимо:

1. Набор вопросов и ситуационных задач, распечатанных на отдельных листах
2. Номерки для жеребьевки по числу студентов в группе
3. Чистые листы бумаги, ручки.

Ход работы:

1. Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы.
2. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку.
3. На листе пишется дата, номер группы, факультет, Ф. И.О., студентов – участников данной подгруппы (название деловой игры).
4. Один из участников каждой из подгруппы берет из конверта вопрос или ситуационную задачу уровень сложности заданий для всех подгрупп примерно одинаков.
5. Студенты переписывают на лист своё задание.
6. По кругу пускается лист.
7. Каждый студент записывает свой вариант ответа и передает лист другому.
8. На ответ каждого студента отводится 3 минуты.
9. По истечении времени работы сдаются преподавателю.
10. Все участники обсуждают результаты, выбирают наиболее правильные ответы, за которые ставится максимальный балл.
11. На обсуждение отводится 15 минут
12. Студенты получают за ответы баллы из рейтинга теоретической части занятия
13. Полученный студентами балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие.
14. В свободной нижней части журнала делается отметка о проведении игры.
15. Работы студентов сохраняются преподавателем.

Набор вопросов для проведения деловой игры:

1. Показания к удалению зубов
2. Относительные противопоказания к удалению зубов
3. Абсолютные противопоказания к удалению зубов
4. Обследование больного перед удалением зубов
5. Подготовка больного к удалению зуба
6. Подготовка рук врача
7. Подготовка операционного поля

Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в (%) и баллах	Оценка	Уровень знания студента
1.	96-100		Подводит итоги и принимает решения Творчески мыслит Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа

		Отлично «5»	Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
2.	91-95		Творчески мыслит Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
3.	86-90		Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
4.	81-85	Хорошо «4»	Применяет на практике Проявляет высокую активность при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не достаточно полно Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
5.	76-80		Проявляет активность при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точно представления
6.	71-75		Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
7.	66-70	Удовлетворительно «3»	Понимает суть вопроса Правильно решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответ Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления по отдельным вопросам темы
8.	61-65		Допускает ошибки при решении ситуационных задач Знает, рассказывает не уверенно Имеет точные представления по отдельным вопросам темы
9.	55-60		Знает, рассказывает не уверенно Имеет частичные представления

10.	54 и ниже	Неудовлетворительно «2»	Не имеет точного представления Не знает
-----	-----------	----------------------------	--

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин.
			80
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение домашнего задания	Опрос, объяснение	15
3	Обследование больного в стационаре		5
4	Усовершенствование практических навыков, работа с муляжами, клинико-лабораторным оборудованием, аппаратурой	Работа с клинико-лабораторным оборудованием	15
5	Обсуждение практической части занятия	Опрос, объяснение	10
6	Обсуждение темы занятия, реферативное сообщение, семинар, дискуссия	Реферативное сообщение, семинар, дискуссия	10
7	Работа в группе. Демонстрация видеозаписей по теме, разбор ситуационных задач, компьютерные программы, деловые игры и т.д.	Демонстрация, интерактивные формы - активные, пассивные	10
8	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 бальной системе и её оглашение. Дача задания студентам на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	10

10. Контрольные вопросы

32. Понятие о хирургической стоматологии как о науке.
33. Развитие хирургической стоматологии в Узбекистане.
34. Помещение хирургического отделения (кабинета).
35. Санитарные требования предъявляемые при организации хирургической стоматологической помощи.
36. Штатные нормативы медицинского персонала.
37. Организация лечебной работы в поликлинике и клинике хирургической стоматологии.
38. Организация стоматологической помощи в стационаре.
39. Ведение медицинской документации.
40. Понятие об асептике и антисептике.

Основная литература

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
2. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - Москва: Медицина, 1990.

Дополнительная литература:

1. Дэвид А. Митчелл, Анастасиос Н. Канатас. Введение в хирургию устного и челюстно-лицевого хирургов - 2015 (переведено на русский язык кафедрой). Принципы перфориральной и челюстно-лицевой хирургии-2004.
2. Нелима Анил Малик, учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии-2008
4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». М.: «Медицина», 2000.
5. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - Хирург лучевой терапии и химиотерапии при Руководстве по хирургической стоматологии. - Москва: Медицина, 2000, стр. 1.
6. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. «Сепсис».: Медицина, 1983.

7. Вязьмитина А.В., Использованиеевич Т.Л. «Хирургическая стоматология»: практика. Phenix. 2006.
8. Жилонов А.А. Абдуллаев Ш.Ю. Кудратов Ш. Садыкова Х.К. «Операция лица и челюсти» Т., 2016.
9. Рабухина Н.А. «Радиодиагностические методы диагностики некоторых заболеваний челюстно-лицевой области». М.: «Медицина», 1990.
10. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. «Хирургическая стоматология». М.: «Медика», 1996.
11. Сабо Е. «Хирургия на амбулаторной зубов и полости рта». Академия наук Венгрия, Будапешт. 1977.
12. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи». М.: «Медицина», 2001.
13. Шаргородский А.Г. «Руководство по практическим занятиям по хирургической стоматологии». М.: «Медицина», 1976.
14. Письменные тексты.

Тема 17: Методика удаления нижних фронтальных, малых коренных и больше коренных зубов

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

73. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.
 74. Тесты 1 уровня сложности.
 75. Тесты 2 уровня сложности.
 76. Ситуационные задачи.
2. Продолжительность изучения темы -количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполняют амбулаторную карту;
- заполняют стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждение акционерного типа и на правах товариществе ограниченной ответственность в котрых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаимодействующих в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия — строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения — организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена — санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии — стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия — понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания — организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология — обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание на проблемах удаления зубов нижней челюсти.

Перечень рассматриваемых вопросов

1. Положение больного и врача при удалении зубов нижней челюсти
2. Удаление отдельных групп зубов нижней челюсти
3. Особенности удаления большого третьего коренного зуба

Краткое изложение рассматриваемых вопросов

Удаление нижних резцов. У этих зубов один прямой, тонкий и значительно сдавленный с боков корень, имеющий в поперечном сечении форму вытянутого овала. У бокового резца корень может быть слегка загнут. Кость с наружной стороны у альвеол в области этих зубов тоньше, чем с внутренней.

При удалении нижних резцов больной сидит в кресле в вертикальном положении, голова наклонена немного вперед, подбородок опущен. Врач стоит справа и несколько впереди больного, I пальцем левой руки он отодвигает нижнюю губу и упирается им с наружной стороны альвеолы удаляемого зуба, II пальцем прижимает альвеолу с внутренней стороны, III палец помещает на подбородок и придерживает им нижнюю челюсть.

Удаляют нижние резцы щипцами, изогнутыми по ребру, с узкими щечками. Использование щипцов с широкими щечками может привести к повреждению соседнего зуба. Щипцы накладывают на зуб таким образом, чтобы одна из щечек располагалась с язычной стороны, другая — с губной, а ручки находились с наружной стороны челюсти. Вывихивают зуб из лунки путем раскачивания. Вначале смещают его в губную сторону, где кость тоньше и податливее, затем — в язычную. Извлекают зуб из лунки вверх и кнаружи.

Удаление нижнего клыка. Корень этого зуба шире и длиннее, чем у резцов. Он сдавлен с боков, имеет конусовидную форму. На боковых поверхностях проходят хорошо выраженные продольные бороздки. Верхушка корня бывает искривлена, очень редко раздваивается на язычную и губную части. Наружная стенка альвеолы тоньше, чем внутренняя.

Положение больного при удалении нижнего клыка такое же, как и при удалении нижних резцов. Врач становится справа и впереди больного. При удалении левого клыка больной поворачивает голову несколько вправо, а правого — влево. Размещение пальцев левой руки врача аналогично положению при удалении нижних резцов.

Для удаления клыка используют щипцы, предназначенные для удаления нижних малых коренных зубов, имеющие более широкие щечки. Вывихивают зуб, раскачивая его вначале в губную, затем в язычную сторону. Для окончательного освобождения корня зуба от удерживающих его тканей можно произвести легкие вращательные движения. Извлекают зуб из лунки и вверх и кнаружи.

Удаление нижних малых коренных зубов. Эти зубы имеют один закругленный, несколько сдавленный с боков (особенно в верхней части) корень. Иногда он искривлен. Корень второго малого коренного зуба более массивный и длинный, раздвоение его в области верхушки встречается очень редко. Щечная стенка альвеолы в этих зубах несколько тоньше, чем язычная, или обе стенки почти одинаковой толщины.

При удалении правых малых коренных зубов врач стоит справа и немного позади больного. Обхватив левой рукой его голову, он вводит в полость рта I и II пальцы и захватывает ими с двух сторон альвеолярный отросток. Одновременно II пальцем оттягивает угол рта и отодвигает щеку, I пальцем — язык. Остальными пальцами левой руки поддерживает нижнюю челюсть за подбородок.

Удаляя малые коренные зубы с левой стороны, врач становится справа и впереди больного, поворачивает его голову к себе, II пальцем левой руки он отодвигает щеку, III пальцем — язык, I пальцем поддерживает нижнюю челюсть за подбородок.

Щипцы для удаления малых коренных зубов по форме и устройству такие же, как и для удаления нижних резцов, только с более широкими щечками. Из-за толстых стенок альвеолы глубоко продвинуть щечки щипцов не удастся. Это вызывает определенные трудности при удалении, особенно при недостаточной прочности коронки зуба.

Вывихивают малые коренные зубы путем раскачивания, вначале в щечную, потом в язычную сторону. Форма корней зубов позволяет сочетать эти движения с легкими вращательными. Вывихнутый зуб извлекают из лунки вверх и в сторону щеки.

Удаление нижних больших коренных зубов. Первый и второй нижний большие коренные зубы имеют два корня: передний и задний. Корни сдавлены в переднезаднем направлении, плоские. Передний корень более длинный и толстый, нередко имеет небольшой дугообразный изгиб вперед. Задний корень прямой, отклонен кзади. В некоторых случаях наблюдаются значительное расхождение и искривление корней. Полное сращение корней или только их верхушечных отделов происходит редко. Лунки этих зубов имеют толстые и прочные стенки. У первого большого коренного зуба толщина щечной и язычной стенок лунки одинаковая, у второго — щечная стенка за счет проходящей здесь косой линии толще и мощнее язычной.

Положение больного, врача и пальцев левой руки такое же, как при удалении малых коренных зубов (рис. 36, в). Удаление выполняют клювовидными или изогнутыми по плоскости щипцами. Они имеют широкие щечки с треугольными выступами (шипами) на концах. Щипцы накладывают и продвигают так, чтобы треугольные выступы (шипы) щечек вошли в промежуток между корнями.

Вывихивают эти зубы раскачивающими движениями. Первый большой коренной зуб вывихивают вначале в щечную, затем в язычную сторону, второй — в язычную, потом в щечную сторону. Наличие двух расходящихся корней и значительная толщина костных стенок альвеолы иногда создают большие трудности при удалении больших коренных зубов.

Вывихнутый из лунки зуб извлекают вверх и в щечную сторону.

Удаление третьего большого коренного зуба. Этот зуб также имеет передний и задний корни. Они могут срастаться в один корень конусовидной формы. Часто корни значительно искривлены и загнуты назад. В некоторых случаях этот зуб имеет три и более расходящихся или сросшихся корня. С наружной стороны альвеола имеет очень толстый компактный слой кости (за счет косой линии), с внутренней — тонкий.

Аномалии зуба (размеров, формы, прорезывания), особенности строения кости создают нередко большие трудности при его удалении. Положение больного, врача и пальцев его левой руки такое же, как при удалении малых и больших коренных зубов. Удаление производят клювовидными щипцами или щипцами, изогнутыми по плоскости, имеющими на конце щечек треугольные выступы.

Вывихивают зуб плавными движениями, смещая его вначале в язычную, затем в щечную сторону. Иногда удалить зуб щипцами не удастся, тогда применяют элеваторы. Извлекают зуб из лунки вверх и в сторону щеки.

Используется на данном занятии новые педагогические технологии: деловые игры «Черный ящик», «Паутина».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрный ящика» неизвестный вопрос, рентгеновские снимки. Студенты должны определить этот снимок, подробно обосновав свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по методике проведения операции. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

11. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
12. Участники сидят по кругу.
13. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
14. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
15. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в (%) и баллах	Оценка	Уровень знания студента
1.	96-100	Отлично «5»	Подводит итоги и принимает решения Творчески мыслит Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
2.	91-95		Творчески мыслит Самостоятельно анализирует Применяет на практике

			Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
3.	86-90		Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
4.	81-85		Применяет на практике Проявляет высокую активность при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не достаточно полно Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
5.	76-80	Хорошо «4»	Проявляет активность при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точно представления
6.	71-75		Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
7.	66-70		Понимает суть вопроса Правильно решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответ Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления по отдельным вопросам темы
8.	61-65	Удовлетворительно «3»	Допускает ошибки при решении ситуационных задач Знает, рассказывает не уверенно Имеет точные представления по отдельным вопросам темы
9.	55-60		Знает, рассказывает не уверенно Имеет частичные представления
10.	54 и ниже	Неудовлетворительно «2»	Не имеет точного представления Не знает

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в
---	---------------	---------------	---------------------

			мин.
			80
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение домашнего задания	Опрос, объяснение	15
3	Обследование больного в стационаре		5
4	Усовершенствование практических навыков, работа с муляжами, клинико-лабораторным оборудованием, аппаратурой	Работа с клинико-лабораторным оборудованием	15
5	Обсуждение практической части занятия	Опрос, объяснение	10
6	Обсуждение темы занятия, реферативное сообщение, семинар, дискуссия	Реферативное сообщение, семинар, дискуссия	10
7	Работа в группе. Демонстрация видеозаписей по теме, разбор ситуационных задач, компьютерные программы, деловые игры и т.д.	Демонстрация, интерактивные формы - активные, пассивные	10
8	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания студентам на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	10

10. Контрольные вопросы

41. Понятие о хирургической стоматологии как о науке.
42. Развитие хирургической стоматологии в Узбекистане.
43. Помещение хирургического отделения (кабинета).
44. Санитарные требования предъявляемые при организации хирургической стоматологической помощи.
45. Штатные нормативы медицинского персонала.
46. Организация лечебной работы в поликлинике и клинике хирургической стоматологии.
47. Организация стоматологической помощи в стационаре.
48. Ведение медицинской документации.
49. Понятие об асептике и антисептике.

Тема 18: Методика удаления нижних больших коренных зубов

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

77. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.
78. Тесты 1 уровня сложности.
79. Тесты 2 уровня сложности.
80. Ситуационные задачи.

2. Продолжительность изучения темы - количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);

- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполнять амбулаторную карту;
- заполнять стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственности в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаиморазвивающихся в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия — строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения — организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена — санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии — стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия — понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания — организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология — обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

На нижней челюсти зубы удаляют клювовидными щипцами, изогнутыми по ребру (рис. 6.3).

Нижние резцы имеют по одному сплюсненному с боков тонкому корню. Такое анатомическое строение их в отличие от верхних фронтальных зубов не позволяет производить вывихивание ротационными движениями. Для удаления нижних резцов используют клювовидные изогнутые по ребру щипцы с узкими щечками в виде желобков и полукруглым концом. После наложения щипцов их продвигают по оси зуба при помощи I пальца левой руки. Вывихивание

производят люксацией с незначительной ротацией. Положение спинки кресла должно быть вертикальным, голова больного — слегка опущена. Первое вывихивающее движение направлено в губную сторону; зуб извлекают вверх и наружу. В отсутствие клювовидных щипцов нижние резцы можно удалить прямыми или штыковидными щипцами, предназначенными для верхних зубов.

Нижний клык имеет один мощный и длинный корень округлых очертаний, иногда несколько сплюснутый с боков. При удалении клыка слева врач становится впереди больного, а при удалении справа — с левой стороны. Используют клювовидные щипцы. Вывихивание клыка производят в вестибулярном, а затем в язычном направлении; допускаются небольшие ротационные движения. Извлекают клык в направлении вверх и впереди.

Нижние премоляры имеют по одному корню с овальным поперечным сечением. Иногда корень расщеплен на язычный и щечный. Для удаления нижних премоляров используют клювовидные щипцы. После максимально возможного продвижения щечек и их фиксации вывихивающие движения делают в виде люкации, постепенно увеличивая размах. В конце вывихивания можно осторожно сделать ротационное движение. При удалении правых нижних премоляров врач находится справа и сзади, а при удалении левых — спереди и справа от больного. Извлекают премоляры вверх и наружу.

Удаление нижних моляров из-за их анатомического строения, положения корней и наличия толстого участка альвеолярного отростка в области косой линии может представлять немалую сложность. Первый и второй моляры имеют по два корня — дистальный и проксимальный, иногда они искривлены. Лунки этих зубов толстые, мощные. У первого моляра толщина язычной и вестибулярной частей лунки одинакова. У второго моляра вестибулярная стенка толще. Эти зубы удаляют клювовидными щипцами с широкими щечками и шиповидными выступами. Щипцы накладывают и продвигают так, чтобы шипы прочно вошли в межкорневой промежуток. Первые вывихивающие движения при удалении первого моляра делают в губную, а второго моляра — в язычную сторону. Зубы извлекаются вверх и в сторону щеки.

Удаление третьего моляра в связи со значительным удалением его от угла рта в ряде случаев требует применения специальных, изогнутых по плоскости щипцов или элеваторов. Сложность удаления обуславливается также его атипичным расположением или значительным искривлением его корней. Зуб вывихивают осторожными и плавными движениями вначале в язычную, а затем в щечную сторону. Зуб извлекают из лунки вверх и в щечную сторону.

Удаление зубов элеватором. В тех случаях, когда удаление корней, а иногда и зубов щипцами оказывается безуспешным, применяют элеваторы (подъемники), действующие по принципу рычага первого рода, т.е. двуплечего рычага. Элеватор состоит из рабочей (щечки), промежуточной частей и массивной ручки (рис. 6.4). Существует большое количество различных форм элеваторов.

Прямой элеватор. Рабочая часть его представляет собой желобоватой формы щечку с заостренным концом. Предназначение этого элеватора — удаление одиночных корней верхних зубов, зубов, расположенных вне зубной дуги, иногда нижнего третьего большого коренного зуба (зуб мудрости). Корни верхних зубов удаляют путем вклинивания рабочей части элеватора между корнем и краем альвеолы. Делая вращательные движения элеватором, обращенным желобоватой частью щечки к корню, проникают в глубь лунки и выталкивают корень. Положение врача и больного такое же, как и при удалении верхних зубов щипцами.

Прямой элеватор удобнее всего держать всей кистью за ручку, при этом II палец располагают около щечки (см. рис. 6.4, а). Несмотря на разнообразие прямых элеваторов, следует отметить их главный недостаток: желобоватая часть рабочей части слишком массивная, что мешает ей глубоко проникнуть в периодонтальную щель. В связи с этим при глубоком расположении корня и массивном участке края альвеолы целесообразно фиссурным бором сформировать щель между корнем и краем альвеолы.

Опыт показывает, что для полного выполнения функции прямого элеватора щечки целесообразно сточить со стороны рабочей части их, превратив таким образом эту часть инструмента в тонкую и острую конусовидную пластинку. Модифицированный прямой элеватор легко проникает в периодонтальную щель, а качающие движения позволяют вывихнуть корень или зуб. Ось элеватора должна находиться под углом 45° по отношению к оси зуба, что предотвращает проталкивание корня в верхнечелюстную пазуху. Раньше широко применяли прямой элеватор, изогнутый по плоскости, — так называемую козью ножку, которым пользовались только при значительной подвижности корней постоянных или остатков временных

зубов. Инструмент вводили со щечной стороны корня, а затем рычагообразным движением корень вывихивали в язычную (небную) сторону. В настоящее время элеваторы этого вида имеют ограниченное применение

Элеваторы, изогнутые под углом (боковые), используют для удаления корней нижних зубов, главным образом моляров. Щечки этих элеваторов согнуты по ребру под углом 60—80° по отношению к оси инструмента. В зависимости от точки приложения силы элеватора им работают «от себя» и «на себя». При удалении корней нижних зубов положение врача и больного такое же, как и при работе щипцами. Элеватор следует удерживать всей кистью правой руки, кроме II пальца, который должен располагаться около щечки элеватора. Рабочую часть элеватора вводят между корнем и лункой или между двумя корнями так, чтобы вогнутая часть была обращена в сторону удаляемого корня (см рис 6 4, б, в).

При удалении корней многокорневых зубов щечку углового элеватора вводят в лунку уже удаленного корня, удаляют вначале межкорневую перегородку, а затем другие корни. Опираясь нерабочей частью щечки на соседний зуб, элеватором можно удалить корень в сторону пустой лунки.

Штыковидный элеватор Леклюза применяют чаще всего для удаления нижнего третьего моляра. Инструмент состоит из массивной ручки, соединенной под прямым углом со штыковидной промежуточной частью, конец рабочей части (щечка) заострен (см рис 6 4 г д). Положение больного и врача такое же, как и при удалении зуба щипцами. Острый конец щечки вводят так, чтобы уплощенная часть была обращена к удаляемому зубу, а закругленная — ко второму моляру, постоянно контролируя движение пальцами левой руки чтобы не вывихнуть третий моляр и предотвратить его аспирацию. В настоящее время как отечественной, так и зарубежной медицинской промышленностью налажен выпуск разнообразных штыковидных элеваторов.

Основная литература

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
2. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - Москва: Медицина, 1990.

Дополнительная литература:

1. Дэвид А. Митчелл, Анастасиос Н. Канатас. Введение в хирургию устного и челюстно-лицевого хирургов - 2015 (переведено на русский язык кафедрой). Принципы перфориральной и челюстно-лицевой хирургии-2004.
2. Нелима Анил Малик, учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии-2008
4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». М.: «Медицина», 2000.
5. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - Хирург лучевой терапии и химиотерапии при Руководстве по хирургической стоматологии. - Москва: Медицина, 2000, стр. 1.
6. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. «Сепсис». Медицина, 1983.
7. Вязьмитина А.В., Использование Т.Л. «Хирургическая стоматология»: практика. Phenix. 2006.
8. Жилонов А.А. Абдуллаев Ш.Ю. Кудратов Ш. Садыкова Х.К. «Операция лица и челюсти» Т., 2016.
9. Рабухина Н.А. «Радиодиагностические методы диагностики некоторых заболеваний челюстно-лицевой области». М.: «Медицина», 1990.
10. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. «Хирургическая стоматология». М.: «Медика», 1996.
11. Сабо Е. «Хирургия на амбулаторной зубов и полости рта». Академия наук Венгрия, Будапешт. 1977.
12. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи». М.: «Медицина», 2001.
13. Шаргородский А.Г. «Руководство по практическим занятиям по хирургической стоматологии». М.: «Медицина», 1976.
14. Письменные тексты.

ТЕМА 19. Методика удаления корней на верхней челюсти.

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

81. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.
 82. Тесты 1 уровня сложности.
 83. Тесты 2 уровня сложности.
 84. Ситуационные задачи.
2. Продолжительность изучения темы - количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполняют амбулаторную карту;
- заполняют стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственности в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаиморазвивающихся в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия – строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения – организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации

хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена – санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии – стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия – понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания – организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология – обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание на проблемах и вопросах удаления корней зубов щипцами, элеваторами и бормашиной.

Перечень рассматриваемых вопросов

1. Удаление корней зубов щипцами
2. Удаление корней зубов элеваторами
3. Удаление корней зубов с помощью бормашины
4. Обработка раны после удаления и уход за ней

Краткое изложение рассматриваемых вопросов

Перед наложением щипцов тщательно отделяют круговую связку и десну со всех сторон от удаляемого корня.

Удаление корней зубов верхней челюсти. Операцию производят специальными щипцами, различающимися по форме и строению. При удалении резцов и клыка применяют прямые щипцы, малых коренных зубов — S-образные, больших коренных зубов — штыковидные. Штыковидными щипцами можно удалять корни всех зубов верхней челюсти. Устройство щечек щипцов для удаления корней позволяет продвинуть их глубоко под десну и надежно захватить выступающую часть корня или участок кости вместе с корнем.

При удалении корней больших коренных зубов, соединенных перемычкой, пользуются штыковидными щипцами с широкими щечками. Одну щечку накладывают на небный корень, другую - на перемычку между щечными корнями или на передний щечный корень. Путем постепенного, раскачивания в щечную и небную сторону часто удается удалить все три корня или небный и передний щечный. Если во время удаления корни разъединятся, то их удаляют по одному вращательными движениями штыковидными щипцами с более узкими щечками.

Удаление корней зубов нижней челюсти. Корни всех зубов нижней челюсти удаляют щипцами, изогнутыми по ребру, реже — по плоскости с узкими, тонкими и сходящимися щечками. Ширина и толщина их бывают различными.

Удаление корней нижних резцов обычно не представляет трудности, так как они короткие, а стенки лунок тонкие. Техника вмешательства не отличается от таковой при удалении зубов.

У клыка массивный и длинный корень и более толстые стенки лунки, поэтому удалить корень его труднее, чем корень резцов. Удаление выполняют щипцами с более широкими щечками. Вывихивание производят путем раскачивания в губную и язычную сторону в сочетании с легкими вращательными движениями.

У нижних малых коренных зубов корень короче, чем у клыка, но более толстые стенки лунки. Из-за значительной толщины стенок лунки удаление их может оказаться сложным. Продвинуть глубоко щечки щипцов под десну и захватить корень не всегда возможно. Щечки щипцов часто упираются в толстый край лунки, продвинуть их глубже не удастся. Поэтому корни малых коренных зубов нередко приходится удалять, наложив щипцы на края лунки. Вывихивают их путем раскачивания в щечную и язычную сторону. Фоома корня позволяет производить и вращательные движения.

Удаление корней нижнего третьего большого коренного зуба из-за их анатомической формы, непостоянного числа и особенностей расположения в альвеолярном отростке может представлять значительные сложности. Поэтому перед оперативным вмешательством необходимо с помощью рентгенографии получить сведения о топографии корней, их числе, форме и состоянии окружающей их кости.

Элеваторы применяют в тех случаях, когда удалить щипцами корни зубов, а в некоторых случаях и зубы невозможно. Чаще всего это бывает при расположении корня в глубине лунки. Использование в этих случаях щипцов нередко сопровождается значительным повреждением слизистой оболочки и костной ткани альвеолярного отростка, однако захватить корень все же не удастся. Вмешательство элеватором менее травматично. Иногда удаление нижнего третьего большого коренного зуба и зубов, расположенных вне зубного ряда (особенно со стороны твердого неба), выполнить элеватором легче, чем щипцами.

Положение больного в кресле и врача при использовании элеваторов такое же, как при удалении зубов щипцами. Перед удалением следует тщательно отделить со всех сторон десну от шейки зуба.

Удаление корней зубов прямым элеватором. Этим элеватором удаляют одиночные корни зубов верхней челюсти, имеющие коническую форму, а также разъединенные корни верхних больших коренных зубов.

Во время операции ручку элеватора держат правой рукой, концевую фалангу II пальца помещают на соединительный стержень рядом со щечкой. I и II пальцами левой руки врач захватывает альвеолярный отросток с наружной и внутренней стороны соответственно удаляемому зубу. Это позволяет контролировать введение элеватора, не опасаясь повреждения окружающей слизистой оболочки при случайном соскальзывании инструмента.

Элеватор вводят между удаляемым корнем и стенкой лунки или корнями верхних больших коренных зубов. Вогнутая часть щечки должна быть обращена к корню, выпуклая — к стенке лунки. Надавливая на ручку и одновременно вращая ее вокруг продольной оси то в одну, то в другую сторону, продвигают щечку элеватора в глубь лунки (рис. 37). При этом волокна периодонта, удерживающие корень, частично разрываются и корень немного смещается к противоположной стенке лунки.

Удаление корней зубов угловым элеватором. Угловым элеватором удаляют разъединенные корни нижних больших коренных зубов, редко — корни других зубов нижней челюсти. Ручку элеватора держат всеми пальцами и ладонью правой кисти, иногда помещают I палец на соединительный стержень. Расположение пальцев левой руки такое же, как при удалении нижних зубов щипцами.

Щечку элеватора вводят в периодонтальную щель вогнутой поверхностью к удаляемому корню или в промежуток между корнями большого коренного зуба. Ручка и соединительный стержень элеватора находятся со щечной стороны. Щечку внедряют вглубь между корнем и стенкой лунки, надавливая правой рукой на ручку, а I пальцем левой руки на соединительный стержень возле щечки. При этом щечка элеватора действует как клин, смещая корень в противоположную сторону и расширяя пространство между корнем и стенкой лунки. Одновременно с продвижением щечки поворачивают элеватор вдоль его продольной оси. В это время вогнутая часть щечки выталкивает корень из лунки.

Удаление зубов штыковидным элеватором (Леклюза). Шты-ковидный элеватор предназначен для удаления третьего нижнего большого коренного зуба при устойчивых первом и втором зубах. При отсутствии третьего большого коренного зуба им можно удалить второй большой коренной зуб нижней челюсти, если соседние с ним зубы достаточно устойчивы. Но к этому прибегают очень редко.

При удалении зуба этим элеватором положение больного и врача и его левой руки такое же, как при удалении нижних больших коренных зубов щипцами. Кистью левой руки удерживают нижнюю челюсть за подбородок, а I палец этой руки помещают на жевательную поверхность удаляемого и соседних зубов. Это позволяет контролировать прилагаемое врачом усилие, удерживать опорный зуб от смещения и защитить от повреждения слизистую оболочку и органы полости рта при случайном соскальзывании инструмента.

Удаление зубов прямым элеватором. Прямым элеватором, кроме корней зубов, можно удалить третий нижний большой коренной зуб или зубы, прорезавшиеся вне зубного ряда.

При удалении третьего нижнего большого коренного зуба щечку элеватора вводят со щечной стороны, так же как и шты-ковидный элеватор, в межзубной промежуток между вторым и третьим зубами.

УДАЛЕНИЕ КОРНЕЙ ЗУБОВ С ПОМОЩЬЮ БОРМАШИНЫ

Корень зуба или его часть, оставшуюся в лунке, удалить щипцами и элеваторами иногда невозможно. Чаще это бывает, когда во время удаления зуба или травмы происходит перелом верхушечного отдела корня и все попытки извлечь его из глубины лунки описанными выше

способами оказываются безуспешными. Нередко удалить корень не удастся из-за значительного искривления его, гиперцементоза или аномалии формы и положения, а также когда он находится в глубине альвеолярного отростка и полностью покрыт костью и слизистой оболочкой. В этих случаях проводят операцию выпиливания корня. Она заключается в удалении бором наружной стенки лунки. После этого корень несложно удалить щипцами или элеватором.

При удалении толстого наружного компактного слоя кости у нижних больших коренных зубов применяют другую методику (рис. 39). Небольшим шаровидным или конусовидным бором просверливают ряд отверстий в наружной стенке альвеолярного отростка по периферии удаляемого участка кости. Затем соединяют их между собой фиссурным бором; выпиленный участок кости легко отделяют элеватором или узким распатором. Окончательное выделение корней от прикрывшей их кости производят борами. При сохранявшейся межкорневой перемычке ее распиливают фиссурным бором. Угловым элеватором вывихивают вначале один из корней, а затем второй корень.

После извлечения корня из лунки острой хирургической ложкой удаляют из нее грануляционную ткань, мелкие костные осколки и опилки. Фрезой сглаживают острые края кости. В конце оперативного вмешательства рану обрабатывают 3 % раствором перекиси водорода и высушивают тампонами. Отслоенный слизисто-надкостничный лоскут укладывают на место и закрепляют швами из кетгута. В лунку удаленного корня рыхло вводят небольшую полоску марли, пропитанную йодоформной смесью¹. В первые сутки назначают анальгетики.

ОБРАБОТКА РАНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА И УХОД ЗА НЕЙ

После извлечения зуба из лунки следует осмотреть его и убедиться, что все корни зуба и их части удалены полностью. Затем небольшой острой хирургической ложечкой обследуют вначале дно лунки и удаляют разрастания патологической грануляционной ткани или оставшуюся гранулему, а также попавшие туда во время удаления осколки кости или зуба. Затем проверяют целостность стенок лунки.

После удаления зуба в результате разрыва сосудов в тканях, окружающих его корень, из лунки происходит небольшое кровотечение. Оно обычно останавливается через 2—5 мин, кровь свертывается, лунка заполняется кровяным сгустком, защищающим ее от попадания инфекции из полости рта. В ряде случаев лунка не заполняется кровью, тогда в нее рыхло вводят полоску йодоформной марли. Удаляют марлю на 5—7-й день, когда стенки лунки покрываются грануляционной тканью.

После удаления зуба рана заживает вторичным натяжением. За счет сокращения отслоенной круговой связки зуба происходит сближение краев десны. Одновременно начинается организация кровяного сгустка в лунке, замещение его грануляционной, затем остеодной тканью. Процесс нормального заживления лунки протекает безболезненно. На 3—4-й день начинается развитие грануляционной ткани и к 14-му дню альвеола заполнена созревающей грануляционной тканью. В последующем в сроки от 1 до 4 мес происходит образование остеодной, а затем костной ткани. Одновременно с образованием костной ткани происходит рассасывание краев лунки приблизительно на 1/3 длины корня.

Используется на данном занятии новые педагогические технологии: деловые игры «Черный ящик», «Паутина».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрный ящика» неизвестный вопрос, рентгеновские снимки. Студенты должны определить этот снимок, подробно обосновав свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по методике проведения операции. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

16. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
17. Участники сидят по кругу.
18. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
19. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
20. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в (%) и баллах	Оценка	Уровень знания студента
1.	96-100	Отлично «5»	Подводит итоги и принимает решения Творчески мыслит Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
2.	91-95		Творчески мыслит Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
3.	86-90		Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
4.	81-85	Хорошо «4»	Применяет на практике Проявляет высокую активность при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не достаточно полно Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
5.	76-80		Проявляет активность при проведении интерактивных игр

			Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точно представления
6.	71-75		Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
7.	66-70	Удовлетворительно «3»	Понимает суть вопроса Правильно решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответ Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления по отдельным вопросам темы
8.	61-65		Допускает ошибки при решении ситуационных задач Знает, рассказывает не уверенно Имеет точные представления по отдельным вопросам темы
9.	55-60		Знает, рассказывает не уверенно Имеет частичные представления
10.	54 и ниже	Неудовлетворительно «2»	Не имеет точного представления Не знает

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин.
			80
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение домашнего задания	Опрос, объяснение	15
3	Обследование больного в стационаре		5
4	Усовершенствование практических навыков, работа с муляжами, клинико-лабораторным оборудованием, аппаратурой	Работа с клинико-лабораторным оборудованием	15
5	Обсуждение практической части занятия	Опрос, объяснение	10
6	Обсуждение темы занятия, реферативное сообщение, семинар, дискуссия	Реферативное сообщение, семинар, дискуссия	10
7	Работа в группе. Демонстрация видеозаписей по теме, разбор ситуационных задач, компьютерные программы, деловые игры и т.д.	Демонстрация, интерактивные формы - активные, пассивные	10
8	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 бальной системе и её оглашение.дача задания студентам на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	10

10. Контрольные вопросы

50. Понятие о хирургической стоматологии как о науке.
51. Развитие хирургической стоматологии в Узбекистане.
52. Помещение хирургического отделения (кабинета).

53. Санитарные требования предъявляемые при организации хирургической стоматологической помощи.
54. Штатные нормативы медицинского персонала.
55. Организация лечебной работы в поликлинике и клинике хирургической стоматологии.
56. Организация стоматологической помощи в стационаре.
57. Ведение медицинской документации.
58. Понятие об асептике и антисептике.

Основная литература

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
2. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - Москва: Медицина, 1990.

Дополнительная литература:

1. Дэвид А. Митчелл, Анастасиос Н. Канатас. Введение в хирургию устного и челюстно-лицевого хирургов - 2015 (переведено на русский язык кафедрой). Принципы перфориаальной и челюстно-лицевой хирургии-2004.
2. Нелима Анил Малик, учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии-2008
4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». М.: «Медицина», 2000.
5. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - Хирург лучевой терапии и химиотерапии при Руководстве по хирургической стоматологии. - Москва: Медицина, 2000, стр. 1.
6. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. «Сепсис».: Медицина, 1983.
7. Вязьмитина А.В., Использованиеевич Т.Л. «Хирургическая стоматология»: практика. Phenix. 2006.
8. Жилонов А.А. Абдуллаев Ш.Ю. Кудратов Ш. Садыкова Х.К. «Операция лица и челюсти» Т., 2016.
9. Рабухина Н.А. «Радиодиагностические методы диагностики некоторых заболеваний челюстно-лицевой области». М.: «Медицина», 1990.
10. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. «Хирургическая стоматология». М.: «Медика», 1996.
11. Сабо Е. «Хирургия на амбулаторной зубов и полости рта». Академия наук Венгрия, Будапешт. 1977.
12. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи». М.: «Медицина», 2001.
13. Шаргородский А.Г. «Руководство по практическим занятиям по хирургической стоматологии». М.: «Медицина», 1976.
14. Письменные тексты.

Тема 20: Методика удаления корней на нижней челюсти

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

85. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.
86. Тесты 1 уровня сложности.
87. Тесты 2 уровня сложности.
88. Ситуационные задачи.
2. Продолжительность изучения темы - количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполнять амбулаторную карту;
- заполнять стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственности в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаиморазвивающихся в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия — строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения — организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена — санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии — стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия — понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания — организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология — обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

Удаление зубов и их корней при помощи бормашины, молотка и долота. В тех случаях, когда зуб или корень невозможно удачить при помощи щипцов или элеватора следует прибегнуть к выпиливанию бормашиной или выдалбливанию долотом и молотком. Показанием к такой операции может быть наличие ретинированного или непрорезавшегося зуба или корня со значительно искривленной верхушкой, а также выраженный гиперцементоз. Чаще всего такими способами удаляют нижний зуб мудрости.

Это оперативное вмешательство выполняют с соблюдением правил асептики, под местным или общим обезболиванием. Больной находится на операционном столе или в кресте со слегка откинутыми спинкой и подголовником. Оперативный доступ и направление линии разреза зависят от локализации зуба или корня. Разрез может быть трапециевидным, дугообразным.

Отслоив слизисто-надкостничный лоскут, производят резекцию наружной стенки альвеолярного отростка. Вначале шаровидным бором формируют отверстия, а затем соединяют их при помощи фиссурного бора (рис 65)

Наружную стенку альвеолы резецируют долотом или элеватором. Выдалбливание молотком и долотом нежелательно из-за травматичности. Обнаженные корни удаляют щипцами или элеватором острые края сглаживают костной ложкой или бормашиной и фрезой. Удаляют грануляционную ткань. При удалении корней верхних или нижних моляров вначале необходимо разъединить их, а также удалить межкорневые перегородки. При операции на верхней челюсти следует остерегаться перфорации дна или передней стенки верхнечелюстной пазухи, а на нижней — повреждения сосудисто-нервного пучка. Операцию заканчивают ушиванием слизисто-надкостничного лоскута кетгутом или шелком. В ране оставляют выпускник (полоска перчаточной резины). На область операции накладывают давящую повязку. Назначают холод на 1—2 ч. Анальгетики и антибиотики применяют в зависимости от показаний.

Если во время операции обнажилась верхушка корня рядом стоящего зуба, то следует произвести ее резекцию с ретроградным пломбированием апикальной части канала. При нарушении целостности стенки гайморовой пазухи это отверстие необходимо тщательно ушить. После удаления ретинированного зуба любой локализации рану слизистой оболочки ушивают кетгутовыми швами. В тех случаях, когда костная полость оказывается инфицированной, ее промывают раствором антисептика и тампонируют йодоформной турундой.

Иногда хирургические приемы используют в комбинации с ортодонтическими. При наличии места для перемещения ретинированного зуба обнажают его коронку и делают отверстие, где цементируют крючок резиновой тягой к ортодонтической шине, зуб постепенно устанавливают в соответствующий участок альвеолярного отростка.

Особенности удаления отдельных групп зубов. Чаще всего встречается ретенция верхних клыков, затем — нижних третьих моляров (зубы мудрости) и, наконец, нижних малых коренных зубов. Применяют проводниковое и инфильтрационное обезболивание. Оперативный доступ используется тот, при котором достигается минимум повреждений соседних зубов и корней, стенки носовой полости и верхнечелюстной пазухи. Разрез слизистой оболочки должен быть достаточным для скелетирования области расположения зуба. Часть кости над зубом удаляют при помощи бормашины и долота. Долото или прямой элеватор вводят под зуб и качающими движениями извлекают его. Ретинированный зуб чаще всего удаляют с вестибулярной стороны, а если он располагается ближе к небу, — то со стороны неба. Если нижние клыки и премоляры находятся ниже нижнечелюстного канала, используют поднижнечелюстной доступ. В случаях, когда ретинированный зуб располагается на верхней челюсти так, что корень оказывается около вестибулярной стенки альвеолярного отростка, а коронка — около неба, оперативный доступ должен быть обеспечен с обеих сторон. Полностью обнажив зуб, его проталкивают в сторону неба целиком или после расчленения на части

Обработка раны после удаления зуба. После завершения операции удаления зуба необходимо тщательно осмотреть его. Наличие острых краев в области верхушки зуба и точечного обозначения его канала свидетельствует о переломе корня. Оставлять сломанный корень в лунке нельзя, особенно если удаление произведено по поводу острого гнойного периодонтита. Удаление корня необходимо завершить выпиливанием или выдалбливанием его.

Убедившись в полном удалении зуба, острой костной ложечкой следует очистить лунку от мелких отломков кости, грануляций или оболочки кисты. Наружный и внутренний края альвеолы сжимают пальцами через марлевые тампоны. На рану накладывают один или несколько марлевых тампонов и просят больного крепко сжать челюсти. Спустя 10—15 мин тампоны удаляют, чтобы убедиться в сохранности сгустка. В отсутствие кровотечения больной может уйти из лечебного

учреждения. Рекомендуется не есть в течение 1—2 ч, после чего можно принимать пищу в охлажденном виде. В первый день операции полоскать рот растворами антисептиков не рекомендуется, кроме тех случаев, когда наблюдался гнойно-воспалительный процесс. Полоскание рта слабыми растворами фурацилина, хлоргексидина, натрия гидрокарбоната или калия перманганата разрешается лишь в последующие 2—3 дня.

Как правило, рана после удаления зуба заживает вторичным натяжением, чему способствует формирование в лунке кровяного сгустка. Вводить в лунку марлю, пропитанную раствором йодоформа, можно лишь с целью предотвращения инфицирования сгустка, а также в случаях, когда развился воспалительный процесс. После удаления зуба (особенно нескольких, расположенных рядом) острые края альвеолы и межкорневых перегородок необходимо обработать кусачками и сгладить острой костной ложкой. На края раны накладывают несколько кетгутовых швов. После травматичного удаления зуба больному следует назначить анальгетики и антисептики.

Заживление раны после удаления зуба происходит вторичным натяжением под защитой кровяного сгустка. Этот процесс значительно удлиняется в случаях сухости лунки, которая возникает при удалении кровяного сгустка или увеличении дозы адреналина во время анестезии. Обычно рана заживает без боли, сближение краев травмированной десны происходит благодаря сокращению круговой связки зуба. Кровяной сгусток вначале замещается грануляционной тканью, которая, созревая, превращается в фиброзную, а затем в остеоидную и костную. Этот процесс длится от 1 до 6 мес.

Если зуб удаляют с целью создания оттока гнойного содержимого из периапикальной области, то рекомендуется в течение 1—2 сут дренировать рану турундой, смоченной йодоформной жидкостью, что препятствует процессу формирования кровяного сгустка и создает условия для хорошего оттока гноя. Формирование костной ткани происходит параллельно с рассасыванием краев лунки.

Основная литература

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
2. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - Москва: Медицина, 1990.

Дополнительная литература:

1. Дэвид А. Митчелл, Анастасиос Н. Канатас. Введение в хирургию устного и челюстно-лицевого хирургов - 2015 (переведено на русский язык кафедрой). Принципы перфориральной и челюстно-лицевой хирургии-2004.
2. Нелима Анил Малик, учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии-2008
4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». М.: «Медицина», 2000.
5. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - Хирург лучевой терапии и химиотерапии при Руководстве по хирургической стоматологии. - Москва: Медицина, 2000, стр. 1.
6. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. «Сепсис».: Медицина, 1983.
7. Вязьмитина А.В., Использованиеевич Т.Л. «Хирургическая стоматология»: практика. Phenix. 2006.
8. Жилонов А.А. Абдуллаев Ш.Ю. Кудратов Ш. Садыкова Х.К. «Операция лица и челюсти» Т., 2016.
9. Рабухина Н.А. «Радиодиагностические методы диагностики некоторых заболеваний челюстно-лицевой области». М.: «Медицина», 1990.
10. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. «Хирургическая стоматология». М.: «Медика», 1996.
11. Сабо Е. «Хирургия на амбулаторной зубов и полости рта». Академия наук Венгрия, Будапешт. 1977.
12. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи». М.: «Медицина», 2001.
13. Шаргородский А.Г. «Руководство по практическим занятиям по хирургической стоматологии». М.: «Медицина», 1976.
14. Письменные тексты.

ТЕМА 21. Методика удаления корней на нижней челюсти

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

89. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.
90. Тесты 1 уровня сложности.
91. Тесты 2 уровня сложности.
92. Ситуационные задачи.

2. Продолжительность изучения темы - количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполняют амбулаторную карту;
- заполняют стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственности в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаиморазвивающихся в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия – строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения – организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации

хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена – санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии – стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия – понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания – организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология – обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание на проблемах удаления зубов нижней челюсти.

Перечень рассматриваемых вопросов

1. Положение больного и врача при удалении зубов нижней челюсти
2. Удаление отдельных групп зубов нижней челюсти
3. Особенности удаления большого третьего коренного зуба

Краткое изложение рассматриваемых вопросов

Удаление нижних резцов. У этих зубов один прямой, тонкий и значительно сдавленный с боков корень, имеющий в поперечном сечении форму вытянутого овала. У бокового резца корень может быть слегка загнут. Кость с наружной стороны у альвеол в области этих зубов тоньше, чем с внутренней.

При удалении нижних резцов больной сидит в кресле в вертикальном положении, голова наклонена немного вперед, подбородок опущен. Врач стоит справа и несколько впереди больного, I пальцем левой руки он отодвигает нижнюю губу и упирается им с наружной стороны альвеолы удаляемого зуба, II пальцем прижимает альвеолу с внутренней стороны, III палец помещает на подбородок и придерживает им нижнюю челюсть.

Удаляют нижние резцы щипцами, изогнутыми по ребру, с узкими щечками. Использование щипцов с широкими щечками может привести к повреждению соседнего зуба. Щипцы накладывают на зуб таким образом, чтобы одна из щечек располагалась с язычной стороны, другая — с губной, а ручки находились с наружной стороны челюсти. Вывихивают зуб из лунки путем раскачивания. Вначале смещают его в губную сторону, где кость тоньше и податливее, затем — в язычную. Извлекают зуб из лунки вверх и наружу.

Удаление нижнего клыка. Корень этого зуба шире и длиннее, чем у резцов. Он сдавлен с боков, имеет конусовидную форму. На боковых поверхностях проходят хорошо выраженные продольные бороздки. Верхушка корня бывает искривлена, очень редко раздваивается на язычную и губную части. Наружная стенка альвеолы тоньше, чем внутренняя.

Положение больного при удалении нижнего клыка такое же, как и при удалении нижних резцов. Врач становится справа и впереди больного. При удалении левого клыка больной поворачивает голову несколько вправо, а правого — влево. Размещение пальцев левой руки врача аналогично положению при удалении нижних резцов.

Для удаления клыка используют щипцы, предназначенные для удаления нижних малых коренных зубов, имеющие более широкие щечки. Вывихивают зуб, раскачивая его вначале в губную, затем в язычную сторону. Для окончательного освобождения корня зуба от удерживающих его тканей можно произвести легкие вращательные движения. Извлекают зуб из лунки и наружу.

Удаление нижних малых коренных зубов. Эти зубы имеют один закругленный, несколько сдавленный с боков (особенно в верхней части) корень. Иногда он искривлен. Корень второго малого коренного зуба более массивный и длинный, раздвоение его в области верхушки встречается очень редко. Щечная стенка альвеолы в этих зубах несколько тоньше, чем язычная, или обе стенки почти одинаковой толщины.

При удалении правых малых коренных зубов врач стоит справа и немного позади больного. Обхватив левой рукой его голову, он вводит в полость рта I и II пальцы и захватывает ими с двух сторон альвеолярный отросток. Одновременно II пальцем оттягивает угол рта и

отодвигает щеку, I пальцем — язык. Остальными пальцами левой руки поддерживает нижнюю челюсть за подбородок.

Удаляя малые коренные зубы с левой стороны, врач становится справа и впереди больного, поворачивает его голову к себе, II пальцем левой руки он отодвигает щеку, III пальцем — язык, I пальцем поддерживает нижнюю челюсть за подбородок.

Щипцы для удаления малых коренных зубов по форме и устройству такие же, как и для удаления нижних резцов, только с более широкими щечками. Из-за толстых стенок альвеолы глубоко продвинуть щечки щипцов не удастся. Это вызывает определенные трудности при удалении, особенно при недостаточной прочности коронки зуба.

Вывихивают малые коренные зубы путем раскачивания, вначале в щечную, потом в язычную сторону. Форма корней зубов позволяет сочетать эти движения с легкими вращательными. Вывихнутый зуб извлекают из лунки вверх и в сторону щеки.

Удаление нижних больших коренных зубов. Первый и второй нижний большие коренные зубы имеют два корня: передний и задний. Корни сдавлены в переднезаднем направлении, плоские. Передний корень более длинный и толстый, нередко имеет небольшой дугообразный изгиб вперед. Задний корень прямой, отклонен кзади. В некоторых случаях наблюдаются значительное расхождение и искривление корней. Полное сращение корней или только их верхушечных отделов происходит редко. Лунки этих зубов имеют толстые и прочные стенки. У первого большого коренного зуба толщина щечной и язычной стенок лунки одинаковая, у второго — щечная стенка за счет проходящей здесь косой линии толще и мощнее язычной.

Положение больного, врача и пальцев левой руки такое же, как при удалении малых коренных зубов (рис. 36, в). Удаление выполняют клювовидными или изогнутыми по плоскости щипцами. Они имеют широкие щечки с треугольными выступами (шипами) на концах. Щипцы накладывают и продвигают так, чтобы треугольные выступы (шипы) щечек вошли в промежуток между корнями.

Вывихивают эти зубы раскачивающими движениями. Первый большой коренной зуб вывихивают вначале в щечную, затем в язычную сторону, второй — в язычную, потом в щечную сторону. Наличие двух расходящихся корней и значительная толщина костных стенок альвеолы иногда создают большие трудности при удалении больших коренных зубов.

Вывихнутый из лунки зуб извлекают вверх и в щечную сторону.

Удаление третьего большого коренного зуба. Этот зуб также имеет передний и задний корни. Они могут срастаться в один корень конусовидной формы. Часто корни значительно искривлены и загнуты назад. В некоторых случаях этот зуб имеет три и более расходящихся или сросшихся корня. С наружной стороны альвеола имеет очень толстый компактный слой кости (за счет косой линии), с внутренней — тонкий.

Аномалии зуба (размеров, формы, прорезывания), особенности строения кости создают нередко большие трудности при его удалении. Положение больного, врача и пальцев его левой руки такое же, как при удалении малых и больших коренных зубов. Удаление производят клювовидными щипцами или щипцами, изогнутыми по плоскости, имеющими на конце щечек треугольные выступы.

Вывихивают зуб плавными движениями, смещая его вначале в язычную, затем в щечную сторону. Иногда удалить зуб щипцами не удастся, тогда применяют элеваторы. Извлекают зуб из лунки вверх и в сторону щеки.

Используется на данном занятии новые педагогические технологии:

деловые игры

«Черный ящик», «Паутина».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрного ящика» неизвестный вопрос, рентгеновские снимки. Студенты должны определить этот снимок, подробно обосновав свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по методике проведения операции. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать

ответы сокурсников - участников этого конкурса.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

21. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
22. Участники сидят по кругу.
23. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
24. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажется в паутине.
25. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Во время удаления правых малых и больших коренных зубов нижней челюсти врач находится:
А. справа и несколько кзади от больного
Б. справа и спереди от больного
В. справа от больного
Г. слева от больного
Д. слева и несколько кзади от больного
2. При удалении нижних 6-х необходимо провести обезболивание:
А. мандибулярное
Б. местная инфильтрация
В. ментальное
Г. инфраорбитальное
Д. туберальное
3. При удалении нижних моляров используют щипцы:
А. клювовидные с шипами на щечках
Б. клювовидные с несходящимися щечками
В. клювовидные со сходящимися щечками
Г. изогнутые по плоскости
Д. прямые
4. Какими щипцами производят удаление 6,7 х зубов нижней челюсти:
А. клювовидными
Б. клювовидными на концах
В. со смыкающимися щечками
Г. штыковидными
Д. S- образными

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Для удаления нижних 6,7-х зубов применяют щипцы:
А. S- образные с шипами
Б. клювовидными на концах
В. со смыкающимися щечками
Г. штыковидными
Д. S- образные
2. Для удаления нижних центральных резцов используют:
А. клювовидные щипцы со смыкающимися щечками
Б. клювовидные щипцы с несмыкающимися щечками

- В. клювовидные щипцы с шипиками справа
 - Г. S- образные щипцы
 - Д. элеватор
3. Для удаления корней нижних центральных резцов используют:
- А. клювовидные щипцы со смыкающимися щечками
 - Б. клювовидные щипцы с несмыкающимися щечками
 - В. клювовидные щипцы с шипиками справа
 - Г. S- образные щипцы
 - Д. элеватор
4. Нижние 8 зубов удаляют щипцами:
- А. клювовидные изогнутые по плоскости
 - Б. клювовидные изогнутые по ребру
 - В. клювовидные со сходящимися щечками
 - Г. штыковидными
 - Д. S- образными
5. Во время удаления правых малых и больших коренных зубов нижней челюсти врач находится:
- А. справа и несколько сзади от больного
 - Б. справа и спереди от больного
 - В. справа от больного
 - Г. слева от больного
 - Д. слева и несколько сзади от больного

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

1. Больной 28 лет поступил с жалобами на 6 нижний зуб и боли при накусывании. Местно- зуб под пломбой, розового цвета, на рентгенограмме- разрежение костной ткани в области бифуркации.
- 1. Предварительный диагноз.
 - 2. Тактика лечения.
 - 3. Под каким обезболиванием удаляется данный зуб?
 - 4. Какой инструмент используется для удаления данного зуба?
2. Больная 60 лет поступила с жалобами на подвижность нижнего 4 зуба, невозможность накусывания. Местно: подвижность 3 степени, коронковая часть сохранена. При пальпации отмечается гнойное отделяемое из десневых карманов.
- 1. О каком заболевании следует думать?
 - 2. Тактика лечения больного и вид используемого обезболивания?
 - 3. Какой инструмент Вы используете для удаления зуба?

Практическая часть

В начале практической части преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание на проблемных вопросах, используемых инструментах для удаления зубов, их строении и конструкции.

Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на последовательность этапов обследования: осмотр, пальпацию, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализируя полученные данные, студент самостоятельно ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель проводит коррекции. Проверяют правильность заполнения амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи второго уровня для контроля усвоения данной темы (приложение 4).

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет, студенты создав группы по 2-3 человека, один из которых имитирует больного, другой обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания) осмотр. При этом оцениваются знания как студента «больного»- правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента «врача»- на сколько корректно, логично целенаправленно со знанием темы проводить обследование больного.

В конце занятий подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл, объявляет его.

Итоговая оценка выставляется студенту в соответствии с положением «Критерии Оценки текущего контроля» (см. пункт № 8).

Основная литература

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
2. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - Москва: Медицина, 1990.

Дополнительная литература:

1. Дэвид А. Митчелл, Анастасиос Н. Канатас. Введение в хирургию устного и челюстно-лицевого хирургов - 2015 (переведено на русский язык кафедрой). Принципы перфориральной и челюстно-лицевой хирургии-2004.
2. Нелима Анил Малик, учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии-2008
4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». М.: «Медицина», 2000.
5. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - Хирург лучевой терапии и химиотерапии при Руководстве по хирургической стоматологии. - Москва: Медицина, 2000, стр. 1.
6. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. «Сепсис».: Медицина, 1983.
7. Вязьмитина А.В., Использованиеевич Т.Л. «Хирургическая стоматология»: практика. Phenix. 2006.
8. Жилонов А.А. Абдуллаев Ш.Ю. Кудратов Ш. Садыкова Х.К. «Операция лица и челюсти» Т., 2016.
9. Рабухина Н.А. «Радиодиагностические методы диагностики некоторых заболеваний челюстно-лицевой области». М.: «Медицина», 1990.
10. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. «Хирургическая стоматология». М.: «Медика», 1996.
11. Сабо Е. «Хирургия на амбулаторной зубов и полости рта». Академия наук Венгрия, Будапешт. 1977.
12. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи». М.: «Медицина», 2001.
13. Шаргородский А.Г. «Руководство по практическим занятиям по хирургической стоматологии». М.: «Медицина», 1976.
14. Письменные тексты.

ТЕМА 22. Удаление корней бор машинкой и долотом на верхней челюсти

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

93. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.
 94. Тесты 1 уровня сложности.
 95. Тесты 2 уровня сложности.
 96. Ситуационные задачи.
2. Продолжительность изучения темы - количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);

- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполняют амбулаторную карту;
- заполняют стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственности в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаиморазвивающихся в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия — строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения — организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена — санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии — стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия — понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания — организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология — обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание на проблемах и вопросах удаления корней зубов щипцами, элеваторами и бормашиной.

Перечень рассматриваемых вопросов

1. Удаление корней зубов щипцами
2. Удаление корней зубов элеваторами
3. Удаление корней зубов с помощью бормашины

4. Обработка раны после удаления и уход за ней

Краткое изложение рассматриваемых вопросов

Перед наложением щипцов тщательно отделяют круговую связку и десну со всех сторон от удаляемого корня.

Удаление корней зубов верхней челюсти. Операцию производят специальными щипцами, различающимися по форме и строению. При удалении резцов и клыка применяют прямые щипцы, малых коренных зубов — S-образные, больших коренных зубов — штыковидные. Штыковидными щипцами можно удалять корни всех зубов верхней челюсти. Устройство щечек щипцов для удаления корней позволяет продвинуть их глубоко под десну и надежно захватить выступающую часть корня или участок кости вместе с корнем.

При удалении корней больших коренных зубов, соединенных перемычкой, пользуются штыковидными щипцами с широкими щечками. Одну щечку накладывают на небный корень, другую — на перемычку между щечными корнями или на передний щечный корень. Путем постепенного, раскачивания в щечную и небную сторону часто удается удалить все три корня или небный и передний щечный. Если во время удаления корни разъединяются, то их удаляют по одному вращательными движениями штыковидными щипцами с более узкими щечками.

Удаление корней зубов нижней челюсти. Корни всех зубов нижней челюсти удаляют щипцами, изогнутыми по ребру, реже — по плоскости с узкими, тонкими и сходящимися щечками. Ширина и толщина их бывают различными.

Удаление корней нижних резцов обычно не представляет трудности, так как они короткие, а стенки лунок тонкие. Техника вмешательства не отличается от таковой при удалении зубов.

У клыка массивный и длинный корень и более толстые стенки лунки, поэтому удалить корень его труднее, чем корень резцов. Удаление выполняют щипцами с более широкими щечками. Вывихивание производят путем раскачивания в губную и язычную сторону в сочетании с легкими вращательными движениями.

У нижних малых коренных зубов корень короче, чем у клыка, но более толстые стенки лунки. Из-за значительной толщины стенок лунки удаление их может оказаться сложным. Продвинуть глубоко щечки щипцов под десну и захватить корень не всегда возможно. Щечки щипцов часто упираются в толстый край лунки, продвинуть их глубже не удастся. Поэтому корни малых коренных зубов нередко приходится удалять, наложив щипцы на края лунки. Вывихивают их путем раскачивания в щечную и язычную сторону. Фоома корня позволяет производить и вращательные движения.

Удаление корней нижнего третьего большого коренного зуба из-за их анатомической формы, непостоянного числа и особенностей расположения в альвеолярном отростке может представлять значительные сложности. Поэтому перед оперативным вмешательством необходимо с помощью рентгенографии получить сведения о топографии корней, их числе, форме и состоянии окружающей их кости.

Элеваторы применяют в тех случаях, когда удалить щипцами корни зубов, а в некоторых случаях и зубы невозможно. Чаще всего это бывает при расположении корня в глубине лунки. Использование в этих случаях щипцов нередко сопровождается значительным повреждением слизистой оболочки и костной ткани альвеолярного отростка, однако захватить корень все же не удастся. Вмешательство элеватором менее травматично. Иногда удаление нижнего третьего большого коренного зуба и зубов, расположенных вне зубного ряда (особенно со стороны твердого неба), выполнить элеватором легче, чем щипцами.

Положение больного в кресле и врача при использовании элеваторов такое же, как при удалении зубов щипцами. Перед удалением следует тщательно отделить со всех сторон десну от шейки зуба.

Удаление корней зубов прямым элеватором. Этим элеватором удаляют одиночные корни зубов верхней челюсти, имеющие коническую форму, а также разъединенные корни верхних больших коренных зубов.

Во время операции ручку элеватора держат правой рукой, концевую фалангу II пальца помещают на соединительный стержень рядом со щечкой. I и II пальцами левой руки врач захватывает альвеолярный отросток с наружной и внутренней стороны соответственно удаляемому зубу. Это позволяет контролировать введение элеватора, не опасаясь повреждения окружающей слизистой оболочки при случайном соскальзывании инструмента.

Элеватор вводят между удаляемым корнем и стенкой лунки или корнями верхних больших коренных зубов. Вогнутая часть щечки должна быть обращена к корню, выпуклая — к стенке

лунки. Надавливая на ручку и одновременно вращая ее вокруг продольной оси то в одну, то в другую сторону, продвигают щечку элеватора в глубь лунки (рис. 37). При этом волокна периодонта, удерживающие корень, частично разрываются и корень немного смещается к противоположной стенке лунки.

Удаление корней зубов угловым элеватором. Угловым элеватором удаляют разъединенные корни нижних больших коренных зубов, редко — корни других зубов нижней челюсти. Ручку элеватора держат всеми пальцами и ладонью правой кисти, иногда помещают I палец на соединительный стержень. Расположение пальцев левой руки такое же, как при удалении нижних зубов щипцами.

Щечку элеватора вводят в периодонтальную щель вогнутой поверхностью к удаляемому корню или в промежуток между корнями большого коренного зуба. Ручка и соединительный стержень элеватора находятся со щечной стороны. Щечку внедряют вглубь между корнем и стенкой лунки, надавливая правой рукой на ручку, а I пальцем левой руки на соединительный стержень возле щечки. При этом щечка элеватора действует как клин, смещая корень в противоположную сторону и расширяя пространство между корнем и стенкой лунки. Одновременно с продвижением щечки поворачивают элеватор вдоль его продольной оси. В это время вогнутая часть щечки выталкивает корень из лунки.

Удаление зубов штыковидным элеватором (Леклюза). Шты-ковидный элеватор предназначен для удаления третьего нижнего большого коренного зуба при устойчивых первом и втором зубах. При отсутствии третьего большого коренного зуба им можно удалить второй большой коренной зуб нижней челюсти, если соседние с ним зубы достаточно устойчивы. Но к этому прибегают очень редко.

При удалении зуба этим элеватором положение больного и врача и его левой руки такое же, как при удалении нижних больших коренных зубов щипцами. Кистью левой руки удерживают нижнюю челюсть за подбородок, а I палец этой руки помещают на жевательную поверхность удаляемого и соседних зубов. Это позволяет контролировать прилагаемое врачом усилие, удерживать опорный зуб от смещения и защитить от повреждения слизистую оболочку и органы полости рта при случайном соскальзывании инструмента.

Удаление зубов прямым элеватором. Прямым элеватором, кроме корней зубов, можно удалить третий нижний большой коренной зуб или зубы, прорезавшиеся вне зубного ряда.

При удалении третьего нижнего большого коренного зуба щечку элеватора вводят со щечной стороны, так же как и шты-ковидный элеватор, в межзубной промежуток между вторым и третьим зубами.

УДАЛЕНИЕ КОРНЕЙ ЗУБОВ С ПОМОЩЬЮ БОРМАШИНЫ

Корень зуба или его часть, оставшуюся в лунке, удалить щипцами и элеваторами иногда невозможно. Чаще это бывает, когда во время удаления зуба или травмы происходит перелом верхушечного отдела корня и все попытки извлечь его из глубины лунки описанными выше способами оказываются безуспешными. Нередко удалить корень не удастся из-за значительного искривления его, гиперцементоза или аномалии формы и положения, а также когда он находится в глубине альвеолярного отростка и полностью покрыт костью и слизистой оболочкой. В этих случаях проводят операцию выпиливания корня. Она заключается в удалении бором наружной стенки лунки. После этого корень несложно удалить щипцами или элеватором.

При удалении толстого наружного компактного слоя кости у нижних больших коренных зубов применяют другую методику (рис. 39). Небольшим шаровидным или конусовидным бором просверливают ряд отверстий в наружной стенке альвеолярного отростка по периферии удаляемого участка кости. Затем соединяют их между собой фиссурным бором; выпиленный участок кости легко отделяют элеватором или узким распатором. Окончательное выделение корней от прикрывшей их кости производят борами. При сохранявшейся межкорневой перемычке ее распиливают фиссурным бором. Угловым элеватором вывихивают вначале один из корней, а затем второй корень.

После извлечения корня из лунки острой хирургической ложкой удаляют из нее грануляционную ткань, мелкие костные осколки и опилки. Фрезой сглаживают острые края кости. В конце оперативного вмешательства рану обрабатывают 3 % раствором перекиси водорода и высушивают тампонами. Отслоенный слизисто-надкостничный лоскут укладывают на место и закрепляют швами из кетгута. В лунку удаленного корня рыхло вводят небольшую полоску марли, пропитанную йодоформной смесью¹. В первые сутки назначают анальгетики.

ОБРАБОТКА РАНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА И УХОД ЗА НЕЙ

После извлечения зуба из лунки следует осмотреть его и убедиться, что все корни зуба и их части удалены полностью. Затем небольшой острой хирургической ложечкой обследуют вначале дно лунки и удаляют разрастания патологической грануляционной ткани или оставшуюся гранулему, а также попавшие туда во время удаления осколки кости или зуба. Затем проверяют целостность стенок лунки.

После удаления зуба в результате разрыва сосудов в тканях, окружающих его корень, из лунки происходит небольшое кровотечение. Оно обычно останавливается через 2—5 мин, кровь свертывается, лунка заполняется кровяным сгустком, защищающим ее от попадания инфекции из полости рта. В ряде случаев лунка не заполняется кровью, тогда в нее рыхло вводят полоску йодоформной марли. Удаляют марлю на 5—7-й день, когда стенки лунки покрываются грануляционной тканью.

После удаления зуба рана заживает вторичным натяжением. За счет сокращения отслоенной круговой связки зуба происходит сближение краев десны. Одновременно начинается организация кровяного сгустка в лунке, замещение его грануляционной, затем остеодной тканью. Процесс нормального заживления лунки протекает безболезненно. На 3—4-й день начинается развитие грануляционной ткани и к 14-му дню альвеола заполнена созревающей грануляционной тканью. В последующем в сроки от 1 до 4 мес происходит образование остеодной, а затем костной ткани. Одновременно с образованием костной ткани происходит рассасывание краев лунки приблизительно на $\frac{1}{3}$ длины корня.

Используется на данном занятии новые педагогические технологии: деловые игры «Черный ящик», «Паутина».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрного ящика» неизвестный вопрос, рентгеновские снимки. Студенты должны определить этот снимок, подробно обосновав свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по методике проведения операции. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

26. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
27. Участники сидят по кругу.
28. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
29. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
30. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

6.2. Аналитическая часть

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Виды элеваторов:

А. правый, левый, прямой

- Б. изогнутый по плоскости
 - В. изогнутый по ребру
 - Г. двусторонний
 - Д. для верхней и нижней челюсти
2. Для приготовления йодоформного тампона используют:
- А. йодоформный спирт, эфир, глицерин
 - Б. йод, фурациллин
 - В. фурациллин, йод
 - Г. физиологический раствор, глицерин
 - Д. нет правильного ответа
3. Инструмент, используемый для вывихивания корней зубов из лунки:
- А. элеватор
 - Б. экскаватор
 - В. долото
 - Г. распатор
 - Д. щипцы
4. Укажите случаи, при которых для удаления зуба используют бормашину:
- А. ретенция клыка
 - Б. горизонтальное расположение нижнего третьего моляра
 - В. глубокая фрактура корня
 - Г. все ответы верны

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Когда применяют элеватор для удаления зубов:
- А. при расположении корня в глубине лунки
 - Б. при удалении верхних резцов
 - В. при удалении нижнего клыка
 - Г. при удалении нижних резцов
 - Д. при удалении верхних премоляров
2. Штыковидный элеватор Леклюза применяют при удалении:
- А. нижнего 3-его моляра
 - Б. клыков нижней челюсти
 - В. резцов верхней челюсти
 - Г. корней зубов
 - Д. для всех зубов нижней челюсти
3. Инструмент, используемый при удалении дистопированного нижнего 8 зуба:
- А. прямой элеватор
 - Б. S-образные с шипиком слева
 - В. S-образные с шипиком справа
 - Г. клювовидные сходящиеся
 - Д. прямые щипцы
4. Инструменты, не используемые при вывихивании корней зубов из лунок:
- А. все верно
 - Б. экскаватор
 - В. долото
 - Г. распатор
 - Д. щипцы

5. Определите, каким инструментом лучше пользоваться при данной ситуации:

- А. горизонтальное расположение зуба
- Б. отлом коронки зуба
- В. глубокая фрактура корня
- Г. гиперцементоз
- Д. полуретенция зуба

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

1. Больной 42 года, при удалении верхнего 2 зуба коронковая часть отломилась. Местно: лунка 2 зуба зияет, слизистая оболочка отечна, гиперемированная, при зондировании - корень зуба в глубине лунки.

- 1. Метод обезболивания при удалении этого зуба.
- 2. Дальнейшая тактика врача.
- 3. Какие инструмент необходимо использовать при удалении этого зуба?

2. Больной 42 лет, поступил с жалобами па разрушенную коронковую часть верхнего 7 зуба, корни не разрезаны. Зуб подлежит удалению с целью санации.

- 1. Какой инструмент вы используете для удаления данного зуба?
- 2. Выберите метод обезболивания.
- 3. Особенности удаления данного зуба.

Основная литература

- 1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
- 2. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
- 3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - Москва: Медицина, 1990.

Дополнительная литература:

- 1. Дэвид А. Митчелл, Анастасиос Н. Канатас. Введение в хирургию устного и челюстно-лицевого хирургов - 2015 (переведено на русский язык кафедрой). Принципы перфорационной и челюстно-лицевой хирургии-2004.
- 2. Нелима Анил Малик, учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии-2008
- 4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». М.: «Медицина», 2000.
- 5. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - Хирург лучевой терапии и химиотерапии при Руководстве по хирургической стоматологии. - Москва: Медицина, 2000, стр. 1.
- 6. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. «Сепсис».: Медицина, 1983.
- 7. Вязьмитина А.В., Использование Т.Л. «Хирургическая стоматология»: практика. Phenix. 2006.
- 8. Жилонов А.А. Абдуллаев Ш.Ю. Кудратов Ш. Садыкова Х.К. «Операция лица и челюсти» Т., 2016.
- 9. Рабухина Н.А. «Радиодиагностические методы диагностики некоторых заболеваний челюстно-лицевой области». М.: «Медицина», 1990.
- 10. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. «Хирургическая стоматология». М.: «Медика», 1996.
- 11. Сабо Е. «Хирургия на амбулаторной зубов и полости рта». Академия наук Венгрия, Будапешт. 1977.
- 12. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи». М.: «Медицина», 2001.
- 13. Шаргородский А.Г. «Руководство по практическим занятиям по хирургической стоматологии». М.: «Медицина», 1976.
- 14. Письменные тексты.

ТЕМА 23. Удаление корней бор машинкой и долотом на нижней челюсти.

ТЕМА 22. Удаление корней бор машинкой и долотом на верхней челюсти

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

97. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.
98. Тесты 1 уровня сложности.
99. Тесты 2 уровня сложности.
- 100.

Ситуационные задачи.

2. Продолжительность изучения темы - количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполнять амбулаторную карту;
- заполнять стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственности в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаиморазвивающихся в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия – строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения – организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации

хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена – санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии – стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия – понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания – организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология – обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание на проблемах и вопросах удаления корней зубов щипцами, элеваторами и бормашиной.

Перечень рассматриваемых вопросов

1. Удаление корней зубов щипцами
2. Удаление корней зубов элеваторами
3. Удаление корней зубов с помощью бормашины
4. Обработка раны после удаления и уход за ней

Краткое изложение рассматриваемых вопросов

Перед наложением щипцов тщательно отделяют круговую связку и десну со всех сторон от удаляемого корня.

Удаление корней зубов верхней челюсти. Операцию производят специальными щипцами, различающимися по форме и строению. При удалении резцов и клыка применяют прямые щипцы, малых коренных зубов — S-образные, больших коренных зубов — штыковидные. Штыковидными щипцами можно удалять корни всех зубов верхней челюсти. Устройство щечек щипцов для удаления корней позволяет продвинуть их глубоко под десну и надежно захватить выступающую часть корня или участок кости вместе с корнем.

При удалении корней больших коренных зубов, соединенных перемычкой, пользуются штыковидными щипцами с широкими щечками. Одну щечку накладывают на небный корень, другую - на перемычку между щечными корнями или на передний щечный корень. Путем постепенного, раскачивания в щечную и небную сторону часто удается удалить все три корня или небный и передний щечный. Если во время удаления корни разъединятся, то их удаляют по одному вращательными движениями штыковидными щипцами с более узкими щечками.

Удаление корней зубов нижней челюсти. Корни всех зубов нижней челюсти удаляют щипцами, изогнутыми по ребру, реже — по плоскости с узкими, тонкими и сходящимися щечками. Ширина и толщина их бывают различными.

Удаление корней нижних резцов обычно не представляет трудности, так как они короткие, а стенки лунок тонкие. Техника вмешательства не отличается от таковой при удалении зубов.

У клыка массивный и длинный корень и более толстые стенки лунки, поэтому удалить корень его труднее, чем корень резцов. Удаление выполняют щипцами с более широкими щечками. Вывихивание производят путем раскачивания в губную и язычную сторону в сочетании с легкими вращательными движениями.

У нижних малых коренных зубов корень короче, чем у клыка, но более толстые стенки лунки. Из-за значительной толщины стенок лунки удаление их может оказаться сложным. Продвинуть глубоко щечки щипцов под десну и захватить корень не всегда возможно. Щечки щипцов часто упираются в толстый край лунки, продвинуть их глубже не удастся. Поэтому корни малых коренных зубов нередко приходится удалять, наложив щипцы на края лунки. Вывихивают их путем раскачивания в щечную и язычную сторону. Фоома корня позволяет производить и вращательные движения.

Удаление корней нижнего третьего большого коренного зуба из-за их анатомической формы, непостоянного числа и особенностей расположения в альвеолярном отростке может представлять значительные сложности. Поэтому перед оперативным вмешательством необходимо с помощью рентгенографии получить сведения о топографии корней, их числе, форме и состоянии окружающей их кости.

Элеваторы применяют в тех случаях, когда удалить щипцами корни зубов, а в некоторых случаях и зубы невозможно. Чаще всего это бывает при расположении корня в глубине лунки. Использование в этих случаях щипцов нередко сопровождается значительным повреждением слизистой оболочки и костной ткани альвеолярного отростка, однако захватить корень все же не удастся. Вмешательство элеватором менее травматично. Иногда удаление нижнего третьего большого коренного зуба и зубов, расположенных вне зубного ряда (особенно со стороны твердого неба), выполнить элеватором легче, чем щипцами.

Положение больного в кресле и врача при использовании элеваторов такое же, как при удалении зубов щипцами. Перед удалением следует тщательно отделить со всех сторон десну от шейки зуба.

Удаление корней зубов прямым элеватором. Этим элеватором удаляют одиночные корни зубов верхней челюсти, имеющие коническую форму, а также разьединенные корни верхних больших коренных зубов.

Во время операции ручку элеватора держат правой рукой, концевую фалангу II пальца помещают на соединительный стержень рядом со щечкой. I и II пальцами левой руки врач захватывает альвеолярный отросток с наружной и внутренней стороны соответственно удаляемому зубу. Это позволяет контролировать введение элеватора, не опасаясь повреждения окружающей слизистой оболочки при случайном соскальзывании инструмента.

Элеватор вводят между удаляемым корнем и стенкой лунки или корнями верхних больших коренных зубов. Вогнутая часть щечки должна быть обращена к корню, выпуклая — к стенке лунки. Надавливая на ручку и одновременно вращая ее вокруг продольной оси то в одну, то в другую сторону, продвигают щечку элеватора в глубь лунки (рис. 37). При этом волокна периодонта, удерживающие корень, частично разрываются и корень немного смещается к противоположной стенке лунки.

Удаление корней зубов угловым элеватором. Угловым элеватором удаляют разьединенные корни нижних больших коренных зубов, редко — корни других зубов нижней челюсти. Ручку элеватора держат всеми пальцами и ладонью правой кисти, иногда помещают I палец на соединительный стержень. Расположение пальцев левой руки такое же, как при удалении нижних зубов щипцами.

Щечку элеватора вводят в периодонтальную щель вогнутой поверхностью к удаляемому корню или в промежуток между корнями большого коренного зуба. Ручка и соединительный стержень элеватора находятся со щечной стороны. Щечку внедряют вглубь между корнем и стенкой лунки, надавливая правой рукой на ручку, а I пальцем левой руки на соединительный стержень возле щечки. При этом щечка элеватора действует как клин, смещая корень в противоположную сторону и расширяя пространство между корнем и стенкой лунки. Одновременно с продвижением щечки поворачивают элеватор вдоль его продольной оси. В это время вогнутая часть щечки выталкивает корень из лунки.

Удаление зубов штыковидным элеватором (Леклюза). Шты-ковидный элеватор предназначен для удаления третьего нижнего большого коренного зуба при устойчивых первом и втором зубах. При отсутствии третьего большого коренного зуба им можно удалить второй большой коренной зуб нижней челюсти, если соседние с ним зубы достаточно устойчивы. Но к этому прибегают очень редко.

При удалении зуба этим элеватором положение больного и врача и его левой руки такое же, как при удалении нижних больших коренных зубов щипцами. Кистью левой руки удерживают нижнюю челюсть за подбородок, а I палец этой руки помещают на жевательную поверхность удаляемого и соседних зубов. Это позволяет контролировать прилагаемое врачом усилие, удерживать опорный зуб от смещения и защитить от повреждения слизистую оболочку и органы полости рта при случайном соскальзывании инструмента.

Удаление зубов прямым элеватором. Прямым элеватором, кроме корней зубов, можно удалить третий нижний большой коренной зуб или зубы, прорезавшиеся вне зубного ряда.

При удалении третьего нижнего большого коренного зуба щечку элеватора вводят со щечной стороны, так же как и шты-ковидный элеватор, в межзубной промежуток между вторым и третьим зубами.

УДАЛЕНИЕ КОРНЕЙ ЗУБОВ С ПОМОЩЬЮ БОРМАШИНЫ

Корень зуба или его часть, оставшуюся в лунке, удалить щипцами и элеваторами иногда невозможно. Чаще это бывает, когда во время удаления зуба или травмы происходит перелом верхушечного отдела корня и все попытки извлечь его из глубины лунки описанными выше

способами оказываются безуспешными. Нередко удалить корень не удастся из-за значительного искривления его, гиперцементоза или аномалии формы и положения, а также когда он находится в глубине альвеолярного отростка и полностью покрыт костью и слизистой оболочкой. В этих случаях проводят операцию выпиливания корня. Она заключается в удалении бором наружной стенки лунки. После этого корень несложно удалить щипцами или элеватором.

При удалении толстого наружного компактного слоя кости у нижних больших коренных зубов применяют другую методику (рис. 39). Небольшим шаровидным или конусовидным бором просверливают ряд отверстий в наружной стенке альвеолярного отростка по периферии удаляемого участка кости. Затем соединяют их между собой фиссурным бором; выпиленный участок кости легко отделяют элеватором или узким распатором. Окончательное выделение корней от прикрывшей их кости производят борами. При сохранявшейся межкорневой перемычке ее распиливают фиссурным бором. Угловым элеватором вывихивают вначале один из корней, а затем второй корень.

После извлечения корня из лунки острой хирургической ложкой удаляют из нее грануляционную ткань, мелкие костные осколки и опилки. Фрезой сглаживают острые края кости. В конце оперативного вмешательства рану обрабатывают 3 % раствором перекиси водорода и высушивают тампонами. Отслоенный слизисто-надкостничный лоскут укладывают на место и закрепляют швами из кетгута. В лунку удаленного корня рыхло вводят небольшую полоску марли, пропитанную йодоформной смесью¹. В первые сутки назначают анальгетики.

ОБРАБОТКА РАНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА И УХОД ЗА НЕЙ

После извлечения зуба из лунки следует осмотреть его и убедиться, что все корни зуба и их части удалены полностью. Затем небольшой острой хирургической ложечкой обследуют вначале дно лунки и удаляют разрастания патологической грануляционной ткани или оставшуюся гранулему, а также попавшие туда во время удаления осколки кости или зуба. Затем проверяют целостность стенок лунки.

После удаления зуба в результате разрыва сосудов в тканях, окружающих его корень, из лунки происходит небольшое кровотечение. Оно обычно останавливается через 2—5 мин, кровь свертывается, лунка заполняется кровяным сгустком, защищающим ее от попадания инфекции из полости рта. В ряде случаев лунка не заполняется кровью, тогда в нее рыхло вводят полоску йодоформной марли. Удаляют марлю на 5—7-й день, когда стенки лунки покрываются грануляционной тканью.

После удаления зуба рана заживает вторичным натяжением. За счет сокращения отслоенной круговой связки зуба происходит сближение краев десны. Одновременно начинается организация кровяного сгустка в лунке, замещение его грануляционной, затем остеодной тканью. Процесс нормального заживления лунки протекает безболезненно. На 3—4-й день начинается развитие грануляционной ткани и к 14-му дню альвеола заполнена созревающей грануляционной тканью. В последующем в сроки от 1 до 4 мес происходит образование остеодной, а затем костной ткани. Одновременно с образованием костной ткани происходит рассасывание краев лунки приблизительно на 1/3 длины корня.

Используется на данном занятии новые педагогические технологии: деловые игры «Черный ящик», «Паутина».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрного ящика» неизвестный вопрос, рентгеновские снимки. Студенты должны определить этот снимок, подробно обосновав свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по методике проведения операции. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

31. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
32. Участники сидят по кругу.
33. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
34. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
35. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

6.2. Аналитическая часть

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Виды элеваторов:
 - Е. правый, левый, прямой
 - Ж. изогнутый по плоскости
 - З. изогнутый по ребру
 - И. двусторонний
 - К. для верхней и нижней челюсти
2. Для приготовления йодоформного тампона используют:
 - Е. йодоформный спирт, эфир, глицерин
 - Ж. йод, фурациллин
 - З. фурациллин, йод
 - И. физиологический раствор, глицерин
 - К. нет правильного ответа
3. Инструмент, используемый для вывихивания корней зубов из лунки:
 - Е. элеватор
 - Ж. экскаватор
 - З. долото
 - И. распатор
 - К. щипцы
4. Укажите случаи, при которых для удаления зуба используют бормашину:
 - Д. ретенция клыка
 - Е. горизонтальное расположение нижнего третьего моляра
 - Ж. глубокая фрактура корня
 - З. все ответы верны

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Когда применяют элеватор для удаления зубов:
 - Е. при расположении корня в глубине лунки
 - Ж. при удалении верхних резцов
 - З. при удалении нижнего клыка
 - И. при удалении нижних резцов
 - К. при удалении верхних премоляров
2. Штыковидный элеватор Леклюза применяют при удалении:

- Е. нижнего 3-его моляра
 - Ж. клыков нижней челюсти
 - З. резцов верхней челюсти
 - И. корней зубов
 - К. для всех зубов нижней челюсти
3. Инструмент,используемый при удалении дистопированного нижнего 8 зуба:
- Е. прямой элеватор
 - Ж. S-образные с шипиком слева
 - З. S- образные с шипиком справа
 - И. клювовидные сходящиеся
 - К. прямые щипцы
4. Инструменты,не используемые при вывихивании корней зубов из лунок:
- Е. все верно
 - Ж. экскаватор
 - З. долото
 - И. распатор
 - К. щипцы
5. Определите, каким инструментом лучше пользоваться при данной ситуации:
- Е. горизонтальное расположение зуба
 - Ж. отлом коронки зуба
 - З. глубокая фрактура корня
 - И. гиперцементоз
 - К. полуретенция зуба

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

1. Больной 42 года, при удалении верхнего 2 зуба коронковая часть отломилась. Местно: лунка 2 зуба зияет, слизистая оболочка отечна, гиперемированная, при зондировании - корень зуба в глубине лунки.
1. Метод обезболивания при удалении этого зуба.
 2. Дальнейшая тактика врача.
 3. Какие инструмент необходимо использовать при удалении этого зуба?
2. Больной 42 лет, поступил с жалобами па разрушенную корорпсовую част верхнего 7 зуба, корни не разьежены. Зуб подлежит удалению с целью санации.
1. Какой инструмент вы используете для удаления данного чуба?
 2. Выберите метод обезболивания.
 3. Особенности удаления данного зуба.

Основная литература

1. Азимов М.И. Профедвтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
2. Азимов М.И. Профедвтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - Москва: Медицина, 1990.

Дополнительная литература:

1. Дэвид А. Митчелл, Анастасиос Н. Канатас. Введение в хирургию устного и челюстно-лицевого хирургов - 2015 (переведено на русский язык кафедрой). Принципы перфориаальной и челюстно-лицевой хирургии-2004.
2. Нелима Анил Малик, учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии-2008
4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». М.: «Медицина», 2000.
5. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - Хирург лучевой терапии и химиотерапии при Руководстве по хирургической стоматологии. - Москва: Медицина, 2000, стр. 1.
6. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. «Сепсис».: Медицина, 1983.

7. Вязьмитина А.В., Использованиеевич Т.Л. «Хирургическая стоматология»: практика. Phenix. 2006.
8. Жилонов А.А. Абдуллаев Ш.Ю. Кудратов Ш. Садыкова Х.К. «Операция лица и челюсти» Т., 2016.
9. Рабухина Н.А. «Радиодиагностические методы диагностики некоторых заболеваний челюстно-лицевой области». М.: «Медицина», 1990.
10. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. «Хирургическая стоматология». М.: «Медика», 1996.
11. Сабо Е. «Хирургия на амбулаторной зубов и полости рта». Академия наук Венгрия, Будапешт. 1977.
12. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи». М.: «Медицина», 2001.
13. Шаргородский А.Г. «Руководство по практическим занятиям по хирургической стоматологии». М.: «Медицина», 1976.
14. Письменные

ТЕМА 24-25. Осложнения после удаления зубов на верхней и на нижней челюсти

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

101. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.
 102. Тесты 1 уровня сложности.
 103. Тесты 2 уровня сложности.
 104. Ситуационные задачи.
2. Продолжительность изучения темы - количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполнять амбулаторную карту;
- заполнять стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственности в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаимодействующих в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия — строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения — организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена — санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии — стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия — понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания — организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология — обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

Осложнения после удаления зубов на верхней и нижней челюсти.

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание на проблемах и вопросах осложнения, возникающие во время удаления зуба.

Перечень рассматриваемых вопросов

1. Перелом коронки и корня удаляемого зуба
2. Перелом и вывих соседнего зуба
3. Проталкивание корня зуба в мягкие ткани
4. Повреждение десен и мягких тканей
5. Отлом участка альвеолярного, вывих нижней челюсти, перелом нижней челюсти
6. Пробождение дна верхнечелюстной пазухи и проталкивание корня в гайморову пазуху.
7. Вывих нижней челюсти.
8. Аспирация зуба или корня.

Краткое изложение рассматриваемых вопросов

Осложнения могут возникнуть как во время операции, так и спустя какой-то срок после нее. Они бывают общие и местные.

Перелом и вывих соседнего зуба может произойти, если этот зуб поражен кариозным процессом или недостаточно устойчив и его используют в качестве опоры во время работы элеватором. При переломе соседнего зуба надо решить вопрос о целесообразности его сохранения и возможности дальнейшего консервативного лечения. При неполном вывихе следует укрепить зуб шиной, при полном вывихе — произвести реплантацию.

Проталкивание корня зуба в мягкие ткани иногда происходит во время удаления третьего нижнего большого коренного зуба. Этому способствует рассасывание в результате патологического процесса тонкой внутренней стенки альвеолы или отламывание ее во время операции. При грубой работе элеватором, когда альвеолярный отросток не фиксируют пальцами левой руки, вывихнутый корень смещается под слизистую оболочку альвеолярного отростка в язычную сторону. При попытке извлечь корень его часто проталкивают еще глубже в ткани подъязычной, реже — поднижнечелюстной области.

Повреждение десны и мягких тканей полости рта происходит в результате нарушения техники операции и грубой работы врача. Так, при неполном отделении круговой связки от шейки зуба соединенная с ним десна может разорваться во время выведения зуба из лунки. Чаще всего это случается при удалении зубов на нижней челюсти. Происходит разрыв слизистой оболочки с язычной стороны лентообразной формы.

Отлом участка альвеолярного отростка. Наложение щечек щипцов на края лунки нередко сопровождается отломом небольшого участка кости. Обычно это не отражается на последующем заживлении.

Иногда в результате патологического процесса в периодонте происходит замещение его костной тканью и корень зуба плотно спаивается со стенкой альвеолы. Во время удаления такого зуба происходит отлом различных по величине участков альвеолярного отростка.

Вывих нижней челюсти может произойти при широком открывании рта и надавливании на челюсть щипцами или элеватором во время удаления нижних малых и больших коренных зубов, что чаще наблюдается у лиц пожилого возраста. Обычно возникает передний односторонний, реже — двусторонний вывих.

Перелом нижней челюсти. Это осложнение весьма редкое и встречается, по данным литературы, в 0,3 % всех случаев переломов нижней челюсти. Перелом нижней челюсти чаще всего происходит вследствие чрезмерного усилия при удалении третьего, реже — второго больших коренных зубов элеватором или долотом. Развитию этого осложнения способствует истончение или рассасывание кости в результате предшествовавшего патологического процесса (радикулярная или фолликулярная киста, амелобластома, хронический остеомиелит и др.). У пожилых людей вследствие атрофии костной ткани челюсти прочность ее снижается.

Прободение (перфорация) дна верхнечелюстной пазухи может произойти во время удаления верхних больших, реже — малых коренных зубов. Этому способствуют анатомические особенности взаимоотношения между корнями этих зубов и дном верхнечелюстной пазухи. При пневматическом типе строения пазухи верхушки корней больших и малых коренных зубов отделены от ее дна тонкой костной перемычкой. В области первого и второго больших коренных зубов толщина ее бывает 0,2—1 мм. Иногда верхушки корней этих зубов вдаются в пазуху и выступают над ее дном.

Проталкивание корня зуба в верхнечелюстную пазуху происходит при неправильном продвижении щипцов или прямого элеватора, когда корень удаляемого зуба отделен от дна пазухи тонкой костной пластинкой или она в результате патологического процесса полностью рассосалась. Надавливая на корень зуба щечкой инструмента (вместо введения щечки между корнем и стенкой лунки), его смещают в верхнечелюстную пазуху. Иногда при этом отламывается небольшой участок кости и он тоже попадает в пазуху. В ряде случаев во время сведения ручек щипцов при недостаточно глубоком наложении щечек корень выскальзывает из охватывающих его щечек и попадает в пазуху.

Неврит нижнего луночкового нерва возникает вследствие повреждения его в нижнечелюстном канале при удалении больших коренных зубов. Верхушечный отдел корней этих зубов находится в непосредственной близости от нижнечелюстного канала.

Местные осложнения, возникающие после удаления зуба

Кровотечение

Удаление зуба, как всякая другая операция, сопровождается кровотечением. Через несколько минут кровь в лунке свертывается, кровотечение прекращается. Однако в некоторых случаях оно самостоятельно не останавливается, продолжается длительное время (первичное кровотечение). Иногда кровотечение прекращается в обычные сроки, но спустя некоторое время появляется вновь (вторичное кровотечение). Продолжительные кровотечения чаще всего обусловлены местными причинами, реже — общими.

Местные причины. В большинстве случаев первичное кровотечение возникает из сосудов мягких тканей и кости вследствие травматично проведенной операции с разрывом или

размозжением десны и слизистой оболочки полости рта, отломом части альвеолы, межкорневой или межальвеолярной перегородки. Кровотечение из глубины лунки обычно связано с повреждением сравнительно крупной зубной веточки нижней альвеолярной артерии. Обильным кровотечением может сопровождаться удаление зуба при развившемся в окружающих тканях остром воспалительном процессе, так как сосуды в них расширены и не спадаются.

У некоторых больных после удаления зуба под влиянием действия адреналина, применяемого вместе с анестетиком при обезболивании, наступает раннее вторичное кровотечение. Вначале адреналин вызывает сокращение стенок артериол в ране, но через 1—2 ч наступает вторая фаза его действия — расширение сосудов, вследствие чего и может возникнуть кровотечение. Позднее вторичное кровотечение из лунки происходит через несколько дней после удаления зуба. Оно связано с развитием воспалительного процесса в ране и гнойным расплавлением организующихся тромбов в сосудах, поврежденных во время операции.

Общие причины. Длительные кровотечения после удаления зуба бывают при заболеваниях, характеризующихся нарушением процесса свертывания крови или нарушениями сосудистой системы.

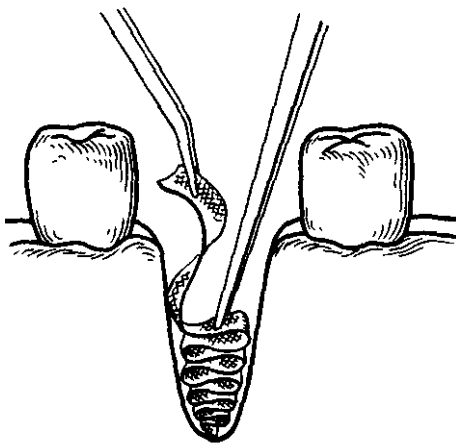
К ним относятся геморрагические диатезы: гемофилия, тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа), геморрагический васкулит, геморрагический ангиоматоз (болезнь Рендю — Ослера), ангиогемофилия (болезнь Виллебранда), С-авитаминоз; заболевания, сопровождающиеся геморрагическими симптомами: острый лейкоз, инфекционный гепатит, септический эндокардит, сыпной и брюшной тиф, скарлатина и др.

Процесс свертывания крови нарушается у больных, получающих антикоагулянты непрямого действия, подавляющие функцию образования протромбина печенью (неодикумарин, фенилин, синкумар), а также при передозировке антикоагулянта прямого действия — гепарина. Склонность к кровотечению наблюдается у больных, страдающих гипертонической болезнью,

В результате длительного кровотечения, вызванного местными или общими причинами, и связанной с этим кровопотерей общее состояние больного ухудшается, появляются слабость, головокружение, бледность кожных покровов, акроцианоз. Пульс учащается, может снизиться артериальное давление. Лунка удаленного зуба, альвеолярный отросток и соседние зубы покрыты кровавым сгустком, из-под которого вытекает кровь.

Местные способы остановки кровотечения. Пинцетом и хирургической ложкой удаляют кровавый сгусток, марлевыми тампонами высушивают лунку и окружающие участки альвеолярного отростка. Осмотрев рану, определяют причину кровотечения, его характер и локализацию.

Кровотечение из поврежденной слизистой оболочки чаще бывает артериальным, кровь вытекает пульсирующей струей. Остановку такого кровотечения производят путем наложения



швов на рану и сближения ее краев, перевязки сосуда или прошивания тканей. При наложении швов на разорванную десну иногда приходится произвести мобилизацию краев раны, отслоить от кости слизистую оболочку вместе с надкостницей. Кровотечение из мелких сосудов можно остановить электрокоагуляцией кровоточащего участка тканей.

Кровотечение из стенок лунки, межкорневой или межальвеолярной перегородки останавливают, сдавливая кровоточащий участок кости штыковидными или крампонными

щипцами. Для введения щечек щипцов в лунку удаленного зуба в некоторых случаях нужно отслоить десну.

Для остановки кровотечения из глубины лунки производят ее тампонаду различными средствами. Простым и наиболее доступным методом является тугая тампонада йодоформной турундой. После удаления сгустка крови лунку орошают раствором перекиси водорода и высушивают марлевыми тампонами. Затем берут йодоформную турунду шириной 0,5—0,75 см и начинают тампонировать лунку с ее дна. Плотнo придавливая и складывая турунду, постепенно заполняют лунку до краев (рис. 47). Если кровотечение возникло после удаления многокорневого зуба, лунку каждого корня тампонируют отдельно.

Для сближения краев раны и удерживания турунды в лунке поверх нее, отступя от края десны на 0,5—0,75 см, накладывают швы. Сверху на лунку помещают сложенную марлевую салфетку или несколько тампонов и просят больного сжать зубы. Через 20—30 мин марлевую салфетку или тампоны убирают и при отсутствии кровотечения отпускают больного. Если кровотечение продолжается, лунку вновь тщательно тампонируют.

Турунду из лунки извлекают только на 5—6-й день, когда начинается гранулирование ее стенок. Преждевременное удаление турунды может привести к повторному кровотечению.

Помимо йодоформной турунды, лунку можно тампонировать биологическим тампоном, кровоостанавливающей марлей «Оксицело-декс», а также марлей, пропитанной раствором тромбина, гемофо-бина, эpsilon-аминокапроновой кислоты или препаратом капрофер. Хороший гемостатический эффект дает введение в лунку рассасывающихся биологических гемостатических препаратов, приготовленных из крови человека (гемостатическая губка, фибринная пленка), крови и ткани животных (гемостатическая коллагеновая губка, желатиновая губка «Кровостан», губка антисептическая с гентамицином или канамицином, гемостатическая губка с амбеном).

При позднем вторичном кровотечении удаляют распавшийся кровяной сгусток из лунки, орошают ее антисептическим раствором, высушивают и заполняют каким-нибудь гемостатическим препаратом. Предпочтительно в этих случаях использовать губку антисептическую с канамицином или гентамицином, обладающую гемостатическими и противомикробными свойствами.

Общие способы остановки кровотечения. Одновременно с остановкой кровотечения местными способами применяют средства, повышающие свертывание крови. Их назначают после определения состояния свертывающей и противосвертывающей систем крови (развернутая коагулограмма). В экстренных случаях, до получения коагулограммы, внутривенно вводят 10 мл 10% раствора кальция хлорида или 10 мл 10% раствора глюконата кальция, или 10 мл 1% раствора амбена. Одновременно с этими препаратами вводят внутривенно 2—4 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты. В дальнейшем общую гемостатическую терапию проводят целенаправленно, исходя из показателей коагулограммы.

При кровотечении, связанном с низким содержанием протромбина в результате нарушения его синтеза печенью (гепатит, цирроз), назначают аналог витамина К — викасол. Внутримышечно вводят 1 мл 1% раствора этого препарата 1—2 раза в день, внутрь — по 0,015 г 2 раза в день. При повышенном уровне фибринолитической активности крови назначают epsilon-аминокапроновую кислоту внутрь по 2—3 г 3—5 раз в день или внутривенно капельно по 100 мл 5% раствора.

При повышенной проницаемости сосудистой стенки и кровотечении, связанном с передозировкой антикоагулянтов, целесообразно назначать внутрь рутин (содержит витамин Р) по 0,02—0,05 г 2—3 раза в день.

Быстрым кровоостанавливающим действием отличается дицинон. После внутривенного введения 2 мл 12,5% раствора препарата гемостатический эффект наступает через 5—15 мин. В последующие 2—3 дня его вводят по 2 мл внутримышечно или дают внутрь по 0,5 г через 4—6 ч.

Больным, страдающим гипертонической болезнью, одновременно с остановкой кровотечения местными средствами проводят гипотензивную терапию. После снижения артериального давления кровотечение у них быстро прекращается.

При обильном и длительном кровотечении, не прекращающемся несмотря на проведенные общие и местные гемостатические лечебные мероприятия, показана срочная госпитализация больного. В стационаре тщательно осматривают послеоперационную рану и в зависимости от источника кровотечения проводят остановку его описанными ранее местными средствами. В соответствии с показателями коагулограммы осуществляют общую гемостатическую терапию.

Выраженное гемостатическое действие оказывает прямое переливание крови или переливание свежечитратной крови.

Профилактика кровотечения. Перед удалением зуба необходимо выяснить, не было ли у больного длительных кровотечений после случайного повреждения тканей и произведенных ранее операций. При склонности к кровотечению перед хирургическим вмешательством делают общий анализ крови, определяют количество тромбоцитов, время свертывания крови и продолжительность кровотечения, составляют развернутую коагулограмму. При отклонении показателей гемостаза от физиологической нормы проводят мероприятия, направленные на повышение функциональной активности свертывающей системы крови (введение раствора кальция хлорида, аминакап-роновой и аскорбиновой кислоты, викасола, рутина и других препаратов), консультируют больного у гематолога или терапевта.

Удаление зубов больным с геморрагическими диатезами проводят в условиях стационара. Подготовку их к операции осуществляют совместно с гематологом. Под контролем коагулограммы назначают средства, нормализующие показатели гемостаза. При гемофилии вливают антигемофильную плазму, криопреципитат или антигемофильный глобулин, свежечитратную кровь; при тромбопении — тромбоцитарную взвесь, цельную кровь, витамины К и С. Изготавливают пластмассовую защитную пластинку.

Удаление зуба у таких больных стремятся выполнить с наименьшей травмой кости и окружающих мягких тканей. После удаления зуба лунку тампонируют гемостатической губкой, антисептической гемостатической губкой или сухой плазмой, накладывают защитную пластинку. Прошивать края десны для удержания в лунке гемостатических препаратов не рекомендуется, так как проколы слизистой оболочки являются дополнительным источником кровотечения.

В послеоперационном периоде продолжают общую терапию, направленную на повышение свертываемости крови (трансфузии крови, антигемофильной плазмы, криопреципитата, аминакапроновой и аскорбиновой кислот, назначение кальция хлорида, гемофобина, рутина, викасола). Гемостатические препараты в лунке оставляют до полного ее заживления. Таким больным не следует удалять одновременно несколько зубов.

Оказание неотложной хирургической стоматологической помощи больным с геморрагическими диатезами проводят только в условиях стационара. Предоперационная подготовка предусматривает полный объем общих гемостатических мероприятий. После операции кровотечение останавливают общими и местными средствами.

Луночковая послеоперационная боль

После удаления зуба и прекращения действия анестетика в ране возникает незначительная боль. Выраженность ее зависит от характера травмы. Болевые ощущения чаще всего быстро проходят. Однако иногда через 1—3 дня после операции появляется резкая боль в области лунки удаленного зуба. Больные не спят ночами, принимают анальгетики, но боль не прекращается. Такая острая боль чаще всего является следствием нарушения нормального процесса заживления лунки зуба и развития в ней воспаления — альвеолита, реже — ограниченного остеомиелита лунки зуба. Кроме того, боль может быть обусловлена оставшимися острыми краями лунки или обнаженным, не покрытым мягкими тканями участком кости альвеолы.

Альвеолит. Альвеолит — воспаление стенок лунки — развивается часто после травматично проведенной операции, снижающей защитные свойства тканей. Возникновению его способствуют: проталкивание в лунку во время операции зубных отложений или содержимого кариозной полости зуба; наличие оставшейся в ней патологической ткани, осколков кости и зуба; длительное кровотечение из раны; отсутствие в лунке кровяного сгустка или механическое разрушение его; нарушение больным послеоперационного режима и плохой уход за полостью рта.

Причиной альвеолита может стать инфекция, находящаяся в лунке, когда зуб удаляют по поводу острого и обострившегося хронического периодонтита или осложненного пародонтита. Предрасполагающим фактором является снижение общей иммунологической реактивности организма больного под влиянием перенесенных общих заболеваний и в пожилом возрасте.

При альвеолите в воспалительный процесс вовлекается вначале внутренняя компактная пластинка альвеолы, затем — более глубокие слои кости, развивается ограниченный острый остит. Иногда воспалительный процесс альвеолы приобретает гнойно-некротический характер, возникает ограниченный остеомиелит лунки зуба.

Клиническая картина. В начальной стадии альвеолита появляется непостоянная ноющая боль в лунке. Боль усиливается во время еды. Общее состояние больного не нарушается,

температура тела нормальная. Лунка зуба только частично выполнена рыхлым, распадающимся сгустком крови. В некоторых случаях сгусток в ней совсем отсутствует. В лунке имеются остатки пищи, слюна, стенки ее обнажены. Слизистая оболочка края десны красного цвета, прикосновение к ней в этом месте болезненно.

При дальнейшем развитии воспалительного процесса боль усиливается, становится постоянной, иррадирует в ухо, висок, соответствующую половину головы. Ухудшается общее состояние больного, появляются недомогание, субфебрильная температура тела. Прием пищи из-за боли затруднен. В лунке зуба содержатся остатки распавшегося сгустка крови, стенки ее покрыты серым налетом с неприятным гнилостным запахом. Слизистая оболочка вокруг лунки гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Иногда появляется небольшая отечность мягких тканей лица. Альвеолит в свою очередь может вызвать ряд осложнений: периостит и остеомиелит челюсти, абсцесс, флегмону, лимфаденит.

Лечение. После выполненного местного обезболивания переходят к обработке раны. С помощью шприца с затупленной иглой струей теплого раствора антисептика (перекись водорода, фура-цилин, хлоргексидин, этакридин лактат, перманганат калия) вымывают из лунки зуба частицы распавшегося сгустка крови, пищу, слюну. Затем острой хирургической ложечкой осторожно (чтобы не травмировать стенки лунки и не вызвать кровотечение) удаляют из нее остатки разложившегося сгустка крови, грануляционной ткани, осколки кости, зуба. После этого лунку вновь обрабатывают раствором антисептика, высушивают марлевым тампоном, припудривают порошком анестезина и закрывают повязкой из узкой полоски марли, пропитанной йодоформной жидкостью. В качестве повязки на лунку используют биологический антисептический тампон, губку гемостатическую с гентамицином или канамицином, пасты с антибиотиками. Повязка защищает лунку от механических, химических и биологических раздражителей, действуя одновременно антимикробно.

В начальной стадии альвеолита после такой обработки боль в лунке не возобновляется. Воспалительный процесс спустя 2—3 дня купируется. При развившемся альвеолите и сильной боли после антисептической и механической обработки лунки в нее вводят полоску марли, пропитанную препаратами, обладающими антибактериальным и анестезирующим действием: жидкость камфорофено-ла, 10% спиртовой раствор прополиса. Эффективным средством воздействия на микрофлору и воспалительную реакцию является введение в лунку тетрациклин-преднизолонового конуса.

Для очищения лунки зуба от некротического распада используют протеолитические ферменты. Полоску марли, обильно смоченную раствором кристаллического трипсина или химотрипсина, помещают в лунку. Действуя на денатурированные белки и расщепляя омертвевшую ткань, они очищают раневую поверхность, ослабляют воспалительную реакцию.

Как средство патогенетической терапии применяют лидокаино-вую, новокаиновую или тримекаиновую блокаду. В мягкие ткани, окружающие воспаленную лунку зуба, вводят 5—10 мл 0,5% раствора анестетика. В некоторых случаях блокируют соответствующий нерв на всем его протяжении.

Если боль и воспалительные явления сохраняются, через 48 ч блокаду повторяют.

Применяют один из видов физического лечения: флюктуоризацию, УВЧ, микроволновую терапию, локальное ультрафиолетовое облучение, лучи гелий-неонового лазера. Рекомендуют 4—6 раз в день ванночки для полости рта с теплым (40—42°C) раствором перманганата калия (1:3000) или 1—2% раствором гидрокарбоната натрия. Внутрь назначают сульфаниламидные препараты, анальгетики, витамины.

В случае дальнейшего развития заболевания и при существовании угрозы распространения воспалительного процесса на окружающие ткани проводят антибиотикотерапию.

Местное воздействие на воспалительный очаг (обработка лунки антисептиками и смена повязки) проводят ежедневно или через день до полного прекращения боли. Через 5—7 дней стенки лунки покрываются молодой грануляционной тканью, но воспалительные явления в слизистой оболочке десны еще сохраняются. Через 2 нед десна приобретает нормальную окраску, исчезает отек, лунка заполняется грануляционной тканью, начинается ее эпителизация. В дальнейшем процесс заживления лунки идет так же, как при отсутствии осложнения. Когда в стенках лунки развивается гнойно-некротический воспалительный процесс, то, несмотря на активное лечение альвеолита, боль и воспалительные явления не прекращаются. Это

свидетельствует о развитии более тяжелого осложнения — ограниченного остеомиелита лунки зуба.

Ограниченный остеомиелит лунки зуба. В лунке удаленного зуба появляется острая пульсирующая боль, возникает боль в соседних зубах. Появляются слабость, сильная головная боль. Температура тела 37,6—37,8°C и выше, иногда бывает озноб. Больной не спит, не может работать.

Сгусток крови в лунке отсутствует, дно и стенки ее покрыты грязно-серой массой со зловонным запахом. Окружающая лунку зуба слизистая оболочка краснеет, отекает, надкостница инфильтрируется, утолщается. Пальпация альвеолярного отростка с вестибулярной и оральной сторон в области лунки и на соседних участках резко болезненна. При перкуссии рядом стоящих зубов возникает боль.

Околочелюстные мягкие ткани отечны, поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, плотные, болезненные. При остеомиелите лунки одного из нижних больших коренных зубов из-за распространения воспалительного процесса на область жевательной или медиальной крыловидной мышцы открывание рта часто ограничено.

Явления острого воспаления держатся 6—8 дней, иногда 10 дней, затем они уменьшаются, процесс переходит в подострую и далее в хроническую стадию. Боль становится тупой, слабой. Общее состояние улучшается. Нормализуется температура тела. Отек и гиперемия слизистой оболочки становятся менее выраженными; уменьшается, затем исчезает болезненность при пальпации альвеолярного отростка. Исчезают отек тканей лица и проявления поднижнечелюстного лимфаденита.

Через 12—15 дней лунка зуба заполняется рыхлой, иногда выбухающей из нее патологической грануляционной тканью, при надавливании на которую выделяется гной. На рентгенограмме контуры внутренней компактной пластинки альвеолы нечеткие, размытые, выражены остеопороз кости и деструкция ее у альвеолярного края. В некоторых случаях, спустя 20—25 дней от начала острого периода, удастся выявить мелкие секвестры.

Лечение. В острой стадии заболевания терапию начинают с ревизии лунки. После проводникового и инфильтрационного обезболивания удаляют из лунки разложившийся сгусток крови, патологическую ткань и имеющиеся в ней инородные тела. Затем ее обрабатывают из шприца слабым раствором антисептика или биологически активным препаратом: стафилококковым и стрептококковым бактериофагом, протеолитическими ферментами, лизоцимом. После этого рану закрывают антибактериальной повязкой.

Стиханию воспалительных явлений и уменьшению боли способствует рассечение инфильтрированного участка надкостницы и слизистой оболочки. Разрез длиной 1,5—2 см делают по переходной складке и с внутренней стороны альвеолярного отростка, на уровне лунки зуба, до кости. Назначают внутрь антибиотики, сульфаниламидные и антигистаминные препараты, анальгетики, аскорбиновую кислоту, проводят новокаиновые блокады, физиотерапию. Для повышения специфической иммунологической реактивности целесообразно подкожно ввести 0,5 мл адсорбированного стафилококкового анатоксина. Вторую инъекцию анатоксина в той же дозе делают спустя 7—10 дней.

После прекращения острых воспалительных явлений назначают поливитамины и

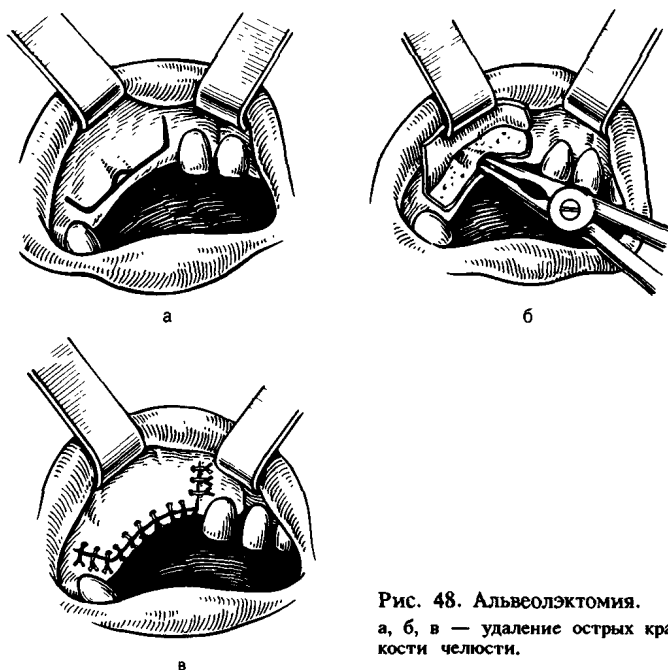


Рис. 48. Альвеолэктомия.
а, б, в — удаление острых краев
кости челюсти.

стимуляторы неспецифической резистентности организма: метилурацил по 0,5 г или пентоксил по 0,2 г 3—4 раза в день, нуклеинат натрия по 0,2 г 3 раза в день. Одновременно проводят ультразвуковую или лазерную терапию очага воспаления.

Через 20—25 дней от начала острого воспалительного процесса из лунки удаляют хирургической ложечкой образовавшуюся патологическую грануляционную ткань и мелкие секвестры, тщательно выскабливают дно и стенки лунки. Рану обрабатывают антисептическим раствором, высушивают и рыхло тампонируют полоской марли, пропитанной йодоформной жидкостью. перевязки (обработка лунки антисептическим раствором и смена в ней йодоформной марли) проводят через 2—3 дня до образования на стенках и дне лунки молодой грануляционной ткани.

Острые края альвеолы. Луночковая боль может быть вызвана выступающими острыми краями лунки, травмирующими расположенную над ними слизистую оболочку. Острые края альвеолы чаще всего образуются после травматично проведенной операции, а также после удаления нескольких рядом стоящих зубов или одиночно расположенного зуба (вследствие атрофии кости на соседних участках).

Боль появляется через 1—2 дня после удаления зуба, когда края десны над лункой начинают сближаться. Костные выступы травмируют расположенную над ними слизистую оболочку десны, раздражая находящиеся в ней нервные окончания. Боль усиливается во время жевания и при прикосновении к десне. Отличить эту боль от боли при альвеолите можно по отсутствию воспалительных явлений в области лунки и наличию в ней организующегося сгустка крови. При ощупывании лунки пальцем определяется выступающий острый край кости, возникает резкая боль.

Для устранения боли производят операцию — альвеолэктомию: во время которой удаляют острые края лунки (рис. 48). Под проводниковой и инфильтрационной анестезией делают дугообразный или трапециевидный разрез десны и отслаивают распатором от кости слизисто-надкостничный лоскут. Выступающие края лунки удаляют костными кусачками. Неровности кости сглаживают фрезой. Рану обрабатывают раствором антисептика. Отслоенную десну укладывают на прежнее место и укрепляют узловатыми кетгутовыми швами.

Обнажение участка альвеолы. В результате травмы десны во время удаления зуба может образоваться дефект слизистой оболочки альвеолярного отростка. Появляется обнаженный, не покрытый мягкими тканями участок кости, вызывающий боль при тепловом и механическом раздражении. Обнаженный участок кости надо убрать костными кусачками или спилить бором. Рану следует закрыть слизисто-надкостничным лоскутом или марлей, пропитанной йодоформной смесью.

Используется на данном занятии новые педагогические технологии: деловые игры «Черный ящик», «Паутина».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрного ящика» неизвестный вопрос, рентгеновские снимки. Студенты должны определить этот снимок, подробно обосновав свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по методике проведения операции. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать ответы сокурсников - участников этого конкурса.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

36. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.

37. Участники сидят по кругу.

38. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.

39. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
40. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в (%) и баллах	Оценка	Уровень знания студента
1.	96-100	Отлично «5»	Подводит итоги и принимает решения Творчески мыслит Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
2.	91-95		Творчески мыслит Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
3.	86-90		Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
4.	81-85	Хорошо «4»	Применяет на практике Проявляет высокую активность при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не достаточно полно Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
5.	76-80		Проявляет активность при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точно представления
6.	71-75		Правильно решает ситуационные задачи, но

			обоснование ответа не полное Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
7.	66-70	Удовлетворительно «3»	Понимает суть вопроса Правильно решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответ Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления по отдельным вопросам темы
8.	61-65		Допускает ошибки при решении ситуационных задач Знает, рассказывает не уверенно Имеет точные представления по отдельным вопросам темы
9.	55-60		Знает, рассказывает не уверенно Имеет частичные представления
10.	54 и ниже	Неудовлетворительно «2»	Не имеет точного представления Не знает

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин.
			80
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение домашнего задания	Опрос, объяснение	15
3	Обследование больного в стационаре		5
4	Усовершенствование практических навыков, работа с муляжами, клинико-лабораторным оборудованием, аппаратурой	Работа с клинико-лабораторным оборудованием	15
5	Обсуждение практической части занятия	Опрос, объяснение	10
6	Обсуждение темы занятия, реферативное сообщение, семинар, дискуссия	Реферативное сообщение, семинар, дискуссия	10
7	Работа в группе. Демонстрация видеозаписей по теме, разбор ситуационных задач, компьютерные программы, деловые игры и т.д.	Демонстрация, интерактивные формы - активные, пассивные	10
8	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 бальной системе и её оглашение. Дача задания студентам на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	10

10. Контрольные вопросы

59. Понятие о хирургической стоматологии как о науке.
60. Развитие хирургической стоматологии в Узбекистане.
61. Помещение хирургического отделения (кабинета).
62. Санитарные требования предъявляемые при организации хирургической стоматологической помощи.
63. Штатные нормативы медицинского персонала.
64. Организация лечебной работы в поликлинике и клинике хирургической стоматологии.
65. Организация стоматологической помощи в стационаре.

66. Ведение медицинской документации.
67. Понятие об асептике и антисептике

Основная литература

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
2. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - Москва: Медицина, 1990.

Дополнительная литература:

1. Дэвид А. Митчелл, Анастасиос Н. Канатас. Введение в хирургию устного и челюстно-лицевого хирургов - 2015 (переведено на русский язык кафедрой). Принципы перфориральной и челюстно-лицевой хирургии-2004.
2. Нелима Анил Малик, учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии-2008
4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». М.: «Медицина», 2000.
5. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - Хирург лучевой терапии и химиотерапии при Руководстве по хирургической стоматологии. - Москва: Медицина, 2000, стр. 1.
6. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. «Сепсис». Медицина, 1983.
7. Вязьмитина А.В., Использование И.Т.Л. «Хирургическая стоматология»: практика. Phenix. 2006.
8. Жилонов А.А. Абдуллаев Ш.Ю. Кудратов Ш. Садыкова Х.К. «Операция лица и челюсти» Т., 2016.
9. Рабухина Н.А. «Радиодиагностические методы диагностики некоторых заболеваний челюстно-лицевой области». М.: «Медицина», 1990.
10. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. «Хирургическая стоматология». М.: «Медика», 1996.
11. Сабо Е. «Хирургия на амбулаторной зубов и полости рта». Академия наук Венгрия, Будапешт. 1977.
12. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи». М.: «Медицина», 2001.
13. Шаргородский А.Г. «Руководство по практическим занятиям по хирургической стоматологии». М.: «Медицина», 1976.
14. Письменные тексты.

Тема 26: Причины трудного прорезывания 8 зубов.

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

- | | | | | |
|------|--|-------|---|----------------------|
| 105. | Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов. | | | |
| 106. | | Тесты | 1 | уровня |
| | сложности. | | | |
| 107. | | Тесты | 2 | уровня |
| | сложности. | | | |
| 108. | | | | Ситуационные задачи. |
2. Продолжительность изучения темы - количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполнять амбулаторную карту;
- заполнять стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственности в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаиморазвивающихся в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия — строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения — организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена — санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии — стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия — понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания — организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология — обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

Затрудненное прорезывание нижних третьих моляров.

Основной причиной затрудненного прорезывания нижних третьих моляров является недостаток места в нижней челюсти. В результате неблагоприятных топографоанатомических условий возникают воспалительные процессы в тканях, окружающих третий моляр (перикоронарит, ретромолярный периостит, флегмоны и абсцессы).

Слизистая оболочка, покрывающая коронку непрорезавшегося нижнего третьего моляра, травмируемая зубами верхней челюсти, воспаляется; кроме того, в образовавшийся карман между жевательной поверхностью третьего моляра и капюшоном воспаленной слизистой оболочки попадают патогенные микробы, частицы пищи, в результате чего развивается острый перикоронарит. Слизистая оболочка в области этого зуба отечна и гиперемирована, травмируемые участки ее изъязвлены. Из-под нависающего «капюшона» выделяется гной. Нередко воспалительный процесс распространяется на область жевательной и внутренней крыловидной мышцы, появляется боль при глотании, сведение челюстей. Возникает ретромолярный периостит, сопровождающийся подчелюстным лимфаденитом. При ретромолярном периостите температура тела повышается до 37,5—38°. В результате затрудненного прорезывания нижних третьих моляров

возникают и более значительные осложнения: абсцесс, флегмона, остеомиелит нижней челюсти. Продолжительное существование воспалительного очага и разрастание грануляционной ткани в окружности шейки зуба вызывают резорбцию прилежащих участков кости. При значительной резорбции костной ткани возможно возникновение парадантальной кисты. Поскольку больные избегают пережевывания пищи на стороне поражения, образуются обильные отложения на зубах.

Удаление нижнего третьего моляра производят в случаях: а) неоднократного рецидивирования воспалительного процесса мягких тканей (перикоронзит, ретромолярный периостит); б) наличия патологических изменений в окружающей костной ткани; в) невозможности прорезывания зуба вследствие отсутствия места в альвеолярном отростке челюсти; г) при неправильном расположении зуба, вызывающем хроническую травму слизистой оболочки щеки.

В случаях, когда нижний третий моляр занимает правильное положение и имеется достаточно места между вторым моляром и передним краем ветви челюсти, производят полное иссечение слизистой оболочки («капюшона») в области коронки не полностью прорезавшегося зуба. Раневую поверхность целесообразно коагулировать аппаратом хирургической диатермии. Рассечение «капюшона» следует рассматривать как паллиативное мероприятие, которое допустимо лишь в остром периоде. Проводится также противовоспалительная (медикаментозная и физическая) и общеукрепляющая терапия. По показаниям изготавливают из пластмассы разобщающие каппы. После стихания острых явлений осуществляют радикальное лечение (удаление зуба или полное иссечение «капюшона»). Как показывает опыт ряда клиник, при современных методах обезболивания удаление зуба может быть успешно проведено и в остром периоде. Непрорезавшиеся или аномально расположенные нижние третьи моляры удаляют путем выдалбливания и выпиливания.

Особенности удаления ретенированных зубов. Ретенированные или не полностью прорезавшиеся зубы удаляют по следующим показаниям: а) симптоматическая невралгия или неврит при сдавливании разветвлений тройничного нерва; б) часто повторяющийся воспалительный процесс в тканях, окружающих зуб.

Рентгенография в двух проекциях позволяет установить не только наличие ретенированного зуба, но и его взаимоотношения с соседними зубами, с полостью носа, верхнечелюстной пазухой и нижнечелюстным каналом. В ряде случаев производят депульпирование соседнего зуба, корень которого может быть обнажен при операции.

Оперативный подход со стороны неба не требует такой подготовки. Особые трудности возникают при удалении не полностью прорезавшегося нижнего третьего моляра. Операция удаления ретенированного и не полностью прорезавшегося зуба мало отличается от техники выдалбливания или выпиливания зуба. При локализации третьего моляра в ветви нижней челюсти целесообразнее удалять его через внеротовой разрез

Неправильное положение в зубном ряду прорезывавшегося зуба или расположение его вне зубного ряда - смещение зуба. Это происходит чаще всего в результате нарушения последовательности и сроков прорезывания зубов в связи с чем они занимают неправильное положение. Чаще наблюдается смещение нижних зубов мудрости чем верхних. Нижний третий моляр чаще из — за недостаточности места в альвеолярном отростке занимает не правильное положение и чаще смещается в сторону преддверия рта, реже - в собственно полость рта и за пределы альвеолярной дуги. Зуб мудрости может занимать наклонное положение по второму моляру вплоть до горизонтального.

Диагноз ставят на основании клинического и рентгенологических исследований. На рентгенограмме определяется положение третьего моляра. Может наблюдаться изменение костной ткани в его окружности, чаще участок резорбции располагается позади коронки.

Лечение обычно в период смены зубов. Все виды смещения легко устраняются и, как правило, до 14-15 лет лечение смещения проводится различными ортодонтическими методами. Эти методы применяют и в возрасте после 15 лет. Однако в таких случаях успех ортодонтического лечения не постоянен. Чаще лечение сводится к удалению зубов мудрости на верхней челюсти. Иногда возможно устранение травмы шлифовыванием бугров.

Удаление смещенного нижнего зуба мудрости проводят чаще в поликлинике, у некоторых больных в стационаре.

Полу ретенированный зуб. Неполное прорезывание через костную ткань челюсти или слизистую оболочку зуба наблюдается в области клыков, вторых резцов верхней челюсти, на нижней - зубов мудрости.

Клиническая картина полу ретенированного зуба характеризуется появлением прорезывающейся части коронки в каком-либо отделе альвеолярного отростка. В результате постоянной травмы слизистой оболочки прилегающей к прорезывающейся части коронки зуба, возникает воспаление вокруг нее. Иногда полу ретенированный зуб обнаруживают при появлении воспалительных явлений в участке альвеолярного отростка верхней или нижней челюсти. При исследовании определяют утолщение альвеолярного отростка покрытое покрасневшей, отечной слизистой оболочкой. Иногда отсутствие одного из постоянных зубов в альвеолярной дуге. На его месте может быть молочный зуб. В отдельных случаях Ретенированный зуб создает выпячивание наружной стенки альвеолярного отростка или тела челюсти. При этом иногда можно пальпировать контур зуба или его части. Ретенированные зубы могут вести к нарушению нормального положения соседних зубов т.е. их смещения. В таких случаях больной обращается с жалобами на боли в области ретенированного зуба. Ретенированные зубы могут давить на нервные волокна и окончания и в этом случае жалобы на боли являются симптомом поражения нервов -невралгии или неврита. С этим связано нарушение чувствительности -анестезия. Ретенированный зуб нередко является источником воспалительных реакций.

Лечение

Тактика хирурга, в случаях ретенции зуба без выраженных симптомов воспаления, может быть различной. Сопоставляя данные общего состояния больного, его возраст, расположение ретенированного зуба и травматичность перед стоящей операцией, а также опасность осложнений определяют целесообразностью хирургического вмешательства. При отсутствии жалоб больного и осложнениями связанных с ретенцией зуба удаление зуба не показано. Возможно динамическое наблюдение за больным.

Удаление ретенированных и полу ретенированных зубов представляет определенные трудности. Перед операцией следует определить расположение зуба в толще костной ткани, его отношение к различным образованиям, основанию к каналу нижней челюсти, верхней челюстной пазухи, носовой полости и соседним зубам.

Для определения особенностей расположения ретенированного или полу ретенированного зуба следует провести рентгенографию иногда в нескольких проекциях.

Используемые на данном занятии новые педагогические технологии:

деловые игры

«Черный ящик», «Паутина».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЁРНЫЙ ЯЩИК»

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «чёрный ящика» неизвестный вопрос, рентгеновские снимки. Студенты должны определить этот снимок, подробно обосновав свой ответ.

На обдумывание каждого ответа студенту даётся 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, даётся дополнение по методике проведения операции. В конце метода преподаватель комментирует правильность ответа, его обоснованность, степень активности студентов.

Данная методика способствует развитию речи студента, формированию основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учится отстаивать своё мнение, анализировать

ответы сокурсников - участников этого конкурса.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

41. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
42. Участники сидят по кругу.
43. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
44. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажется в паутине.
45. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, держащий моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в (%) и баллах	Оценка	Уровень знания студента
1.	96-100	Отлично «5»	Подводит итоги и принимает решения Творчески мыслит Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
2.	91-95		Творчески мыслит Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
3.	86-90		Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
4.	81-85		Применяет на практике Проявляет высокую активность при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не достаточно полно Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно

			Имеет точные представления
5.	76-80	Хорошо «4»	Проявляет активность при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
6.	71-75		Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
7.	66-70	Удовлетворительно «3»	Понимает суть вопроса Правильно решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответ Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления по отдельным вопросам темы
8.	61-65		Допускает ошибки при решении ситуационных задач Знает, рассказывает не уверенно Имеет точные представления по отдельным вопросам темы
9.	55-60		Знает, рассказывает не уверенно Имеет частичные представления
10.	54 и ниже	Неудовлетворительно «2»	Не имеет точного представления Не знает

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин.
			80
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение домашнего задания	Опрос, объяснение	15
3	Обследование больного в стационаре		5
4	Усовершенствование практических навыков, работа с муляжами, клинико-лабораторным оборудованием, аппаратурой	Работа с клинико-лабораторным оборудованием	15
5	Обсуждение практической части занятия	Опрос, объяснение	10
6	Обсуждение темы занятия, реферативное сообщение, семинар, дискуссия	Реферативное сообщение, семинар, дискуссия	10
7	Работа в группе. Демонстрация видеозаписей по теме, разбор ситуационных задач, компьютерные программы, деловые игры и т.д.	Демонстрация, интерактивные формы - активные, пассивные	10
8	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 бальной системе и её оглашение.дача задания студентам на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	10

10. Контрольные вопросы

68. Понятие о хирургической стоматологии как о науке.
69. Развитие хирургической стоматологии в Узбекистане.
70. Помещение хирургического отделения (кабинета).
71. Санитарные требования предъявляемые при организации хирургической стоматологической помощи.
72. Штатные нормативы медицинского персонала.
73. Организация лечебной работы в поликлинике и клинике хирургической стоматологии.
74. Организация стоматологической помощи в стационаре.
75. Ведение медицинской документации.
76. Понятие об асептике и антисептике.

\

Основная литература

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
2. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - Москва: Медицина, 1990.

Дополнительная литература:

1. Дэвид А. Митчелл, Анастасиос Н. Канатас. Введение в хирургию устного и челюстно-лицевого хирургов - 2015 (переведено на русский язык кафедрой). Принципы перфориральной и челюстно-лицевой хирургии-2004.
2. Нелима Анил Малик, учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии-2008
4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». М.: «Медицина», 2000.
5. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - Хирург лучевой терапии и химиотерапии при Руководстве по хирургической стоматологии. - Москва: Медицина, 2000, стр. 1.
6. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. «Сепсис». Медицина, 1983.
7. Вязьмитина А.В., Использование Т.Л. «Хирургическая стоматология»: практика. Phenix. 2006.
8. Жилонов А.А. Абдуллаев Ш.Ю. Кудратов Ш. Садыкова Х.К. «Операция лица и челюсти» Т., 2016.
9. Рабухина Н.А. «Радиодиагностические методы диагностики некоторых заболеваний челюстно-лицевой области». М.: «Медицина», 1990.
10. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. «Хирургическая стоматология». М.: «Медика», 1996.
11. Сабо Е. «Хирургия на амбулаторной зубов и полости рта». Академия наук Венгрия, Будапешт. 1977.
12. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи». М.: «Медицина», 2001.
13. Шаргородский А.Г. «Руководство по практическим занятиям по хирургической стоматологии». М.: «Медицина», 1976.
14. Письменные тексты.

ТЕМА 27. Операции при периодонтитах. (реплантация зуба, резекция верхушки корня, ампутация корня, гемисекция зуба).

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполнять амбулаторную карту;
- заполнять стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственности в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаиморазвивающихся в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия — строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения — организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена — санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии — стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия — понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания — организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология — обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

Хронический периодонтит это хроническое воспаление в периодонте, возникающие после перехода острого процесса в хронический или формирующийся, минуя острую стадию.

Хронический периодонтит встречается чаще, чем острый. Различают гранулирующий, гранулематозный и фиброзный периодонтит.

При правильно проведенном лечении на месте гранулематозного очага определяются изменения, характерные для фиброзного периодонтита, или образование участка склерозированной костной ткани. Фиброзный периодонтит под вниманием лечебных мероприятий, иногда и самопроизвольно может произойти рубцевание гранулирующего.

Хирургическое лечение хронического периодонтита заключается в удалении зуба, реплантации, операции резекции верхушки корня зуба. После удаления зуба при гранулирующем и гранулематозном периодонтитах следует тщательно выскабливать грануляционные разрастания или гранулемы. При наличии свищевого хода на десне следует провести его ревизию и выскабливать грануляции по всей его протяженности. В отдельных случаях целесообразно иссечь свищевой ход и рану защитить, наложив 2-3 кетгутовых шва. При хроническом гранулирующем периодонтите, осложненном под слизистой, под надкостничной, подкожной гранулемами, после удаления зуба проводят выскабливание гранулематозных разрастаний из - под слизистой оболочки, надкостницы, подкожной клетчатки, кожи. Гемисекция зуба заключается в резекции части коронки. Операцию производят у первых, вторых моляров на верхней и нижней челюстях при патологическом деструктивном очаге у одного из корней. Гемисекция не показана, если наблюдаются резорбция межкорневой перегородки, перфорация одного из корней, глубокий внутрикостный карман, а также гиперцементоз верхушки корня [Шаргородский А.Г., 1985]. При гемисекции проводят консервативное лечение и пломбирование каналов остающихся корней и полости зуба при помощи бора, диска и обязательно с охлаждением. Осторожно отделяют часть коронки до уровня бифуркации и так же осторожно удаляют часть зуба с корнем. Люксационные движения должны быть легкими; лучше производить ротационные движения. Если при удалении корня зуба используют элеватор, то должна быть правильно определена точка опоры. Элеватор не должен опираться на межзубную перегородку, которая должна быть сохранена. Удалив часть зуба с корнем, проводят туалет раны, мобилизуют слизистую оболочку и рану зашивают наглухо (рис. 8.7, а). Хорошие результаты дает также заполнение альвеолы удаленного корня биоматериалом на основе гидроксилapatита и коллагена. В тех случаях, когда удаление корня, не подлежащего лечению, представляет трудности, следует откинуть слизисто-надкостничный лоскут и произвести гингивотомию. Если патологический очаг расположен в области расхождения корней, особенно при перфорации в этом участке, то сепарацию коронки и корня следует проводить за пределами этого участка (чаще всего в области между щечными корнями верхних моляров или медиальным и дистальным корнями нижних моляров). В альвеолу удаленного зуба и на поверхности кости у шейки зуба укладывают биоматериал и рану зашивают наглухо. Ампутация корня проводится по тем же показаниям, что и гемисекция. Как правило, удаляют один из корней моляров, чаще на

верхней челюсти. Операция заключается в откидывании слизисто-надкостничного лоскута углообразной или трапециевидной формы с одной из сторон альвеолярного отростка верхней челюсти или только с вестибулярной стороны альвеолярной части нижней челюсти с таким расчетом, чтобы он перекрывал будущий участок остеотомии. При помощи фиссурного бора отсекают корень и, делая щипцами только ротационные движения, удаляют

его. При отсечении корня и манипуляциях в кости используют охлаждение. В некоторых случаях, когда удаляют только часть корня, может потребоваться удаление нижнего отдела передней стенки альвеолы. Пустую альвеолу желательно заполнить биоматериалом — гидроксилapatитом, гидроксидом апатита, коллагеном, колапаном и др. Слизисто-надкостничный лоскут укладывают на место и фиксируют кетгутовыми или полиамидными швами (рис. 8.7, б). После гемисекции и ампутации оставшийся корень (или корни) может функционировать несколько лет [Полтавский В.П., 1984]. А.Г. Шаргородский (1985) и Е.В. Боровский (1996) считают неоправданным сравнительно редкое применение таких операций.

Реплантация зуба - возвращение в лунку удаленного зуба. Операция проводится при безуспешности или невозможности консервативной терапии, нежелательности удаления зуба. Она заключается в удалении зуба, выскабливании патологических тканей из альвеолы и с поверхности корня. После пломбирования каналов и резекции корней, зуб вводят в лунку и фиксируют там. Производят реплантацию преимущественно многокорневых зубов. Удаления зуба производят осторожно, стараясь не травмировать тканей зубной альвеолы и прилегающих мягких тканей. Осторожно проводят кюретаж альвеолы, убирая грануляционные разрастания или гранулемы, стараются сохранить волокна периодонта по боковой поверхности альвеолы и круговую связку. Промывают рану теплым изотоническим раствором хлорида натрия с добавлением антибиотиков, фурацилина и рыхло тампонируют стерильной марлей. Удаленный зуб временно помещают в

какую-либо емкость, содержащую теплый (36,6° С) изотонический раствор хлорида натрия с добавлен 1 ем антибиотиков или нитрофурановых препаратов. Пломбируют полость зуба и каналы цементом или быстротвердеющей пластмассой, отпиливают верхушки его корней. После туалета кости зуб помещают в альвеолу и фиксируют его при помощи проволочной шины, защитной пластинки из быстротвердеющей пластмассы, каппового аппарата на 2-3 нед. Следует обратить внимание на то, что приживление зуба возможно при его покое. Поэтому он должен быть выключен из прикуса, для чего шлифуют бугры реплантированного зуба или его антагониста. В послеоперационном периоде назначают анальгин, амидопирин, метиндол и другие препараты, щадящую диету, дают рекомендации по гигиеническому содержанию полости рта, особенно при наложении закрепляющих шин.

Аутотрансплантацию производят так же, как и реплантацию зуба. Однако аутотрансплантация не получила применения в стоматологической практике.

Аллотрансплантация зуба представляет собой операцию пересадки зуба от одного человека другому. Г. Е. Драновский (1978) и М.М. Максудов (1980), проведя экспериментальные исследования и клинические наблюдения при аллотрансплантации зубных зачатков детям, отметили приживление, развитие и прорезывание таких зубов. По данным Н.И. Хамитова, (1991), витальная трансплантация дала положительный результат; успех был достигнут в 90 % случаев [Хасанов Р.А., 1996]. Автор рекомендует использовать зубы от трупа впервые 4 ч после наступления смерти и от здоровых доноров с последующей консервацией в смеси «Вукот». Очень важен подбор зуба. Важную роль играют правильная его консервация и предупреждение отторжения после пересадки. Методика операции такая же, как при реплантации и аутотрансплантации. Имплантация зуба относится также к аллотрансплантации или эксплантации. При удалении зуба она носит название немедленной имплантации. Операция перспективна и в настоящее время часто применяется, хотя общепризнанной является имплантация через 4—6 мес. после удаления зуба [Суров О.Н., 1993; Миргазизов М.З., 1994; Misch K., 1993; Block M., 1993]. Экспериментальные [Part G. et al., 1994] и морфологические [Barzilay J. et al., 1990; Nail G. et al., 1990] исследования и клинические наблюдения [Nisnik G., 1982; Virna K., 1991, 1992, и др.] свидетельствуют об эффективности немедленной имплантации при удалении зубов. Немедленная имплантация имеет определенные преимущества, так как предотвращает сужение альвеолы и резорбцию кости, возникающую после удаления зубов [Робустова Т.Г., Федоров И.А., 1997; Block M., Kent J., 1991]. Немедленная имплантация показана при травме зуба — вывихе и нецелесообразности его вправления, переломах средней и верхней частей корня, хроническом периодонтите в случае значительного разрушения коронки и размягчения корня, неэффективности консервативного лечения зуба, пародонтите II—III степени с резорбцией кости только по вертикали. Имплантацию следует производить после завершения роста кости, т.е. у пациентов 18—20 лет [Oesterl L. et al., 1993].

Немедленная имплантация не показана при остром или обострении хронического периодонтита, остром воспалении пародонта, выраженных деструктивных изменениях кости, а также в случаях, когда полость рта не санирована.

Резекция верхушки корня зуба. Эта операция показана, когда невозможно устранить хронический воспалительный процесс в периодонте с помощью Консервативных методов лечения, а также в тех случаях, когда канал зуба, закрыт застрявшим в нем инородным телом (головка бора, обломок пульпаэкстрактора и др.), препятствующим дальнейшему лечению периодонтита. Она также показана при недостаточном выполнении канала твердеющим пломбировочным материалом (цемент), при перфорации стенки корня в верхушечном отделе во время оперативного вмешательства по поводу хронического остеомиелита, распространявшегося на верхушку корня соседнего зуба. В основном производят резекцию верхушки корня резцов или клыка, а также малых коренных зубов на нижней челюсти, реже - на верхней. Эта операция не показана при остром периодонтите или обострении хронического периодонтита, в случаях значительной подвижности зуба при заболеваниях пародонта, а также при разрушении коронки зуба.

Гемисекция зуба заключается в резекции части коронки. Операцию производят у первых, вторых моляров на верхней и нижней челюстях при патологическом деструктивном очаге у одного из корней. Гемисекция не показана, если наблюдаются резорбция межкорневой перегородки, перфорация одного из корней, глубокий внутрикостный карман, а также гиперцементоз верхушки корня [Шаргородский А.Г., 1985]. При гемисекции проводят консервативное лечение и пломбирование каналов остающихся корней и полости зуба при

помощи бора, диска и обязательно с охлаждением. Осторожно отделяют часть коронки до уровня бифуркации и так же осторожно удаляют часть зуба с корнем. Люксационные движения должны быть легкими; лучше производить ротационные движения. Если при удалении корня зуба используют элеватор, то должна быть правильно определена точка опоры. Элеватор не должен опираться на межзубную перегородку, которая должна быть сохранена. Удалив часть зуба с корнем, проводят туалет раны, мобилизуют слизистую оболочку и рану зашивают наглухо (рис. 8.7, а). Хорошие результаты дает также заполнение альвеолы удаленного корня биоматериалом на основе гидроксилapatита и коллагена. В тех случаях, когда удаление корня, не подлежащего лечению, представляет трудности, следует откинуть слизисто-надкостничный лоскут и произвести гингивотомию. Если патологический очаг расположен в области расхождения корней, особенно при перфорации в этом участке, то сепарацию коронки и корня следует проводить за пределами этого участка (чаще всего в области между щечными корнями верхних моляров или медиальным и дистальным корнями нижних моляров). В альвеолу удаленного зуба и на поверхности кости у шейки зуба укладывают биоматериал и рану зашивают наглухо.

Ампутация корня проводится по тем же показаниям, что и гемисекция. Как правило, удаляют один из корней моляров, чаще на верхней челюсти. Операция заключается в откидывании слизисто-надкостничного лоскута углообразной или трапециевидной формы с одной из сторон альвеолярного отростка верхней челюсти или только с вестибулярной стороны альвеолярной части нижней челюсти с таким расчетом, чтобы он перекрывал будущий участок остеотомии. При помощи фиссурного бора отсекают корень и, делая щипцами только ротационные движения, удаляют

его. При отсечении корня и манипуляциях в кости используют охлаждение. В некоторых случаях, когда удаляют только часть корня, может потребоваться удаление нижнего отдела передней стенки альвеолы. Пустую альвеолу желательно заполнить биоматериалом — гидроксилapatитом, гидроксиполом, колаполом, колапаном и др. Слизисто-надкостничный лоскут укладывают на место и фиксируют кетгутowymi или полиамидными швами (рис. 8.7, б). После гемисекции и ампутации оставшийся корень (или корни) может функционировать несколько лет [Полтавский В.П., 1984]. А.Г. Шаргородский (1985) и Е.В. Боровский (1996) считают неоправданным сравнительно редкое применение таких операций.

Основная литература

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
2. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - Москва: Медицина, 1990.

Дополнительная литература:

1. Дэвид А. Митчелл, Анастасиос Н. Канатас. Введение в хирургию устного и челюстно-лицевого хирургов - 2015 (переведено на русский язык кафедрой). Принципы перфориаальной и челюстно-лицевой хирургии-2004.
2. Нелима Анил Малик, учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии-2008
4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». М.: «Медицина», 2000.
5. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - Хирург лучевой терапии и химиотерапии при Руководстве по хирургической стоматологии. - Москва: Медицина, 2000, стр. 1.
6. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. «Сепсис». Медицина, 1983.
7. Вязьмитина А.В., Использованиеевич Т.Л. «Хирургическая стоматология»: практика. Phenix. 2006.
8. Жилонов А.А. Абдуллаев Ш.Ю. Кудратов Ш. Садыкова Х.К. «Операция лица и челюсти» Т., 2016.
9. Рабухина Н.А. «Радиодиагностические методы диагностики некоторых заболеваний челюстно-лицевой области». М.: «Медицина», 1990.
10. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. «Хирургическая стоматология». М.: «Медика», 1996.
11. Сабо Е. «Хирургия на амбулаторной зубов и полости рта». Академия наук Венгрия, Будапешт. 1977.
12. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи». М.: «Медицина», 2001.
13. Шаргородский А.Г. «Руководство по практическим занятиям по хирургической стоматологии». М.: «Медицина», 1976.

14. Письменные тексты.

Тема 28 Гнойные заболевания в ротовой полости: Перикоронарит

Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин.
			80
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение домашнего задания	Опрос, объяснение	15
3	Обследование больного в стационаре		5
4	Усовершенствование практических навыков, работа с муляжами, клинико-лабораторным оборудованием, аппаратурой	Работа с клинико-лабораторным оборудованием	15
5	Обсуждение практической части занятия	Опрос, объяснение	10
6	Обсуждение темы занятия, реферативное сообщение, семинар, дискуссия	Реферативное сообщение, семинар, дискуссия	10
7	Работа в группе. Демонстрация видеозаписей по теме, разбор ситуационных задач, компьютерные программы, деловые игры и т.д.	Демонстрация, интерактивные формы - активные, пассивные	10
8	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 бальной системе и её оглашение. Дача задания студентам на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	10

Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в (%) и баллах	Оценка	Уровень знания студента
1.	96-100	Отлично «5»	Подводит итоги и принимает решения Творчески мыслит Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
2.	91-95		Творчески мыслит Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
3.	86-90		Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным

			обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
4.	81-85	Хорошо «4»	Применяет на практике Проявляет высокую активность при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не достаточно полно Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
5.	76-80		Проявляет активность при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точно представления
6.	71-75		Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
7.	66-70	Удовлетворительно «3»	Понимает суть вопроса Правильно решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответ Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления по отдельным вопросам темы
8.	61-65		Допускает ошибки при решении ситуационных задач Знает, рассказывает не уверенно Имеет точные представления по отдельным вопросам темы
9.	55-60		Знает, рассказывает не уверенно Имеет частичные представления
10.	54 и ниже	Неудовлетворительно «2»	Не имеет точного представления Не знает

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

109. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.
 110. Тесты 1 уровня сложности.
 111. Тесты 2 уровня сложности.
 112. Ситуационные задачи.
2. Продолжительность изучения темы -количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполнять амбулаторную карту;
- заполнять стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственности в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаиморазвивающихся в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия — строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения — организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена — санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии — стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия — понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания — организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология — обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

Перикоронарит, или перикоронит, — это воспалительное заболевание, которое распространяется на ткани вокруг прорезывающегося зуба. Механизм развития воспаления состоит в том, что зуб при прорезывании преодолевает массу препятствий: костную ткань, надкостницу, мягкие ткани. При трудном и длительном прорезывании над зубом формируется своеобразный капюшон, под который попадают болезнетворные бактерии и остатки пищи. В результате развивается воспалительный процесс.

ПРИЧИНЫ ПОЯВЛЕНИЯ ПЕРИКРОНАРИТА По мере прорезывания зуб упирается в слизистую оболочку. Он не всегда сразу преодолевает этот барьер. Оставаться под десной зуб может от 4 недель до 6 месяцев и более, постепенно приподнимая и травмируя десну. Это приводит к тому, что десна перестает защищать ткани от попадания болезнетворных бактерий и мелких частиц пищи, они легко проникают под нее и провоцируют воспалительную реакцию.

Невозможность провести гигиену под капюшоном — основной механизм перикоронита. Но повысить риски воспаления или усугубить ситуацию могут и другие факторы:

- анатомические особенности строения костной ткани и десны — утолщенная надкостница или десна, нехватка места в челюсти;
- нарушения правил гигиены полости рта — бактериям в таком случае проще начать активно размножаться;
- травмирование — повреждение тканей пародонта твердыми частицами пищи, чрезмерно щеткой щетиной во время чистки;
- хронические заболевания полости рта — эрозии и язвы, стоматит, гингивит, кариес, пульпит, периодонтит, в том числе возле прорезывающегося зуба;
- дистопированный или ретинированный зуб, прорезывание под наклоном, невозможность полного прорезывания.

Чаще перикоронарит наблюдается в области прорезывающихся восьмерок или зубов мудрости. Это связано с тем, что они появляются уже во взрослом возрасте, тогда, когда зубной ряд сформирован, а челюсть перестала расти. В конце зубного ряда попросту не остается места для крупного зуба, в связи с чем восьмерка растет под наклоном или частично скрывается десной. Если зуб мудрости начинает прорезываться до 20 лет, обычно процесс протекает легко. В старшем возрасте процесс чаще осложняется перикоронаритом.

СИМПТОМЫ ПЕРИКРОНАРИТА

Перикоронарит зуба начинается с болезненности в области десны, усиливающейся при надавливании. Обычно заметить неприятные ощущения удастся при жевании или чистке зубов. участок десны становится отечным и красным, впоследствии изо рта появляется неприятный запах.

При отсутствии своевременной врачебной помощи присоединяются и другие проявления:

- распространение болей, отдающих в ухо, висок;
- затруднения глотания, боли в горле;
- затруднения речи;
- ограничение открытия рта из-за отека окологлоточной области;
- увеличение лимфоузлов;
- субфебрильная температура;
- отечность щеки со стороны воспаления.

Человек испытывает трудности в пережевывании пищи, может страдать от общего ухудшения самочувствия, головной боли.

Симптомы могут стихнуть через некоторое время — это значит, что заболевание перешло в хроническую стадию. Могут возникнуть и гнойные осложнения, и в случае, если в десне открывается ход для выведения гнойного содержимого, то острая боль уходит. Однако воспалительный процесс при этом сохраняется.

ВИДЫ И ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Выделяют острый и хронический перикоронарит. Острый, в свою очередь, классифицируется на следующие виды:

- Катаральный. Болезнь начинается с отека и красноты десны, болезненности, зуда. Это наиболее простая форма заболевания.
- Язвенный. Характеризуется образованием изъязвлений, покрытых белым налетом, на слизистой оболочке десны, некротизацией тканей по краям язвы.
- Гнойный. В области воспаления выделяется серозное, впоследствии гнойное содержимое. Характеризуется пульсирующей болью, общей интоксикацией организма, неприятным запахом изо рта.

Хронический перикоронарит — это следствие недолеченного острого периода. При нем симптомы становятся не столь выраженными, но продолжает образовываться серозное или гнойное содержимое. Может приводить к формированию патологического хода, через который содержимое выводится в полость рта. Хронический перикоронарит характеризуется периодическими обострениями, спровоцировать их может движение зуба и другие неблагоприятные факторы, общее снижение защитных сил организма.

При хронической форме нередко наблюдается лимфаденит. Слизистая оболочка даже при отсутствии неприятных симптомов отекает, имеет красноватый оттенок. Несмотря на отсутствие серьезных затруднений при речи, жевании, открывании рта важно получить помощь стоматолога, поскольку риск развития осложнений достаточно высок, а самостоятельно заболевание может не пройти.

ДИАГНОСТИКА ПЕРИКОРОНАРИТА

Проявления острого перикоронита могут напоминать пульпит и периодонтит. Но отличить эти заболевания друг от друга под силу даже неподготовленному человеку. Так, при остром пульпите пульсирующая боль не мешает открытию рта, а десна часто остается спокойной, без отека и красноты.

При периодонтите отечность и краснота десны — частые симптомы. Но периодонтит развивается под полностью прорезавшимся зубом и чаще всего является следствием запущенного кариеса. При перикоронарите же зуб прорезался не полностью.

Поставить точный диагноз может врач-стоматолог. Обязательной является рентгенография — прицельный снимок поможет точно оценить состояние тканей, положение прорезывающегося зуба в челюсти, степень распространения воспалительного процесса, а также исключить заболевания с похожими симптомами.

ЧТО БУДЕТ, ЕСЛИ НЕ ЛЕЧИТЬ ПЕРИКОРОНАРИТ

Важно понимать, что перикоронарит не пройдет самостоятельно. Даже в случае, если спустя 4–5 дней симптомы утихнут, это не значит, что воспалительный процесс закончился. Время от времени заболевание будет переходить в стадию обострения и доставлять немало неудобств. К тому же перикоронит может вызвать серьезные осложнения.

- Периостит, или флюс, а также остеомиелит. Распространение воспалительного процесса на надкостницу и костную ткань может объясняться снижением местных и общих защитных сил и другими факторами. Такие осложнения потребуют серьезного врачебного вмешательства.
- Подвижность соседних зубов.
- Флегмона, абсцесс, лимфаденит.
- Образование свищевого хода, кист. Появление язвенного стоматита.
- Поражение близлежащих тканей, отиты, фарингиты и другие воспалительные осложнения в области лор-органов.
- Сепсис.

Поэтому лечение перикоронарита является обязательным вне зависимости от того, в области какого зуба распространилось воспаление. Отсутствие своевременной врачебной помощи может привести к воспалительным последствиям и даже потере здоровых соседних зубов.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Лечение перикоронарита практически всегда хирургическое. И если говорить о молярах и премолярах, стоматологи выбирают тактику иссечения десневого капюшона. А вот лечение в области восьмерок почти всегда выполняется путем удаления зубов мудрости, и дальше мы объясним почему.

Иссечение десневого капюшона открывает доступ растущему зубу, эта мера позволяет не только удалить лишние воспаленные ткани и тщательно промыть область, но и помочь зубу прорезаться окончательно и занять правильное место в зубном ряду. У этого метода существует несколько условий или показаний:

- целостность коронки и корневой системы прорезывающегося зуба;
- правильное расположение зуба в костной ткани челюсти;
- наличие достаточного места для полного прорезывания зуба в ряду.

То есть, такой подход используется во всех случаях, когда единственным препятствием к нормальному прорезыванию зуба выступает десна. Если же единица зубного ряда не слишком здорова, например, наблюдается кариес, нарушена целостность коронки или есть заболевания корневой системы, то решение принимается индивидуально. При целесообразности сохранения зуба врач также проведет вмешательство, а также примет меры по устранению патологии.

Ретинированные и дистопированные зубы, а также ситуации, при которых полное прорезывание зуба неизбежно повлечет за собой нарушения прикуса или смещение соседних зубов, — это показания к хирургическому лечению другого плана. Врач может предложить удаление зуба, а в случаях заболевания над «восьмеркой» это почти всегда единственный вариант решения проблемы.

Дело в том, что зубы мудрости не несут функциональной нагрузки, очень часто прорезываются под наклоном, мешают соседним зубам и повышают риск осложнений, в том числе дефектов прикуса. Поэтому целесообразным считается удаление «восьмерки» и дальнейшие мероприятия по устранению воспаления в мягких тканях.

Исключение составляют лишь случаи, когда «восьмерка» потенциально может быть использована в качестве опоры для протеза или иметь значение при планируемом ортодонтическом лечении.

В целом показаниями к удалению и капюшона, и зуба выступают следующие случаи и особенности:

- иссечение капюшона уже проведено ранее, но воспаление не прошло и/или усилилось, нет эффекта от проведенного лечения;
- зубу недостаточно места в зубном ряду;
- ретинированный, дистопированный зуб, сохранение которого ставит под угрозу здоровье соседних зубов и полости рта;
- десневой капюшон нарастает над прорезывающимся зубом повторно (это происходит редко);
- зуб поражен кариесом/разрушен, его лечение и сохранение нецелесообразны.

Поскольку требуется удаление еще не до конца прорезавшегося зуба, процедура считается сложным удалением. Чаще всего она требует предварительного рассечения десны и извлечения зуба из тканей, расположенных глубоко. Поэтому во многих случаях потребуются наложение швов на десну, что ускорит заживление тканей.

Хирургическое лечение перикоронарита проводится под местной анестезией, поэтому процедура не доставит неприятных ощущений. Обязательным этапом является промывание слизистой антисептическими растворами.

Удаление нависающих над зубом тканей может проводиться обычными инструментами или лазером.

ЛАЗЕРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Иссечение капюшона с помощью лазера позволяет получить лучшие результаты. К основным преимуществам относят:

- меньший риск воспалительных осложнений, в том числе вторичного инфицирования раны;
- коагулирующее действие лазера — отсутствие вероятности кровотечения;
- короткий восстановительный период;
- уменьшение болевого синдрома после вмешательства;

- отсутствие необходимости дополнительно обрабатывать области вмешательства турундами и антисептиками.
Противопоказаний у лазерного вмешательства немного, одними из них являются онкологические заболевания.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

В подавляющем большинстве случаев медикаментозное лечение проводится лишь в качестве дополнения к основному — операции. Врач может назначить ряд средств для устранения неприятных симптомов, ускорения заживления, профилактики осложнений. С их помощью удастся достичь выздоровления уже через 7–10 дней.

Одним из основных методов медикаментозного лечения является применение антисептических растворов. В тяжелых случаях потребуются применение антибактериальных препаратов внутрь, как правило, это необходимо при гнойных осложнениях, упорно протекающем лимфадените и др. Среди местных средств особое значение имеют мази и гели, обладающие успокаивающим, противозудным, регенерирующим действием. Многокомпонентные средства позволяют одновременно уничтожить патогенную микрофлору и ускорить заживление, избавить от неприятных ощущений в восстановительном периоде.

Симптоматическим лечением выступают обезболивающие препараты, они также обладают жаропонижающим эффектом.

Важно понимать, что лечение перикоронарита только медикаментами, вероятнее всего, не приведет к нужному результату. Но при этом применение антисептиков и антибиотиков может замаскировать симптомы болезни, в то время как не устранена ее причина. Стертая картина заболевания может вызвать затруднения при диагностике, а отсутствие острых симптомов — стать поводом, чтобы не посещать стоматологию.

В результате вероятность развития осложнений хронического перикоронарита возрастает. Поэтому необходимо обратиться к специалисту при появлении первых же признаков и получить квалифицированную помощь.

Лечением перикоронарита занимаются стоматологи-хирурги клиник «СТОМА». Мы готовы оказать квалифицированную помощь в случаях любой сложности. Современное оснащение и профессионализм врачей — залог оказания качественных стоматологических услуг. Записаться на прием вы можете по указанному телефону или с помощью специальной формы на сайте.

Основная литература

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
2. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - Москва: Медицина, 1990.

Дополнительная литература:

1. Дэвид А. Митчелл, Анастасиос Н. Канатас. Введение в хирургию устного и челюстно-лицевого хирургов - 2015 (переведено на русский язык кафедрой). Принципы перфориральной и челюстно-лицевой хирургии-2004.
2. Нелима Анил Малик, учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии-2008
4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». М.: «Медицина», 2000.
5. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - Хирург лучевой терапии и химиотерапии при Руководстве по хирургической стоматологии. - Москва: Медицина, 2000, стр. 1.
6. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. «Сепсис».: Медицина, 1983.
7. Вязьмитина А.В., Использование Т.Л. «Хирургическая стоматология»: практика. Phenix. 2006.
8. Жилонов А.А. Абдуллаев Ш.Ю. Кудратов Ш. Садыкова Х.К. «Операция лица и челюсти» Т., 2016.
9. Рабухина Н.А. «Радиодиагностические методы диагностики некоторых заболеваний челюстно-лицевой области». М.: «Медицина», 1990.
10. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. «Хирургическая стоматология». М.: «Медика», 1996.
11. Сабо Е. «Хирургия на амбулаторной зубов и полости рта». Академия наук Венгрия, Будапешт. 1977.

12. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи». М.: «Медицина», 2001.
13. Шаргородский А.Г. «Руководство по практическим занятиям по хирургической стоматологии». М.: «Медицина», 1976.
14. Письменные тексты.

ТЕМА 29. Гнойные заболевания в ротовой полости: переостит, нёбный абсцесс, под язычный абсцес.

Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин.
			80
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение домашнего задания	Опрос, объяснение	15
3	Обследование больного в стационаре		5
4	Усовершенствование практических навыков, работа с муляжами, клинико-лабораторным оборудованием, аппаратурой	Работа с клинико-лабораторным оборудованием	15
5	Обсуждение практической части занятия	Опрос, объяснение	10
6	Обсуждение темы занятия, реферативное сообщение, семинар, дискуссия	Реферативное сообщение, семинар, дискуссия	10
7	Работа в группе. Демонстрация видеозаписей по теме, разбор ситуационных задач, компьютерные программы, деловые игры и т.д.	Демонстрация, интерактивные формы - активные, пассивные	10
8	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 бальной системе и её оглашение. Дача задания студентам на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	10

Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в (%) и баллах	Оценка	Уровень знания студента
1.	96-100	Отлично «5»	Подводит итоги и принимает решения Творчески мыслит Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
2.	91-95		Творчески мыслит Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно

			Имеет точные представления
3.	86-90		Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
4.	81-85		Применяет на практике Проявляет высокую активность при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не достаточно полно Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
5.	76-80	Хорошо «4»	Проявляет активность при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точно представления
6.	71-75		Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
7.	66-70	Удовлетворительно «3»	Понимает суть вопроса Правильно решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответ Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления по отдельным вопросам темы
8.	61-65		Допускает ошибки при решении ситуационных задач Знает, рассказывает не уверенно Имеет точные представления по отдельным вопросам темы
9.	55-60		Знает, рассказывает не уверенно Имеет частичные представления
10.	54 и ниже	Неудовлетворительно «2»	Не имеет точного представления Не знает

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

113. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.

114.	сложности.	Тесты	1	уровня
115.	сложности.	Тесты	2	уровня
116.		Ситуационные задачи.		

2. Продолжительность изучения темы - количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполнять амбулаторную карту;
- заполнять стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственности в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаимодействующих в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия — строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения — организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена — санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии — стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

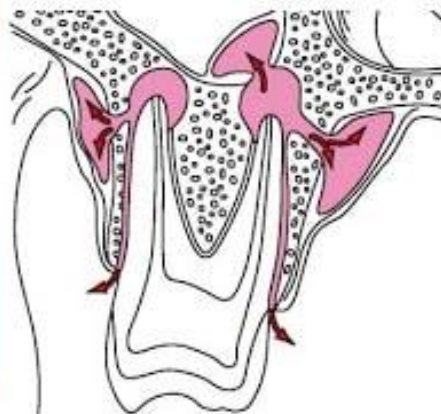
хирургия – понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания – организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология – обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

Важно знать: Развитию флюса обязательно предшествуют инфекционные процессы в полости рта. То есть такие заболевания как киста зуба, пульпит приводят к периоститу. Все патологические процессы сопровождаются активным размножением патогенной микрофлоры. А микробы, в свою очередь, проникают в надкостницу из пораженных тканей и вызывают флюс.



Как правило, вялотекущие заболевания и хронические патологические процессы в полости рта сами по себе не вызывают острый периостит. Но на фоне переохлаждения, сезонного снижения иммунитета, отита, тонзиллита в очаге воспаления развиваются гнойные процессы. Формируется абсцесс, и содержимое капсулы прорывается наружу.

Еще одной причиной развития периостита может стать травма мягких тканей полости рта. Ранка инфицируется, создаются благоприятные условия для активизации микробов.

СИМПТОМЫ, ДИАГНОСТИКА ПЕРИОСТИТА

Важно знать: Несмотря на то, что локализация заболевания в надкостнице, при флюсе значительно ухудшается общее состояние всего организма. Это может быть сильная острая или ноющая боль, «прострелы», лихорадка, головная боль.

К основным симптомам периостита специалисты относят такие негативные физиологические проявления:

- отек десны, щеки;
- увеличенные лимфатические узлы в области шеи;
- при визуальной диагностике зуб, ставший источником периостита, четко просматривается;
- расстройство сна, общая слабость;
- снижение аппетита;
- выраженные болевые ощущения, затрагивающие не только челюсть, но и височные зоны;

- скованность височно-челюстного состава.

Интересный факт: Когда режиссеры игрового кино хотят показать заболевание полости рта у героя, из нескольких десятков стоматологических патологий выбирается именно воспаление надкостницы челюсти. Выраженный отек щеки у персонажа, его страдания от боли – все это наглядно позволяет продемонстрировать характерные симптомы периостита.

Если врач в ходе первых жалоб пациента подозревает у него именно это заболевание, то проводится диагностика. Справедливости ради нужно сказать, что проявления такие очевидные, что ошибиться опытному стоматологу достаточно сложно. К внешним признакам периостита относятся такие проявления:

- опухоль десны;
- усиление боли при механическом воздействии;
- наличие капсулы с гноем;
- разрушенный кариесом зуб, в том числе не только с патологией в коронке, но и с поражением корней.

Чтобы уточнить, насколько сильно периостит десны поразил ткани, врач может дополнительно назначить специфические исследования. К примеру, диагностика периостита может включать анализ фото рентгена, челюстную радиовизиографию. В Харькове одной из клиник, где для исследований используется современное оборудование, является стоматологический центр Silk. При диагностике и лечении заболеваний зубов и полости рта мы используем утвержденные протоколы, что позволяет избегать осложнений.

ВИДЫ ПЕРИОСТИТА

Важно знать: Острый гнойный периостит верхней челюсти встречается гораздо реже, чем острый гнойный периостит нижней челюсти. Соотношение примерно 1/2. Такую статистику врачи объясняют анатомическими особенностями – расположением альвеолярных отростков, кровотоком.

В 95 случаях из 100 обращений в кресло стоматолога диагностируется острый периостит челюсти. И только у 5% пациентов констатируется хронический периостит.



В свою очередь у острого периостита классификация следующая:

- Серозный флюс – как правило, причиной развития заболевания становится травма. Для этого вида недуга характерен короткий воспалительный период. В редких случаях патология переходит в оссифицирующую фазу, для которой свойственно разрастание костной ткани.

· Гнойная форма проявляется пульсирующей зубной болью. Симптоматика затрагивает всю правую или левую сторону лица в зависимости от локализации патологии. Состояние сопровождается температурой тела. Очень часто гнойный периостит зуба вызывают именно стоматологические болезни и их осложнения.

· Диффузный флюс. Симптоматика специфическая – лихорадка, слабость, ломка в теле. Инфекция затрагивает не только одну локацию. Наоборот, конкретный очаг может отсутствовать. Часто, если диагноз – диффузный флюс, требуется госпитализация и операция. Также в этом случае требуется курс восстановления и реабилитации.

В зависимости от причин, которые привели к развитию патологии, также можно выделить такие периостита виды: В зависимости от причин возникновения периостит бывает следующих видов:

· Инфекционный. Причиной его становятся заболевания зубов, воспалительные процессы мягких тканей полости рта.

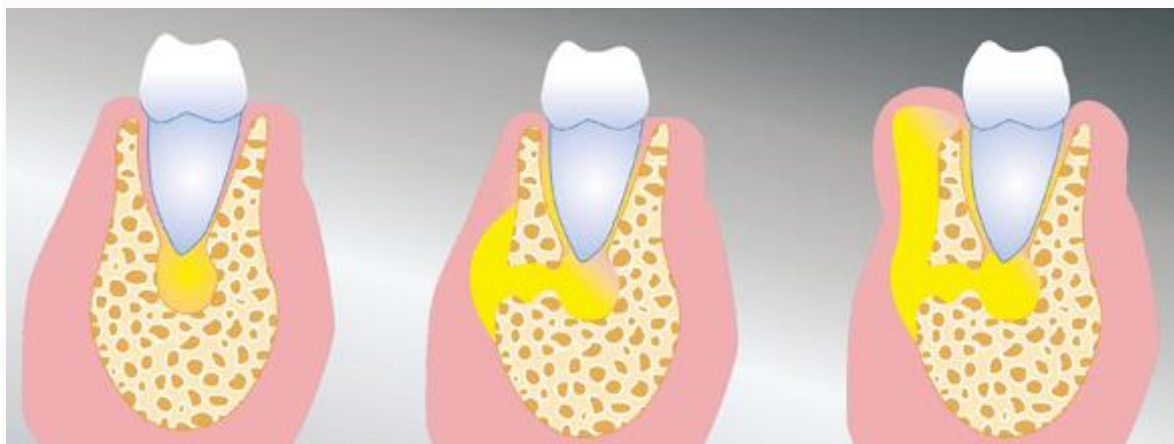
· Травматический. Патологию вызывает механическое повреждение тканей полости рта, в том числе чрезмерная нагрузка на зуб из-за неправильно поставленного протеза.

· Токсический. Не часто встречающийся вид периостита, который вызывает инфекция, попадающая в надкостницу через кровь.

· Хронический. Вялотекущий процесс встречается редко. Его проявлениями являются отек десны, покраснение мягких тканей. Состояние может наблюдаться годами без перехода в острую стадию.

КАК ПРОТЕКАЕТ ПЕРИОСТИТ У ДЕТЕЙ?

Острый периостит у детей может протекать стремительно в силу особенностей анатомии молочных зубов. Симптомы выражены асимметричным отеком, увеличением регионарных лимфатических узлов. Как правило, воспаленная надкостница болезненна при пальпации. Коронка зуба поражена кариесом. Острый периостит у ребенка требует незамедлительного стоматологического вмешательства, так как из-за физиологии гной из капсулы может распространиться на окружающие ткани.



Одонтогенный периостит у детей практически не встречается. Однако бывают случаи, когда он развивается из-за несвоевременного лечения заболеваний зубов. Он может проявляться безболезненной или несущественно болезненной деформацией кости, увеличением ее объема. Периодически воспаляются ткани, окружающие пораженную зону.

Лечение периостита зуба у детей, как правило, заключается у ликвидации очага инфекции – инфицированный зуб нужно удалить, промыть и дренировать ранку. В большинстве случаев операция проходит без осложнений и негативных последствий для маленького пациента.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИОСТИТА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Каждый опытный врач-стоматолог знает, как лечить периостит. В нашей клинике работают опытные специалисты, для которых безопасность манипуляций является главным приоритетом. Мы не спешим прибегнуть к удалению зуба у взрослого пациента, если есть возможность его сохранить. Поэтому лечение периостита челюсти в стоматологии Silk начинается консервативными методами. Первостепенная задача терапии – снять воспаление тканей, поэтому назначаются антибиотики. Выполняется санация полости рта, очага флюса. Антибиотики при периостите челюсти также могут приниматься в комплексе с обезболивающими препаратами, что позволит облегчить общее состояние пациента.

Если после нескольких дней медикаментозного лечения процесс не удается остановить, единственным действенным вариантом остается хирургическая стоматология. В целом алгоритм лечения предусматривает:

- Визуальный и инструментальный осмотр полости рта.
- Определение метода лечения (консервативный или оперативный способ).
- При неэффективности консервативной терапии назначается операция.
- Она проходит под местным обезболиванием.
- Врач выполняет надрез десны в области позадиомолярной ямки. Это необходимо, чтобы гнойный экссудат вышел.
- Ранка и образовавшаяся полость промывается антисептиком.
- Устанавливается дренаж для того, чтобы полость очистилась, прежде чем затянется.
- При невозможности лечения пораженного зуба он удаляется.

Обязательно используется лечение антибиотиками. Рекомендуется полная санация полости рта, направленная на ускорение процесса выздоровления и избегания рецидива. Обязательным является контрольный осмотр. Пациент получает рекомендации по уходу за ротовой полостью.

Помните, что лечение флюса в домашних условиях может стать причиной распространения гнойного воспаления на окружающих тканях. Кроме того, опасны согревающие компрессы, прокол гнойной капсулы, бесконтрольный прием антибиотиков. Не рискуйте здоровьем. В нашем стоматологическом центре вас ждет квалифицированная помощь. Мы проводим лечение периостита у детей и взрослых с соблюдением протоколов и рекомендаций ВОЗ.

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРИОСТИТА

Так как к периоститу всегда приводит инфекционный процесс в полости рта, то лучшей профилактикой заболевания является регулярное посещение стоматолога. Не стоит запускать лечение кариеса, болезней десен, ведь своевременная стоматологическая помощь предупредит развитие флюса. Важно укреплять иммунитет, чтобы помочь организму справиться с инфекциями.

Основная литература

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
2. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - Москва: Медицина, 1990.

Дополнительная литература:

1. Дэвид А. Митчелл, Анастасиос Н. Канатас. Введение в хирургию устного и челюстно-лицевого хирургов - 2015 (переведено на русский язык кафедрой). Принципы перфориральной и челюстно-лицевой хирургии-2004.
2. Нелима Анил Малик, учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии-2008
4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». М.: «Медицина», 2000.
5. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - Хирург лучевой терапии и химиотерапии при Руководстве по хирургической стоматологии. - Москва: Медицина, 2000, стр. 1.
6. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. «Сепсис».: Медицина, 1983.
7. Вязьмитина А.В., Использование И.Т.Л. «Хирургическая стоматология»: практика. Phenix. 2006.
8. Жилонов А.А. Абдуллаев Ш.Ю. Кудратов Ш. Садыкова Х.К. «Операция лица и челюсти» Т., 2016.
9. Рабухина Н.А. «Радиодиагностические методы диагностики некоторых заболеваний челюстно-лицевой области». М.: «Медицина», 1990.
10. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. «Хирургическая стоматология». М.: «Медика», 1996.
11. Сабо Е. «Хирургия на амбулаторной зубов и полости рта». Академия наук Венгрия, Будапешт. 1977.
12. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи». М.: «Медицина», 2001.
13. Шаргородский А.Г. «Руководство по практическим занятиям по хирургической стоматологии». М.: «Медицина», 1976.
14. Письменные тексты.

Тема 30: Подготовка полости рта на протезирование
Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин.
			80
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение домашнего задания	Опрос, объяснение	15
3	Обследование больного в стационаре		5
4	Усовершенствование практических навыков, работа с муляжами, клинико-лабораторным оборудованием, аппаратурой	Работа с клинико-лабораторным оборудованием	15
5	Обсуждение практической части занятия	Опрос, объяснение	10
6	Обсуждение темы занятия, реферативное сообщение, семинар, дискуссия	Реферативное сообщение, семинар, дискуссия	10
7	Работа в группе. Демонстрация видеозаписей по теме, разбор ситуационных задач, компьютерные программы, деловые игры и т.д.	Демонстрация, интерактивные формы - активные, пассивные	10
8	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 бальной системе и её оглашение. Дача задания студентам на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	10

Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в (%) и баллах	Оценка	Уровень знания студента
1.	96-100		Подводит итоги и принимает решения Творчески мыслит

		Отлично «5»	Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
2.	91-95		Творчески мыслит Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
3.	86-90		Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
4.	81-85	Хорошо «4»	Применяет на практике Проявляет высокую активность при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не достаточно полно Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
5.	76-80		Проявляет активность при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точно представления
6.	71-75		Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
7.	66-70	Удовлетворительно «3»	Понимает суть вопроса Правильно решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответ Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления по отдельным вопросам темы
8.	61-65		Допускает ошибки при решении ситуационных задач Знает, рассказывает не уверенно Имеет точные представления по отдельным

			вопросам темы
9.	55-60		Знает, рассказывает не уверенно Имеет частичные представления
10.	54 и ниже	Неудовлетворительно «2»	Не имеет точного представления Не знает

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра хирургической стоматологии, аудитория, стоматологическая поликлиника, стоматологическая клиника;

Оснащение:

1. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни);
2. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др.).
3. ТСО: TV-видео, DVD player-monitor, компьютер, интернет.

Раздаточный материал:

117. Контрольные вопросы для исходного уровня знания студентов.
 118. Тесты 1 уровня сложности.
 119. Тесты 2 уровня сложности.
 120. Ситуационные задачи.
2. Продолжительность изучения темы - количество часов – 80 мин

3. Цель занятия

- научить студентов, как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
- научить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
- ознакомить с ведением медицинской документации;

Задачи Студент должен знать:

- организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
- из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
- штатные нормативы в стоматологическом отделении (кабинете);
- оснащение отделения и организацию помощи;
- из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
- ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;

Студент должен уметь:

- заполнять амбулаторную карту;
- заполнять стационарную карту;
- правильно использовать стоматологический инструментарий для обследования больных.

4. Мотивация

В республиках, краях, областях, городах городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В последние годы или организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товарищества ограниченной ответственности в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.

В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено. Поэтому ознакомить студентов с организацией стоматологической помощи является необходимым.

5. Межпредметные и внутрипредметные связи

Хирургическая стоматология — одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями — терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и

физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаимодействующих в них патологических процессов»

Кроме того, хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями — терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования.

Преподавание темы базируется на знании студентами основ:

анатомия — строение кожи лица, жевательных и мимических мышц, тройничного, лицевого, языкоглоточного, подъязычного нервов, челюстных костей и височно-нижнечелюстного сустава.

организация здравоохранения — организация стоматологической поликлиники и клиники, штатные нормативы бюджетных медицинских организаций; Планирование организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) с учетом норм расходов. Понятие о койко-дне, система учета труда стоматологов.

социальная гигиена — санитарные правила устройств, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охрана и личная гигиена персонала.

материаловедение в стоматологии — стоматологическое оборудование, стоматологические инструменты.

хирургия — понятие об асептике и антисептике. Способы стерилизации инструментария, стерилизация перевязочного материала, шовного материала. Обработка рук хирурга и операционного поля. Методики контроля стерилизации.

гигиена питания — организация питания больных, специальные диеты (челюстной стол №1, 2).

этика и деонтология — обязанности врача и медперсонала, правила врачебной этики и деонтологии.

Содержание

Активное развитие предпротезной хирургии началось в конце 50-х годов, хотя она была известна давно. Врачи, занимавшиеся протезированием зубов, с большой неохотой прибегали к хирургии, хотя в большом проценте случаев отмечали плохие условия для фиксации протезов. R. Hopkins (1985) установил, что у 80 % пациентов, носящих зубные протезы, нет хорошей опоры для их фиксации и в полости рта наблюдаются патологические процессы, создающие дискомфорт.

Основой развития предпротезной хирургии в полости рта послужили ранние работы таких выдающихся клиницистов-хирургов, как E. Lexer (1909), P. Moure (1923), W. Razanjian (1924), M. Wassmund (1938), П. Львов (1923), А. А. Лимберг (1935), А. Э. Рауэр (1938), Н. М. Михельсон (1943), А. И. Евдокимов (1943), Г. А. Васильев (1947). Отдельные методы предпротезной хирургии были описаны в учебниках А. И. Евдокимова (1950), Г. А. Васильева (1950, 1972), М. В. Мухина (1972, 1998). В настоящее время предпротезная хирургия стала достаточно распространенным методом лечения заболеваний полости рта. Ей посвящены монографии, главы в учебниках и руководствах [Guernsey L., 1973; Toma K., 1980; Laskii D., 1980; Bell W. et al, 1988; Stoelinga P., 1984; Hopkins R., 1985; Fonseca R., 1993; Krüger E., 1993; Tucker M., 1994].

Необходимость в предпротезной хирургии обусловлена рядом факторов, в частности тем, что после потери естественных зубов происходит атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти. У отдельных пациентов процессы атрофии кости могут прогрессировать в связи с сопутствующими заболеваниями и изменениями органов — системными заболеваниями, остеопорозом костей, в том числе в климактерическом и постклимактерическом периодах. На атрофию кости влияют также местные факторы. Прежде всего — это травма при удалении зуба и частая потеря одной из стенок альвеолы. Потере кости может способствовать также ношение протезов, особенно в случае их плохой фиксации.

Кроме общеорганных и локальных факторов, вызывающих атрофию кости при протезировании, трудности могут создавать анатомические особенности челюстей. Они могут проявляться как в результате атрофических процессов, так и в связи с особенностями, видом и развитием лицевых костей скелета. Ряд недостатков при протезировании может иметь сама костная ткань. После удаления зубов альвеолярные возвышения могут чрезмерно выступать. Кроме того, во время удаления зубов стенки зубных альвеол, чаще вестибулярные, могут смещаться, образуя неровности кости. Плохие условия для протезирования создают также атрофические процессы в кости, происходящие чаще в вертикальном и переднезаднем направлениях, диспропорция челюстей, увеличение расстояния между альвеолярными дугами и уменьшение их ширины. Особенно часто

протезирование усложняется из-за пародонтита, пародонтоза, усугубляющих атрофические процессы в челюстях.

Определенные проблемы создают ретинированные зубы, особенно вызывающие деформацию кости.

На верхней челюсти в месте соединения двух пластинок, образующих твердое небо, может быть значительно выражен небный валик. Потеря центральных зубов может привести к увеличению и неправильному окклюзионному взаимоотношению альвеолярного отростка верхней челюсти с аналогичным отделом нижней челюсти. При потере моляров верхней челюсти могут создаваться неблагоприятные взаимоотношения с зубами-антагонистами как по высоте, так и по окклюзии, в связи с чем может требоваться уменьшение, увеличение или коррекция формы альвеолярного отростка.

На нижней челюсти трудности для протезирования создает сужение альвеолярной части, ее атрофия, вследствие чего подбородочный бугорок, косая линия, челюстно-подъязычная линия выступают, имеют острые края. Помимо процессов атрофии кости, по мнению R. Popkins (1985), протезированию может препятствовать микростомия, возникающая за счет хронических заболеваний зубов.

Врач-ортопед должен оценить условия для протезирования и направить для хирургического лечения тех пациентов, у которых имеются патологические изменения, не позволяющие полноценно обеспечить изготовление зубных протезов. Важны психологические факторы, а именно: понимание больным необходимости оперативных вмешательств; адекватности его жалоб; что он ожидает от хирургического и ортопедического лечения в функциональном и эстетическом плане. Особое внимание надо обращать на психологическую мотивацию больного к зубным протезам. Хирург-стоматолог должен при планировании хирургического лечения учитывать степень риска, в том числе при наличии у пациента общих системных заболеваний. Клинические исследования должны быть дополнены рентгенологическими, в том числе панорамными снимками и оценкой моделей челюстей.

Первым мероприятием для подготовки полости рта к последующему протезированию является соблюдение всех правил работы на альвеолярном отростке верхней челюсти, альвеолярной части нижней челюсти при удалении зубов и операциях. Следует обращать внимание на контуры альвеолярных дуг и при удалении зубов максимально сохранять и не травмировать костную и мягкую ткани.

При костно-пластических операциях для зубного протезирования должны быть соблюдены следующие правила:

- достаточность мягких тканей для закрытия костной раны;
- перед пластикой кость должна быть подготовлена – проводят щадящую декортикацию ее поверхности, чтобы она обильно омывалась кровью;
- проведение расчетов уложенных биоматериалов в соответствии с окклюзией, результатов будущей реконструкции и реального размера ремоделированной кости;
- соблюдение гармонии лица и эстетики зубных рядов при будущем протезировании с опорой на реконструированную кость.

Операции на костных тканях челюстей (альвеолотомия и альвеолэктомия).

Пластика альвеолы. При удалении зуба или чаще нескольких зубов, обрабатывая послеоперационную рану при обнаружении деформации альвеолярного отростка. Надо проводить простейшую пластику альвеол. Для этого откидывают слизисто-надкостничный лоскут только для обнажения пораженного участка кости. При помощи костных кусачек, костного напильника, рашпиля, бора или фрезы устраняют деформацию кости по наружной, внутренней поверхности альвеолярной дуги. При работе с бормашиной обязательно охлаждение операционного поля путем ирригации изотонического раствора хлорида натрия, раствора Рингера, раствора хлоргексидина в разведении с изотоническим раствором натрия хлорида 1:3.

После удаления острых краев кости и сглаживания их в зависимости от задач протезирования можно увеличить какой-либо обнаженный сегмент кости наложением биоматериала.

Слизисто-надкостничный лоскут укладывают на место. Обращают внимание на сопоставление краев раны и при необходимости выравнивают ее края и иссекают излишек ткани. Если кость наращивают, то необходима мобилизация мягких тканей для закрытия биоматериала и глухого зашивания раны.

Внутриперегородочная альвеолопластика. После удаления одного или нескольких зубов в дальнейшем может потребоваться резекция межальвеолярных перегородок [Dean O., 1941]. Рекомендуется произвести удаление выступающей или неадекватной межальвеолярной перегородки

и репозицию латеральной пластинки альвеолярного отростка верхней челюсти или альвеолярной части нижней челюсти кнутри сильным давлением пальца (следует иметь в виду, что возможно повреждение слизистой оболочки). Такие действия позволяют устранить выступы с вестибулярной поверхности кости без уменьшения ее высоты и обеспечить сохранность прикрепленного слизисто-надкостничного покрова. Кроме того, при такой методике альвеолопластики атрофия кости наименее выражена [Tucker M., 1994].

Уменьшение и коррекция неровной поверхности кости альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти. Бугристость альвеолярного отростка верхней или альвеолярной части нижней челюсти препятствующая адекватному протезированию, может быть обусловлена выступами кости, а также излишком (гипертрофией) покрывающих его мягких тканей. Для создания нормальной альвеолярной дуги по такой же методике как при внутриперегородочной альвеолопластике откидывают слизисто-надкостничный лоскут, обнажают с обеих сторон альвеолярный отросток челюсти. Участки выступов, неровностей и других деформаций кости удаляют костными кусачками, борами, фрезами. При излишке мягких тканей их иссекают, рану зашивают узловыми кетгутовыми швами или швами из полиамидной нити. При операции на верхней челюсти надо учитывать границы верхнечелюстной пазухи во избежание повреждения её дна; на нижней челюсти – следует обратить внимание на расположение подбородочного отверстия и выходящий из него сосудисто-нервный пучок.

Резекция участка альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти показана в случае избытка тканей, деформации кости, когда для зубов, в том числе для зубов-антагонистов, в протезе нет места. В зависимости от задач протезирования на моделях определяют необходимый объем резекции кости. Рентгенологически оценивают расположение носовой и верхнечелюстной пазух, во избежание их повреждений во время операции. Проводят линейный разрез по альвеолярной дуге и отсепааровывают слизисто-надкостничный лоскут. Иногда делают дополнительно один или несколько вертикальных разрезов к своду преддверия рта, отсепааровывая углообразной, трапециевидной формы лоскуты. Избыток альвеолярной части удаляют костными кусачками, долотом, а также борами, фрезами с охлаждением, позволяющими сгладить поверхность кости и термически не травмировать её. В соответствии с необходимыми для протезирования окклюзионными плоскостями альвеолярных дуг оперируемому участку придают нужную форму. Избыток мягких тканей удаляют с таким расчетом, чтобы края раны сближались без натяжения. Лучше накладывать непрерывный шов из синтетической нити [Daniel R., 1978; O'Ryan F., 1992]. Альвеолэктомию производят при диспропорции переднего отдела верхней челюсти в случае ее адентии. Предложенные O. Dean (1941), K. Kallenberger (1953), H. Obwegeser (1968) методики коррекции кости остаются основополагающими, хотя отдельные авторы разработали их модификации [Keller E. et al., 1987; Sailer H., 1989; Richardson D., Cawood J., 1990].

Подготовка к немедленному протезированию. Подготовка альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти хирургическими действиями после множественного удаления зубов зависит от возникшей ситуации. После удаления зубов остаются острые межальвеолярные и межкорневые перегородки, которые особенно выражены при пародонтите и пародонтозе. После обезболивания откидывают слизисто-надкостничный лоскут, удаляют зубы и производят необходимые хирургические манипуляции на кости. Перегородки убирают при помощи кусачек и производят простейшую пластику альвеол, внутриперегородочную пластику. Выступы и неровности кости сглаживают бором или фрезой. При помощи ножниц или скальпеля иссекают межзубные сосочки и выравнивают край слизистой оболочки с таким расчетом, чтобы имелось достаточно мягкой ткани для закрытия кости, не было излишка слизистой оболочки, и края раны хорошо сопоставлялись. Рану зашивают наглухо.

Удаление экзостозов на верхней и нижней челюстях производят в тех случаях, когда экзостозы имеют большие размеры и резко выражены. Проводят линейный разрез по альвеолярной дуге или дополняют его вертикальными разрезами. Откидывают лоскут углообразной или трапециевидной формы, обнажают каждый участок деформированной кости. Экзостозы удаляют костными кусачками или иногда сбивают долотом при помощи молока, сглаживают поверхность кости бором, фрезой с охлаждением. Коррекцию неровной поверхности кости можно провести наложением биоматериала. Обязательна подготовка кости для наложения остеопластических материалов, чтобы поверхность ее обильно омывалась кровью. Наложённый биоматериал плотно конденсируют по поверхности кости и закрывают мягкими тканями. Слизисто-надкостничный лоскут укладывают на место и фиксируют узловатыми, матрацными или непрерывным швом. При удалении экзостоза альвеолярного отростка с небной стороны обнажают кость через линейный разрез по

альвеолярной дуге. Удаление экзостозов альвеолярной части нижней челюсти с язычной поверхности также проводят через линейный разрез по альвеолярной дуге, осторожно отслаивая слизисто-надкостничный лоскут по поверхности кости. Экзостозы удаляют бором, фрезой, зубным рашпилем. Следует отводить тупым крючком мягкие ткани для хорошего обзора кости и помнить о расположении вблизи язычного нерва, артерии, вены, а также протока поднижнечелюстной слюнной железы. При небольших экзостозах и недостаточной ширине альвеолярного отростка экзостозы не удаляют. По соответствующей поверхности кости делают поперечный разрез или разрезы слизистой оболочки и надкостницы и образуют поднадкостнично тоннель, в который вводят гидроксиллапатит или другой биоматериал, формируют ровный и нужной толщины альвеолярный отросток. Рану на слизистой оболочке зашивают. Желательно наложение на нее формирующей пластинки или пародонтологической повязки.

Удаление экзостозов в области небного валика твердого неба. Нередко при конструировании и оптимальном пользовании съемным зубным протезом проблеме создают экзостозы небного валика. Они могут быть разной формы и конфигурации, иногда значительной величины, и, как правило, деформируют небный свод. Удаление экзостозов проводят разрезом по средней линии неба с послабляющими разрезами под углом 30—45° на переднем и дистальном концах разреза. Слизисто-надкостничный лоскут отслаивают в стороны, берут его по краям на лигатуры, обнажая основание костного выступа. Выступ удаляют при помощи долота и молотка, бора или фрезы. Нередко выступ приходится распиливать на несколько фрагментов и кусачками, долотом удалять его по частям. Делать это следует с предельной осторожностью, чтобы не перфорировать дно носовой полости. Поверхность кости сглаживают, и слизисто-надкостничный лоскут укладывают на место, пальцем прижимая мягкие ткани к поверхности кости. Избыток последних иссекают и на рану без натяжения ее краев накладывают узловатые швы. Для профилактики гематомы на область неба с небольшим давлением накладывают марлевую повязку, пропитанную йодоформной жидкостью или йодистой смесью, маслом шиповника, облепихи и др. Такую повязку желательно фиксировать шелковыми швами. Изготовленная защитная пластинка должна хорошо фиксироваться, но не оказывать излишнего давления во избежание некроза мягких тканей. В послеоперационном периоде проводят перевязки и гигиенические процедуры в полости рта для профилактики воспалительных явлений.

Уменьшение и удаление челюстно-подъязычной линии. В зоне челюстно-подъязычной линии нередко возникают трудности при фиксации протеза: во-первых, гребень может быть острым, что становится причиной боли при пользовании зубным протезом, во-вторых, нередко изъязвляется тонкая слизистая оболочка, покрывающая его, в-третьих, прикрепляющиеся в этой области мышечные волокна нередко являются препятствием при фиксации ортопедической конструкции. Уменьшение челюстно-подъязычной линии производят линейным разрезом по вершине альвеолярного гребня с обеих сторон на уровне премоляров, отслаивают слизистую оболочку и надкостницу. Мягкие ткани отсепааровывают так, чтобы не повредить язычный нерв. Прикрепляющую мышцу в месте выпячивания или острой поверхности линии отсекают, оставляя в среднем отделе часть мышц, фасцию. Костными кусачками, бором и зубным напильником снимают выступающую часть гребня, сглаживают кость. Протез или шину желательно надеть сразу после зашивания раны узловатыми швами.

В соответствии с необходимым снижением дна полости рта увеличивают оральный край протеза [Krüger E., 1993].

Уменьшение подбородочного бугорка и подбородочного выступа. При атрофии нижней челюсти препятствием к адекватной фиксации зубного протеза может быть выступающий подбородочный бугорок или выступ. Если другого решения нет, то уменьшение бугорка или выступа осуществляют разрезом по альвеолярной дуге на уровне резцов. С язычной стороны отслаивают слизисто-надкостничный лоскут, отсекают часть пучков подбородочно-язычной мышцы и обнаженный участок подбородочного бугорка или выступа осторожно удаляют долотом или костными кусачками, а бором сглаживают поверхность кости. Мышцу подшивают (или часть пучков оставляют без фиксации) так, чтобы дно полости рта было снижено [Hopkins R., 1985; Tucker M., 1994].

Удаление нижнечелюстного валика. На нижней челюсти небные валики обычно располагаются на внутренней поверхности кости соответственно малым коренным зубам. При наличии зубов они не создают проблем, но в отсутствие их, особенно при атрофии кости, возможны затруднения при конструировании протеза, нарушения речи, функции языка при еде. Чаше валики увеличены с обеих сторон. При необходимости их удаления с обеих сторон челюсти на уровне премоляров по гребню альвеолярной части делают разрез длиной 1 — 1,5 см. С большой

осторожностью отслаивают слизистую оболочку с надкостницей, поскольку они часто бывают очень тонкими. В зону небного валика можно поднадкостнично ввести раствор анестетика, удерживая мягкие ткани тупым крючком. У верхней части небного валика бором делают желобок, который потом удаляют при помощи долота и молотка. Сглаживают кость и, уложив слизистую оболочку и надкостницу, проводят по их поверхности пальцем, оценивая результат. Рану зашивают узловатыми или непрерывными швами. В месте операции на подъязычную область на 12—24 ч накладывают марлевый тампон, пропитанный йодоформной жидкостью, маслом облепихи, шиповника и др. Это предохраняет от образования гематомы и действует как противовоспалительное и противоотечное средство.

Оперативные вмешательства при оставлении корней зубов в альвеолах. Для профилактики атрофии челюстей и сохранения оптимальных условий для протезирования целесообразно оставлять корни зубов в альвеолах. После тщательного клинико-рентгенологического обследования запломбированные зубы и корни спиливают до поверхности кости так, чтобы глубина кармана у десневого края была не более 3 мм. При наличии более глубокого кармана и гипертрофии десны производят гингивэктомию. Мобилизуя ткани, корни закрывают лоскутом слизистой оболочки и надкостницы и зашивают наглухо. При нехватке тканей и необходимости реконструировать альвеолярную дугу может быть применена пересадка ткани — свободного лоскута слизистой оболочки.

В отдельных трудных случаях (при атрофии кости и нередко при полной атрофии альвеолярной дуги и прилежащей базальной кости вследствие потери зубов, ношения зубных протезов, общих заболеваний и др.) выполняют более прогрессивные оперативные вмешательства.

Операция формирования высокой и широкой альвеолярной дуги. При достаточной высоте и недостаточной ширине альвеолярной дуги, а также при более глубоких нарушениях ее (наличие острого края, полного отсутствия дуги до основания тела челюсти вследствие значительной атрофии последней) выполняют сложные костно-пластические операции. Чаще производят пластику аутокостью фрагментов челюстей или гребешком подвздошной кости, ребром. Эти операции разработали в 50—60-х годах. В дальнейшем методики операций были усовершенствованы. Широкое применение получила аллогенная кость благодаря исследованиям и внедрению их результатов в клиническую практику Н. Н. Бажановым и соавт. (1972). В последние годы высокую и широкую альвеолярную дугу формируют, используя биоматериалы. Наращивание нижней челюсти. Можно производить аутоотрансплантатом из ребра или гребешка подвздошной кости. Один из двух фрагментов ауторребра длиной до 15 см укладывают на поверхность кости, придавая ему форму зубной дуги, другой измельчают и обкладывают его частицами первый. Трансплантат фиксируют к остаточной кости нижней челюсти, восполняя альвеолярную ее часть и закрепляют трансплантат окружающими швами проволокой. Этот метод сложен. Перестройка кости занимает длительное время до проведения функционального протезирования. Опасность перелома нижней челюсти, при значительной ее атрофии, делает иногда необходимым костную пластику со стороны ее основания. Аутоотрансплантат гребешка подвздошной кости фиксируют костным швом проволокой или мини-пластинами и штифтами. Вместе с тем эта методика, хотя и способствует предупреждению перелома нижней челюсти, не улучшает условия для протезирования [Fornesa R., Davis W., 1993]. Описаны различные методики пластики нижней челюсти. По одной из них нижнюю челюсть распиливают так, чтобы оральная ее часть осталась с прилежащими тканями подъязычной области, а вестибулярная опустилась вниз.

Оставшееся слизисто-поднадкостничное пространство заполняют гидроксипатитом, измельченной аутокостью гребешка подвздошной кости. Увеличить нижнюю челюсть можно путем горизонтального распила кости, поднятия верхнего фрагмента ее вверх и заполнения среднего пространства измельченной аутокостью, аллокостью, гидроксипатитом. Наиболее простым методом наращивания кости является использование гидроксипатита. При значительной атрофии альвеолярной части нижней челюсти делают симметричные разрезы слизистой оболочки по дуге соответственно клыку или первому премоляру до кости. Создают поднадкостничный туннель до ветви челюсти, который заполняют гидроксипатитом в таком количестве, чтобы обеспечить желаемые высоту, ширину и конфигурацию альвеолярной части и дуги. Раны зашивают узловатыми швами. Для сохранения формы альвеолярной части и формирования преддверия полости рта рекомендуют ношение шины в течение 8—10 дней после операции.

Проста и эффективна операция наращивания верхней челюсти при помощи гидроксипатита. Методика проведения ее такая же, как при пластике гидроксипатитом на нижней челюсти. Делают только один разрез по средней линии альвеолярной дуги. Поднадкостничный туннель создают по

передней поверхности верхней челюсти. После введения в него достаточного количества материала, формирования альвеолярного отростка достаточной высоты и ширины на 7—8 дней надевают шину и укрепляют ее проволочным подвешиванием или при помощи небного шурупа. Для этого можно использовать старый протез, приспособив его к новой форме альвеолярного отростка [Block M., Gole T., 1992; Block M., Kent J., 1993]. Увеличение альвеолярного отростка верхней челюсти можно производить одновременно с поднятием верхнечелюстной пазухи с помощью гидроксилата. Нарращивание верхней челюсти требуется не так часто, как нижней. Однако при большой атрофии кости и в отсутствие адекватной формы небного свода производят увеличение ее альвеолярного отростка. Можно использовать аутоотрансплантат из ребра. Эта операция аналогична таковой при наращивании нижней челюсти: производят отсечение (остеотомию) альвеолярного отростка по Ле Фор III и интерпозицию этого участка вниз, слизисто-поднадкостное пространство заполняют измельченной аутогенной костью (гребешок подвздошной кости или ребро). Трансплантат фиксируют на теле челюсти и скуловой кости металлической проволокой, винтами, мини-пластинами с винтами. Однако после этих операций наблюдаются случаи послеоперационной резорбции кости и возникает необходимость в повторной операции. В этих случаях больной не может долгое время пользоваться протезом. После атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти, особенно при недостаточной площади опоры зубного протеза в дистальной области, производят пластику бугра верхней челюсти. Откинув слизисто-надкостничный лоскут по альвеолярной дуге до верхней точки крылонебной складки, обнажают бугор верхней челюсти, остеотомом отделяют лишнюю часть латеральной пластинки крыловидного отростка и смещают ее кзади вместе с крыловидным крючком. В образовавшееся углубление погружают конец лоскута. Раневую поверхность покрывают повязкой, смоченной йодоформной жидкостью. Рана заживает вторичным натяжением. В результате этого создаются условия для наилучшей фиксации зубного протеза [Tucker M., 1994].

Операции на мягких тканях полости рта

После удаления зубов нередко происходят изменения мягких тканей. Встречаются также врожденные нарушения отдельных анатомических образований. Все это создает трудности для протезирования и требует хирургического лечения. Наличие избытка мягких тканей всегда должно оцениваться с точки зрения использования ее для увеличения кости. Операции при укороченной уздечке языка. При протезировании иногда требуется удлинить уздечку языка. Для этого делают длинный разрез через уздечку, формируют два треугольных лоскута, которые взаимно перемещают и фиксируют тонким кетгутом или синтетической нитью [Мухин М. В., 1973; Александров Н. М., Балин В. В., 1998; Obwegeser H., 1969; Forsec R., Davis N., 1993]. Во время операции учитывают расположение подъязычных сосочков во избежание их травмирования. При значительном укорочении уздечки языка более целесообразно ее горизонтальное рассечение. При полном освобождении языка рана приобретает вид ромба, что позволяет, используя эластичность тканей, наложить швы, сблизив края раны по вертикали [Мухин М. В., 1973; Tucker M., 1984; Hopkins K., 1985]. При атрофии альвеолярной части нижней челюсти уздечка часто прикрепляется прямо к дуге. В таких случаях ее иссекают углообразным разрезом, обращенным вершиной к альвеолярной части нижней челюсти, а лоскут на нижней поверхности языка отслаивают до полного освобождения. Образовавшуюся рану зашивают наглухо.

Операции при укороченной уздечке губы. У пациентов с укороченной уздечкой верхней и нижней губ фиксации зубных протезов затруднена. Хирургическая тактика может быть различной. В случае прикрепления уздечки губы к альвеолярной дуге широким основанием, показано ее иссечение в этом участке по эллипсу к периосту. Слизистую оболочку подшивают к периосту, желательно на всю глубину десневой борозды. Образовавшуюся рану ушивают по всей длине вместе с надкостницей. Для удлинения уздечки губы производят пластику встречными треугольными лоскутами так же, как при аналогичной операции на уздечке языка. Удлинение уздечки при ее широком основании у альвеолярной дуги, воспалительных изменениях вследствие травмы краем протеза целесообразно проводить путем углообразно сходящихся разрезов от десневой борозды к альвеолярной части нижней челюсти. Отслаивают треугольный лоскут по поверхности альвеолярного отростка и подшивают его концы к надкостнице на уровне десневой борозды. Образовавшаяся раневая поверхность заживает вторичным натяжением.

Устранение мышечных и слизистых тяжей преддверия полости рта. Одиночные рубцовые тяжи, складки слизистой оболочки преддверия полости рта удлиняют по описанной выше методике: рассекают тяжи и складки, образуют симметричные встречные треугольные лоскуты, мобилизуют их и перемещают. При обширной зоне рубцовых стяжений преддверия полости рта оперативное вмешательство для создания достаточного свода заключается в рассечении или иссечении их с

некоторым увеличением величины свода преддверия полости рта. На образовавшуюся раневую поверхность укладывают расщепленный лоскут кожи размером 1,5—2 см, взятый в области живота, и фиксируют его на вкладыше. Последний фиксируют шелком к краям раны слизистой оболочки. Дополнительно можно накладывать несколько матрацных швов из синтетической нити поверх вкладыша и вокруг тела нижней челюсти. Вкладыш удаляют на 7—11-е сутки, а формирующий протез надевают в одних случаях сразу, в других — через 4—5 сут. В последние годы производят пересадку свободного лоскута слизистой оболочки, взятого с неба.

Удаление избытка воспалительно-измененной ткани. При ношении плохо фиксированных зубных протезов, их неадекватности нередко на альвеолярной дуге, десневой борозде происходит изменение слизистой оболочки в виде фиброзных разрастаний. При коррекции зубного протеза эти изменения можно устранить. В других случаях необходима операция иссечения патологической ткани. Наиболее простым методом является электрокоагуляция или лазерное иссечение с последующим заживлением раны вторичным натяжением под тампоном. При значительных размерах участка избыточной воспаленной ткани проводят обычное иссечение до надкостницы с ушиванием раны узловатым или непрерывным швом. При нехватке тканей для ушивания раны без натяжения ее края пришивают к надкостнице; образовавшийся дефект заживает вторичным натяжением. При всех хирургических манипуляциях нужно предусматривать условия для будущего протезирования, в том числе образование десневой борозды достаточной глубины. Этому может способствовать фиксация формирующей шины или протеза на мягкой подкладке, которые снимают при перевязках или гигиенических процедурах.

Более сложно удаление папилломатозных разрастаний слизистой оболочки твердого неба. Такие изменения обычно возникают при травме зубными протезами, недостаточной гигиене полости рта, грибковой инфекции. В случаях неэффективности консервативного лечения и коррекции протеза необходимо оперативное вмешательство. Оно может заключаться в коагуляции, лазерном иссечении, обработке жидким азотом, при помощи бора, а также иссечении патологических тканей до надкостницы скальпелем. Обязательно патологоанатомическое исследование тканей. При закрывании раневой поверхности повязкой и защитной пластинкой (лучше на мягкой подкладке) создаются благоприятные условия для заживления раны вторичным натяжением, которое происходит около 4 нед. Уменьшение бугристости слизистой оболочки и надкостницы, покрывающей альвеолярный отросток верхней челюсти и альвеолярную часть нижней челюсти производят путем эллипсообразных сходящихся разрезов, окаймляющих патологический участок. Мобилизуют слизисто-надкостничные лоскуты с вестибулярной и оральной стороны до соприкосновения без натяжения, после чего рану зашивают узловатыми или непрерывными швами. Если при сближении краев раны остается участок обнаженной кости, то его прикрывают марлевым тампоном. Рана заживает вторичным натяжением. Уменьшение объема тканей ретромолярной области. В этой области нередко наблюдается избыток ткани, чаще вследствие ее гипертрофии. Избыток тканей удаляют эллипсообразным разрезом, истончают ткани по краям дефекта и рану ушивают узловатыми или непрерывными швами. Удаление избытка мягкой ткани в дистальном отделе неба. В дистальной части небного свода нередко наблюдается избыток мягких тканей, что обуславливает сужение его и создает трудности при протезировании. Во время операции возможно повреждение передней небной артерии, петель крыловидного венозного сплетения, поэтому рекомендуется неглубокое иссечение тканей. Избыток мягких тканей иссекают острым тонким скальпелем по касательной поверхности на глубину слизистой оболочки и подслизистого слоя. Края раны сближают, накладывают швы и надевают на раневую поверхность защитную пластинку.

Пластика преддверия полости рта. Эффективны оперативные вмешательства на мягкой ткани для увеличения высоты альвеолярной дуги нижней челюсти. Одним из них является углубление преддверия полости рта путем пластики лоскутом слизистой оболочки, взятым с нижней поверхности языка. Операция показана при достаточной высоте центрального отдела альвеолярной части нижней челюсти (не менее 15 мм), достаточной глубине язычной стороны, но недостаточной глубине преддверия полости рта, в том числе за счет присоединения мышц и тяжелой слизистой оболочки. Разрезом длиной 3—4 см параллельно альвеолярной дуге формируют два лоскута слизистой оболочки: один в области нижней губы, другой по наружной поверхности альвеолярного отростка. Хорошо отсепарованный лоскут с альвеолярного отростка (на ножке) перемещают на участок дефекта губы, лоскут с губы подшивают под десневой бороздой, углубляя свод преддверия рта, а на открытую переднюю поверхность альвеолярного отростка перекидывают лоскут, выкроенный на нижней поверхности языка, и накладывают швы. Ткани фиксируют специально изготовленной шиной или используют при этом старый протез, который корригируют для формирования максимально

глубокого преддверия полости рта. Протез должен иметь мягкую подкладку. Через 3—4 нед можно приступать к ортопедическому лечению. При значительной атрофии альвеолярной части нижней челюсти, когда преддверие полости рта, альвеолярная дуга и ткани с язычной стороны находятся в одной плоскости и нет условий для фиксации протеза, используют методику Обвегезера в различных модификациях. Операция заключается в увеличении преддверия полости рта. Ширина альвеолярной части нижней челюсти должна быть не менее 15 мм. Вначале заготавливают кожный лоскут толщиной не менее 4 мм, взяв его с участка, где волосы отсутствуют. Делают разрез по альвеолярной дуге, выкраивают слизисто-надкостничный лоскут вместе с мягкими тканями и мышцами (обычно отделяют всю челюстно-подъязычную и верхнюю часть подбородочно-язычной мышцы). Отсепаровывают его по вестибулярной и язычной поверхностям челюсти и подшивают у ее основания. На обнаженный участок челюсти укладывают кожный трансплантат, который укрепляют окружающими челюсть швами и удерживают шиной. Следует обращать внимание на то, чтобы края шины достигали всех участков свода преддверия нижней челюсти. Через 7 дней снимают окружающие швы. Перевязки делают через день, гигиенические процедуры проводят ежедневно. Протезирование начинают через 3—4 нед. Пластика подслизистой ткани преддверия полости рта. Чтобы создать необходимые условия для фиксации протеза при значительной атрофии альвеолярного отростка и наличии тела верхней челюсти производят пластику преддверия полости рта подслизистой тканью [Obwegeser H., 1969]. Обязательным условием такой операции является достаточное количество слизистой оболочки на верхней губе и в преддверии полости рта. В центре преддверия делают вертикальный разрез слизистой оболочки и отделяют ее от подслизистой ткани. Затем рассекают надкостницу в центре и по наружной поверхности ее формируют поднадкостничный туннель (соответственно туннелям по обе стороны преддверия полости рта). Иссекают подслизистую ткань или перемещают ее вверх на ножке. Надевают на челюсть шину или старый корригированный протез, укрепляя ее (его) небным шурупом или путем подвешивания проволочными швами. Необходимо следить, чтобы была хорошо зафиксирована глубина преддверия полости рта. Через 3 нед после заживления раны приступают к протезированию. Пластика преддверия верхней челюсти слизистым или кожными трансплантатами. В тех случаях, когда преддверие полости рта недостаточно для адекватной фиксации зубного протеза, недостает слизистой оболочки на верхней губе, а пластика подслизистой тканью может привести к укорочению губы, показана пластика свободным расщепленным кожным трансплантатом, который помещают в рану, сформированную по своду преддверия полости рта. Для увеличения преддверия полости рта в сформированное ложе может быть помещен свободный лоскут в форме подковы, взятый с неба. Можно также использовать лоскут на ножке с верхней губы. В таких случаях остается непокрытым участок периоста, который заживает вторичным натяжением. Во всех случаях накладывают шину или протез, которые фиксируют путем подвешивания или с помощью небного винта. Через 4 нед приступают к протезированию. При третьем способе пластики послеоперационный период более длительный, поэтому протезирование производят в более поздние сроки. Перемещение подбородочного нерва. При значительной атрофии нижней челюсти сосудисто-нервный пучок, выходящий из подбородочного отверстия, может находиться в области зубной дуги. В таких случаях ношение зубного протеза часто вызывает боль. Если консервативные меры, коррекция протеза не дают улучшения, то показано перемещение подбородочного нерва. Разрез длиной 4 см делают по альвеолярной дуге, а иногда в переднем отделе (вертикальный). Откидывают углообразной формы слизисто-надкостничный лоскут. Отсепаровывают сосудисто-нервный пучок. При удалении кости в вертикальном направлении нерв смещают вниз и укладывают в созданную борозду. Нерв прикрывают удаленной кортикальной пластинкой кости. Для прикрытия нерва можно пользоваться биоматериалами [Rosenquist B., 1992].

Нарушения (аномалии) прорезывания зубов включают: 1) затрудненное прорезывание зуба; 2) неправильное положение зуба (смещение, возникшее в процессе прорезывания) — дистопированный зуб; 3) неполное прорезывание зуба через костную ткань челюсти или слизистую оболочку (полуретенированный зуб); 4) задержка прорезывания полностью сформированного зуба через компактную пластинку челюсти (ретенированный зуб).

Реплантация зуба представляет собой операцию возвращения удаленного зуба в лунку. Показаниями к реплантации зуба являются нежелательность удаления, непроходимость каналов, невозможность или техническая трудность резекции верхушек корней. Кроме того, реплантацию проводят при таких осложнениях лечения зубов, как перфорация стенок канала. Обязательными условиями для реплантации являются наличие хорошо сохранившейся коронки, а также учет будущей функции и эстетики. Необходимо обращать внимание на форму корней и их расположение. Искривление корней, их расхождение заведомо могут предопределить травматичность удаления и

повреждение костных структур альвеолы. Операция заключается в удалении зуба, выскабливании патологических тканей из альвеолы и с поверхности корня. После пломбирования каналов и резекции верхушек корней зуб вводят в лунку и там фиксируют. Производят реплантацию преимущественно многокорневых зубов.

Удаляют зуб осторожно, стараясь не травмировать ткани зубной альвеолы и прилегающие мягкие ткани. Круговая связка в виде «воротничка» должна оставаться неповрежденной. Для ее сохранения целесообразно сделать круговой разрез слизистой оболочки на всю глубину, отступя от края десны 2—3 мм. Затем осторожно осуществляют кюретаж альвеолы, убирая грануляционные разрастания или гранулемы, стараясь сохранить волокна периодонта по боковой поверхности альвеолы и круговую связку. Рану промывают теплым изотоническим раствором натрия хлорида с добавлением антибиотиков (границидин и др.) или раствором хлоргексидина и рыхло тампонируют стерильной марлей или гемостатической губкой, пропитанной гентамицином. Удаленный зуб захватывают стерильной салфеткой и временно помещают в какую-либо стерильную емкость, содержащую теплый 36,6 °C) изотонический раствор натрия хлорида с добавлением антибиотиков или в раствор хлоргексидина. Затем производят расширение каналов, их медикаментозную обработку, пломбирование и резекцию верхушки корня или корней. В качестве пломбировочного материала используют фосфат-цемент, а резецированную апикальную часть канала заполняют серебряной амальгамой. Иногда корни не резецируют, а только расширяют каналы и осуществляют медикаментозную обработку и пломбирование их.

Зуб помещают в альвеолу и фиксируют на 2—3 нед при помощи проволочной шины, защитной пластинки из быстротвердеющей пластмассы, каппы. С целью обеспечения покоя зуб выключают из прикуса, для чего сошлифовывают бугры реплантированного зуба или его антагониста. В отдельных случаях после удаления зуба обнаруживаются значительные изменения в области одного из корней. Производят его ампутацию, резекцию верхушки оставшегося корня и реплантацию зуба. В других случаях могут потребоваться гемисекция зуба и реплантация только части его. В обоих случаях применяют биоматериал для заполнения альвеолы и пространства над резецированной верхушкой зуба.

Некоторые авторы считают, что реплантированный зуб должен функционировать в щадящем режиме, а завершение репаративных процессов в кости может занимать 6—12 мес. Однако В.В. Паникаровский и А.М. Аль Олофи (1988), основываясь на результатах морфологических исследований, установили, что реплантируемому зубу необходима ранняя (через 2—3 нед—1 мес после операции) жевательная нагрузка.

В послеоперационном периоде назначают анальгин, амидопирин, метиол и другие препараты, щадящую диету, дают рекомендации по гигиеническому содержанию полости рта, особенно в случае наложения закрепляющих шин. Применяют также антибактериальные препараты [Козлов В.А., 1987; Krüger E., 1986], особенно если после операции выражен болевой синдром или наблюдаются воспалительные явления. Зарубежные авторы [Kirsch W., 1986; Watzek G., Matejka M., 1986; Aleksander J., Dellinger E., 1991] считают, что антибактериальные препараты следует назначать за 1—2 дня до операции и продолжать лечение ими 6—7 дней после нее.

В результате реплантации может наступить сращение периодонтального, периодонтально-фиброзного или остеоидного типа. По данным В.В. Паникаровского и соавт. (1988), этот процесс протекает более интенсивно у молодых лиц. Однако, как отмечает Г.А. Васильев (1972), постепенно происходит рассасывание корней, зуб становится подвижным и подлежит удалению. Наилучшие результаты получают при периодонтальном типе сращения. Если время функционирования реплантированных зубов составляет в среднем 5 лет, то при периодонтальном типе сращения они функционируют от 3—5 до 10-12 лет [Козлов В.А., 1974].

При острых и обострившихся хронических периодонтитах, реже при других острых одонтогенных воспалительных процессах, реплантацию зуба производят в два этапа, хотя Н.Ф. Чудецкая (1969) и В.З. Бойко и соавт. (1990) успешно осуществляли реплантацию при остром или обострении хронического периодонтита, в том числе с использованием измельченной лиофилизированной кости. Первый этап состоит в удалении зуба и введении в зубную альвеолу тампона, пропитанного смесью антибиотиков, назначении противовоспалительного лечения. Удаленный зуб помещают в емкость, содержащую изотонический раствор хлорида натрия и антибиотики или раствор хлоргексидина, и хранят при температуре 4—5 °C. Через 5—6 дней после стихания острых воспалительных явлений, удалив тампон из зубной альвеолы, производят реплантацию. Иногда при острых одонтогенных заболеваниях выполняют одноэтапную реплантацию. В таких случаях делают разрез по переходной складке и дренируют рану резиновой полоской. Костную рану тщательно обрабатывают и удаляют волокна

периодонта. Пломбированный зуб, не резецируя его верхушку, помещают в лунку и укрепляют. Процесс приживления длится от 3—4 до 6—10 нед.

Аутотрансплантация зуба— это операция по пересадке зуба в другую альвеолу. Как правило, сверхкомплектный зуб, который подлежит удалению, пересаживают на место удаленного, обычно разрушенного зуба. Аутотрансплантацию производят так же, как и реплантацию зуба. Однако аутотрансплантация не получила применения в стоматологической практике.

Аллотрансплантация зуба представляет собой операцию пересадки зуба от одного человека другому. Г. Е. Драновский (1978) и М.М. Максудов (1980), проведя экспериментальные исследования и клинические наблюдения при аллотрансплантации зубных зачатков детям, отметили приживление, развитие и прорезывание таких зубов. По данным Н.И. Хамитова (1991), витальная трансплантация дала положительный результат; успех был достигнут в 90 % случаев [Хасанов Р.А., 1996]. Автор рекомендует использовать зубы от трупа в первые 4 ч после наступления смерти и от здоровых доноров с последующей консервацией в смеси «Виком». Очень важен подбор зуба. Важную роль играют правильная его консервация и предупреждение отторжения после пересадки. Методика операции такая же, как при реплантации и аутотрансплантации.

Ретенция и полуретенция зубов чаще развиваются в области нижнего зуба мудрости. Затрудненное прорезывание нижнего зуба мудрости. Имеется несколько предположений о причинах затрудненного прорезывания нижнего зуба мудрости. Считают, что в процессе филогенеза происходят редукция нижней челюсти и уменьшение дистального отдела альвеолярной части. В связи с этим нижнему зубу мудрости, который прорезывается последним, не хватает места для полного прорезывания. Другие причины — неправильное расположение зачатка зуба мудрости в челюсти, патология роста и развития самой челюсти. В результате этого зуб оказывается наклоненным кпереди, к второму моляру, реже — кнаружи, вовнутрь или кзади (дистопия). Прорезывание нижнего зуба мудрости иногда задерживается на несколько месяцев, а иногда и лет. Вследствие постоянной травмы во время жевания в покрывающей коронку зуба слизистой оболочке происходит рубцевание, склерозирование. Зуб не может преодолеть находящуюся над ним рубцово-измененную слизистую оболочку (капюшон) и выдвигание его прекращается. Коронка зуба оказывается расположенной ниже уровня второго моляра, часто прорезывается только один или два медиальных бугра. Затрудненное прорезывание нижнего зуба мудрости является причиной перикоронита — воспаления мягких тканей, окружающих коронку прорезывающегося зуба, а также позадиомолярного периостита — воспаления надкостницы позадиомолярной ямки.

Этиология. Перикоронит и позадиомолярный периостит возникают в результате активизации обычной микрофлоры полости рта. В ней преобладают анаэробные и факультативно-анаэробные виды бактерий. Патогенез. Во время прорезывания нижнего зуба мудрости слизистая оболочка над медиальными буграми атрофируется, остальная часть коронки остается покрытой слизистой оболочкой — капюшоном. В перикоронарное пространство (пространство между коронкой зуба и внутренней поверхностью капюшона) попадают пищевые остатки, клетки слущенного эпителия, слизь. Оптимальная температура, влажная среда, отсутствие света создают благоприятные условия для развития микрофлоры, находящейся в перикоронарном пространстве. Травма слизистой оболочки капюшона во время жевания приводит к образованию на ее поверхности эрозий и язв, к снижению местного иммунитета. В результате этого развиваются воспалительные явления в тканях, окружающих коронку не полностью прорезывавшегося зуба мудрости. Частое травмирование капюшона и рецидивы воспаления приводят к хроническому воспалительному процессу, который протекает по типу хронического краевого периодонтита и хронического гингивита. Наблюдаются рост грануляционной ткани в области шейки зуба, рассасывание прилежащих участков кости. Вследствие этого у зуба мудрости образуется патологический костно-десневой карман. При перикороните наблюдается как бы порочный круг. Отечный и набухший капюшон во время еды подвергается постоянному травмированию. Травма усиливает воспаление, вызывая еще более выраженный отек и утолщение капюшона. Ухудшается отток экссудата из перикоронарного пространства. В дальнейшем воспалительный процесс распространяется на клетчатку и надкостницу позадиомолярной ямки, образуется гнойник. Возникает позадиомолярный периостит.

Клиническая картина. Острый перикоронит может быть катаральным и гнойным. Катаральная форма развивается в начале заболевания. Больные жалуются на боль при жевании в области прорезывающегося зуба мудрости. Общее состояние удовлетворительное, температура тела нормальная. Отека околочелюстных тканей нет. Определяется увеличенный и болезненный лимфатический узел в поднижнечелюстной области. Открывание рта свободное. Зуб мудрости покрыт гиперемированным и отечным капюшоном слизистой оболочки. Обычно видны только один или оба

медиальных бугра зуба. В некоторых случаях вся коронка зуба находится под капюшоном, и, только приподняв его, можно увидеть зуб. Выделений из-под капюшона нет, пальпация его болезненна. Эта форма перикоронита протекает благоприятно и при своевременном лечении быстро купируется.

Диагноз. Перикоронит и позадимолярный периостит диагностируют на основании характерной клинической картины и рентгенологических данных. На рентгенограмме нижней челюсти в боковой проекции видны положение нижнего зуба мудрости, состояние его периодонта и окружающей кости, отношение к ветви и каналу нижней челюсти. Позадимолярный периостит в отличие от перикоронита сопровождается образованием воспалительного инфильтрата в позадимолярной области. При хроническом процессе характерна резорбция кости чаще в виде широкой щели у шейки зуба и по ходу корня, нередко в виде полулуния.

Дифференциальный диагноз. Острое воспаление при затрудненном прорезывании нижнего зуба мудрости не представляет трудностей для распознавания; хронический перикоронит следует дифференцировать от хронического пульпита и периодонтита, в отдельных случаях — от невралгии III ветви тройничного нерва.

Лечение. Перикоронит и позадимолярный периостит лечат преимущественно в условиях поликлиники. Комплекс терапевтических мероприятий зависит от выраженности воспалительных явлений, общей и местной картины заболевания, а также от рентгенологических данных. Прежде всего необходимо ликвидировать острые воспалительные явления. При катаральной форме перикоронита может оказаться эффективной только обработка пространства под капюшоном антисептическими растворами из шприца с затупленной иглой. При гнойном перикороните проводят перикоронаротомию — рассечение капюшона, прикрывающего коронку зуба или его дистальную часть. Под рассеченный капюшон вводят небольшую тонкую полоску йодо-формной марли. Разрез при позадимолярном периостите производят через слизистую оболочку от основания крыловидно-нижнечелюстной складки вниз к нижнему своду преддверия рта. При воспалительной инфильтрации тканей нижнего свода преддверия рта разрез продолжают по альвеолярной части челюсти на уровне моляров. Рану дренируют резиновой полоской. Необходимы систематические ежедневные перевязки и лечение гнойной раны ушивают наглухо швами. В послеоперационном периоде возможны боль при глотании, ограничение открывания рта, отек околочелюстных тканей. Больным назначают анальгин, амидопирин, сульфадиметоксин, физические методы лечения, делают перевязки; с 4—6-го дня проводят ЛФК.

Осложнения. Гнойный процесс из позадимолярного пространства по примыкающей к нему клетчатке и прослойкам рыхлой соединительной ткани может распространиться на соседние клетчаточные пространства. При проникновении наружу он попадает к нижнему своду преддверия рта, щечную область, при распространении внутрь и кзади — в сторону крыловидно-нижнечелюстного, окологлоточного и перитонзиллярного пространств; при распространении наружу и кзади — в околоушно-жевательную область; при проникновении внутрь и кпереди — в подъязычную и поднижнечелюстную области. В результате распространения инфекции в клетчаточных пространствах возникают абсцессы и флегмоны. Реже в гнойный процесс вовлекается костная ткань. В этих случаях развивается остеомиелит нижней челюсти. Перикоронит и позадимолярный периостит могут служить причиной гнойного лимфаденита поднижнечелюстной области, актиномикоза, язвенного стоматита. Повторное обострение процесса при позадимолярном периостите нередко приводит к гибели компактного слоя ветви нижней челюсти и развитию вторичного кортикального остеомиелита. Затрудненное прорезывание нижнего зуба мудрости осложняется образованием парадентальной кисты, кариесом, пульпитом и периодонтитом зуба мудрости и второго нижнего моляра. Неправильное положение зуба (дистопированный зуб). Смещение зуба в зубном ряду или расположение его вне зубного ряда преимущественно происходит в результате нарушения последовательности и сроков прорезывания зубов. Чаще всего наблюдается смещение нижнего зуба мудрости, реже — верхнего зуба мудрости, верхнего клыка, верхних и нижних премоляров, нижних резцов. Зуб может смещаться в сторону преддверия или собственно полости рта, медиально или дистально от средней линии, может быть повернут вокруг продольной оси, расположен ниже или выше других зубов. Смещение зуба нередко происходит одновременно в двух — трех направлениях по отношению к зубному ряду. Иногда дистопированными оказываются 2—3 зуба и более. Неправильно прорезавшийся зуб может вызвать изменение положения других зубов, что влечет за собой изменение прикуса. Возникают функциональные и эстетические нарушения. Смещение зуба в сторону преддверия или собственно полости рта ведет к травме слизистой оболочки губы, щеки, языка и образования эрозий и декубитальных язв. Диагноз ставится на основании клинического исследования. При осмотре зубного ряда имеется зуб, выступающий из зубного ряда или расположенный неправильно по отношению к другим зубам.

Лечение. Обычно в период смены зубов все виды смещения легко устраняются и, как правило, до 14—15 лет лечение смещения проводится различными ортодонтическими методами. Эти методы применяют и в возрасте после 15 лет. Однако в таких случаях успех ортодонтического лечения непостоянен. Когда ортодонтическое лечение не дает результата или не показано, зуб удаляют. Устранение травмы слизистой оболочки иногда возможно сошлифовыванием бугров или режущей поверхности зуба.

Неполное прорезывание зуба (полуретенированный зуб). Неполное прорезывание зуба через костную ткань челюсти или слизистую оболочку наблюдается в области клыков, вторых резцов на верхней челюсти, нижнего и верхнего зубов мудрости.

Клиническая картина полуретенированного зуба характеризуется появлением прорезывающейся части коронки в каком-либо отделе альвеолярного отростка. В результате постоянной травмы слизистой оболочки, прилегающей к прорезывающейся части коронки зуба, возникает воспаление вокруг нее. Иногда полуретенированный зуб обнаруживают при воспалительном процессе в участке альвеолярного отростка верхней или нижней челюсти. При исследовании определяют утолщение альвеолярного отростка, покрытое покрасневшей отечной слизистой оболочкой. В некоторых случаях полуретенированный зуб ничем себя не проявляет и обнаруживается случайно при рентгенографии. Диагноз ставят по данным клинической картины болезни и рентгенологического исследования. На рентгенограмме виден зуб, расположенный в альвеолярном отростке тела челюстей. Коронка или только часть ее прикрыта костной тканью. Полуретенированный зуб часто смещен, особенно нижний зуб мудрости. Прорезывание полуретенированных клыков и вторых резцов на верхней челюсти чаще происходит в сторону твердого неба, клыков, премоляров на нижней челюсти — в сторону преддверия рта. Лечение по поводу полуретенированного зуба оперативное — удаление. У подростков и лиц юношеского возраста иногда возможно ортодонтическое лечение (кроме верхних и нижних третьих больших коренных зубов). Полуретенированные нижние и верхние зубы мудрости подлежат удалению (методика операции описана при лечении ретенированных зубов).

Задержка прорезывания зуба (ретенированный зуб). Нередко полностью сформированный зуб остается в челюсти. Это относится к нарушениям прорезывания зуба. Иногда ретенция зуба может быть связана с заболеваниями и повреждениями зубочелюстной системы.

Ретенция зуба чаще наблюдается при прорезывании постоянных зубов: верхних клыков, вторых нижних малых коренных зубов и нижнего зуба мудрости. Клиническая картина ретенированного зуба часто характеризуется бессимптомным течением. Такой зуб может обнаруживаться случайно при рентгенографии челюсти. На ретенцию зуба указывает отсутствие одного из постоянных зубов в альвеолярной дуге. На его месте может быть молочный зуб. В отдельных случаях ретенированный зуб создает выпячивание наружной стенки альвеолярного отростка или тела челюсти. При этом иногда можно пальпировать контуры зуба или его части. Ретенированные зубы могут вести к нарушению нормального положения соседних зубов, т. е. их смещению. В таких случаях больные обращаются с жалобами на боли в области ретенированного зуба. Ретенированные зубы могут давить на нервные волокна и окончания, в этом случае жалобы на боли являются симптомом поражения нервов — невралгии или неврита. С этим связано нарушение чувствительности — анестезия, парестезия. Ретенированный зуб нередко является источником воспалительного процесса.

Диагноз основывается на клинических и рентгенологических данных. На рентгенограмме виден зуб, расположенный полностью в кости. Лечение. Тактика хирурга в случаях ретенции зуба без выраженных симптомов воспаления может быть различной. Целесообразность хирургического вмешательства определяется общим состоянием больного, его возрастом, расположением ретенированного зуба, травматичностью предстоящей операции, а также опасностью осложнений. При отсутствии жалоб у больного и осложнений, связанных с ретенцией зуба, удаление зуба не показано. Возможно динамическое наблюдение.

Удалять ретенированный зуб нужно при возникновении болей, воспалительных явлений, а также при фолликулярной (зубосодержащей) кисте. Удаление ретенированных и полуретенированных зубов представляет определенные трудности. Перед операцией следует определить расположение зуба в толще костной ткани, его отношение к различным образованиям: основанию и каналу нижней челюсти, верхнечелюстной пазухе и носовой полости, соседним зубам. Для определения особенностей расположения ретенированного или полуретенированного зуба следует провести рентгенографию, иногда в нескольких проекциях. Методика операции удаления ретенированных и полуретенированных зубов может быть различной. Условно разделяют удаление зубов на верхней и нижней челюстях. Полный вывих сопровождается разрывом периодонта на протяжении всего корня, гибелью сосудисто-нервного пучка, иногда переломом вестибулярной части альвеолы, выпадением зуба из лунки.

Вывихнутый зуб, не имея анатомической связи с компактной пластинкой лунки зуба, иногда удерживается в ней за счет адгезивных свойств двух влажных поверхностей (смочены кровью) или сохранения одиночных волокон круглой связки зуба. При полном вывихе зуба больные предъявляют жалобы на дефект зубного ряда, возникший вследствие травмы. При внешнем осмотре изменения характерны для таковых при неполном вывихе. Больной приносит врачу свой вывихнутый зуб. Лунка вывихнутого зуба заполнена сгустком. Слизистая оболочка десны может быть разорвана, одна из стенок лунки сломана или вообще отсутствует. Обследование стенок лунки обязательно, так как реплантация зуба возможна лишь при сохранении целостности анатомических структур ее и если больной обратился не позже 3 сут с момента травмы. При полном вывихе зуба возможно проведение реплантации его по общепринятой методике. Зуб фиксируют шиной-каппой. При вколоченном вывихе в случае одномоментной репозиции зуба нередко развивается резорбция его корня. Вколоченные зубы иногда постепенно самопроизвольно выдвигаются и занимают правильное положение. Следует удалить погибшую пульпу, а канал зуба запломбировать сразу после травмы. Если же зуб не возвращается в первоначальное положение, то его перемещают с помощью ортодонтических аппаратов.

Студент должен знать:

- методы обследования и показания к хирургической подготовке полости рта к протезированию;
- клинические признаки укороченности уздечек языка и губ, мелкого преддверия полости рта;
- дифференциальную диагностику зубо-альвеолярной патологии;
- методы хирургической подготовки полости рта к протезированию (операции при укороченной уздечке губы, языка, устранение мышечных и слизистых тяжей преддверий полости рта, удаление избытка воспалительно-измененной ткани, пластика преддверия полости рта).

Студент должен уметь:

- выяснять жалобы больного;
- собирать анамнез (причины возникновения заболевания);
- проводить клиническое обследование больного: внешний осмотр, осмотр полости рта, пальпация; определять признаки и степень укороченности уздечек языка и губ, слизистые тяжи преддверия полости рта;
- диагностировать укороченность уздечек языка и губ, тяжей слизистой;
- читать рентгенограммы;
- определять показания к оперативным методам лечения;
- удалять избыток воспалительной измененной ткани, экзостозы;
- проводить послеоперационный уход за больным; назначать физиолечение.

Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в (%) и баллах	Оценка	Уровень знания студента
1.	96-100	Отлично «5»	Подводит итоги и принимает решения Творчески мыслит Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
2.	91-95		Творчески мыслит Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа

			Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
3.	86-90		Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
4.	81-85		Применяет на практике Проявляет высокую активность при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не достаточно полно Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
5.	76-80	Хорошо «4»	Проявляет активность при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точно представления
6.	71-75		Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не полное Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления
7.	66-70	Удовлетворительно «3»	Понимает суть вопроса Правильно решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответ Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления по отдельным вопросам темы
8.	61-65		Допускает ошибки при решении ситуационных задач Знает, рассказывает не уверенно Имеет точные представления по отдельным вопросам темы
9.	55-60		Знает, рассказывает не уверенно Имеет частичные представления
10.	54 и ниже	Неудовлетворительно «2»	Не имеет точного представления Не знает

9. Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в мин.
			80
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5

2	Обсуждение домашнего задания	Опрос, объяснение	15
3	Обследование больного в стационаре		5
4	Усовершенствование практических навыков, работа с муляжами, клинико-лабораторным оборудованием, аппаратурой	Работа с клинико-лабораторным оборудованием	15
5	Обсуждение практической части занятия	Опрос, объяснение	10
6	Обсуждение темы занятия, реферативное сообщение, семинар, дискуссия	Реферативное сообщение, семинар, дискуссия	10
7	Работа в группе. Демонстрация видеозаписей по теме, разбор ситуационных задач, компьютерные программы, деловые игры и т.д.	Демонстрация, интерактивные формы - активные, пассивные	10
8	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 бальной системе и её оглашение. Дача задания студентам на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки	10

10. Контрольные вопросы

77. Понятие о хирургической стоматологии как о науке.
78. Развитие хирургической стоматологии в Узбекистане.
79. Помещение хирургического отделения (кабинета).
80. Санитарные требования предъявляемые при организации хирургической стоматологической помощи.
81. Штатные нормативы медицинского персонала.
82. Организация лечебной работы в поликлинике и клинике хирургической стоматологии.
83. Организация стоматологической помощи в стационаре.
84. Ведение медицинской документации.
85. Понятие об асептике и антисептике.

Основная литература

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
2. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - Москва: Медицина, 1990.

Дополнительная литература:

1. Дэвид А. Митчелл, Анастасиос Н. Канатас. Введение в хирургию устного и челюстно-лицевого хирургов - 2015 (переведено на русский язык кафедрой). Принципы перфориральной и челюстно-лицевой хирургии-2004.
2. Нелима Анил Малик, учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии-2008
4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». М.: «Медицина», 2000.
5. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - Хирург лучевой терапии и химиотерапии при Руководстве по хирургической стоматологии. - Москва: Медицина, 2000, стр. 1.
6. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. «Сепсис». Медицина, 1983.
7. Вязьмитина А.В., Использование Т.Л. «Хирургическая стоматология»: практика. Phenix. 2006.
8. Жилонов А.А. Абдуллаев Ш.Ю. Кудратов Ш. Садыкова Х.К. «Операция лица и челюсти» Т., 2016.
9. Рабухина Н.А. «Радиодиагностические методы диагностики некоторых заболеваний челюстно-лицевой области». М.: «Медицина», 1990.
10. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. «Хирургическая стоматология». М.: «Медика», 1996.
11. Сабо Е. «Хирургия на амбулаторной зубов и полости рта». Академия наук Венгрия, Будапешт. 1977.

12. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи». М.: «Медицина», 2001.
13. Шаргородский А.Г. «Руководство по практическим занятиям по хирургической стоматологии». М.: «Медицина», 1976.
14. Письменные тексты.

Ситуационные задачи:

Ситуационные задачи:

1. Больной находится на лечении в стационарном отделении с диагнозом: «Хронический одонтогенный гайморит. Свищевой ход в области лунки 7 верхнего зуба справа». Больного беспокоит головная боль и постоянные гнойные выделения из лунки.

1. Какой вид местного обезболивания должен быть использован при операции радикальной гайморотомии и пластики свищевого хода?
2. Какие анестетики Вы бы использовали?

Ответ: 1. местную инфильтрационную, подглазничную, туберальную, палатинальную. А также включают назальные веточки.

2. лидокаин, ультракаин, мепивакаин и т.д..

2. Больному предстоит операция цистэктомия по поводу радикулярной кисты в области 32. На рентгенологическом снимке обнаруживается округлое образование с четкими границами размером от 1.0 до 1.5 см. Симптом пергаментного хруста положительный.

1. Какие способы местной анестезии Вы при этом используете?
2. Какие обезболивающие препараты Вы примените?
3. Нужно ли добавить раствор адреналина, какой концентрации и в каком соотношении к обезболивающему веществу?

Ответ: 1. инфраорбитальную, резцовую..

2. лидокаин, ультракаин, мепивакаин и т.д..

3. в случае использования анестетика, не содержащего адреналин и его аналоги возможно его добавление в соотношении – 1 мл на 100 мл анестетика.

3. В полости рта у больного разрушен 2 зуб. Переходная складка в области 1234 зубов сглажены, гиперемирована, пальпация резко болезненна и определяется флюктуация. На рентгенограмме видно разрежение плотной ткани в области вершины 2.

1. Поставьте диагноз?
2. Под каким обезболиванием надо вскрывать гнойник и удалять причинный зуб?
3. Какие анестетики лучше применяют?

Ответ: 1. Острый гнойный периостит от 2 зуба.

2. местное инфильтрационное, резцовое.

3. лидокаин, ультракаин и т.д.

. При осмотре полости рта в области 1 зуба на переходной складке имеется свищевой ход с гнойным отделяемым. При осмотре 1 зуба цвет изменен, перкуссия положительная. Имеется подвижность зуба I степени.

1. С целью удаления указанного зуба какой нерв надо выключить при обезболивании?

Е. носонебный

Ж. инфраорбитальный

З. нижнелуночковый

И. подбородочный

К. rami alveolares superiores anteriores

Ответ: А+Д

2. Зоной иннервации носонебного нерва является?

Е. слизистую твердого неба между клыками

Ж. слизистую твердого неба до уровня первых премоляров

З. слизистую твердого неба между вторыми резцами

И. слизистую мягкого неба

К. десну с вестибулярной стороны во фронтальном отделе

Ответ: А

Больная 22 лет поступила с жалобами на резкие боли под языком, ограничение открывания рта за счет болезненности, затруднения при разговоре и пережевывании пищи. Перечисленные симптомы появились два дня назад, когда заболел 7 нижний зуб слева. Слизистая оболочка подъязычной области и челюстно-язычного желобка слева отечна, гиперемирована. Поставлен диагноз: абсцесс челюстно-язычного желобка.

Ответ: А+В+Г

Больная 47 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в области 6 зуба. Объективно 6 разрушен, окружающая слизистая гиперемирована. На рентгенограмме отмечается очаг разрежения костной ткани у верхушки медиального корня с нечеткими границами.

4. Поставьте диагноз вместе с педагогом?
5. Наметьте план лечения вместе с педагогом?
6. Под каким обезболиванием можно удалить 6 зуб?

Ответ: 1. обострение хронического гранулирующего периодонтита.

2. удаление зуба.

3. мандибулярная и местная инфильтрационная анестезия или только торусальная.

2. Больной 28 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли в области 8 зуба, плохое и болезненное открывание рта: Объективно: Отмечается припухлость лимфатических узлов подчелюстной области слева. Рот открывается на 2,0 см болезненно. На рентгенограмме 8 по методу Юсупова 8 расположен горизонтально, вокруг костный карман.

5. Поставьте диагноз вместе с педагогом?
6. Наметьте план лечения вместе с педагогом?
7. Какой метод обезболивание проводите?
8. Можно ли провести мандибулярную анестезию с помощью пальпации?

Ответ: 1. затрудненное прорезывание 8-го зуба.

2. удаление зуба.

3. мандибулярная анестезия внеротовым способом с блокадой двигательных волокон нижнечелюстного нерва по Берше или Егорову.

4. невозможно из-за затрудненного открывания рта.

При осмотре хирургической стоматологической поликлиники было обнаружено, что она развернута в приспособленном помещении. Стены кабинетов покрыты на ½ длины обоями, вторая половина и потолок побелены, пол деревянный, потолок побелен, комната для стерилизации инструментов 5м², нет бактерицидной лампы.

1. Какие нарушения санитарных норм устройства поликлиники Вы обнаружили?
2. Как Вы бы организовали устройства кабинетов?

Ответ: 1. Стены кабинетов покрыты на ½ длины обоями, вторая половина и потолок побелены, пол деревянный, потолок побелен, комната для стерилизации инструментов 5м², нет бактерицидной лампы.

Стены кабинетов должны облицовываться на высоту не ниже 1.8 м. а в операционной – на всю высоту плитками из полихлорвинила, полиэстирола или глазурированной плиткой. Пол в кабинетах настилают рулонным поливинилхлоридным материалом (линолеумом) или покрывают керамической плиткой, а в операционной — полимерцементной мастикой или керамической плиткой. Потолки операционной, предоперационной и стерилизационной должны быть окрашены водоземлюсионными, масляными или клеевыми красками, двери в окна — глифталевыми эмалями и масляной краской. Дверные и оконные проемы должны быть гладкими, легко поддающимися влажному протиранию. Необходимо наличие бактерицидных и ультрафиолетовых ламп. Стерилизационная – площадью не менее 8 м². Медицинская сестра перед началом операции накрыла стерильный стол, на котором большую часть стола отвела для материала, а меньшую -для инструментария.

1. Правильно ли накрыла стол медицинская сестра?
2. Как правильно надо накрыть стол?

Ответ: 1. неправильно.

большая часть отводится инструментарию, меньшая – материалу.

В стоматологической поликлинике выделено 3 штата хирурга-стоматолога. Работа хирургического кабинета, где развернуто 2 кресла, организована в 2 смены. Учитывая большой поток больных в утренние часы в первой смене работают 2 врача высшей и первой

категории, одна мед. сестра и санитарка, во второй смене поток больных меньше и работает один врач, закончивший клиническую ординатуру год назад, одна мед. сестра без санитарки.

1. Правильно ли организована расстановка мед. персонала по сменам работы?
2. Выдержано ли штатное расписание, предусмотренное приказом Минздрава?

Ответ: 1. неправильно.

2. Штат медицинских сестер устанавливается из расчета одна должность медицинской сестры на каждую должность врача-хирурга. Штат санитарок устанавливается из расчета одна должность на каждую должность врача.

При осмотре хирургической стоматологической поликлиники было обнаружено, что она развернута в приспособленном помещении. Стены кабинетов покрыты на ½ длины обоями, вторая половина и потолок побелены, пол деревянный, потолок побелен, комната для стерилизации инструментов 5м², нет бактерицидной лампы.

1. Какие нарушения санитарных норм устройства поликлиники Вы обнаружили?
2. Как Вы бы организовали устройства кабинетов?

Ответ: 1. Стены кабинетов покрыты на ½ длины обоями, вторая половина и потолок побелены, пол деревянный, потолок побелен, комната для стерилизации инструментов 5м², нет бактерицидной лампы.

Стены кабинетов должны облицовываться на высоту не ниже 1.8 м. а в операционной – на всю высоту плитками из полихлорвинила, полиэтирола или глазурованной плиткой. Пол в кабинетах настилают рулонным поливинилхлоридным материалом (линолеумом) или покрывают керамической плиткой, а в операционной — полимерцементной мастикой или керамической плиткой.

Потолки операционной, предоперационной и стерилизационной должны быть окрашены вододисперсионными, масляными или клеевыми красками, двери в окна — глифталевыми эмалями и масляной краской. Дверные и оконные проемы должны быть гладкими, легко поддающимися влажному протиранию. Необходимо наличие бактерицидных и ультрафиолетовых ламп. Стерилизационная – площадью не менее 8 м².

Медицинская сестра перед началом операции накрыла стерильный стол, на котором большую часть стола отвела для материала, а меньшую -для инструментария.

1. Правильно ли накрыла стол медицинская сестра?
2. Как правильно надо накрыть стол?

Ответ: 1. неправильно.

2. большая часть отводится инструментария, меньшая – материалу.

В стоматологической поликлинике выделено 3 штата хирурга-стоматолога. Работа хирургического кабинета, где развернуто 2 кресла, организована в 2 смены. Учитывая большой поток больных в утренние часы в первой смене работают 2 врача высшей и первой категории, одна мед. сестра и санитарка, во второй смене поток больных меньше и работает один врач, закончивший клиническую ординатуру год назад, одна мед. сестра без санитарки.

1. Правильно ли организована расстановка мед. персонала по сменам работы?
2. Выдержано ли штатное расписание, предусмотренное приказом Минздрава?

Ответ: 1. неправильно.

2. Штат медицинских сестер устанавливается из расчета одна должность медицинской сестры на каждую должность врача-хирурга. Штат санитарок устанавливается из расчета одна должность на каждую должность врача.

Больная 34 лет была госпитализирована в клинику хирургической стоматологии с диагнозом «Перелом нижней челюсти в области угла слева». Открывание рта затруднено. Было решено провести шинирование челюстей под стволочной анестезией.

7. Какой способ стволочной анестезии вы выберете?
8. Опишите последовательность проведения выбранной вами стволочной анестезии.

Больной 28 лет был госпитализирован в клинику хирургической стоматологии с диагнозом «Опухоль нижней челюсти в области тела и ветви справа». Больному запланировано

проведение расширенной биопсии. Со стороны внутренних органов – у больного – постинфарктный период (4 мес).

9. Наметьте план лечения вместе с педагогом?
10. Какой метод обезболивания проведете?
11. Опишите последовательность проведения выбранной вами анестезии.

Больная 36 лет, в удовлетворительном состоянии, обратилась в поликлинику с жалобами на постоянные ноющие боли в 6-м нижнем зубе справа, общую слабость.

Объективно: кожные покровы чистые, температура тела при поступлении 36,7 градусов. 6-й зуб имеет кариозное разрушение, перкуссия болезненна, при пальпации подвижность I-й степени.

Врач поставил диагноз и решил под местной анестезией провести удаление 6-го зуба. При проведении анестезии больная почувствовала головокружение, звон в ушах, тошноту. Кожные покровы стали бледные, влажные. Зрачки расширились. Пульс слабый, частый, артериальное давление низкое. Дыхание поверхностное, редкое. Наступила потеря сознания.

1. О развитии, какого общего осложнения идет речь.
2. Первая помощь.

Ответ: Обморок. Больной следует придать горизонтальное положение, обеспечить приток свежего воздуха. Дать вдыхать пары нашатырного спирта. Необходимо ввести сосудистые средства и дыхательные analeптики (кордиамин, кофеин, эфедрин) внутримышечно в терапевтических дозировках.

Больной 18 лет, обратился с жалобами на боли в области 5 верхнего зуба слева. При объективном осмотре выяснилось, что данный зуб подлежит удалению.

Врач провел небную анестезию слева 2% лидокаином в количестве 1 мл. У больного после проведенной манипуляции отмечаются вялость, апатия, головокружение. Кожные покровы бледные, холодные, влажные на ощупь. Пульс частый, нитевидный, плохого наполнения. Артериальное давление низкое, дыхание поверхностное. Но сознание сохранено.

1. О развитии, какого общего осложнения идет речь.
2. Первая помощь.

Ответ: коллапс. Больного необходимо перевести в горизонтальное положение или положение Тренделенбурга. Внутривенно следует ввести 20—60 мл 40 % раствора глюкозы с 2—5 мл 5 % раствора аскорбиновой кислоты, 2—3 мл кордиамина, 1—2 мл 10 % раствора кофеина. Внутримышечно можно медленно ввести 1 мл 0,1 % раствора стрихнина. Показано введение 10 % раствора хлорида кальция (10 мл). При неэффективности проводимой терапии можно ввести 0,3—0,5 мл 5 % раствора эфедрина или 1 % раствора мезатона в 20 мл 40 % раствора глюкозы.

1. Больному, 33 лет, проводилось удаление 7 нижнего зуба по поводу хронического периодонтита. Сразу после инфильтрационной анестезии образовалась гематома с вестибулярной стороны нижнего отдела щечной области слева, диаметром 4,0- 5,0 см. Удаление зуба проведено без особых технических осложнений, но гематома осталась.

1. Каковы возможные причины осложнения?
2. Лечение данного осложнения?

Ответ: 1. повреждение кровеносных сосудов. Во время проведения анестезии следовало провести аспирационную пробу.

2. наложение давящей повязки, местно - холод.

На прием явился пациент 43 лет, с жалобами на онемение нижней губы справа. Из анамнеза выявлено, что 20 дней назад ему был удален 6 нижний зуб по поводу хронического периодонтита. После чего болела вся правая половина нижней челюсти, затем боли стихли, лунка зажила. Постепенно стало нарастать онемение губы, особенно кожи, которое не проходит до настоящего времени. Из опроса выявлено, что во время обезболивания для удаления зуба больной почувствовал резкий, короткий «болевого удар» в нижнюю челюсть справа. Удаление зуба было безболезненным и без затруднений.

1. В чем причина онемения нижней губы?
2. Какая анестезия могла привести к данному осложнению?
3. Наметьте план лечения осложнения?

Ответ: 1. вовлечение в процесс n. mentalis.

2. мандибулярная.

3. противовоспалительная терапия и физиотерапия.

Больной 42 лет обратился в поликлинику с жалобами на резкие приступообразные самопроизвольные боли в области 5 верхнего зуба справа. Из анамнеза: зуб беспокоит в течение последних 3 дней, больной не может спать. При осмотре отмечается глубокая кариозная полость в данном зубе, заполненная большим количеством размягченного дентина. Зондирование резко болезненно, перкуссия отрицательная. Терапевт-стоматолог принял решение произвести витальную экстирпацию данного зуба.

1. Какую анестезию необходимо провести перед лечением этого зуба?
 2. Развитие, каких осложнений возможно при проведении данного вида анестезии?
- Ответ: 1. инфраорбитальная и местная инфильтрационная.
2. гематома, диплопия, неврит.

В поликлинику обратился больной 20 лет после боксерской тренировки с жалобами на невозможность закрыть рот, нарушение речи, формы лица после удара. С момента травмы прошло 4 часа. При осмотре рот у больного открыт, при пальпации в пред ушной области с обеих сторон пальпируются суставные головки суставные головки нижней челюсти. Больному поставлен диагноз «Двусторонний вывих нижней челюсти». Со слов больного, у него аллергия на все виды местных анестетиков.

1. Какой вид общего обезболивания следует применить в данном случае?
2. Какие препараты используют при внутривенном наркозе?
3. Как подготовить больного к наркозу?

Ситуационная задача 2.

Больной 40 лет доставлен в стационар из психиатрического диспансера с диагнозом «Перелом тела нижней челюсти на уровне нижнего левого пятого зуба без смещения» из психиатрического диспансера. Больному решено наложить шины Тигерштедта. Попытка сделать проводниковую анестезию у больного не удалась из-за неадекватного поведения.

1. Какой вид общего обезболивания следует применить?
2. Какие препараты можно использовать для наркоза?
3. Перечислите показания для наркоза в данном случае?
4. Подготовка больного к наркозу?

Больной 22 лет обратился в поликлинику с жалобами на неприятный запах изо рта и периодически возникающую припухлость, и боль с области нижней челюсти справа в области 8 зуба. В анамнезе-дважды в поликлинике проведено иссечение капюшона. Три дня тому назад после простуды вновь появилась боль и припухлость. При осмотре область 8 зуба отечна, гиперемирована, рот открывается, ограничено, над коронкой зуба - слизистая отечна из-под нее выделяется гной. На рентгенограмме в области дистального края зуба костный карман.

- 1) Какие показания для удаления зуба имеются в данном клиническом случае?
- 2) Какой вид обезболивания необходимо выполнить?
- 3) Как необходимо подготовить операционное поле и руки хирурга в данном случае?

Больная 52 лет обратилась с жалобами на боли в области верхнего левого 6 зуба. Из анамнеза выяснено, что зуб был лечен около 10 лет назад. Вышеперечисленные жалобы появились после переохлаждения больной. В настоящее время у больной отмечается повышение артериального давления. При осмотре зуб розового цвета, под пломбой, перкуссия положительная. Рентген: тень пломбировочного материала в небном канале, в медиальном канале тень инородного тела. У верхушки медиального щечного корня зуба - разрезание костной ткани 0,3 x 0,2 см.

- 1) Какие показания для удаления зуба имеются в данном клиническом случае?
- 2) Какой вид обезболивания необходимо выполнить?
- 3) Как необходимо подготовить операционное поле и руки хирурга в данном случае?

Женщина 60 лет обратилась к Вам в связи с тем, что ее беспокоят подвижность верхних 6,7 зубов слева и боли при приеме пищи в этих зубах, а также на отсутствие остальных зубов на верхней и нижней челюсти. При осмотре определяются отечные десневые сосочки в области

6,7 зубов, десна цианотич-на, кровоточит, изо рта неприятный запах. Подвижность зубов III-IV степени, атрофия альвеолярного отростка и патологические зубодесневые карманы.

1. Как хирург должен поступить с больной.
2. Как следует проводить лечение?
3. Определите вид обезболивания.

На прием к хирургу-стоматологу пришел больной 48 лет с жалобами на бол ноющего характера в области верхнего левого 2 зуба, периодически усили-вающиеся. При осмотре отмечается легкая гиперемия и отечность слизистой на уровне корня данного зуба, в этом участке имеется свищевой ход. На рентгенограмме в области корня имеется большой очаг разрежения костной ткани.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Определите вид лечения.

Тесты:

1. Для инфильтрационной анестезии зубов применяется:
 - А. 0.25% раствор новокаина
 - Б. 0.5% раствор новокаина
 - В. 1-2% раствор новокаина
 - Г. 3% раствор новокаина
 - Д. 3% раствор дикаина
2. Что относится к неинъекционной местной анестезии?
 - А. инфильтрационный
 - Б. проводниковый
 - В. аппликационный
 - Г. безыгольный способ
 - Д. нейрелептаналгезия
3. Больному необходимо удалить 3,4 зубы верхней челюсти слева по поводу хронического периодонтита. Какие способы местного обезболивания Вы используете?
 - А. супраорбитальную, инфраорбитальную
 - Б. инфраорбитальную, инфильтрационную
 - В. инфильтрационную, мандибулярную
 - Г. аппликационную, торусальную
 - Д. туберальную, аппликационную
4. Высшая разовая доза введения новокаина при проводниковой анестезии.
 - А. 150 мл – 1% раствора и 30 мл -2%
 - Б. 100 мл – 1% , 30 мл – 2 %
 - В. 100 мл – 1 % , 60 мл – 2%
 - Г. 200 мл – 1% , 20 мл – 2 %
 - Д. 150 мл – 1 % р-ра , 20 мл 2%
5. Максимальная доза 2 % лидокаина.
 - А. 100 мл
 - Б. 50 мл
 - В. 150 мл
 - Г. 30 мл
 - Д. 75 мл

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. При торусальной анестезии происходит блокада нервов:
 - А. язычного
 - Б. щечного
 - В. нижнелуночкового
 - Г. подбородочного

Д. двигательных волокон тройничного нерва.

1. АБВ 2. БВГ 3. ДГВ 4. АБГ 5. ДАБ

2. Противопоказания к местному обезболиванию.

А. лабильность или неполноценность психики больного

Б. непереносимость местных анестетиков

В. длительная и травматическая операция

Г. пожилой и старческий возраст

Д. сопутствующие дыхательная и сердечно – сосудистая недостаточность

1. ГД 2. ВГД 3. АБВ 4. ВГ 5. ГДА

3. Укажите препараты, пролонгирующие действие местных анестетиков

А. адреналин

Б. фелепрессин

В. димедрол

Г. седуксин

Д. норадреналин

1. ВД 2.АБД 3.ВГ 4.БВ 5.АД

4. Установите соответствие вида местного обезбоживания и способа.

1. инъекционный А. проводниковая

2. неинъекционный Б. аппликационная

В. инфильтрационная

Г. замораживание

Д. введение анестетика с помощью электрофореза.

5. Для инфильтрационной анестезии зубов применяются

А. 1-2% раствор новокаина

Б. 0,25% раствор новокаина

В. 0,5% раствор новокаина

Г. 3% раствор кокаина

Д. 3% раствор дикаина

1. Ствол тройничного нерва содержит волокна:

Л. все перечисленные

М. чувствительные

Н. двигательные

О. симпатические

П. парасимпатические

2. Нижняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва:

Л. III

М. II

Н. I

О. I, II

П. I, II, III

3. Сколько в области лица по ходу ветвей тройничного нерва располагается вегетативных нервных узлов:

Е. 5

Ж. 3

З. 4

И. 7

К. 1

4. Зоной иннервации небного нерва является слизистая на уровне:

Е. моляров, премоляров и до середины клыка

- Ж. верхних премоляров
 - З. премоляров и моляров
 - И. всех (первых) верхних зубов с одной стороны
 - К. только уровень моляров верхней челюсти
5. Зоной иннервации щечного нерва является слизистая щеки до уровня
- Е. границы между 5 и 7 нижними зубами
 - Ж. клыка
 - З. границы между 4 и 5 нижними зубами
 - И. премоляров включительно
 - К. центральной линии

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Средняя верхняя альвеолярная ветвь иннервирует
 - Е. малые коренные зубы и слизистую с вестибулярной стороны этих зубов
 - Ж. большие и малые коренные зубы
 - З. малые коренные зубы
 - И. большие коренные зубы и слизистую с вестибулярной стороны
 - К. малые и большие коренные зубы.
2. Подглазничный нерв проникает в глазницу через:
 - Е. нижнеглазничную щель
 - Ж. верхнеглазничную щель
 - З. скулоглазничное отверстие
 - И. подглазничное отверстие
 - К. надглазничное отверстие
3. Двигательные волокна малого небного нерва иннервируют мышцы:
 - Е. поднимающую мягкое неба
 - Ж. челюстно-подъязычную
 - З. двубрюшную
 - И. натягивающую мягкое небо
 - К. напрягающую барабанную перепонку
1. Ствол тройничного нерва содержит волокна:
 - Р. все перечисленные
 - С. чувствительные
 - Т. двигательные
 - У. симпатические
 - Ф. парасимпатические
2. Нижняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва:
 - Р. III
 - С. II
 - Т. I
 - У. I, II
 - Ф. I, II, III
3. При проведении мандибулярной анестезии иглу продвигают до:
 - Е. костного желобка
 - Ж. язычка нижней челюсти
 - З. височного гребня
 - И. возвышение нижней челюсти
 - К. нижнечелюстное отверстие

4. Укажите зону обезболивания при проведении подбородочной анестезии:
- Е. резцы, клыки, премоляры и их слизистая только с вестибулярной стороны
 - Ж. резцы, клыки, премоляры с обеих сторон
 - З. резцы, клыки, премоляры и их слизистая с обеих сторон
 - И. резцы, клыки, премоляры и их слизистая только язычной стороны
 - К. резцы, клыки, премоляры и их слизистая с губной и щечной стороны.

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. При какой анестезии может наблюдаться парез мимических мышц:
- Е. мандибулярной анестезии
 - Ж. палатинальной
 - З. туберальной
 - И. резцовой
 - К. инфильтрационной
2. При анестезии какой нерв может быть поврежден вместе с протоком подчелюстной слюнной железы:
- Е. язычный
 - Ж. подъязычный
 - З. челюстно-подъязычной
 - И. языкоглоточный
 - К. нижний луночковый
3. Место вкола иглы при мандибулярной анестезии:
- Е. на 0,75-1 см выше жевательной поверхности 3 большого коренного зуба нижней челюсти
 - Ж. на уровне смыкания зубов
 - З. на 1 см ниже жевательной поверхности 3 большого коренного зуба
 - И. на уровне выводного протока околоушной железы
 - К. на 1,5 см выше жевательного коренного зуба
4. Место вкола игла при торусальной анестезии:
- Е. на 0,5 см ниже жевательной поверхности третьего большого коренного зуба верхней челюсти
 - Ж. на 1 см выше жевательной поверхности третьего большого коренного зуба
 - З. на уровне смыкания зубов
 - И. на 1,5 см выше жевательной поверхности третьего большого коренного зуба верхней челюсти
 - К. на уровне выводного протока околоушной слюнной железы
5. В какую область вводят анестезию при обезболивании по М.И.Вайсблату:
- Е. нижнечелюстной валик
 - Ж. бугор верхней челюсти
 - З. позади молярная ямка
 - И. впереди от козелка уха на 2 см
 - К. наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости
1. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа через:
- Х. круглое отверстие;
 - Ц. овальное отверстие;
 - Ч. шило-сосцевидное отверстие.
2. Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через?
- А. овальное отверстие;
 - Б. круглое отверстие;
 - В. шило - сосцевидное отверстие.
3. От крылонёбного ганглия не отходит нерв:

- А. ушно- височный нерв
 - Б. глазничный нерв
 - В. носонёбный нерв
 - Г. большой нёбный нерв
 - Д. малый нёбный нерв
 - Е. нерв крылонёбного канала
4. При глазничном пути анестезии у овального отверстия игла продвигается на глубину:
- А. 2-2,5 см
 - Б. 0.5 см
 - В. 1-1.5 см
 - Г. 3-3,5 см.
5. Кто из авторов разработал все пути проведения анестезии у овального отверстия?:
- А. С.Н. Вайсблат:
 - Б. М.М. Вейсбрем
 - В. М. Д. Дубов
 - Г. В.М. Уваров
 - Д. А.Е. Верлоцкий
 - Е. П.М. Егоров

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Каковы осложнения при стволовой анестезии:
- Л. занесение инфекции к основанию черепа.
 - М. диплопия
 - Н. механическое повреждение отводящего и глазодвигательных нервов
 - О. временная потеря зрения
 - П. повреждение крыловидного венозного сплетения
 - Р. все ответы верны
2. Куда поворачивается кончик иглы при проведении анестезии у овального отверстия подскуловым путем?:
- А. кзади под углом 20°
 - Б. кпереди под углом 20°
 - В. книзу под углом 20°
 - Г. кверху под углом 20°
3. Место вкола иглы при подскуловом пути стволовой анестезии:
- Л. делают в место пересечения нижнего края скуловой кости с вертикальной линией, проведенной от наружного края глазницы
 - М. у нижнего края скуловой кости
 - Н. у верхнего края скуловой кости
 - О. посередине трагоорбитальной линии
 - П. на 2 см кпереди от козелка уха
4. Место вкола игла при орбитальном пути стволовой анестезии.
- Р. у верхней границы нижнелатерального угла глазницы
 - С. у верхнего края скуловой кости
 - Т. посередине трагоорбитальной линии
 - У. на 1,5 см выше жевательной поверхности третьего большого коренного зуба верхней челюсти
 - Ф. у внутреннего угла глаза
5. В какую область вводят анестезию при обезболивании по М.И.Вайсблату:
- Л. нижнечелюстной валик
 - М. бугор верхней челюсти
 - Н. позади молярная ямка

О. кпереди от козелка уха на 2 см

П. наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости

6. Какой препарат вводят для снятия возбуждения при тяжелой степени отравления новокаином:

А. 1 % 1-2 мл тиопентала натрия*

Б. 1 % димедрола 2 мл.

В. 50 % анальгин 4 мл.

Г. 0.101 % 1 мл адреналин

Д. 10 % 10 мл хлорид кальция

7. Анафилактический шок развивается у лиц:

А. перенесших аллергическую реакцию*

Б. с сердечно-сосудистыми заболеваниями

В. с заболеваниями ЖКТ

Г. с заболеваниями ЦНС

Д. с заболеваниями крови

8. Укажите дозу адреналина, используемую для пролонгирования анестезии:

А. 1:100000

Б. 1:10000

В. 1:1000

Г. 1:1000000

Д. 1:100*

9. Максимальная доза 2 % новокаина при проведении проводниковой анестезии:

А. 30 мл*

Б. 60 мл

В. 100 мл

Г. 40 мл

Д. 80 мл

10. Максимальная доза 2 % лидокаина:

А. 50 мл*

Б. 100 мл

В. 150 мл

Г. 30 мл

Д. 75 мл

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. При обмороке больному не следует:

А. придавать полугоризонтальное положение*

Б. обеспечить приток свежего воздуха

В. вдыхать пары нашатырного спирта

Г. обтереть полотенцем, смоченным холодной водой

Д. вводить дыхательные analeптики

2. Для обморока не характерно:

А. головокружение

Б. слабость

В. больной в сознание*

Г. понижение АД

Д. пульс слабый, частый

3. Для коллапса не характерно:

А. головокружение

Б. слабость

- В. больной без сознания*
- Г. понижение АД
- Д. пульс слабый, частый, нитевидный

4. Анафилактический шок не бывает:

- А. абдоминальный
- Б. кардиальный
- В. астмоидный
- Г. церебральный
- Д. сосудистый*

5. К общим осложнениям не относят:

- А. интоксикация
- Б. коллапс
- В. обморок
- Г. анафилактический шок
- Д. гематома*

1. Какое осложнение часто встречается при туберальной анестезии:

- Е. гематома
- Ж. повреждение глазного яблока
- З. некроз слизистой оболочки
- И. участки ишемии на лице
- К. неврит

2. При какой анестезии может наблюдаться парез мимических мышц:

- Е. мандибулярной анестезии
- Ж. палатинальной
- З. туберальной
- И. резцовой
- К. инфильтрационной

3. При анестезии, какой нерв может быть поврежден вместе с протоком подчелюстной слюнной железы:

- Е. язычный
- Ж. подъязычный
- З. челюстно-подъязычный
- И. языкоглоточный
- К. нижний луночковый

4. При попадании анестетика в глазницу может наступить:

- Е. диплопия
- Ж. слепота
- З. снижение остроты зрения
- И. нистагм
- К. нарушение движения глазного яблока

5. Что является непосредственным и более частым осложнением туберальной анестезии?

- Е. ранение подвисочного венозного сплетения
- Ж. анафилактический шок
- З. ранения верхнечелюстной артерии (гематома)
- И. повреждения верхнечелюстного нерва
- К. поломка инъекционной иглы

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. При каком виде анестезии, возможно, внести инфекцию к основанию черепа:

- Е. орбитальный путь стволовой анестезии

- Ж. инфраорбитальная
- З. мандибулярная
- И. подскуловой путь стволковой анестезии
- К. небная анестезия
- 1.АД 2. АГ 3. ВГ 4.АБ 5. ДБ

2. Установить соответствие вида анестезии и осложнений:

- 1. инфраорбитальная
- 2. мандибулярная
- 3. туберальная
- 4. резцовая
- Д. гематома
- Е. носовое кровотечение
- Ж. диплопия
- З. поломка иглы
- 1. В 2. Г 3. А 4. Б

3. Какое осложнение не бывает при проведении мандибулярной анестезии:

- Е. парез мимических мышц
- Ж. диплопия
- З. неврит
- И. носовое кровотечение
- К. зоны ишемии на коже нижней губы и подбородка
- 1. БГ, 2. АВ, 3. ГД, 4. АБВ, 5. ВГ

4. Какие осложнения не характерны для палатинальной анестезии:

- Е. болезненное глотание
- Ж. тошнота
- З. гематома
- И. чувство "инородного тела"
- К. рвота

5. Установить соответствие вида анестезии и осложнений:

- 1. инфраорбитальная
- 2. мандибулярная
- 3. палатинальная
- 4. резцовая
- Д. попадание в верхнечелюстную пазуху
- Е. некроз слизистой оболочки неба
- Ж. парез мимических мышц
- З. носовое кровотечение

3 Для ингаляционного наркоза используется:

- А. фторотан*
- Б. калипсол
- В. дроперидол
- Г. оксибутират натрия
- Д. кеталар

2. Для неингаляционного наркоза используется:

- А. гексенал*
- Б. эфир
- В. хлороформ
- Г. закись азота
- Д. фторотан

3. Наркоз в условиях поликлиники можно проводить:

- А. не ранее чем через 4-5 часа после еды*
- Б. не ранее чем через 2 часа после еды
- В. на сытый желудок
- Г. не ранее чем через 3 часа после еды
- Д. не ранее чем через 1 часа после еды.

4. В условиях поликлиники продолжительность посленаркозного периода составляет:

- А. 20-30 минут
- Б. 30-40 минут
- В. 2 часа
- Г. 1 час-1 час 30 минут *
- Д. 10 минут

5. Через какой промежуток времени после еды возможно проведение наркоза:

- А. 4-5 часов *
- Б. 1-2 часа
- В. 30-40 минут
- Г. 3 часа
- Д. 20-30 минут

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Для ингаляционного наркоза не используется:

- А. все верно*
- Б. калипсол
- В. дроперидол
- Г. оксибутират натрия
- Д. тазепам

2. Для неингаляционного наркоза не используется:

- А. все верно*
- Б. эфир
- В. хлороформ
- Г. закись азота
- Д. фторотан

3. Что не является показанием для проведения наркоза:

- А. выраженная анемия*
- Б. лабильность психики
- В. аллергия на местный анестетик
- Г. неэффективность местной анестезии
- Д. травматичность вмешательства

4. Что не является противопоказанием к наркозу:

- А. выраженная анемия
- Б. пневмония
- В. сердечно-сосудистая недостаточность в стадии декомпенсации
- Г. полный желудок
- Д. травматичность вмешательства*

5. Что не является показанием для проведения наркоза:

- А. острое алкогольное опьянение*
- Б. неэффективность местной анестезии
- В. аллергия на местный анестетик
- Г. лабильность психики
- Д. оперативные вмешательства у детей

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Для удаления зубов и корней верхней челюсти не применяются:
 - А. клювовидные изогнутые по ребру
 - Б. S-образные щипцы
 - В. прямые щипцы
 - Г. штыковидные щипцы
 - Д. элеваторы
2. Для удаления каких зубов предназначены S-образные щипцы с шипиком справа:
 - А. верхних левых 6 и 7
 - Б. верхнего левого 8-го
 - В. верхних правых 6 и 7
 - Г. верхнего правого 8-го
 - Д. верхних левых 6,7,8
3. Для удаления каких зубов предназначены S-образные щипцы, щечки которых заканчиваются полукругом:
 - А. верхних моляров
 - Б. верхних фронтальных зубов
 - В. верхних левых 1-го и 2-го
 - Г. верхних левых 6-го и 7-го
 - Д. верхнего левого 8-го
4. Инструмент, используемый для удаления 8 зуба верхней челюсти:
 - А. специальные щипцы для удаления верхнего 8-го
 - Б. элеватор «на себя»
 - В. элеватор «от себя»
 - Г. S-образные с шипиком справа
 - Д. S-образные с шипиком слева
5. Первое вывихивающее движение при удалении верхних 6 зубов производят:
 - А. внутрь
 - Б. наружу
 - В. вокруг оси
 - Г. дистально
 - Д. вниз
6. Какие зубы на верхней челюсти удаляют при помощи ротационных движений:
 - А. фронтальные зубы
 - Б. все премоляры
 - В. все моляры
 - Г. премоляры и моляры
 - Д. никакие

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Для удаления верхних центральных резцов применяют щипцы:
 - А. прямые
 - Б. байонетные
 - В. клювовидные
 - Г. S-образные
 - Д. изогнутые по плоскости
2. При удалении каких групп зубов имеется риск перфорации дна гайморовой пазухи:
 - А. 5,6,7
 - Б. 1,2
 - В. 2,3

- Г. 3,4
- Д. 7,8

3. Для удаления зубов и корней верхней челюсти не применяются:
- А. клювовидные изогнутые по ребру
 - Б. прямые щипцы
 - В. штыковидные щипцы
 - Г. элеваторы
 - Д. S-образные щипцы
4. Какие части различают в щипцах для удаления больших коренных зубов верхней челюсти:
- А. щеки
 - Б. замок
 - В. ручки
 - Г. переходная часть
 - Д. основной стержень
1. АВВ, 2. АВГ, 3. АБГ, 4. АДГ, 5. БВГ
11. Какими щипцами производят удаление 6.7 зубов нижней челюсти:
- А. клювовидными
 - Б. с шипиками на концах
 - В. со смыкающимися щеками
 - Г. штыковидными
 - Д. прямые щипцы
1. АБ, 2. АВ, 3. ВГ, 4. БВ, 5. БД

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Во время удаления правых малых и больших коренных зубов нижней челюсти врач находится:
- Е. справа и несколько кзади от больного
 - Ж. справа и спереди от больного
 - З. справа от больного
 - И. слева от больного
 - К. слева и несколько кзади от больного
2. При удалении нижних 6-х необходимо провести обезболивание:
- Е. мандибулярное
 - Ж. местная инфильтрация
 - З. ментальное
 - И. инфраорбитальное
 - К. туберальное
3. При удалении нижних моляров используют щипцы:
- Е. клювовидные с шипами на щеках
 - Ж. клювовидные с несходящимися щеками
 - З. клювовидные со сходящимися щеками
 - И. изогнутые по плоскости
 - К. прямые
4. Какими щипцами производят удаление 6,7 х зубов нижней челюсти:
- Е. клювовидными
 - Ж. клювовидными на концах
 - З. со смыкающимися щеками
 - И. штыковидными
 - К. S-образными

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Для удаления нижних 6,7-х зубов применяют щипцы:
 - Е. S- образные с шипиками
 - Ж. клювовидными на концах
 - З. со смыкающимися щечками
 - И. штыковидными
 - К. S- образные
2. Для удаления нижних центральных резцов используют:
 - Е. клювовидные щипцы со смыкающимися щечками
 - Ж. клювовидные щипцы с несмыкающимися щечками
 - З. клювовидные щипцы с шипиками справа
 - И. S- образные щипцы
 - К. элеватор
3. Для удаления корней нижних центральных резцов используют:
 - Е. клювовидные щипцы со смыкающимися щечками
 - Ж. клювовидные щипцы с несмыкающимися щечками
 - З. клювовидные щипцы с шипиками справа
 - И. S- образные щипцы
 - К. элеватор
4. Нижние 8 зубы удаляют щипцами:
 - Е. клювовидные изогнутые по плоскости
 - Ж. клювовидные изогнутые по ребру
 - З. клювовидные со сходящимися щечками
 - И. штыковидными
 - К. S- образными
5. Во время удаления правых малых и больших коренных зубов нижней челюсти врач находится:
 - Е. справа и несколько сзади от больного
 - Ж. справа и спереди от больного
 - З. справа от больного
 - И. слева от больного
 - К. слева и несколько сзади от больного

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Виды элеваторов:
 - Л. правый, левый, прямой
 - М. изогнутый по плоскости
 - Н. изогнутый по ребру
 - О. двусторонний
 - П. для верхней и нижней челюсти
2. Для приготовления йодоформного тампона используют:
 - Л. йодоформный спирт, эфир, глицерин
 - М. йод, фурацилин
 - Н. фурацилин, йод
 - О. физиологический раствор, глицерин
 - П. нет правильного ответа
3. Инструмент, используемый для вывихивания корней зубов из лунки:
 - Л. элеватор
 - М. экскаватор
 - Н. долото
 - О. распатор
 - П. щипцы

4. Укажите случаи, при которых для удаления зуба используют бормашину:
- И. ретенция клыка
 - К. горизонтальное расположение нижнего третьего моляра
 - Л. глубокая фрактура корня
 - М. все ответы верны

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Когда применяют элеватор для удаления зубов:
- Л. при расположении корня в глубине лунки
 - М. при удалении верхних резцов
 - Н. при удалении нижнего клыка
 - О. при удалении нижних резцов
 - П. при удалении верхних премоляров
2. Штыковидный элеватор Леклюза применяют при удалении:
- Л. нижнего 3-его моляра
 - М. клыков нижней челюсти
 - Н. резцов верхней челюсти
 - О. корней зубов
 - П. для всех зубов нижней челюсти
3. Инструмент,используемый при удалении дистопированного нижнего 8 зуба:
- Л. прямой элеватор
 - М. S-образные с шипиком слева
 - Н. S- образные с шипиком справа
 - О. клювовидные сходящиеся
 - П. прямые щипцы
4. Инструменты,не используемые при вывихивании корней зубов из лунок:
- Л. все верно
 - М. экскаватор
 - Н. долото
 - О. распатор
 - П. щипцы
5. Определите, каким инструментом лучше пользоваться при данной ситуации:
- Л. горизонтальное расположение зуба
 - М. отлом коронки зуба
 - Н. глубокая фрактура корня
 - О. гиперцементоз
 - П. полуретенция зуба

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Через сколько дней может появиться после операционная боль к области лунки удаленного зуба:
- А. 1-3 дня
 - Б. 4-5 дня
 - В. 6-7 дня
 - Г. 8-10 дней
 - Д. 3-4 часов
2. При луночковом кровотечении тампон удаляют через:

- А. 5-6 дней
 - Б. 2-3 дня
 - В. 6-8 часов
 - Г. 24- 48 часов
 - Д. нет правильного ответа
3. Ограниченный остеомиелит лунки возникает после удаления зуба через:
- А. 2 недели
 - Б. 3 дня
 - В. в день удаления
 - Г. 1 месяц
 - Д. 2 месяца
4. Что относится к поздним осложнениям при удалении зубов:
- А. альвеолит
 - Б. перелом коронки
 - В. перелом челюсти
 - Г. неврит
 - Д. шок

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Какое заболевание способствует кровотечению из лунки удаленного зуба:
- А. гипертоническая болезнь
 - Б. гемофилия
 - В. лейкоз
 - Г. геморрагический диатез
 - Д. все верно
2. Поздним осложнением после удаления зуба является:
- А. перелом коронки зуба
 - Б. альвеолит лунки
 - В. вывих соседнего зуба
 - Г. остеомиелит лунки
 - Д. пародонтоз
1. БГ, 2. БД, 3. АД, 4. ЛВ, 5. ВД
3. Чем может осложниться альвеолит:
- А. остеомиелит лунки
 - Б. гайморит
 - В. артрит
 - Г. отит
 - Д. стоматит
4. При каких местных отдаленных осложнениях проводят альвеолэктомию:
- А. острые края альвеолы
 - Б. обнажение участка альвеолы
 - В. остеомиелит лунки
 - Г. кровотечение из лунки
 - Д. альвеолит
5. Какие методы лечения применяют при альвеолите:
- А. антисептическая обработка лунки
 - Б. ушивание лунки
 - В. антисептическая повязка
 - Г. альвеолэктомию

Д. новокаиновые блокады

6. Поздним осложнением после удаления зубов является:

- А. остеомиелит лунки
- Б. альвеолит
- В. вывих соседнего зуба
- Г. перемещение корней зуба
- Д. пародонтоз

СПИСОК КНИГ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009

2. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии - Ташкент, 2009

3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - Москва: Медицина, 1990.

Дополнительная литература:

1. Дэвид А. Митчелл, Анастасиос Н. Канатас. Введение в хирургию устного и челюстно-лицевого хирургов - 2015 (переведено на русский язык кафедрой). Принципы перфориральной и челюстно-лицевой хирургии-2004.

2. Нелима Анил Малик, учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии-2008

4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». М.: «Медицина», 2000.

5. Безруков В.М., Робустова Т.Г. - Хирург лучевой терапии и химиотерапии при Руководстве по хирургической стоматологии. - Москва: Медицина, 2000, стр. 1.

6. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. «Сепсис». Медицина, 1983.

7. Вязьмитина А.В., Использованиеевич Т.Л. «Хирургическая стоматология»: практика. Phenix. 2006.

8. Жилонов А.А. Абдуллаев Ш.Ю. Кудратов Ш. Садыкова Х.К. «Операция лица и челюсти» Т., 2016.

9. Рабухина Н.А. «Радиодиагностические методы диагностики некоторых заболеваний челюстно-лицевой области». М.: «Медицина», 1990.

10. Робустова Т.Г., Ромачева И.Ф., Карапетян И.С. «Хирургическая стоматология». М.: «Медика», 1996.

11. Сабо Е. «Хирургия на амбулаторной зубов и полости рта». Академия наук Венгрия, Будапешт. 1977.

12. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой и шеи». М.: «Медицина», 2001.

13. Шаргородский А.Г. «Руководство по практическим занятиям по хирургической стоматологии». М.: «Медицина», 1976.

14. Письменные тексты.

ГЛОССАРИЙ

АБСЦЕСС (abscessus). Гнойная хирургическая инфекция. Абсцесс в области лица возникает вследствие повреждения или воспаления кожи лица, слизистой оболочки полости рта, губ, носа, век. Сформировавшийся абсцесс представляет взрывающийся, куполообразный, ярко гиперемизированный участок. Кожа над ним истончена.

АГЕНЕЗИЯ (agenesia). Врожденное отсутствие или недоразвитие органа, его части, части тела. Например, отсутствие (рентгеновский контроль) боковых зубов и третьих моляров.

АГНАТИЯ (agnathia). Врожденное отсутствие верхней или нижней челюсти, очень редкая аномалия.

АДЕНОФЛЕГМОНА - разлитое гнойное воспаление клетчатки, возникающее в результате распространения инфекции по протяжении из пораженного лимфатического узла. Адентия - уменьшение общего числа зубов

АДЕНТИЯ (полная)- полное отсутствие зубов на какой либо из челюстей

АДЕНТИЯ (частичная)- частичное отсутствие зубов

АКТИНОМИКОЗ - хроническое специфическое воспалительное заболевание с поражением различных тканевых структур и органов, характеризующееся волнообразным длительным течением.

АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИЯ - пересадка удаленного зуба от одного человека другому при наличии банка зубов, прошедших специальную обработку и хранящихся в консервантах.

АЛЬВЕЛОТОМИЯ - рассечение стенки альвеолы зуба.

АЛЬВЕОЛА - лунка в альвеолярном отростке челюсти, в которой находится зуб.

АЛЬВЕОЛИТ (луночковые боли) - воспаление лунки удаленного зуба. Является осложнением операции удаления зуба. Возникает чаще всего при осложненном удалении. Причина возникновения - отсутствие сформированного кровяного сгустка в лунке, из-за чего нарушаются нормальные процессы ее заживления.

АЛЬВЕОЛЯРНЫЙ ОТРОСТОК - часть кости челюсти, в которой расположен зуб (дугобразно изогнутый костный гребень, являющийся продолжением тела верхней челюсти книзу и нижней челюсти кверху)

АЛЬВЕОЭКТОМИЯ - удаление краев альвеолы зуба и участков межальвеолярных перегородок.

АНКИЛОЗ - анкилозы височно-нижнечелюстного сустава характеризуются частичной или полной неподвижностью нижней челюсти, обусловленной патологическими изменениями в суставе.

Артрит височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) - это воспалительное или воспалительно-дистрофическое заболевание сустава.

АРТРОЗ височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)- дегенеративное поражение височно-нижнечелюстного сустава.

АСФИКСИЯ - возникает при травмах лицевой части головы, огнестрельных ранениях, гнойно-воспалительных заболеваниях (абсцессы, флегмоны, глосситы, ангина Людвига), в процессе наркоза и оперативных вмешательствах.

АТЕРОМА - киста сальной железы, возникающая в результате затруднения выведения содержимого через проток железы.

АФТОЗНЫЙ СТОМАТИТ - хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта, характеризующиеся возникновением **афт**, протекающее с периодическими обострениями и ремиссиями.

БАНДАЖ. Перевязка, повязка, шина, аппарат.

БЕХЧЕГА синдром. Хроническая болезнь, предположительно вирусной этиологии, характеризующаяся афтозно-язвенными изменениями слизистой оболочки полости рта, половых органов, воспалительными поражениями глаз, рецидивирующим течением.

БИОПСИЯ (biopsia). Прижизненное иссечение частей тканей для микроскопического исследования.

БИФУРКАЦИЯ (bifurcatio). Разделение на две части, относится к трахее и корням зубов.

БЛОКАДА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (англ. blockade - преграждение, задерживание) - частичное или полное ограничение ее перемещений. Причинами являются: окклюзионные нарушения в результате деформаций зубных рядов, глубокого прикуса, ущемление суставного диска при дисфункции латеральных крыловидных мышц; остеоартрозах и анкилозах височно-

нижнечелюстного сустава, контрактурах, рубцовых изменениях кожи и слизистой оболочки после травмы, ожогов.

БОЛЕЗНЬ Миккулича. Заболевание, которое характеризуется увеличением слюнных и слезных желез. Увеличиваются в объеме как большие (околоушные, подчелюстные, подъязычные), так и малые (губные, щечные, небные и - язычные) слюнные железы. Заболевание протекает длительно. По мере увеличения слюнных желез нарастает сухость во рту, слезных - сухость в области конъюнктивы.

БОЛЕЗНЬ прорезывания зубов. Прорезывание третьих моляров, особенно нижних, нередко осложняется развитием инфекционно-воспалительного процесса в тканях десны, нависающих над коронкой зуба

БОЛЕЗНЬ слюннокаменная. Образование камней в слюнной железе.

БОЛЬ постэкстракционная - боль после удаления зуба, связанная с попаданием инфекции в лунку (пустая лунка), образованием костного секвестра, отломом острого края стенки альвеолы, а также с травмой слизистой оболочки полости рта краями некорректированного протеза.

БОРОЗДА (ЩЕЛЬ) ДЕСНЕВАЯ - узкое щелевидное пространство между зубом и десной, располагающееся от края свободной десны до эпителия прикрепления. Глубина десневой борозды составляет 0,5 - 3 мм.

БОРОЗДА ПОДБОРОДОЧНО - ГУБНАЯ – являясь нижней границей нижней губы, отделяет последнюю от подбородочного выступа.

БРУКСИЗМ (bruxismus). Зубной скрежет, хруст ночью; если эти явления возникают днем, то говорят о бруксизме.

БУГОР АЛЬВЕОЛЯРНЫЙ - парное дистальное окончание альвеолярного отростка верхней челюсти, расположенное в позадиомолярной области. Имеет значение как пункт анатомической ретенции при фиксации съемных протезов на верхней челюсти.

БУГОРОК СУСТАВНОЙ - выпуклое образование основания скулового отростка височной кости. Является передним ограничением суставной ямы. По его скату скользит суставной диск и головка нижней челюсти при открывании рта, выдвижении нижней челюсти вперед.

ВАНДЕРВУДА синдром. Симметрично расположенные слизистые кисты нижней губы; расщепление верхнего неба, иногда верхней губы.

ВЕНСАНА симптом. Анестезия или парестезия в области половины нижней губы и подбородка при воспалении, сдавлении или разрыве волокон нижнего альвеолярного нерва, обусловленных патологическим изменением тканей нижней челюсти.

ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКА - перераспределение мягких тканей, проводимое с целью углубления преддверия полости рта и расширения зоны прикрепленной десны.

ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ сустав (ВНЧС) (articulatio temporomandibularae). Состоит из суставных ямок (fossa mandibularis), расположенных на височных костях, и суставных головок нижней челюсти.

ВОЛДЫРЬ (urtica). Возникает на коже, если на ограниченном участке внезапно появляется отек (в результате воспаления), который поднимает поверхность. Волдырь бледный, выпячивающийся, окруженный гиперемизированной зоной. Это раннее иммунное поражение I типа, при котором немедленная положительная кожная проба проявляется в форме волдыря. В полости рта волдырь, как правило, не образуется. Отек Квинке на губах не является истинным волдырем.

ВЫВИХ ЗУБА - повреждение связочного аппарата зуба, приводящее к его смещению.

ГАЙМОРИТ (highmoritis). Воспаление верхнечелюстной пазухи (от фамилии английского анатома Highmore, впервые описавшего верхнечелюстную пазуху).

ГЕАНГИОМА (haemangioma). Доброкачественная опухоль, исходящая из кровеносных сосудов. При наличии гемангиомы полости рта протезирование противопоказано.

ГЕМАРТРОЗ (haemarthrosis). Кровоизлияние в полость сустава (например, височно-нижнечелюстного на почве травмы).

ГЕМОРАГИЯ (haemorrhagia). Кровотечение. Например, кровотечение из десен – геморрагический гингивит. Скопление крови, излившейся из сосудов, в тканях или полостях организма. В зависимости от величины делятся на петехии и экхимозы.

ГЕРЕНА симптом. Признак перелома верхней челюсти: при широком раскрытии рта и надавливании указательными пальцами на крючки крыловидных отростков основной кости возникают боли, распространяющиеся на всем протяжении поврежденной кости.

ГЛОССАЛЬГИЯ (glossalgia). Заболевание языка, сопровождающееся симптомами неврологического порядка - жжение, парестезии и т. д. Наблюдается также при снижении окклюзионной высоты.

ГРАНУЛЕМА (granuloma). Воспалительное разрастание тканей (например, зубного корня - апикальная).

ГРЕБЕНЬ “болтающийся”. Избыток слизистой оболочки альвеолярного отростка в виде подвижного гребня.

ДЕСНА (gingiva). Слизистая оболочка, покрывающая альвеолярный отросток и охватывающая шейки зубов в виде каймы, имеющей форму полулунной вырезки, заполняет промежуток между шейками двух соседних зубов и образует межзубный сосочек в форме треугольника с вершиной, направленной к контактным точкам.

ЗАКРЫТЫЙ КЮРЕТАЖ ЗУБО-ДЕСНЕВОГО КАРМАНА - удаление глуболежащего поддесневого зубного камня и воспаленной ткани в области зуба.

ЗУБ - вывих (dens luxatio). Различают неполный и полный. Этиология: травма. Основные признаки: вывих неполный - патологическая неподвижность при ротации, полный - после ушиба зуб полностью выведен из лунки и связь его с лункой нарушена. Лечение: при неполном вывихе - шинирование, при полном - реплантация - зуб и лунку нужно обработать антибиотиками, установить зуб в лунку и шинировать, предварительно удалив пульпу и запломбировав канал корня

ЗУБНОЙ мешочек. Образуется в эмбриональной стадии развития зуба. Появляется в виде уплотнения мезенхимы, охватывающей зачаток зуба. Ткань зубного мешочка сливается с мезенхимой зубного сосочка, у основания зубного зачатка, в других местах зубной мешочек тесно прилегает к наружной поверхности эмалевого органа.

ЗУБНОЙ сосочек. Образуется из мезенхимы, врастающей в углубления эмалевых органов, на 10-й неделе эмбриональной жизни. Очертания зубных сосочков соответствуют форме будущей коронки молочного зуба.

ИМПЛАНТАТ. Приспособление из каких-либо материалов, внедряемое в организм хирургическим путем для постоянного или временного выполнения различных функций. Зубной имплантат состоит из нескольких частей - вживляемой в кость челюсти или под десну, наддесневой части и супраконструкции (искусственный зуб, съёмный протез).

ИМПЛАНТАЦИЯ зубная (implantation). Операция создания дополнительной опоры при концевых или включенных дефектах зубных рядов путем использования специальных имплантатов различных видов, изготовленных из различных материалов.

КАРБУНКУЛ - острый гнойно-воспалительный процесс кожи и подкожножировой клетчатки, распространяющийся на несколько волосяных фолликулов, сальных желез.

Карман десневой (зубодесневой карман, пародонтальный карман) - пространство, образованное вследствие разрушения зубодесневого соединения и круговой связки зуба, а также резорбции костной ткани и стенок альвеол.

КВИНКЕ отек.

Этиология: конституциональные нарушения вазомоторной иннервации. В основе отека Квинке лежит повышение тонуса парасимпатической нервной системы, проявляющееся местным расширением капилляров и артериол с последующим увеличением их проницаемости. Возникает в сенсibilизированном организме под влиянием специфических аллергенов (продукты питания - яйцо, клубника и пр., цветы, животные) и неспецифических раздражителей (охлаждения, инфекции, интоксикации, психические и физические травмы).

Клиника: остро развивается отек кожи и подкожной клетчатки. Наиболее частая локализация отека - открытые участки тела - лицо (губы, веки, щеки), руки. Наблюдаются отеки слизистых - глотки, гортани, желудка, проявляющиеся асфиксией, рвотой, поносами. Отечный участок возвышается над окружающей кожей. Отек плотный, при надавливании пальцами углубления не остается, ощущается напряжение и зуд. Длится от нескольких часов до нескольких дней, сопровождается плохим общим самочувствием. Исчезает отек бесследно. Болезнь Квинке в большинстве случаев проявляется в молодом возрасте и затем наблюдается в течение многих лет. Опасность для жизни представляют случаи, когда поражается гортань. Профилактика болезни Квинке состоит в том, чтобы по возможности избегать того фактора, который у данного больного вызывает приступ: определенной пищи, охлаждения, запаха и пр. Уменьшить количество вводимой в организм воды и поваренной соли.

Лечение: средства, повышающие тонус симпатической нервной системы (10% раствор хлористого кальция, 10,0 внутривенно, аскорбиновая кислота, эфедрин). Антигистаминные препараты (пипольфен, димедрол, супрастин, альфадрил, перновин), гамма-глобулин, гистоглобулин. Средства, снижающие парасимпатическую активность (атропин). Десенсибилизирующая терапия (АКТГ, преднизолон), при асфиксии, вызванной отеком слизистых дыхательных путей, инъекции адреналина 1,0-0,1% раствора. При отсутствии эффекта необходима трахеотомия.

Киста (гр. kiste- пузырь) - опухолевидное полое образование, внутренняя поверхность которого выстлана эпителием, а наружная часть стенки состоит из фиброзной ткани. В полости чаще содержится прозрачная, реже - опалесцирующая жидкость.

КИСТА зубная. Синоним - околокорневая челюстная киста - полость, расположенная в толще альвеолярных отростков, а иногда и тела челюстей, выстланная оболочкой и наполненная обычно тягучей желтоватой или коричневой жидкостью, содержащей кристаллы холестерина, гной (гнойные кисты), слизь.

Кистогранулема (лат. granulum - зернышко) - полость с эпителиальной выстилкой, вариант грануле-матозного периодонтита. Диаметр кистогранулемы составляет 0,5 - 0,8 см.

Корень языка - задняя часть языка, прикрепленная к нижней челюсти и подъязычной кости

Контрактура (лат. contractura - сужение, сокращение) - стойкое ограничение подвижности сустава вследствие патологических изменений мягких тканей (кожи, мышц, связок, фасций) или нервов, функционально связанных с этим суставом.

ЛЕЙКОПЛАКИЯ (leucoplakia). Хроническое заболевание слизистых оболочек, характеризующееся повышенным ороговением эпителия и воспалением собственно слизистой оболочки.

МЕСТНАЯ АНЕСТЕЗИЯ - обезболивание одного или нескольких зубов путем введения в мягкие ткани обезболивающего лекарственного вещества.

НАДЦЕСНЕВИК (эпулис) - собирательный термин, обозначающий различные по происхождению образования, локализующиеся в области десневых сосочков и вокруг шейки зуба.

НАДКОСТНИЦА - тонкий, плотный слой соединительной ткани, покрывающий сверху кость челюсти.

НЕВРАЛГИЯ - поражение главным образом чувствительных нервов. Представляет собой кратковременные (1-2 мин.) или постоянные приступообразные мучительные боли в зоне иннервации первой – третьей ветвей тройничного нерва. Болевой синдром сопровождают вегетативные проявления (гиперемия лица, слезо- и слюнотечение).

ОДОНТОМА (odontoma). Опухоль из зубных тканей (доброкачественная). Опухоль представляет собой конгломерат различных тканей зуба и пародонта.

ОСТЕОГИНГИВОПЛАСТИКА - лоскутная операция с применением средств, стимулирующих репаративные процессы в пародонте.

ОСТЕОМИЕЛИТ - воспаление костной ткани и костного мозга. Различают острый (клиника сходна с острым периодонтитом) и хронический. Требуется интенсивной терапии в условиях стационара.

ПАПИЛЛОМА. Доброкачественная опухоль, состоящая из соединительнотканной основы и разрастающегося эпителиального покровного слоя.

ПАПИЛЛОМАТОЗ. Разрастание сосочкового слоя собственно слизистой оболочки, выступающее над уровнем слизистой оболочки полости рта, нарушающее ее конфигурацию.

ПАРОДОНТ (синонимы: амфодонт, параденциум). Представляет собой функциональный комплекс, в который входят все зубные и околозубные ткани, обуславливающие как одно целое основную функцию зубов во время акта жевания - принятие, передачу и трансформирование жевательного давления.

ПАРОДОНТИТ. Пародонтитом называют заболевание, при котором воспаление десны распространяется на другие ткани пародонта.

ПАРОДОНТОЗ (parodontos). Пародонтоз относят к заболеваниям первично-дистрофического характера.

ПЕРИКРОНАРИТ - воспаление мягких тканей из-за затрудненного прорезывания зуба.

ПЕРИОДОНТИТ - заболевание околозубных тканей, которое протекает чаще всего при наличии микроорганизмов или в результате травмы.

ПЕРИОСТИТ - воспаление надкостницы, с образованием сначала серозного, затем гнойного очага между костью и надкостницей.

ПЕРИОСТОТОМИЯ - рассечение надкостницы с частичным отслоением от кости. Нередко сопровождается установкой дренажа.

ПРЕМЕДИКАЦИЯ (лат. praе-вперед + medicatio - назначение или прописывание лекарства, лечение) - применение лекарственных средств при подготовке больного к наркозу или местной анестезии с целью повышения их эффективности и профилактики осложнений.

РАНУЛА (ranula). Дословно "лягушачья опухоль". Подъязычная ретенционная киста (в названии "ранула" отражено сходство кисты с гортанным пузырем лягушки).

РЕЗЕКЦИЯ ВЕРХУШКИ КОРНЯ - операция, которая проводится с целью удаления хронического очага инфекции у верхушки корня.

РЕПЛАНТАЦИЯ ЗУБА - удаление зуба с целью удаления хронического очага инфекции и последующей его пересадкой на прежнее место (в собственную лунку).

РЕТЕНЦИЯ зубов (retentia). Задержка прорезывания.

СИАЛОАДЕНИТ (sialoadenitis). Воспаление слюнной железы.

СИАЛОГРАФИЯ (sialographia). Метод рентгенологического исследования слюнных протоков посредством заполнения их контрастными веществами.

СИАЛОДОХИТ. Хроническое воспаление выводных протоков слюнных желез.

СТОМАТИТ (stomatitis). Воспаление слизистой оболочки полости рта.

УРАНОПЛАСТИКА (uranoplastica). Хирургическая восстановительная операция по поводу врожденной расщелины нёба.

ФРЕНУЛОПЛАСТИКА - пластика уздечек верхней и нижней губ и языка. Френулотомия – рассечение уздечки (у детей). Френулэктомия – полное иссечение уздечки.

ЦИСТОТОМИЯ - создание широкого сообщения между полостью кисты и полостью рта без вылущивания кистозной оболочки и сшивание краев слизистой оболочки полости рта с оболочкой кисты для создания широко открытой полости, сообщающейся с преддверием полости рта.

ЦИСТОЭКТОМИЯ (удаление кисты) - хирургическая операция по удалению кисты (вылущивание кистозной оболочки с последующим зашиванием раны наглухо).

ЭКЗОСТОЗ (exostosis).

Костный выступ (опухолевидное образование на теле челюсти), наиболее часто располагающийся в области премаляров нижней челюсти и бугров верхней челюсти.

ЭКССУДАТ - скопление тканевой жидкости (серозный), может содержать продукты микробов (гнойный), или кровь (геморрагический).

ЭЛЕВАТОР. Инструмент для отделения кости от надкостницы или удаления зуба. Различают прямые и под углом с левосторонней и правосторонней щекой изгиба.