

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

Факультет післядипломної освіти

Кафедра хірургічної та ортопедичної стоматології

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
інтернатури за фахом „Стоматологія”
(семінарські заняття) субспеціальність
«Хірургічна 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., доцент **І.М. Мигович**

к.м.н., асистент **А.В. Палій**

Відповідальний за випуск:

Проректор з навчальної роботи ЛНМУ імені Данила Галицького, професор **Гжегоцький М.Р.**

Рецензент:

Професор кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, **Готь І.М.**

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

Завідувач кафедрою

проф. Вовк Ю. В.

Методичну розробку з інтернатури схвалено
на засіданні методичної комісії ФПДО від „___” _____ 2016 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 08.08.2013 р.

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.).

ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН

№	Тема заняття	Години
	Види загального знечулення в щелепно-лицевій хірургії.	2
	Основні принципи онкологічної настороженості в роботі стоматолога.	2
	Профілактика, діагностика та лікування вроджених вад розвитку ЩЛД у дітей.	2
	Тестове опитування.	2

ЗМІСТ ТЕМ СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЯТЬ

(теми реферативних повідомлень та напрямки дискусій)

Семінарське заняття № 1

Види загального знечуленням в щелепно-лицевій хірургії.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань загального знечуленням в щелепно-лицевій хірургії.

Теми реферативних повідомлень:

1. „Загальне знечулення” в хірургічній стоматологічній практиці;
2. Класифікація загального знечулення;
3. Переваги інгаляційного знечулення;
4. Переваги та недоліки неінгаляційного знечулення.

Короткий зміст заняття:

Під терміном «загальне знечуленням» розуміють такі методи дії на організм, при яких розвивається стан зворотнього гальмування центральної нервової системи, який супроводжується втратою больової чутливості, пригніченням рефлексів і втратою свідомості. При цьому введення в організм речовин зі специфічним впливом забезпечує управління його головними функціями – диханням, кровообігом.

Загальне знечуленням поділяють на інгаляційне та неінгаляційне. До інгаляційного знечуленням відносять: маскове - через ніс, через рото-ніс; ендотрахеальне – через рот, через ніс, через трахеостому. До неінгаляційного відносять: нейролептаналгезію, внутрішньовенне, внутрішньомязове, внутрішньокісткове, прямокишкове та спинномозкове введення речовин, а також гіпноз, атаралгезію, електронаркоз.

Ендотрахеальне знечуленням здійснюється шляхом інгаляції наркотичних речовин через інкубаційну трубку, введена в трахею. Основними перевагами цього методу є забезпечення нормального газообміну, усунення небезпеки, пов’язаної з розладами дихання. При проведенні такого знечуленням виключається можливість аспірації крові та слини в дихальні шляхи. Цей вид знечуленням в щелепно-лицевій хірургії показаний при всіх найбільш травматичних і складних операціях, а також у дітей та хворих з невідвуженою нервовою системою.

Перевагою інгаляційного наркозу є добра керованість і можливість швидко регулювати глибину анестезії. Із інгаляційних анестетиків застосовують закис азоту, десфлюран, фторотан (наркотан, галотан, ізофлюран, енфлюран), частіше – суміш фторотану із закисом азоту і кисню.

Під нейролептаналгезією розуміють метод загального знечуленням, який досягається шляхом внутрішньовенного введення сильного анальгетика,

який забезпечує втрату больової чутливості (аналгезія) і нейролептика, який викликає байдужість до оточення (нейролепсія).

Більшість пацієнтів та анестезіологів віддають перевагу для загальної анестезії внутрішньовенній індукції. Найпоширенішим препаратом є кетамін (каліпсол), який справляє асоціативну та селективну дію, проте має ряд недоліків: викликає тахікардію та гіпертензію (це загрожує ускладненнями у пацієнтів із ішемічною хворобою серця, а також кровотечею та підвищеною крововтратою; можливий делірій та галюцинації, викликає мязевий гіпертонус та рухову активність, гіперсалівацію, підвищення внутрічерепного тиску та залишкові впливи на працездатність.

Напрямки дискусії:

1. Класифікація загального знечуленням;
2. Переваги інгаляційного знечуленням;
3. Переваги та недоліки загального знечуленням.

Семінарське заняття № 2

Основні принципи онкологічної настороженості в роботі стоматолога.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань профілактики та диспансеризації хворих з онкологічними захворюваннями.

Напрямки дискусії:

1. Канцерогенні фактори виникнення передракових станів.
2. Профілактика передракових станів.
3. Диспансерні клінічні групи хворих з передраковими станами.

Короткий зміст заняття.

Спостереження свідчать, що під впливом зовнішніх шкідливих чинників на шкірі та слизовій оболонці рота можуть виникнути реактивні або дистрофічні зміни, котрі призводять до передракових станів або злоякісних пухлин.

З практичної точки зору знання канцерогенних факторів є необхідним, так як при ранній ліквідації цих подразників можливо попередити передракові процеси та виникнення злоякісної пухлини. Акцентується увага на те, що потрібно дотримуватись профілактичних заходів на підприємствах, корі мають професійну шкідливість, особливо тоді, коли можливий контакт працівників з похідними дьогтю, аніліновими барвниками, мінеральними оліями, бензином, бітумом, хлорованими аліфатичними вуглеводами, похідними миш'яковистих сполук, смолами, радіоактивними ізотопами. В цих випадках необхідно звертати увагу на дотримання працівниками особистої гігієни, всіх принципів техніки безпеки, використання ними спецодягу.

До числа причин, які призводять до розвитку злоякісних новоутворень, відносяться хронічні запальні процеси (остеомиєліт, гайморит, хейліт і ін.), однократні і багатократні пошкодження. Тому своєчасне лікування цих за-

хворювань, попередження травм слизової оболонки порожнини рота гострими краями зруйнованих зубів і зубних протезів, є профілактикою злоякісних утворень.

Звертається увага на диспансеризацію хворих з передраковими станами, розглядається їх поділ на клінічні групи.

До першої групи відносяться всі хворі з неясною клінічною картиною захворювання, але з підозрою на злоякісну пухлину (1-а група), а також хворі з передпухлинними захворюваннями (I-б група).

Після детального клінічного обстеження та встановлення діагнозу хворі I-а групи знімаються з онкологічного обліку або переводяться в інші групи. Хворі I-б групи стають на диспансерний облік, здійснюється відповідне лікування та спостереження. До другої групи відносяться хворі із злоякісними пухлинами, котрі потребують спеціального та радикального лікування.

До третьої групи відносяться хворі, котрим проведено радикальне комбіноване лікування, і вони практично здорові. Такі хворі систематично спостерігаються стоматологами або онкологами, перший рік після лікування – поквартально, другий – раз в півроку, надалі - щорічно. Відновні операції обличчя здійснюються не раніше ніж через рік при умові відсутності рецидивів та метастазів. При появі рецидиву пухлини і метастазів, у випадках можливого проведення радикального лікування, хворі переводяться в другу групу, якщо радикальне лікування провести неможливо – у четверту групу, до якої відносяться всі хворі з запущеними злоякісними новоутвореннями. Таких хворих спостерігають онкологи або стоматологи в амбулаторних або стаціонарних умовах за місцем проживання.

Теми реферативних повідомлень:

1. Етіологічні фактори виникнення передракових станів.
2. Профілактика передракових станів.
3. Диспансеризація хворих з передраковими станами.

Семінарське заняття № 3

Профілактика, діагностика та лікування вроджених вад розвитку щелепно-лищевої ділянки у дітей.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань клініки, діагностики та лікування вроджених вад розвитку щелепно-лищевої ділянки у дітей.

Теми реферативних повідомлень:

1. Загальна характеристика вроджених вад розвитку ЩЛД;
2. Причини виникнення вроджених незрощень верхньої губи та піднебіння;
3. Профілактика вроджених вад;

4. Діагностика незрошень верхньої губи;
5. Схема лікування дітей із незрошеннями верхньої губи та піднебіння.

Короткий зміст заняття:

Вроджені розщілини, незрощення верхньої губи і піднебіння відносять до вад, які найчастіше зустрічаються у щелепно-лицевій ділянці. Тяжкість даного порушення розвитку обличчя визначається не лише зовнішнім спотворенням, вираженими функціональними розладами, соціальною неповноцінністю дитини в колективі, негативною психологічною атмосферою в сім'ї, але і є передумовою порушення росту і розвитку дитячого організму, виникнення фонових захворювань. Як правило, такі діти мають розлади не лише дихальної, але й серцево-судинної системи, ЛОР-органів, порушення специфічного і неспецифічного захисту організму.

Причинами розвитку вроджених незрошень обличчя є ендогенні (спадковість, біологічну неповноцінність статевих клітин, перенесені матір'ю інфекційні захворювання в перші місяці вагітності – кір, скарлатина, токсоплазмоз; раніше перенесені аборти) та екзогенні фактори (дія на плід іонізуючої радіації, а також різного роду патогенної мікрофлори – стафілокок, анаеробна флора, віруси; медикаментів – тератогенні отрути; різноманітних хімічних речовин, зловживання алкоголем, авітамінози, гіпоксія, травма живота в ранні терміни вагітності, психічна травма, а також інші фактори, які порушують нормальний розвиток плода в період його формування.

Враховуючи дані фактори постає необхідність у проведенні профілактичної роботи серед вагітних жінок, а також батьків дітей із даними вадами. Консультація батьків в генетичному центрі на ймовірність народження дитини з незрошенням верхньої губи чи піднебіння є необхідною, якщо:

- в родині вже були діти з незрошеннями або іншими вродженими дефектами і деформаціями щелепно-лицевої ділянки;
- попередня дитина народилась із незрошенням;
- мати довготривалий час хворіє хронічними захворюваннями;
- мати в першому триместрі вагітності перенесла грип чи інші простудні захворювання, що супроводжувались високою температурою тіла;
- в анамнезі у матері кілька абортів;
- в анамнезі у матері перенесена краснуха, кір, токсоплазмоз;
- в першому триместрі мати підлягала неодноразовому рентгенівському опроміненню;
- в перші два місяці мати перенесла фізичну чи психологічну травму;
- якщо мати курить та зловживає алкоголем;
- якщо мати під час вагітності займалась самолікуванням, неодноразово приймала медикаменти без консультації лікаря.

Ретельне обстеження вагітних на ранніх термінах необхідне для виявлення та усунення причин, що призводять до порушення внутрішньоутробного роз-

витку плода. Санітарно-просвітня робота проводиться для роз'яснення необхідності нормального перебігу перших трьох місяців вагітності і сприяє профілактиці народження дітей із вродженими вадами щелепно-лицевої ділянки. Зовнішні прояви незрощень губи можна виявити при ультразвуковому обстеженні, як правило, на 12-14 тижні вагітності. В такому разі тільки жінка має право вирішувати – залишити дитину чи переривати вагітність. У всіх випадках народження дитини з незрощенням верхньої губи і піднебіння батьки повинні в перші місяці життя дитини відвідати медико-генетичний центр для вирішення степені спадкової обумовленості даного конкретного випадку. Після огляду дитини, батьків та складання родоводу лікар вирішить питання про необхідність додаткових генетичних обстежень, при цьому вираховують ризик повторного народження дітей з вродженими вадами в даній сім'ї та в дальніх родичів.

На даний час немає достовірної можливості проведення первинної профілактики незрощень верхньої губи та піднебіння та 100 % діагностики вад розвитку на ранніх стадіях розвитку плода, тому допомога дітям з вадами залежить від своєчасного та правильного лікування. В першу чергу пацієнт повинен бути прийнятий на диспансерний облік, далі вирішують питання годування дитини за допомогою спеціальної соски чи обтуратора, виготовленого по типу знімної пластинки на беззубу щелепу в перші дні народження дитини з наскрізним незрощенням верхньої губи та піднебіння. Необхідно провести обстеження дитини педіатром та суміжними спеціалістами для виявлення супутніх вроджених та набутих захворювань, які можуть бути протипоказом до хірургічного втручання, та почати лікування у профільних установах. Між етапами хірургічного та ортодонтчного лікування необхідно проводити корекцію ортодонтчних апаратів, заняття з логопедом і психологом.

Ортодонтчна реабілітація дітей з незрощеннями верхньої губи і піднебіння є невід'ємною частиною комплексного лікування таких дітей. Тактика ортодонтчного лікування залежить від виду незрощення, способу хірургічного лікування та віку дитини. Первинна хейлоринопластика – важливий етап хірургічного лікування. Рекомендують її проводити при односторонньому незрощенні – починаючи з 2-3 місяців, при двосторонньому – у віці 5-6 місяців. До року життя дитини бажано ліквідувати дефект верхньої губи і носа. Зміна термінів операції може бути зумовлена протипоказами зі сторони загального соматичного статусу дитини (анемія, гіпотрофія, супутні синдроми) або необхідністю попереднього проведення ортодонтчного лікування. Первинна хейлоринопластика передбачає відновлення анатомічної, функціональної цілісності верхньої губи і носа та естетичного виду. Всі методики хейлоринопластики умовно поділені, в залежності від проведеного розрізу шкірних покривів, на: лінійні, прямокутні, трикутні (у верхній, середній, нижній третинах губи) і комбіновані.

При хірургічному лікуванні вроджених незрощень піднебіння в останні роки відмічається тенденція вітчизняними та зарубіжними хірургами проводити оперативні втручання в більш ранні терміни. Імунологічні, антропометричні та біохімічні дослідження свідчать, що найсприятливішим для проведення ураностафілопластики є термін у віці 2-3 років, що відповідає формуванню основних мовних механізмів. Це не означає, що кожна дитина в цьому віці готова до операції, однак в цьому віці бажано закінчити підготовку дитини до хірургічного втручання.

Оцінка місцевого статусу у дитини з незрощенням піднебіння проводиться щелепно-лицевим хірургом та ортодонтом, які визначають стан підготовленості до втручання (стан слизової оболонки порожнини рота, носоглотки та зіву, аденоїдних вегетацій і піднебінних мигдалин, положення торцевих відділів альвеолярних дуг на фрагментах щелеп при наскрізних незрощеннях, дані палатофарингометричних досліджень, стан зубів). Необхідною умовою для проведення ранніх (до 2-х років) первинних операцій на піднебіння є сприятливий загальний та місцевий статус, можливість проведення до- та післяопераційного ортодонтичного лікування таких дітей.

Напрямки дискусії:

1. Загальну характеристику вродженим вадам розвитку ЩЛД;
2. Причини виникнення вроджених незрощень верхньої губи та піднебіння;
3. Методи профілактики вроджених вад розвитку ЩЛД;
4. Методи діагностики незрощень верхньої губи;
5. Схема лікування дітей із незрощеннями верхньої губи та піднебіння;
6. Терміни хірургічного лікування незрощень верхньої губи та піднебіння;
7. Види хірургічних втручань в залежності від вродженої патології.

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. Грицук 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.