

АЛГОРИТМ ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИКІВ СТАНЦІЇ № 1

Обстеження стандартизованого стоматологічного хворого

Алгоритм виконання практичної маніпуляції: *Збір анамнезу, зовнішньоротовий огляд хворого.*

Матеріальне забезпечення: рукавички, маска.

Методика проведення:

1. Посадити пацієнта в крісло.
2. З'ясувати скарги пацієнта, динаміку розвитку симптомів захворювання, анамнез життя.
3. Зовнішній огляд хворого проводиться при природному або доброму штучному освітленні.
4. Одягти рукавиці, маску, стати з правої сторони від пацієнта.
5. Оцінити візуально симетричність та пропорційність обличчя.
6. Відмітити колір шкірних покривів, їх еластичність, наявність елементів ураження.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції: *Пальпація м'яких тканин обличчя, ший, регіонарних лімфатичних вузлів..*

Матеріальне забезпечення: рукавички, маска.

Методика проведення:

Під час пальпації підщелепних, задніх вушних і шийних лімфовузлів нахилити голову хворого вниз і послідовно та паралельно пальпувати лімфовузли трьома пальцями з обох боків. Підборідні лімфовузли пальпувати в такому ж положенні вказівним і середнім пальцем. Щічні, нижньощелепові лімфовузли пальпувати бімануально пальцями однієї руки зі сторони ротової порожнини, іншої руки – ззовні. Навколовушні лімфовузли пальпувати двома-трьома пальцями в проекції гілки нижньої щелепи або позащелепної ділянки, а також бімануально по передньому краю навколовушних слинних залоз.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції: *Обстеження присінка порожнини рота (глибина, прикріплення вуздечок), характеристика прикусу.*

Матеріальне забезпечення: рукавички, маска, градуйований інструмент.

Методика проведення:

1. Червону облямівку та куточки рота оглянути при закритому і відкритому роті. Визначити їх колір, блиск, консистенцію, наявність патологічних елементів.
2. Оглянути слизову оболонку губ і перехідну складку, місця прикріплення вуздечок губ. Визначити колір слизової, консистенцію та вологість, оглянути вічка проток дрібних слинних залоз. Визначити відстань від краю ясен до дна перехідної складки за допомогою градуйованого інструменту. Присінок вважається мілким, якщо його глибина не більше 5 мм, середнім – 6-10 мм, глибоким – більше 10 мм.
3. Оглянути ясна (колір, характер поверхні, болючість, наявність кровоточивості, ясенних кишень).
4. Визначити характер прикусу (фізіологічний, патологічний, аномальний).

Алгоритм виконання практичної маніпуляції: *Огляд слизової оболонки порожнини рота.*

Матеріальне забезпечення: два стоматологічні дзеркала та марлеві серветки, рукавички, маска.

Методика проведення:

Пацієнт знаходиться у положенні сидячи, при наявності знімних протезів потрібно їх зняти.

1. Використовуючи 2 дзеркала, обстежити спочатку праву, а потім ліву щоку (слизову), звертаючи увагу на колір, зволоженість, пігментацію, стан залоз, вічка протоків привушних залоз, наявність елементів ураження.
2. Альвеолярні ясна: провести огляд щічної і губної поверхні, використовуючи загальноприйнятую послідовність – справа наліво на верхній щелепі і зліва направо на нижній щелепі. Потім аналогічно обстежити язикову і піднебінну ділянку ясен. Визначити колір, консистенцію, кровоточивість, глибину ясенної борозни, цілісність зубоясенного

- з'єднання, вираженість міжзубних сосочків, наявність пародонтальних кишень. Перевірити наявність пухлин, набряків перехідної складки, нориць.
3. Язик: визначити сосочки, розмір, рельєф, консистенцію, рухомість.
 4. Дно порожнини рота: колір, судинний рисунок, податливість слизової оболонки, складки, вуздечки язика, вивідні вічка протоків слинних залоз.
 5. Огляд твердого і м'якого піднебіння: колір, зволоженість, наявність патологічних елементів.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції: *Визначення стану твердих тканин зубів.*

Матеріальне забезпечення: стоматологічне дзеркало, зонд, пінцет, два шприца (5,0 мл), склянки з холодною та теплою водою.

Методика проведення:

1. Огляд зубних рядів провести справа наліво, починаючи з молярів верхньої щелепи, а потім у зворотньому напрямку обстежити зуби нижньої щелепи.
2. Візуально визначити колір, величину зубів.
3. Зондування твердих тканин зуба: однією рукою взяти дзеркало, другою – зонд і обстежити стан твердих тканин зубів і наявність каріозних порожнин. За допомогою зонду визначити глибину, розміри порожнини, ступінь розм'якшення емалі та дентину.
4. Перкусія твердих тканин зубів: пінцетом або ручкою зонда обережно постукати по ріжучому краю або жувальній поверхні зуба у вертикальному напрямку (для визначення стану верхівкового періодонту). Ідентичну процедуру провести, постукуючи по зубах у горизонтальному напрямку (для визначення стану маргінального періодонту). Починати перкусію із здорових зубів, щоб не спричинити сильного болю і дати можливість порівняти відчуття в здоровому і ураженому зубі.
5. Визначити реакцію пульпи зуба на температурні подразники, зрошуючи його із шприца спочатку холодною, а потім теплою водою. У разі складності виявлення причинного зуба в каріозну порожнину внести тампон, змочений холодною, а потім – теплою водою.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції: *Інтерпретація додаткових методів дослідження (рентгенографії: прицільної, ортопантомографії).*

Матеріальне забезпечення: прицільні рентгенограми, ортопантомограми, негатоскоп, лупа, градуйований інструмент, лінійка.

Методика проведення:

Зафіксована в негатоскопі рентгенограма детально вивчається з метою виявлення прямих рентгенологічних симптомів патології твердих тканин зуба, ендодонту, пародонта. За необхідності дослідження дрібних деталей слід використовувати лупу.

Під час дослідження необхідно визначити наступне:

1. Стан зубних рядів – відсутність окремих зубів, наявність незнімних ортопедичних конструкцій, наявність зубів, що не прорізалися.
2. Стан твердих тканин зуба – цілісність емалі на всій поверхні коронки, наявність зон демінералізації емалі, наявність дефектів коронок обстежуваних зубів, наявність пломб, щільність їх прилягання до емалі та дентину, наявність навислих країв пломбувального матеріалу.
3. Стан ендодонту – цілісність порожнини зуба, чи її сполучення із каріозною порожниною, наявність пломбувального матеріалу у кореновому каналі, ступінь виповнення кореневого каналу (до верхівки, не доходить до верхівки, виходить за межі верхівкового отвору).
4. Стан навколоверхівкових тканин – стан періодонтальної щілини навколо верхівки зуба, наявність зон деструкції кістки (рентгенографічних просвітлень), їх форма, розміри, контури.
5. Наявність над- та під'ясенного зубного каменю.
6. Стан компактної пластинки міжальвеолярної перетинки – цілісна на всій поверхні перетинки, порушена цілісність на верхівці перетинки.
7. Наявність чи відсутність деструкції вершин міжальвеолярних перетинок.
8. Наявність резорбції альвеолярного відростка, зниження його висоти.

9. Наявність остеопорозу, остеосклерозу губчастої кістки щелепи.
10. Наявність чи відсутність кісткових кишень у пришийковій ділянці зубів.
11. Визначити тип резорбції альвеолярного паростка: горизонтальна, вертикальна або змішана резорбція.

АЛГОРИТМ ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИКІВ СТАНЦІЇ № 2

Операційно-відновне лікування уражень твердих тканин зуба

(препарування та пломбування)

Алгоритм виконання практичної маніпуляції: *Препарування каріозної порожнини I класу за Блеком при одночасному ураженні жувальної та щічної поверхонь зуба.*

Матеріальне забезпечення: турбінний наконечник, кутовий наконечник з мікромотором, бори алмазні, сталеві та твердосплавні для кутового і турбінного наконечників, різних форм та розмірів, екскаватори різних розмірів, фантом.

Методика проведення:

1. Розкрити каріозну порожнину на жувальній та щічній поверхнях за допомогою циліндричного алмазного бора, виконуючи рухи по периметру вхідного отвору, або за допомогою кулястого алмазного бора, виконуючи ротаційні рухи із середини каріозної порожнини назовні (режим швидкості: високий).
2. Розширити каріозну порожнину за допомогою циліндричного алмазного бора, виконуючи рухи по периметру каріозної порожнини (режим швидкості: високий).
3. Провести некретомію, використовуючи екскаватор, розмір якого відповідає розміру каріозної порожнини, робочу частину екскаватора розташувати паралельно до дна каріозної порожнини і виконати комоподібні рухи від центру до периферії або ж використати кулястий твердосплавний бор у середньому швидкісному діапазоні.
4. Формувати каріозну порожнину на жувальній та щічній поверхнях за допомогою циліндричного або оберненоконусного алмазного бора, дотримуючись принципів біологічної доцільності і технічної раціональності.
5. Опрацювати краї каріозної порожнини, відповідно до вимог обраного пломбувального матеріалу, фініром або дрібнозернистим алмазним бором у високошвидкісному діапазоні.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції: *Пломбування порожнин I класу за Блеком композитом світлової полімеризації.*

Матеріальне забезпечення: гель для протравлювання, пензлик, адгезив, шприци або капсули з композитним матеріалом світлового твердіння, металеві або пластикові штопфери, гладилки, фотополімеризаційна лампа, фантом.

Методика проведення:

1. Протравити емаль за допомогою шприца з травильним гелем, при цьому нанести гель на емаль, повністю покриваючи ділянку скосів експозицією на 15-30 с. Нанести гель на дентин, рівномірно розподіляючи його пензликом по поверхні (експозиція 15-20 с). Промити та висушити порожнину.
2. Нанести шар адгезиву пензликом на попередньо підготовлену поверхню, експозиція 15 с. видалити залишок адгезиву слабким струменем повітря. Полімеризувати 20 с. Оброблена поверхня повинна мати блискучий зволожений вигляд.
3. Витиснути матеріал з капсули безпосередньо у каріозну порожнину за допомогою пістолета. Порція повинна забезпечувати формування шару товщиною не більше 2 мм. Внесений матеріал конденсувати штопфером. Шари композиту треба розміщувати косо по відношенню до дна порожнини („техніка трикутників”). Спочатку промінь полімеризаційної лампи необхідно направити на матеріал через емаль або ріжучий край (10-15 с). Далі світловод розташувати на мінімальній відстані перпендикулярно до поверхні композиту (25-30 с).

АЛГОРИТМ ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИКІВ СТАНЦІЇ № 3

Індексна оцінка гігієнічного стану та професійна гігієна порожнини рота

Алгоритм виконання практичної маніпуляції: *Визначення індексу Федорова-Володкіної.*

Матеріальне забезпечення: рукавички, маски, стоматологічне дзеркало, пінцет, зонд, йодисто-калієвий розчин, ватний тампон, пародонтологічний фантом.

Методика проведення:

Вестибулярні поверхні шести нижніх фронтальних зубів (на фантомі) змазати ватним тампоном з йодисто-калієвим розчином і спостерігати, яка частина поверхні забарвиться у коричневий колір:

- 1 бал – не забарвлюється,
- 2 бали – $\frac{1}{4}$ поверхні коронки,
- 3 бали – $\frac{1}{2}$ поверхні коронки,
- 4 бали – $\frac{3}{4}$ поверхні коронки,
- 5 балів – уся коронка.

Оцінки всіх зубів у балах сумують і одержану суму ділять на 6 (кількість зубів).

- 1-1,4 бала – добрий стан,
- 1,5-1,8 бала – задовільний,
- 1,9-2,5 бала – незадовільний,
- 2,6-3,8 бала – поганий,
- 3,9-5,0 бала – дуже поганий.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції: *Вибір інструментарію для проведення професійної гігієни порожнини рота.*

Матеріальне забезпечення: рукавички, маски, стоматологічне дзеркало, пінцет, пародонтологічний зонд, набір ручних інструментів для зняття назубних відкладень, ультразвуковий скейлер, щітки, гумові чашки, полірувальні пасти, пародонтологічний фантом.

Методика проведення: вибрати ручні інструменти для зняття назубних відкладень з певних поверхонь зубів, вибрати насадки для ультразвукового скейлера для певних поверхонь зубів, вибрати дрібний інструментарій для полірування поверхонь зубів та відповідні полірувальні пасти.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції № 8

Проведення професійної гігієни порожнини рота за допомогою ручних інструментів для зняття назубних відкладень.

Матеріальне забезпечення: рукавички, стоматологічне дзеркало, пінцет, пародонтологічний зонд, набір ручних інструментів для зняття назубних відкладень, пародонтологічний фантом.

Методика проведення: фіксація зуба чи зубів, які підтримуються пальцями лівої руки, інструмент фіксований у правій руці як ручка під час писання. Видалення назубних відкладень починати з пришийкової ділянки з поступовим переміщенням до верхівки зуба. Підведення під камінь необхідного інструменту та ковзними рухами догори (нижні зубні дуги) або донизу (верхні зубні дуги) та в різні боки відділення каменю від твердих тканин.

При видаленні під'ясенного назубного каменю лезо кюрети вводять у кишеню у верхівковому напрямку, розміщуючи лезо вздовж поверхні кореня. При переміщенні кюрети вздовж поверхні кореня на нижній щелепі камінь підхоплюють знизу, а на верхній щелепі – зверху. Ріжуча поверхня площини кюрети розташовується під кутом 80° .

Алгоритм виконання практичної маніпуляції: *Зняття назубних відкладень за допомогою ультразвукових скейлерів*

Матеріальне забезпечення: рукавички, стоматологічне дзеркало, пінцет, пародонтологічний зонд, ультразвуковий скейлер, пародонтологічний фантом.

Методика проведення: робочу поверхню насадки скейлера (для відповідної поверхні зуба) підвести під назубний камінь та ввімкнути апарат. Під дією ультразвукових коливань зубний камінь відділяють від поверхні зуба.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції: *Полірування поверхні зубів після зняття назубних відкладень*

Матеріальне забезпечення: рукавички, маски, стоматологічна установка, кутовий механічний наконечник, стоматологічне дзеркало, пінцет, пародонтологічний зонд, щіточки, гумові чашки, полірувальні пасти, пародонтологічний фантом.

Методика проведення: після зняття назубних відкладень проводимо полірування поверхонь зубів, для цього необхідно застосувати спеціальні торцеві щіточки (з плоским зрізом щетинок – для гладких та жувальних поверхонь зубів, конічної форми – для міжзубних проміжків), зафіксовані у кутовому механічному наконечнику (швидкість обертання – $n_{max} = 5000$ об. / хв.). Круговими рухами, без зайвого тиску ретельно опрацьовуємо поверхні зубів.

АЛГОРИТМ ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИКІВ СТАНЦІЇ № 4

Одонтопрепарування під повну металокерамічну коронку

№ з/п	Етапи виконання завдання	Критерії оцінювання
1	Препарування бічних поверхонь.	<p>Фронтальна група зубів: алмазним бором, що має форму оберненого конуса формують борозну паралельно ясенному краю, не доходячи до нього на 0,3-0,5 мм, глибиною 1,0 мм для верхніх центральних різців і ікол обох щелеп, 0,7 мм для бокових різців верхньої щелепи, 0,3-0,5 мм - різців нижньої щелепи. Далі циліндричним грубозернистим бором, розташовуючи його паралельно поверхні зуба, зішліфовують тверді тканини на вестибулярній та оральній поверхнях від борізки до ріжучого краю.</p> <p>Бокова група зубів: алмазним бором, що має форму оберненого конуса формують борозну паралельно ясенному краю, не доходячи до нього на 0,3-0,5 мм, глибиною __ мм. Далі конусоподібним грубозернистим бором з плоским закінченням, розташовуючи його паралельно осі зуба, зішліфовують тверді тканини на вестибулярній та оральній поверхнях від борізки до ріжучого краю.</p> <p>Сепарація: тонкий алмазним конусоподібний бор занурюють в тканини проксимальної поверхні так, щоб між ним і сусіднім зубом залишався тонкий прошарок твердих тканин препарованого зуба (для запобігання пошкодження контактних поверхонь прилеглих зубів). Конусоподібним бором з прямим закінченням, розташовуючи його паралельно осі зуба, зішліфовуються проксимальні поверхні з одночасним створенням уступу на відстані 0,3-0,5 мм від ясенного сосочка.</p>
2	Препарування оклюзійної поверхні	<p>Бокова група зубів: фісурним алмазним бором з закругленим кінцем зішліфовують тверді тканини на глибину 1,5 мм на функціональних горбах та 1,0 мм на нефункціональних формуючи поверхню із площин, які повторюють контури горбів і зберігають морфологію оклюзійної поверхні зуба.</p>

		<p>Фронтальна група зубів: на ріжучому краї коронки створюються дві орієнтаційні борозни глибиною 2,0 мм з подальшим зішліфуванням твердих тканин ріжучого краю між борознами конусним алмазним бором з плоским закінченням. Оливоподібним бором зішліфовують тверді тканини на оральній поверхні зубів фронтальної групи, відтворюючи їх анатомічну будову.</p>
3	Формування уступу	<p>Конусоподібним бором з плоским закінченням (поглиблюють) наближають до ясенного краю, створений в результаті препарування бічних поверхонь зубів, уступ, не змінюючи нахил бічних стінок препарованого зуба.</p>
4	Згладження гострих кутів та переходу між гранями	<p>Алмазним циліндричним бором середньої зернистості згладжують гострі кути переходу вестибулярної та оральної поверхонь в проксимальні (мезіальну та дистальну) та оклюзійну, видаляють зони недопрепарування. Торцевою частиною бору згладжують сформований уступ, наближаючи його до ясенного краю.</p>

АЛГОРИТМ ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИКІВ СТАНЦІЇ № 5

Зняття повного анатомічного відбитка альгінатним відбитковим матеріалом

№ з/п	Етапи виконання завдання	Критерії оцінювання
1	Підбір відбиткової ложки	Стандартна ложка повинна бути перфорованою. Правильно підбраною вважається ложка, в якій зубний ряд пацієнта розміщується на відстані 0,3-0,5 см від борта та повністю охоплюється ложкою.
2	Приготування та внесення відбиткового матеріалу у відбиткову ложку	За допомогою мірника для порошку з комплекту відмірюють потрібну кількість порошку (2-3 мірники), висипають у суху, гумову колбу, додають відповідну їй кількість води (згідно інструкції фірми-виробника) і інтенсивно перемішують шпателем до отримання однорідної маси. Приготовлену масу вносять на ложку дещо вище бортів, на піднебінній частині – у залежності від вираження піднебіння, по задньому краю – мінімальну кількість матеріалу.
3	Введення ложки з відбитковим матеріалом в ротову порожнину, накладання на протезне ложе, формування країв відбитка, виведення відбитка з ротової порожнини	Ложку вводять в ротову порожнину боком, відхиливши стоматологічним дзеркалом кут рота, розвертають, орієнтують по зубному ряду і притискають до протезного ложа. На верхній щелепі – спочатку ззаду, потім в передньому відділі, з одночасним просуванням ложки спереду назад і знизу вверх. Притримуючи ложку однією рукою, іншою проводять пасивне оформлення країв відбитка при допомозі кругових рухів верхньої губи і щік. На нижній щелепі – одночасно з введенням ложки пацієнт піднімає язик до піднебіння, потім ложка орієнтується по зубному ряду і

		<p>притискається до щелепи вказівними пальцями обох рук з одночасним опусканням язика, спочатку спереду, потім ззаду. Притримуючи ложку однією рукою, іншою здійснюють пасивне оформлення країв відбитка. Виведення відбитка здійснюється одним різким важелеподібним рухом, при якому лікар розміщує вказівні пальці за краєм відбитка біля перехідної складки і «відриває» масу з ложкою від щелепи.</p>
4	Обробка та дезінфекція відбитка	<p>Після виведення відбитка його промивають від залишків крові та слини і оцінюють. Відбиток повинен щільно прилягати до відбиткової ложки, чітко відображати усі елементи протезного ложа і не мати значних дефектів у вигляді повітряних раковин. Відображення зубного ряду повинно розміщуватись по центру жолобка ложки. Проводять дезінфекцію відбитка 0,2 % глутаровим альдегідом.</p>

АЛГОРИТМ ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИКІВ СТАНЦІЇ № 6

Фіксація ортопедичної конструкції: фіксація повної металокерамічної коронки

№ з/п	Етапи виконання завдання	Критерії оцінювання
1	Підготовка коронки, кукси зуба та ротової порожнини до цементування	-дезінфекція та знежирення коронки ватною кулькою, змоченою спиртом, -очистка кукси препарованого зуба перекисом водню, спиртом, -ізоляція від слини.
2	Вибір та замішування фіксувального цементу	Приготування фіксувального цементу(склоіономерний, фосфатний
3	Накладання цементу в коронку, фіксація коронки на зубі	Накладання цементу в коронку, -фіксація коронки на зубі, -перевірка оклюзійних співвідношень
4	Очистка коронки від залишків цементу після його структуризації	Очистка коронки від залишків цементу після структуризації.

Алгоритм виконання завдання на етапі №7

Визначення інтенсивності карієсу зубів у пацієнта дитячого віку на ортопантограмі / демонстрація стандартної методики чищення зубів у дітей / покриття зубів фторлаком на моделі

Методика проведення:

1. Студент отримує ортопантограму, роздруковану на папері (або електронний варіант її), визначає групову приналежність тимчасових та постійних зубів; кількість видалених, каріозних зубів та періапікальних уражень; період прикусу
За індексом кп, КПВ, КПВ + кп визначає суму видалених, каріозних та пломбованих зубів, записує (озвучує) результат.
2. Студент отримує модель щелеп (фантом), зубну щітку. Зубний ряд умовно ділять на декілька сегментів (фронтальний, бічні). Чищення зубів починають із бічної ділянки верхньої щелепи, поступово переміщуючись до фронтальної ділянки. Потім повертають щітку до протилежної сторони щелепи і переміщують до передніх зубів обертово-поступальними рухами. Такі рухи повторюють і для зубів нижньої щелепи. При чищенні щічних поверхонь жувальних зубів верхньої і нижньої щелеп щетинки щітки повинні бути направлені до поверхні зубів під кутом 45° , очищуючі рухи - "підмітаючі" у напрямку донизу від шийки зуба до краю коронки. Жувальні поверхні кутніх зубів очищують горизонтальними і коловими рухами, при цьому щетинки щітки направлені перпендикулярно до поверхні зубів. Піднебінні і язикові поверхні очищуються так само, як і вестибулярні та щічні. У бічних сегментах голівку і щетинки щітки розташовують горизонтально до поверхні зубів, у фронтальному сегменті — вертикально. Очищення зубів і ясен проводиться направленням рухів уверх-униз.
3. На фантомі проводить очищення обраних зубів щіточкою з пастою для професійної гігієни. Ізолює робочу ділянку за допомогою ватних валиків, проводить антисептичну обробку поверхонь зубів 2% розчином хлоргексидину, висушує зуби, наносить пензликком або аплікатором лакової композиції протягом 1-2 хв., підсушує зуби.

Алгоритм виконання завдання на етапі № 8

Виконання розкриття підокісного абсцесу верхньої щелепи з вестибулярного боку

Методика проведення:

1. Визначення місця розтину, антисептична обробка слизової оболонки ураженої ділянки, ватним тампоном просоченим 0,05% р-ном Хлоргексидину.
2. Виконують відповідне знеболення: 1) проведення аплікаційної анестезії – ізоляція операційного поля, просушування слизової оболонки, а потім на неї наносимо аплікацію з допомогою ватної кульки просоченої анестезуючим препаратом у вигляді гелю чи мазі.
2) проведення інфільтраційної анестезії – спочатку встановлюємо карпулу із анестетиком у карпульний шприц, вкручуємо у шприц одноразову голку потрібної довжини. Шприц слід тримати в правій руці зріз голки має бути направлений до слизової оболонки під незначним кутом, інфільтрують тканини шляхом просування голки і повільного введення розчину у напрямку до місця запланованого втручання.
3. Розтин підокісного абсцесу.
Студент розміщує в правій руці гострокінцевий скальпель таким чином, щоб його лезо було направлене перпендикулярно до поверхні кістки альвеолярного відростку, а не в бік щоки чи губи. Зробивши прокол кінцем леза, переміщуємо скальпель так, щоб лезо відносно кістки було під кутом 45 градусів. Розтин слизової оболонки і окістя проводять в напрямку від дистального відділу запального інфільтрату до медіальної його межі, охоплюючи ділянку 2-3 зубів. Важливо пам'ятати, що в період змінного прикусу, розтин на ВЩ слід проводити на 0,5 см вище та паралельно до перехідної складки і на НЩ слід проводити на 0,5 см нище та паралельно до перехідної складки.
4. Після проведеного розрізу студент розводить краї операційної рани за допомогою затискача типу «москіт» або широкої гладилки для евакуації екссудату.
5. Промиваємо операційну рану розчином водного антисептика під незначним тиском із шприца з тупою голкою.
6. Вводимо у операційну рану за допомогою пінцета та гладилки дренаж-випускник (гумову смужку шириною 0,5 см і довжиною 2-3 см).

Алгоритм виконання завдання на етапі № 8

Виконання розкриття підокісного абсцесу нижньої щелепи з язикового боку

Методика проведення:

1. Визначення місця розтину та антисептична обробка слизової оболонки ураженої ділянки, ватним тампоном просоченим 0,05% р-ном Хлоргексидину.
2. Виконують відповідне знеболення: 1) проведення аплікаційної анестезії – ізоляція операційного поля, просушування слизової оболонки, а потім на неї наносимо аплікацію з допомогою ватної кульки просоченої анестезуючим препаратом у вигляді гелю чи мазі; 2) проведення інфільтраційної анестезії – спочатку встановлюємо карпулу із анестетиком у карпульний шприц, вкручуємо у шприц одноразову голку потрібної довжини. Шприц слід тримати в правій руці зріз голки має бути направлений до слизової оболонки під незначним кутом, інфільтрують тканини шляхом просування голки і повільного введення розчину у напрямку до місця запланованого втручання.
3. Розтин підокісного абсцесу.
Студент розміщує в правій руці гострокінцевий скальпель таким чином, щоб його лезо було направлене перпендикулярно до поверхні кістки альвеолярного відростку, а не в бік щоки чи губи. Зробивши прокол кінцем леза, переміщуємо скальпель так, щоб лезо відносно кістки було під кутом 45 градусів. Розтин слизової оболонки і окістя проводять в напрямку від дистального відділу запального інфільтрату до медіальної його межі, охоплюючи ділянку 2-3 зубів. Важливо пам'ятати, що в період змінного прикусу, розтин на ВЩ слід проводити на 0,5 см вище та паралельно до перехідної складки і на НЩ слід проводити на 0,5 см нище та паралельно до перехідної складки.
4. Після проведеного розрізу студент розводить краї операційної рани за допомогою затискача типу «москіт» або широкої гладилки для евакуації ексудату.
5. Промиваємо операційну рану розчином водного антисептика під незначним тиском із шприца з тупою голкою.
6. Вводимо у операційну рану за допомогою пінцета та гладилки дренаж-випускник (гумову смужку шириною 0,5 см і довжиною 2-3 см).

АЛГОРИТМ ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИКІВ СТАНЦІЇ № 8

*Виконання розкриття підокісного абсцесу верхньої
або нижньої щелепи на моделі*

Методика проведення :

1. Знеболення.
2. Скальпель знаходиться в правій руці студента. Гострий кінець інструмента спрямований перпендикулярно до поверхні кістки.
3. Розтин слизової оболонки та окістя виконується, починаючи з дистального полюсу запального осередка до медіального, в межах 2-3 зубів, тримаючи скальпель під кутом 45 градусів відносно кістки. Розтин тканин в період змінного прикусу проводять вище та паралельно до перехідної складки.
4. Затискачем типу “москіт” розширити краї рани для евакуації гнійного ексудату.
5. Промити рану антисептичним розчином (хлоргексидин — 0,05%).
6. Дренувати рану гумовою стрічкою - випускником.

Алгоритм виконання завдання на станції № 8.

Виконання розкриття підокісного абсцесу верхньої щелепи з піднебінного боку

Методика проведення :

1. Знеболення.
2. Скальпелем перпендикулярно до кістки висікти у формі трикутника слизову оболонку та окістя в проекції найбільш виступаючої ділянки запалення.
3. Затискачем типу “москіт” розширити краї рани для евакуації гнійного ексудату.
4. Промити рану антисептичним розчином (хлоргексидин — 0,05%).

Алгоритм виконання завдання на станції № 8.

Виконання розкриття підокісного абсцесу нижньої щелепи з вестибулярного боку

Методика проведення :

1. Знеболення.
2. Скальпель знаходиться в правій руці студента. Гострий кінець інструмента спрямований перпендикулярно до поверхні кістки.
3. Розтин слизової оболонки та окістя виконується, починаючи з дистального полюсу запального осередка до медіального, в межах 2-3 зубів, тримаючи скальпель під кутом 45 градусів відносно кістки. Розтин тканин в період змінного прикусу проводять нижче та паралельно до перехідної складки.
4. Затискачем типу “москіт” розширити краї рани для евакуації гнійного ексудату.
5. Промити рану антисептичним розчином (хлоргексидин — 0,05%).
6. Дренувати рану гумовою стрічкою - випускником.

Алгоритм виконання завдання на станції № 8.

Виконання розкриття підокісного абсцесу нижньої щелепи з язикового боку

Методика проведення :

1. Знеболення.
2. Скальпель знаходиться в правій руці студента. Гострий кінець інструмента спрямований перпендикулярно до поверхні кістки.
3. Розтин слизової оболонки та окістя виконується, починаючи з дистального полюсу запального осередка до медіального, в межах 2-3 зубів, тримаючи скальпель під кутом 45 градусів відносно кістки.
4. Затискачем типу “москіт” розширити краї рани для евакуації гнійного ексудату.
5. Промити рану антисептичним розчином (хлоргексидин — 0,05%).
6. Дренувати рану гумовою стрічкою- випускником.

АЛГОРИТМ ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИКІВ СТАНЦІЇ № 9

Діагностика зубощелепних аномалій та деформацій

Методика проведення:

№	Послідовність дій	Критерії контролю правильного виконання
1.	<p>Вибрати із запропонованих гіпсових діагностичних моделей моделі з патологіями прикусу:</p> <ul style="list-style-type: none">- дистальний прикус;- мезіальний прикус;- відкритий прикус;- глибокий прикус;- перехресний прикус.	<p>Вибрано серед запропонованих діагностичні моделі з:</p> <p>1) Дистальним прикусом (на моделі мезіально-щічний горбок першого верхнього постійного моляра знаходиться попереду від міжгорбкової борозни першого нижнього постійного моляра; або контакт одноіменними горбками; або між другим премоляром та першим моляром нижньої щелепи; верхні ікла контактують лише з нижніми іклами; наявна сагітальна щілина при вестибулярному нахилі верхніх фронтальних зубів.</p> <p>2) Мезіальним прикусом (на моделі медіальний щічний горбок першого верхнього постійного моляра знаходиться позаду від міжгорбкової борозни першого постійного моляра нижньої щелепи; або між першим та другим нижніми постійними молярами; верхні ікла контактують лише пре моляром; обернене різцеве перекриття у фронтальній ділянці);</p> <p>3) Відкритим прикусом (відсутність оклюзійних контактів з наявністю вертикальної щілини у фронтальній ділянці зубних рядів);</p> <p>4) Глибоким прикусом (верхні центральні різці перекривають нижні більше 1/3 висоти коронки</p>

		<p>зубів при відсутності ріжучо-горбкового контакту;</p> <p>5) Перехресним прикусом (центральна лінія між верхніми і нижніми центральними різцями не співпадає; у бокових ділянках – обернене перекриття з одного боку).</p>
2.	<p>На рисунку відзначити діагностичні ознаки ортогнатичного прикусу.</p>	<p>На рисунку відзначено наступні ознаки ортогнатичного прикусу:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Змикання перших постійних молярів (мезіощічний горбок верхнього першого постійного верхнього моляра розташований в міжгорбковій борозні нижнього першого постійного моляра); 2) Розташування верхнього ікла по відношенню до нижніх зубів (між іклом та першим премоляром); 3) Відстань між ріжучими краями верхніх центральних різців та вестибулярною поверхнею нижніх фронтальних зубів у сагітальній площині становить не більше 1,5-2мм; 4) Середня лінія між верхніми та нижніми центральними різцями співпадає; 5) Верхні центральні різці перекривають нижні однойменні зуби на 1/3 висоти коронки.

АЛГОРИТМ ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИКІВ СТАНЦІЇ № 10

Рентгендіагностика захворювань щелепно-лицевої ділянки

Рентгенограма: Хронічний фіброзний періодонтит 44 зуба

Вид рентгенограми: ОПТГ

Опис: На рентгенограмі відмічається деформація періодонтальної щілини 44 (чергування ділянок звуження з діляками розширення).

Рентгенограма: Хронічний гранулематозний періодонтит 46 зуба

Вид рентгенограми: ОПТГ

Опис: На рентгенограмі в проєкції верхівки медіального кореня 46 відмічається вогнище деструкції кісткової тканини округлої форми з чіткими контурами, діаметром 0,4 см, кореневі канали виповнені пломбувальним матеріалом частково.

Рентгенограма: Хронічний гранулюючий періодонтит 25 зуба

Вид рентгенограми: ОПТГ

Опис: На рентгенограмі в проєкції верхівки кореня 25 відмічається вогнище деструкції кісткової тканини з нерівними та нечіткими контурами, що нагадують «язики полум'я», кореневі канали виповнені пломбувальним матеріалом частково.

Рентгенограма: Кістогранульома 35 зуба

Вид рентгенограми: ОПТГ

Опис: На рентгенограмі в проєкції верхівки кореня 35 відмічається вогнище деструкції кісткової тканини округлої форми з рівними та чіткими контурами, діаметром 0,7 см, кореневий канал не пломбований.

Рентгенограма: Ретенція та дистопія зуба

Вид рентгенограми: ОПТГ

Опис: В товщі коміркового відростка наявність неправильно (атипово) розміщеного зуба, коронка якого контактує з коренем сусіднього зуба, часткове її розташування в кістковій тканині (медіальної частини), розширення періодонтальної щілини та розрідження кістки навколо зуба розміром понад 2 мм (півмісяці Вассмунда).

Рентгенограма: хронічний вогнищевий одонтогенний остеомієліт тіла нижньої щелепи справа.

Вид рентгенограми: ОПТГ

Опис: на панорамній рентгенограмі в ділянці нижнього краю тіла нижньої щелепи справа візуалізуються множинні вогнища резорбції кістки. Фрагменти

неправильної форми зі збереженим кістковим малюнком розміром 5-10 мм оточені ділянками резорбції кісткової тканини із нечіткими контурами. Порушена візуальна неперервність нижнього краю тіла нижньої щелепи. Окремі фрагменти кісткової тканини у формі осколків розміром до 5 мм візуалізуються на невеликій відстані нижче нижнього краю тіла нижньої щелепи. Коронка 46 зуба зруйнована каріозним процесом. Довкола верхівок коренів 46 та 47 візуалізується вогнище деструкції кісткової тканини без чітких контурів із нерівними краями розміром біля 1 см. Періодонтальна щілина 46 та 47 зубів помірно розширена.

Рентгенограма: Верхньощелеповий синусит.

Вид рентгенограми: Рентгенограма ПСН (носо-підборідкова проекція).

Опис: На рентгенограмі черепа в передній носо-підборідковій проекції візуалізується субтотальне зниження пневматизації лівого верхньощелепового синуса із нерівним верхнім контуром та потовщеною слизовою оболонкою по периферії.

Рентгенограма: Пародонтит

Вид рентгенограми: ОПТГ

Опис: відзначається деструкція кортикального шару в ділянці вершин міжальвеолярних перегородок зубів, поява вогнищ остеопорозу, розширення періодонтальних щілин зубів, а навколо окремих зубів відзначається вертикальна резорбція кістки з утворенням кісткових кишень різної глибини.

Рентгенограма: Травма зуба (вивих, злам кореня)

Вид рентгенограми: ОПТГ

Опис:

При вивиху: Змінена ширина періодонтальної щілини (звуження, розширення, відсутність в залежності від вивиху зуба). Нетипове положення зуба в зубному ряді.

При зламі кореня: Візуалізується коса (поперечна, поздовжня) лінія зламу кореня в нижній (середній, верхній) третині без (зі) зміщення(м) фрагментів.

Рентгенограма: Ангулярний перелом нижньої щелепи.

Вид рентгенограми: ОПТГ.

Опис: На панорамній рентгенограмі відмічається порушення цілісності кісткової тканини в ділянці кута нижньої щелепи зліва із зміщенням малого фрагмента (<5 мм); лінія зламу проходить через ретинований і дистопований 38 зуб, візуалізується поперечний перелом дистального кореня 38 зуба.

Рентгенограма: Перелом гілки нижньої щелепи.

Вид рентгенограми: ОПТГ.

Опис: На панорамній рентгенограмі відмічається порушення цілісності кісткової тканини в ділянці гілки нижньої щелепи зліва без зміщення фрагментів; лінія зламу проходить косо від півмісяцевої вирізки до задньоангулярної ділянки.

Рентгенограма: Ментальний перелом нижньої щелепи.

Вид рентгенограми: ОПТГ.

Опис: На панорамній рентгенограмі відмічається порушення цілісності кісткової тканини в ментальній ділянці нижньої щелепи справа із незначним зміщенням малого фрагмента (до 5 мм); лінія зламу проходить між 45 та 44 зубами, через ментальний отвір.

Рентгенограма: Серединний перелом нижньої щелепи.

Вид рентгенограми: ОПТГ.

Опис: На панорамній рентгенограмі відмічається порушення цілісності кісткової тканини у фронтальній ділянці нижньої щелепи по серединній лінії між 41 та 31 зубами без зміщення фрагментів; лінія зламу проходить через альвеолу 31 зуба.

Рентгенограма: остеома в ділянці кута нижньої щелепи справа.

Вид рентгенограми: ОПТГ

Опис: на панорамній рентгенограмі в ділянці кута нижньої щелепи справа візуалізується гомогенне вогнище затемнення округлої форми із чіткими контурами не зв'язане із сусідніми кістковими анатомічними утвореннями розміром 1,5*1,3 см. Оптична щільність утвору перевищує щільність оточуючої кісткової тканини. Патології зубів нижньої щелепи справа рентгенологічно не вивлено.

Рентгенограма: Амелобластома

Вид рентгенограми: ОПТГ

Опис: На панорамній рентгенограмі відмічаються множинні дотичні вогнища деструкції кісткової тканини округлої форми, різної величини (найбільше до 4-ох см. в діаметрі), з чіткими, але нерівними краями в ділянці кута нижньої щелепи зліва. Порожнини різної величини, відокремлені одна від одної кістковими перегородками. В ділянку деструкції проєктуються корені 37 та напівретинованого 38 зубів; періодонтальні щілини контуруються на всьому протязі. Нижньощелеповий канал в цій ділянці не контурується.

АЛГОРИТМ ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИКІВ СТАНЦІЇ № 11

Місцеве знечулення та видалення зубів

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 11 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 11 зуба необхідно провести двосторонню інфраорбітальну та різцеву анестезію.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні інфраорбітальної анестезії є підочноямковий отвір, який розташований на 0,5—0,8 см нижче від середини нижнього краю очної ямки або вилично-верхньощелепного шва та трохи досередини — до 0,5 см.

Цільовим пунктом при виконанні різцевої анестезії є різцевий отвір, який знаходиться на місці перетину серединного піднебінного шва з лінією, що з'єднує дистальні краї іклів. Для знаходження отвору можна керуватись його розміщенням у відношенні до зубів або альвеолярного відростку. Різцевий отвір знаходиться на серединному піднебінному шві на 8 мм позаду від ділянки альвеолярного відростку між медіальними верхніми різцями, або на 10 мм позаду від місця контакту цих зубів.

Нерви, які блокуються.

Блокуються передні та середні верхні альвеолярні нерви при виконанні інфраорбітальних анестезій та різцевий нерв при різцевій анестезії.

Точка вколу (анатомічні орієнтири).

При внутрішньоротовому методі проведення інфраорбітальної анестезії середній палець лівої руки знаходиться на шкірі обличчя в проекції підочноямкового отвору, вказівним і великим пальцями цієї руки відтягується верхня губа вгору і трохи вперед. Вкол голки здійснюється в перехідну складку на рівні між країнами верхнього центрального і бічного різців.

При зовніротовому методі вказівним пальцем пальпують середину нижньоочномковому краю та захищають ним вхід до очної ямки. Голку вводять на рівні крила носа в носо-щічну складку.

При внутрішньоротовому способі проведення різцевої анестезії при закинутій голові пацієнта та широко відкритому роті голку вколюють збоку під основу різцевого сосочка, що розташований позаду проміжку між центральними верхніми різцями та спрямовують її до передньої стінки альвеолярного відростку верхньої щелепи та паралельно осі медіальних верхніх різців.

При внутрішньоносовій анестезії голку вводять під слизову оболонку зі сторони маніпуляції біля носової перегородки (або з обох її боків) на 0,5—1 см від носової ості

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

При інфраорбітальній анестезії голку вводять у перехідну складку на рівні між 1 та 2 зубами (різцями), проводять голку вгору-назад-назовні на глибину до 1,5—2 см, зрізом до кістки, до упору в кістку, проводять аспіраційну пробу на кров і при відсутності поранення судини випускають анестетик перед голкою.

За потреби введення розчину в підочноямковий канал голку вводять на глибину 5—7 мм, де випускають ще 0,5 мл розчину, але ввести розчин в канал можливо і шляхом притискання пальцем вже введенного біля каналу розчину, який під тиском проникає в канал.

При різцевій анестезії вводять голку збоку від сосочка на глибину 0,2—0,4 см до упору в кістку, проводять аспіраційну пробу на кров і при відсутності поранення судини випускають 0,5—0,7 мл розчину анестетика.

Зона знечулення.

При інфраорбітальній анестезії знечулюються різці, ікла та обидва премоляри, кісткова тканина альвеолярного відростка, вестибулярна поверхня слизової оболонки в ділянці цих зубів, а також передня та передньо-бокова поверхня верхньої щелепи і відповідна поверхня слизової оболонки гайморової пазухи, верхня губа з відповідної сторони, підочна ділянка, крило носа.

При різцевій анестезії знечулюється слизова оболонка й окістя коміркового відростка верхньої щелепи у вигляді трикутника, вершина якого спрямована до серединного шва, а сторони проходять через середину ікол.

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: Для видалення центрального різця хворий сидить в кріслі зі злегка закинutoю назад головою. Крісло піднімають, щоб зуб знаходився на рівні плечового суглобу лікаря.

Положення лікаря: спереду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та піднебінної сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення I1 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;
- голки для карпульного шприца;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- гладилка;
- прямі щипці зі щічками, що не сходяться, без шипів;
- прямі щипці зі щічками, що сходяться, без шипів;
- прямий елеватор;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримаючи щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили краї стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба ручки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видаляється.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

При виконанні цього етапу з огляду на форму кореня різця (їх корені мають округлу форму), вивихувати його легше ротаційними рухами. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб. Вивихують центральний різець у напрямку присінка порожнини рота.

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути краї альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20 хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 12 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 12 зуба необхідно провести **інфраорбітальну та різцеву анестезію**.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні **інфраорбітальної анестезії** є підочноямковий отвір, який розташований на 0,5—0,8 см нижче від середини нижнього краю очної ямки або вилично-верхньощелепного шва та трохи досередини — до 0,5 см.

Цільовим пунктом при виконанні **різцевої анестезії** є різцевий отвір, який знаходиться на місці перетину серединного піднебінного шва з лінією, що з'єднує дистальні краї іклів. Для знаходження отвору можна керуватись його розміщенням у відношенні до зубів або альвеолярного відростку. Різцевий отвір знаходиться на серединному піднебінному шві на 8 мм дозад від ділянки альвеолярного відростку між медіальними верхніми різцями, або на 10 мм дозад від місця контакту цих зубів.

Нерви, які блокуються.

Блокуються передні та середні верхні альвеолярні нерви при виконанні **інфраорбітальної анестезії** та різцевий нерв при **різцевій анестезії**.

Точка вколу (анатомічні орієнтири).

При внутрішньоротовому методі проведення **інфраорбітальної анестезії** середній палець лівої руки знаходиться на шкірі обличчя в проекції підочноямкового отвору, вказівним і великим пальцями цієї руки відтягується верхня губа вгору і трохи вперед. Вкол голки здійснюється в перехідну складку на рівні між країнами верхнього центрального і бічного різців.

При зовніротовому методі вказівним пальцем пальпують середину нижньоочноюмкового краю та захищають ним вхід до очної ямки. Голку вводять на рівні крила носа в носо-щічну складку.

При внутрішньоротовому способі проведення **різцевої анестезії** при закинутій голові пацієнта та широко відкритому роті голку вколюють збоку під основу різцевого сосочка, що розташований позаду проміжку між центральними верхніми різцями та спрямовують її до передньої стінки альвеолярного відростку верхньої щелепи та паралельно осі медіальних верхніх різців.

При внутрішньоносовій анестезії голку вводять під слизову оболонку зі сторони маніпуляції біля носової перегородки (або з обох її боків) на 0,5—1 см від носової ості

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

При **інфраорбітальній** анестезії голку вводять у перехідну складку на рівні між 1 та 2 зубами (різцями), проводять голку вгору-назад-назовні на глибину до 1,5—2 см, зрізом до кістки, до упору в кістку, проводять аспіраційну пробу на кров і при відсутності поранення судини випускають анестетик перед голкою.

За потреби введення розчину в підочноямковий канал голку вводять на глибину 5—7 мм, де випускають ще 0,5 мл розчину, але ввести розчин в канал можливо і шляхом притискання пальцем вже введенного біля каналу розчину, який під тиском проникає в канал.

При **різцевій анестезії** вводять голку збоку від сосочка на глибину 0,2—0,4 см до упору в кістку, проводять аспіраційну пробу на кров і при відсутності поранення судини випускають 0,5—0,7 мл розчину анестетика.

Зона знечуження.

При **інфраорбітальній анестезії** знечужуються різці, ікла та обидва премоляри, кісткова тканина альвеолярного відростка, вестибулярна поверхня слизової оболонки в ділянці цих зубів, а також

передня та передньо-бокова поверхня верхньої щелепи і відповідна поверхня слизової оболонки гайморової пазухи, верхня губа з відповідної сторони, підочна ділянка, крило носа.

При **різцевій анестезії** знечулюється слизова оболонка й окістя коміркового відростка верхньої щелепи у вигляді трикутника, вершина якого спрямована до серединного шва, а сторони проходять через середину ікол.

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: Для видалення латерального різця хворий сидить в кріслі зі злегка закинutoю назад головою. Крісло піднімають, щоб зуб знаходився на рівні плечового суглобу лікаря.

Положення лікаря: спереду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та піднебінної сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 12 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;
- голки для карпульного шприца;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- гладилка;
- прямі щипці зі щічками, що не сходяться, без шипів;
- прямі щипці зі щічками, що сходяться, без шипів;
- прямий елеватор;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримаючи щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили краї стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба ручки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видаляється.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

Корені бокових різців трохи сплюснені, верхівка загнута до піднебіння. Тому при видаленні цих зубів використовують ротаційні та люксаційні рухи.

При виконанні цього етапу лікар розхитує (люксація) 12 зуб в вестибулярну і оральну (піднебінну) сторону. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб, а також зміщуються і руйнуються стінки альвеоли. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору (вестибулярний).

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути краї альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20 хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 13 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 13 зуба необхідно провести **інфраорбітальну та різцеву анестезію**.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні **інфраорбітальної анестезії** є підчочномковий отвір, який розташований на 0,5—0,8 см нижче від середини нижнього краю очної ямки або вилично-верхньощелепного шва та трохи досередини — до 0,5 см.

Цільовим пунктом при виконанні **різцевої анестезії** є різцевий отвір, який знаходиться на місці перетину серединного піднебінного шва з лінією, що з'єднує дистальні краї іклів. Для знаходження отвору можна керуватись його розміщенням у відношенні до зубів або альвеолярного відростку. Різцевий отвір знаходиться на серединному піднебінному шві на 8 мм дозад від ділянки альвеолярного відростку між медіальними верхніми різцями, або на 10 мм дозад від місця контакту цих зубів.

Цільовим пунктом при виконанні **палатинальної анестезії** є великий піднебінний отвір. Проекція великого піднебінного отвору знаходиться на перетині трансверзальної лінії на рівні середини коронки третього або другого моляра, якщо третій моляр не прорізався і сагітальної лінії по середині коронки ікла. Також **орієнтиром** для визначення сагітальної лінії може бути половина піднебіння, яку ділять на три рівних частини і на лінії, яка відповідає 1/3 від краю альвеолярного відростку, знаходиться великий піднебінний отвір. При відсутності зубів великий піднебінний отвір визначають на 0,5 см до переду від межі твердого і м'якого піднебіння. В проекції отвору деколи видно невелике втягнення на слизовій оболонці.

Нерви, які блокуються.

Блокуються передні та середні верхні альвеолярні нерви при виконанні **інфраорбітальної анестезії** та різцевий нерв при **різцевій анестезії**, великий піднебінний нерв виконанні — **палатинальної анестезії**.

Точка вколу (анатомічні орієнтири).

При внутрішньоротовому методі проведення **інфраорбітальної анестезії** середній палець лівої руки знаходиться на шкірі обличчя в проекції підчочномкового отвору, вказівним і великим пальцями цієї руки відтягується верхня губа вгору і трохи вперед. Вкол голки здійснюється в перехідну складку на рівні між країнами верхнього центрального і бічного різців.

При зовніротовому методі вказівним пальцем пальпують середину нижньоочномкового краю та захищають ним вхід до очної ямки. Голку вводять на рівні крила носа в носо-щічну складку.

При внутрішньоротовому способі проведення **різцевої анестезії** при закинутій голові пацієнта та широко відкритому роті голку вколюють збоку під основу різцевого сосочка, що розташований позаду проміжку між центральними верхніми різцями та спрямовують її до передньої стінки альвеолярного відростку верхньої щелепи та паралельно осі медіальних верхніх різців.

При внутрішньоносовій анестезії голку вводять під слизову оболонку зі сторони маніпуляції біля носової перегородки (або з обох її боків) на 0,5—1 см від носової ості.

При блокаді великого піднебінного нерва укол голки проводять при широко відкритому роті пацієнта на 0,5-1 см до переду і до середини від проекції великого піднебінного отвору (палатинальна анестезія).

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

При **інфраорбітальній** анестезії голку вводять у перехідну складку на рівні між 1 та 2 зубами (різцями), проводять голку вгору-назад-назовні на глибину до 1,5—2 см, зрізом до кістки, до упору в кістку, проводять аспіраційну пробу на кров і при відсутності поранення судини випускають анестетик перед голкою.

За потреби введення розчину в підочноямковий канал голку вводять на глибину 5—7 мм, де випускають ще 0,5 мл розчину, але ввести розчин в канал можливо і шляхом притискання пальцем вже введенного біля каналу розчину, який під тиском проникає в канал.

При **різцевій анестезії** вводять голку збоку від сосочка на глибину 0,2—0,4 см до упору в кістку, проводять аспіраційну пробу на кров і при відсутності поранення судини випускають 0,5—0,7 мл розчину анестетика.

Голку просувають вгору, назад і назовні до кістки, входять у великий піднебінний отвір і випускають 0,5 мл анестетика (палатинальна анестезія).

Зона знечуження.

При **інфраорбітальній анестезії** знечужуються різці, ікла та обидва премоляри, кісткова тканина альвеолярного відростка, вестибулярна поверхня слизової оболонки в ділянці цих зубів, а також передня та передньо-бокова поверхня верхньої щелепи і відповідна поверхня слизової оболонки гайморової пазухи, верхня губа з відповідної сторони, підочна ділянка, крило носа.

При **різцевій анестезії** знечужується слизова оболонка й окістя коміркового відростка верхньої щелепи у вигляді трикутника, вершина якого спрямована до серединного шва, а сторони проходять через середину ікол.

Знечужується слизова оболонка, окістя твердого піднебіння від серединної лінії до гребеня альвеолярного відростка і до переду до середини ікла (палатинальна анестезія).

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: Для видалення ікла хворий сидить в кріслі зі злегка закинutoю назад головою. Крісло піднімають, щоб зуб знаходився на рівні плечового суглобу лікаря.

Положення лікаря: спереду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та піднебінної сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення ІЗ зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;
- голки для карпульного шприца;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- гладилка;
- прямі щипці зі щічками, що не сходяться, без шипів;
- прямі щипці зі щічками, що сходяться, без шипів;
- прямий елеватор;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і

запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримаючи щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили краї стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба ручки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видаляється.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

Враховуючи, що корінь ікла є масивним і має вигляд згладженого трикутника при його видаленні лікар використовує люксаційні (в вестибулярну та оральну сторони), а потім незначні ротаційні рухи. Всі ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору (вестибулярний).

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути краї альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20 хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 14 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 14 зуба необхідно провести **інфраорбітальну** та **палатинальну** анестезію.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні **інфраорбітальної** анестезії є підочний отвір, **палатинальної** – великий піднебінний отвір.

На віддалі близько 0,5 см медіальніше середини нижнього краю орбіти пальпується невелике підвищення або нерівність, що утворене на місці з'єднання верхньої щелепи з виличною кісткою. На 0,5-1 см нижче від нього знаходиться **підорбітальний отвір**. Останній знаходиться на одній вертикалі з серединою коронки другого премолара, або на вертикальній лінії, яка проведена через зіницю ока коли хворий дивиться прямо вперед.

Проекція великого **піднебінного отвору** знаходиться на перетині трансверзальної лінії на рівні середини коронки третього або другого моляра, якщо третій моляр не прорізався і сагітальної лінії по середині коронки ікла. Також орієнтиром для визначення сагітальної лінії може бути половина піднебіння, яку ділять на три рівних частини і на лінії, яка відповідає 1/3 від краю альвеолярного відростка, знаходиться великий піднебінний отвір. При відсутності зубів великий піднебінний

отвір визначають на 0,5 см до переду від межі твердого і м'якого піднебіння. В проекції отвору деколи видно невелике втягнення на слизовій оболонці.

Нерви, які блокуються.

Блокується периферична ділянка підочного нерва: передні і середні верхньоальвеолярні гілки, нервові розгалуження з підочноямкового отвору ("мала гусяча лапка"), а також блокується великий піднебінний нерв.

Точка вколу (анатомічні орієнтири).

При блокаді **підочного нерва** в місці цільового пункту анестезії вказівним пальцем лівої руки притискають до кістки м'які тканини. Великим пальцем відтягують вгору й назовні верхню губу. Голку вколюють в перехідну складку між верхівками коренів центрального і бокового різців, або над боковим різцем.

При проведенні зовнішньоротового способу точка вколу знаходиться на 0,5 см медіальніше і нижче від проекції підочного отвору.

При блокаді **великого піднебінного нерва** укол голки проводять при широко відкритому роті пацієнта на 0,5-1 см до переду і до середини від проекції великого піднебінного отвору.

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

Голку просувають у напрямку **підочного отвору** до заду, вгору і назовні. При цьому уявне продовження осі голки повинно пертинатись з ясенним сосочком між центральними різцями. Для безболісного виконання анестезії в тканини на всьому шляху просування голки випускають невелику кількість анестетика. Досягнувши голкою ділянки кістки під вказівним пальцем, гострим кінцем знаходять підорбітальний отвір. Введення голки в підорбітальний отвір викликає біль. Для знеболення місця просування голки випускають 0,5 мл анестетика, після чого голку вводять в канал на глибину 7-10 мм, впорскуючи туди 0,5-1,0 мл анестетика.

При палатинальній анестезії голку просувають вгору, назад і назовні до кістки, входять у **великий піднебінний отвір** і випускають 0,5 мл анестетика.

Зона знечулення.

Знечулюється шкіра підочної ділянки, крила носа, верхньої губи, слизова передсінку порожнини рота, альвеолярний відросток верхньої щелепи, передня частина верхньощелепної пазухи, різці, ікло та премоляри (**підочний нерв**).

Знечулюється слизова оболонка, окістя твердого піднебіння від серединної лінії до гребеня альвеолярного відростка і до переду до середини ікла (**великий піднебінний нерв**).

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: верхня щелепа знаходиться на рівні плечового суглобу лікаря; голова закинута дозаду і при видаленні правих премолярів повернена дещо вліво.

Положення лікаря: спереду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та піднебінної сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 14 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;
- голки для карпульного шприца;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- коронкові S-подібні щипці із гладкими щічками;
- кореневі S-подібні щипці із гладкими щічками;
- багнетоподібні кореневі щипці;
- прямий елеватор;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримаючи щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (щічної або губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили край стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба рукоятки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видаляється.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

При виконанні цього етапу лікар розхитує (люксація) 14 зуб в вестибулярну і язикову (піднебінну) сторону. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб, а також зміщуються і руйнуються стінки альвеоли. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору. При видаленні 14 зуба перший рух роблять назовні.

Обертальні рухи (ротація) при видаленні 14 зуба не застосовують.

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути край альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 15 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 15 зуба необхідно провести **інфраорбітальну** та **палатинальну** анестезії, а також інфільтраційну анестезію для виключення анастомозів із задніми верхньоальвеолярними гілками.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні **інфраорбітальної** анестезії є підочний отвір, **палатинальної** – великий піднебінний отвір.

На віддалі близько 0,5 см медіальніше середини нижнього краю орбіти пальпується невелике підвищення або нерівність, що утворене на місці з'єднання верхньої щелепи з виличною кісткою. На 0,5-1 см нижче від нього знаходиться **підорбітальний отвір**. Останній знаходиться на одній

вертикалі з серединою коронки другого премоляра, або на вертикальній лінії, яка проведена через зіницю ока коли хворий дивиться прямо вперед.

Проекція великого **піднебінного отвору** знаходиться на перетині трансверзальної лінії на рівні середини коронки третього або другого моляра, якщо третій моляр не прорізався і сагітальної лінії по середині коронки ікла. Також орієнтиром для визначення сагітальної лінії може бути половина піднебіння, яку ділять на три рівних частини і на лінії, яка відповідає 1/3 від краю альвеолярного відростка, знаходиться великий піднебінний отвір. При відсутності зубів великий піднебінний отвір визначають на 0,5 см до переду від межі твердого і м'якого піднебіння. В проекції отвору деколи видно невелике втягнення на слизовій оболонці.

Вводять невелику кількість анестетика **субмукозно** або **субперіостально** в перехідну складку за 15 зубом.

Нерви, які блокуються.

Блокується периферична ділянка підочного нерва: передні і середні верхньоальвеолярні гілки, нервові розгалуження з підочноямкового отвору ("мала гусяча лапка"), а також блокується великий піднебінний нерв.

Точка вколу (анатомічні орієнтири).

При блокаді **підочного нерва** в місці цільового пункту анестезії вказівним пальцем лівої руки притискають до кістки м'які тканини. Великим пальцем відтягують вгору й назовні верхню губу. Голку вколюють в перехідну складку між верхівками коренів центрального і бокового різців, або над боковим різцем.

При проведенні зовнішньоротового способу точка вколу знаходиться на 0,5 см медіальніше і нижче від проекції підочного отвору.

При блокаді **великого піднебінного нерва** укол голки проводять при широко відкритому роті пацієнта на 0,5-1 см до переду і до середини від проекції великого піднебінного отвору.

Для виключення анастомозів із задніми верхньоальвеолярними гілками голку вколюють у місці переходу нерухомої слизової оболонки ясен в рухому за 15 зубом.

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

Голку просувають у напрямку **підочного отвору** до заду, вгору і назовні. При цьому уявне продовження осі голки повинно пертнатись з ясенним сосочком між центральними різцями. Для безболісного виконання анестезії в тканини на всьому шляху просування голки випускають невелику кількість анестетика. Досягнувши голкою ділянки кістки під вказівним пальцем, гострим кінцем знаходять підорбітальний отвір. Введення голки в підорбітальний отвір викликає біль. Для знеболення місця просування голки випускають 0,5 мл анестетика, після чого голку вводять в канал на глибину 7-10 мм, впорскуючи туди 0,5-1,0 мл анестетика.

При **палатинальній** анестезії голку просувають вгору, назад і назовні до кістки, входять у великий піднебінний отвір і випускають 0,5 мл анестетика.

При **інфільтраційній** анестезії пальцями вільної руки, шпательом або дзеркалом відводять губу й оголюють перехідну складку слизової оболонки альвеолярного відростка щелепи. Спрямовують голку під кутом 45° до перехідної складки (зріз голки обернений до кістки) і вводять її в окістя або під нього. Слизова оболонка перехідної складки має підслизовий шар, тому введення анестетика не супроводжується вираженим болем, який спостерігають у разі його введення під слизову оболонку альвеолярного відростка, де немає підслизового шару. Під слизову оболонку вводять близько 0,5 мл анестетика, а за 20 – 30с проколюють окістя, просуваючи голку під кутом 45° у напрямку до верхівки кореня зуба. Для підокісного введення знеболювального розчину натискати на поршень шприца необхідно набагато сильніше, ніж під час звичайної анестезії.

Зона знечулення.

Знечулюється шкіра підочної ділянки, крила носа, верхньої губи, слизова передсінку порожнини рота, альвеолярний відросток верхньої щелепи, передня частина верхньощелепної пазухи, різці, ікло та премоляри (**підочний нерв**).

Знечулюється слизова оболонка, окістя твердого піднебіння від серединної лінії до гребеня альвеолярного відростка і до переду до середини ікла (**великий піднебінний нерв**).

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: верхня щелепа знаходиться на рівні плечового суглобу лікаря; голова закинута дозад і при видаленні правих премолярів повернена дещо вліво.

Положення лікаря: спереду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та піднебінної сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 15 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;
- голки для карпульного шприца;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- коронкові S-подібні щипці із гладкими щічками;
- кореневі S-подібні щипці із гладкими щічками;
- багнетоподібні кореневі щипці;
- прямий елеватор;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримавши щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (щічної або губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили краї стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба рукоятки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видалається.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

При виконанні цього етапу лікар розхитує (люксація) 15 зуб в вестибулярну і язикову (піднебінну) сторону. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб, а також зміщуються і руйнуються стінки альвеоли. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору. При видаленні 15 зуба перший рух роблять назвні.

Обертальні рухи (ротація) при видаленні 15 зуба не застосовують.

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назвні. Після видалення зуба потрібно стиснути краї альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 16 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 16 зуба необхідно провести **туберальну та палатинальну анестезію**.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні **туберальної анестезії** є дрібні отвори на задній поверхні горба верхньої щелепи. Отвори знаходяться на рівні третього моляра, на 18 – 20 мм вище від альвеолярного гребеня.

Цільовим пунктом при виконанні **палатинальної анестезії** є великий піднебінний отвір. Проекція великого піднебінного отвору знаходиться на перетині трансверзальної лінії на рівні середини коронки третього або другого моляра, якщо третій моляр не прорізався і сагітальної лінії по середині коронки ікла. Також **орієнтиром** для визначення сагітальної лінії може бути половина піднебіння, яку ділять на три рівних частини і на лінії, яка відповідає 1/3 від краю альвеолярного відростка, знаходиться великий піднебінний отвір. При відсутності зубів великий піднебінний отвір визначають на 0,5 см до переду від межі твердого і м'якого піднебіння. В проекції отвору деколи видно невелике втягнення на слизовій оболонці.

Нерви, які блокуються.

Блокуються верхні задні альвеолярні гілки верхньощелепного нерва при виконанні **туберальної анестезії**, великий піднебінний нерв виконанні – **палатинальної анестезії**.

Точка вколу (анатомічні орієнтири).

При напіввідкритому роті пацієнта кут рота і щоку відтягують шпателем. Голку розміщують під кутом 45° до альвеолярного відростка скосом до кістки. Укол проводять в слизову оболонку присінку рота в перехідну складку над другим або між другим та третім молярами. При відсутності зубів голку вколюють на дистальній поверхні вилично-альвеолярного гребеня.

При проведенні зовнішньоротового способу великим пальцем лівої руки пальпують передню поверхню вилично-альвеолярного гребеня, а вказівним – кут, утворений нижнім краєм виличної кістки і задньою поверхнею вилично-альвеолярного гребеня. М'які тканини щоки зміщають двома пальцями вниз. Укол голки здійснюють під передньо-нижнім кутом виличної кістки, на задній поверхні вилично-альвеолярного гребеня по нігтьовій фаланзі вказівного пальця. (**туберальна анестезія**).

При блокаді великого піднебінного нерва укол голки проводять при широко відкритому роті пацієнта на 0,5-1 см до переду і до середини від проекції великого піднебінного отвору (**палатинальна анестезія**).

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

Голку просувають вгору, назад і всередину, огинаючи випуклу частину верхньої щелепи в ділянці її горба, не втрачаючи контакту з поверхнею кістки. На всьому шляху просування голки випускають трохи знеболюючого розчину для уникнення пошкодження судин. При досягненні кінцем голки глибини 2-2,5 см, де знаходяться отвори на горбі верхньої щелепи, проводять аспіраційну пробу на кров і при відсутності поранення судини, випускають 1- 1,5 мл анестетика (**туберальна анестезія**).

Голку просувають вгору, назад і назовні до кістки, входять у великий піднебінний отвір і випускають 0,5 мл анестетика (**палатинальна анестезія**).

Зона знечуження.

Знечулюється присінок порожнини рота на рівні молярів, альвеолярний відросток, перший, другий та третій моляри, задньо-зовнішня стінка верхньощелепної пазухи (**туберальна анестезія**).

Знечулюється слизова оболонка, окістя твердого піднебіння від середньої лінії до гребеня альвеолярного відростка і до переду до середини ікла (**палатинальна анестезія**).

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: верхня щелепа знаходиться на рівні плечового суглоба лікаря; голова закинута дозад і при видаленні правих молярів повернена дещо вліво.

Положення лікаря: спереду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та піднебінної сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 16 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;
- голки для карпульного шприца;
- гладилка;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- S-подібні щипці з шипом на лівій щічці;
- байонетні щипці з вузькими щічками, що сходяться;
- прямий елеватор;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримавши щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (щічної або губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили краї стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба рукоятки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видаляється.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

При виконанні цього етапу лікар розхитує (люксація) 16 зуб в вестибулярну і оральну (піднебінну) сторону. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб, а також зміщуються і руйнуються стінки альвеоли. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору (піднебінний) тому, що зовнішня стінка шостого зуба потовщена за рахунок вилично-альвеолярного гребеня.

Обертальні рухи (ротація) при видаленні 16 зуба не застосовують.

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути краї альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і

запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20 хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 17 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 17 зуба необхідно провести туберальну та палатинальну анестезію.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні туберальної анестезії є дрібні отвори на задній поверхні горба верхньої щелепи. Отвори знаходяться на рівні третього моляра, на 18 – 20 мм вище від альвеолярного гребеня.

Цільовим пунктом при виконанні палатинальної анестезії є великий піднебінний отвір. Проекція великого піднебінного отвору знаходиться на перетині трансверзальної лінії на рівні середини коронки третього або другого моляра, якщо третій мольяр не прорізався і сагітальної лінії по середині коронки ікла. Також орієнтиром для визначення сагітальної лінії може бути половина піднебіння, яку ділять на три рівних частини і на лінії, яка відповідає 1/3 від краю альвеолярного відростка, знаходиться великий піднебінний отвір. При відсутності зубів великий піднебінний отвір визначають на 0,5 см до переду від межі твердого і м'якого піднебіння. В проекції отвору деколи видно невелике втягнення на слизовій оболонці.

Нерви, які блокуються.

Блокуються верхні задні альвеолярні гілки верхньощелепного нерва при виконанні туберальної анестезії, великий піднебінний нерв виконанні – палатинальної анестезії.

Точка вколу (анатомічні орієнтири).

При напіввідкритому роті пацієнта кут рота і щоку відтягують шпателем. Голку розмішують під кутом 45° до альвеолярного відростка скосом до кістки. Укол проводять в слизову оболонку присінку рота в перехідну складку над другим або між другим та третім молярами. При відсутності зубів голку вколюють на дистальній поверхні вилично-альвеолярного гребеня.

При проведенні зовнішньоротового способу великим пальцем лівої руки пальпують передню поверхню вилично-альвеолярного гребеня, а вказівним – кут, утворений нижнім краєм виличної кістки і задньою поверхнею вилично-альвеолярного гребеня. М'які тканини щоки зміщають двома пальцями вниз. Укол голки здійснюють під передньо-нижнім кутом виличної кістки, на задній поверхні вилично-альвеолярного гребеня по нігтьовій фаланзі вказівного пальця. (туберальна анестезія).

При блокаді великого піднебінного нерва укол голки проводять при широко відкритому роті пацієнта на 0,5-1 см до переду і до середини від проекції великого піднебінного отвору (палатинальна анестезія).

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

Голку просувають вгору, назад і всередину, огинаючи випуклу частину верхньої щелепи в ділянці її горба, не втрачаючи контакту з поверхнею кістки. На всьому шляху просування голки випускають трохи знеболюючого розчину для уникнення пошкодження судин. При досягненні кінцем голки глибини 2-2,5 см, де знаходяться отвори на горбі верхньої щелепи, проводять аспіраційну пробу на кров і при відсутності поранення судини, випускають 1- 1,5 мл анестетика (туберальна анестезія).

Голку просувають вгору, назад і назовні до кістки, входять у великий піднебінний отвір і випускають 0,5 мл анестетика (палатинальна анестезія).

Зона знечулення.

Знечулюється присінок порожнини рота на рівні молярів, альвеолярний відросток, перший, другий та третій моляри, задньо-зовнішня стінка верхньощелепної пазухи (**туберальна анестезія**).

Знечулюється слизова оболонка, окістя твердого піднебіння від серединної лінії до гребеня альвеолярного відростка і до переду до середини ікла (**палатинальна анестезія**).

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: верхня щелепа знаходиться на рівні плечового суглоба лікаря; голова закинута дозад і при видаленні правих молярів повернена дещо вліво.

Положення лікаря: спереду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та піднебінної сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 17 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;
- голки для карпульного шприца;
- гладилка;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- S-подібні щипці з шипом на лівій щічці;
- байонетні щипці з вузькими щічками, що сходяться;
- прямий елеватор;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримаючи щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (щічної або губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили краї стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба рукоятки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видалється.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

При виконанні цього етапу лікар розхитує (люксація) 17 зуб в вестибулярну і оральну (піднебінну) сторону. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб, а також зміщуються і руйнуються стінки альвеоли. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору (вестибулярний).

Обертальні рухи (ротація) при видаленні 17 зуба не застосовують.

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути краї альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20 хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 18 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 18 зуба необхідно провести **туберальну та палатинальну анестезію**.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні **туберальної анестезії** є дрібні отвори на задній поверхні горба верхньої щелепи. Отвори знаходяться на рівні третього моляра, на 18 – 20 мм вище від альвеолярного гребеня.

Цільовим пунктом при виконанні **палатинальної анестезії** є великий піднебінний отвір. Проекція великого піднебінного отвору знаходиться на перетині трансверзальної лінії на рівні середини коронки третього або другого моляра, якщо третій мolar не прорізався і сагітальної лінії по середині коронки ікла. Також **орієнтиром** для визначення сагітальної лінії може бути половина піднебіння, яку ділять на три рівних частини і на лінії, яка відповідає 1/3 від краю альвеолярного відростка, знаходиться великий піднебінний отвір. При відсутності зубів великий піднебінний отвір визначають на 0,5 см до переду від межі твердого і м'якого піднебіння. В проекції отвору деколи видно невелике втягнення на слизовій оболонці.

Нерви, які блокуються.

Блокуються верхні задні альвеолярні гілки верхньощелепного нерва при виконанні **туберальної анестезії**, великий піднебінний нерв виконанні – **палатинальної анестезії**.

Точка вколу (анатомічні орієнтири).

При напіввідкритому роті пацієнта кут рота і щоку відтягують шпателем. Голку розміщують під кутом 45° до альвеолярного відростка скосом до кістки. Укол проводять в слизову оболонку присінку рота в перехідну складку над другим або між другим та третім молярами. При відсутності зубів голку вколюють на дистальній поверхні вилично-альвеолярного гребеня.

При проведенні зовнішньоротового способу великим пальцем лівої руки пальпують передню поверхню вилично-альвеолярного гребеня, а вказівним – кут, утворений нижнім краєм виличної кістки і задньою поверхнею вилично-альвеолярного гребеня. М'які тканини щоки зміщають двома пальцями вниз. Укол голки здійснюють під передньо-нижнім кутом виличної кістки, на задній поверхні вилично-альвеолярного гребеня по нігтьовій фаланзі вказівного пальця. (**туберальна анестезія**).

При блокаді великого піднебінного нерва укол голки проводять при широко відкритому роті пацієнта на 0,5-1 см до переду і до середини від проекції великого піднебінного отвору (**палатинальна анестезія**).

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

Голку просувають вгору, назад і всередину, огинаючи випуклу частину верхньої щелепи в ділянці її горба, не втрачаючи контакту з поверхнею кістки. На всьому шляху просування голки випускають трохи знеболюючого розчину для уникнення пошкодження судин. При досягненні кінцем голки глибини 2-2,5 см, де знаходяться отвори на горбі верхньої щелепи, проводять аспіраційну пробу на кров і при відсутності поранення судини, випускають 1- 1,5 мл анестетика (**туберальна анестезія**).

Голку просувають вгору, назад і назовні до кістки, входять у великий піднебінний отвір і випускають 0,5 мл анестетика (**палатинальна анестезія**).

Зона знечуження.

Знечулюється присінок порожнини рота на рівні молярів, альвеолярний відросток, перший, другий та третій моляри, задньо-зовнішня стінка верхньощелепної пазухи (**туберальна анестезія**).

Знечулюється слизова оболонка, окістя твердого піднебіння від серединної лінії до гребеня альвеолярного відростка і до переду до середини ікла (**палатинальна анестезія**).

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: верхня щелепа знаходиться на рівні плечового суглоба лікаря; голова закинута дозад і при видаленні правих молярів повернена дещо вліво.

Положення лікаря: спереду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та піднебінної сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 18 зуба використовують:

- фантом голови з зубними рядами;
- муляж черепа;
- моделі щелеп із знімними альвеолярними відростками з імітацією слизової оболонки (замінної);
- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- гладилка;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- байонетні щипці з широкими щічками, що не сходяться;
- байонетні щипці з вузькими щічками, що сходяться;
- прямий елеватор;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримавши щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (щічної або губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили краї стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба рукоятки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видаляється.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

При виконанні цього етапу лікар розхитує (люксація) 18 зуб в вестибулярну і оральну (піднебінну) сторону. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб, а також зміщуються і руйнуються стінки альвеоли. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору (вестибулярний).

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути краї альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20 хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 21 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 21 зуба необхідно провести двосторонню **інфраорбітальну та різцеву анестезію**.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні **інфраорбітальної анестезії** є підочномковий отвір, який розташований на 0,5—0,8 см нижче від середини нижнього краю очної ямки або вилично-верхньощелепного шва та трохи досередини — до 0,5 см.

Цільовим пунктом при виконанні **різцевої анестезії** є різцевий отвір, який знаходиться на місці перетину серединного піднебінного шва з лінією, що з'єднує дистальні краї іклів. Для знаходження отвору можна керуватись його розміщенням у відношенні до зубів або альвеолярного відростку. Різцевий отвір знаходиться на серединному піднебінному шві на 8 мм дозад від ділянки альвеолярного відростку між медіальними верхніми різцями, або на 10 мм дозад від місця контакту цих зубів.

Нерви, які блокуються.

Блокуються передні та середні верхні альвеолярні нерви при виконанні **інфраорбітальних анестезій** та різцевий нерв при **різцевій анестезії**.

Точка вколу (анатомічні орієнтири).

При внутрішньоротовому методі проведення **інфраорбітальної анестезії** середній палець лівої руки знаходиться на шкірі обличчя в проекції підочномкового отвору, вказівним і великим пальцями цієї руки відтягується верхня губа вгору і трохи вперед. Вкол голки здійснюється в перехідну складку на рівні між країнами верхнього центрального і бічного різців.

При зовніротовому методі вказівним пальцем пальпують середину нижньоочномкового краю та захищають ним вхід до очної ямки. Голку вводять на рівні крила носа в носо-щічну складку.

При внутрішньоротовому способі проведення **різцевої анестезії** при закинутій голові пацієнта та широко відкритому роті голку вколюють збоку під основу різцевого сосочка, що розташований позаду проміжку між центральними верхніми різцями та спрямовують її до передньої стінки альвеолярного відростку верхньої щелепи та паралельно осі медіальних верхніх різців.

При внутрішньоносовій анестезії голку вводять під слизову оболонку зі сторони маніпуляції біля носової перегородки (або з обох її боків) на 0,5—1 см від носової ості

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

При **інфраорбітальній** анестезії голку вводять у перехідну складку на рівні між 1 та 2 зубами (різцями), проводять голку вгору-назад-назовні на глибину до 1,5—2 см, зрізом до кістки, до упору в кістку, проводять аспіраційну пробу на кров і при відсутності поранення судини випускають анестетик перед голкою.

За потреби введення розчину в підочномковий канал голку вводять на глибину 5—7 мм, де випускають ще 0,5 мл розчину, але ввести розчин в канал можливо і шляхом притискання пальцем вже введеного біля каналу розчину, який під тиском проникає в канал.

При різцевій анестезії вводять голку збоку від сосочка на глибину 0,2—0,4 см до упору в кістку, проводять аспіраційну пробу на кров і при відсутності поранення судини випускають 0,5—0,7 мл розчину анестетика.

Зона знечулення.

При інфраорбітальній анестезії знечуюються різці, ікла та обидва премоляри, кісткова тканина альвеолярного відростка, вестибулярна поверхня слизової оболонки в ділянці цих зубів, а також передня та передньо-бокова поверхня верхньої щелепи і відповідна поверхня слизової оболонки гайморової пазухи, верхня губа з відповідної сторони, підочна ділянка, крило носа.

При різцевій анестезії знечується слизова оболонка й окістя коміркового відростка верхньої щелепи у вигляді трикутника, вершина якого спрямована до серединного шва, а сторони проходять через середину ікол.

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: Для видалення центрального різця хворий сидить в кріслі зі злегка закинутою назад головою. Крісло піднімають, щоб зуб знаходився на рівні плечового суглобу лікаря.

Положення лікаря: спереду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та піднебінної сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 21 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;
- голки для карпульного шприца;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- гладилка;
- прямі щипці зі щічками, що не сходяться, без шипів;
- прямі щипці зі щічками, що сходяться, без шипів;
- прямий елеватор;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримаючи щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили край стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба ручки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видаляється.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

При виконанні цього етапу з огляду на форму кореня різця (їх корені мають округлу форму), вивихувати його легше ротаційними рухами. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб. Вивихують центральний різець у напрямку присінка порожнини рота.

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути краї альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20 хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 22 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 22 зуба необхідно провести **інфраорбітальну та різцеву анестезію**.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні **інфраорбітальної анестезії** є підчочномковий отвір, який розташований на 0,5—0,8 см нижче від середини нижнього краю очної ямки або вилично-верхньощелепного шва та трохи досередини — до 0,5 см.

Цільовим пунктом при виконанні **різцевої анестезії** є різцевий отвір, який знаходиться на місці перетину серединного піднебінного шва з лінією, що з'єднує дистальні краї іклів. Для знаходження отвору можна керуватись його розміщенням у відношенні до зубів або альвеолярного відростку. Різцевий отвір знаходиться на серединному піднебінному шві на 8 мм дозад від ділянки альвеолярного відростку між медіальними верхніми різцями, або на 10 мм дозад від місця контакту цих зубів.

Нерви, які блокуються.

Блокуються передні та середні верхні альвеолярні нерви при виконанні **інфраорбітальної анестезії** та різцевий нерв при **різцевій анестезії**.

Точка вколу (анатомічні орієнтири).

При внутрішньоротовому методі проведення **інфраорбітальної анестезії** середній палець лівої руки знаходиться на шкірі обличчя в проекції підчочномкового отвору, вказівним і великим пальцями цієї руки відтягується верхня губа вгору і трохи вперед. Вкол голки здійснюється в перехідну складку на рівні між країнами верхнього центрального і бічного різців.

При зовніротовому методі вказівним пальцем пальпують середину нижньоочномкового краю та захищають ним вхід до очної ямки. Голку вводять на рівні крила носа в носо-щічну складку.

При внутрішньоротовому способі проведення **різцевої анестезії** при закинутій голові пацієнта та широко відкритому роті голку вколюють збоку під основу різцевого сосочка, що розташований позаду проміжку між центральними верхніми різцями та спрямовують її до передньої стінки альвеолярного відростку верхньої щелепи та паралельно осі медіальних верхніх різців.

При внутрішньоносовій анестезії голку вводять під слизову оболонку зі сторони маніпуляції біля носової перегородки (або з обох її боків) на 0,5—1 см від носової ості

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

При **інфраорбітальній** анестезії голку вводять у перехідну складку на рівні між 1 та 2 зубами (різцями), проводять голку вгору-назад-назовні на глибину до 1,5—2 см, зрізом до кістки, до упору

в кістку, проводять аспіраційну пробу на кров і при відсутності поранення судини випускають анестетик перед голкою.

За потреби введення розчину в підочноямковий канал голку вводять на глибину 5—7 мм, де випускають ще 0,5 мл розчину, але ввести розчин в канал можливо і шляхом притискання пальцем вже введенного біля каналу розчину, який під тиском проникає в канал.

При різцевій анестезії вводять голку збоку від сосочка на глибину 0,2—0,4 см до упору в кістку, проводять аспіраційну пробу на кров і при відсутності поранення судини випускають 0,5—0,7 мл розчину анестетика.

Зона знечулення.

При **інфраорбітальній анестезії** знечулюються різці, ікла та обидва премолари, кісткова тканина альвеолярного відростка, вестибулярна поверхня слизової оболонки в ділянці цих зубів, а також передня та передньо-бокова поверхня верхньої щелепи і відповідна поверхня слизової оболонки гайморової пазухи, верхня губа з відповідної сторони, підочна ділянка, крило носа.

При **різцевій анестезії** знечулюється слизова оболонка й окістя коміркового відростка верхньої щелепи у вигляді трикутника, вершина якого спрямована до серединного шва, а сторони проходять через середину ікол.

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: Для видалення латерального різця хворий сидить в кріслі зі злегка закинutoю назад головою. Крісло піднімають, щоб зуб знаходився на рівні плечового суглобу лікаря.

Положення лікаря: спереду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та піднебінної сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 22 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;
- голки для карпульного шприца;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- гладилка;
- прямі щипці зі щічками, що не сходяться, без шипів;
- прямі щипці зі щічками, що сходяться, без шипів;
- прямий елеватор;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримаючи щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили краї стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щипок щипців на коронці або корені зуба ручки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видаляється.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

Корені бокових різців трохи сплюснені, верхівка загнута до піднебіння. Тому при видаленні цих зубів використовують ротаційні та люксаційні рухи.

При виконанні цього етапу лікар розхитує (люксація) 22 зуб в вестибулярну і оральну (піднебінну) сторону. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб, а також зміщуються і руйнуються стінки альвеоли. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору (вестибулярний).

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути краї альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20 хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 23 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 23 зуба необхідно провести **інфраорбітальну та різцеву анестезію**.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні **інфраорбітальної анестезії** є підочноямковий отвір, який розташований на 0,5—0,8 см нижче від середини нижнього краю очної ямки або вилично-верхньощелепного шва та трохи досередини — до 0,5 см.

Цільовим пунктом при виконанні **різцевої анестезії** є різцевий отвір, який знаходиться на місці перетину серединного піднебінного шва з лінією, що з'єднує дистальні краї іклів. Для знаходження отвору можна керуватись його розміщенням у відношенні до зубів або альвеолярного відростку. Різцевий отвір знаходиться на серединному піднебінному шві на 8 мм дозад від ділянки альвеолярного відростку між медіальними верхніми різцями, або на 10 мм дозад від місця контакту цих зубів.

Цільовим пунктом при виконанні **палатинальної анестезії** є великий піднебінний отвір. Проекція великого піднебінного отвору знаходиться на перетині трансверзальної лінії на рівні середини коронки третього або другого моляра, якщо третій моляр не прорізався і сагітальної лінії по середині коронки ікла. Також **орієнтиром** для визначення сагітальної лінії може бути половина піднебіння, яку ділять на три рівних частини і на лінії, яка відповідає 1/3 від краю альвеолярного відростка, знаходиться великий піднебінний отвір. При відсутності зубів великий піднебінний отвір визначають на 0,5 см до переду від межі твердого і м'якого піднебіння. В проекції отвору деколи видно невелике втягнення на слизовій оболонці.

Нерви, які блокуються.

Блокуються передні та середні верхні альвеолярні нерви при виконанні **інфраорбітальної анестезії** та різцевий нерв при **різцевій анестезії**, великий піднебінний нерв виконанні – **палатинальної анестезії**.

Точка вколу (анатомічні орієнтири).

При внутрішньоротовому методі проведення **інфраорбітальної анестезії** середній палець лівої руки знаходиться на шкірі обличчя в проекції підчочномкового отвору, вказівним і великим пальцями цієї руки відтягується верхня губа вгору і трохи вперед. Вкол голки здійснюється в перехідну складку на рівні між країнами верхнього центрального і бічного різців.

При зовніротовому методі вказівним пальцем пальпують середину нижньоочномкового краю та захищають ним вхід до очної ямки. Голку вводять на рівні крила носа в носо-щічну складку.

При внутрішньоротовому способі проведення **різцевої анестезії** при закинутій голові пацієнта та широко відкритому роті голку вколюють збоку під основу різцевого сосочка, що розташований позаду проміжку між центральними верхніми різцями та спрямовують її до передньої стінки альвеолярного відростку верхньої щелепи та паралельно осі медіальних верхніх різців.

При внутрішньоносовій анестезії голку вводять під слизову оболонку зі сторони маніпуляції біля носової перегородки (або з обох її боків) на 0,5—1 см від носової ості.

При блокаді великого піднебінного нерва укол голки проводять при широко відкритому роті пацієнта на 0,5-1 см до переду і до середини від проекції великого піднебінного отвору (**палатинальна анестезія**).

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

При **інфраорбітальній** анестезії голку вводять у перехідну складку на рівні між 1 та 2 зубами (різцями), проводять голку вгору-назад-назовні на глибину до 1,5—2 см, зрізом до кістки, до упору в кістку, проводять аспіраційну пробу на кров і при відсутності поранення судини випускають анестетик перед голкою.

За потреби введення розчину в підчочномковий канал голку вводять на глибину 5—7 мм, де випускають ще 0,5 мл розчину, але ввести розчин в канал можливо і шляхом притискання пальцем вже введенного біля каналу розчину, який під тиском проникає в канал.

При **різцевій анестезії** вводять голку збоку від сосочка на глибину 0,2—0,4 см до упору в кістку, проводять аспіраційну пробу на кров і при відсутності поранення судини випускають 0,5—0,7 мл розчину анестетика.

Голку просувають вверх, назад і назовні до кістки, входять у великий піднебінний отвір і випускають 0,5 мл анестетика (**палатинальна анестезія**).

Зона знечуження.

При **інфраорбітальній анестезії** знечулюються різці, ікла та обидва премоляри, кісткова тканина альвеолярного відростка, вестибулярна поверхня слизової оболонки в ділянці цих зубів, а також передня та передньо-бокова поверхня верхньої щелепи і відповідна поверхня слизової оболонки гайморової пазухи, верхня губа з відповідної сторони, підчочна ділянка, крило носа.

При **різцевій анестезії** знечулюється слизова оболонка й окістя коміркового відростка верхньої щелепи у вигляді трикутника, вершина якого спрямована до серединного шва, а сторони проходять через середину ікол.

Знечулюється слизова оболонка, окістя твердого піднебіння від серединної лінії до гребеня альвеолярного відростка і до переду до середини ікла (**палатинальна анестезія**).

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: Для видалення ікла хворий сидить в кріслі зі злегка закинутою назад головою. Крісло піднімають, щоб зуб знаходився на рівні плечового суглобу лікаря.

Положення лікаря: спереду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та піднебінної сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 23 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;
- голки для карпульного шприца;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- гладилка;
- прями щипці зі щічками, що не сходяться, без шипів;

- прямі щипці зі щічками, що сходяться, без шипів;
- прямий елеватор;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримаючи щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили краї стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба ручки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видалається.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

Враховуючи, що корінь ікла є масивним і має вигляд згладженого трикутника при його видаленні лікар використовує люксаційні (в вестибулярну та оральну сторони), а потім незначні ротаційні рухи. Всі ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору (вестибулярний).

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути краї альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20 хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь.

Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 24 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 24 зуба необхідно провести **інфраорбітальну та палатинальну анестезію**.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні інфраорбітальної анестезії є підочний отвір, палатинальної – великий піднебінний отвір.

На віддалі близько 0,5 см медіальніше середини нижнього краю орбіти пальпується невелике підвищення або нерівність, що утворене на місці з'єднання верхньої щелепи з виличною кісткою. На 0,5-1 см нижче від нього знаходиться **підорбітальний отвір**. Останній знаходиться на одній вертикалі з серединою коронки другого премоляра, або на вертикальній лінії, яка проведена через зіницю ока коли хворий дивиться прямо вперед.

Проекція великого **піднебінного отвору** знаходиться на перетині трансверзальної лінії на рівні середини коронки третього або другого моляра, якщо третій моляр не прорізався і сагітальної лінії по середині коронки ікла. Також орієнтиром для визначення сагітальної лінії може бути половина піднебіння, яку ділять на три рівних частини і на лінії, яка відповідає 1/3 від краю альвеолярного відростка, знаходиться великий піднебінний отвір. При відсутності зубів великий піднебінний отвір визначають на 0,5 см до переду від межі твердого і м'якого піднебіння. В проекції отвору деколи видно невелике втягнення на слизовій оболонці.

Нерви, які блокуються.

Блокується периферична ділянка підочного нерва: передні і середні верхньоальвеолярні гілки, нервові розгалуження з підочноямоквого отвору ("мала гусяча лапка"), а також блокується великий піднебінний нерв.

Точка вколу (анатомічні орієнтири).

При блокаді **підочного нерва** в місці цільового пункту анестезії вказівним пальцем лівої руки притискають до кістки м'які тканини. Великим пальцем відтягують вгору й назовні верхню губу. Голку вколюють в перехідну складку між верхівками коренів центрального і бокового різців, або над боковим різцем.

При проведенні зовнішньоротового способу точка вколу знаходиться на 0,5 см медіальніше і нижче від проекції підочного отвору.

При блокаді **великого піднебінного нерва** укол голки проводять при широко відкритому роті пацієнта на 0,5-1 см до переду і до середини від проекції великого піднебінного отвору.

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

Голку просувають у напрямку **підочного отвору** до заду, вгору і назовні. При цьому уявне продовження осі голки повинно пертнатись з ясенним сосочком між центральними різцями. Для безболісного виконання анестезії в тканини на всьому шляху просування голки випускають невелику кількість анестетика. Досягнувши голкою ділянки кістки під вказівним пальцем, гострим кінцем знаходять підорбітальний отвір. Введення голки в підорбітальний отвір викликає біль. Для знеболення місця просування голки випускають 0,5 мл анестетика, після чого голку вводять в канал на глибину 7-10 мм, впорскуючи туди 0,5-1,0 мл анестетика.

При палатинальній анестезії голку просувають вгору, назад і назовні до кістки, входять у великий піднебінний отвір і випускають 0,5 мл анестетика.

Зона знечулення.

Знечулюється шкіра підочної ділянки, крила носа, верхньої губи, слизова передсінку порожнини рота, альвеолярний відросток верхньої щелепи, передня частина верхньощелепної пазухи, різці, ікло та премоляри (**підочний нерв**).

Знечулюється слизова оболонка, окістя твердого піднебіння від серединної лінії до гребеня альвеолярного відростка і до переду до середини ікла (**великий піднебінний нерв**).

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: верхня щелепа знаходиться на рівні плечового суглобу лікаря; голова закинута дозаду і при видаленні лівих премолярів повернена дещо вправо.

Положення лікаря: спереду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та піднебінної сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 24 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;

- голки для карпульного шприца;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- коронкові S-подібні щипці із гладкими щічками;
- кореневі S-подібні щипці із гладкими щічками;
- багнетоподібні кореневі щипці;
- прямий елеватор;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримаючи щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (щічної або губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили краї стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба рукоятки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видаляється.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

При виконанні цього етапу лікар розхитує (люксація) 24 зуб в вестибулярну і язикову (піднебінну) сторону. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб, а також зміщуються і руйнуються стінки альвеоли. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору. При видаленні 24 зуба перший рух роблять назовні.

Обертальні рухи (ротація) при видаленні 24 зуба не застосовують.

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути краї альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 25 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 25 зуба необхідно провести **інфраорбітальну** та **палатинальну** анестезії, а також інфільтраційну анестезію для виключення анастомозів із задніми верхньоальвеолярними гілками.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні інфраорбітальної анестезії є підочний отвір, палатинальної – великий піднебінний отвір.

На віддалі близько 0,5 см медіальніше середини нижнього краю орбіти пальпується невелике підвищення або нерівність, що утворене на місці з'єднання верхньої щелепи з виличною кісткою. На 0,5-1 см нижче від нього знаходиться **підорбітальний отвір**. Останній знаходиться на одній вертикалі з серединою коронки другого премоляра, або на вертикальній лінії, яка проведена через зіницю ока коли хворий дивиться прямо вперед.

Проекція великого **піднебінного отвору** знаходиться на перетині трансверзальної лінії на рівні середини коронки третього або другого моляра, якщо третій моляр не прорізався і сагітальної лінії по середині коронки ікла. Також орієнтиром для визначення сагітальної лінії може бути половина піднебіння, яку ділять на три рівних частини і на лінії, яка відповідає 1/3 від краю альвеолярного відростка, знаходиться великий піднебінний отвір. При відсутності зубів великий піднебінний отвір визначають на 0,5 см до переду від межі твердого і м'якого піднебіння. В проекції отвору деколи видно невелике втягнення на слизовій оболонці.

Вводять невелику кількість анестетика **субмукозно** або **субперіостально** в перехідну складку за 25 зубом.

Нерви, які блокуються.

Блокується периферична ділянка підочного нерва: передні і середні верхньоальвеолярні гілки, нервові розгалуження з підочноямкового отвору ("мала гусяча лапка"), а також блокується великий піднебінний нерв.

Точка вколу (анатомічні орієнтири).

При блокаді **підочного нерва** в місці цільового пункту анестезії вказівним пальцем лівої руки притискають до кістки м'які тканини. Великим пальцем відтягують вгору й назовні верхню губу. Голку вколюють в перехідну складку між верхівками коренів центрального і бокового різців, або над боковим різцем.

При проведенні зовнішньоротового способу точка вколу знаходиться на 0,5 см медіальніше і нижче від проекції підочного отвору.

При блокаді **великого піднебінного нерва** укол голки проводять при широко відкритому роті пацієнта на 0,5-1 см до переду і до середини від проекції великого піднебінного отвору.

Для виключення анастомозів із задніми верхньоальвеолярними гілками голку вколюють у місці переходу нерухомої слизової оболонки ясен в рухому за 25 зубом.

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

Голку просувають у напрямку **підочного отвору** до заду, вверх і назовні. При цьому уявне продовження осі голки повинно пертинатись з ясенним сосочком між центральними різцями. Для безболісного виконання анестезії в тканини на всьому шляху просування голки випускають невелику кількість анестетика. Досягнувши голкою ділянки кістки під вказівним пальцем, гострим кінцем знаходять підорбітальний отвір. Введення голки в підорбітальний отвір викликає біль. Для знеболення місця просування голки випускають 0,5 мл анестетика, після чого голку вводять в канал на глибину 7-10 мм, впорскуючи туди 0,5-1,0 мл анестетика.

При **палатинальній** анестезії голку просувають вверх, назад і назовні до кістки, входять у великий піднебінний отвір і випускають 0,5 мл анестетика.

При **інфільтраційній** анестезії пальцями вільної руки, шпателем або дзеркалом відводять губу й оголюють перехідну складку слизової оболонки альвеолярного відростка щелепи. Спрямовують голку під кутом 45° до перехідної складки (зріз голки обернений до кістки) і вводять її в окістя або під нього. Слизова оболонка перехідної складки має підслизовий шар, тому введення анестетика не супроводжується вираженим болем, який спостерігають у разі його введення під слизову оболонку альвеолярного відростка, де немає підслизового шару. Під слизову оболонку вводять близько 0,5 мл анестетика, а за 20 – 30с проколюють окістя, просуваючи голку під кутом 45° у

напрямку до верхівки кореня зуба. Для підокісного введення знеболювального розчину натискати на поршень шприца необхідно набагато сильніше, ніж під час звичайної анестезії.

Зона знечулення.

Знечулюється шкіра підочної ділянки, крила носа, верхньої губи, слизова передсінку порожнини рота, альвеолярний відросток верхньої щелепи, передня частина верхньощелепної пазухи, різці, ікло та премоляри (**підочний нерв**).

Знечулюється слизова оболонка, окістя твердого піднебіння від серединної лінії до гребеня альвеолярного відростка і до переду до середини ікла (**великий піднебінний нерв**).

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: верхня щелепа знаходиться на рівні плечового суглобу лікаря; голова закинута дозад і при видаленні лівих премолярів повернена дещо вправо.

Положення лікаря: спереду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та піднебінної сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 25 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;
- голки для карпульного шприца;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- коронкові S-подібні щипці із гладкими щічками;
- кореневі S-подібні щипці із гладкими щічками;
- багнетоподібні кореневі щипці;
- прямий елеватор;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримаючи щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (щічної або губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили краї стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба рукоятки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видалається.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

При виконанні цього етапу лікар розхитує (люксація) 25 зуб в вестибулярну і язикову (піднебінну) сторону. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб, а також зміщуються і руйнуються стінки альвеоли.

Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору. При видаленні 25 зуба перший рух роблять назовні.

Обертальні рухи (ротація) при видаленні 25 зуба не застосовують.

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути краї альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 26 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 26 зуба необхідно провести **туберальну та палатинальну анестезію**.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні **туберальної анестезії** є дрібні отвори на задній поверхні горба верхньої щелепи. Отвори знаходяться на рівні третього моляра, на 18 – 20 мм вище від альвеолярного гребеня.

Цільовим пунктом при виконанні **палатинальної анестезії** є великий піднебінний отвір. Проекція великого піднебінного отвору знаходиться на перетині трансверзальної лінії на рівні середини коронки третього або другого моляра, якщо третій моляр не прорізався і сагітальної лінії по середині коронки ікла. Також **орієнтиром** для визначення сагітальної лінії може бути половина піднебіння, яку ділять на три рівних частини і на лінії, яка відповідає 1/3 від краю альвеолярного відростка, знаходиться великий піднебінний отвір. При відсутності зубів великий піднебінний отвір визначають на 0,5 см до переду від межі твердого і м'якого піднебіння. В проекції отвору деколи видно невелике втягнення на слизовій оболонці.

Нерви, які блокуються.

Блокуються верхні задні альвеолярні гілки верхньощелепного нерва при виконанні **туберальної анестезії**, великий піднебінний нерв виконанні – **палатинальної анестезії**.

Точка вколу (анатомічні орієнтири).

При напіввідкритому роті пацієнта кут рота і щоку відтягують шпателем. Голку розміщують під кутом 45° до альвеолярного відростка скосом до кістки. Укол проводять в слизову оболонку присінку рота в перехідну складку над другим або між другим та третім молярами. При відсутності зубів голку вколюють на дистальній поверхні вилично-альвеолярного гребеня.

При проведенні зовнішньоротового способу великим пальцем лівої руки пальпують передню поверхню вилично-альвеолярного гребеня, а вказівним – кут, утворений нижнім краєм виличної кістки і задньою поверхнею вилично-альвеолярного гребеня. М'які тканини щоки зміщають двома пальцями вниз. Укол голки здійснюють під передньо-нижнім кутом виличної кістки, на задній поверхні вилично-альвеолярного гребеня по нігтьовій фаланзі вказівного пальця. (**туберальна анестезія**).

При блокаді великого піднебінного нерва укол голки проводять при широко відкритому роті пацієнта на 0,5-1 см до переду і до середини від проекції великого піднебінного отвору (**палатинальна анестезія**).

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

Голку просувають вгору, назад і всередину, огинаючи випуклу частину верхньої щелепи в ділянці її горба, не втрачаючи контакту з поверхнею кістки. На всьому шляху просування голки

випускають трохи знеболюючого розчину для уникнення пошкодження судин. При досягненні кінцем голки глибини 2-2,5 см, де знаходяться отвори на горбі верхньої щелепи, проводять аспіраційну пробу на кров і при відсутності поранення судини, випускають 1- 1,5 мл анестетика (**туберальна анестезія**).

Голку просувають вверх, назад і назовні до кістки, входять у великий піднебінний отвір і випускають 0,5 мл анестетика (**палатинальна анестезія**).

Зона знечулення.

Знечулюється присінок порожнини рота на рівні молярів, альвеолярний відросток, перший, другий та третій моляри, задньо-зовнішня стінка верхньощелепної пазухи (**туберальна анестезія**).

Знечулюється слизова оболонка, окістя твердого піднебіння від серединної лінії до гребеня альвеолярного відростка і до переду до середини ікла (**палатинальна анестезія**).

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: верхня щелепа знаходиться на рівні плечового суглоба лікаря; голова закинута дозад і при видаленні лівих молярів повернена дещо вправо.

Положення лікаря: спереду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та піднебінної сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 26 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;
- голки для карпульного шприца;
- гладилка;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- S-подібні щипці з шипом на правій щічці;
- байонетні щипці з вузькими щічками, що сходяться;
- прямий елеватор;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримаючи щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (щічної або губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили краї стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба рукоятки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видалається.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

При виконанні цього етапу лікар розхитує (люксація) 26 зуб в вестибулярну і оральну (піднебінну) сторону. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб, а також зміщуються і руйнуються стінки альвеоли. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору (піднебінний) тому, що зовнішня стінка шостого зуба потовщена за рахунок вилично-альвеолярного гребеня.

Обертальні рухи (ротація) при видаленні 26 зуба не застосовують.

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути краї альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20 хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 27 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 27 зуба необхідно провести **туберальну та палатинальну анестезію**.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні **туберальної анестезії** є дрібні отвори на задній поверхні горба верхньої щелепи. Отвори знаходяться на рівні третього моляра, на 18 – 20 мм вище від альвеолярного гребеня.

Цільовим пунктом при виконанні **палатинальної анестезії** є великий піднебінний отвір. Проекція великого піднебінного отвору знаходиться на перетині трансверзальної лінії на рівні середини коронки третього або другого моляра, якщо третій моляр не прорізався і сагітальної лінії по середині коронки ікла. Також **орієнтиром** для визначення сагітальної лінії може бути половина піднебіння, яку ділять на три рівних частини і на лінії, яка відповідає 1/3 від краю альвеолярного відростка, знаходиться великий піднебінний отвір. При відсутності зубів великий піднебінний отвір визначають на 0,5 см до переду від межі твердого і м'якого піднебіння. В проекції отвору деколи видно невелике втягнення на слизовій оболонці.

Нерви, які блокуються.

Блокуються верхні задні альвеолярні гілки верхньощелепного нерва при виконанні **туберальної анестезії**, великий піднебінний нерв виконанні – **палатинальної анестезії**.

Точка вколу (анатомічні орієнтири).

При напіввідкритому роті пацієнта кут рота і щоку відтягують шпателем. Голку розміщують під кутом 45° до альвеолярного відростка скосом до кістки. Укол проводять в слизову оболонку присінку рота в перехідну складку над другим або між другим та третім молярами. При відсутності зубів голку вколюють на дистальній поверхні вилично-альвеолярного гребеня.

При проведенні зовнішньоротового способу великим пальцем лівої руки пальпують передню поверхню вилично-альвеолярного гребеня, а вказівним – кут, утворений нижнім краєм виличної кістки і задньою поверхнею вилично-альвеолярного гребеня. М'які тканини щоки зміщають двома пальцями вниз. Укол голки здійснюють під передньо-нижнім кутом виличної кістки, на задній поверхні вилично-альвеолярного гребеня по нігтьовій фаланзі вказівного пальця. (**туберальна анестезія**).

При блокаді великого піднебінного нерва укол голки проводять при широко відкритому роті пацієнта на 0,5-1 см до переду і до середини від проекції великого піднебінного отвору (**палатинальна анестезія**).

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

Голку просувають вгору, назад і всередину, огинаючи випуклу частину верхньої щелепи в ділянці її горба, не втрачаючи контакту з поверхнею кістки. На всьому шляху просування голки випускають трохи знеболюючого розчину для уникнення пошкодження судин. При досягненні кінцем голки глибини 2-2,5 см, де знаходяться отвори на горбі верхньої щелепи, проводять аспіраційну пробу на кров і при відсутності поранення судини, випускають 1- 1,5 мл анестетика (**туберальна анестезія**).

Голку просувають вгору, назад і назовні до кістки, входять у великий піднебінний отвір і випускають 0,5 мл анестетика (**палатинальна анестезія**).

Зона знечуження.

Знечулюється присінок порожнини рота на рівні молярів, альвеолярний відросток, перший, другий та третій моляри, задньо-зовнішня стінка верхньощелепної пазухи (**туберальна анестезія**).

Знечулюється слизова оболонка, окістя твердого піднебіння від середньої лінії до гребеня альвеолярного відростка і до переду до середини ікла (**палатинальна анестезія**).

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: верхня щелепа знаходиться на рівні плечового суглоба лікаря; голова закинута дозад і при видаленні лівих молярів повернена дещо вправо.

Положення лікаря: спереду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та піднебінної сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 27 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;
- голки для карпульного шприца;
- гладилка;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- S-подібні щипці з шипом на правій щічці;
- байонетні щипці з вузькими щічками, що сходяться;
- прямий елеватор;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримаючи щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (щічної або губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили край стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба рукоятки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видаляється.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

При виконанні цього етапу лікар розхитує (люксація) 27 зуб в вестибулярну і оральну (піднебінну) сторону. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб, а також зміщуються і руйнуються стінки альвеоли. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору (вестибулярний).

Обертальні рухи (ротація) при видаленні 27 зуба не застосовують.

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути краї альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20 хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 28 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 28 зуба необхідно провести туберальну та палатинальну анестезію.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні туберальної анестезії є дрібні отвори на задній поверхні горба верхньої щелепи. Отвори знаходяться на рівні третього моляра, на 18 – 20 мм вище від альвеолярного гребеня.

Цільовим пунктом при виконанні палатинальної анестезії є великий піднебінний отвір. Проекція великого піднебінного отвору знаходиться на перетині трансверзальної лінії на рівні середини коронки третього або другого моляра, якщо третій мolar не прорізався і сагітальної лінії по середині коронки ікла. Також **орієнтиром** для визначення сагітальної лінії може бути половина піднебіння, яку ділять на три рівних частини і на лінії, яка відповідає 1/3 від краю альвеолярного відростка, знаходиться великий піднебінний отвір. При відсутності зубів великий піднебінний отвір визначають на 0,5 см до переду від межі твердого і м'якого піднебіння. В проекції отвору деколи видно невелике втягнення на слизовій оболонці.

Нерви, які блокуються.

Блокуються верхні задні альвеолярні гілки верхньощелепного нерва при виконанні туберальної анестезії, великий піднебінний нерв виконанні – палатинальної анестезії.

Точка вколу (анатомічні орієнтири).

При напіввідкритому роті пацієнта кут рота і щоку відтягують шпателем. Голку розміщують під кутом 45° до альвеолярного відростка скосом до кістки. Укол проводять в слизову оболонку присінку рота в перехідну складку над другим або між другим та третім молярами. При відсутності зубів голку вколюють на дистальній поверхні вилично-альвеолярного гребеня.

При проведенні зовнішньоротового способу великим пальцем лівої руки пальпують передню поверхню вилично-альвеолярного гребеня, а вказівним – кут, утворений нижнім краєм виличної кістки і задньою поверхнею вилично-альвеолярного гребеня. М'які тканини щоки зміщають двома пальцями вниз. Укол голки здійснюють під передньо-нижнім кутом виличної кістки, на задній поверхні вилично-альвеолярного гребеня по нігтьовій фаланзі вказівного пальця. (**туберальна анестезія**).

При блокаді великого піднебінного нерва укол голки проводять при широко відкритому роті пацієнта на 0,5-1 см до переду і до середини від проекції великого піднебінного отвору (**палатинальна анестезія**).

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.
Голку просувають вгору, назад і всередину, огинаючи випуклу частину верхньої щелепи в ділянці її горба, не втрачаючи контакту з поверхнею кістки. На всьому шляху просування голки випускають трохи знеболюючого розчину для уникнення пошкодження судин. При досягненні кінцем голки глибини 2-2,5 см, де знаходяться отвори на горбі верхньої щелепи, проводять аспіраційну пробу на кров і при відсутності поранення судини, випускають 1- 1,5 мл анестетика (**туберальна анестезія**).

Голку просувають вгору, назад і назовні до кістки, входять у великий піднебінний отвір і випускають 0,5 мл анестетика (**палатинальна анестезія**).

Зона знечуження.

Знечулюється присінок порожнини рота на рівні молярів, альвеолярний відросток, перший, другий та третій моляри, задньо-зовнішня стінка верхньощелепної пазухи (**туберальна анестезія**).

Знечулюється слизова оболонка, окістя твердого піднебіння від серединної лінії до гребеня альвеолярного відростка і до переду до середини ікла (**палатинальна анестезія**).

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: верхня щелепа знаходиться на рівні плечового суглоба лікаря; голова закинута дозад і при видаленні правих молярів повернена дещо вліво.

Положення лікаря: спереду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та піднебінної сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 28 зуба використовують:

- фантом голови з зубними рядами;
- муляж черепа;
- моделі щелеп із знімними альвеолярними відростками з імітацією слизової оболонки (замінної);
- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- гладилка;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- байонетні щипці з широкими щічками, що не сходяться;
- байонетні щипці з вузькими щічками, що сходяться;
- прямий елеватор;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримаючи щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (щічної або губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили край стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба рукоятки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видаляється.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

При виконанні цього етапу лікар розхитує (люксація) 28 зуб в вестибулярну і оральну (піднебінну) сторону. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб, а також зміщуються і руйнуються стінки альвеоли. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору (вестибулярний).

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути край альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20 хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь.

Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 31 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 31 зуба необхідно провести **ментальну та язикову анестезію**.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні **ментальної анестезії** є підборідний отвір, який знаходиться приблизно посередині тіла нижньої щелепи (12-13 мм від нижнього краю) між першим і другим премолярами. При відсутності зубів орієнтуються на кут рота або на середину відстані від переднього краю жувального м'яза до серединної лінії. Слід пам'ятати, що підборідний отвір (устя каналу) обернений назад, догори і назовні.

Цільовим пунктом при виконанні **язикової анестезії** є найглибша ділянка слизової оболонки щелепно-язикового жолобка.

Нерви, які блокуються.

Блокується підборідний нерв та периферична частина нижньоальвеолярного нерва при **ментальній анестезії**, язиковий нерв при виконанні **язикової анестезії**.

Точка вколу (анатомічні орієнтири).

Для блокади підборідного нерва при зімкнених щелепах щоку відводять назовні, голку вколюють у перехідну складку на рівні середини першого моляра (**ментальна анестезія**).

При виконанні язикової анестезії відтягують язик у протилежний бік точка вколу знаходиться на рівні останнього моляра під слизову оболонку рота в найглибшій частині щелепно-язикового жолобка (**язикова анестезія**).

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

Голку просувають до кістки в напрямку вниз, вперед і до середини, в проекції верхівки кореня другого премоляра (проекція підборідного отвору) випускають 0,5 мл анестетика. Поколювання у нижній губі або відчуття провалювання вказує на місцезнаходження підборідного отвору, входять у нього і випускають 1,2 мл анестетика (**ментальна анестезія**).

Голку просувають під слизову оболонку і випускають 0,5 мл анестетика (**язикова анестезія**).

Зона знечулення.

Знечулюється фронтальна група зубів (різці, ікло, перший премоляр), альвеолярний відросток, слизова оболонка присінку рота, нижня губа, підборіддя (**ментальна анестезія**).

Знечулюється передні дві третини язика, слизова оболонка під'язикової ділянки та язикова поверхня альвеолярного відростка нижньої щелепи (**язикова анестезія**).

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: нижня щелепа знаходиться на рівні ліктьового суглоба лікаря; голова рівно.

Положення лікаря: спереду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та язикової сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 31 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;
- голки для карпульного шприца;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- коронкові дзьобоподібні щипці з гладкими щічками;
- кореневі дзьобоподібні щипці з гладкими щічками;
- прямий елеватор;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримаючи щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (щічної або губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили краї стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба рукоятки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видаляється.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

При виконанні цього етапу лікар розхитує (люксація) 31 зуб у вестибулярну і язикову сторону. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб, а також зміщуються і руйнуються стінки альвеоли. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору. При видаленні 31 зуба перший рух роблять назовні. Здійснюють обертальні рухи (ротація).

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків,

вниз і назовні Після видалення зуба потрібно стиснути краї альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20 хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 32 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 32 зуба необхідно провести **ментальну та язикову анестезію**.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні **ментальної анестезії** є підборідний отвір, який знаходиться приблизно посередині тіла нижньої щелепи (12-13 мм від нижнього краю) між першим і другим премолярами. При відсутності зубів орієнтуються на кут рота або на середину відстані від переднього краю жувального м'яза до серединної лінії. Слід пам'ятати, що підборідний отвір (устя каналу) обернений назад, догори і назовні.

Цільовим пунктом при виконанні **язикової анестезії** є найглибша ділянка слизової оболонки щелепно-язикового жолобка.

Нерви, які блокуються.

Блокується підборідний нерв та периферична частина нижньоальвеолярного нерва при **ментальній анестезії**, язиковий нерв при виконанні **язикової анестезії**.

Точка вколу (анатомічні орієнтири).

Для блокади підборідного нерва при зімкнених щелепах щоку відводять назовні, голку вколюють у перехідну складку на рівні середини першого моляра (**ментальна анестезія**).

При виконанні язикової анестезії відтягують язик у протилежний бік точка вколу знаходиться на рівні останнього моляра під слизову оболонку рота в найглибшій частині щелепно-язикового жолобка (**язикова анестезія**).

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

Голку просувають до кістки в напрямку вниз, вперед і до середини, в проекції верхівки кореня другого премоляра (проекція підборідного отвору) випускають 0,5 мл анестетика. Поколювання у нижній губі або відчуття провалювання вказує на місцезнаходження підборідного отвору, входять у нього і випускають 1,2 мл анестетика (**ментальна анестезія**).

Голку просувають під слизову оболонку і випускають 0,5 мл анестетика (**язикова анестезія**).

Зона знечуження.

Знечулюється фронтальна група зубів (різці, ікло, перший премоляр), альвеолярний відросток, слизова оболонка присінку рота, нижня губа, підборіддя (**ментальна анестезія**).

Знечулюється передні дві третини язика, слизова оболонка під'язикової ділянки та язикова поверхня альвеолярного відростка нижньої щелепи (**язикова анестезія**).

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: нижня щелепа знаходиться на рівні ліктьового суглоба лікаря; голова рівно.

Положення лікаря: спереду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та язикової сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 32 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;

- голки для карпульного шприца;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- коронкові дзьобоподібні щипці з гладкими щічками;
- кореневі дзьобоподібні щипці з гладкими щічками;
- прямий елеватор;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримаючи щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (щічної або губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили край стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба рукоятки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видаляється.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

При виконанні цього етапу лікар розхитує (люксація) 32 зуб у вестибулярну і язикову сторону. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб, а також зміщуються і руйнуються стінки альвеоли. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору. При видаленні 32 зуба перший рух роблять назовні. Здійснюють обертальні рухи (ротація).

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути край альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20 хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 32 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 33 зуба необхідно провести **ментальну та язикову анестезію**.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні **ментальної анестезії** є підборідний отвір, який знаходиться приблизно посередині тіла нижньої щелепи (12-13 мм від нижнього краю) між першим і другим премолярами. При відсутності зубів орієнтуються на кут рота або на середину відстані від переднього краю жувального м'яза до середньої лінії. Слід пам'ятати, що підборідний отвір (устя каналу) обернений назад, догори і назовні.

Цільовим пунктом при виконанні **язикової анестезії** є найглибша ділянка слизової оболонки щелепно-язикового жолобка.

Нерви, які блокуються.

Блокується підборідний нерв та периферична частина нижньоальвеолярного нерва при **ментальній анестезії**, язиковий нерв при виконанні **язикової анестезії**.

Точка вколу (анатомічні орієнтири).

Для блокади підборідного нерва при зімкнених щелепах щоку відводять назовні, голку вколюють у перехідну складку на рівні середини першого моляра (**ментальна анестезія**).

При виконанні язикової анестезії відтягують язик у протилежний бік точка вколу знаходиться на рівні останнього моляра під слизову оболонку рота в найглибшій частині щелепно-язикового жолобка (**язикова анестезія**).

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

Голку просувають до кістки в напрямку вниз, вперед і до середини, в проекції верхівки кореня другого премоляра (проекція підборідного отвору) випускають 0,5 мл анестетика. Поколювання у нижній губі або відчуття провалювання вказує на місцезнаходження підборідного отвору, входять у нього і випускають 1,2 мл анестетика (**ментальна анестезія**).

Голку просувають під слизову оболонку і випускають 0,5 мл анестетика (**язикова анестезія**).

Зона знечуження.

Знечулюється фронтальна група зубів (різці, ікло, перший премоляр), альвеолярний відросток, слизова оболонка присінку рота, нижня губа, підборіддя (**ментальна анестезія**).

Знечулюється передні дві третини язика, слизова оболонка під'язикової ділянки та язикова поверхня альвеолярного відростка нижньої щелепи (**язикова анестезія**).

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: нижня щелепа знаходиться на рівні ліктьового суглоба лікаря; голова рівно, дещо повернена вправо.

Положення лікаря: спереду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та язикової сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 33 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;
- голки для карпульного шприца;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- коронкові дзьобоподібні щипці з гладкими щічками;
- кореневі дзьобоподібні щипці з гладкими щічками;
- прямий елеватор;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримаючи щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (щічної або губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили край стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба рукоятки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видаляється.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

При виконанні цього етапу лікар розхитує (люксація) 33 зуб у вестибулярну і язикову сторону. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб, а також зміщуються і руйнуються стінки альвеоли. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору. При видаленні 33 зуба перший рух роблять назовні. Здійснюють обертальні рухи (ротація).

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути край альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20 хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 34 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 34 зуба необхідно провести **ментальну та язикову анестезію**.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні **ментальної анестезії** є підборідний отвір, який знаходиться приблизно посередині тіла нижньої щелепи (12-13 мм від нижнього краю) між першим і другим премолярами. При відсутності зубів орієнтуються на кут рота або на середину відстані від переднього краю жувального м'яза до серединної лінії. Слід пам'ятати, що підборідний отвір (устя каналу) обернений назад, догори і назовні.

Цільовим пунктом при виконанні **язикової анестезії** є найглибша ділянка слизової оболонки щелепно-язикового жолобка.

Нерви, які блокуються.

Блокується підборідний нерв та периферична частина нижньоальвеолярного нерва при **ментальній анестезії**, язиковий нерв при виконанні **язикової анестезії**.

Точка вколу (анатомічні орієнтири).

Для блокади підборідного нерва при зімкнених щелепах щоку відводять назовні, голку вколюють у перехідну складку на рівні середини першого моляра (**ментальна анестезія**).

При виконанні язикової анестезії відтягують язик у протилежний бік точка вколу знаходиться на рівні останнього моляра під слизову оболонку рота в найглибшій частині щелепно-язикового жолобка (**язикова анестезія**).

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

Голку просувають до кістки в напрямку вниз, вперед і до середини, в проекції верхівки кореня другого премоляра (проекція підборідного отвору) випускають 0,5 мл анестетика. Поколювання у нижній губі або відчуття провалювання вказує на місцезнаходження підборідного отвору, входять у нього і випускають 1,2 мл анестетика (**ментальна анестезія**).

Голку просувають під слизову оболонку і випускають 0,5 мл анестетика (**язикова анестезія**).

Зона знечулення.

Знечулюється фронтальна група зубів (різці, ікло, перший премоляр), альвеолярний відросток, слизова оболонка присінку рота, нижня губа, підборіддя (**ментальна анестезія**).

Знечулюється передні дві третини язика, слизова оболонка під'язикової ділянки та язикова поверхня альвеолярного відростка нижньої щелепи (**язикова анестезія**).

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: нижня щелепа знаходиться на рівні ліктьового суглоба лікаря; голова рівно, дещо повернена вправо.

Положення лікаря: спереду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та язикової сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 34 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;
- голки для карпульного шприца;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- коронкові дзьобоподібні щипці з гладкими щічками;
- кореневі дзьобоподібні щипці з гладкими щічками;
- прямий елеватор;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримаючи щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (щічної або губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили краї стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба рукоятки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видаляється.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

При виконанні цього етапу лікар розхитує (люксація) 34 зуб у вестибулярну і язикову сторону. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб, а також зміщуються і руйнуються стінки альвеоли. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору. При видаленні 34 зуба перший рух роблять назовні. Здійснюють обертальні рухи (ротація).

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути краї альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20 хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 35 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 35 зуба необхідно провести **торусальну анестезію**.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні **торусальної анестезії** є нижньощелепне підвищення (torus mandibulare) на внутрішній поверхні гілки щелепи, яке утворене з'єднанням двох кісткових гребенів, що йдуть від вінцевого і суглобового відростків.

Нерви, які блокуються.

Блокується нижньоальвеолярний, язиковий та щічний нерв.

Точка уколу (анатомічні орієнтири).

Для блокади при широко відкритому роті пацієнта шприц з голкою розташовують перпендикулярно до місця уколу, яке знаходиться на 0,5 см нижче від жувальної поверхні верхніх великих корінних зубів, у латеральну борозну крило-нижньощелепної складки.

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

Голку просувають до кістки в горизонтальному напрямку дозад і назовні через слизову оболонку, пухку клітковину у напрямку нижньощелепного підвищення, на глибину 1,5-2 см, де вводять 1,7 мл анестетика.

Зона знечулення.

Знечується слизова оболонка щоки та альвеолярного відростка нижньої щелепи, альвеолярний відросток, зубний ряд половини щелепи, передні 2/3 язика, дно рота, нижня губа.

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: нижня щелепа знаходиться на рівні ліктьового суглоба лікаря; голова рівно, дещо повернена вправо.

Положення лікаря: спереду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та язикової сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 35 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;

- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;
- голки для карпульного шприца;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- коронкові дзьобоподібні щипці з гладкими щічками;
- кореневі дзьобоподібні щипці з гладкими щічками;
- прямий елеватор;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримаючи щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (щічної або губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили краї стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба рукоятки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видаляється.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

При виконанні цього етапу лікар розхитує (люксація) 35 зуб у вестибулярну і язикову сторону. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб, а також зміщуються і руйнуються стінки альвеоли. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору. При видаленні 35 зуба перший рух роблять назовні. Здійснюють обертальні рухи (ротація).

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути краї альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20 хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 36 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 36 зуба необхідно провести **торусальну анестезію**.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні **торусальної анестезії** є нижньощелепне підвищення (torus mandibulare) на внутрішній поверхні гілки щелепи, яке утворене з'єднанням двох кісткових гребенів, що йдуть від вінцевого і суглобового відростків.

Нерви, які блокуються.

Блокується нижньоальвеолярний, язиковий та щічний нерв.

Точка уколу (анатомічні орієнтири).

Для блокади при широко відкритому роті пацієнта шприц з голкою розташовують перпендикулярно до місця уколу, яке знаходиться на 0,5 см нижче від жувальної поверхні верхніх великих корінних зубів, у латеральну борозну крило-нижньощелепної складки.

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

Голку просувають до кістки в горизонтальному напрямку дозад і назовні через слизову оболонку, пухку клітковину у напрямку нижньощелепного підвищення, на глибину 1,5-2 см, де вводять 1,7 мл анестетика.

Зона знечуження.

Знечулюється слизова оболонка щоки та альвеолярного відростка нижньої щелепи, альвеолярний відросток, зубний ряд половини щелепи, передні 2/3 язика, дно рота, нижня губа.

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: нижня щелепа знаходиться на рівні ліктьового суглоба лікаря; голова рівно, дещо повернена вправо.

Положення лікаря: спереду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та язикової сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 36 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;
- голки для карпульного шприца;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- коронкові дзьобоподібні щипці з шипиками на щічках;
- кореневі дзьобоподібні щипці;
- прямий та кутові елеватори;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримаючи щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (щічної або губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили краї стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба рукоятки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видаляється.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

При виконанні цього етапу лікар розхитує (люксація) 36 зуб в вестибулярну і язикову сторону. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб, а також зміщуються і руйнуються стінки альвеоли. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору. При видаленні 36 зуба перший рух роблять назовні. Обертальні рухи (ротація) не здійснюють. При видаленні медіального кореня 36 зуба використовують елеватор лівий, вводячи його у лунку дистального кореня, при видаленні дистального кореня використовують елеватор правий, вводячи його у лунку медіального кореня.

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути краї альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20 хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 37 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 37 зуба необхідно провести **торусальну анестезію**.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні **торусальної анестезії** є нижньощелепне підвищення (torus mandibulare) на внутрішній поверхні гілки щелепи, яке утворене з'єднанням двох кісткових гребенів, що йдуть від вінцевого і суглобового відростків.

Нерви, які блокуються.

Блокується нижньоальвеолярний, язиковий та щічний нерв.

Точка уколу (анатомічні орієнтири).

Для блокади при широко відкритому роті пацієнта шприц з голкою розташовують перпендикулярно до місця уколу, яке знаходиться на 0,5 см нижче від жувальної поверхні верхніх великих корінних зубів, у латеральну борозну крило-нижньощелепної складки.

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

Голку просувають до кістки в горизонтальному напрямку дозад і назовні через слизову оболонку, пухку клітковину у напрямку нижньощелепного підвищення, на глибину 1,5-2 см, де вводять 1,7 мл анестетика.

Зона знечулення.

Знечується слизова оболонка щоки та альвеолярного відростка нижньої щелепи, альвеолярний відросток, зубний ряд половини щелепи, передні 2/3 язика, дно рота, нижня губа.

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: нижня щелепа знаходиться на рівні ліктьового суглоба лікаря; голова рівно, дещо повернена вправо.

Положення лікаря: спереду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та язикової сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 37 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;
- голки для карпульного шприца;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- коронкові дзьобоподібні щипці з шипиками на щічках;
- кореневі дзьобоподібні щипці;
- прямий та кутові елеватори;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримаючи щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (щічної або губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили краї стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба рукоятки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видаляється.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

При виконанні цього етапу лікар розхитує (люксація) 37 зуб в вестибулярну і язикову сторону. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб, а також зміщуються і руйнуються стінки альвеоли. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору. При видаленні 37 зуба перший рух роблять у язикову сторону. Обертальні рухи (ротація) не здійснюють. При видаленні медіального кореня 37 зуба використовують елеватор лівий, вводячи його у лунку дистального кореня, при видаленні дистального кореня використовують елеватор правий, вводячи його у лунку медіального кореня.

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути краї альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20 хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 38 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 38 зуба необхідно провести **торусальну анестезію**.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні **торусальної анестезії** є нижньощелепне підвищення (torus mandibulare) на внутрішній поверхні гілки щелепи, яке утворене з'єднанням двох кісткових гребенів, що йдуть від вінцевого і суглобового відростків.

Нерви, які блокуються.

Блокується нижньоальвеолярний, язиковий та щічний нерв.

Точка уколу (анатомічні орієнтири).

Для блокади при широко відкритому роті пацієнта шприц з голкою розташовують перпендикулярно до місця уколу, яке знаходиться на 0,5 см нижче від жувальної поверхні верхніх великих корінних зубів, у латеральну борозну крило-нижньощелепної складки.

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

Голку просувають до кістки в горизонтальному напрямку дозад і назовні через слизову оболонку, пухку клітковину у напрямку нижньощелепного підвищення, на глибину 1,5-2 см, де вводять 1,7 мл анестетика.

Зона знечуження.

Знечулюється слизова оболонка щоки та альвеолярного відростка нижньої щелепи, альвеолярний відросток, зубний ряд половини щелепи, передні 2/3 язика, дно рота, нижня губа.

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: нижня щелепа знаходиться на рівні ліктьового суглоба лікаря; голова рівно, дещо повернена вправо.

Положення лікаря: спереду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та язикової сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 38 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;
- голки для карпульного шприца;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- коронкові, зігнуті по площині, щипці із шипиками на щічках;
- прямий та кутові елеватори;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і

запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримаючи щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (щічної або губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили краї стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба рукоятки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видаляється.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

При виконанні цього етапу лікар розхитує (люксація) 38 зуб в вестибулярну і язикову сторону. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб, а також зміщуються і руйнуються стінки альвеоли. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору. При видаленні 38 зуба перший рух роблять досередини. Обертальні рухи (ротація) не здійснюють. При видаленні медіального кореня 38 зуба використовують елеватор лівий, вводячи його у лунку дистального кореня, при видаленні дистального кореня використовують елеватор правий, вводячи його у лунку медіального кореня.

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути краї альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20 хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 41 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 41 зуба необхідно провести **ментальну та язикову анестезію**.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні **ментальної анестезії** є підборідний отвір, який знаходиться приблизно посередині тіла нижньої щелепи (12-13 мм від нижнього краю) між першим і другим премолярами. При відсутності зубів орієнтуються на кут рота або на середину відстані від переднього краю жувального м'яза до серединної лінії. Слід пам'ятати, що підборідний отвір (устя каналу) обернений назад, догори і назовні.

Цільовим пунктом при виконанні **язикової анестезії** є найглибша ділянка слизової оболонки щелепно-язикового жолобка.

Нерви, які блокуються.

Блокується підборідний нерв та периферична частина нижньоальвеолярного нерва при **ментальній анестезії**, язиковий нерв при виконанні **язикової анестезії**.

Точка вколу (анатомічні орієнтири).

Для блокади підборідного нерва при зімкнених щелепах щоку відводять назвні, голку вколюють у перехідну складку на рівні середини першого моляра (**ментальна анестезія**).

При виконанні язикової анестезії відтягують язик у протилежний бік точка вколу знаходиться на рівні останнього моляра під слизову оболонку рота в найглибшій частині щелепно-язикового жолобка (**язикова анестезія**).

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

Голку просувають до кістки в напрямку вниз, вперед і до середини, в проекції верхівки кореня другого премоляра (проекція підборідного отвору) випускають 0,5 мл анестетика. Поколювання у нижній губі або відчуття провалювання вказує на місцезнаходження підборідного отвору, входять у нього і випускають 1,2 мл анестетика (**ментальна анестезія**).

Голку просувають під слизову оболонку і випускають 0,5 мл анестетика (**язикова анестезія**).

Зона знечулення.

Знечулюється фронтальна група зубів (різці, ікло, перший премоляр), альвеолярний відросток, слизова оболонка присінку рота, нижня губа, підборіддя (**ментальна анестезія**).

Знечулюється передні дві третини язика, слизова оболонка під'язикової ділянки та язикова поверхня альвеолярного відростка нижньої щелепи (**язикова анестезія**).

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: нижня щелепа знаходиться на рівні ліктьового суглоба лікаря; голова рівно.

Положення лікаря: спереду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та язикової сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 41 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;
- голки для карпульного шприца;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- коронкові дзьобоподібні щипці з гладкими щічками;
- кореневі дзьобоподібні щипці з гладкими щічками;
- прямий елеватор;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримавши щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (щічної або губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили краї стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба рукоятки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видаляється.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

При виконанні цього етапу лікар розхитує (люксація) 41 зуб у вестибулярну і язикову сторону. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб, а також зміщуються і руйнуються стінки альвеоли. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору. При видаленні 41 зуба перший рух роблять назовні. Здійснюють обертальні рухи (ротація).

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути краї альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20 хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 42 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 42 зуба необхідно провести ментальну та язикову анестезію.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні ментальної анестезії є підборідний отвір, який знаходиться приблизно посередині тіла нижньої щелепи (12-13 мм від нижнього краю) між першим і другим премолярами. При відсутності зубів орієнтуються на кут рота або на середину відстані від переднього краю жувального м'яза до серединної лінії. Слід пам'ятати, що підборідний отвір (устя каналу) обернений назад, догори і назовні.

Цільовим пунктом при виконанні язикової анестезії є найглибша ділянка слизової оболонки щелепно-язикового жолобка.

Нерви, які блокуються.

Блокується підборідний нерв та периферична частина нижньоальвеолярного нерва при ментальній анестезії, язиковий нерв при виконанні язикової анестезії.

Точка вколу (анатомічні орієнтири).

Для блокади підборідного нерва при зімкнених щелепах щоку відводять назовні, голку вколюють у перехідну складку на рівні середини першого моляра (ментальна анестезія).

При виконанні язикової анестезії відтягують язик у протилежний бік точка вколу знаходиться на рівні останнього моляра під слизову оболонку рота в найглибшій частині щелепно-язикового жолобка (язикова анестезія).

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

Голку просувають до кістки в напрямку вниз, вперед і до середини, в проекції верхівки кореня другого премоляра (проекція підборідного отвору) випускають 0,5 мл анестетика. Поколювання у нижній губі або відчуття провалювання вказує на місцезнаходження підборідного отвору, входять у нього і випускають 1,2 мл анестетика (ментальна анестезія).

Голку просувають під слизову оболонку і випускають 0,5 мл анестетика (язикова анестезія).

Зона знечулення.

Знечулюється фронтальна група зубів (різці, ікло, перший премоляр), альвеолярний відросток, слизова оболонка присінку рота, нижня губа, підборіддя (ментальна анестезія).

Знечулюється передні дві третини язика, слизова оболонка під'язикової ділянки та язикова поверхня альвеолярного відростка нижньої щелепи (**язикова анестезія**).

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: нижня щелепа знаходиться на рівні ліктьового суглоба лікаря; голова рівно.

Положення лікаря: спереду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та язикової сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 42 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;
- голки для карпульного шприца;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- коронкові дзьобоподібні щипці з гладкими щічками;
- кореневі дзьобоподібні щипці з гладкими щічками;
- прямий елеватор;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримаючи щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (щічної або губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили краї стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба рукоятки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видаляється.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

При виконанні цього етапу лікар розхитує (люксація) 42 зуб у вестибулярну і язикову сторону. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб, а також зміщуються і руйнуються стінки альвеоли. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору. При видаленні 42 зуба перший рух роблять назовні. Здійснюють обертальні рухи (ротація).

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути краї альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і

запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20 хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 43 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 43 зуба необхідно провести **ментальну та язикову анестезію**.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні **ментальної анестезії** є підборідний отвір, який знаходиться приблизно посередині тіла нижньої щелепи (12-13 мм від нижнього краю) між першим і другим премолярами. При відсутності зубів орієнтуються на кут рота або на середину відстані від переднього краю жувального м'яза до серединної лінії. Слід пам'ятати, що підборідний отвір (устя каналу) обернений назад, догори і назовні.

Цільовим пунктом при виконанні **язикової анестезії** є найглибша ділянка слизової оболонки щелепно-язикового жолобка.

Нерви, які блокуються.

Блокується підборідний нерв та периферична частина нижньоальвеолярного нерва при **ментальній анестезії**, язиковий нерв при виконанні **язикової анестезії**.

Точка вколу (анатомічні орієнтири).

Для блокади підборідного нерва при зімкнених щелепах щоку відводять назовні, голку вколюють у перехідну складку на рівні середини першого моляра (**ментальна анестезія**).

При виконанні язикової анестезії відтягують язик у протилежний бік точка вколу знаходиться на рівні останнього моляра під слизову оболонку рота в найглибшій частині щелепно-язикового жолобка (**язикова анестезія**).

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

Голку просувають до кістки в напрямку вниз, вперед і до середини, в проекції верхівки кореня другого премоляра (проекція підборідного отвору) випускають 0,5 мл анестетика. Поколювання у нижній губі або відчуття провалювання вказує на місцезнаходження підборідного отвору, входять у нього і випускають 1,2 мл анестетика (**ментальна анестезія**).

Голку просувають під слизову оболонку і випускають 0,5 мл анестетика (**язикова анестезія**).

Зона знечуження.

Знечулюється фронтальна група зубів (різці, ікло, перший премоляр), альвеолярний відросток, слизова оболонка присінку рота, нижня губа, підборіддя (**ментальна анестезія**).

Знечулюється передні дві третини язика, слизова оболонка під'язикової ділянки та язикова поверхня альвеолярного відростка нижньої щелепи (**язикова анестезія**).

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: нижня щелепа знаходиться на рівні ліктьового суглоба лікаря; голова рівно, дещо повернена вліво.

Положення лікаря: спереду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та язикової сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 43 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;
- голки для карпульного шприца;

- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- коронкові дзьобоподібні щипці з гладкими щічками;
- кореневі дзьобоподібні щипці з гладкими щічками;
- прямий елеватор;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримавши щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (щічної або губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили краї стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба рукоятки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видаляється.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

При виконанні цього етапу лікар розхитує (люксація) 43 зуб у вестибулярну і язикову сторону. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб, а також зміщуються і руйнуються стінки альвеоли. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору. При видаленні 43 зуба перший рух роблять назовні. Здійснюють обертальні рухи (ротація).

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути краї альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20 хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 44 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 44 зуба необхідно провести ментальну та язикову анестезію.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні **ментальної анестезії** є підборідний отвір, який знаходиться приблизно посередині тіла нижньої щелепи (12-13 мм від нижнього краю) між першим і другим премолярами. При відсутності зубів орієнтуються на кут рота або на середину відстані від переднього краю жувального м'яза до серединної лінії. Слід пам'ятати, що підборідний отвір (устя каналу) обернений назад, догори і назовні.

Цільовим пунктом при виконанні **язикової анестезії** є найглибша ділянка слизової оболонки щелепно-язикового жолобка.

Нерви, які блокуються.

Блокується підборідний нерв та периферична частина нижньоальвеолярного нерва при **ментальній анестезії**, язиковий нерв при виконанні **язикової анестезії**.

Точка вколу (анатомічні орієнтири).

Для блокади підборідного нерва при зімкнених щелепах щоку відводять назовні, голку вколюють у перехідну складку на рівні середини першого моляра (**ментальна анестезія**).

При виконанні язикової анестезії відтягують язик у протилежний бік точка вколу знаходиться на рівні останнього моляра під слизову оболонку рота в найглибшій частині щелепно-язикового жолобка (**язикова анестезія**).

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

Голку просувають до кістки в напрямку вниз, вперед і до середини, в проекції верхівки кореня другого премоляра (проекція підборідного отвору) випускають 0,5 мл анестетика. Поколювання у нижній губі або відчуття провалювання вказує на місцезнаходження підборідного отвору, входять у нього і випускають 1,2 мл анестетика (**ментальна анестезія**).

Голку просувають під слизову оболонку і випускають 0,5 мл анестетика (**язикова анестезія**).

Зона знечуження.

Знечулюється фронтальна група зубів (різці, ікло, перший премоляр), альвеолярний відросток, слизова оболонка присінку рота, нижня губа, підборіддя (**ментальна анестезія**).

Знечулюється передні дві третини язика, слизова оболонка під'язикової ділянки та язикова поверхня альвеолярного відростка нижньої щелепи (**язикова анестезія**).

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: нижня щелепа знаходиться на рівні ліктьового суглоба лікаря; голова рівно.

Положення лікаря: позаду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та язикової сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 44 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;
- голки для карпульного шприца;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- коронкові дзьобоподібні щипці з гладкими щічками;
- кореневі дзьобоподібні щипці з гладкими щічками;
- прямий елеватор;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і

запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримаючи щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (щічної або губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили краї стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба рукоятки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видаляється.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

При виконанні цього етапу лікар розхитує (люксація) 44 зуб у вестибулярну і язикову сторону. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб, а також зміщуються і руйнуються стінки альвеоли. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору. При видаленні 44 зуба перший рух роблять назовні. Здійснюють обертальні рухи (ротація).

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути краї альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20 хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 45 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 45 зуба необхідно провести **торусальну анестезію**.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні **торусальної анестезії** є нижньощелепне підвищення (torus mandibulare) на внутрішній поверхні гілки щелепи, яке утворене з'єднанням двох кісткових гребенів, що йдуть від вінцевого і суглобового відростків.

Нерви, які блокуються.

Блокується нижньоальвеолярний, язиковий та щічний нерв.

Точка вколу (анатомічні орієнтири).

Для блокади при широко відкритому роті пацієнта шприц з голкою розташовують перпендикулярно до місця уколу, яке знаходиться на 0,5 см нижче від жувальної поверхні верхніх великих корінних зубів, у латеральну борозну крило-нижньощелепної складки.

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

Голку просувають до кістки в горизонтальному напрямку дозад і назовні через слизову оболонку, пухку клітковину у напрямку нижньощелепного підвищення, на глибину 1,5-2 см, де вводять 1,7 мл анестетика.

Зона знечулення.

Знечулюється слизова оболонка щоки та альвеолярного відростка нижньої щелепи, альвеолярний відросток, зубний ряд половини щелепи, передні 2/3 язика, дно рота, нижня губа.

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: нижня щелепа знаходиться на рівні ліктьового суглоба лікаря; голова рівно.

Положення лікаря: позаду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та язикової сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 45 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;
- голки для карпульного шприца;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- коронкові дзьобоподібні щипці з гладкими щічками;
- кореневі дзьобоподібні щипці з гладкими щічками;
- прямий елеватор;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримаючи щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (щічної або губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили краї стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба рукоятки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видаляється.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

При виконанні цього етапу лікар розхитує (люксація) 45 зуб у вестибулярну і язикову сторону. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб, а також зміщуються і руйнуються стінки альвеоли. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору. При видаленні 45 зуба перший рух роблять назовні. Здійснюють обертальні рухи (ротація).

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути краї альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і

запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20 хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 46 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 46 зуба необхідно провести **торусальну анестезію**.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні **торусальної анестезії** є нижньощелепне підвищення (torus mandibulare) на внутрішній поверхні гілки щелепи, яке утворене з'єднанням двох кісткових гребенів, що йдуть від вінцевого і суглобового відростків.

Нерви, які блокуються.

Блокується нижньоальвеолярний, язиковий та щічний нерв.

Точка уколу (анатомічні орієнтири).

Для блокади при широко відкритому роті пацієнта шприц з голкою розташовують перпендикулярно до місця уколу, яке знаходиться на 0,5 см нижче від жувальної поверхні верхніх великих корінних зубів, у латеральну борозну крило-нижньощелепної складки.

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

Голку просувають до кістки в горизонтальному напрямку дозад і назовні через слизову оболонку, пухку клітковину у напрямку нижньощелепного підвищення, на глибину 1,5-2 см, де вводять 1,7 мл анестетика.

Зона знечулення.

Знечулюється слизова оболонка щоки та альвеолярного відростка нижньої щелепи, альвеолярний відросток, зубний ряд половини щелепи, передні 2/3 язика, дно рота, нижня губа.

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: нижня щелепа знаходиться на рівні ліктьового суглоба лікаря; голова рівно. Положення лікаря: позаду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та язикової сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 46 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;
- голки для карпульного шприца;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- коронкові дзьобоподібні щипці з шипиками на щічках;
- кореневі дзьобоподібні щипці;
- прямий та кутові елеватори;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримаючи щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (щічної або губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили край стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба рукоятки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видаляється.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

При виконанні цього етапу лікар розхитує (люксація) 46 зуб в вестибулярну і язикову сторону. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб, а також зміщуються і руйнуються стінки альвеоли. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору. При видаленні 46 зуба перший рух роблять назовні. Обертальні рухи (ротація) не здійснюють. При видаленні медіального кореня 46 зуба використовують елеватор правий, вводячи його у лунку дистального кореня, при видаленні дистального кореня використовують елеватор лівий, вводячи його у лунку медіального кореня.

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути край альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20 хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 47 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 47 зуба необхідно провести **торусальну анестезію**.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні **торусальної анестезії** є нижньощелепне підвищення (torus mandibulare) на внутрішній поверхні гілки щелепи, яке утворене з'єднанням двох кісткових гребенів, що йдуть від вінцевого і суглобового відростків.

Нерви, які блокуються.

Блокується нижньоальвеолярний, язиковий та щічний нерв.

Точка вколу (анатомічні орієнтири).

Для блокади при широко відкритому роті пацієнта шприц з голкою розташовують перпендикулярно до місця уколу, яке знаходиться на 0,5 см нижче від жувальної поверхні верхніх великих корінних зубів, у латеральну борозну крило-нижньощелепної складки.

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

Голку просувають до кістки в горизонтальному напрямку дозад і назовні через слизову оболонку, пухку клітковину у напрямку нижньощелепного підвищення, на глибину 1,5-2 см, де вводять 1,7 мл анестетика.

Зона знечулення.

Знечулюється слизова оболонка щоки та альвеолярного відростка нижньої щелепи, альвеолярний відросток, зубний ряд половини щелепи, передні 2/3 язика, дно рота, нижня губа.

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: нижня щелепа знаходиться на рівні ліктьового суглоба лікаря; голова рівно. Положення лікаря: позаду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та язикової сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 47 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;
- голки для карпульного шприца;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- коронкові дзьобоподібні щипці з шипиками на щічках;
- кореневі дзьобоподібні щипці;
- прямий та кутові елеватори;
- кюретажна ложка;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримаючи щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (щічної або губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили край стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба рукоятки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видаляється.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

При виконанні цього етапу лікар розхитує (люксація) 47 зуб в вестибулярну і язикову сторону. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб, а також зміщуються і руйнуються стінки альвеоли. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору. При видаленні 47 зуба перший рух роблять досередини. Обертальні рухи (ротація) не здійснюють. При видаленні медіального кореня 47 зуба

використовують елеватор правий, вводячи його у лунку дистального кореня, при видаленні дистального кореня використовують елеватор лівий, вводячи його у лунку медіального кореня.

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути краї альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20 хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

ТИПОВЕ ВИДАЛЕННЯ 48 ЗУБА

Етап 1. Вибір методу знеболення.

Для типового видалення 48 зуба необхідно провести торусальну анестезію.

Цільовий пункт анестезії (анатомічні орієнтири).

Цільовим пунктом при виконанні торусальної анестезії є нижньощелепне підвищення (torus mandibulare) на внутрішній поверхні гілки щелепи, яке утворене з'єднанням двох кісткових гребенів, що йдуть від вінцевого і суглобового відростків.

Нерви, які блокуються.

Блокується нижньоальвеолярний, язиковий та щічний нерв.

Точка уколу (анатомічні орієнтири).

Для блокади при широко відкритому роті пацієнта шприц з голкою розташовують перпендикулярно до місця уколу, яке знаходиться на 0,5 см нижче від жувальної поверхні верхніх великих корінних зубів, у латеральну борозну крило-нижньощелепної складки.

Напрямок (алгоритм) просування голки, глибина просування голки, кількість анестетика.

Голку просувають до кістки в горизонтальному напрямку дозад і назовні через слизову оболонку, пухку клітковину у напрямку нижньощелепного підвищення, на глибину 1,5-2 см, де вводять 1,7 мл анестетика.

Зона знечулення.

Знечується слизова оболонка щоки та альвеолярного відростка нижньої щелепи, альвеолярний відросток, зубний ряд половини щелепи, передні 2/3 язика, дно рота, нижня губа.

Етап 2. Положення лікаря та пацієнта.

Положення пацієнта: нижня щелепа знаходиться на рівні ліктьового суглоба лікаря; голова рівно. Положення лікаря: позаду праворуч від хворого, пальцями лівої руки фіксує альвеолярний відросток у місці видалення зуба з вестибулярної та язикової сторони.

Етап 3. Вибір необхідного інструментарію.

Для видалення 48 зуба використовують:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- карпульний або одноразовий шприц об'ємом 2 – 5 мл;
- карпули або ампули з анестетиком;
- голки для карпульного шприца;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- коронкові, зігнуті по площині, щипці із шипиками на щічках;
- прямий та кутові елеватори;
- кюретажна ложка;

- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Етап 4. Методика проведення маніпуляції.

Після вибору положення лікаря та пацієнта, антисептичної обробки операційного поля, демонстрації анестезії, студент проводить всі етапи видалення зуба (кореня зуба):

1. Відшарування циркулярної зв'язки від шийки зуба і ясен.

Операцію видалення зуба починають з відділення циркулярної зв'язки від шийки зуба, після того, як у хворого в результаті анестезії зникнуть больові відчуття. Це полегшує накладання щипців і запобігає розриву слизової оболонки під час виведення зуба. Відокремити ясна можна за допомогою прямого елеватора або гладилки.

2. Накладання щипців.

Тримаючи щипці в руці, розкривають щічки і накладають їх на зуб або корінь так, щоб одна з щічок розташовувалася з язичної (піднебінної), а інша з вестибулярної (щічної або губної) сторони зуба. Вісь щипців повинна збігатися з віссю зуба. Розбіжність осі щипців та зуба може призвести до перелому коронки або кореня зуба, травми сусіднього зуба.

3. Просування щипців.

Просування щічок щипців під ясна до відчуття щільного охоплення зуба здійснюється тиском руки на щипці. Якщо коронка зуба зруйнована, то щічки щипців просувають так, щоб вони обхопили краї стінки альвеоли, які при видаленні ламаються. Це дозволяє уникнути зісковзування щипців.

4. Фіксація щипців.

Для щільної фіксації щічок щипців на коронці або корені зуба рукоятки стискають так, щоб зуб та щипці уявляли собою єдине ціле. Прикладання надмірної сили може призвести до руйнування коронки або кореня зуба, що видалається.

5. Вивихування (люксація або ротація) зуба.

При виконанні цього етапу лікар розхитує (люксація) 48 зуб в вестибулярну і язикову сторону. Ці рухи слід проводити поступово збільшуючи амплітуду коливань. При таких рухах відбувається розрив періодонта, що зв'язує зуб, а також зміщуються і руйнуються стінки альвеоли. Перший розхитуючий рух проводиться в бік меншого опору. При видаленні 48 зуба перший рух роблять досередини. Обертальні рухи (ротація) не здійснюють. При видаленні медіального кореня 48 зуба використовують елеватор правий, вводячи його у лунку дистального кореня, при видаленні дистального кореня використовують елеватор лівий, вводячи його у лунку медіального кореня.

6. Виведення зуба.

Тракція – виведення зуба з комірки. Є заключним етапом операції видалення зуба. Після повного розриву утримуючих зв'язок проводять його вилучення. Тракція проводиться плавно, без ривків, вниз і назовні. Після видалення зуба потрібно стиснути краї альвеоли, цим досягнути репозиції зміщених країв, зменшити площу післяопераційної рани, що сприяє її кращому загоєнню і запобігає розвитку післяекстракційних ускладнень та накласти на 15-20 хв. марлеву тиснучу пов'язку на комірку видаленого зуба.

Етап 5. Медикаментозний супровід, післяопераційна курація, рекомендації.

Пацієнту призначають знеболюючу терапію (напр. темпалгін/анальгін по 1 табл. per os після їди при болях, але не більше, ніж 3р/д).

Після видалення зуба хворому не рекомендують протягом дня споживати гарячу та подразнюючу їжу, здійснювати теплові процедури, займатися важкою фізичною працею, вживати алкоголь. Після їди можливе проведення неінтенсивних одноразових антисептичних ванн порожнини рота. Зуби рекомендують чистити щіткою, проявляючи при цьому обережність в ділянці післяопераційної рани.

АЛГОРИТМ ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИКІВ СТАНЦІЇ № 12

Допомога при травматичних ушкодженнях щелепно-лицевої ділянки

Міжщелепне лігатурне зв'язування

Показання: тимчасова іммобілізація при переломах нижньої щелепи в межах зубного ряду, за наявності на кожному фрагменті не менше 2 стійких зубів, що мають антагоністів на верхній щелепі; при переломах нижньої щелепи в ділянці кута і гілки з незначним зміщенням; при вивихах зубів.

Вибір необхідного інструментарію:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- лігатурний дріт;
- клямпові щипці;
- голкотримач;
- ножиці для металу;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Методика проведення маніпуляції: положення лікаря – спереду та справа від пацієнта.

Відрізок лігатурного дроту згинають навпіл, у місці згину за допомогою голкотримача двома витками лігатури скручують петлю діаметром 3-4 мм. Обидва кінці дроту за допомогою пінцета одночасно вводять із присінка порожнини рота в один із міжзубних проміжків до упору петлі в зуби. Кінці дроту розводять з язикового боку в різних напрямках, охоплюючи ними шийки сусідніх зубів, і виводять назовні в присінок порожнини рота. Дистальний кінець виведеного назовні дроту просувають через петлю. Обидва кінці лігатурного дроту за допомогою голкотримача скручують разом під натягом за годинниковою стрілкою. Надлишки дроту відрізають, залишаючи 3-4 мм, і підгинають. Ідентичне зв'язування лікар здійснює на зубах-антагоністах, та з протилежного боку. Невеликий відрізок лігатурного дроту проводять через обидві петлі на верхній та нижній щелепі (з обох боків), кінці його скручують за годинниковою стрілкою. Надлишки дроту відрізають, залишаючи 3 мм, та підгинають.

Виготовлення та фіксація гладкої шини-скоби

Показання: індивідуальні дротяні шини застосовують при переломах альвеолярних відростків; центральному переломі нижньої щелепи без зміщення; при вивихах зубів.

Вибір необхідного інструментарію:

- стерильні рукавички;
- пінцет стоматологічний або хірургічний;
- шпатель оториноларингологічний;
- дзеркало стоматологічне;
- алюмінієвий дріт (d = 1,8–2мм);
- лігатурний дріт;
- клямпові щипці;

- голкотримач;
- ножиці для металу;
- розчин антисептика;
- стерильний перев'язувальний матеріал.

Методика проведення маніпуляції: положення лікаря – спереду та справа від пацієнта.

Техніка виготовлення гладкої шини-скоби: з алюмінієвого дроту за допомогою клямпових щипців по зубній дузі вигинають шину так, щоб вона мала контакт з кожним зубом. Шину приміряють у роті. У міжзубні проміжки проводять лігатури, охоплюючи кожен зуб з язикового або піднебінного боку і відгинають медіальний кінець дроту догори, а дистальний – донизу. Після того, як шина укладена на зубний ряд, кінці дротяних лігатур скручують між собою, обрізають скручені лігатури, залишаючи вільний кінець довжиною 5 мм і підгинають їх у міжзубний проміжок в напрямку до середньої лінії.

ПХО рани

Етап 1. Визначення показів до проведення хірургічної обробки ран.

Рання ПХО проводиться в перші 24 години після травми. Як правило, закінчується накладанням глухих швів на рану, є оптимальним варіантом обробки.

Відстрочена ПХО проводиться протягом 36-72 годин після травми за відсутності наявних ознак запалення в рані або при початкових ознаках серозного запалення на фоні обов'язкового профілактичного і лікувального введення антибіотиків.

Пізня ПХО проводиться в терміни понад 72 години після травми на тлі запалення, що розвивається в рані, часто без накладання швів. Використання антибіотиків обов'язкове. У разі неповної, неякісної ПХО чи відсутності її на етапах лікування, а також при розвиненому гнійно-некротичному процесі в рані проводиться вторинна хірургічна обробка, тобто втручання з приводу ускладнення перебігу ранового процесу, а не з приводу самої рани. Вторинна хірургічна обробка спрямована насамперед на розкриття і дренажування гнійних вогнищ, видалення некротизованих тканин. Вона може проводитися в різні терміни після ушкодження і бути першою за терміном хірургічного втручання.

Етап 2. Вибір необхідного інструментарію та шовного матеріалу для пошарового ушивання рани.

Для ушивання рани використовують: стерильні марлеві серветки та тампони, шовний матеріал, хірургічні голки, голкотримач, пінцети (хірургічний, анатомічний), ножиці, кровозупинні затискачі. Епітеліальні покриви (шкіра, слизова оболонка) ушивають матеріалами, що не розсмоктуються в тканинах. Для ушивання підлежачих тканин (підшкірна жирова клітковина, м'язи, фасції ін) використовують матеріали, які розсмоктуються.

Серед шовних матеріалів залежно від будови нитки виділяють мононитки та полінитки (має декілька ниток, може бути крученою, плетеною або комплексною з полімерним покриттям).

Шовні матеріали прийнято поділяти на дві основні групи: ті, що розсмоктуються в організмі після накладення шва, ті, що не розсмоктуються, і ті, що розсмоктуються повільно. До тих, що розсмоктуються, відносять: кетгут, колаген (тваринного походження), окцелон, кацелон та інші нитки на основі целюлози (рослинного походження), вікріл, дексон, максон, полісорб на основі

полігліколідів (синтетичного походження), полідіоксанон, поліуретан. До тих, що не розсмоктуються, відносять: лавсан, нейлон, мерсилен, етибонд на основі поліефірів; пролен, пропілен та інші нитки на основі поліолефінів; гортекс – на основі фторполімерів; металевий дріт. До тих, що розсмоктуються повільно, відносять шовк хірургічний, капрон та інші нитки на основі поліаміда;

Етап 3. Методика проведення маніпуляції, техніка накладання вузлового шва.

Положення студента – спереду та справа від пацієнта (фантома).

Техніка проведення ПХО рани:

- проводять відповідне знечулення (місцеве чи загальне);
- промивають рану розчином антисептика і обробляють шкіру навколо рани;
- з рани видаляють кров'яні згустки, сторонні тіла, вільно лежачі кісткові уламки;
- здійснюють повну зупинку кровотечі;
- проводять некректомію, видаляючи нежиттєздатні тканини;
- пошарово ушивають рану, накладаючи шви перпендикулярно до рани і на однаковій відстані від краю рани. Внутрішні шви – із матеріалу, який розмоктується, ззовнішні – із матеріалу, який не розмоктується, залежно від термінів ПХО – глухі, неглухі, зближаючі. На рану накладають асептичну пов'язку.

Хірургічні шви накладають послідовно в напрямку зліва направо або на себе, але не від себе. Найпростішим видом хірургічного шва є вузловий хірургічний шов, при якому кожен шов накладають окремо і зав'язують подвійним хірургічним вузлом. При довгих або складних за формою ранах шкіри та підшкірної клітковини спершу накладають направляючі шви: один шов в середині рани, потім ще один-два в місцях найбільшої розбіжності країв і зав'язують їх неодмінно подвійним хірургічним вузлом.

Голку вколюють в епітеліальний шар краю рани, відступивши від нього на 4-5 мм, потім косо проводять в підшкірній клітковині, все більше віддаляючись від нього. Досягнувши дна рани, голка повертається у напрямку середньої лінії і вколюється в найглибшій точці рани. Голка повинна проходити строго симетрично і в тканинах іншого краю рани, тоді в шов потрапляє однакова кількість тканин.

При з'єднанні країв рани, які мають неоднакову товщину, насамперед слід прошивати більш тонкий край. Голка проводиться в підшкірній клітковині косо назовні, щоб відстань між місцем її введення і виведення на двох краях рани була однаковою.

Якщо використовується атравматичний шовний матеріал, вузли зав'язують аподактильно (інструментальний шов).