

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
НОУ ВПО «ДАГЕСТАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ»

КАФЕДРА СТОМАТОЛОГИИ

Асиятилов А.Х., Вагабов М.М.

Хирургия полости рта

Методическое пособие для студентов

Рецензент: доц. Г.М.Муртазалиев

Составители:

А.Х.Асиятилов, М.М.Вагабов кафедра стоматологии

Хирургия полости рта. Учебно-методическое пособие для самостоятельной работы и подготовки к практическим занятиям студентов.

Махачкала: ДМСИ, 2013. - 31 с.

Учебно-методическое пособие включает сведения об особенностях проведения амбулаторных хирургических стоматологических вмешательств, условиях и средствах выполнения. Пособие составлено в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта, учебного плана. Предназначено для самостоятельной работы студентов, обучающихся по специальности 060201 «Стоматология».

Рекомендовано Учёным советом ДМСИ к применению в учебном процессе.
Протокол №2 от 23. 09.2013г.

Модуль «Хирургия полости рта». В учебно-методическом пособии на современном уровне представлена информация об основных методах местного обезболивания в челюстно-лицевой области, технике операции удаления зуба, а также осложнения общего и местного характера. Особое внимание уделено предоперационной подготовке и послеоперационному ведению больных.

Учебно-методическое пособие направлено в помощь студентам при самоподготовке и самостоятельной работе на практических занятиях. Все темы, рассматриваемые в нем, построены по единому плану:

1. В цели занятия указаны конкретные диагностические и лечебные действия, которыми должны владеть студенты после занятия по данной теме. Студенты должны знать цель занятия до освоения темы, чтобы ясно представить конечный результат своей деятельности, а также выявить по окончании занятия - достигнута ли она и освоены ли конечные действия.

2. Вопросы, изученные ранее и необходимые для данного занятия, ориентируют студента на пройденные разделы, знание которых необходимо для успешного усвоения темы. Ответив на вопросы, можно переходить к следующему разделу. Если же какие-либо из них вызывают затруднения, то необходимо обратиться к тем разделам учебника, в которых эти вопросы освещены.

3. Вопросы для самоконтроля исходных знаний по теме занятия позволяют выяснить степень подготовленности студента по учебнику и прослушанным ранее лекциям по данной теме.

Проработав этот раздел по учебникам и лекциям, следует переходить к работе по последовательности действий при выполнении стоматологических хирургических вмешательств.

4. Последовательности действий представляет собой развернутое и четкое указание на те действия, которые должен осуществлять студент для достижения сформулированной цели.

5. Для успешного усвоения схемы и превращения ее в реальные врачебные действия необходимо с помощью последовательных действий решить учебные ситуационные задачи.

6. Контрольные ситуационные задачи (или клинический прием больного) являются заключительным этапом самостоятельной проработки студентом темы на практическом занятии.

Решать их следует, не обращаясь к схеме ориентировочной основы действия и другим материалам. Решение контрольных задач показывает насколько хорошо и полно усвоен материал практического занятия, достигнута ли цель, сформулированная в начале изучения темы. Данные методические разработки содержат в себе систему условий, которая обеспечивает формирование новых способов действия соответственно цели обучения. Пособие направлено на овладение навыками практической работы и способствует формированию клинического мышления.

Основная и дополнительная литература для подготовки к практическим занятиям приведена в конце каждой темы.

Схема структуры практического занятия

Продолжительность занятия -90 минут (2 учебных часа)

Этапы занятия	Техническое оснащение	Учебные пособия и средства контроля	Место занятия
1.Проверка исходных знаний	Негатоскоп, диапроектор, компьютер	Контрольные вопросы, ситуационные задачи, тестовые задания	Учебная комната
2.Решение учебных ситуационных задач	Негатоскоп, диапроектор	ООД, ситуационные задачи, таблицы, слайды, рентгенограммы, муляжи, фото больных.	Учебная комната

3. Решение клинических задач и прием больных	Оборудование и инструменты для контроля, осмотра и лечения больных.	История болезни, клиническая задача	Поликлиническое отделение
4. Проверка знаний на «выходе» и подведение итогов занятия	Негатоскоп, диапроектор, компьютер	Контрольные вопросы, ситуационные задачи, тестовые задания. История болезни, принятых больных.	Учебная комната.

ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ (КАБИНЕТА) СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ.

Цель занятия:

Научиться организовывать работу отделения (кабинета) хирургической стоматологии. Научиться принципам асептики и антисептики, этики и деонтологии в хирургической стоматологии.

Научиться обследовать хирургических стоматологических больных, использовать данные дополнительных методов исследования, заполнять медицинскую документацию в хирургическом стоматологическом отделении.

Знать современные санитарно-гигиенические требования к организации стоматологического кабинета.

Размеры помещения

Отделка пола, стен, потолка

Освещённость

Вентиляция

Знать эргономические основы организации рабочего места врача стоматолога;

Иметь представление о различных видах бормашин, кресел и стоматологических установок;

Овладеть основами асептики:

- Знать методы дезинфекции и стерилизации стоматологического инструментария

- Понятие о ятрогенных заболеваниях и методах их предупреждения.

Студент должен знать вопросы, изученные ранее и необходимые для данного занятия:

Принципы, цели и задачи организации медицинской помощи в РФ.

Понятие о хирургических вмешательствах.

Что такое общая (районная) поликлиника, объем помощи населению?

Что такое плановая и неплановая операции?

Виды лечебных учреждений.

Виды и объем медицинской помощи.

Анатомия мягких тканей и костей лица.

Гистология тканей и органов полости рта и челюстей.

Понятие о диагнозе, виды диагноза.

Аномалии развития зубов.

Номенклатура хирургических инструментов.

Схема обследования больного.

Понятие «этика» и «деонтология».

Этиопатогенез и клиника СПИДа.

Этиопатогенез и клиника вирусного гепатита.

Возбудители и источники хирургической инфекции.

Понятие антисептики и асептики.

Вопросы для самоконтроля и контроля исходных знаний:

Роль и задачи хирургической стоматологии.

Требования к внешнему виду, одежде хирурга, медсестры, санитарки.
 Структура хирургического стоматологического отделения и санитарно-гигиенические требования к нему.
 Штаты хирургического отделения стоматологических поликлиник разных категорий.
 Инструментарий в хирургическом стоматологическом отделении.
 Обязанности врача стоматолога-хирурга.
 Обязанности медсестры хирургического стоматологического отделения.
 Медицинская документация в хирургическом отделении (кабинете).
 Показатели работы врача стоматолога-хирурга.
 Дополнительные методы исследования и их роль в диагностике заболеваний ЧЛО.
 Последовательность заполнения медицинской документации при обследовании стоматологического больного и постановке диагноза.
 Этапы обследования хирургического стоматологического больного.
 Какие данные можно получить при обследовании кожи лица и шеи здорового человека?
 Функция нижней челюсти и методика ее оценки.
 Методы обследования секреторной функции слюнных желез.
 Методы обследования лимфатических узлов в различных отделах ЧЛО.
 Особенности биоэтики в хирургической стоматологии.
 Какие Вы знаете меры профилактики заражения СПИД и вирусным гепатитом медперсонала и больных?
 Пути распространения инфекции в хирургическом стоматологическом кабинете и челюстно-лицевом стационаре.
 Методы обработки рук врача стоматолога-хирурга.
 Методы обработки операционного поля на лице и в полости рта.
 Методы обработки хирургических стоматологических инструментов: дезинфекция, предстерилизационная очистка, стерилизация.
 Уборка и дезинфекция помещений хирургического отделения стоматологической поликлиники, обеззараживание воздуха.

Краткое изложение темы практического занятия

Площадь хирургического кабинета, имеющего одно стоматологическое кресло, составляет не менее 20 кв. м. При установке каждого последующего кресла выделяется дополнительно 6 кв. м. В этом помещении осуществляется диагностическая и лечебная работа, производится наиболее распространенное хирургическое вмешательство – удаление зуба. Более сложные операции производят в операционной №2.
 Стены хирургического кабинета (операционной №1), стерилизационной и предоперационной облицованы на высоту 1,8 м, а операционной №2 – на всю высоту полихлорвиниловой или глазурованной плиткой. Пол выстилают керамической плиткой или линолеумом. Помещения хирургического отделения (кабинета) должны иметь приточно-вытяжную вентиляцию, легко открывающиеся фрамуги и форточки.
 Хирургический кабинет оснащается стоматологическими креслами, бестеневыми лампами, столиками для инструментов, круглыми винтовыми табуретами, индивидуальными почкообразными лотками, электрической бормашиной с рукавом и наконечниками, борами, торцовыми фрезами, инструментами для удаления зубов и их корней.

Схема организации хирургического отделения (кабинета) стоматологической поликлиники

Цель	Оказание хирургической стоматологической помощи населению			
Организационные меры	Обучение медицинского персонала	Структура помещений	Оснащение медицинским оборудованием и инструментами	Соблюдение асептики и антисептики

Содержание организационных мероприятий	Повышение квалификации на ФУВ, клинические врачебные конференции и семинары	Зал ожидания больных, кабинет для приема больных, стерилизационная, предоперационная, операционная, комната для временного пребывания больных после операции, анестезиологический кабинет	Стоматологические кресла, операционный стол, бормашина, наркозный аппарат, светильники, бактерицидная лампа, набор инструментов для удаления зубов, шприцы, шкафы медицинские, столы, стулья и др.	Соблюдение режима работы, стерилизация инструментов, перевязочного материала, обработка рук хирурга, операционного поля, уборка помещений
--	---	---	--	---

Асептика и антисептика при операциях на лице и в полости рта. Предупреждение развития воспалительного характера является важной задачей в работе стоматолога-хирурга. Асептика требует, чтобы все, что соприкасается с раной, было стерильным, т.е. лишенным микроорганизмов. Все мероприятия и способы, благодаря которым уменьшается количество микробов в операционном поле или ране, объединяется понятием «антисептика».

Правила асептики и антисептики в работе стоматолога-хирурга включают обработку и защиту рук хирурга, операционного поля, подготовку инструментов, помещения, защиту больных и медицинского персонала от инфицирования и предупреждение распространения инфекций. Поэтому изучение этих правил, использование их в работе, является важным этапом в освоении будущей специальности.

Под противомикробными мероприятиями понимают совокупность способов и методов уничтожения, подавления жизнедеятельности, снижения численности популяции и ограничения миграции потенциально патогенных для человека микроорганизмов.

Совокупность строго регламентированных и обязательных для выполнения противомикробных мероприятий в конкретных лечебных учреждениях называется противомикробным режимом. В зависимости от области применения противомикробных мероприятий выделяют микробную деконтаминацию объектов внешней среды – стерилизацию и дезинфекцию и микробную деконтаминацию живых организмов – антисептику и химиотерапию. Такое деление обосновывается тем, что условия деконтаминации живых организмов и неживых объектов внешней среды коренным образом различаются, но в практической медицине эти понятия часто смешиваются.

«Асептика» включает в себя мероприятия, которые обеспечивают стерильные условия работы и уменьшают риск попадания в рану микробов. Различают 5 видов инфицирования: воздушное, капельное, контактное, имплантационное и смешанное.

Известно, что в конце рабочего дня бактериальная обсемененность воздуха операционного блока увеличивается во много раз. Простая влажная уборка операционной с антисептическими препаратами, проветривание и прекращение работы в ней на 10-12 часов («отдых» операционной) значительно снижает запыленность и число бактерий в воздухе операционного блока. Это вызывает необходимость ограничить длительность работы операционного блока 6-8 часами в сутки. Кроме того, необходим один выходной день для операционного блока, во время которого (или перед ним) обязательно проведение «генеральной» уборки.

В операционных, перевязочных и других помещениях хирургического отделения успешно применяются ультрафиолетовые лучи, от действия которых погибает 90% патогенных микроорганизмов, находящиеся в воздухе и на гладких поверхностях. Большая запыленность воздуха резко снижает бактерицидное действие ультрафиолетовых лучей.

Стерилизация. Под стерилизацией понимают совокупность физических и химических способов полного освобождения объектов внешней среды от вегетативных и покоящихся форм

микроорганизмов. В стерилизованных объектах допускается присутствие только небольшого количества термофильных микробов, которые не размножаются при температуре тела человека и поэтому не представляют для него опасности.

Технологически процесс стерилизации состоит из следующих этапов: 1) дезинфекции; 2) очистки инструментов от крови, жира, грязи; 3) размещения материалов в стерилизаторе; 4) собственно стерилизации; 5) сушки; 6) контроля за стерилизацией; 7) хранения стерилизованных инструментов и материала.

Дезинфекция. Под дезинфекцией понимают совокупность способов полного, частичного или селективного уничтожения потенциально патогенных для человека микроорганизмов на объектах внешней среды с целью разрыва путей передачи возбудителей инфекционных заболеваний от источников инфекции к восприимчивым людям. Как уже отмечалось, в странах Западной Европы под дезинфекцией понимают с одной стороны микробную деконтаминацию объектов внешней среды, а с другой – уничтожение микробов на руках хирурга и операционном поле пациента. Согласно американскому определению дезинфекция применяется для селективной деконтаминации покровов тела человека.

Дезинфекции подвергаются: изделия, использованные при гнойных операциях и оперативных вмешательствах у инфекционного больного; пациента, являющегося носителем патогенных микроорганизмов и HBS- антигена, а также изделия, использованные для введения живых вакцин. В этих случаях дезинфекцию выполняют перед предстерилизационной очисткой.

Предстерилизационная очистка. Качество мойки хирургических инструментов, шприцев, игл определяют путем постановки бензидиновой, ортотолидиновой или амидопириновой проб.

Существует две модификации бензидиновой пробы:

- 1.Проба с солянокислым бензидином. Смешивают 0,5 – 1% раствор солянокислого бензидина, приготовленного на дистиллированной воде, с равным количеством 3% перекиси водорода.
- 2.Проба с сернокислым бензидином. В раствор, состоящий из 5 мл 50% уксусной кислоты и растворенного в ней 0,025 г. сернокислого бензидина, добавляют 5 мл 3% перекиси водорода.

Существует 3 модификации ортотолидиновой пробы:

- 1.Готовят 4% раствор орто-толидина в 96% этиловом спирте. Раствор хранят в холодильнике. Для повседневного употребления из основного спиртового раствора берут 5-10 мл и добавляют к нему равное количество 50% уксусной кислоты и столько же дистиллированной воды. На контролируемый предмет наносят 2-3 капли раствора и 1-2 капли 20% перекиси водорода.
- 2.К реактиву, состоящему из 5мл 50% уксусной кислоты и растворенного в нем 0,025 г. орто-толидина, добавляют 5 мл 3% р-ра перекиси водорода.
- 3.Смешивают равные количества 1% водного р-ра орто-толидина, приготовленного на дистиллированной воде, и 3% раствора перекиси водорода.

Амидопириновая проба. Смешивают равные количества 5% спиртового раствора амидопирина, 30% уксусной кислоты и 3% раствора перекиси водорода (по 2-3 мл). на контролируемое изделие наносят 2-3 капли реактива.

При наличии кровяных загрязнений появляется сине-зеленое окрашивание. Изделие, дающее положительную пробу на крови, обрабатывают повторно до получения отрицательного результата.

Собственно стерилизация. Чаще используют стерилизацию горячим насыщенным паром под давлением (автоклавирование) и сухим жаром. Сухим жаром стерилизуют предметы из стекла, различные наборы термостабильных инструментов, а также такие гидрофобные материалы, как тальк, вазелин.

Кипячение в воде, даже в растворе натрия бикарбоната, не обеспечивает полного уничтожения микроорганизмов и поэтому не может быть отнесено с современных позиций к способам стерилизации.

Для стерилизации крупногабаритных объектов, предметов из термолабильных и разнородных материалов применяют химическую (холодную) стерилизацию, используя для этих целей газы или растворы химических веществ. Главный недостаток химических методов стерилизации – необходимость освобождения (отмывания) простерилизованного объекта от остатков стерилизующего вещества, во время которого возможна повторная контаминация объекта.

Обработка операционного поля и рук хирурга. Предварительно проводят гигиеническое мытьё рук с использованием специального жидкого бактерицидного мыла, лучше в одноразовых дозаторах двукратно не менее 2 минут. После мытья их протирают стерильной марлевой салфеткой.

Хирургическая дезинфекция рук проводится перед операцией хирургическим персоналом с целью удаления транзитной микрофлоры и уменьшения резидентной микрофлоры кожи рук. Осуществляется двумя способами: мытьё и обработка рук протиранием. Для него используются локтевые дозаторы, не требующие прикосновения ладонной поверхности рук. Хирургическая дезинфекция рук предусматривает снижение общей обсеменённости рук на 100%. Проводится только спиртосодержащими антисептиками: «АХД – 2000», «АХД – 2000 специаль» (АОЗТ Петроспирт, Россия), «Алсепт», «Декосепт» (Борер Хеми ГмБХ, Германия), «Лизанин» (ЗАО Петроспирт, Россия), «Стериллиум» (Бодер Хеми ГмБХ и Ко, Германия) и т.д. Время обработки составляет не менее 2-5 минут. Используются стандартные методы втирания антисептика, представляющие ряд последовательных движений, а именно втирание антисептика в ладони, затем в запястья и т.д. Каждое движение повторяется по 5 раз.

После хирургической дезинфекции рук на них уже не содержатся кожные микроорганизмы. Однако вскоре из протоков потовых желез, волосяных мешочков, трещин на поверхности кожи снова появляются патогенные возбудители хирургической инфекции, поэтому для антисептического проведения операции необходимо изолировать руки стерильными резиновыми перчатками. Без резиновых перчаток никогда не следует выполнять какие-либо операции. Важно знать, что во время работы с пациентом, после гигиенической обработки рук и надевания перчаток нельзя отлучаться от рабочего места, передвигаться по кабинету, прикасаться к нестерильным предметам и т.д.

Чтобы перчатки легко снимались и надевались, кисти рук и перчатки следует обработать стерильными пудрой или глицерином. Тальк с этой целью используется реже, т.к. при попадании в рану он вызывает образование воспалительных гранулем. Пудра, изготовленная на основе крахмала, полностью резорбируется, поэтому целесообразно отдать ей предпочтение.

Обработка операционного поля. Для дезинфекции кожи операционного поля обычно ее дважды обрабатывают 70% спиртом, а затем смазывают 1-2 раза 2% спиртовым раствором йода.

Необходимо иметь в виду, что у ряда больных йод вызывает резкое раздражение кожи, поэтому использование его постепенно сокращается. Йод – спороцидное вещество. В связи с раздражающим свойством его все чаще заменяют йодоформами в спиртовом растворе (йодополивинилпирролидон – йодпирон, йодонат и др.).

В этом случае йод освобождается местно и не вызывает аллергических реакций. Применяют также гибитан, роккал, 0,5% раствор надуксусной кислоты в спирте (дезоксон-1). Применять настойку йода для обработки кожи запрещается. Рабочие растворы йодоната готовятся *ex tempore* путем разбавления исходного раствора в 5 раз стерильной водой. Кожу операционного поля без предварительного мытья обрабатывают двукратным смазыванием стерильными тампонами, смоченными 5-7 мл раствора йодоната или йодпирона (1% по свободному йоду).

Используются дезинфицирующие средства на основе пропанола «АХДЕЗ», «АХДЕЗ 3000», «АХДЕЗ РЕД» путём последовательного двукратного протирания отдельными стерильными марлевыми тампонами, обильно смоченными средством. Время выдержки после окончания обработки 2 минуты.

Эфир не является средством дезинфекции. Он служит исключительно для обезжиривания сильно загрязненной кожи.

Приведение полости рта в асептическое состояние – задача невыполнимая. Известно, что применяемые для дезинфекции антисептические средства уничтожают бактерии только при определенной концентрации. Однако растворы антисептиков в концентрациях, применяемых для дезинфекции кожи, повреждают слизистую полости рта. Продолжительное воздействие антисептического раствора на ткани полости рта в пониженной концентрации невозможно вследствие разбавления раствора слюной и слизью, что уменьшает эффективность применения с этой целью антисептических средств.

Однако большинство стоматологов считают необходимым обрабатывать полость рта перед оперативным вмешательством. Подготовка полости рта к операции заключается, главным

образом, в ее очистке. С этой целью проводят тщательное протирание зубных рядов и слизистой оболочки тампоном, пропитанным теплым физиологическим раствором, раствором гидрокарбоната натрия или 3% раствором перекиси водорода. Такая очистка дает большой эффект, чем полоскания антисептическими растворами и, как правило, достаточна при обычном удалении зубов. Для обработки слизистых оболочек, в том числе и полости рта рекомендуют антисептики «Октенисепт», «Бетадин».

Тестовые задания

Выберите один правильный ответ

1. В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ 2 КАТЕГОРИИ ПРЕДУСМОТРЕНО
1) 3 помещения; 2) 5 помещений; 3) 6 помещений
2. ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ НЕОБХОДИМО
1) 5 врачей-стоматологов; 2) 6 врачей-стоматологов; 3) 4 врача-стоматолога
3. В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ 2-3 КАТЕГОРИИ ОРГАНИЗУЕТСЯ
1) хирургический кабинет; 2) хирургическое отделение
4. ПО БЮДЖЕТУ НА 10 ТЫС. ГОРОДСКИХ ЖИТЕЛЕЙ ПРЕДУСМОТРЕНО
1) 3 врача-стоматолога; 2) 4 врача-стоматолога; 3) 5 врачей-стоматологов
5. СТОМАТОЛОГ-ХИРУРГ ДОЛЖЕН ВЫПОЛНИТЬ ЗА РАБОЧИЙ ДЕНЬ
1) 20 УЕТ; 2) 25 УЕТ; 3) 30 УЕТ
6. В ХИРУРГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ НА 1 СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ КРЕСЛО НУЖНО НЕ МЕНЕЕ
1) 20 кв. м.; 2) 14 кв. м.; 3) 33 кв. м.
7. ДОЛЖНОСТЬ АНЕСТЕЗИОЛОГА ПРЕДУСМОТРЕНА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ НА
1) 10 врачей стоматологов; 2) 20 врачей стоматологов; 3) 30 врачей стоматологов
8. ОДНА ДОЛЖНОСТЬ МЕДСЕСТРЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ ВЫДЕЛЯЕТСЯ НА
1) 0,5 должности стоматолога-хирурга; 2) 1,0 должности стоматолога-хирурга
3) 0,3 должности стоматолога-хирурга
9. В ХИРУРГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ НА ОДНОГО СТОМАТОЛОГА-ХИРУРГА ВЫДЕЛЯЕТСЯ ДОЛЖНОСТЬ САНИТАРКИ
1) 1,0; 2) 0,5; 3) 0,3
10. ОПТИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРА ХЛОРГЕКСИДИНА ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА ПЕРЕД УДАЛЕНИЕМ ЗУБА
1) 1%; 2) 0,06%; 3) 0,2%
11. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ АНТИСЕПТИК ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ УДАЛЕНИЯ ЗУБА
1) фурациллин; 2) хлоргексидин; 3) перманганат калия
12. ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ПОПАДАНИЯ МИКРОБОВ В ПОЛОСТЬ ЗУБА ЯВЛЯЮТСЯ ЗАДАЧЕЙ
1) антисептики; 2) асептики; 3) химиотерапии
13. УНИЧТОЖЕНИЕ МИКРОБОВ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЩИПЦАХ ЯВЛЯЮТСЯ ЗАДАЧЕЙ
1) антисептики; 2) асептики; 3) химиотерапии
14. ОБРАБОТКА ХИРУРГИЧЕСКИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ ПОСЛЕ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ НАЧИНАЕТСЯ С
1) мойки щеткой в проточной воде; 2) дезинфекции; 3) стерилизации

15. КОНТРОЛЬ ЗА ТЕМПЕРАТУРНЫМ РЕЖИМОМ ПРИ СТЕРИЛИЗАЦИИ ИНСТРУМЕНТОВ В СУХОЖАРОВОМ ШКАФУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- 1) по времени стерилизации;
- 2) по инструкции, прилагаемой к стерилизатору
- 3) по термоиндикаторам

16. ПРАВИЛЬНЫЙ РЕЖИМ СТЕРИЛИЗАЦИИ В СУХОЖАРОВОМ ШКАФУ ОКРАШИВАЕТ ТЕРМОИНДИКАТОР В

- 1) зеленый цвет;
- 2) красный цвет;
- 3) коричневый цвет

17. С ПОМОЩЬЮ БЕНЗИДИНОВОЙ ПРОБЫ ПРОВЕРЯЮ

- 1) стерильность инструментов;
- 2) наличие остатков;
- 3) наличие остатков моющих средств

18. ПОРЯДОК ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

- 1) изучение результатов дополнительных методов исследования, осмотр, сбор жалоб
- 2) осмотр, изучение результатов дополнительных методов исследования, сбор жалоб
- 3) сбор жалоб, осмотр, изучение результатов дополнительных методов исследования

19. ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВООВОБРАЩЕНИЯ ТКАНЕЙ ЧЛО ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) контрастную рентгенографию;
- 2) реографию;
- 3) эстезиометрию

20. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА У БОЛЬНОГО С ЯЗВОЙ НА КРАСНОЙ КАЙМЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- 1) рентгенографию;
- 2) цитологическое исследование;
- 3) реография

21. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА У БОЛЬНОГО С ЖАЛОБАМИ НА БОЛЬ ПРИ ЖЕВАНИИ И ОНЕМЕНИЕ КОЖИ НИЖНЕЙ ГУБЫ И ПОДБОРОДКА СЛЕВА, ПОЯВИВШИЕСЯ ПОСЛЕ УДАРА КУЛАКОМ В ЛИЦО, НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- 1) реографию;
- 2) рентгенографию;
- 3) общий анализ крови

22. У БОЛЬНОГО, НУЖДАЮЩЕГОСЯ В САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА И С АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИЕЙ НА АНЕСТЕТИКИ, ВРАЧ ДОЛЖЕН

- 1) госпитализировать в стоматологический стационар
- 2) направить на консультацию к аллергологу;
- 3) проконсультировать у терапевта

23. ПОСЛЕ ЗАПОЛНЕНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ И ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ СТОМАТОЛОГ ДОЛЖЕН ЗАПОЛНИТЬ

- 1) дневник учета работы врача-стоматолога
- 2) журнал учета профилактических осмотров
- 3) листок ежедневного учета работы врача-стоматолога

24. ПРИ БОЛЕЗНЕННОЙ ПЕРКУССИИ ЗУБА, ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- 1) реографию;
- 2) рентгенографию;
- 3) эхоостеометрию

25. ВРАЧ ОСВОБОЖДЕН ОТ ХРАНЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ ЕСЛИ

- 1) пациент дает на это согласие
- 2) сохранение тайны существенно угрожает здоровью или жизни пациента
- 3) к этому обязывает положение законодательства

Вопросы и ситуационные задачи

1. Вам поручено организовать на фабрике прием больных в кабинете хирургической стоматологии. Какое необходимо оборудование, инструментарий, штаты?
2. Оборудуйте и оснастите кабинет хирургической стоматологии в поликлинике общего профиля (зал ожидания, предоперационная, стерилизация инструментов и материала, операционную).

3. Как организовать зал ожидания больных на приеме хирурга-стоматолога?
4. Больного пригласили на операцию в отделение хирургической стоматологии. Какие предоперационные этапы ему необходимо пройти, если он поступил из палаты в сопровождении медсестры?
5. Как организовать предоперационный уход за полостью рта и питание хирургического стоматологического больного?
6. Как и какими инструментами осматривают собственно полость рта?
7. Как проверить подвижность зуба?
8. Опишите форму альвеолярного отростка верхней и нижней челюстей при наличии всех зубов.
9. Где можно пальпировать стенки верхнечелюстной пазухи.
10. При обследовании больного врач установил, что из протока околоушной железы выделяется прозрачная слюна в большом количестве. При этом он пользовался салфетками и шпателем. Опишите метод, который применил врач. Знаете ли вы другие методы исследования функции слюнных желез?
11. Закончив обследование лицевого скелета, врач в разделе «Данные местного обследования» истории болезни записал: «Костных нарушений не выявлено». На основании каких манипуляций сделан этот вывод?

Ответы на тесты: 1-1; 2-2; 3-1; 4-2; 5-2; 6-2; 7-2; 8-2; 9-1; 10-3; 11-2; 12-2; 13-1; 14-2; 15-3; 16-3; 17-3; 18-3; 19-2; 20-2; 21-2; 22-2; 23-3; 24-2; 25-2.

ОПЕРАЦИЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ЗАЖИВЛЕНИЕ РАНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

Цель занятия:

изучить показания и противопоказания к удалению зубов;
знать этапы операции удаления зуба, их последовательность, особенности заживления раны после удаления зуба.

Знать:

- показания и противопоказания к операции удаления зуба;
- инструменты для удаления различных групп зубов на верхней и нижней челюстях
- этапы операции удаления зуба
- развитие возможных местных осложнений на различных этапах операции удаления зуба, их профилактика и методы устранения
- возникновение возможных осложнений после операции удаления зуба в раннем и позднем послеоперационном периоде, их профилактика и методы лечения
- методики остановки луночного кровотечения
- Показания для госпитализации пациентов в стационарное отделение челюстно –лицевой хирургии
- особенности операций на лице и в полости рта
- анатомия зубов
- хирургический инструментарий
- принципы асептики и антисептики

Вопросы для контроля и самоконтроля исходных знаний:

- Показания к удалению зубов.
- Противопоказания к удалению зубов.
- Операция удаления зуба, этапы.
- Заживление раны после удаления зуба.

Краткое изложение темы практического занятия

Операция удаления зуба является самой распространенной операцией, проводимой в амбулаторных условиях. Для удаления зубов и их корней пользуются специальными щипцами и рычагами (элеваторами).

В щипцах для удаления зубов различают: 1) щечки – части щипцов, предназначенные для захватывания коронок зубов или корней; устроены щечки соответственно анатомическим особенностям группы зубов; 2) ручки, или бранши, за которые держат щипцы; 3) замок, расположенный на протяжении, между щечками и служащий для соединения обеих половин щипцов.

Операция удаления зуба складывается из следующих этапов: отслаивания десны, наложения, продвижения и фиксации щипцов, затем ротации или люксации зуба, извлечения его из лунки. Для предупреждения разрывов десны и удобства продвижения щипцов перед их наложением производят отслаивание десны от шейки зуба. Отслаивать десну следует гладилкой.

При наложении щипцов ось щечек щипцов должна совпадать с осью зуба. Несоблюдение этого условия может привести к перелому корня зуба. После правильного наложения щипцов их щечки продвигают по оси зуба под десну. Затем, увеличивая давление, проникают до края альвеолы. Смыкание щипцов завершает предыдущие этапы операции. Сила сжатия щипцов не должна быть чрезмерной, особенно при наличии в коронке зуба большой кариозной полости.

Вывихивание зуба осуществляется с помощью люксации или ротации. Этими манипуляциями достигается разрыв тканей периодонта. Ротационные движения допустимы в однокорневом зубе. Причем, корень должен быть прямой, конической формы. Во всех остальных случаях проводят люксацию, т.е. маятникообразные движения преимущественно в ту сторону, где костная стенка альвеолы тоньше, т.е. более податлива. Чаще люксацию производят сначала в губном (щечном) направлении, а затем в язычном (небном).

Извлекают зуб из лунки только после его вывихивания, т.е. полного освобождения его от удерживающих тканей. Это оперативное вмешательство, своевременно проведенное, позволяет предотвратить многие тяжелые заболевания челюстно-лицевой области и их осложнения. В то же время неправильное удаление зуба может усугубить состояние больного, нанести ему вред. Поэтому изучение показаний и противопоказаний к удалению зуба, освоение методик этой операции является важным этапом в освоении будущей специальности.

Показания к удалению зуба. Удаление постоянных зубов производится по неотложным, санационным, ортопедическим и эстетическим показаниям. По неотложным показаниям удаление зуба производят безотлагательно, так как отсрочка оперативного вмешательства может привести к прогрессированию воспалительного процесса и ухудшению общего состояния больного. К этой группе показаний относятся случаи, когда зуб является входными воротами инфекции при острой стадии одонтогенного остеомиелита, одонтогенного гайморита. Подлежат также удалению зубы, явившиеся источником инфекции при одонтогенных абсцессах и флегмонах, гнойном одонтогенном лимфадените, одонтогенном периостите.

Только иногда по воспалительным и эстетическим показаниям могут сохраняться зубы при воспалительных процессах, когда удастся обеспечить полноценное дренирование инфекционного очага.

При санации полости рта зубы удаляются при следующих заболеваниях и состояниях: хроническом периодонтите, в том числе обострившемся, в случаях безуспешности или невозможности проведения консервативного или хирургического зубосохраняющего лечения и значительного разрушения коронки зуба, при нерациональности его использования для изготовления протеза с помощью штифта;

хроническом периодонтите у больных соматическими очагово-обусловленными заболеваниями, сопровождающимися иммунодефицитом, при хроническом сепсисе;

остром и хроническом пульпите третьего моляра, в случаях значительного разрушения коронки или аномального расположения зуба;

затрудненном прорезывании третьего нижнего моляра;

ретенции, полуретенции или дистопии зуба, являющегося причиной одонтогенных и источником воспалительного процесса, травмирующей слизистую оболочку рта;

при тяжелой форме пародонтита или пародонтоза, значительной подвижности зуба и деструкции костной ткани более 1/3 длины корня.

Показания и противопоказания к удалению зубов

Показания	Критерий самоконтроля
а) абсолютные:	
Нарастающие явления острого гнойного периодонтита, несмотря на терапевтические воздействия	Удаление необходимо для предотвращения тяжелых местных и общих осложнений
Нарастающие воспалительные явления в челюстной кости, диагностируемые как острый гнойный остеомиелит.	Чем меньше срок, прошедший от начала возникновения острого процесса, тем эффективнее лечение остеомиелита.
б) относительные:	
Значительное разрушение зуба.	Когда невозможно использовать его коронку или корень для протезирования.
При безуспешном консервативном лечении периодонтита.	Наличие воспаления.
Когда зуб является источником воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе или других органах.	Нарастающее воспаление в верхнечелюстной пазухе или других органах.
При сильной подвижности зуба, выдвигание его из лунки, обнажение корня на две трети.	Особенно когда зуб мешает жеванию, разговору, травмирует окружающие ткани.
При затрудненном прорезывании зубов.	Приводит к воспалительным заболеваниям, травме участков слизистой оболочки.
Неправильно расположенные и сверхкомплектные зубы.	Для устранения травмы слизистой оболочки, по косметическим и ортопедическим показаниям
Ретенированный зуб.	При наличии боли, развитии воспаления
При наличии опухоли.	Когда зуб способствует росту опухоли, служит источником воспаления.
При травме зубов и челюстей.	Зуб в линии перелома. Перелом корня в верхней и средней трети его. Наличие околозубных воспалительных очагов в области перелома челюсти.
Противопоказания (все относительные)	
Заболевания крови (гемофилия, тромбопения, лейкопения и др.)	При срочной необходимости удаления, операция проводится в стационарных условиях. При отсутствии показаний к срочному удалению зуба необходимо специальное обследование и предварительная подготовка больного по консультации с гематологом.
Функциональные и органические поражения нервной системы	По консультации невропатолога.
При острых общих инфекциях, при местных проявлениях общих заболеваний (язвенный стоматит, ангина и др.)	Удаление зуба следует по возможности отложить до окончания заболевания
При беременности	Целесообразна консультация гинеколога. Наиболее благоприятный период для удаления зуба от 3 до 7 месяца беременности
При менструации	Когда отсутствуют срочные показания для удаления зуба, вмешательство следует отложить до окончания цикла

По протетическим и эстетическим показаниям при невозможности ортопедического лечения удаляют зубы: значительно выдвинутые для выравнивания окклюзионной поверхности, конвергирующие и дивергирующие, сверхкомплектные вне зубной дуги.

Противопоказания к удалению зубов

Общие противопоказания:

заболевания крови (гемофилия, геморрагические диатезы, анемия, лейкомия);
 болезни сердечно-сосудистой системы (обострение ишемической болезни сердца, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь в период криза);
 острые заболевания паренхиматозных органов – печени, почек, поджелудочной железы;
 инфекционные заболевания (грипп, ОРВИ, рожистое воспаление);
 органические и функциональные заболевания центральной нервной системы (острые нарушения мозгового кровообращения, эпилепсия и др.)
 черепно-мозговая травма (ушиб, сотрясение головного мозга);
 психические заболевания в период обострения (шизофрения, маниакально-депрессивный синдром и др.);
 перед и во время менструации.

Местные противопоказания:

язвенно-некротические процессы в полости рта;
 наличие зуба, подлежащего удалению, в зоне злокачественной и доброкачественной опухоли альвеолярного отростка;
 в период и после проведения лучевой терапии злокачественных опухолей полости рта из-за опасности возникновения лучевых некрозов челюсти.
 Все перечисленные противопоказания являются относительными. Например, при заболеваниях крови, удаление зуба может проводиться после соответствующей медикаментозной подготовки и изготовления каппы из самотвердеющей пластмассы. Предпочтительнее такую операцию осуществлять в гематологическом отделении.
 В то же время удаление зуба при относительном противопоказании может представлять определенный риск возникновения как общих, так и местных осложнений.

Тестовые задания

Выберите один правильный ответ

1. ПОКАЗАНИЕМ К НЕОТЛОЖНОМУ УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЮТСЯ

1) хронический периодонтит; 2) разрушение коронки зуба; 3) одонтогенный гайморит

2. САНАЦИОННЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

1) хронический периодонтит; 2) одонтогенный гайморит; 3) одонтогенная флегмона

3. ЗАЖИВЛЕНИЕ ЛУНКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ПРОИСХОДИТ

1) первичным натяжением; 2) вторичным натяжением

4. СВЕРНУВШУЮСЯ КРОВЬ В ЛУНКЕ ЗУБА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ НАЗЫВАЮТ

1) кровяным сгустком; 2) грануляционной тканью; 3) некротической массой

5. ПРОЦЕСС НОРМАЛЬНОГО ЗАЖИВЛЕНИЯ ЛУНКИ ПРОТЕКАЕТ

1) болезненно; 2) безболезненно

6. ПЕРВЫЙ ЭТАП ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ КОРНЯ 23 ЗУБА НАЗЫВАЕТСЯ

1) вывихивание зуба; 2) отслаивание десны; 3) наложение щипцов

7. МОЖНО ЛИ УДАЛЯТЬ ЗУБЫ ПО САНАЦИОННЫМ ПОКАЗАНИЯМ ПРИ НАЛИЧИИ ОБИЛЬНЫХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ

1) да; 2) нет

8. МОЖНО ЛИ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПЕРЕЛОМА ЩЕЧНОГО КОРНЯ 14 ЗУБА ОТЛОЖИТЬ ЕГО УДАЛЕНИЕ НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ

1) да; 2) нет

9. ПРИ УДАЛЕНИИ КОРНЕЙ 36 ЗУБА ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ВРАЧ СДЕЛАЛ АНЕСТЕЗИЮ, НАЛОЖИЛ ШИПЦЫ, ПРОДВИНУЛ И ЗАФИКСИРОВАЛ ИХ, УДАЛИЛ КОРЕНЬ. ВРАЧ НЕ ВЫПОЛНИЛ ЭТАП
1) отслаивание десны; 2) продвижение щипцов под десну; 3) сшивание краев десны

Ситуационные задачи:

1. У больного с инфарктом миокарда, находящегося в кардиологическом отделении, диагностирован хронический фиброзный пульпит 28 зуба. Показано ли удаление 28? Если нет, то какова Ваша тактика?
2. Больному 40 лет при проведении рентгенологического обследования 46 обнаружили ретенированный 48 зуб. Пациента 48 зуб не беспокоит, клинические проявления отсутствуют. Имеются ли показания для удаления 48 зуба? Составьте план лечения
3. Больному 55 лет хирург-стоматолог поставил диагноз «хронический периодонтит 46 зуба в стадии обострения». В анамнезе гипертоническая болезнь. Составьте план лечения.
4. Больной обратился к стоматологу с жалобами на боли при накусывании на 48 зуб. Врач, удаляя 48 зуб, проводил ротационные и люксационные движения. Правильно ли проводилось удаление зуба?
5. Врач при удалении 37 зуба не отслоил десну. Каковы возможные осложнения?
6. Больной 30 лет обратился к стоматологу с целью санации. При осмотре видны корни 25 зуба, которые разрушены ниже уровня десны, зуб не беспокоит; имеются признаки острого респираторного заболевания. Ваш план лечения.
7. Больной 65 лет обратился с целью протезирования. При обследовании полости рта: 31 и 41 зубы подвижны 3-й степени, интактны, корни оголены на 1/3 длины. Частичная вторичная адентия обеих челюстей. Составьте план лечения.

Ответы на тесты: 1 – 3; 2 – 1; 3 – 2; 4 – 1; 5 – 2; 6 – 2; 7 – 2; 8 – 2; 9 – 1.

8. МЕТОДИКА УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ И КОРНЕЙ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Цель занятия:

изучить инструментарий, применяемый для удаления зубов и корней на верхней челюсти и научиться удалять зубы и корни на верхней челюсти.

Студент должен знать вопросы, изученные ранее и необходимые для данного занятия:

Анатомо-топографические особенности строения верхней челюсти и расположенных в ней зубов. Проведение инфильтрационного и проводникового обезболивания на верхней челюсти. Диагностика и лечение осложнений, связанных с проведением местного обезболивания на верхней челюсти.

Показания и противопоказания для удаления зубов.

Какую форму имеют корни резцов и клыков верхней челюсти на горизонтальном срезе?

Сколько корней у верхних премоляров?

Сколько корней у моляров верхней челюсти и как они располагаются в альвеолярном отростке?

Какую форму имеют корни верхних моляров на горизонтальном срезе?

Дайте характеристику толщины стенок лунок верхних зубов.

В какой период беременности с большей безопасностью можно удалять зуб?

Уметь.

-подбирать соответствующий вид щипцов при удалении отдельных групп зубов верхней челюсти
Владеть.

-техникой проведения операции удаления отдельных групп зубов верхней челюсти, с сохранившей коронковую часть и корня

Вопросы для контроля и самоконтроля исходных знаний:

Почему для удаления верхних премоляров нельзя пользоваться прямыми щипцами?

Почему для удаления верхних резцов нельзя использовать S-образные щипцы, предназначенные для извлечения моляров?

Почему, удаляя верхние моляры, нельзя проводить вращательные движения?

При попытке использовать вращательные и раскачивающие движения во время удаления второго премоляра или моляра произошел перелом его корня. В чем ошибка врача? Как избежать перелома корня?

Для чего нужен шип на щечке S-образных щипцов и какие зубы удаляют такими щипцами?

При удалении какого зуба первое вывихивающее движение производится в небную сторону?

Закрепление темы.

-опрос

-тестовый контроль

-решение ситуационных задач

Краткое изложение темы практического занятия.

Метод удаления зубов на верхней челюсти зависит от формы зуба, количества и расположения корней, от толщины и плотности кости вокруг корня зуба. Удаление отдельных групп зубов и корней на верхней челюсти проводят соответствующими щипцами, которые различают по соотношению щечек и ручек, изгиба ручек, формы и ширины ручек. При удалении зубов на верхней челюсти спинку кресла откидывают кзади, кресло поднимают, голову больного помещают на подголовнике. Удаляемый зуб должен находиться на одном уровне с плечевым суставом врача. Врач становится спереди и справа от больного и пальцами левой руки фиксирует альвеолярный отросток в месте удаляемого зуба. Вывихивание зуба производят с помощью боковых движений – люксации или вращательных движений – ротации. Люксацию начинают в вестибулярную сторону. Исключением является область скулоальвеолярного гребня, здесь первое вывихивающее движение осуществляют в небную сторону.

Удаление зубов на верхней челюсти

Порядок действия	Критерий самоконтроля
Возьмите инструменты для удаления данного зуба (корня)	Гладилка для отслоения десны. Щипцы, соответствующие анатомическому строению зуба. Кюретажная ложка для удаления осколков кости и зуба, а также грануляций из лунки.
Придайте правильное положение голове больного.	Она должна быть запрокинута и немного повернута в сторону, противоположную удаляемым зубам
Поднимите кресло до нужного уровня	Зубы верхней челюсти должны быть на уровне плечевого сустава врача.
Займите правильное положение по отношению к больному	Справа и спереди от больного
Отслоите десну от шейки зуба с вестибулярной и оральной стороны.	Рабочий конец гладилки под давлением погрузите между слизистой оболочкой и зубом на глубину 3-5 мм и перемещайте вдоль десны на ширину коронки удаляемого зуба. Слизистая оболочка должна легко отходить от кости, чтобы не порвать ее при наложении щипцов.
Наложите щипцы на удаляемый зуб	Ось щечек щипцов должна совпадать с осью зуба
Продвиньте щипцы до шейки зуба, а если удаляется корень, то на нижний край стенки лунки на высоту 1-2 мм	Щипцы следует продвигать осторожно, чтобы не повредить десну. Ручки щипцов сжимать не следует.
Сомкните щипцы и проверьте еще раз совпадение оси щечек щипцов с осью зуба	Перед смыканием щипцов пальцы, расположенные между ручками, выводятся и охватывают их снаружи.
Начинайте вывихивание зуба с учетом топографии анатомических особенностей отдельных групп зубов и строения альвеолярного отростка верхней челюсти	Верхние резцы и клыки можно вращать и раскачивать, остальные зубы - только раскачивать. Первое движение при расшатывании верхнего зуба наружу, кроме первого моляра, при удалении которого первое движение делаете в оральную сторону.

Извлекайте зуб (корень) из лунки, основываясь на знании анатомии зуба, проверьте полноту его удаления (количество корней, их форма)	Зуб извлекают из лунки только после того, как он начинает перемещаться в ней почти без усилий. Щипцы следует перемещать вниз и наружу плавно по дуге. Нельзя тянуть зуб вниз, особенно, если он выходит с некоторым сопротивлением. Удерживая зуб в щипцах, осмотрите его корни. Все ли они удалены, нет ли отломков.
Проведите кюретаж (выскабливание) лунки	Если зуб (корень) удаляется по поводу периапикального хронического воспаления или его обострения необходимо ввести в лунку ложку и удалить грануляционную ткань (или гранулему) до ощущения гладилкой плотной кости
Заканчивая операцию, сдавите стенки лунки.	
Дайте рекомендации и отпустите больного	

Удаление зубов и корней верхней челюсти

Под контролем преподавателя студент удаляет зуб или его корень. При этом следует обратить внимание на:

Положение врача около больного

Положение головы больного

Правильность держания щипцов по I и II типам.

Правильность держания элеватора.

Умение левой рукой создавать хорошие условия как для фиксации верхней челюсти, так и для визуального контроля операционного поля.

Четкое выполнение всех моментов операции удаления зуба (наложение щипцов, их продвижение, фиксация щипцов (смыкание), вывихивание зуба и его извлечение из лунки)

Тестовые задания

Выберите один правильный ответ

1. S-ОБРАЗНЫМИ ДВУСТОРОННИМИ ЩИПЦАМИ УДАЛЯЮТ

- 1) корни зубов; 2) моляры нижней челюсти; 3) моляры верхней челюсти;
4) премоляры верхней челюсти; 5) 3-и моляры верхней челюсти

2. ШТЫКОВИДНЫМИ ЩИПЦАМИ УДАЛЯЮТ

- 1) резцы нижней челюсти; 2) моляры верхней челюсти; 3) премоляры нижней челюсти;
4) 3-и моляры верхней челюсти; 5) корни зубов верхней челюсти

3. ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЗЫВАЮТ

- 1) прямые коронковые; 2) прямые корневые; 3) байонеты;
4) изогнутые по плоскости; 5) S-образные

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ ЗУБОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) бормашина; 2) прямые щипцы; 3) прямой элеватор;
4) элеватор Карапетяна; 5) крючок Лимберга

5. ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КЛЫКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) прямые коронковые; 2) штыковидные; 3) прямые корневые;
4) S-образные двухсторонние; 5) байонеты

6. ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) прямые щипцы; 2) клювовидные щипцы; 3) S-образные щипцы;
4) прямой элеватор; 5) угловой элеватор

7. ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

1) прямые; 2) S-образные двухсторонние; 3) S-образные левосторонние или правосторонние; 4) штыковидные со сходящимися щечками; 5) штыковидные с несходящимися щечками

8. ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ПРЕМОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

1) прямые корневые; 2) S-образные левосторонние или правосторонние;
3) клювовидные; 4) изогнутые по плоскости; 5) S-образные двухсторонние

9. ЗАДНИЕ ВЕРХНИЕ ЛУНОЧКОВЫЕ ВЕТВИ ВХОДЯТ В СОСТАВ

1) нижнечелюстного нерва; 2) подглазничного нерва;
3) скулового нерва; 4) верхнего зубного сплетения

10. ФРОНТАЛЬНЫЕ ЗУБЫ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИННЕРВИРУЮТ

1) передние верхние альвеолярные ветви; 2) верхнее зубное сплетение;
3) средние верхние альвеолярные ветви; 4) задние верхние альвеолярные ветви

Ситуационные задачи

1. Подберите инструменты для удаления зубов на верхней челюсти, имеющих коронку.

2. Укажите зубы (корни), которые можно удалять данными инструментами (в нужной графе ставьте * + *, Р - обозначение корня.

Инструментарий, применяемый для удаления зубов и корней на верхней челюсти	Зубы верхней челюсти							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Прямые щипцы со сходящимися щечками	P+	P+	P+					
Штыковидные с несходящимися щечками								+
S-образные щипцы с несходящимися щечками и шипиком						+	+	
Прямой (желобоватый) элеватор						P+	P+	

3. Подберите инструменты для удаления зубов верхней челюсти не имеющих коронки.

4. Больной 40 лет, с обострением хронического периодонтита 14. Показано удаление 14. Врач произвел отслаивание десны, наложил S-образные щипцы и при вывихивании зуба произвел перелом коронки. Укажите на причину перелома, опишите правильный ход операции удаления зуба.

5. Больному 74 года, имеются корни 16. Выберите необходимые для их удаления щипцы. Проведите удаление корней 16.

Ответы на тесты:

1 - 4; 2 - 5; 3 - 1; 4 - 3; 5 - 1; 6 - 1; 7 - 5; 8 - 5; 9 - 4; 10 - 1

Задание для самостоятельной работы:

1. Составьте схему выбора инструментов для удаления зубов и корней на верхней челюсти.

2. Составьте схему выбора местного обезболивания для удаления зубов и корней на верхней челюсти.

3. Составьте схему этапов операции удаления зубов на верхней челюсти.

9. МЕТОДИКА УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ И КОРНЕЙ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. МЕТОДИКА СЛОЖНОГО УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ И КОРНЕЙ

Цель занятия:

усвоить показания и противопоказания для удаления зуба, изучить инструментарий, применяемый для удаления зубов и корней на нижней челюсти, научиться удалять зубы и корни на нижней челюсти
изучить показания и противопоказания к удалению аномально расположенных зубов, методику атипичного удаления зубов и корней

Студент должен знать вопросы, изученные ранее и необходимые для данного занятия:

Анатомия челюстей и зубов.

Обследование стоматологического больного.

Обезболивание при операциях на челюстях.

Асептика и антисептика.

Заживление раны после удаления зуба.

Анатомо-топографические особенности нижней челюсти и расположение зубов.

Проведение проводникового и инфильтрационного обезболивания на нижней челюсти.

Лечение осложнений, возникших при местном обезболивании на нижней челюсти.

Сколько корней имеют клыки нижней челюсти и какова их форма?

Сколько корней имеют нижние моляры, какова их форма?

Студент должен знать.

-методику удаления отдельных групп зубов нижней челюсти с сохранившейся коронкой и корня
Уметь.

-подбирать соответствующие виды щипцов при удалении отдельных групп зубов на нижней челюсти

Владеть,

-техникой проведения операций удаления отдельных групп зубов нижней челюсти с сохранившейся коронковой частью и корней

Вопросы для контроля и самоконтроля исходных занятий:

Чем объясняется применение для удаления нижних моляров клювовидных щипцов с широкими щечками, имеющими два шипа?

Укажите, в чем заключается принцип действия элеватора изогнутого под углом?

Почему при удалении вторых и третьих моляров первое вывихивающее движение производится в язычную сторону?

Почему при удалении нижних фронтальных зубов первое вывихивающее движение производится в вестибулярную сторону?

Для чего производят сепарацию десен в области удаляемого зуба?

Почему при удалении резцов нижней челюсти нельзя проводить ротационные вывихивающие движения?

С какой целью производится кюретаж лунки после удаления зуба?

Показания для применения сложного удаления зубов и корней.

Метод проведения сложного удаления зубов и корней на верхней челюсти.

Метод сложного удаления зубов и корней на нижней челюсти.

Ведение больного после сложного удаления зуба или его корня.

Краткое изложение темы практического занятия

При удалении зубов нижней челюсти кресло опускают как можно ниже, голова больного занимает вертикальное положение, подбородок прижат к груди. Иногда больному можно придать полулежачее положение. Удаляемый зуб при этом должен находиться на уровне локтевого сустава опущенной руки врача. Для удаления левых нижних зубов врач становится справа и спереди по отношению к больному, голова должна быть повернута немного вправо; 1-й палец левой руки врача находится на подбородке, 2-й палец на альвеолярном отростке.

При удалении правых нижних зубов врач становится справа и позади больного. 2-м пальцем левой руки отодвигает щеку, а 1-й палец накладывает на альвеолярный отросток со стороны языка.

Вывихивание зуба производят с помощью люксации. Люксацию надо начинать в сторону наименьшего сопротивления. Амплитуда движений постепенно нарастает. Когда корни зуба потеряли связь с альвеолой и движение зуба и щипцов становятся свободными, зуб извлекают из альвеолы. Извлечение зуба производят в направлении вверх и наружу, чтобы не повредить зубы и мягкие ткани верхней челюсти.

В ряде случаев при удалении зубов и корней приходится отступать от известных, типичных методов и приемов. Некоторые анатомо-топографические особенности и патологические процессы в периапикальных тканях могут вызывать необходимость использовать для удаления выдалбливание или выпиливание зуба. К таким особенностям можно отнести искривление или значительное расхождение корней корней, аномалии корней, гиперцементоз, дистопию или ретенцию зубов. Корни девитализированных зубов нередко становятся хрупкими, а стенки лунки в результате хронического воспаления в периодонте и развивающегося склероза плотными. Трудности удаления зубов могут быть обусловлены ограничением открывания рта больного. Облегчить работу стоматолога-хирурга может хорошо подготовленный помощник. При удалении зубов и корней в таких случаях не могут соблюдаться одни и те же технические приемы. Можно руководствоваться только основными принципами. Выбирая различные методы удаления зуба или корня, следует стремиться к тому, чтобы вмешательство было, как можно короче и сопровождалось как можно меньшей травмой мягких и костных тканей. Сложному удалению зубов должно предшествовать рентгенологическое обследование. Если позволяют состояние больного и характер патологического процесса (отсутствие острого воспаления), оперативное вмешательство лучше проводить в плановом порядке. Нередко даже типичное удаление зуба заканчивается применением технических приемов сложного удаления. Такая ситуация возникает при переломе корней одно- или многокорневых зубов. В таких случаях проводится хирургическое вмешательство на альвеолярных отростках с применением выдалбливания или выпиливания зуба. Многократные попытки наложения щипцов на края альвеолы для удаления сломанного корня приводят к повреждению окружающих тканей.

Операцию начинают с образования на альвеолярном отростке слизисто-надкостничного лоскута с помощью разрезов различного направления: трапециевидных, угловых, дугообразных. Наиболее часто применяют трапециевидный разрез с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка. Линии вертикальных разрезов должны расходиться по направлению к переходной складке, чтобы основание лоскута было достаточно широким для предотвращения нарушений кровоснабжения. После отслаивания лоскута трепанируют наружную стенку альвеолы с помощью долота или бора. Метод выпиливания, в отличие от выдалбливания, легче переносится больным. Однако при выпиливании следует помнить о возможных осложнениях: перегреве кости, повреждении нижнечелюстного канала и его содержимого, перфорации дна верхнечелюстной пазухи. Для предупреждения перегрева кости необходимо постоянно орошать рану раствором антисептика, скорость вращения бора должна быть минимальной. При использовании долота на нижней челюсти, помощник подставляет под край челюсти сжатый кулак. Обнаженные корни удаляют с помощью долота или элеватора. После удаления корней и окружающих их грануляций костные края альвеолы сглаживают желобоватым долотом, костными кусачками или фрезой. Рану промывают раствором антисептика для удаления мелких осколков кости и зашивают. Возможно ведение раны под йодоформной турундой. Нередко возникает необходимость увеличить слизисто-надкостничный лоскут.

Мобилизация лоскута производится путем пересечения надкостницы у его основания. Пересечение глубже лежащих тканей может сопровождаться повреждением кровеносных сосудов, что приводит к нарушению кровоснабжения отслоенного лоскута. Для уменьшения убыли костной ткани альвеолярного отростка, лунка может заполняться коллаполлом или гидроксипатитом. Швы снимают на 6-7 день. Если в лунке был обнаружен гной, на края раны накладывают лишь направляющие швы, лунка рыхло тампонируется йодоформной турундой.

Наибольшие трудности представляет удаление ретинированных зубов. Чаще операцию производят со стороны преддверия рта, но если зуб расположен ближе к небу, удаление удобно проводить с небной стороны, так как доступ со стороны преддверия рта может привести к повреждению корней рядом расположенных зубов. Для предупреждения излишней травмы окружающих тканей ретинированный зуб нередко приходится распиливать на несколько частей.

Во избежание образования гематомы на мягкие ткани лица в проекции операционной раны накладывают давящую повязку. В первые сутки применяют гипотермию. При появлении в последующие 2-3 дня припухания окружающих тканей назначают атермические дозы электрического поля УВЧ, излучение низкоэнергетических лазеров.

Удаление зубов и корней на нижней челюсти

Порядок действия	Критерий самоконтроля
Возьмите инструменты для удаления зуба или корня.	Гладилка для отслоения десны. Щипцы – соответствующие анатомическому строению зуба. Кюретажная ложка для удаления осколков кости или зуба и грануляций из лунки.
Придайте правильное положение голове больного	Вертикальное. При удалении левых моляров и премоляров голову слегка поворачивают в сторону врача.
Опустите кресло до нужного уровня	Операционное поле должно быть на уровне локтя опущенной руки врача.
Займите правильное положение по отношению к больному	а) справа и спереди при удалении всех левых и фронтальных нижних зубов, при удалении правых моляров плоскостными щипцами; б) справа и сзади от больного при удалении правых нижних моляров и премоляров клювовидными щипцами и элеваторами.
Отслоите десну гладилкой от шейки зуба с вестибулярной, а затем с оральной стороны	Рабочий конец гладилки под давлением погрузите между слизистой оболочкой десны и зубом на глубину 3-4 мм и перемещайте вдоль десны на ширину удаляемого зуб. Слизистая оболочка должна легко отходить от кости и от шейки зуба, чтобы не порваться при продвижении щипцов
Наложите щипцы на удаляемый зуб	Ось щечек щипцов должна совпадать с осью щечек зуба
Продвиньте щипцы вниз до шейки зуба, а если удаляете корень - на глубину 1-2 мм	Щипцы надо продвигать осторожно, чтобы не порвать десну. Ручки щипцов сжимать не следует.
Сомкните щипцы и проверьте еще раз совпадение оси щечек щипцов и зуба	Перед смыканием щипцов пальцы, расположенные между ручками, выводятся из промежутка между браншами. Смыкать щипцы надо с умеренной силой.
Проведите вывихивание зубав с учетом количества и строения корней, а также толщины стенок лунок	Люксацию – при удалении от 1 до 6 зуба. Первое движение производите в вестибулярную сторону. При удалении 7-8 зубов первое движение делаете в оральную сторону. При удалении клыков наряду с люксацией можно добавить и легкие ротационные движения.

Извлеките зуб (корень) из лунки, проверьте количество и целостность корней	Зуб извлекается из лунки только после того, как он начинает свободно (почти без усилий) перемещаться в ней. При извлечении зуба щипцы перемещаются наружу и вверх. При этом удалите грануляционную ткань до ощущения плотной и гладкой костной ткани.
Проведите кюретаж (выскабливание) лунки	Края раны сближаются, кровотечение прекращается в течение 1 минуты. После этого проверьте заполнение лунки кровяным сгустком.
Сдавите стенки лунки марлевыми шариками в орально-вестибулярном направлении	
Отпустите больного	Дайте совет не есть два часа, не употреблять в этот день горячей пищи и не полоскать рот.

Под контролем преподавателя можно удалить зуб или корень зуба. При этом следует обратить внимание на:

Правильность выбора инструмента.

Положение врача около больного.

Положение головы больного.

Правильность держания щипцов (I и II типу).

Правильность держания элеватора.

Умение левой рукой создавать хорошие условия, как для фиксации нижней челюсти, так и для визуального контроля операционного поля.

Четкое выполнение всех моментов операции удаление зуба (наложение щипцов, их продвижение, фиксация щипцов (смыкание), вывихивание зуба и его извлечение из лунки).

Тестовые задания

Выберите один правильный ответ

1. ПРИ СЛОЖНОМ УДАЛЕНИИ ЗУБА ЧАЩЕ ПРИМЕНЯЮТ

1) инъекционное обезболивание; 2) общее обезболивание; 3) аппликационное обезболивание

2. НАИБОЛЕЕ СЛОЖНОЕ УДАЛЕНИЕ ЗУБА ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ ПРИ

1) пародонтите; 2) ретенции зуба; 3) перикоронарите

3. ПОЛОЖЕНИЕ ВРАЧА ПРИ УДАЛЕНИИ 46 ЗУБА

1) спереди и справа; 2) спереди и слева; 3) сзади и справа

4. У БОЛЬНОГО СЛУЧАЙНО ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕН РЕТЕНИРОВАННЫЙ 38 ЗУБ. ЗУБ УДАЛЯЮТ

1) в день обращения; 2) в плановом порядке; 3) осуществляют динамическое наблюдение

5. УДАЛЕНИЕ РЕТЕНИРОВАННОГО ЗУБА ПОКАЗАНО ПРИ

1) ксеростомии; 2) невралгии тройничного нерва; 3) стоматите

6. СЛОЖНОЕ УДАЛЕНИЕ РЕТЕНИРОВАННОГО 48 ЗУБА ЗАВЕРШАЮТ

1) наложением швов на рану; 2) наложением швов на рану и дренированием ее;
3) рыхлой тампонадой лунки йодоформной турундой

7. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВО ВРЕМЯ СЛОЖНОГО УДАЛЕНИЯ ЗУБА, БОЛЬНОГО

1) направляют в стационар; 2) шинируют перелом и амбулаторное лечение;
3) шинируют перелом и направляют в стационар

8. РЕТЕНИРОВАННЫЙ 33 ЗУБ ПОКАЗАНО УДАЛЯТЬ

- 1) при проведении плановой санации полости рта;
- 2) перед протезированием; 3) при лицевых болях

Ситуационные задачи:

1. Укажите зубы (корни), которые можно удалять данными инструмента

Инструментарий, применяемый для удаления зубов и корней на нижней челюсти	Зубы нижней челюсти							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Прямые щипцы со сходящимися щечками								
Штыковидные с несходящимися щечками								
S-образные щипцы с несходящимися щечками и шипиком								
Прямой (желобоватый) элеватор								

2. Подберите инструменты, необходимые для удаления зубов на нижней челюсти.
3. Больному 64 лет, показано удаление корней 47. врач произвел отслаивание десны, а затем клювовидными щипцами удалил медиальный корень. Проведите удаление дистального корня, если он на 1/3 разрушен (инструменты, методика).
4. Больному 30 лет, показано удаление 35. Врач произвел отслаивание десны и наложение щипцов. Произошел отлом коронки 35. Продолжите операцию удаления зуба.
5. Больному 25 лет, показано удаление 38 по поводу хронического периодонтита. Каким инструментом проведете эту операцию.

Ответы на тесты: 1-1, 2-2, 3-3, 4-2, 5-2, 6-2, 7-1, 8-2.

10. ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ. ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

Цель занятия:

изучить виды осложнений во время и после удаления зуба, клинику осложнений, причины их развития, лечение и меры профилактики и научиться диагностировать, лечить и предупреждать их.

Студент должен знать вопросы, изученные ранее и необходимые для данного занятия:

- 1.Топографическая анатомия челюстно-лицевой области
- 2.Функциональное значение зубочелюстной системы и органов полости рта.
- 3.Патологическая физиология воспалительного процесса.
- 4.Обследование стоматологического больного.
- 5.Правила асептики и антисептики
- 6.Показания и противопоказания к операции удаления зубов.
- 7.Инструментарий для проведения операции удаления зубов и корней.
- 8.Обезболивание при оперативных вмешательствах при операции удаления зуба.
- 9.Особенности операции удаления зубов и корней на верхней челюсти.
- 10.Особенности операции удаления зубов и корней на нижней челюсти.
11. Фармакологическая характеристика противовоспалительных, антибактериальных, обезболивающих средств.
- 12 методы профилактики и комплекс мероприятий направленных на предупреждение возникновения осложнений во время и после операции удаления зуба

Уметь.

-проводить мероприятия направленные на устранения местных осложнений во время и после операции удаления зуба

Владеть.

-методами предупреждения и устранения местных осложнений возникающих во время и после операции удаления зуба.

Вопросы для контроля и самоконтроля исходных знаний:

1. Местные осложнения во время проведения операции удаления зуба?
2. Общие осложнения во время проведения операции удаления зуба?
3. У больного произошел разрыв мягких тканей альвеолярного отростка во время удаления зуба. Какова будет Ваша тактика?
4. Причины осложнений, возникающих во время удаления зуба.
5. Тактика врача при переломе или вывихе соседнего зуба.
6. Лечение вывиха нижней челюсти.
7. Клиника и тактика врача при переломе нижней челюсти и отрыве бугра верхней челюсти.
8. Клиника и диагностика перфорации верхнечелюстной пазухи.
9. Тактика врача при перфорации и проталкивании корня в верхнечелюстную пазуху.
10. Профилактика и оказание помощи при общих осложнениях: обмороке, коллапсе и шоке.
11. Местные осложнения, возникающие после удаления зуба.
12. Причины местных осложнений, возникающих после удаления зуба.
13. Лечение альвеолита.
14. Альвеолоневрит, его лечение и профилактика.
15. Причины ранних луночковых кровотечений после удаления зуба.
16. Луночковые кровотечения. Лечение, профилактика.

Краткое изложение темы практического занятия:

Осложнения во время операции удаления зуба. Удаление зуба может сопровождаться развитием осложнений, чаще при травматических манипуляциях и нарушении тактики вмешательства.

Местные осложнения:

1. Перелом коронки или корня зуба может быть обусловлен значительным разрушением их кариозным процессом, а также анатомическими особенностями альвеолярного отростка челюсти и корней, их длиной и формой. Определенное значение имеют предшествующие консервативные методы лечения зуба, в частности использование импрегнационных способов при терапии пульпитов и периодонтитов. Иногда причиной осложнения может стать недостаточное продвижение щечек щипцов или резкие движения при вывихивании зуба. Наличие рентгенограммы, глубокое обезболивание, спокойное и уверенное выполнение врачом необходимых манипуляций по излечению сломанного корня, как правило, приводят к благоприятному результату.
2. Повреждение десны и слизистой оболочки рта возникает при глубоком продвижении щечек щипцов, соскальзывании инструмента. Предотвратить, возможно, предварительным отделением десны или ее рассечением. В случаях возникновения разрывов слизистой оболочки губ, щек и языка на края раны накладывают швы.
3. Повреждение соседнего зуба является ятрогенным осложнением. Оно происходит при использовании его в качестве опоры во время работы элеватором. Повреждение противостоящего зуба происходит при неосторожном резком извлечении удаляемого зуба. Лечебные мероприятия при подобных осложнениях определяются степенью повреждения (девитализация – при переломе коронки, реплантация – в случаях полного вывиха зуба).
4. Вывих и перелом нижней челюсти. Первое возникает при чрезмерно широком открывании рта и надавливании на челюсть щипцами или элеватором, второе – при удалении нижнего третьего моляра элеватором. Предполагающим фактором перелома

челюсти может быть деструкция костной ткани при одонтогенной кисте, хроническом остеомиелите, опухоли.

5. Перфорация дна верхнечелюстной пазухи относительно частое осложнение.

Предполагающим фактором являются анатомические особенности верхнечелюстной пазухи. При ее пневматическом типе корни премоляров и моляров верхней челюсти расположены от 2 до 7 мм от нижней стенки пазухи, что и создает условия для возникновения перфорации. Кроме этого, перфорация пазухи может быть при деструкции кости в области верхушки корня пораженного зуба (гранулирующий или гранулематозный периодонтит). При таких неблагоприятных условиях возникновение перфорации нельзя считать врачебной ошибкой. Однако может иметь место и ятрогенная причина возникновения осложнения (неосторожное выскабливание грануляций со дна лунки удаленного зуба и др.). Проталкивание корня зуба в верхнечелюстную пазуху во время его удаления обусловлено анатомо-топографическими особенностями или техническими погрешностями врача, чаще при работе с прямым элеватором. В случаях перфорации верхнечелюстной пазухи при отсутствии воспалительного процесса в ней, принимают меры к заживлению лунки. С целью сохранения кровяного сгустка в области лунки одного удаленного зуба рекомендуют накладывать под ним небольшой йодоформный тампон, который фиксируют швами к краям десны, или каппой из самотвердеющей пластмассы. Наиболее надежным методом устранения перфорации для верхнечелюстной пазухи является пластика лунки лоскутом слизистой оболочки верхнего свода преддверия рта. При проталкивании корня зуба в верхнечелюстную пазуху уточняют его локализацию на рентгенограмме и производят гайморотомию со стороны собачьей ямки. После извлечения корня проводят ревизию верхнечелюстной пазухи, затем ее промывают антисептическим раствором (фурациллина, калий перманганат и др.) и накладывают швы. При наличии в пазухе признаков патологического процесса (полипы, гипертрофированная слизистая оболочка) ее saniруют и формируют соустье с нижним носовым ходом.

6. Кровотечение. Поскольку удаление зуба сопровождается травмой дентальных кровеносных сосудов, а также кровеносных сосудов лунки и прилегающих мягких тканей, возможно послеоперационное луночковое кровотечение. Местные причины: повреждение мягких тканей и кости во время операции, послеоперационная обработка лунки при выскабливании гранулемы и скусывании краев лунки и межальвеолярной перегородки.

Луночковое кровотечение, возникшее непосредственно после извлечения зуба, останавливают разными способами. Тактика врача при этом осложнении определяется интенсивностью и локализацией кровотечения. При кровотечении из десны накладывают швы, давящие марлевые шарики, тампоны, пропитанные 3% раствором перекиси водорода, производят диатермокоагуляцию. В случае кровотечения со дна и стенки лунки в нее вводят гемостатическую губку, затем накладывают швы, давящий марлевый шарик. При безуспешности этих мероприятий лунку туго тампонируют йодоформной турундой, пропитанной раствором тромбина или 5% аминокaproновой кислотой. Назначают внутрь и внутривенно медикаментозные средства, повышающие свертываемость крови (хлорид кальция – 10% мл в/в на 10 мл физиологического раствора, аскорбиновая кислота 5% - 5-10 мл в/в, р-р дицинона). При длительных и упорных кровотечениях следует исследовать свертывающую систему крови и проконсультировать больного у врача-гематолога. Таких больных целесообразно госпитализировать в стационар.

Для предотвращения кровотечения при удалении зубов у каждого больного тщательно собирается общий анамнез, акцентируя внимание на длительность кровотечения при повреждении мягких тканей. У лиц женского пола выясняется время менструации. При осмотре больного следует обратить внимание на цвет кожных покровов.

К числу редких осложнений относится аспирация, заглатывание удаленного зуба или его фрагмента, марлевого шарика. Неотложная помощь может быть оказана ЛОР-специалистом или врачом-эндоскопистом.

Общие осложнения.

Обморок - кратковременная потеря сознания, обусловленная преходящей ишемией головного мозга в результате спазма кровеносных сосудов. На сосудодвигательные центры могут воздействовать рефлекторные психогенные факторы и боль.

Лечение направлено на создание необходимых условий для притока крови к головному мозгу. Откидывая спинку стоматологического кресла, больному придают горизонтальное положение, обеспечивая приток свежего воздуха. Лицо больного протирается влажной салфеткой. Ему дают вдохнуть пары нашатырного спирта. В тяжелых случаях вводят подкожно 1 мл 10-20% раствора кофеина, 1-2 мл кордиамина. Оперативное вмешательство, если оно проводится по неотложным показаниям, можно продолжить после выведения больного из обморочного состояния. Если планировалось удаление зуба по санационным, протетическим показаниям операцию целесообразно отложить.

Коллапс - тяжелая форма сосудистой недостаточности, проявляющаяся снижением артериального давления, расширением венозных сосудов, уменьшением объема циркулирующей крови и скоплением ее в кровяных депо - капиллярах, печени, селезенке.

При коллапсе, так же как и при обмороке, больному придают горизонтальное положение, согревают его грелками, применяют сосудосуживающие и средства, возбуждающие сердечную деятельность. Подкожно вводят раствор кофеина, кордиамина. В тяжелых случаях производят внутривенное вливание 0,5 - 1 мл 0,05% раствора строфантина в 10-20 мл 40% раствора глюкозы. Проведение при коллапсе оперативных вмешательств, кроме необходимых по жизненным показаниям (кровотечение), противопоказано.

Внезапная остановка сердца является наиболее грозным и тяжелым осложнением, приводящим к смерти. Она может возникнуть рефлекторно при введении барбитуратов, большой кровопотере, анафилактическом шоке. Диагноз клинической смерти, или терминального состояния, должен быть установлен в течение 15-20 секунд. Такое состояние подтверждается отсутствием пульсации сонных артерий, расширением зрачков при отсутствии их реакции на свет, отсутствием тонов сердца и дыхания.

При остановке сердца в амбулаторных условиях осуществляют следующие меры: немедленно положить больного на кушетку или на пол лицом вверх; обследовать дыхательные пути, удалить рвотные массы и другие инородные тела; полностью разогнуть шею и откинуть голову назад; вывести вперед язык и выдвинуть челюсть, придерживая ее за углы; начать дыхание «рот в рот» или «нос в нос»; делать закрытый наружный массаж сердца.

Массаж сердца производят путем ритмичного сдавливания грудной клетки в переднезаднем направлении, на глубину 3-5 см в области мечевидного отростка грудины двумя руками, положенными одна на другую. На каждый вдох производят 4 массажных движения. При наличии любого дыхательного аппарата для газового наркоза проводят также активную вентиляцию легких кислородом или кислородно-воздушными смесями. В случаях безуспешности реанимационных мероприятий в левый желудочек сердца вводят 5-10 мл 5% раствора глюкозы с 0,25-0,5 мл норадреналина.

Для проведения реанимационных мер хирургическое отделение (кабинет) стоматологической поликлиники должно быть оснащено наркозным или дыхательным аппаратом, баллонами с кислородом, соответствующим инструментарием и медикаментами.

Диагностика и лечение осложнений, возникших во время операции удаления зуба

Диагностика и критерии самоконтроля	Лечение
Двумя марлевыми тампонами прижмите слизистую оболочку к костным стенкам лунки удаленного зуба. Если кровотечение прекратилось, то оно из мягких тканей.	Кровотечение из маргинальной десны можно остановить наложением на кровоточащий участок «Капрофер» или кристаллики перманганата калия. Разорванные края слизистой оболочки шейке кетгутowymi швами.
Двумя марлевыми тампонами прижмите слизистую оболочку к костным стенкам лунки удаленного зуба. Если кровотечение не прекратилось, то оно из лунки.	Промойте лунку 3% р-ром перекиси водорода. Осушите. Туго тампонируйте лунку йодоформной марлевой полоской, начиная со дна лунки до десневого края.
Осушите лунку и с помощью зубного зеркала определите место кровотечения в лунке	Наложите марлевый тампон и предложите больному сомкнуть челюсти. Через 10 мин. тампон удалите. При продолжающемся кровотечении – повторно наложите тампон (на 20-30 мин). Вместо тампонады используют гемостатическую губку, фибринную пленку, комочки кетгута и др. Сдавите кровоточащий участок тупой стороной костной ложки или щечками штыковидных щипцов. Если кровотечение не прекратилось, лунку можно туго тампонировать.
Удалите остатки корня зуба.	Удалите корень щипцами.
Отлом корня в глубине лунки.	Удалите остаток корня элеватором.
Отлом верхушки корня (близко расположено дно верхнечелюстной полости), корень смещен или сильно искривлен, нет условий углубиться элеватором между его боковой поверхностью и окружающими тканями	Сделайте два расходящихся разреза к переходной складке, отслоите слизисто-надкостничный лоскут, бором или кусачками удалите вестибулярную стенку лунки до обнажения корня, удалите корень. Лоскут уложите на место и фиксируйте его кетгутowymi швами
Определяется небольшая неровность края костной лунки	край лунки сгладьте костной ложкой
Определяется костный шип по краю лунки	скусите костными кусачками или штыковидными щипцами шип, край лунки заглайте костной ложкой, при пальпации должна ощущаться гладкая поверхность
Определяется значительная неровность края лунки зуба с частичным его дефектом	<u>Операция альвеолоэктомия.</u> Сделайте трапециевидный разрез, отслоите лоскут, обнажите выступающий край, скусите его костными кусачками или сгладьте фрезой. Уложите лоскут на место, фиксируйте кетгутowymi швами

Осложнения после удаления зуба. Наиболее часто встречающимися осложнениями после удаления зуба являются: поздние кровотечения, альвеолит, луночковые боли, неврит нижнего луночкового нерва.

Вторичные кровотечения возникают через некоторое время после хирургического вмешательства. Причиной поздних кровотечений нередко является применение адреналина при обезболивании. В момент введения обезболивающего раствора с адреналином происходит значительное сужение сосудов, через некоторое время (1-3 часа) происходит их расширение, приводящее к

кровотечению (адреналиновое кровотечение). Иногда у больных при развитии воспалительного процесса в лунке происходит гнойное расплавление тромба, закрывающего просвет сосуда, с последующим кровотечением.

У больных с нестабильным кровяным давлением в случае его резкого повышения также могут наблюдаться поздние луночковые кровотечения.

Альвеолит – воспаление лунки, возникающее на 2-4 сутки после удаления зуба. Причиной является обострение или дальнейшее развитие имевшегося в периодонте воспалительного процесса, попадание в рану зубных отложений и др. Большую роль в возникновении этого осложнения играет значительное повреждение костной ткани и десны во время операции, которое имеет место во время удаления зуба, а также неправильный уход за раной. Основным симптомом является сильная боль в области лунки, удаленного зуба, увеличение болезненности поднижнечелюстных лимфатических узлов, нередко повышается температура тела. При осмотре полости рта обнаруживают небольшую отечность и гиперемию слизистой оболочки в области лунки удаленного зуба, ощущается неприятный гнилостный запах. Лунка удаленного зуба либо пустая, либо частично заполнена распадающимся сгустком крови, покрытым серым налетом. После удаления нижних третьих моляров наряду с вышеизложенными симптомами может наблюдаться ограничение открывания рта в результате воспалительного сведения челюстей.

Лечение альвеолита заключается в ревизии лунки. Объем операции зависит от характера патологического процесса. Если в лунке имеется распадающийся сгусток крови и отломки костей, пищевые остатки, то острой хирургической ложкой осторожно удаляют их. Затем лунку промывают раствором антисептиков (перекись водорода, перманганат калия, фурациллин и др.), вводят йодоформную турунду с анестезином; протеолитическими ферментами (трипсин, химотрипсин и др.). Больному назначают анальгетики, физиотерапию (УВЧ, флюктуоризация, физиотерапевтические лазеры и др.). Лечение проводят в течение 3-5 дней.

Луночковые боли обычно развиваются в тех случаях, когда после удаления зуба остаются острые края лунки. Дифференцировать эту боль с болью при альвеолите не представляет труда. Отсутствие гиперемии в слизистой оболочке в области раны, нормальный вид сгустка крови свидетельствует об отсутствии воспаления. Пальпация десны при наличии острых краев лунки вызывает резкое усиление болей. Лечение сводится к удалению острых краев лунки костными кусачками, фрезой, назначению физиолечения.

Неврит нижнего луночкового нерва обусловлен травмированием этого нерва вследствие сложного удаления зубов на нижней челюсти. Клинически это проявляется нарушением чувствительности (гипестезии, гиперестезии или парестезии) в области половины нижней губы и зубов на соответствующей стороне нижней челюсти. Лечение: больным назначают анальгетики, препараты, способствующие восстановлению поврежденного нерва (дибазол, галантамин, витамины В1, В6), физиотерапевтические процедуры (ЭП УВЧ или СВЧ, флюктуоризация, электрофорез новокаином, излучение лазера).

Диагностика и лечение осложнений, возникающих после операции удаления зуба

Осложнение	Диагностика и критерии самоконтроля	Лечение
Альвеолит	Жалобы: повышение температуры тела, неприятный запах изо рта, боли в области лунки удаленного зуба, ограничение открывания рта. Анамнез: когда удалили зуб, было ли удаление сложным, время появления жалоб от момента удаления. Местное обследование: увеличение лимфоузлов, отек и гиперемия	Проведите местное обезболивание по показаниям. Промойте лунку из шприца р-ром перекиси водорода, 0,1% р-ром перманганата калия. Осторожно кюретажной ложкой удалите распавшийся сгусток и инородные тела (осколки). Вновь промойте лунку, осушите, рыхло введите в устье лунки йодоформную турунду с анестезином или суспензией стрептоцида и другими препаратами. Перевязку лунки следует проводить ежедневно до прекращения болей, очищения и появления грануляций в лунке. Назначьте

	слизистой оболочки, окружающей лунку, в которой имеется распавшийся сгусток, боль при пальпации альвеолярного отростка в области лунки, запах изо рта.	болеутоляющие средства при повышении температуры – ацетилсалициловую кислоту или сульфаниламидные препараты. Назначьте внутривитаминные теплые содовые ванночки, вазелиновые повязки на подчелюстную область.
Луночковое кровотечение	Осушите лунку и с помощью зубного зеркала определите место кровотечения в лунке	Наложите марлевый тампон и предложите больному сомкнуть челюсти. Через 10 мин. марлевый тампон удалите. При продолжающемся кровотечении – повторно наложите тампон (на 20-30 мин) можно вместо тампонады пользоваться гемостатической губкой, фибриновой пленкой, комочками кетгута, биопластиком. Сдавите кровоточащий участок тупой стороной костной ложки или щечками штыковидных щипцов. Если кровотечение не прекратилось, лунку туго тампонируйте.
Перелом корня зуба	Удалите корень щипцами или элеватором. Если не удастся, сделайте два расходящихся разреза к переходной складке, отслоите слизисто-надкостничный лоскут, бором или кусачками удалите вестибулярную стенку лунки до обнажения корня, удалите корень. Лоскут уложите на место и фиксируйте его кетгутowymi швами. Удаление корня нужно провести немедленно.	
Острые костные края лунки, определяемые через несколько дней после удаления зуба	соберите жалобы, анамнез, проведите обследование, по показаниям сделайте рентгеновский снимок	скутите костными кусачками или штыковидными щипцами шип, край лунки заглавьте костной ложкой, при пальпации должна ощущаться гладкая поверхность
	определяется костный шип по краю лунки; определяется значительная неровность края лунки зуба с частичным его дефектом	от боковых краев лунки проведите два разреза по переходной складке. Отслоите слизисто-надкостничный лоскут. Обнажите край лунки, сглавьте его кусачками. Лоскут уложите на место, фиксируйте его кетгутowymi швами
	определяется незначительно выступающий костный край, на месте удаленного зуба и небольшая болезненность	назначьте пальцевой массаж над выступающим костным краем по 10 мин. 2 раза в день в течение 7-8 дней. Если боли остаются, сглаживание костного края проводится оперативным путем

Тестовые задания

Выберите один правильный ответ

1. для ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА НУЖНО

1) тампонировать лунку; 2) наложить кетгутый шов

2. ПРИ ВЫВИХЕ ИНТАКТНОГО ВТОРОГО ПРЕМОЛЯРА ПРИ УДАЛЕНИИ ПЕРВОГО МОЛЯРА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВРАЧ ДОЛЖЕН

1) сообщить об осложнении больному; 2) сообщить больному и реплантировать второй премоляр; 3) удалить второй премоляр

3. для ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЛУНКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА НУЖНО

1) тампонировать лунку; 2) приложить к лунке тампон с перекисью водорода;

3) тампонировать лунку и отправить больного на рентгенографию и исследование свертывающей системы крови

4. ПРИ УДАЛЕНИИ ПЕРВОГО МОЛЯРА ПРОИЗОШЛА ПЕРФОРАЦИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ. ДАННЫХ ЗА ГАЙМАРИТ НЕТ. ВРАЧ ДОЛЖЕН

- 1) промыть пазуху антисептиками; 2) тампонировать лунку;
- 3) произвести оперативное закрытие перфорационного отверстия

5. ПРИ ВСКРЫТИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) положительная носоротовая проба; 2) резкие боли в области верхней челюсти

6. ПРИ АТИПИЧНОМ УДАЛЕНИИ ВТОРОГО МОЛЯРА ВРАЧ ПРОТОЛКНУЛ КОРЕНЬ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ. ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЯ ВРАЧ ДОЛЖЕН УДАЛИТЬ КОРЕНЬ В УСЛОВИЯХ

- 1) поликлиники; 2) стационара

7. КО ДНУ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ НАИБОЛЕЕ БЛИЗКО РАСПОЛОЖЕНЫ

- 1) резцы; 2) премоляры; 3) моляры

8. ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА, СОСКОЛЬЗНУЛ ПРЯМОЙ ЭЛЕВАТОР И ТРАВМИРОВАЛ ЩЕКУ, В РЕЗУЛЬТАТЕ ОБРАЗОВАЛАСЬ РАНА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РАЗМЕРОМ 2 СМ. ВРАЧ ДОЛЖЕН

- 1) наложить швы; 2) обработать антисептиком; 3) ввести раствор антибиотика

9. ПОСЛЕ СЛОЖНОГО УДАЛЕНИЯ 48 ЗУБА У БОЛЬНОГО ПОЯВИЛОСЬ «ОНЕМЕНИЕ» КОЖИ НИЖНЕЙ ГУБЫ И ПОДБОРОДКА СЛЕВА. ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА ЭТОГО НАРУШЕНИЯ

- 1) повреждение нижнего луночкового нерва;
- 2) развитие альвеолита; 3) развитие одонтогенного абсцесса

10. ЧЕРЕЗ 2 СУТОК ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ 36 ЗУБА ПОЯВИЛИСЬ ЖАЛОБЫ НА БОЛИ В ЛУНКЕ. ВИДЕН РАСПАДАЮЩИЙСЯ СГУСТОК КРОВИ, СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА В ОБЛАСТИ ЛУНКИ ГИПЕРЕМИРОВАНА, ОТЕЧНА, ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ УВЕЛИЧЕНЫ, БОЛЕЗНЕННЫ. У БОЛЬНОГО РАЗВИЛСЯ

- 1) остеомиелит лунки; 2) альвеолит; 3) луночковая боль

11. ПАЦИЕНТ ЖАЛУЕТСЯ НА БОЛИ В ЛУНКЕ 16 ЗУБА. ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ПРОШЛО 3 ДНЯ. ЛУНКА ЗАПОЛНЕНА СГУСТКОМ КРОВИ, СЛИЗИСТАЯ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА СЛЕГКА ОТЕЧНА. БОЛЬНОМУ ВЫСТАВЛЕН ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- 1) луночковая боль; 2) альвеолит; 3) остеомиелит лунки 16

12. ЧЕРЕЗ 3 ЧАСА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА У БОЛЬНОГО НАЧАЛОСЬ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ЛУНКИ. ПРИ ОСМОТРЕ ОБНАРУЖЕНА РАНА ТКАНЕЙ ДЕСНЫ В ОБЛАСТИ ЛУНКИ 25 ЗУБА И КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ НЕЕ. ВРАЧ ДОЛЖЕН

- 1) затампонировать лунку йодоформной турундой;
- 2) наложить давящий тампон на лунку, и внутривенно ввести аминокапроновую кислоту; 3) ушить рану

13. У БОЛЬНОЙ 60 ЛЕТ ЧЕРЕЗ 4 ЧАСА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ 36 ЗУБА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ-ПОД ОБРАЗОВАВШЕГОСЯ В ЛУНКЕ СГУСТКА КРОВИ, АД 180/120. ВРАЧ ДОЛЖЕН

- 1) снизить АД и местно применить кровоостанавливающее средство
- 2) госпитализировать больную в челюстно-лицевое отделение
- 3) госпитализировать больную в терапевтическое отделение

14. ПРЕПАРАТ НЕ СПОСОБСТВУЮЩИЙ ВОССТАНОВЛЕНИЮ ПОВРЕЖДЕННОГО НЕРВА

- 1) дибазол; 2) галантамин; 3) сульфаниламиды; 4) витамины группы В

15. НА 3 СУТКИ ВО ВРЕМЯ РЕВИЗИИ ЛУНКИ УДАЛЕННОГО 26 ЗУБА ВРАЧ ОБНАРУЖИЛ ВЫДЕЛЕНИЕ КРОВИ И ПУЗЫРЬКОВ ВОЗДУХА. РОТОНОСОВАЯ ПРОБА ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ. ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1) развития подкожной эмфиземы; 2) наличия анаэробной инфекции;
- 3) перфорации верхнечелюстной пазухи

Ситуационные задачи:

1. Как проводить тампонаду лунки при прободении дна верхнечелюстной пазухи?
А) при отсутствии воспалительных явлений; Б) при наличии гнойных выделений.
2. У больного сразу после удаления 37 возникло кровотечение. При осмотре определяется с вестибулярной стороны разрыв десны. При надавливании к этому участку марлевого тампона кровотечение останавливается, при устранении давления вновь возобновляется. Выберите метод хирургического лечения.
3. У больного в момент удаления 25 сломалась вестибулярная стенка лунки и корень зуба сместился в мягкие ткани. При пальпации удается установить место расположения корня. Составьте план лечения.
4. Больной обратился через 3 часа с жалобами на кровоточивость из лунки удаленного 35. Какова Ваша тактика?
5. Больной жалуется на боли в нижней челюсти. Из анамнеза выяснено, что двое суток назад производилось удаление 37 зуба, со слов больного «удаление сложное и врач не смог удалить весь зуб». Ваш предварительный диагноз? Перечислите ваш план обследования и лечения.
6. В поликлинику обратился больной с жалобами на боли в верхней челюсти. Из анамнеза выяснено, что трое суток назад производилось удаление 15 зуба. Объективно: При осмотре полости рта отмечается отек и гиперемия слизистой оболочки в области лунки удаленного зуба, ощущается неприятный гнилостный запах. Лунка удаленного зуба частично заполнена распадающимся сгустком крови, покрытым серым налетом. Поставьте диагноз и наметьте план лечения?
7. Больного беспокоят боли в области удаленного 38 зуба: затрудненное открывание рта, болезненное глотание. При осмотре полости рта: гиперемии слизистой оболочки в области лунки нет, лунка выполнена сгустком крови. Поставьте Ваш диагноз? Составьте план лечения.
8. Больного беспокоят боли в области удаленного 47 зуба. При осмотре полости рта: гиперемии слизистой оболочки в области раны нет, лунка выполнена сгустком крови, при пальпации в проекции лунки боль усиливается. Ваш предположительный диагноз и план лечения?

Ответы на тесты: 1-2, 2-2, 3-3, 4-1, 5-1, 6-2, 7-3, 8-2, 9-1, 10-2, 11-2, 12-3, 13-1, 14-3, 15-3.

ЛИТЕРАТУРА

а) основная литература

1. Хирургическая стоматология: Учебник/Под ред. Т.Г.Робустовой.- М.: Медицина, 2003. – 504 с.
2. Учебное пособие: «Военная стоматология и челюстно-лицевая хирургия», В.В. Афанасьев, А.А. Останин, М., «ГОЭТАР-Медиа», 2008 г., 240 с.
3. Учебное пособие: «Травматология челюстно-лицевой области», «ГОЭТАР-Медиа», 2010, 256 стр.

б) дополнительная литература

1. Афанасьев В.В., Абдусаламов М.Р., Атлас заболеваний и повреждений слюнных желез ГОУ ВУНМЦ, 2008, 192 с.
3. Рабинович С.А. Современные технологии местного обезболивания в стоматологии. – М.: ВУНМЦ, 2000. – 144 с.
4. Супеев Т.К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. – М. – «Мед пресс». – 2001.
5. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 271 с.
6. Раны и раневая инфекция/под ред. М.И.Кузина и Б.М.Костюченка - М.: Медицина, 2002.

Под авторской редакцией

Тираж 100

Издано в ДМСИ, ул. Азиза Адиева, 25.