

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького
Факультет післядипломної освіти
Кафедра хірургічної та ортопедичної стоматології

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

інтернатури за фахом „Стоматологія”
(семінарські заняття)
субспеціальність
„Загальна стоматологія”

ЛЬВІВ-2016

УДК 616.31(07.07)
М 545

Методичні розробки підготували викладачі кафедри хірургічної та ортопедичної стоматології ФПДО:

- зав.кафедри, д.мед.н., професор **Ю.В. Вовк**
- к.м.н., асистент **А.В. Палій**
- к.м.н., асистент **А.Г. Олійник**
- асистент **О.В. Ружицька**

Відповідальний за випуск: Проректор з навчальної роботи ЛНМУ імені Данила Галицького, професор Гжегоцький М.Р.

Рецензент: Завідувач кафедри терапевтичної стоматології ФПДО,
к.м.н., доц. Пупін Т.І.

Методичну розробку з інтернатури обговорено на методичному засіданні кафедри від „__” _____ 2016 р., протокол №__ .

Завідувач кафедрою

проф.ВовкЮ. В.

Методичну розробку з інтернатури схвалено на засіданні методичної комісії ФПДО від „__” _____ 201_ р., протокол №__ .

Голова методичної комісії

доц. Січкоріз О.Є.

Методична розробка інтернатури за фахом „Стоматологія” складена на підставі типового навчального плану та програми спеціалізації (інтернатури) випускників вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації за фахом „Стоматологія ”, затверджена МОЗ України 21.09.2005р.

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

Інтернатура зі спеціальності „Стоматологія” є одною із форм безпосередньої післядипломної освіти лікарів-інтернів.

Основною метою інтернатури за фахом „Стоматологія” є підготовка лікаря-інтерна до роботи в лікувально-профілактичних закладах системи охорони здоров'я на посадах, які передбачені типовими номенклатурними таблицями та освітньо-кваліфікаційною характеристикою лікаря-спеціаліста.

Програма передбачає вивчення 3 основних курсів, які необхідні лікарю-стоматологу для його професійної діяльності з базовим, етапним та заключним контролем. До додаткових включені курси: особливо небезпечні інфекційні хвороби, медична інформатика, клінічна імунологія, медицина катастроф, клінічна фармакологія.

Після закінчення інтернатури проводиться атестація на визначення знань та вмінь лікаря-інтерна, яка включає в себе:

- контроль знань та вмінь за комп'ютерними тестуючими програмами, затвердженими МОЗ України;
- ліцензійний іспит „Крок-3”;
- оцінка знань та вмінь володіння практичними навичками;

Атестація проводиться в комісії, яка створена при Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького.

Інтернам, які успішно складають іспит, видається сертифікат „Лікаря спеціаліста” встановленого зразка (наказ МОЗ України № 359 від 19.12.1997р.).

| № | Тема заняття | Години |
|----|---|--------|
| 1. | Встановлення непрацездатності стоматологічного хворого. Правила видачі листків непрацездатності. Основні функції ЛКК і ЛТЕК. Групи інвалідності по стоматологічних захворюваннях. | 2 |
| 2. | Профілактика стоматологічних захворювань. | 4 |

| | | |
|--------|---|----|
| 3. | Диспансеризація хворих з пухлинами та пухлиноподібними утворами ЩЛД | 2 |
| 4. | Тестове опитування. | 4 |
| Всього | | 12 |

ЗМІСТ ТЕМ СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЯТЬ
(теми реферативних повідомлень та напрямки дискусій)

Семінарське заняття № 1

**Встановлення непрацездатності стоматологічного хворого.
Правила видачі листків непрацездатності. Основні функції ЛКК і
ЛТЕК. Групи інвалідності по стоматологічних захворюваннях.**

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з сучасними правилами видачі, продовження та закриття листків непрацездатності, ознайомити лікарів-інтернів зі складом ЛКК та МСЕК.

Теми реферативних повідомлень:

1. правила видачі листків непрацездатності.
2. правила формування ЛКК та МСЕК.
3. групи інвалідності по стоматологічних захворюваннях.

Короткий зміст заняття:

Експертиза тимчасової втрати непрацездатності проводиться в закладах охорони здоров'я лікарем або комісією лікарів. Листок непрацездатності - це багатофункціональний документ, який є підставою для звільнення від роботи у зв'язку з непрацездатністю та з матеріальним забезпеченням застрахованої особи в разі тимчасової непрацездатності.

Листок непрацездатності відразу видається лікарем не більше ніж на 5 днів, а в цілому не більше як на 10. Продовження понад 10 днів проводиться лікуючим лікарем тільки за висновком ЛКК закладу охорони здоров'я. ЛКК створюються в закладах охорони здоров'я, в клініках вищих медичних учбових закладів, інститутах в складі: голови ЛКК - заступника головного лікаря з лікарсько-трудової експертизи (або головного лікаря); завідуючого відділенням та лікуючого лікаря. У разі необхідності для консультації можуть залучатись відповідні спеціалісти з складу охорони здоров'я чи інших установ.

ЛКК направляє на освідчення до МСЕК хворих, що мають довготривалу чи постійну втрату працездатності - незалежно від строків перебування на листі непрацездатності (довідці), але не пізніше 4 місяців з дня початку непрацездатності, або не пізніше 5 місяців непрацездатності в цілому по

даному захворюванню на протязі останніх 12 місяців; хворих та інвалідів для встановлення ступеню процентної втрати працездатності; інвалідів з дитинства та інвалідів для пересвідчення та інших.

Напрямки дискусії:

1. Склад ЛКК та МСЕК.
2. Як проводиться подовження листка непрацездатності більше 10 днів.
3. В яких випадках ЛКК направляє хворих на МСЕК.
4. Визначення групи інвалідності стоматологічного хворого.

Семінарське заняття № 2

Профілактика стоматологічних захворювань.

Навчальна мета заняття: сформувати сучасні знання про наукове підґрунтя профілактики як системи попередження захворювань на різних рівнях.

Теми реферативних повідомлень:

1. фактори ризику стоматологічних захворювань;
2. структура профілактичних заходів;
3. фармакологічні лікувально-профілактичні засоби;
4. герметизація фігур як метод первинної лікарської профілактики.

Короткий зміст заняття:

Профілактика як система заходів попередження стоматологічних захворювань здійснюється на державному, соціальному, професійному, індивідуальному рівнях; включає організаційні, гігієнічні та медичні аспекти; базується на наукових знаннях про етіологію та патогенез стоматологічних захворювань демографічних даних та епідеміологічних досліджень.

Фактори ризику стоматологічних захворювань класифікуються на ендо- та екзогенні, специфічні та неспецифічні.

Згідно Європейських завдань стоматологічного здоров'я на 2010 рік основним напрямком профілактичних заходів експерти визначили попередження карієсу (починаючи з дитячого віку), а основними та першочерговими заходами: раціональне харчування та корекція вуглеводів у їжі, гігієна порожнини рота, використання препаратів фтору.

Фахова діяльність лікаря-стоматолога неодмінно включає один з першочергових заходів профілактики стоматологічних захворювань: виконання гігієнічного комплексу, навчання гігієні, контроль гігієни, індивідуалізація системи гігієнічних заходів для кожного пацієнта зокрема із врахуванням ендо- та екзогенних факторів ризику.

Напрямки дискусії:

1. Рівні, аспекти, програми профілактичних заходів та систем.

2. Стоматологічна диспансеризація.
3. Структура гігієнічного комплексу.
4. Клінічні аспекти профілактичної роботи

Семінарське заняття № 3

Клінічна і топографічна анатомія зубо-щелепової системи та щелепно-лицевої ділянки.

Навчальна мета заняття: засвоїти анатомо-функціональні особливості будови зубо-щелепової системи: будову зубних рядів, зубних дуг, щелеп.

Навчальні питання:

1. Складові зубо-щелепової системи.
2. Анатомічна будова нижньої щелепи.
3. Анатомічна будова верхньої щелепи:
 - a) анатомо-функціональні особливості будови твердого піднебіння;
 - b) будова альвеолярного відростку верхньої щелепи.
4. Поняття про зубо-щелеповий сегмент.
5. Назвати і охарактеризувати місця підвищеної щільності кісткової тканини на лицевому скелеті людини (контрфорси).
6. Будова та форма зубних рядів.
7. Дати визначення поняттям: “зубна дуга”, “альвеолярна дуга”, “базальна дуга”.
8. Фактори, які забезпечують стійкість зубного ряду.

Короткий зміст заняття:

Зубні ряди являють собою єдине ціле як в морфологічному так і в функціональному відношенні. Єдність зубного ряду забезпечується міжзубними контактами, альвеолярним відростком та пародонтом. Значну роль в стійкості зубних рядів відіграє характер розташування зубів, направлення їх коронок та коренів .

Міжзубні контактні пункти передніх зубів розташовані поблизу ріжучого краю, а в бокових - поблизу поверхні змикання(жувальної). Під ними знаходиться трикутний простір, звернений основою до альвеолярного відростка. Цей простір заповнений ясенним (міжзубним) сосочком, який таким чином є захищеним від пошкодження їжею. Міжзубні контакти зумовлюють морфологічну єдність зубних рядів, забезпечуючи їм при жуванні характер органа. Тиск, який діє на будь-який зуб, розповсюджується не тільки по його кореням на альвеолярний відросток, але і по міжзубним контактам на сусідні зуби.

З віком контактні пункти стираються і замість них з'являються контактні поверхні. Стирання контактних пунктів є непрямим доказом фізіологічної рухомості зубів, що здійснюється у трьох взаємно перпендикулярних напрямках: вертикальному, трансверзальному, сагітальному. Стирання контактних пунктів не порушує єдність зубного ряду. Пояснюється це медіальним зміщенням зубів, внаслідок чого має місце скорочення зубного ряду, яке досягає 1см.

Єдність зубного ряду забезпечується також пародонтом та альвеолярним відростком. Важливе значення для зв'язку між окремими зубами має міжзубна зв'язка

маргінального пародонта. Вона йде від цементу одного зуба до цементу другого над вершиною міжзубної перетинки у вигляді пучка сполучнотканинних волокон. Завдяки цій зв'язці рух одного зуба медіально чи дистально викликає рух зубів, що знаходяться поблизу. Нижні зуби, крім того отримують додаткову стійкість за рахунок щічної випуклості зубної дуги, нахилу і форми коронок зубів. Можна помітити, що язичні поверхні нижніх зубів вужчі вестибулярних (лицевих), і тому контактні поверхні коронок не є паралельними, а зближуються (конвергують) у напрямку до язика. Ця особливість форми зубів не пов'язана з випуклістю зубних дуг. У першого верхнього моляра ці поверхні іноді навіть конвергують в зворотньому напрямку, тобто в щічному.\

Зуби нижньої щелепи нахилені коронками всередину, а коренями на зовні. Випуклість зубної дуги, форма і положення зубів нижньої щелепи, створюють таким чином, для нижнього зубного ряду стійкість. Коронки нижніх молярів, крім того, нахилені вперед, а корені назад. Ця обставина заважає зсуву зубного ряду дозад.

В ортопедичній стоматології прийнято розрізняти крім зубної, альвеолярну та базальну (апикальну) дуги. Під альвеолярною дугою розуміють лінію, проведену по гребеню альвеолярного відростка. Базальна дуга проходить по верхівках коренів і часто називається апікальним базисом. Оскільки на верхній щелепі коронки нахилені на зовні, а корені досередини, її зубна дуга ширше альвеолярної, а остання ширша за базальну. Базальна дуга таким чином є місцем, де зосереджується жувальний тиск і беруть свій початок контрфорси. На нижній щелепі навпаки, внаслідок нахилу коронок зубів досередини, а коренів на зовні, зубна дуга вужча за альвеолярну, а остання вужча за базальну. З цієї причини при повній втраті зубів нижня щелепа при її змиканні з верхньою виступає вперед, створює видимість прогенії (стареча прогенія).

Контрольні запитання:

1. Анатомічна будова верхньої та нижньої щелеп, її зв'язок з функцією.
2. Місця підвищеної щільності кісткової тканини на лицьовому скелеті людини (контрфорси);
3. Будова зубних рядів;
4. Форма зубних дуг на верхній та нижній щелепах;
5. Фактори, які забезпечують стійкість зубного ряду.

Семінарське заняття № 4-5

Клінічні прояви та невідкладна допомога при невідкладних станах.

Навчальна мета заняття: засвоїти принципи надання допомоги при невідкладних станах

Навчальні питання:

1. Основні завдання першої медичної допомоги.
2. Алгоритм надання невідкладної допомоги.
3. Основні ознаки життя

4. Основні ознаки смерті

Перша допомога – комплекс невідкладних медичних заходів, які проводяться людині, що раптово захворіла або постраждала, на місці пригоди та під час її транспортування до медичного закладу.

Невідкладна медична допомога може бути різною, залежно від того, хто її надає:

- першу медичну некваліфіковану допомогу, яка здійснюється немедичним працівником, який часто не має необхідних засобів та медикаментів;
- першу медичну кваліфіковану (долікарську) допомогу, яка здійснюється медичним працівником, який пройшов спеціальну підготовку з надання першої допомоги (фельдшер, медична сестра, тощо.);
- першу лікарську медичну допомогу, яка здійснюється лікарем, який має у своєму розпорядженні необхідні інструменти, апарати, медикаменти та інше).

Основні принципи першої медичної допомоги:

- проведення заходів щодо ліквідації загрози для життя постраждалого;
- попередження можливих ускладнень;
- транспортування постраждалого у пункт надання медичної допомоги.

Основні ознаки життя:

1) наявність серцебиття. Визначення проводиться рукою або ж на слух ліворуч на 4–5 см від нижньої третини груднини.

2) наявність пульсу. Пульс визначається на шиї, по внутрішній поверхні кивального м'яза, де проходить сонна артерія, на внутрішній частині плеча медіальніше двоголового м'яза чи на передпліччі.

3) наявність дихання. Дихання встановлюється за наявністю рухів грудної клітки та животі, або за зволоженням дзеркала, прикладеного до носа потерпілого. Також ознакою дихання є рух вати, піднесеної до носових отворів.

4) реакція зіниць на світло. При різкому освітленні очей спостерігається звуження зіниць. Подібну реакцію можна побачити і в тому випадку, якщо відкриті очі потерпілого затулити рукою, а потім руку швидко відвести убік. При глибокій втраті свідомості реакція на світло може бути відсутня.

Ознаки смерті. При зупинці серця та припиненні дихання настає смерть. Цей стан складається із двох фаз – клінічної та біологічної смерті. Під час клінічної смерті, тривалість якої становить 5–7 хвилин, людина не дихає, серце перестає битися, однак незворотні явища у тканинах відсутні. У цей період, поки ще не відбулося тяжких порушень у тканині мозку, серця та легень, організм можна оживити. Після 8–10 хвилинної зупинки серця та припинення дихання настає біологічна смерть.

Поки немає повної впевненості у смерті потерпілого, обов'язковим є надання йому допомогу у повному обсязі.

Явні ознаки смерті:

- 1) помутніння рогівки та її висихання;
- 2) наявність симптому «котячого ока» – при здавленні очей із боків пальцями зіниця звужується і нагадує котяче око.;
- 3) трупне залякання починається із голови через 2–4 години після смерті;
- 4) охолодження тіла та поява трупних плям бузкового кольору (плями, що виникають через стікання крові у нижче розміщені частини тіла).

Контрольні запитання:

1. Визначення поняття невідкладної допомоги.
2. Алгоритм надання невідкладної допомоги
3. Основні ознаки життя та смерті.

Семінарське заняття № 6 Помилки та ускладнення при проведенні знечудлення

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів–інтернів з питань помилок та ускладнень які виникають при проведенні знечудлення.

Навчальні запитання:

1. Загальні ускладнення при місцевому знеболенні;
2. Місцеві ускладнення ін'єкційного знеболення
3. Профілактика місцевих та загальних ускладнень.

Короткий зміст заняття: Ускладнення після проведення місцевого знечудлення поділяються на загальні та місцеві.

Загальні ускладнення при місцевому знеболенні:

1. Непритомність.
2. Колапс.

3. Токсичний шок (колапс та токсичний шок виникають від інтоксикації місцевим анестетиком).
4. Алергічні стани:
 - а) легкі;
 - б) середньої важкості (набряк Квінке);
 - в) анафілактичний шок.
5. Асфіксія.
6. Епілептичний напад - виникає як після місцевого знеболення, так і при інших втручаннях.
7. Термінальні стани, смерть.

Місцеві ускладнення ін'єкційного знеболення:

1. Судинні розлади:
 - поранення судин з утворенням гематоми;
 - ішемія ділянок шкіри обличчя.
2. Неврологічні розлади:
 - поранення нервових стовбурів;
 - диплопія;
 - парез м'якого піднебіння.
3. Інші ускладнення:
 - післяін'єкційна травматична контрактура;
 - післяін'єкційний біль;
 - поломка голки;
 - місцеві ускладнення інфільтративного знеболення при впорскуванні розчину анестетика з вазоконстриктором;
 - ускладнення, пов'язані з дією неправильно приготованого розчину анестетика;
 - помилкове введення замість знеболюючого розчину іншої рідини;
 - виникнення запальних ускладнень - абсцесів, флегмон.

Контрольні запитання:

1. Диференційно-діагностичні ознаки диспансерних груп.
2. Методики профілактики пухлин та пухлиноподібних утворів.
3. Роль лікаря-стоматолога у ранньому виявленні і діагностиці злоякісних новоутворів.

Тема для самостійного опрацювання № 6

Диспансеризація пацієнтів з стоматологічними захворюваннями

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів щодо питань диспансеризації пацієнтів з стоматологічними захворюваннями

Навчальні запитання:

1. Визначення поняття диспансеризації
2. Поділ пацієнтів на групи.
3. Етапи диспансеризації.

Короткий зміст заняття:

Диспансеризація – метод медичного обслуговування населення, який передбачає активне виявлення захворювань у ранніх стадіях, нагляд за певними групами хворих з метою забезпечення їх життєдіяльності та працездатності, проведення оздоровчих заходів, обов'язкові медичні огляди деяких категорій населення тощо.

Диспансеризація включає:

- медичний огляд населення з проведенням визначеного обсягу лабораторних та інструментальних обстежень;
- додаткове обстеження осіб, які цього потребують;
- виявлення осіб з факторами ризику, що спричиняють виникнення та розвиток захворювань;
- своєчасне виявлення захворювань;
- розробку та проведення комплексу необхідних медичних та соціальних заходів, динамічного спостереження за станом здоров'я населення.

Диспансеризація проводиться закладами охорони здоров'я за участю вищих навчальних медичних закладів усіх рівнів акредитації, закладів післядипломної освіти, наукових установ, центральних та місцевих органів виконавчої влади, відомств, установ та організацій.

Диспансеризація стоматологічних хворих складається з 5 основних елементів: відбір, спостереження, оздоровлення, планування та керування диспансеризацією. Для аналізу ефективності диспансерного спостереження та обліку осіб, які його потребують, пропонується їхній поділ на 4 групи:

1. практично здорові;
2. з компенсованою формою захворювання;
3. ті, які мають фактори ризику стоматологічних захворювань;
4. з декомпенсованою формою стоматологічних захворювань, а так ж особи з субкомпенсованою формою цього захворювання і обтяженим анамнезом.

Особи першої групи диспансерного обліку підлягають спостереженню один раз на рік; другої – 2 - 3 рази на рік; третьої – 3 - 4 рази; четвертої –

щомісячно або 6 разів на рік. Перехід пацієнтів з однієї групи в іншу є показником ефективності диспансерного спостереження і здійснюється комісією, що складається з завідувача відділенням , лікаря-стоматолога та пародонтолога. Критерієм ефективності диспансеризації є зняття з диспансерного обліку.

Система обліку диспансерних хворих по групах ризику має ряд переваг. Вони дозволяють лікарю приділяти більше уваги хворим з найбільш важким перебігом захворювання; звільняє лікаря від нераціональної витрати часу на огляд хворих; дає можливість використовувати оцінку ефективності диспансеризації – питома вага хворих, переведених з однієї групи обліку в іншу.

Контрольні питання:

1. Визначення поняття диспансеризації.
2. Поділ пацієнтів на диспансерні групи.
3. Етапи диспансеризації.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. А.А.Тимофеев, Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. / Тимофеев А.А. // Київ: Червона Рута-Турс., 2012.-1048 с.
2. А.Ж.Петрикас Обезболивание зубов./ Петрикас А.Ж. //Тверь, 1997.-112 с.
3. В.І. Митченко. Пропедевтика хірургічної стоматології. / Митченко В. І., Панькевич А. І. // Вінниця: Нова Книга, 2004.-С. 48-75.
4. В.М Бобирьов. Фармакотерапія в стоматології. / Бобирьов В.М. , Петрова Т.А., Островська Г.Ю. та ін.// Вінниця:Нова Книга, 2013.-368с.
5. В.Н. Копейкин. Руководство по ортопедической стоматологии./ Копейкин В. Н. // Москва, 1998.-С. 13-73.
6. В.П. Воробьёв. Атлас анатомии человека. / Воробьёв В.П., Синельников Р.Д. //-М.: Медгиз, 1946.-Т. 1.-С. 119-134.
7. Гришук С.Ф. Анестезия в стоматологии.-М.: МИА, 1998.-303 с.
8. Гумецький Р.А., Рожко М.М., Завадка О.Є. та ін. Ускладнення від місцевої анестезії в щелепно-лицевій ділянці.-Львів, 2000.-Т. 1.-233 с.
9. Д.Д.Зербіно. Патоморфологія та гістологія: атлас / Зербіно Д. Д., Багрій М. М., Боднар Я. Я., Діброва В. А // Вінниця:Нова Книга, 2016.-800с.
10. Дужий І. Д. Перша допомога при невідкладних станах : навчальний посібник / І. Д. Дужий, О. В. Кравець ; Сумський державний університет.-Суми : Сумський державний університет, 2014.-212 с.
11. И.Н.Муковозов. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. / Муковозов И. Н.// Москва: Медпресс, 2002.- С.21-33.
12. І.І.Тітов. Алгоритми надання невідкладної допомоги при критичних станах /Тітов І.І., Волошинський О.В., Дацюк О.І.// Вінниця:Нова Книга, 2012.-344с.
13. І.Я.Ломницький. Пропедевтика хірургічної стоматології. / Ломницький І. Я // Львів: ГалДент, 2001.- С. 24-28.
14. Кононенко Ю.Г., Рожко М.М., Рузін Г.П. Місцеве знеболення при амбулаторних стоматологічних втручаннях: Навч. посібник.-Івано-Франківськ, 2006.-295 с.
15. Р. Гумецький. Сучасні засоби місцевої анестезії в стоматології / Гумецький Р., Угрин М. // Львів: Галдент, 1998.-160 с.
16. Хирургическая стоматология / Заусев В.И, Наумов П.В., Новосёлов П.Д. и др.-М.: Медицина, 1981.-С. 19-94.
17. Ю.Й.Бернадський. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології/ Ю. Й. Бернадський. // К.: Спалах, 2003.-511 с.

