

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

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

інтернатури за фахом „Стоматологія”
(самостійна робота)
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 „__” _____ 201_ р., протокол № __.

Завідувач кафедрою

проф.Вовк Ю.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 08.08.2013р.

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.	Показники ефективності роботи стоматологічних закладів.	4
2.	Нормативно-правові аспекти медичних працівників. Права та обов'язки лікаря-стоматолога та лікаря-інтерна.	4
3.	Диспансеризація пацієнтів із стоматологічними захворюваннями.	4
4.	Особливості іннервації м'яких тканин, зубів та кісткової	4

	тканини щелеп.	
5.	Особливості анатомічної будови СНШС у дорослих та новонароджених.	4
6.	Біологічна ширина ясен та її значення в практиці лікаря-стоматолога.	2
7.	Профілактика асфіксії при травматичних пошкодженнях тканин ЗЩС та ЩЛД	2
8.	Профілактика запальних процесів ШЛД.	2
9.	УВЧ-терапія, солюкс, тубус-кварц та їх значення при лікуванні стоматологічних захворювань.	2
10.	Покази до застосування іонофорезу у стоматологічній практиці.	2
Всього		30

ЗМІСТ ТЕМ САМОСТІЙНИХ ЗАНЯТЬ

(теми реферативних повідомлень та напрямки дискусій)

Тема для самостійного опрацювання № 1

Показники ефективності роботи стоматологічних закладів.

Навчальна мета заняття: поглибити знання з питань ефективності роботи стоматологічних закладів.

Навчальні питання:

1. Основні показники роботи стоматологічних закладів.
2. Норми показників.
3. Показники діяльності ортопедичного, терапевтичного, хірургічного відділень.

Короткий зміст заняття: Робота стоматологічної поліклініки оцінюється наступними показниками:

1. *Відсоток хворих, виявлених при плановій санації* – це відношення числа тих, хто потребує санації порожнини рота з числа оглянутих до числа осіб, оглянутих у порядку планової санації виражене у відсотках. Показник, оцінюваний у динаміку, характеризує стан профілактичної роботи серед контингентів, що оглядаються. Чим він вище, тим гірше проводилася профілактична робота в попередні роки і навпаки, чим він нижче, тим ефективніше була робота стоматологів.

2. *Повнота санації порожнини рота і зубів* – це відношення числа санованих з числа потребуючих санації до числа потребуючих санації порожнини рота

виражене у відсотках. Чим ближче цей показник до 100%, тим краще організована робота з планової санації порожнини рота і зубів.

3. *Повнота диспансерного обслуговування хворих* – це відношення числа хворих, узятих під диспансерне спостереження до числа зареєстрованих хворих виражене у відсотках. Показник розраховується як у цілому, так і по окремим нозологічних формах захворювань. Оптимальним треба вважати наближення цього показника до 100%.

4. *Число відвідувань у день на одного лікаря-стоматолога* – це відношення числа відвідувань до лікаря-стоматолога за місяць (рік) до числа робочих днів за місяць (рік). Цей показник складає по нормативах у стоматологів-терапевтів – 16, у стоматологів-хірургів – 25, на недиференційованому прийомі - 18.

5. *Середнє число пломб на один робочий день лікаря-стоматолога* – це відношення числа пломб за місяць роботи лікаря-стоматолога до числа робочих днів лікаря-стоматолога. При обслуговуванні дорослих цей показник по нормативі складає 8, а при обслуговуванні дітей – 7. У сучасних умовах цей показник збільшується до 11–12.

6. *Середнє число санацій у день на 1 лікаря* – це відношення числа санацій порожнини рота і зубів за місяць у лікаря-стоматолога до числа робочих днів на місяць у лікаря-стоматолога. Норматив – 25 санацій на місяць (1 санація у день)

7. *Відношення числа пломб при неускладненому карієсі до числа пломб, накладених після лікування ускладненого карієсу (пульпіт і періодонтит)*. В середньому цей показник складає 8:1.

8. *Відношення числа накладених пломб до числа проведених видалень зубів*. Зразкове співвідношення в даний час 5:1. Використовуються також наступні показники:

- середнє число відвідувань на 1 санацію;
- середнє число відвідувань на 1 пломбу;
- % пульпітів, виликваних у 1 сеанс;
- % післяопераційних ускладнень.

Показники діяльності ортопедичного відділення:

- середнє число хворих, прийнятих одним лікарем за 1 день;
- середнє число відвідувань на один хворого, який отримав протези;
- число повторних відвідувань на одне первинне відвідування;
- середні терміни виготовлення протезів;
- виконання фінансового плану в %;
- вартість протезів на одного хворого.

Контрольні питання:

1. Перелічити основні показники роботи стоматологічних закладів.
2. Показники діяльності ортопедичного відділення
3. Показники діяльності терапевтичного відділення

4. Показники діяльності хірургічного відділення

Тема для самостійного опрацювання № 2

Нормативно-правові аспекти медичних працівників. Права та обов'язки лікаря-стоматолога та лікаря інтерна

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів щодо питання нормативно-правових аспектів роботи **медичних працівників**

Навчальні запитання:

1. Нормативно-правові документи, які регламентують роботу медичних працівників.
2. Права та обов'язки лікаря-стоматолога, лікаря-інтерна.

Короткий зміст заняття:

Права та обов'язки лікаря стоматолога. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію стоматологічної допомоги. Застосовує сучасні методи діагностики та лікування захворювань ротової порожнини та щелепно-лицевої ділянки. Надає невідкладну стоматологічну допомогу при гострих запальних процесах, травматичних пошкодженнях, кровотечах, а також допомогу при анафілактичному шоці, гострій серцевій та дихальній недостатності, гіпоксії, набряку гортані, при попаданні чужорідних тіл у дихальні шляхи, гіпертонічному синдромі. Здійснює нагляд за побічними реакціями/діями лікарських засобів. Працює в тісному контакті з суміжними спеціалістами та службами. Бере участь у моніторингу здоров'я населення, сприяє поширенню медичних знань серед населення. Дотримується принципів медичної деонтології. Планує роботу та проводить аналіз її результатів. Керує роботою середнього медичного персоналу. Веде лікарську документацію. Постійно удосконалює свій професійний рівень. Оцінює результати обстеження за методикою комп'ютерної томографії.

Права та обов'язки лікаря интерна.

Лікар-інтерн :

1. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я.
2. Виконує навчальний план і програму інтернатури за відповідною спеціальністю під керівництвом лікаря, керівника базового закладу охорони здоров'я та закріпленого за ним викладача кафедри вищого медичного навчального закладу.
3. Набуває, поглиблює і удосконалює професійні знання, вміння та навички.

4. Бере активну участь у виконанні всіх видів лікарської діяльності, передбачених вимогами освітньо-кваліфікаційної характеристики; проходить піврічний (річний) та підсумковий контроль професійної практичної підготовки згідно з планом і програмою.
5. По закінченні терміну підготовки в інтернатурі проходить атестацію на визначення знань та практичних навичок з присвоєнням звання "лікар-спеціаліст".
6. Дотримується принципів медичної деонтології; веде лікарську документацію.
7. Виконує правила внутрішнього трудового розпорядку в установах і закладах охорони здоров'я, де навчається в інтернатурі.
8. Відповідальність за самостійну лікарську діяльність лікарів-інтернів і якість оформлення ними службової документації несе керівник лікарів-інтернів на базі стажування.

Лікар-інтерн має право:

1. Ознайомлюватися з проектами рішень керівництва, що стосуються його діяльності.
2. Брати участь в обговоренні питань, що стосуються виконання його обов'язків.
3. Вносити на розгляд керівництва пропозиції щодо покращення роботи, пов'язаної з обов'язками, що передбачені цією інструкцією.
4. В межах своєї компетенції повідомляти керівництву про всі недоліки, виявлені в процесі його діяльності, та вносити пропозиції щодо їх усунення.
5. Вимагати від керівництва сприяння у виконанні ним посадових обов'язків.

Контрольні питання:

1. Права та обов'язки лікаря-стоматолога.
2. Права та обов'язки лікаря-інтерна.
3. Нормативно правові документи, які регламентують роботу медичних працівників.

Тема для самостійного опрацювання № 3 **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.

Тема для самостійного опрацювання № 4 **Особливості іннервації м'яких тканин, зубів та кісткової** **тканини щелеп.**

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з іннервацією щелеп, зубів та м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.

Навчальні запитання:

1. Іннервація щелеп, зубів та м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
2. Трійчастий нерв.
3. Лицевий нерв.

Короткий зміст заняття:

Іннервація м'яких тканин лица, органів порожнини рота, щелеп і зубів здійснюється руховими, чутливими та вегетативними (симпатичними і парасимпатичними) нервами.

До чутливих нервів належить:

- Трійчастий (n. Trigeminus)
- Язикоглотковий (n. Glossopharyngeus)
- Блукаючий (n. Vagus),

а також відгалуження від шийного сплетення-великий вушний нерв (n. auriculae major) і малий потиличний (n. occipitale minor).

ТРІЙЧАСТИЙ НЕРВ

Від трійчастого (Гассера) вузла відходять три гілки:

- Очний нерв (n. Ophthalmicus)
- Верхньощелеповий (n. Maxilaris)
- Нижньощелеповий (n. Mandibularis)

На шляху гілок трійчастого нерва розташовані п'ять вегетативних нервових вузлів:

- Війковий (g. Ciliare)
- Крилопіднебінний (g. Pterygopalatinum)
- Вушний (g. Oticum)
- Нижньощелепний (g. Submandibulare)
- Під'язиковий (q. Sublinguale)

Перша гілка трійчастого нерва входить в очну ямку через верхню орбітальну щілину (fissura orbitalis superior) і дає відгалуження трьох нервів:

- Носовийкового (n. Nasociliaris)
- Лобового (n. Frontalis)

➤ Сльозового (n. Lacrimalis)

Друга гілка трійчастого нерва – верхньощелепний нерв має тільки чутливі гілочки і дає кілька відгалужень:

1. виличний нерв (n. Zygomaticus)
2. крило-піднебінні нерви (nn. Pterygopalatini):
 - передній піднебінний нерв (n. Palatinus anterior)
 - середній піднебінний нерв (n. Palatinus media)
 - задній піднебінний нерв (n. Palatinus posterior)

Третя гілка трійчастого нерва – нижньощелепний нерв (n. Mandibularis) містить чутливі і рухові волокна, тобто є змішаним. Розгалужується на передні, переважно рухові та задні, майже виключно чутливі гілки. До цієї групи належать наступні нерви:

- жувальний нерв (n. Massetericus)
- глибокі вискові нерви (n. Temporales protundi)
- зовнішній криловидний нерв (n. Pterygoideus lateralis)
- внутрішній криловидний нерв (n. Pterygoideus medialis)
- щелепно-під'язиковий нерв (n. Mylohyideus)
- нерв – натягувач м'якого піднебіння (n. Tensor veli palatini).

Від нижньощелепного нерва відгалужуються чутливі гілки:

- щічний нерв (n. Buccinator)
- вушно-висковий нерв (n. Auriculotemporalis)
- нижньоальвеолярний нерв (n. Alveolaris inferior)
- язиковий нерв (n. Lingualis).

ЛИЦЕВИЙ НЕРВ

(n. facialis) є руховим, забезпечує іннервацію м'язів мимічних м'язів лица, черепа, м'яза стремена, підшкірного м'яза шиї, заднього черевця двочеревцевого м'яза і шило-під'язикового м'яза. Окрім рухових волокон лицевий нерв має смакові волокна, які йдуть до язика і секреторні волокна для слинних залоз дна порожнини рота, а також чутливі волокна для мимічних м'язів лица. В черепі лицевий нерв дає наступні відгалуження:

- великий кам'янистий нерв до крило-піднебінного вузла
- гілочку до вушного вузла
- барабанну струну до язикового нерва
- до блокуючого нерва
- стремінце вий нерв.

Після виходу з черепа лицевий нерв дає наступні відгалуження:

- задній вушний нерв для потиличного м'яза
- двочеревцеву гілку для заднього черевця двочеревцевого м'яза, яка поділяється на:
 - шило-під'язикову
 - сполучну.

В білявушній слинній залозі лицевий нерв розгалужується на дві гілки:

- верхню висково-лицеву

Обидві гілки розгалужуються на:

- нижню шийно-лицеву.
- вискова
- вилична
- щічна
- крайова нижньощелепна
- шийна.

Лицевий нерв має анастомози з наступними чутливими гілками трійничного нерва:

- вушно-висковим
- вилично-лицевим
- щічним
- нижньоорбітальним
- язиковим
- підборідковим
- слуховим
- блукаючим.

Контрольні питання:

1. Іннервація зубів і щелеп.
2. Іннервація піднебіння.
3. Верхнє зубне сплетіння.
4. Щічний нерв.
5. Відгалуження нижньощелепового нерва.
6. Відгалуження лицевого нерва.

Тема для самостійного опрацювання № 5 Особливості анатомічної будови СНЩС у дорослих та у новонароджених.

Навчальна мета заняття: поглибити знання з будови та функції скронево-нижньощелепового суглоба, ознайомити з особливостями анатомічної будови СНЩС у дорослих та у новонароджених.

Навчальні питання:

1. Особливості анатомічної будови СНЩС у новонароджених.
2. Зміни, які виникають в СНЩС з віком.
3. “Слабкі місця” СНЩС.

Короткий зміст заняття: Скронево-нижньощелеповий суглоб (СНЩС) утворений виростковим відростком нижньої щелепи, нижньощелеповою ямкою скроневої кістки, суглобовим бугорком, суглобовим диском, капсулою та зв'язками.

Скронево-нижньощелеповий суглоб (СНЩС) – парний, комбінований, рухи в ньому здійснюються одночасно.

Розміри нижньощелепової ямки вискової кістки більше суглобової головки, тому цей суглоб відносять до інконгруентних суглобів. Ця невідповідність компенсується наявністю суглобового диску, а також тим, що капсула прикріплюється не поза суглобовою ямкою, а в середині її, біля переднього краю кам'янисто- барабанної щілини.

Суглобова головка - це кістковий утвір еліпсоподібної форми. Головка видовжена в поперечному напрямку, звужена в сагітальному.

Суглобова ямка – спереду обмежена суглобовим бугорком, ззаду проходить по передньому краю кам'янисто- барабанної щілини, латерально обмежена виличним відростком.

Суглобовий горбок – кісткове потовщення заднього відділу виличного відростка вискової кістки. У новонароджених він відсутній, а з'являється до 6-7 років (перед початком прорізування постійних зубів). Висота суглобового горбка змінюється залежно від віку та оклюзії. Найбільша висота у людей середнього віку з нормальним прикусом. В похилому віці та при відсутності зубів висота горбка зменшується.

Поверхні суглоба вкриті не гіаліновим, а тонким і неміцним сполучнотканинним хрящем.

Суглобовий диск має овальну форму, складається з грубоволокнистої сполучної тканини, розміщується між суглобовими поверхнями, своїми краями зрощений з суглобовою капсулою, розділяє суглоб на верхній та нижній поверхні. Об'єм верхнього поверху – 1,5 мл, нижнього – 0,5 мл.

Суглоб має інтракапсулярні та екстракапсулярні зв'язки, які захищають суглоб та перешкоджають надмірним рухам у суглобі.

Контрольні запитання.

1. Особливості анатомічної будови суглобової ямки та суглобової головки СНЩС
2. Особливості анатомічної будови суглобового бугорка та його зміни з віком.
3. Особливості анатомічної будови інтракапсулярних та екстракапсулярних зв'язок та їх значення у виникненні захворювань СНЩС.
4. Основні відмінності в анатомічній будові суглоба у дорослих та у новонароджених.
5. Функції скренево-нижньощелепового суглобу.

Тема для самостійного опрацювання № 6

Біологічна ширина ясен та її значення в практиці лікаря-стоматолога.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів щодо питання біологічної ширини ясен та її значення в роботі лікаря стоматолога.

Навчальні запитання:

1. Визначення поняття біологічної ширини ясен.
2. Середні значення біологічної ширини ясен.
3. Особливості вимірювання біологічної ширини ясен.
4. Особливості препарування зубів враховуючи значення біологічної ширини ясен.

Короткий зміст заняття:

Термін «біологічна ширина» позначає комплекс ясенних тканин навколо зуба, який розташовується над альвеолярної кісткою. Гістологічно він включає в себе сполучну тканину (Шарпееві волокна) та прикріплений до зуба епітелій. Деякі дослідники включають в біологічну ширину і ясенну боріздку з вільним епітелієм.

Відомо, що в середньому біологічна ширина становить близько 2 мм. Біологічна ширина ясен може варіювати у деяких межах від 0,75 мм до 4,3 мм, а розмір біологічної ширини у молярів в середньому на 0,33 мм більше, ніж у фронтальної групи зубів. Загалом величину біологічної ширини необхідно визначати у кожного пацієнта індивідуально. Під анестезією плоским пародонтальним зондом вимірюють відстань до альвеолярної кістки, з отриманого результату віднімають глибину ясенної боріздки.

При розміщенні краю коронки в межах біологічної ширини можливі два варіанти реакції навколишніх тканин: 1) атрофія кісткової тканини і рецесія ясен з відновленням нормальної біологічної ширини при тонкій альвеолярній кістці; 2) при глибокому розташуванні краю коронки спостерігається постійний запальний процес ясенних тканин при збереженому рівні кісткової тканини.

Встановлено, що коронка повинна розташовуватися в межах ясенної борозенки, і як мінімум на 0,5 мм вище прикріпленого епітелію в сторону коронки.

Складність виміру глибини ясенної боріздки полягає в тому, що пародонтальний зонд легко пенетрує прикріплений епітелій і можливо сполучнотканинні волокна. Ступінь пенетрації різна і залежить від тиску на зонд, діаметра кінчика зонда і ступеня запалення ясен.

Термін «біологічна зона» – це поєднання сполучнотканинного з'єднання, прикріпленого епітелію та ясенної боріздки. Проксимальний край коронки повинен бути мінімально 2,5 мм вище альвеолярного гребеня: 1 мм сполучнотканинного з'єднання, 1 мм прикріпленого епітелію і 0,5 мм борозенки проксимального краю реставрації.

Контрольні питання:

1. Біологічна ширина ясен, визначення поняття.
2. Середні значення біологічної ширини ясен.
3. Особливості препарування зубів враховуючи значення біологічної ширини ясен.

Тема для самостійного опрацювання № 7

Профілактика асфіксії при травматичних пошкодженнях ЩЛД

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів щодо проблеми виникнення асфіксії, їх клінічних проявів та методів лікування.

Навчальні запитання:

1. Визначення поняття асфіксії.
2. Класифікації асфіксії.
3. Етіологічні чинники та патогенетичні механізми виникнення асфіксії.
4. Клінічні прояви асфіксії.
5. Принципи лікування.

Короткий зміст заняття:

Асфіксія (гостра дихальна недостатність) – це патологічний стан, зумовлений порушенням газообміну між організмом і навколишнім середовищем, який швидко наростає.

Класифікації:

I. За етіологією і патогенезом: бронхо-легенева, торакоабдомінальна, центрогенна, нейром'язова; змішана.

II. За стадією гіпоксії:

- Ейфорії.
- Апатії або адинамії.
- Декортикації.
- Децеребрації.

III. Залежно від причин:

- Аспіраційна асфіксія – внаслідок затікання в дихальні шляхи слизу, крові, блювотиння тощо.
- Дислокаційна – западіння язика, як внаслідок травми нижньої щелепи, так і з інших причин.
- Клапанна – внаслідок утворення клапана з клаптів м'якого піднебіння та інших м'яких тканин ротоглотки.
- Обтураційна – в результаті обтурації дихальних шляхів сторонніми предметами.
- Стенотична – яка виникає через стискання або звуження дихальної трубки запальним або алергічним набряком, гематомою.

Клінічні ознаки. Асфіксія може виникнути раптово, поступово або приступами.

Раптова гостра асфіксія:

- часте, глибоке, дихання спазмами, яке з появою корчів може зупинитись;
- вдих шумний, свистячий;

- пульс може прискорюватись, а надалі сповільнюватись;
- збудження змінюється втратою свідомості;
- розширені зіниці;
 - до повної зупинки серця можуть бути окремі глибокі вдихи;
 - обличчя ціанозне;
 - екзофтальм.

Поступова асфіксія:

- клінічні ознаки менш виражені і зміною положення хворого (нахилом голови тощо) можна досягнути деякого компенсування процесу;
- обличчя бліде, губи ціанозні, рот відкритий, язик може бути висунений, в очах переляк.

Принципи надання медичної допомоги:

- Забезпечення прохідності дихальних шляхів (правильне положення тіла, відсмоктування вмісту дихальних шляхів, повітроводи, конікотомія, інтубація трахеї).
- Оперативне лікування (трахеотомія, конікотомія).
- Оксигенотерапія.
- ШВЛ (коли інші методи лікування виявляються неефективними).
- Корекція супутніх порушень кровообігу.

Якщо пацієнт у свідомості:

1. Дати змогу прокашлятися.
2. Застосувати прийом Геймліха.

Якщо пацієнт без свідомості:

1. Надати відповідного положення тіла для забезпечення прохідності дихальних шляхів: видалити з порожнини рота і гортані слиз, кров, мокроту, чужорідний вміст, закинути голову, висунути нижню щелепу вперед, відкрити рот та зафіксувати язик.
2. Контроль стану шийного відділу хребта (шийний комір).
3. При кровотечі з дихальних шляхів надати хворому положення на боці.
4. При наростанні гіпоксії - ШВЛ методом «з рота в рот».
5. Введення повітроводу, конікотомія.
6. Інгаляція зволоженого кисню (за наявності).
7. Здійснювати догляд за дихальними шляхами, підтримувати їх прохідність, попереджувати аспірацію і видаляти секрет.

Застосування прийому Геймліха(рис.1):

- Нахиліть потерпілого вперед, обхопіть його руками нижче ребер і зімкнутими в кулак долонями зробіть швидкий рух всередину і вгору. Повторіть цей маневр до відновлення нормального дихання.
- Якщо потерпілий знаходиться в несвідомому стані, акуратно покладіть його на спину і зробіть кілька поштовхів долонею руки в область нижче ребер. Якщо повітряні шляхи очистилися, а людина все ще залишається без свідомості, почніть штучне дихання.

- Немовлята більш крихкі, саме тому дуже важливо контролювати свою силу. Поверніть дитину головою вниз, щоб використовувати силу тяжіння при очищенні повітряних шляхів. Якщо дитина перестає дихати чи реагувати на події, почніть штучне дихання.

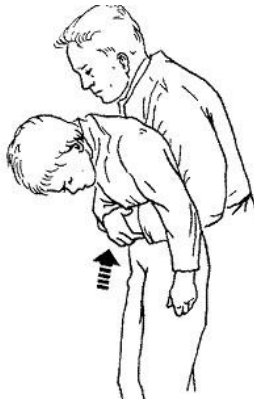


Рис.1 Прийом Геймліха

Трахеотомія – розсікання трахейних кілець для усунення асфіксії.

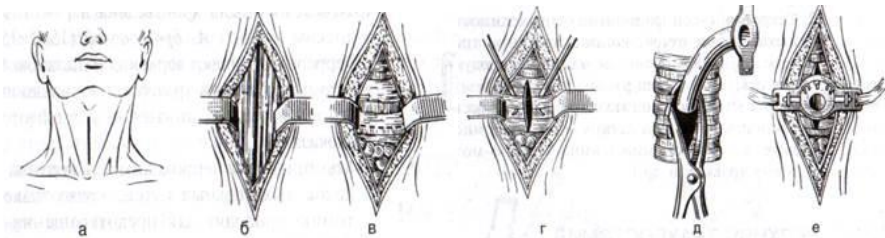


Рис. - 1 Техніка верхньої трахеотомії

а - розріз шкіри по серединній лінії шиї; б - в рані видно білу лінію шиї; в - внутрішньошийна фасція розсічена поперечними розрізами; г - трахея взята на гачки, розсічені її хрящі; д - перший етап введення трубки; е - трубка введена в трахею.

Техніка верхньої трахеотомії

1. Пошаровий розріз шкіри, підшкірної клітковини, поверхневої фасції, білої лінії шиї довжиною 4-6 см від щитовидного хряща вниз.
2. Доступ до грудинно-ключично-соскоподібного і грудинно-щитовидного м'язів правої і лівої половини шиї. Розвівши м'язи, візуалізуємо перснеподібний хрящ і перешийок щитовидної залози, який знаходиться під ним.

3. Розсічення листка внутрішньошийної фасції в поперечному напрямку, відокремлюємо перешийок від трахеї і відсуває його тупим шляхом донизу, оголюючи верхні хрящі трахеї.
4. Фіксуємо гортань однозубим загостреним гачком, щоб припинити судорожні рухи. Взявши в руку гострий скальпель лезом догори, кладемо вказівний палець збоку леза і, не доходячи до кінчика на 1 см (щоб не пошкодити задню стінку гортані) розкриваємо третій, а іноді і четвертий хрящ трахеї, направляючи скальпель вгору від перешийка до гортані.
5. Після надходження повітря в трахею, дихання на деякий час припиняється. Настає апное з подальшим переходом в різкий кашель. Тільки після цього в трахеостомічну рану вставляється розширювач.
6. Розсовуємо розширювач, беремо трахеостомічну канюлю та, поставивши її поперечно шії так, щоб щиток був в сагітальній площині, вводимо її в просвіт трахеї.
7. Розширювач витягаємо, канюлю повертаємо так, щоб щиток розташовувався у фронтальній площині з подальшим просуванням канюлі вниз і фіксацією її навколо шії.
8. Шкірна рана зашивається до трахеостомічної трубки.

Техніка нижньої трахеотомії: положити хворого на спину із закинutoю головою. Зробити анестезію інфільтраційну анестетиком з адреналіном. Після обробки операційного поля пальпаторно визначити нижній край щитоподібного хряща і строго по середній лінії зробити розріз 5-6 см вниз. Пошарово розрізати шкіру, підшкірну клітковину і поверхневу фасцію.

Розсікати білу лінію шії (зрощення 2-ї та 3-ї фасції) і зсувати донизу перешийок щитоподібної залози.

Розсікати 2-е, 3-е, а іноді й 4-е кільця трахеї. Розвести вбоки сторони розрізу і ввести в нього трахеостомічну трубку. Перед тим слід переконатися, що стінка трахеї розсічена наскрізь, про що свідчатиме поява свистячого дихання.

Довжина розрізу трахеї повинна відповідати діаметрові трахеостомічної трубки. Введену в трахею трубку вставити у поперечному положенні, а потім повернути у вертикальне положення і заглибити до дотику щитка до шкіри, накласти шви на краї рани, закріпити трубку і накласти стерильну пов'язку на рану.

Конікотомія – розкриття гортані шляхом розрізу її щитоперсневидної (конічної) зв'язки (потовщеної передньої частини перснещитової мембрани). Проводиться коли є асфіксія внаслідок перекриття доступу повітря у верхній частині гортані, немає можливості для трахеотомії і неможлива або протипоказана інтубація.

Техніка проведення: хворого покласти на спину із закинutoю дозаду головою. Щитоподібний хрящ фіксувати пальцями лівої руки, пальпувати заглиблення між верхнім краєм персневидного та нижнім краєм

щитоподібного хряща. В цьому заглибленні по середній лінії шиї одномоментним вертикальним розрізом розсікати шкіру та щитоперсневидну зв'язку. Про виникнення вільного доступу повітря до трахеї свідчить поява свистячого дихання. Для попередження сходження країв розрізу до нього потрібно ввести затискувач і розкрити його.

Якщо правильно вибрати місце розрізу, то післяопераційна кровотеча є мінімальною. Достатня інфільтраційна анестезія, а в екстремальних умовах допустиме проведення втручання без знеболення. Конікотомія є тимчасовим заходом і тому після відновлення дихання накласти трахеостому.

Контрольні питання:

1. Прояви порушення газообміну в організмі.
2. Основні причини виникнення асфіксії у стоматологічній практиці.
3. Ознаки раптової та поступової асфіксії.
4. Надання невідкладної медичної допомоги при підозрі на асфіксію.
5. Покази до трахеотомії та конікотомії.

Тема для самостійного опрацювання № 8 **Профілактика запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.**

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань профілактики запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.

Навчальні запитання:

- Етіологічні чинники виникнення запальних процесів у щелепно-лицевій ділянці.
- Особливості кровопостачання щелепно-лицевої ділянки та шляхи поширення інфекції по організму.
- Класифікація запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.
- Клінічні прояви та ускладнення запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.
- Методи лікування та профілактики запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.

Короткий зміст заняття:

У виникненні запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки і шиї основну роль відіграють вогнища одонтогенної та неодонтогенної інфекції, тому попередження виникнення запальних процесів повинно базуватись на ліквідації цих вогнищ при санації ротової порожнини та носа.

Етіологічним чинником запальних захворювань в абсолютній більшості випадків (96-98%) є одонтогенна інфекція, тобто поширення мікробного агента з порожнини зуба при ускладненнях карієсу, спочатку в навколоверхівковий періодонт (періодонтит), а потім, через множинні дрібні отвори в кортикальній платівці лунки зуба в кісткову тканину альвеолярного відростка.

Збудником гострої одонтогенної інфекції в переважному випадку є білий або золотистий стафілокок, частіше у вигляді моноінфекції або в поєднанні з іншого кокової флорою, наприклад зі стрептококом.

В даний час все більшого значення у розвитку одонтогенних захворювань набуває асоціативна грибково-бактеріальна форма. Тут мають значення наявність у подібних хворих серйозних фонових захворювань (цукровий діабет, пухлини, туберкульоз тощо), нераціональне лікування пацієнтів сучасними засобами терапії (антибіотики, кортикостероїди, цитастатики і т.д.) і цілий ряд інших моментів.

Потрібно враховувати і та обставина, що в ротовій порожнині є спорофітіруючі мікроорганізми, що знаходяться між собою в стані динамічної рівноваги, яке склалося в процесі еволюції і підтримується факторами імунітету, що забезпечує гомеостаз.

Встановлено, що у 38% хворих одонтогенні запальні процеси викликалися змішаної грибково-бактеріальною флорою. Найбільш часто виявлялися асоціації стафіло-, стрептококів з актиноміцетними грибами *Candida*, *Penicillium*, *Ahodotorula*.

Дефекти твердих тканин зуба є вхідними воротами для мікроорганізмів і не відновлюються самостійно, що зумовлює постійне додаткове інфікування тканин щелепно-лищевої ділянки і сприяє розвитку вогнищ хронічної інфекції. Між цим вогнищем та організмом хворого встановлюється певна рівновага, яка може порушуватись при зміні резистентності організму, наявності супутніх захворювань, підвищенні вірулентності інфекційного вогнища при пошкодженнях сполучнотканинної капсули, яка оточує дане вогнище.

Виникнення запальних захворювань зустрічається практично з однаковою частотою як у людей із санованою ротовою порожниною, так і при несанованій порожнині рота. Нерідко, ліковані зуби залишаються джерелом хронічної інфекції внаслідок порушення термінів і методів консервативного лікування зубів. В результаті цього відкриті вогнища інфекції перетворюються в закриті, які стають одним із джерел сенсibilізації хворого.

Підвищення кількості виникнення запальних захворювань пов'язана із несвоечасним зверненням хворих за стоматологічною допомогою, недостатньою санітарно-просвітницькою роботою лікарів, помилками на догоспітальному періоді лікування і нерідко при самолікуванні, пізньою діагностикою захворювань і розвинутих ускладнень, і відповідно неправильною тактикою лікування.

Важливе місце в профілактиці виникнення ускладнень гнійно-запальних захворювань м'яких тканин має своєчасне проведення оперативного втручання і адекватне дренивання гнійного вогнища, застосування ефективних антибактеріальних препаратів. У дітей хірургічні втручання повинні поєднуватись з максимальним ощадливим відношенням до зачатків молочних та постійних зубів. Для попередження гнійно-запальних ускладнень необхідно приділяти велику увагу санітарно-просвітницькій роботі з широкими верствами населення, суворо дотримуватись санітарно-гігієнічних норм в хірургічних відділеннях та кабінетах, в стоматологічних закладах та щелепно-лицевих стаціонарах, виконувати всі правила асептики та антисептики, проводити постійний мікробіологічний контроль, максимально скорочувати передопераційний термін перебування хворого в стаціонарі.

Контрольні питання:

1. Причини виникнення запальних процесів щелепно-лицевої ділянки;
2. Найпоширеніші збудники, які спричинюють запальні процеси у щелепно-лицевій ділянці;
3. Методи діагностики запальних процесів щелепно-лицевої ділянки;
4. Медикаментозне та хірургічне лікування пацієнтів із запальними ураженнями щелепно-лицевої ділянки;
5. Основні напрями профілактики запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.

Тема для самостійного опрацювання № 9 УВЧ-терапія, солюкс, тубус-кварц та їх значення при лікуванні стоматологічних захворювань.

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про використання змінних струмів та електромагнітних полів.

Навчальні питання:

1. Характеристика електромагнітних коливань.
2. Біофізичні процеси, що відбуваються в тканинах в результаті впливу УВЧ.
3. Біологічна та терапевтична дія дарсонвалізації.
4. Біологічна та терапевтична дія УВЧ-терапії.
5. Покази та протипокази до застосування змінних струмів та електромагнітних полів у стоматології.

Короткий зміст заняття: для лікувального впливу застосовують змінні електричні коливання з частотою від сотень кілогерц до тисяч мегагерц.

Дія струмів і полів УВЧ викликає у тканинах переміщення заряджених часточок і молекул. Внаслідок впливу змінного електричного поля ці процеси мають коливальний характер. При коливальних рухах заряджені частинки стикаються одна з одною і внаслідок тертя між ними утворюється ендогенне тепло. Тепловий ефект має вибіркового характеру, оскільки тканини є чутливими до певних частот, а отже до певної частоти хвиль.

Окрім теплоутворення змінні коливання часточок і молекул спричинюють нетеплову або осциляторну дію, яка веде до розвитку процесів, що змінюють збудливість та провідність нервових клітин. Специфічність дії високочастотних чинників значною мірою визначається саме осциляторним ефектом.

Електричні змінні коливання можна підводити до тканин у вигляді і імпульсів змінного струму високої напруги (місцева дарсонвалізація), електричного поля високої частоти (індуктометрія), електричного поля надвисокої частоти (мікрохвильова терапія).

Дарсонвалізація – лікування високочастотним імпульсним струмом високої напруги. У стоматології цей метод застосовують при пародонтиті, пародонтозі, гострих періодонтитах, невритах та невралгіях V-VII пар черепно-мозкових нервів, альвеолітах, абсцесах (після розтину).

Електричне поле ультрависокої частоти (УВЧ-терапія) – метод діючим чинником якого є змінне електричне поле, підведене до тканин за допомогою конденсаторних пластин. Механізм фізіологічної дії УВЧ зумовлений фізико-механічними змінами колоїдів молекул, що тісно пов'язані з тепловим і осциляторним ефектом. У стоматології УВЧ-терапію застосовують при гострих запальних процесах ЩЛД, хронічних запальних процесах кісткової тканини і приносних пазух, невралгіях та невритах, артритах скронево-нижньощелепового суглоба.

Надвисокочастотна (мікрохвильова) терапія – метод, що ґрунтується на застосуванні з лікувальною метою надчастотних електромагнітних коливань. Використовують хвилі сантиметрового (СМ-терапія) і найчастіше – дециметрового (ДМ-терапія) діапазонів. Вплив хвиль мікро діапазону зумовлюється їх здатністю проникати на кілька сантиметрів у тканини, де їхня енергія поглинається відповідно до цілісності тканини і перетворюється на ендогенне тепло. Під впливом НВЧ-терапії знижується проникність тканин, зменшується вміст медіаторів запалення, стимулюються репаративні процеси, поліпшується трофіка тканин. Мікрохвильову терапію застосовують при гострих і підгострих процесах при наявності відтоку ексудату, пародонтозі, переломах щелеп.

Контрольні питання:

1. Механізм дії електричного поля високої та ультрависокої частоти.

2. Апарати для лікування змінними струмами і полями ВЧ, УВЧ, НВЧ.
3. Методика і техніка дарсонвалізації.
4. Основні переваги імпульсних методик фізіотерапії.

Тема для самостійного опрацювання № 10
Покази до застосування іонофорезу у стоматологічній практиці.

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів поняття про механізм дії та використання у стоматологічній практиці методик іонофорезу.

Навчальні питання:

1. Фізико-хімічна дія постійного струму.
2. Основні біофізичні процеси, що виникають у тканинах під час дії постійного струму.
3. Методика і техніка гальванізації.
4. Покази та протипокази до гальванізації.
5. Покази та протипокази до електрофорезу.

Короткий зміст заняття: Електрофорез – рух дисперсних твердих частинок, рідинних крапель або газових пухирців, йонів тощо завислих в рідинному або газоподібному середовищі в електричному постійного струму під дією електрокінетичних сил, що виникають завдяки утворенню подвійного електричного шару на границі розділу фаз. Лікарський електрофорез – це поєднаний вплив постійного електричного струму і лікарського засобу, введеного з його допомогою. Цей метод ґрунтується на здатності складних речовин дисоціювати у розчиннику на позитивні та негативні іони, що при розміщенні розчину на електрод дозволяє ввести заряджені часточки у тканини. При цьому вводяться іони, які мають однакову з електродом полярність і накопичуються у шкірі (тканинах), утворюючи депо. Хоча кількість лікарського засобу, що поступає у кров при цьому методі невелика, однак локальна концентрація, підвищена електрична активність іонів і біофізичні зміни у тканинах, викликані постійним струмом, сприяють вираженому фармако-терапевтичному ефекту. Важливе значення при цьому має концентрація лікарського засобу.

Показаннями для застосування електрофорезу у стоматології є некаріозні ураження, карієс, пульпіт, періодонтит, пародонти, червоний плескатий лишай.

Перевагою електрофорезу є зведена до мінімуму дія лікарського препарату. З його допомогою можна ввести лікарський засіб у тканини малодоступні для інших способів введення (в тканини емалі, дентину, пульпи зуба).

Протипоказами до застосування електрофорезу є індивідуальне несприйняття електричного струму, новоутвори, важкі системні захворювання, розвинутий ступінь пародонтиту та абсцедування.

Контрольні питання:

1. Апаратура, техніка та методика гальванізації.
2. Апаратура, техніка та методика електрофорезу. Концентрація лікарських засобів.
3. Покази та проти покази до застосування електрофорезу та гальванізації.

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.

