ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: Хирургия полости рта-1
Код дисциплины: HPR 4304-1
Название ОП: 6B10103- «Стоматология»
Объем учебных часов/кредитов: 5
Курс и семестр изучения: 4курс, VII
Обьем лекции: 15 часов

2023-2024 уч.год
Шымкент

Лекционный комплекс дисциплина «Хирургия полости рта-1» разработан в соответсвии с рабочей учебной программой (силлабус) и обсужден на заседании кафедры.

Протокол № 11 **от «** 06 **»** 06 **202** 3 **г.**
Зав.кафедрой д.м.н.,и.о. доцента _____ **Шукпаров А.Б.**

Лекция №1

1. Тема: Предмет и содержание хирургической стоматологии. История развития отечественной хирургической стоматологии. Этапы развития.
2. Цель: Ознакомление с предметом и содержанием хирургической стоматологии. Историей развития отечественной хирургической стоматологии. Этапами развития.
3. Тезисы лекции:

Предмет и задачи хирургической стоматологии

Предметом хирургической стоматологии являются хирургические заболевания челюстно-лицевой области, в том числе и ротовой полости. Задачами этой медицинской науки принято считать следующие:

1) выявление причин заболеваний челюстно-лицевой хирургии;
2)определение их симптомов;
3) рекомендуемые методы исследования, которые необходимы для проведения диагностики, в том числе и дифференциальной диагностики; методы лечения этих заболеваний;
4) меры профилактики по недопущению развития тех или иных патологических процессов.

История развития отечественной хирургической стоматологии.

Большое значение в развитии хирургической стоматологии имели открытые в Италии, Франции, Швейцарии, Германии университеты, в которых проходила подготовка хирургов. С развитием хирургии начала развиваться пластическая хирургия, однако запреты церкви почти на два столетия приостановили развитие хирургии полости рта, восстановительных операций на лице.

Развитие отечественного зубоврачевания, в том числе и отдельных хирургических вмешательств, связано с именем Петра I, с появлением при его дворе иностранных зубных врачей. В этот период впервые в России был построен завод по выпуску хирургического инструментария и мастером Потаповым сконструирован набор инструментов для удаления зубов.

Большую роль в развитии хирургической стоматологии сыграли: впервые организованные в 1919 г. в Киеве Государственный одонтологический институт (впоследствии преобразованный в одонтологический факультет); с 1919 г. -- кафедра одонтологии (затем стоматологии) в Донецком медицинском институте (Н.А.Астахов); с 1920 г. -- кафедра одонтологии и челюстно-лицевой хирургии на медицинском факультете Московского университета (Л .А.Говсеев); кафедра одонтологии и стоматологии в Казанском медицинском институте (П.А.Глушков); с 1921 г. -- одонтологический факультет Харьковского государственного медицинского института (Е.М.Гофунг) и с 1922 г. -- Государственный институт зубоврачевания, переименованный в Государственный институт стоматологии и одонтологии в Москве, директором которого с ноября 1922 г. стал профессор А.И.Евдокимов.

4. Иллюстративный материал: Презентация.
5. Литература: Указана в силлабусе
6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

1.Как формировалась хирургическая стоматология?
2. Где формировались центры развития стоматологической науки?
3.Какие этапы можно выделить в развитии хирургической стоматологии?

Лекция №2

1. Тема: Принципы обследования больного в хирургической практике. Принципы деонтологии и врачебной этики в хирургической стоматологии.
2. Цель: Формирование знаний и навыков в обследовании больных в хирургической практике, в деонтологии и врачебной этике в хирургической стоматологии.
3. Тезисы лекции:

К основным методам относят: **опрос; выявление жалоб; анамнез жизни, развития заболевания, проводимого ранее лечения, эффективности проведенного лечения, перенесенных и сопутствующих заболеваний.**

Опрос начинают с выявления жалоб пациента и анамнеза болезни.
Наиболее частые жалобы, с которыми пациенты обращаются к стоматологу, — это боли.
Боль может быть: постоянной или временной; кратковременной или приступообразной;
по силе — слабой, умеренной, сильной;
по остроте — тупой и резкой;
по характеру — локализованной или разлитой;
по времени проявления — дневной, ночной или не зависеть от времени суток.

Анамнез заболевания
При проведении опроса необходимо выяснить, с чем пациент связывает начало заболевания, когда появились первые симптомы и какими они были, как протекало заболевание, обращался ли пациент за врачебной помощью, какое было назначено лечение. Необходимо ознакомиться с медицинской документацией пациента по поводу проведенного обследования и лечения (выписка из истории болезни, данные дополнительных методов исследований, заключения консультаций)

Анамнез жизни
Уточняют общее состояние здоровья пациента. Фиксируют любые наследственные нарушения, связанные с развитием. Выясняют перенесенные пациентом заболевания в хронологической последовательности.

Общий осмотр
Обследование пациента начинают с общего осмотра. Необходимо отметить физические характеристики пациента: особенности анатомического строения, подвижность, походку, цвет кожи, дыхание, артериальное давление (АД) и пульс, а также морально-психическое состояние. На основании полученных данных врач определяет общее состояние пациента.

Пальпация челюстно-лицевой области
Пальпацию проводят для определения границ патологического очага, консистенции тканей, определения тургора кожного покрова, наличия рубцов, свищевых ходов, болезненности, отека, симптома флюктуации. Сначала врач проводит пальпацию кожи, мягких тканей лица, лимфатических узлов, затем — костей и мышц лица, ВНЧС и больших слюнных желез.

При обследовании зубов применяют **перкуссию**: постукивание ручкой инструмента (зонд, пинцет) по режущему краю или жевательной поверхности (начинают со здоровых зубов и переходят на пораженные кариесом или зубы с реставрациями). Данный метод используют для определения состояния пародонта. При наличии патологического очага в тканях периодонта перкуссия будет болезненной.

Медицинская этика (лат. ethica, от греч. ethice — изучение нравственности, морали) — философская дисциплина, изучающая вопросы морали и нравственности, а также принципы поведения медицинских работников в процессе их профессиональной деятельности. Медицинская этика получила развитие в III в. до н.э. в труде индийского народного эпоса «Аюрведа» («Книга жизни»), где отражены вопросы профессионального взаимоотношения врачей и отношений между врачом и пациентом. Считают, что основные принципы медицинской этики сформулировал Гиппократ, в том числе и постулаты, входящие в сегодняшнее торжественное обещание студентов-медиков при окончании медицинского учреждения.

Медицинская деонтология (от греч. deon — долг; термин «деонтология» широко использовали в отечественной литературе последних лет) — учение о должном поведении медицинских работников, способствующем созданию наиболее благоприятной обстановки для выздоровления больного.

Врачебная этика — раздел этики (философской дисциплины), изучающий вопросы морали, объект исследования которого составляют морально-нравственные аспекты медицины. В последнем значении медицинская этика тесно связана с медицинской деонтологией.

Врачебная этика включает следующие аспекты:
- общие вопросы поведения врача;
- нравственные правила, регулирующие взаимоотношения в медицинском коллективе;
- взаимоотношения врача и пациента в конкретных условиях специальности.

У врачей всех специальностей, в том числе стоматологов, прямое отношение к исполнению профессионального долга имеют:
- их общемедицинская подготовка; владение современными методами профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;
психотерапевтическое искусство;
- строгое соблюдение правил внутренней (отношение к труду, дисциплина, дружелюбие, чувство коллегиальности,
- умение держать себя среди коллег и пациентов) и внешней (приличие, хороший тон и соответствующий внешний вид, то есть внешняя опрятность) культуры поведения.

4. Иллюстративный материал: Презентация.
5. Литература: Указана в силлабусе
6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).
1. Перечислите основные и дополнительные методы обследования стоматологического пациента.
2. Каковы основные принципы врачебной этики и деонтологии в стоматологии?

Лекция №3

1. Тема: Семиология (симптоматология) основных стоматологических заболеваний, подлежащих хирургическому лечению

2. Цель: Формирование знаний и навыков в определении и диагностике основных заболеваний, подлежащих хирургическому лечению.

3. Тезисы лекции:

Пациенты с заболеваниями пародонта могут жаловаться на кровоточивость десен, наличие зубного налета и зубного камня, гноетечение, неприятный запах изо рта, подвижность зубов, а также на повышенную чувствительность зубов на температурные раздражители.

Заболевания слизистой оболочки полости рта разнообразны как по клиническим проявлениям, так и по тем жалобам, которые отмечают пациенты. До определенного момента жалобы могут отсутствовать.

Болевые ощущения могут возникать при открывании или закрывании рта, движении языка, глотании, дыхании, разговоре. Возможно развитие нарушения жевания, глотания, вкуса, дыхания при воспалительных и онкологических заболеваниях ЧЛО, травматических повреждениях мягких и костных тканей лица.

Жалобы на появление припухлости, асимметрию лица в одних случаях связаны с развитием заболеваний воспалительного характера, в других — с развитием опухоли или опухолеподобного образования.

Жалобы на болезненность и припухание в области слюнных желез, сухость в полости рта, неприятный солоноватый привкус, ощущения покалывания в железе, связанные с приемом пищи, свидетельствуют о наличии заболеваний слюнных желез.

Пациенты могут жаловаться на наличие дефекта или деформации лица, приводящих к функциональным и эстетическим нарушениям. Дефекты бывают врожденными или приобретенными. Врожденные дефекты и деформации возникают при рождении ребенка или в первые месяцы жизни; сложные дефекты и деформации лица могут сочетаться с пороками развития других органов и тканей.

При полном или частичном отсутствии зубов пациенты жалуются на эстетический дефект, затрудненное пережевывание пищи, нарушение дикции.

Острые травмы с повреждением костей лица, челюстей связаны с жалобами на резкую боль после получения травмы. Травматические повреждения ЧЛО могут приводить к развитию кровотечения изо рта, носа или ушей, потере зубов. Пациенты могут отмечать нарушения зрения, двоение в глазах, головокружение, снижение или полное отсутствие чувствительности кожи в подглазничной, скуловой области или в области подбородка и нижней губы.

Пациенты с заболеваниями ВНЧС жалуются на хруст, щелчки в области сустава при открывании или закрывании рта, боль во время приема пищи, на затрудненное открывание рта.

4. Иллюстративный материал: Презентация.
5. Литература: Указана в силлабусе
6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).
1. Общая характеристика повреждений челюстно-лицевой области.
2. Общие принципы диагностики повреждений челюстно-лицевой области.

Лекция №4

1. Тема: Современные цифровые диагностические технологии в стоматологии. Рентгенсемиотика хирургических стоматологических заболеваний
2. Цель: Формирование знаний и навыков в использовании современных цифровых диагностических технологий в стоматологии, в чтении и интерпретации рентгенограмм.
3. Тезисы лекции:

Лучевые методы исследования

Эти методы исследования имеют важное диагностическое значение в клинической практике врача-стоматолога. Их используют для проведения исследования зубов, костей ЧЛО, околоносовых пазух, мягкотканных струк тур ЧЛО, ВНЧС. Для минимизации риска воздействия рентгеновских лучей клиницисты несут ответственность за то, что все рентгенограммы получены в соответствии с действующими стандартами оказания медицинской помощи. Выбранные проекции, количество использованной пленки, лучевую нагруз ку, даты исследований и полученные диагностические данные заносят в карту пациента.

Панорамная рентгенография челюстей

Панорамную рентгенографию челюстей с прямым увеличением изображения в прямой проекции выполняют на специальном аппарате. Методика дает увеличение изображения в 1,2 раза, обеспечивает четкое и детальное изображение в прямой и боковой проекциях анатомических деталей и структуры кости, а также твердых тканей зубов. Информативны снимки в прямой проекции, предназначенные для изучения состояния передних отделов зубочелюстной системы при патологических процессах, имеющихся в зоне нескольких зубов.

Ортопантомография (панорамная томография)

Ортопантомография (ОПТГ) — базовый вид исследования как для проведе ния первичной диагностики и планирования лечения, так и для диагностики многих заболеваний ЧЛО — переломов, кист, опухолей, остеомиелита, си стемных поражений и деформаций. Во время проведения исследования рентгеновская трубка и кассета с плен- кой (или детекторная система) одновременно движутся вокруг головы пациента, совершая оборот 270°, чт обеспечивает прохождение рентгеновских лучей перпендикулярно всем исследуемым отделам челюстей. Одномоментно ОПТГ отображает всю зубочелюстную систему в виде единого анатомо-функционального комплекса.

Сиалография

Для рентгенологической диагностики заболеваний слюнных желез в боль шинстве случаев необходимо проведение контрастирования протоков и паренхимы железы. Контрастирование слюнных желез проводят водорастворимыми препаратами посредством катетеров с манометрами для подачи контрастных веществ под определенным давлением или жирорастворимыми препаратами, которые вводят через устье протока с помощью иглы с затупленным концом. Регистрацию сиалографии проводят с использованием ОПТГ, панорамной рентгенографии с прямым увеличением изображения, обзорной рентгеногра- фии околоушно-жевательной области в прямой проекции, рентгенографии поднижнечелюстной области в боковой проекции.

Панорамная зонография

Панорамную зонографию проводят на специальном аппарате. Данный метод диагностики заболеваний ВНЧС отображает на одном снимке суставы с обеих сторон в положении привычной окклюзии и при широко открытой ротовой полости пациента.

Рентгеновская компьютерная томография

Рентгеновская компьютерная томография (КТ) — это послойное рентгенологическое исследование с компьютерной реконструкцией изображения, получаемого при круговом движении рентгеновской трубки с узким пучком рентгеновского излучения (360°) вокруг обследуемого объекта. Проходя через ткани, излучение ослабляется соответственно плотности и атомному составу этих тканей и фиксируется детекторной системой, на основании чего происходит компьютерная обработка изображения с рекон струкцией срезов области исследования. Лучевую нагрузку при проведении КТ, выполненной на современных аппаратах, можно соотнести с двумя-тремя исследованиями ОПТГ. Существуют два вида КТ — мультиспиральная (МСКТ) и конусно-лучевая (КЛКТ).

Магнитно-резонансная томография

Принцип магнитно-резонансной томографии (МРТ) состоит в воздействии на ткани и органы электромагнитными волнами, которые находятся в регулируемом постоянном магнитном поле высокой напряженности.
К абсолютным противопоказаниям для проведения МРТ относят: установленный кардиостимулятор; ферромагнитные или электронные имплантаты среднего уха; большие ферромагнитные имплантаты. В ЧЛО МРТ применяют для диагностики травматических повреждений дан- ной области, околоносовых синусов, слюнных желез, ВНЧС. МРТ открыла возможность визуализации мягкотканных структур ВНЧС в условиях естественной контрастности. МРТ позволяет визуализировать и костные структуры ВНЧС, определить их форму и размеры, получить информацию не только о положении, форме и перемещении суставного диска, но и сопоставить их с данными о рас- положении и характере движений головки нижней челюсти.

Ультразвуковое исследование

Ультразвуковое исследование (УЗИ) — исследование органов и тканей с помощью УЗ-волн. В ЧЛО УЗИ назначают для диагностики заболеваний мягких тканей — новообразований, кистозных образований мягких тканей головы и шеи, заболеваний лимфатических узлов, больших слюнных

желез. Данный диагностический метод информативен для визуализации и определе ния степени минерализации конкрементов в протоках и тканях железы при развитии слюнно-каменной болезни. При воспалительных заболеваниях око лоушных желез УЗИ позволяет провести дифференциальную диагностику различных форм паротита, выявить воспаление в протоках слюнных желез, распознать воспаление внутрижелезистых лимфатических узлов(лимфаденит, ложный паротит Герценберга) и уточнить его стадию.

УЗИ позволяет визуализировать измененные лимфатические узлы и по ряду признаков (количество измененных узлов, их величина, форма и пропорции, характер контуров, наличие или отсутствие включений и их распределение в узле, степень понижения эхогенности) с высокой степенью достоверности реконструировать происходящие в лимфатическом узле процессы.

4. Иллюстративный материал: Презентация.
5. Литература: Указана в силлабусе
6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).
1. Классификация методов лучевой диагностики, которые применяются для обследования пациентов стоматологического профиля.
2. На чем основано получение изображений при методах магниторезонансной томографии (МРТ), радионуклидной диагностики (РНД), ультразвуковой диагностики (УЗД), рентгенодиагностики?
3. Классификация методов рентгенодиагностики в стоматологии. Основные, дополнительные и специальные методы: структура, сущность, методики выполнения, показания, противопоказания.

Лекция №5

1. Тема: Особенности оперативных вмешательств в челюстно-лицевой области. Профилактика хирургических стоматологических заболеваний.
2. Цель: Формирование знаний и навыков в определении особенностей оперативных вмешательств в челюстно-лицевой области, мер профилактики хирургических стоматологических заболеваний.
3. Тезисы лекции:

В челюстно-лицевой хирургии перед выполнением вмешательства необходимо получить добровольное информированное согласие пациента на операцию. Для этого врач обсуждает с ним суть операции, возможный риск и ожидаемые результаты, а также может предложить альтернативные варианты лечения, отметив их возможные последствия. На основании полученной информации пациент принимает решение.

Большинство оперативных вмешательств на лице, шее, в полости рта выполняют в положении больного лежа в стоматологическом кресле или на операционном столе.

Перед операцией пациента необходимо обследовать с учетом патологического процесса, сложности вмешательства, возраста, общего состояния, наличия сопутствующих заболеваний и соответственно подготовить. Передоперацией (кроме неотложных) больному проводят санацию полости рта, обеспечивающую ее хорошее гигиеническое состояние.

Накануне операции пациенту следует принять душ или гигиеническую ванну, тщательно побриться и сбрить волосы на операционном поле и вблизи
него. При выполнении срочных вмешательств это делают непосредственно перед поступлением в перевязочную или операционную. В стационаре больного привозят в операционную и на столе накрывают стерильными простынями.
Перед операцией кожу лица пациента обрабатывают спиртом или дезинфицирующим раствором, например 0,2–0,5% раствором хлоргексидина.
В стационаре операции производят под местной анестезией или общим
обезболиванием
При выполнении операций необходимо помнить о сложности строения
лица, шеи, лицевого черепа, органов полости рта и высоких требованиях, предъявляемых к результатам оперативных вмешательств. Цель операции удаление патологического очага, устранение нарушений функций пораженного органа и эстетики лица.

Основополагающие правила оперативных вмешательств :
• анатомическая доступность, обеспечивающая рассечение тканей и подход к патологическому очагу без повреждения жизненно важных органов и образований;
• физиологическая дозволенность, обеспечивающая сохранение функции органа или органов после выполнения максимально щадящей операции;
• расширение возможностей операции благодаря использованию механических и других вспомогательных технологий при ее выполнении.

Различают три этапа выполнения оперативного вмешательства:
• формирование оперативного доступа, позволяющее при наименьшей травме обеспечить рациональный подход и наилучшие условия для манипуляций, т.е. лучший доступ при наименьшей травме;
• осуществление оперативного вмешательства с использованием наиболее эффективного метода;
• выход из операции — ее окончание с восстановлением целостности тканей.

В процессе выполнения оперативного вмешательства следует различать ряд действий: разрез (incisio) (продольный, поперечный, косой, угловой, комбинированный); рассечение (tomia) тканей или органов; наложение свища (stomia); сечение (sectio); прокол (punctio); удаление (ectomia); иссечение (resectio); отсечение (amputatio); вычленение (exarticulatio); наложение шва (rhaphia).

В хирургической стоматологии для профилактики инфекции большое значение имеют **асептика** и **антисептика**.
Это обусловлено распространением особо опасных инфекций, таких как туберкулез, сифилис, гепатит, ВИЧ-инфекция, а также ростом внутрибольничных инфекций..

Асептика представляет собой комплекс мероприятий, направленных на предупреждение инфицирования. Они заключаются, прежде всего, в должном содержании операционных залов, перевязочных комнат и процедурных кабинетов, стерилизации инструментов, перевязочного 11 материала, операционного белья, а также в соблюдении правил асептики при операциях и других

инвазивных хирургических манипуляциях. Химические средства дезинфекции и стерилизации используют с целью профилактики экзогенного инфицирования раны.

Антисептика является способом борьбы с инфекцией в организме человека. Она заключается в обработке рук хирурга и операционного поля, санации гнойных очагов с помощью бактерицидных и бактериостатических воздействий

4. Иллюстративный материал: Презентация.
5. Литература: Указана в силлабусе
6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).
1. Общая характеристика повреждений челюстно-лицевой области
2. Общие принципы диагностики повреждений челюстно-лицевой области.
3. Виды и особенности хирургической обработки ран челюстно-лицевой области.

Лекция №6

1. Тема: Обезболивание в хирургической стоматологии. Виды местного обезболивания. Потенцированное местное обезболивание. Премедикация.
2. Цель: формирование знаний и навыков в обезболивании в хирургической стоматологии, в выборе местного обезболивания, в потенцированнии местного обезболивания, в премедикации.
3. Тезисы лекции:

Обезболивание в стоматологии может быть проведено одним из трех методов:

- местная анестезия: аппликационная, инфильтрационная и проводниковая;
- общий наркоз – временное обратимое отключение сознания и всех видов чувствительности;
- потенцированное обезболивание (седация) – сочетание местной анестезии с системным введением наркотического анальгетика или анксиолитика.

Местное обезболивание
Под местной анестезией понимают отключение болевой чувствительности на ограниченном участке за счет блокировки проведения болевого импульса по нервным окончаниям. Препараты действуют исключительно в зоне введения, пациент остается в сознании и полностью контролирует свои действия. Большую часть стоматологических манипуляций можно проводить под местным обезболиванием.
В зависимости от способа введения препарата в ткани способы местной анестезии подразделяется на три вида:

- аппликационная – анестетик наносится на поверхность кожи или слизистой и проникает вглубь за счет диффузии;
- инфильтрационная – обезболивающий препарат послойно пропитывает ткани;
- Проводниковая: центральная и периферическая – депо анестезирующего раствора создается в области прохождения крупного нервного ствола.

Аппликационная анестезия
Методика проведения предельно проста: анестезирующее средство наносят прямо на кожу или слизистую оболочку, не нарушая ее целостности. Препараты для местной аппликационной анестезии в стоматологии выпускают в виде мазей гелей или концентрированных растворов. В первом случае поверхность, которую нужно обезболить, смазывают, во втором – накладывают на нее ватный тампон, смоченный препаратом, или распыляют из пульверизатора.

Концентрированный анестетик за счет диффузии проникает с поверхности кожи вглубь на 2-3 мм, блокируя болевые рецепторы нервных окончаний. Обезболивание наступает приблизительно через 3-5 минут и продолжается до получаса. Анестезирующее вещество практически не всасывается в кровь, поэтому эта методика анестезии считается наиболее безопасной.
Преимущества аппликационной стоматологической анестезии:

- безболезненна при проведении;
- эффект наступает быстро;
- не проявляется резорбтивное действие;
- минимальная выраженность побочных эффектов.

Инфильтрационная анестезия
Этот вид обезболивания относится к инъекционным методикам. Раствор вводят вглубь мягких тканей, пропитывая их. При этом отключаются нервные окончания в зоне введения препарата и все ткани, пропитанные анестетиком обезболиваются.
Преимущества инфильтрационной анестезии:

- хороший контроль зоны обезболивания;
- быстрое наступление анестезии;
- удовлетворительная продолжительность и глубина действия.

Проводниковая анестезия
В этом случае создается депо обезболивающего препарата в зоне прохождения крупного нервного ствола, при этом отключается проведение болевой чувствительности и обезболивающий эффект наступает во всей зоне его иннервации.
Преимущества проводниковой анестезии:

- длительное и глубокое обезболивание в зоне иннервации ствола;
- требуется относительно небольшое количество анестетика;
- позволяет достичь глубокого обезболивания с помощью относительно малоэффективных анестезирующих препаратов.

Местные анестетики
Местные анестетики, в зависимости от их химического строения подразделяются на сложные эфиры (новокаин, анестезин) и амиды (лидокаин, мепивастезин, артикаин). Первые – менее токсичны, вторые – более эффективны. Помимо самого анестетика в состав препарата могут быть включены сосудосуживающие вещества и средства, улучшающие проникновения раствора в ткани. Основной критерий выбора местного анестетика – соотношение эффективности и токсичности. С этой точки зрения бесспорным лидером считаются анестетики амидной группы артикаинового ряда: Ультракаин и Убистезин.
Под влиянием отрицательных эмоций происходят существенные изменения в системе регуляции жизненно важных функций организма: повышается содержание в крови катехоламинов, гистамина, возникает спазм сосудов, нарушаются процессы метаболизма (возрастает энергопотребление).
Частота осложнений общего характера при амбулаторных операциях зависит не столько от сложности вмешательства, сколько от степени выраженности психоэмоционального напряжения (стресса) у больного. Поэтому перед стоматологическими операциями для сохранения адаптационных механизмов и профилактики осложнений общего характера необходима медикаментозная подготовка с преимущественным воздействием на психоэмоциональную сферу больного.

«Выключение» болевой чувствительности в операционной ране с помощью местного обезболивания, проводимого на фоне лекарственной подготовки (премедикации), обеспечивающей понижение реактивности организма и общую аналгезию, называют **потенцированной местной анестезией.**

4. Иллюстративный материал: Презентация.

5. Литература: Указана в силлабусе

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

1. Перечислите виды местного обезболивания?
2. Дайте определение - “Премедикация”?
3. Какие методы используются в местном обезболивании?

Лекция №7

1. Тема: Местное обезболивание. при оперативных вмешательствах на верхней челюсти,на нижней челюсти. Внеротовые методы проводникового обезболивания на верхней и нижней челюстях

2. Цель: Формирование знаний и навыков в местном обезболивании при оперативных вмешательствах на верхней челюсти, на нижней челюсти.

3. Тезисы лекции:

ВНЕРОТОВЫЕ ВИДЫ ПРОВОДНИКОВОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Проводниковая анестезия в области верхней челюсти:
• у ее бугра - туберальная анестезия;
• в области подглазничного отверстия - инфраорбитальная анестезия;
• у резцового отверстия - резцовая анестезия;
• у перегородки носа - носонёбная внеротовая анестезия;

Туберальная анестезия
блокируют верхние задние альвеолярные ветви подглазничного нерва, которые располагаются в крылонёбной ямке и на задненаружной поверхности бугра верхней челюсти.

Обезболивание тканей в зоне ин нервации верхних задних луночковых нервов развивается через 3-5 мин.
Зона обезболивания: 1, 2, 3-й моляры верхней челюсти, надкостница и слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны; слизистая оболочка и костная ткань задненаружней стенки синуса; редко - до середины 1-го премоляра за счет анастомозов с верхней средней альвеолярной ветвью.

Инфраорбитальная анестезия
блокируют периферические нервы подглазничного нерва (малая «гусиная лапка»), передние и средние верхние альвеолярные ветви. Анестетик вводят в подглазничный канал, чаще - создают депо в области подглазничного отверстия.

Для определения подглазничного отверстия, ведущего в канал, используют анатомические ориентиры: края глазницы с вертикальной линией, проведенной через зрачок глаза, смотрящего строго вперед

Зона обезболивания: резцы, клыки и премоляры,костная ткань и слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны; кожа подглазничной области, нижнего века, крыла носа, кожа и слизистая оболочка верхней губы.

Обезболивание носонёбного нерва (резцовая анестезия)

При этом виде анестезии блокируют носонёбный нерв

Внеротовой- внутриносовой:

1.Анестетик вводят у основания перегородки
носа с обеих сторон от нее.
2 на 1.5-2 см от кожного края дна носа
3.вводим 1 мл анестетика
4. зона обезболивания: слизистая оболочка и надкостница альвеолярного отростка с нёбной стороны и твердого нёба в треугольнике, вершина которого обращена к срединному шву, основание - к передним зубам, а стороны проходят через середину клыков. Иногда зона обезболивания распространяется до 1-го премоляра включительно

ВНЕРОТОВЫЕ ВИДЫ ПРОВОДНИКОВОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Мандибулярная анестезия.

Внеротовой способ.

Производят вкол иглы в область основания нижней челюсти, отступив на 1,5 см кпереди от угла нижней
челюсти, продвигают иглу на 3,5-4 см параллельно заднему ее ветви, выпускают 2 мл анестетика.
Зона обезболивания:
1) все зубы соответствующей половины;
2) костная ткань альвеолярного отростка;
3) десна с вестибулярной и язычной сторон;
4) слизистая оболочка подъязычной области;
5) передние 2/3 языка;
6) кожа и слизистая оболочка нижней губы;
7) кожа подбородка соответствующей стороны.
Время наступления: 10-20 минут.

Анестезия в области подбородочного отверстия (ментальная).

Внеротовой способ.

1 Делают вкол иглы на 0,5 см выше и кзади от проекции подбородочного
отверстия, которое расположено на 12-13 мм выше основания тела нижней челюстив области 2 премоляра.
2 Продвигают иглу вниз, внутрь и кпереди до соприкосновения с костью, вводят 0,5мл анестетика.

3 Вводят иглу в подбородочное отверстие, продвигают в канале на 3-5 мм и вводят1-2 мл анестетика.

4. Иллюстративный материал: Презентация.
5. Литература: Указана в силлабусе
6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).
1. Перечислите виды обезболивания на верхней челюсти?
2. Перечислите виды обезболиваний на нижней челюсти?
3. Осложнения и их предупреждения?

Лекция №8

1. Тема: Местные осложнения при местной анестезии. Общие осложнения при местном обезболивании. Причины. Диагностика, лечение. Профилактика.
2. Цель: Формирование знаний и навыков по предупреждению местных и общих осложнений при проведении местной анестезии.
3. Тезисы лекции:

Местное осложнение
Причины местного осложнения
Клиника
Лечение и профилактика

Кровотечение
Травма сосудов
Из места вкола после выведения иглы идет кровь
Туго прижать кровоточащую точку марлевым тампоном. Для профилактики – вводить небольшое количество анестетика по ходу продвижения иглы и обязательно проводить аспирационную пробу

Гематома
Травма сосудов иглой и выход крови из сосудистого русла в мягкие ткани
Быстро нарастающая припухлость мягких тканей, иногда изменяется цвет кожных покровов
При появлении первых признаков гематомы на кожу накладывают холод на 15 минут, давящую повязку или используют пальцевое прижатие. Для повышения свертываемости крови назначают 10% раствор хлорида кальция – по 1 ст.ложке 3 раза в день после еды, викасол – по 0,15 мг 3 раза в день. Через несколько дней, при необходимости, назначают тепловые процедуры, физиолечение. Иногда при большой гематоме производят пункцию с целью отсасывания крови. В случаях нагноения гематомы показан разрез. Профилактика та же, что и при кровотечении

Ишемия
Сдавление сосудов местным анестетиком и влияние вазоконстриктора
Резкое побледнение участка кожи лица в зоне обезболивания
Как правило, ишемия исчезает после окончания действия анестетика. Можно слегка помассировать измененный в цвете участок кожи. Для профилактики рекомендуется медленное введение анестетика

Некроз тканей

Резкое сдавление и разрыв сосудов в результате быстрого, грубого введения анестетика или введения большого количества анестетика в область с малым содержанием мягких тканей (твердое небо, область резцового сосочка)

Резкая болезненность при проведении анестезии

Профилактика заключается в медленном введении небольшого количества анестетика без лишнего давления. Для предупреждения развития гнойного процесса необходимо назначить антибиотикотерапию. Дальнейшая тактика заключается в наблюдении за больным, орошении раны гипертоническим
раствором, уходе за раной

4. Иллюстративный материал: Презентация.

5. Литература: Указана в силлабусе

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

1. Правила, которые надо соблюдать, проводя местное обезболивание, при наличии гнойного очага в мягких тканях, прилегающих к челюсти.
2. Лечение и профилактика ранних осложнений, возникающих при проведении местной анестезии.
3. Лечение и профилактика поздних осложнений, возникающих при проведении местной анестезии.

Лекция №9

1. Тема: Общее обезболивание.

2. Цель: Формирование знаний и навыков по общему обезболиванию, в особенностях манипуляций при операциях на лице и в полости рта.

3. Тезисы лекции:

Общее обезболивание (анестезия) – состояние обратимого торможения центральной нервной системы, достигаемое фармакологическими средствами, воздействием физических или психических факторов. К общему обезболиванию относят наркоз, нейролептаналгезию, атааралгезию, центральную аналгезию, аудиоанестезию и гипноз.

Среди наркоза различают наркоз с применением фармакологических средств (ингаляционный, неингаляционный) и электронаркоз, используя физические факторы.

При ингаляционном наркозе применяют жидкие анестетики (эфир, фторотан, трихлорэтилен, пентран) и газообразные (закись азота, циклопропан). различают масочный и эндотрахеальный: назофарингеальный –введение через нос, интратрахеальный – введение наркотического вещества через трахеостому. Характерной чертой для ингаляционного наркоза является хорошая управляемость.

Среди неингаляционного наркоза различают внутривенный, прямокишечный, внутримышечный, применяют следующие наркотические вещества – гексенал, тиопентал-натрий, пропанидид (сомбревин, эпонтол, байтинал, виадрил, натрий-оксибутират, кетамин и др.).

Показания: идиосинкразия, аллергия – непереносимость анестетика, легкая возбудимость, эмоционально-психическая неустойчивость больного, неэффективность местной анестезии (наличие воспалительного процесса, рубцов), неполноценность психики, травматичность и разноплановость оперативных вмешательств (консервативное лечение и множественное удаление зубов, ортопедическое лечение).

Противопоказания – заболевания сердечно-сосудистой системы, почек, печени, легких.

4. Иллюстративный материал: Презентация.

5. Литература: Указана в силлабусе

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

1. Особенности проведения общего обезболивания при операциях в челюстно–лицевой области?
2. Изучить особенности проведения разрезов на лице и шее при операциях в челюстно–лицевой области?

Лекция №10

1. Тема: Особенности операций на лице и в полости рта. Операция удаления зуба. Показания и противопоказания. Заживление раны после удаления зуба.

2. Цель: Формирование знаний и навыков по удалению зубов, по показаниям и противопоказаниям, по заживлению раны после удаления зуба.

3. Тезисы лекции:

Особенности операций на лице и в полости рта

Сложность анатомического строения челюстно-лицевой области, а также эстетические и косметические требования, предъявляемые к операциям на лице, определяют некоторые особенности подобных оперативных вмешательств. Челюстно-лицевая область имеет обширную сеть кровоснабжения, поэтому операции нередко сопровождаются обильным кровотечением. Особенно сильное кровотечение наблюдается при удалении гемангиом и обширных рубцов, при резекции челюстей по поводу новообразований. Предварительная перевязка наружной сонной артерии не всегда уменьшает кровотечение, так как сосуды правой и левой стороны лица имеют множество анастомозов. Поэтому при операциях, сопровождающихся обильным кровотечением, следует переливать кровь.

При операциях на лице следует учитывать расположение ветвей лицевого нерва, чтобы при разрезах тканей не повредить их. Особенно это надо иметь в виду при операциях на околоушной слюнной железе. При операциях на боковых поверхностях лица необходимо сохранить неповрежденным проток околоушной слюнной железы – повреждение его приводит к стойким слюнным свищам, для устранения которых требуется сложная операция.

К основным и самым распространенным операциям в челюстно-лицевой области относится операция удаления зуба. Операция удаления зуба – одна из древнейших операций. Она известна со времен Гиппократа, когда удаляли только расшатанные зубы. В прошлое, да и настоящее время употребляется термин «экстракция» зуба, что в переводе обозначает – тяну, тащу кверху, кнаружи. Этот термин вытесняется операцией удаления зуба, которая относится к простым, но и иногда к сложным оперативным вмешательствам.

Операция удаления зуба – понимают сумму производимых в определенной последовательности воздействий, в результате которых после насильственного разделения тканей зуб или корень извлекается из лунки. Для удаления зубов и их корней пользуются специальными щипцами и элеваторами (рычагами).

Отдельные приемы (моменты) удаления зубов щипцами. Операция зуба, производимая щипцами, состоит из нескольких этапов:

1. Наложение щипцов – ось щечек щипцов при наложении должна совпадать с осью зуба, щечки, прилегая к шейке зуба, не должны захватывать окружающую зуб слизистую оболочку;
2. Продвигание щипцов – следует проводить до получения ощущения плотного охвата зуба;
3. Смыкание щипцов – силу, применяемую для сжимания (фиксации) щипцов, необходимо соизмерять с особенностями случая. Не следует сильно сдавливать зуб, имеющий большую полость в коронке, так как это приведет к раздавливанию ее. Не следует проводить и слабое

сжимание, так как это в дальнейшем вызовет соскальзывание щипцов с зуба. После смыкания щипцов зуб и щипцы должны составлять как бы одной целое и при перемещении щипцов одновременно должен смещаться и зуб;

4. Вывихивание зуба (люксация или ротация) – путем боковых движений ослабляют связь с альвеолой, зуб люксируют наружу и внутрь, а у однокорневых зубов вращают еще вокруг оси зуба на 25-30^0. Первое вывихивающее движение делают в сторону наименьшего сопротивления, где стенки лунки тоньше.
5. Извлечение зуба из лунки (тракция) заключается в выведении зуба из лунки и изо рта. Оно производится после того, как зуб совершенно освобождается от удерживающих его связей. Выводить зуб необходимо вниз или вверх и наружу, чтобы не повредить зубы-антагонисты.

Заживление раны после удаления зуба

После удаления зуба убеждаются в том, что извлечены все корни и их верхушки. Все удаляемое должны складывать в лоток. Потом кюретажной ложечкой обследуют дно лунки и если обнаруживают мягкие размягченные ткани и болезненность, то удаляют грануляционную ткань или гранулему. Удаляют оставшиеся части от коронки, корня, части костной ткани альвеолы, скусывают выступающую костную ткань межзубной перегородки. Размятые края десны иссекают, на разорванную слизистую оболочку накладывают швы. Лунка должна быть заполнена кровью, потом с помощью шарика сближают края лунок, полоскать не разрешается. Шарик, тампон мы не оставляем на лунке так, как длительное удержание его ведет к тому, что после удаления его удаляется и кровяной сгусток, затем возникает кровотечение или альвеолит. Назначают в домашних условиях 3-4 раза полоскать антисептическими растворами, теплое содовое полоскание (1 ч.л. на 1 стакан воды) при гнойном выделении из лунки, после проведенного разреза при гнойнике.

Заживление раны после удаления зуба.

В нормальных условиях лунка удаленного зуба заполняется кровяным сгустком и дальнейший процесс заживления идет под естественным прикрытием вторичным натяжением.

В эксперименте на собаках уже на 3-4 день после удаления со стороны десны можно наблюдать развитие грануляционной ткани, врастающей в кровяной сгусток.

По прошествии 7-8 дней грануляционная ткань заполняет значительную часть лунки; идет рассасывание поврежденных участков костной ткани и отмечается образование новой костной ткани.

К 14 дню лунка покрывается эпителием, к 3 месяцам лунка удаленного зуба заполняется костной тканью.

Через 6 месяцев лунка удаленного зуба ничем не отличается от окружающих тканей.

У человека процессы заживления идут медленнее.

При отсутствии осложнений в послеоперационном периоде заживление лунки удаленного зуба протекает безболезненно. Значительное травмирование лунки при удалении зуба нередко вызывает появление болей и замедляет процесс заживления.

При возникновении воспалительного процесса в лунке и окружающих тканях продолжительность заживления удлиняется.

4. Иллюстративный материал: Презентация.

5. Литература: Указана в силлабусе

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

1. Особенности операций на лице и в полости рта?
2. Показания к удалению зубов?
3. Противопоказания к удалению зубов?
4. Операция удаления зуба, этапы?
5. Заживление раны после удаления зуба?

Лекция №11

1. Тема: Методика сложного удаления зубов. Атипические методы удаления зубов. Выбор доступа. Осложнения, возникающие во время и после удаления зуба.
2. Цель: Формирование знаний и навыков в выборе и применении методов сложного удаления зубов, атипических методов удаления зубов, в выборе доступа, в осложнениях, возникающих во время и после удаления зуба.
3. Тезисы лекции:

Методика сложного удаления зубов.

Подготовка к операции удаления зуба. После сбора анемнеза, обьективного обследования, при необходимости рентгенологического, постановки диагноза и определения показаний к операции удаления зуба следует решить вопрос о подготовке больного к хирургическому вмешательству, методе обезболивания, выбора необходимого инструментария, способе удаления зуб. Больной взрослый, или ребенок, должен быть предупрежден о необходимости операции удаления зуба, о виде обезболивания и о возможном развитии осложнений при проведении операции. Обычно предупрежденные больные более спокойные реагируют на проводимые врачебные манипуляции. Лицам с лабильной нервной системой следует провести седативную подготовку - **премедикацию**.

Проводить оперативное вмешательство нужно в перчатках. Обработка рук хирурга производится по общепринятым в хирургии методам. Подготовка полости рта и операционного поля к удалению зуба преследует цель предупредить возникновение различного рода воспалительных осложнений в послеоперационном периоде и заключается в механическом удалении и слизистой оболочки и зубов остатков пищи и налета, путем полоскания полости рта антисептическими растворами или протиранием операционного поля марлевыми тампонами смоченными этими растворами. Также необходимо снять заранее зубной камень с удаляемого и всех других зубов. Снятие зубного камня является абсолютно обязательным, так как при положении и продвижении щипцов можно протолкнуть кусочки камня в мягкие ткани, что грозит воспалительными осложнениями.

Операция атипичного удаления зубов.

Атипичное удаление - метод, когда зуб или корень удаляется не через лунку. Операция атипичного удаления производится при удалении ретенированных и
дистопированных комплектных и сверхкомплектных зубов, в том числе и при затрудненном прорезывании нижних зубов мудрости, при гиперцементозе, при
выраженном искривлении корней, при переломе верхушечного отдела корня, когда его нельзя удалить щипцами или элеваторами через лунку. Атипичное удаление зуба является более трудоемким оперативным вмешательством, чем обычное удаление зубов, поэтому его следует удалять с участие ассистента.

Операцию атипичного удаления зуба начинают с создания доступа к удаляемому
зубу (корню) путем рассечения слизистой оболочки и надкостницы, чаще с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка. В фронтальном отделе челюстей производят трапециевидный разрез от середины соседних с удаляемым зубом (корнем) зубов до переходной складки и десневого края (гребня альвеолярного отростка при отсутствии зубов) соединяют оба

разреза. От боковых отделах производят угловыеъ разрезы, отслаивают слизисто-надкостничный лоскут, обнажают альвеорлярный отросток.

С помощью бора и бормашины (реже с помощью долота) удаляют наружную костную стенку, обнажая или иногда небную при удалении ретенированных зубов на верхней челюсти, смещенных в небную сторону. После того, как корень или ретенированный зуб освобожден от покрывающих его костных тканей с помощь. прямого элеватора удаляют корень (зуб). Для удаления корня иногда целесообразно использовать гладилку или крючок для снятия зубного камня. При удалении ретенированных зубов, имеющих косое или горизонтальное положение, производят полное опиливание коронки удаляемого зуба с последующим вывихиванием оставшейся части прорезавшегося зуба. После удаления зуба или корня сглаживают острые края костной раны, промывают ее перекисью водорода и раствором фурациллина для удаления мелких костных осколков зуба (корня). Слизисто-надкостничный лоскут укладывают на место и фиксируют швами из кетгута.

Осложнения, возникающие во время удаления зуба

Все осложнения, которые могут возникать во время удаления зуба, можно разделить на общие и местные. К числу **общих осложнений** относятся обморок, коллапс и шок

Местные осложнения.

Все местные осложнения можно сгруппировать: осложнения со стороны зубов, костных и мягких тканей.

Перелом, вывих и удаление зуба-антагониста происходит при удалении зубов на нижней челюсти, прикладывая чрезмерную силу при проведении тракции зубов, наносятпри этом травму зубам-антагонистам. Лечение то же, что и при травме рядом стоящего

Вывих нижней челюсти. Может возникнуть при широком открывании рта и чрезмерном давлении на нижнюю челюсть щипцами или прямым элеватором при удалении зубов на нижней челюсти. Обычно происходит передний вывих, чаще односторонний у больных пожилого возраста. Лечение: вправление нижней челюсти одним из существующих способов. Профилактика вывиха заключается в фиксации ментального отдела нижней челюсти левой рукой во время удаления зуба.

Перелом нижней челюсти встречается редко и бывает следствием грубо проведенного оперативного вмешательства при удалении зуба мудрости при затрудненном его прорезывании.
Развитию этого осложнения способствуют патологические процессы в области угла нижней челюсти, которые снижают ее прочность, одонтогенный остеомиелит, опухолеподобные образования, фолликулярные, радикулярные, пародонтальные кисты, доброкачественные им злокачественные опухоли (одонтомы, амелобластомы, остео- и хондросаркомы и др.). Возрастная атрофия челюсти значительно снижает ее прочность.
Лечение больного с переломом нижней челюсти заключается в репозиции и фиксации отломков с использованием ортопедических или хирургических способов.

Отлом бугра верхней челюсти происходит при удалении восьмого верхнего зуба

чаще всего прямым элеватором и реже при глубоко продвижении щечек щипцов. При отрыве бугра верхней челюсти вскрывается дно верхнечелюстной пазухи и может сопровождаться кровотечением из мягких тканей и неба. При отломе бугра его удаляют, а рану зашивают наглухо.

Отлом участка альвеолярного отростка. Перелом альвеолярного отростка наблюдается при нарушении методики операции удаления зуба (глубокое продвижение щечек щипцов); а также при наличии воспалительного процесса в периодонте, когда корень зуба плотно спаивается со стенкой альвеолы. Если отломанная часть альвеолярного отростка сохраняет связь с мягкими тканями, то ее репонируют и фиксируют шиной. В случаях, когда отломок лишился связи с мягкими тканями, то он удаляется, сглаживаются острые костные края, края раны сближают и наглухо зашивают.

Перфорация дна верхнечелюстной пазухи. возникает чаще всего у больных с пневматическим типом строения верхнечелюстной пазухи и наличием воспалительного процесса в периодонтальных тканях, в результате чего слизистая оболочка пазухи может быть плотно сращена с периодонтом и повреждаться при операции удаления зуба. Перфорация происходит при травматическом удалении зуба с применением долота, элеватора, реже щипцов, неосторожном обследовании ленкой хирургической ложечкой или удалении грануляций с ее дна.

4. Иллюстративный материал: Презентация.
5. Литература: Указана в силлабусе
6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).
1. Местные осложнения, возникающие во время удаления зуба?
2. Особенности удаления отдельных групп зубов и корней зубов?
3. Подготовка к операции удаления зуба?

Лекция №12

1. Тема: Особенности удаления зубов у лиц с сопутствующими заболеваниями.
2. Цель: Формирование знаний и навыков при проведении удаления зубов у лиц с сопутствующими заболеваниями.
3. Тезисы лекции:
Особенности подготовки больного с гипертонической болезнью к операции удаления зуба.
Гипертоническая болезнь (эссенциальная артериальная гипертензия, первичная артериальная гипертензия) - заболевание, характеризующееся стойким повышением давления крови и нарушением тонуса сосудов разных областей (чаще головного мозга), с выраженной зависимостью течения от функционального состояния нервных механизмов регуляции артериального давления (АД). Врач-стоматолог должен тщательно собрать анамнез заболевания, при необходимости измерить артериальное давление. При высоких показателях артериального давления необходима консультация терапевта или кардиолога с рекомендациями для пациента и врача-стоматолога. ВОЗ приняты следующие критерии артериальной гипертензии: ниже 140/90 мм рт. ст. — норма; от 140/90 до 159/94 — «опасная зона» (или пограничная гипертензия), 160/95 и выше — артериальная гипертензия. Плановые хирургические вмешательства у больных пограничной и артериальной гипертензией проводят на фоне регулярного приема, стабилизирующих артериальное давление средств (гипотензивная терапия). Рекомендуется прием таких пациентов в первой половине дня.

При обращении пациента с повышенным давлением за стоматологической помощью врач-стоматолог должен снижать его введением гипотензивных средств. В этих целях рекомендуется применять **нифедипин** по 10-20 мг в таблетках под язык каждые 20-30 мин под контролем артериального давления, всего до 50 мг, при неэффективности внутривенное или внутримышечное введение **25% раствора сульфата магния** 5-10 мл или **0,5-1% раствор дибазола** по 5 мл медленно каждые 30-40 мин., в зависимости от тяжести состояния больного.

Перед стоматологическим вмешательством также необходимо проводить коррекцию психо-эмоционального статуса разъяснительной беседой, а при неэффективности – лекарственными средствами и седативными препаратами. Обычно используют настой валерианы или пустырника по 20-30 кап., транквилизаторы (сибазон, реланиум, седуксен 10 мг внутримышечно или внутривенно, диазепам по 2-10 мг в таблетках), нейролептики (галоперидол, дроперидол по 2,5-5 мг, таламонал 0,5-2,0 мл внутримышечно или внутривенно). Использование нейролептиков возможно только при наличии анестезиолога.

Особенности подготовки больного со стенокардией к операции удаления зуба.

Стенокардия – клиническая форма проявления ишемической болезни сердца. Основным признаком стенокардии является внезапно возникающая приступообразная боль в груди, которая локализуется обычно за верхней или средней частью грудины или несколько влево от нее и иррадиация ее в левую лопатку, плечо, предплечье. Иногда приступ стенокардии сопровождается слабостью, потемнением в глазах, одышкой, аритмией; нередко ему сопутствует страх смерти. Как правило, стенокардия развивается на фоне атеросклероза, когда просвет коронарных сосудов уменьшается, они теряют способность расширяться и возрастает их чувствительность к различным сосудосуживающим влияниям. Различают два типа стенокардии: **стенокардия напряжения и стенокардия покоя**.

Приступ стенокардии всегда сигнализирует о том, что какому-то участку сердечной мышцы не хватает кислорода. Если кислородное голодание сохраняется долго, в миокарде могут произойти необратимые изменения — гибель клеток, т. е. **инфаркт миокарда**.

Особенности подготовки больного с инфарктом миокарда к операции удаления зуба.

Инфаркт миокарда – заболевание сердца, обусловленное острой недостаточностью его кровоснабжения, с возникновением очага некроза в сердечной мышце.

Любые неотложные стоматологические вмешательства в остром госпитальном периоде и в раннем восстановительном периоде (от 1месяца до 3 месяцев при мелкоочаговом инфаркте, от 1 месяца до 6 мес. при крупноочаговом инфаркте миокарда) проводятся только по экстренным показаниям с соответствующей **премедикацией в условиях челюстно-лицевого стационара с привлечением врача терапевта или кардиолога** и с последующим их наблюдением. Плановые стоматологические вмешательства не проводятся до истечения сроков реабилитации.

При проведении неотложных стоматологических манипуляций в острый период заболевания необходимо четко отдифференцировать не являются ли боли в зубах нижней челюсти симптомом инфаркта миокарда.

Особенности подготовки больного с сахарным диабетом к операции удаления зуба.

Сахарный диабет - болезнь обмена веществ, при котором, в первую очередь, нарушается углеводный обмен. Это заболевание характеризуется системным поражением всех внутренних органов с изменением их функциональной способности.

Врачу-стоматологу следует знать, что сахарный диабет бывает двух типов: I и II типа. Это два различных заболевания с одним и тем же конечным результатом — инсулиновая недостаточность. Сахарный диабет I типа — инсулинозависимый, II тип — инсулиннезависимый. Далее следует уточнять стадию диабета (компенсированная или декомпенсированная стадия сахарного диабета). У больных с декомпенсированным сахарным диабетом стоматологические вмешательства проводятся только в условиях стационара.

Особенности подготовки больного с заболеваниями щитовидной железы (гипо- и гиперфункции щитовидной железы) к операции удаления зуба.

Башкортостан является эндемической зоной для развития заболеваний щитовидной железы. Пациенты с данной патологией чувствительны к стрессу и боли. Психическая и эмоциональная лабильность может привести к сосудистой недостаточности, таким как обморок, коллапс. При планировании хирургических вмешательств у больных с заболеваниями щитовидной железы совместно с эндокринологом необходимо с помощью лекарственных препаратов перевести основное заболевание в стадию ремиссии. Затем перед стоматологическим вмешательством врач стоматолог проводит премедикацию седативными препаратами (настой корня валерианы, настойка пустырника, корвалол), а при необходимости и малыми транквилизаторами.

В связи с тем, что у больных с тиреотоксикозом повышена чувствительность к адреналину, местную анестезию необходимо проводить с использованием анестетиков без вазоконстриктора.

Особенности подготовки больного с бронхиальной астмой к операции удаления зуба.

Бронхиальная астма — хроническое заболевание бронхов, характеризующееся наличием хронического воспаления в стенке бронхов, обусловливающего их гиперреактивность, реализуемую приступами бронхоспазма, избыточной секрецией бронхиальной слизи и приступообразным кашлем. В ответ на воздействие триггерного, т.е. "включающего", фактора (антигена, холода, пыли, эмоционального напряжения и т.п.) из гранулоцитов в стенке бронха выделяются биологически активные вещества — цитокины, обусловливающие спазм гладкой мускулатуры стенки бронха, продукцию избыточных количеств густого, вязкого секрета: возникает бронхообструкция. Выдох значительно затруднен, что определяет преобладание экспираторной одышки. Альвеолы переполняются воздухом, развивается острая эмфизема, жизненная емкость легких снижается, а объем остаточного воздуха возрастает, что приводит к артериальной гипоксемии.

Особенности подготовки больного с эпилепсией к операции удаления зуба.

Эпилепсия – хроническое заболевание головного мозга, протекающее в виде преимущественно судорожных припадков с потерей сознания. Заболевание приводит к изменению личности («вязкость» мышления, гневливость, злопамятность и т. п.). Эпилепсия может быть самостоятельным заболеванием (генуинная эпилепсия) или симптоматической (вследствие воспалительных заболеваний, опухолей, травм головного мозга и др.).

Развитию эпилептического приступа (припадка) могут способствовать **шум**, **яркий свет, ограничение подвижности, страх, эмоциональное напряжение**. Зачастую эпилептическому припадку предшествует так называемая **аура** — комплекс индивидуальных и весьма специфичных субъективных переживаний (например, зрительные, слуховые, обонятельные галлюцинации, раздражительность, онемение и пр.).

Особенности подготовки больного с психическими заболеваниями (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эндогенные и экзогенные психозы, аффективные расстройства) к операции удаления зуба.

Основными клиническими признаками для данной группы заболеваний являются: неадекватная самооценка, дезориентация в пространстве и времени, возможны бредовые идеи. Прием данных пациентов возможен только в стадии стойкой ремиссии в присутствии родственников больного.

Особенности подготовки больного с заболеваниями паренхиматозных органов (хронические гепатиты, цирроз печени, хроническая почечная и печеночная недостаточность, гломерулонефрит и др.) к операции удаления зуба.

Для данной группы больных необходимо подбирать менее токсичные анестетики и использовать их в минимальной терапевтической дозе. При выполнении хирургических манипуляций у пациентов с заболеваниями печени все манипуляции врач должен проводить максимально атравматично, т.к. есть риск возникновения кровотечений.

Особенности подготовки больного с болезнями системы крови (гемофилия, лейкозы, тромбоцитопеническая пурпура, геморрагические диатезы и синдромы – геморрагические васкулиты, болезнь Виллебранта, агранулоцитоз) к операции удаления зуба.

Главная опасность любого хирургического вмешательства у данной группы больных – высокий риск развития кровотечений как во время операции, так в раннем и позднем послеоперационном периоде. В связи с этим стоматологические манипуляции проводятся после предварительной подготовки больного в условиях гематологического стационара (гематологического отделения многопрофильной больницы). При экстренном обращении пациента за стоматологической помощью в ночное время (острая боль, ранние или поздние осложнения после удаления зуба) больной направляется в стационар челюстно-лицевой хирургии, где после предварительной консультации терапевтом или гематологом проводится требуемое вмешательство с соблюдением принципов щадящей хирургии и тщательного гемостаза (использование местных гемостатических препаратов таких как альвожил, колларгол, аминокапроновая кислота, гемостатическая губка и др., а также ушивание раны).

При гемофилии А криопреципитат вводят в зависимости от тяжести геморрагии, или тяжести хирургического вмешательства в дозах от 10 до 30 ЕД/кг 1 раз в сутки, плазму - в дозах по 300-500 мл каждые 8 ч.

При гемофилии В вводят концентраты фактора IX по 4-8 доз в сутки (под прикрытием 1500 ЕД гепарина на каждую дозу) либо донорскую плазму (до 3-4 дней хранения) по 10-20 мл/(на кг веса в сут.) ежедневно или через день. При анемии прибегают также к трансфузиям свежей (1- 2 дней хранения) одногруппной донорской крови или эритроцитарной массы.

4. Иллюстративный материал: Презентация.

5. Литература: Указана в силлабусе

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

1. Основными критериями для оказания стоматологической хирургической помощи лицам с сопутствующими заболеваниями?
2. Сроки, в течение которых нельзя проводить хирургическое лечение в поликлинике после перенесенного инфаркта миокарда