

**МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ ПМР
НУОВПО «ТИРАСПОЛЬСКИЙ МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА СТОМАТОЛОГИИ**



Владимир Рябцев, Ирина Рябцева

**«Пропедевтика
хирургической стоматологии»**

*Методическое пособие для студентов медицинского факультета
специальности 31.05.03 «Стоматология»*

Тирасполь – 2018

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ ПМР
НУОВППО «ТИРАСПОЛЬСКИЙ МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА СТОМАТОЛОГИИ

Рассмотрено и утверждено
Ученым Советом НУОВППО «ТМУ»
Протокол № 10
от «8» 06 2018г.



УТВЕРЖДАЮ
Ректор, д.э.н., профессор
Соколов В.В.
«12» 06 2018 г.

Владимир Рябцев, Ирина Рябцева

**«Пропедевтика
хирургической стоматологии»**

*Учебное пособие для студентов медицинского факультета
специальности 31.05.03 «Стоматология»*

Тирасполь – 2018

УДК 616.31

Составители: В.Я. Рябцев, к.м.н., заведующий кафедрой стоматологии ТМУ

И.М.Рябцева, старший преподаватель кафедры стоматологии ТМУ

Практические занятия по дисциплине «Пропедевтика стоматологии» (для студентов-стоматологов): Учеб. - метод. пособие. – Т., 2018. –25 с.

Настоящее учебно-методическое пособие предназначено для проведения практических занятий по дисциплинам «Пропедевтика стоматологии» и «Хирургия полости рта» у студентов, обучающихся специальности 31.05.03 «Стоматология». Полностью соответствуют требованиям Государственного стандарта, учебный материал адаптирован к образовательным технологиям с учетом специфики обучения в Тираспольском межрегиональном университете.

Материалы пособия могут быть использованы студентами для освоения предмета при подготовке к практическим занятиям и экзаменам.

Рецензенты:

Загнат В.Ф.

к.м. н., доцент кафедры стоматологии НУО ВППО «ТМУ»

Ботезат А.А.

Д.м.н., проф. кафедры хирургии с циклом АиГ ГОУ ПГУ им.Т.Г.Шевченко

СОДЕРЖАНИЕ

Раздел 1. Организация и порядок работы хирургического стоматологического кабинета и отделения в поликлинике. Организация рабочего места стоматолога-хирурга.....5

Раздел 2. Асептика и антисептика в хирургической стоматологии: стерилизация материала, инструментария, обработка операционного поля и рук хирурга. Профилактика СПИДа и В гепатита.....7

Раздел 3. Методика обследования хирургического стоматологического больного. Деонтология и врачебная этика. Медицинская документация и порядок ее хранения.....16

Источники информации.....25

Раздел 1. Организация и порядок работы хирургического стоматологического кабинета и отделения в поликлинике.

Организация рабочего места стоматолога-хирурга.

а) организация рабочего места врача стоматолога-хирурга в поликлинике:

При планировании *хирургического отделения стоматологической поликлиники* должно быть не менее 5 помещений:

- 1) *помещение для ожидания больных* из расчета 1,2 м² на одного больного с учетом не менее 4 больных, одновременно ожидающих приема врача. Допускается ожидание хирургических больных в общем помещении поликлиники;
- 2) *предоперационная* площадью не менее 10 м²;
- 3) *операционная с одним стоматологическим креслом (операционным столом)* площадью не менее 23 м², при установке каждого последующего кресла (операционного стола) требуется дополнительно 7 м²;
- 4) *стерилизационная* площадью не менее 7 м²;
- 5) *комната временного пребывания больных после операции.*

В стоматологических поликлиниках при наличии *хирургического кабинета* должно быть не менее 3 помещений:

- 1) *помещение для ожидания больных* (допускается ожидание больных в общем помещении);
- 2) *комната с вытяжным шкафом* площадью не менее 10 м² для *стерилизации инструментов, приготовления материалов, подготовки персонала* (мытье рук, переодевание);
- 3) *операционная* площадью не менее 14 м² на одно кресло и 7 м² на каждое последующее кресло для удаления зубов и выполнения других хирургических амбулаторных манипуляций.

К **оснащению** хирургического отделения (кабинета) относятся: стоматологические кресла, бестеневые лампы, столики для инструментария, круглые винтовые табуреты со спинками и без них, электрическая бормашина с наконечниками, бактерицидные и ультрафиолетовые лампы, стоматологический инструментарий, шприцы разной емкости, держатели для карпулированных анестетиков, одноразовые инъекционные иглы, пинцеты (стоматологические, хирургические, анатомические, глазные), зеркала и шпатели, наборы шприцев и элеваторов, скальпели и их держатели, наборы острых и тупых крючков, распаторов, кюретажных ложек, долот, молотков, костных кусачек, ножниц, кровоостанавливающих зажимов, игл и иглодержателей. Должны быть в наличии также иглы с тупыми концами, зонды (прямые, изогнутые под углом, пуговчатые, для исследования слюнных желез).

В хирургическом отделении (кабинете, операционной) необходимы:

бормашина с набором боров, фрез, дрелей, наборы для шинирования, стандартные шины, повязки, языкодержатели, роторасширители, трахеотомические трубки, пародонтологические и эндодонтические наборы, лазерный скальпель.

Кабинеты должны иметь естественное **освещение** и две системы искусственного освещения - общее, соответствующее санитарным требованиям, и рабочее в виде специальных рефлекторов. Мебель в хирургических кабинетах должна быть окрашена нитроэмалевой краской светлых тонов, рабочие столы металлические или покрыты стеклом или пластиковым материалом, окрашенным нитроэмалевой краской или нитролаком.

В отделениях (кабинетах) хирургической стоматологии влажную уборку помещений нужно проводить дважды в день (между рабочими сменами и в конце каждого рабочего дня), генеральную уборку - один раз в неделю.

После проверки санитарного состояния хирургического кабинета медицинская сестра перед каждой сменой обязана накрыть два стерильных стола (для инструментов и перевязочного материала).

Организация труда и лечебной работы в хирургическом отделении (кабинете), объем и характер хирургических вмешательств зависят от уровня квалификации хирурга, работающего в отделении.

Первичные больные в хирургическое отделение могут поступать по направлению из регистратуры или быть переведены из других отделений. Тяжелобольные и больные с повышенной температурой тела должны быть приняты в первую очередь с обязательным оформлением истории болезни. Ознакомившись с историей болезни, направлением, а также с теми медицинскими документами, которые имеет больной, врач проводит опрос и обследование больного, а при необходимости - несложные инструментальные исследования, используя и другие методы диагностики (рентгенологический, терапевтический или ортопедический, лабораторный).

При показаниях к хирургическому лечению устанавливают сроки, объем, место и характер предоперационной подготовки больного, характер и объем анестезии.

В поликлинических условиях могут быть проведены только такие стоматологические операции, после которых больной может самостоятельно или в сопровождении других лиц поехать домой. Из таких операций наиболее распространенным является удаление зуба.

К сложным операциям, выполняемым в поликлинике, относятся удаление дистопированных, полуретинированных, ретинированных зубов, вскрытие и хирургическая обработка гнойного очага при остром периостите, остеомиелите, абсцессе, лимфадените, наложение швов на раны мягких тканей, репозиция отломков костей лицевого скелета и иммобилизация при переломах челюстей, вправление вывиха нижней челюсти. Перечисленные операции являются *неплановыми*.

Плановыми оперативными вмешательствами являются: реплантация, трансплантация, имплантация зубов, гемисекция, резекция верхушки корня зуба, удаление небольших доброкачественных новообразований мягких и

костных тканей челюстно-лицевой области с последующей биопсией, а также операции по поводу пародонтита, кист челюстей, удаление слюнного камня из протока, несложные пластические операции при незначительных дефектах мягких тканей и альвеолярного отростка челюстей, секвестрэктомия, удаление инородных тел и др.

Плановые операции назначают на специально предусмотренный день. При проведении операции в роли ассистента могут быть опытная медицинская сестра, врач или студент.

Врач хирургического стоматологического отделения (кабинета) поликлиники заносит в сводные ведомости данные о своей работе за день, месяц, полугодие, год. В специальном журнале регистрируют листки временной нетрудоспособности, выданные больным согласно положению о временной нетрудоспособности работающих.

В случае необходимости больные должны быть взяты под диспансерное наблюдение в этом же кабинете поликлиники или специальном кабинете реабилитации и восстановительного лечения.

б) организация рабочего места врача стоматолога-хирурга в стационаре:

Хирургический стоматологический стационар должен иметь те же подразделения, что и хирургический стационар общего профиля: *операционно-перевязочный блок, анестезиологическое и реанимационное отделения, процедурные комнаты, комнату для проведения гигиенических процедур в полости рта, посты медицинского персонала и палаты.*

В стационаре должны работать высококвалифицированные хирурги-стоматологи, челюстно-лицевые хирурги, в основном окончившие аспирантуру, клиническую ординатуру, прошедшие специализацию по хирургической стоматологии, восстановительной, пластической хирургии, имеющие опыт работы и преимущественно высшую аттестационную категорию.

Необходимо иметь специальные отделения или палаты для больных с гнойно-воспалительными заболеваниями, палаты для послеоперационных больных или палаты интенсивной терапии (для лечения тяжелобольных).

Следует организовать специальное питание больных (специальные челюстные диеты), обеспечить их приспособлениями для приема пищи, выделить помещения для туалета полости рта и др.

Раздел 2. Асептика и антисептика в хирургической стоматологии: стерилизация материала, инструментария, обработка операционного поля и рук хирурга. Профилактика СПИДа и В - гепатита.

Соблюдение правил асептики и антисептики, профилактика распространения инфекционных заболеваний.

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. Последнее, непосредственно связано с нарушением правил стерилизации медицинского инструментария.

а) асептика:

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 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.

Операционные залы, перевязочные, процедурные кабинеты имеют естественное освещение и две системы искусственного - общее и рабочее в виде специальных рефлекторов. Стены и пол этих помещений должны быть облицованы глазурованной плиткой или специальными синтетическими покрытиями для обеспечения адекватной уборки. Потолки следует окрашивать вододисперсионными, масляными или клеевыми красками, двери и окна - эмалью или масляной краской, что облегчает влажную обработку их. Рабочие столы должны быть металлическими или покрыты стеклом, или окрашены нитроэмалевой краской. В операционной должны находиться бормашина, работающая в разных скоростных режимах, и другие механические режущие инструменты, все части которых должны легко поддаваться асептической обработке. Врач работает в специальном смотровом кабинете или комнате приема по профилю хирургической стоматологии в поликлинике, специальном смотровом кабинете или перевязочной - в стационаре.

Кабинет для приема стоматологических больных следует делить на три зоны с разными гигиеническими уровнями:

а) в первой зоне лечения необходимо обеспечить самый высокий уровень гигиены. Здесь на рабочем столике располагаются инструменты и материалы только для данной хирургической манипуляции, закрытые стерильным лотком или полотенцем, простыней. Отдельно, но в этой же зоне должен находиться контейнер с дезинфицирующим средством для сбора инструментов после хирургических действий.

б) во второй зоне лечения относится стоматологическая установка: кресло с приданными аксессуарами - лампой, слюноотсосом, бормашиной с наконечником, лоток для использованного материала, а также раковина для мытья рук до и после приема пациента, особенно после хирургических манипуляций. Эти предметы должны быть обработаны дезинфицирующими растворами, а лоток с использованным материалом подготовлен для утилизации.

в) третьей зоной лечения является остальная часть хирургического кабинета, где требуется текущая и постоянная, а по графику - генеральная уборка. Эффективность стерильности этой зоны повышается при хорошей вентиляции, ультрафиолетовом облучении.

Необходимо защищать персонал поликлинических отделений и стационаров челюстно-лицевой хирургии. Это касается соблюдения личной гигиены, подготовки рук, срезания длинных ногтей, заусениц, заклеивания участков эрозии кожи, порезов. Кольца и часы следует снимать, даже если врач и медицинская сестра меняют перчатки. Перед приемом каждого пациента и после этого необходимо тщательно вымыть ладони, промежутки между пальцами и часть предплечья. Целесообразно использовать противомикробные средства, в том числе 4 % раствор хлоргексидина и 3 % раствор парахлорометаксиленаола.

Врач работает в защитных очках, маске, резиновых перчатках, а в операционной, кроме того, в стерильном халате и бахилах.

Спецодежда (халат и шапочка) должны быть свежестырированными. Следует учитывать характер манипуляций. После соприкосновения одежды персонала с кровью, гноем, тканями патологических очагов халат, шапочку и маску надо сменить, а очки подвергнуть дезинфекционной обработке. После приема таких пациентов проводят сменную уборку рабочего места (кресло, рабочий стол, стоматологическая установка).

Перчатки врач и медицинский персонал надевают во время приема каждого больного. В случае прокола острым предметом их необходимо снять и выбросить. Руки следует заново вымыть и надеть новые перчатки.

При работе с пациентом из группы повышенного риска надевают двойные перчатки и после его ухода сменяют одежду, производят уборку рабочего места и обработку рук. Если невозможно каждый раз работать в новых стерильных перчатках, то следует сначала тщательно промыть их, а затем дезинфицировать и стерилизовать. Однако при хирургических манипуляциях и челюстно-лицевых операциях это недопустимо.

При работе хирург-стоматолог должен надевать маску, предохраняющую его от микробов, находящихся во внешней среде, частиц патологических тканей больного, а также препятствующую попаданию в операционную рану инфекции из полости рта, носа самого медицинского работника. Рекомендуется менять маску после работы в течение 1 ч.

После приема каждого пациента защитные очки необходимо обрабатывать дезинфицирующими растворами, особенно в тех случаях, когда проводят операции по поводу гнойно-воспалительных заболеваний или травмы.

После проверки санитарного состояния в хирургическом кабинете поликлиники медицинская сестра накрывает два стерильных стола - для инструментов и перевязочного материала. В перевязочной количество столов зависит от объема работы. В операционной, помимо стерильных столов с инструментами и материалом, накрывают стерильный стол для каждой бригады хирургов, производящих операцию.

Перед хирургической манипуляцией, операцией пациент должен про-

полоскать полость рта растворами антисептиков, благодаря чему количество бактерий уменьшается на 75 %, или 0,12 % раствором хлоргексидина (погибает 98 % бактерий). Можно применять и другие антисептические растворы. В поликлиническом отделении после проведения плановых оперативных вмешательств отходы должны быть помещены в жесткие контейнеры, причем отдельно от них - использованный материал (шарики, салфетки, тампоны) и отдельно - острые предметы (иглы, лезвия скальпелей), и подготовлены для утилизации. Кровь пациента, слюна, выделения из носа, как и отработанные инструменты, белье, одежда, могут быть источниками инфекции.

В соответствии с правилами асептики в стационаре необходимо создать специальные отделения или палаты для пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями и соответствующие операционные и перевязочные (в отделении на 50 коек и более). Рекомендуются организовать анестезиологическую службу, выделить палаты для послеоперационных больных или палаты интенсивной терапии.

Накануне операции больной принимает душ или гигиеническую ванну, тщательно сбривает волосы в области операционного поля. При срочных вмешательствах это делают непосредственно перед поступлением в перевязочную или операционную. В поликлинике пациент в предоперационной раздевается до нижнего белья и надевает стерильную рубашку или халат, на голову - шапочку или марлевую повязку. В стационаре перед операцией больной также принимает душ или гигиеническую ванну. В операционную его доставляют в чистом нижнем белье и на столе накрывают стерильными простынями. Перед операцией лицо пациента обрабатывают этиловым спиртом, полость рта - дезинфицирующим раствором.

Врачи, работающие в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии должны коротко стричь ногти рук, следить, чтобы не было трещин и заусениц. *Обработка рук* начинается с механической очистки их при помощи щетки и мыла. Не утратили значения клинические способы обработки рук (Фюрбрингера и Альфельда): руки моют стерильной щеткой с мылом и ополаскивают водой от кончиков пальцев к локтям. Вытирают их стерильной салфеткой также в направлении от кончиков пальцев к предплечью. Затем руки обрабатывают тампоном, смоченным этиловым спиртом, раствором антисептика (способ Альфельда) или в течение 1 мин раствором сулемы (1:1000), в течение 3 мин 96 % этиловым спиртом и смазывают ногтевые фаланги 5 % спиртовым раствором йода (способ Фюрбрингера). Более распространен *способ Спасокукоцкого-Кочергина*. После механической очистки и обработки 0,5 % раствором нашатырного спирта руки моют водой в двух тазах: в первом до локтей, во втором только кисти. Вытирают руки стерильной салфеткой, продвигаясь от кончиков пальцев к запястью. Тампонами, смоченными 96 % этиловым спиртом, руки обрабатывают дважды по 2,5 мин: первый раз кисти и нижнюю часть предплечья, второй - только кисти. Обработку завершают смазыванием пальцев и особенно тщательно ногтевых фаланг 5 % спиртовым раствором йода.

Перед операцией руки можно обрабатывать первомуром (препарат С-4),

который является смесью муравьиной кислоты (81 мл 85 % раствора) и перекиси водорода (171 мл 33 % раствора), охлажденной в течение 2 ч. В результате их смешивания образуется надмуравьиная кислота, оказывающая бактерицидное действие. После механической обработки этим раствором руки в течение 1 мин дезинфицируют при помощи стерильных салфеток. Затем их вытирают стерильными салфетками. Этот способ очень экономичен по времени и дает возможность обрабатывать в одном тазу руки 5 человек. Можно дезинфицировать руки 20 % раствором хлоргексидина (биглюконат). Механическую обработку рук щеткой с мылом и проточной водой завершают протиранием их в течение 2-3 мин стерильными салфетками, смоченными этим раствором.

В последние годы, особенно в поликлиниках, широко применяют ускоренные методы с использованием препаратов бактериального действия (церигель, 96 % этиловый спирт). Для обработки рук хирурга и другого медицинского персонала применяют дезинфицирующий раствор HD-410 фирмы «Durr Dental». Вымыв руки теплой проточной водой и вытерев их салфетками, 5 мл раствора HD-410 наносят на кисти и втирают в кожу в течение 30 с. Затем хирург, его ассистенты, хирургическая сестра надевают стерильные перчатки.

Операционное поле обрабатывают 1-3 % спиртовым раствором йода или раствором йодоната в концентрации 1:45, этиловым спиртом, 1 % раствором дегмицида, 0,5 % водно-спиртовым раствором хлоргексидина и изолируют стерильным бельем. Иногда, учитывая близкое расположение волос, к коже подшивают стерильную простыню, после чего ограниченный участок операционного поля обрабатывают упомянутыми растворами или этиловым спиртом. При этапных операциях в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (взятие ауто трансплантатов, манипуляции с наружной стороны лица и в полости рта) хирург должен заново обработать руки, сменить перчатки, а медицинская сестра - заново накрыть стол.

Перечисленные выше меры направлены на создание барьера для экзогенной инфекции. Однако она может передаваться и от других больных с очагами инфекции или бациллоносителей, реже - от животных. Инфекция может попадать в рану контактным путем (90 % случаев), в том числе при нарушении стерильности операции, из воздуха и импостационным путем вследствие инфицирования шовного материала, зубных имплантатов, костных швов, минипластин и винтов, внутрикостных аппаратов, биоматериалов.

Одним из основных правил борьбы с перекрестной инфекцией является сохранение естественных барьеров и их стимуляция. В связи с этим особое значение следует придавать неспецифическим противoinфекционным факторам организма в целом, кожи, полости рта, ЛОР-органов и др. В отдельных случаях необходимо проводить коррекцию иммунитета, в том числе лечебными мероприятиями и вакцинацией.

В хирургической стоматологии очень опасно попадание во время операции чужеродных микробов, к которым в организме пациента еще не выработаны средства адекватной защиты. В клинической практике врач и перевязочная или операционная сестра должны ограждать себя от попадания

патологического секрета, уколов иглой и острыми инструментами, избегать повреждений кожи и слизистых оболочек, работать в резиновых перчатках, респираторах, масках. Особенно осторожно надо обращаться с жидкостями пациентов - слюной, кровью, гноем, а также с использованными инструментами.

Следует выявлять лиц, которые страдают болезнями, представляющими опасность для окружающих (ветряная оспа, корь, краснуха, все виды паротита - А, В, С, В и др., герпетические инфекции кожи, глаз, полости рта, носа, инфекционный мононуклеоз, грипп, стафилококковые и стрептококковые инфекции, грибковые поражения, вирусные и микобактериальные заболевания легких). Непосредственную угрозу для медицинского персонала и других больных представляют сифилис, туберкулез, столбняк, сибирская язва и ВИЧ-инфекция. Необходимо иметь в виду, что в одних случаях названные болезни имеют клинические признаки, а в других протекают скрыто.

Хирургические манипуляции можно проводить пациентам, прошедшим обследование на сифилис, гепатиты, ВИЧ-инфекцию. При оперировании urgentных больных принимают повышенные меры предосторожности. При манипуляциях и операциях, выполняемых у ВИЧ-инфицированного или больного СПИДом, надевают двойные очки и пользуются только одноразовыми инструментами, которые затем должны быть уничтожены вместе с операционным материалом.

Кроме того, в каждой стоматологической клинике врачи и медицинский персонал должны быть проверены на гепатиты, в том числе гепатит В.

б) стерилизация инструментов, материалов, оборудования:

Как в поликлинике, так и в стационаре стерилизационная должна располагаться в отдельном помещении. При работе в поликлинике или перевязочной стационара подача инструментов осуществляется с ежедневно накрываемого стерильного стола или столов, подготавливаемых для каждой смены работающих в отделении или перевязочной.

Важным звеном в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии является стерилизация инструментов.

Больничная стерилизация - это сложный многоступенчатый процесс, состоящий из предстерилизационной очистки, упаковки, стерилизации и доставки от стерилизатора до больного, отсутствие или нарушение одного из компонентов в этой цепи делает стерилизацию бессмысленной.

Предстерилизационная подготовка заключается в механической очистке инструментов, шприцев, систем для трансфузии. Рекомендуется вначале в отдельной раковине мыть хирургический инструмент щетками в растворе стирального порошка (5 г порошка, 20 г пергидроля в 975 мл воды или 200 мл 2,5 % перекиси водорода, 5 г порошка и 795 мл воды). Затем инструмент замачивают в таких растворах, подогретых до 50 °С, в течение 15-20 мин и вновь моют, применяя щетки разных размеров. Особенно тщательно обрабатывают боры, фрезы, дисковые пилы, острые ложки, надшпили, пилу Джильи, пилки для резания кости, серии инструментов для остеотомии при зубной имплантации, кровоостанавливающие зажимы, а также инструменты,

имеющие насечки, неровные поверхности, нарезки, выступы, рекомендуется по возможности дополнительно проводить и ультразвуковую обработку инструментов.

Особенно тщательно следует обрабатывать инструменты, загрязненные гноем, некротизированными тканями. Такие инструменты предварительно в течение 30 мин выдерживают в 0,1 % растворе диоксида или 5 % растворе лизола.

Учитывая, что 65 % микрофлоры полости рта составляют анаэробные микробы, после вскрытия гнойных очагов, флегмон, некротомий инструментарий вначале замачивают на 1 ч в растворе перекиси водорода и 0,5 % растворе стиральных порошков и кипятят в течение 1,5 ч. Затем проводят полностью всю процедуру обработки инструментария, которая была описана выше.

Для дезинфекции, очистки и дезодорирования отсасывающих систем стоматологических установок, охлаждающих систем, слюноотсосов, режущих частей приборов, наконечников электрокоагуляторов применяют 1 % раствор оротрола. Раствор пропускают через систему в течение 2 мин, инструмент погружают в емкость с этим раствором на 3 ч, после чего промывают проточной водой. В настоящее время стоматологические учреждения в основном оснащены гласперлоновыми стерилизаторами. Температура в среде стеклянных шариков составляет 250-270 °С, время выхода на рабочий режим - 25-30 мин.

Предоперационную подготовку мелкого инструментария можно проводить непосредственно перед использованием в малогабаритных аппаратах «Ультразэст» и «Термоэст», где предстерилизационная обработка и стерилизация занимают не более 10 мин. В этих стерилизаторах в качестве дезинфицирующих средств используют 3 % или 5 % раствор перексимеда, средство «Деконекс-Денталь ББ», натрия гидрокарбонат, 3 % раствор хлорамина с 0,5 % моющего средства и перекись водорода.

При кипячении всех инструментов используют только дистиллированную, а при обработке - водопроводную воду.

Стерилизацию инструментов можно проводить в паровом стерилизаторе, закладывая их в биксы. Решетки должны быть открыты, чтобы пар распределялся равномерно. Стерилизация продолжается 20 мин при 2 атм, что соответствует 132,9 °С.

Можно стерилизовать инструменты путем кипячения в стерилизаторе с дистиллированной водой, в которую на каждый литр добавляют 20 г натрия гидрокарбоната. Кипятят в течение 40 мин с момента закипания.

В последние годы стерилизацию проводят в сухожаровых стерилизаторах или автоклавах с пакетированием каждого инструмента. Это обеспечивает стерильность на более длительное время и создает удобство при оказании помощи urgentным больным.

При воздушной стерилизации применяют крафт-пакеты, а при паровой - растительный многослойный пергамент. Однако последний можно использовать только для мелких перевязочных материалов, так как инстру-

менты могут разрывать пергамент, что нарушает вакуумную стерилизацию.

При подготовке к стерилизации большое значение имеет упаковка медицинского инструментария. Она должна обеспечивать беспрепятственный доступ к инструменту пара, газа, воздуха, т.е. агента для стерилизации, быть устойчивой к нему, а также длительную сохранность стерильности, иметь индикатор, позволяющий судить о процессе стерилизации, быть доступной для визуального контроля, прочной на разрыв и выдерживающей воздушную стерилизацию, гладкой, чтобы на ее поверхности не задерживались микроорганизмы.

Использование международно признанных упаковок в виде ламинатно-бумажных пакетов, пластиковых рулонов, а также машинок для запаивания пакетов считается перспективным. Многослойность упаковки надежно предотвращает попадание инфекции. Срок сохранения стерильности - до 1 года.

Особого внимания требует *стерилизация полых игл* для пункций, зондирования протоков слюнных желез, свищей. После механической очистки и промывания их стерилизуют в отдельном стерилизаторе путем кипячения в течение 45 мин в дистиллированной воде с добавлением натрия хлорида. После гнойных операций время кипячения увеличивают до 1,5 ч, а при выделении анаэробной флоры через 12-24 ч кипячение проводят повторно.

Резиновые перчатки, дренажи, катетеры после механической обработки и промывания проточной водой высушивают и замачивают на 30 мин в растворах моющих средств, затем снова промывают в проточной воде, высушивают, упаковывают в марлевые салфетки, пересыпают тальком, помещают в биксы и стерилизуют в сухожаровых и паровых стерилизаторах.

Отдельные *аппараты* (эндоскопы, блоки приборов для гемосорбции, лимфосорбции) после очистки стерилизуют в газовом стерилизаторе ГПД-250 в течение 16 ч при температуре 18 °С. Стерилизацию аппаратов можно проводить также путем помещения их в спиртовой раствор хлоргексидина, перворура или ортрола.

Режущие инструменты (скальпели, ножницы, пилки для остеотомии) подвергают механической очистке, промыванию проточной водой и хранят в 96 % этиловом спирте.

Рекомендуется использовать также стерилизаторы со стеклянными шариками, особенно для стерилизации небольших хирургических инструментов. В крупных хирургических операционных стоматологических клиниках целесообразно проводить низкотемпературную стерилизацию с использованием газов формальдегида и этиленоксида; процесс занимает 20 мин.

Перевязочный материал из марли (салфетки, тампоны, шарики, бинты) запаковывают в полотенце или простыню, закладывают в биксы и в течение 20 мин стерилизуют при давлении 2 атм и температуре 132,9 °С. При многократном использовании простыней и халатов перед стерилизацией (по тем же правилам, что и перевязочный материал) их стирают. Стерильный материал и инструменты следует хранить в отдельном помещении. Закрытые

биксы с хирургическим бельем, халатами, операционным материалом, инструментами хранят 48 ч, а в случае упаковки инструментов в стерильное полотно - до 3 сут.

Шовный материал, при подготовке к операции обрабатывают в тройном растворе, промывают проточной водой, просушивают и стерилизуют кипячением в дистиллированной воде в течение 20 мин. Используют также стерильные пакетированные одноразовые иглы с шовным материалом.

Для *дезинфекции оттисков, защитных пластинок, капп, зубных шин* применяют средство МВ-520, состоящее из глутарового альдегида (50 %) и 0,5 г хлорида алкилбензилди-метиламмония (50 %). В раствор средства оттиска, шину, каппу, защитную пластинку помещают на 10 мин, а затем промывают проточной водой в течение 30 с или погружают в емкость со стерильной водой на 5 мин. Применяют также метод динамической плазменной дезинфекции слепочных масс, восковых шаблонов, защитных пластинок.

При стерилизации *для контроля стерильности* ампулы с бензойной кислотой, резорцином, антипирином, порошком аскорбиновой или янтарной кислоты, пилокарпина гидрохлорида, тиомочевинной закладывают между материалом и упакованными инструментами. Эти лекарственные вещества имеют высокую точку плавления (110-200 °С), и их расплавление свидетельствует об оптимальной температуре стерилизации. Однако обычно в каждый бикс укладывают термометр.

В операционной должны соблюдаться *правила* предварительной, текущей, послеоперационной, заключительной и генеральной *уборки*.

Предварительная уборка заключается во влажной обработке всех предметов, находящихся в операционной, пола, подоконников, светильников.

Текущая уборка предусматривает уборку во время операции, освобождение операционной от использованных простыней, полотенец, халатов, материалов и инструментов. Если операции выполняют последовательно одну за другой, то между ними следует влажным способом обрабатывать операционный стол и облучать помещение бактерицидной лампой.

По окончании работы в операционной проводят *заключительную уборку*: тряпкой, смоченной 1-3 % раствором перекиси водорода с моющими средствами, протирают стены, пол, окна, подоконники, мебель и аппаратуру. Дезинфицирующие средства РО-312 и РВ-322 для обработки поверхностей стен, пола, потолка, мебели используют путем обычного протирания или с помощью ручного распылителя. Норма расхода составляет 50 мл на 10 м². В заключение помещение облучают бактерицидной лампой.

Еженедельно в операционной проводят *генеральную уборку*. Она включает влажную обработку стен, пола, мебели, аппаратов дезинфицирующими растворами и синтетическими моющими средствами.

Производят также распыление аэрозолей бактерицидных средств. Обязательно облучают операционную бактерицидными ультрафиолетовыми лампами.

В операционной должна быть предусмотрена механическая вентиляция

или централизованная система очистки воздуха. Для поддержания стерильности воздуха рекомендуется использовать специальные водоочистители ВОПР-1,5, которые включают на 15 мин перед операцией. Наиболее эффективна подача ламинарного потока воздуха с помощью бокса-ингалятора, который под давлением подает стерильный воздух и удаляет воздух, содержащий микроорганизмы и мелкие чужеродные частицы.

Стерильность предоперационных комнат, операционных залов, материалов и инструментария контролируют бактериологическим методом - посевом в аэробных и анаэробных условиях. Можно использовать пробирки со спороносной непатогенной культурой микробов, которые помещают в биксы. Отсутствие роста микробов свидетельствует о стерильности инструментов, материала, хирургических халатов и белья. Бактериологический контроль проводят 1 раз в 10 дней.

в) антисептика:

При операциях, перевязках, лечении необходимо придерживаться правил антисептики, которая может быть физической, химической и биологической.

К механической антисептике относятся обработка, некротомия, освежение раны.

Физическая антисептика заключается в промывании, дренажировании, диализе, вакуумном отсасывании, тампонаде. Для повышения качества такой обработки раны используют лекарственные средства (антисептики, антибиотики, биологически активные вещества). Самым простым методом является использование дренажей из тонкой резины, дренажных хлорвиниловых трубок, йодоформных и ксеноформных тампонов, тампонов, смоченных йодистой смесью, маслом шиповника, облепихи, эмульсия препаратов обезболивающего или противовоспалительного действия. К физическим методам антисептики ран относятся также ультрафиолетовые, лазерные, ультразвуковые воздействия.

Химическая антисептика предусматривает влияние на микрофлору, клеточные элементы раны и организм в целом химических веществ, с одной стороны, оказывающих противомикробное действие, с другой - улучшающих течение раневого процесса. Применяют фурановые препараты, группы кислот, окислители, красители, детергенты, производные хиноксалина, метронидазол и другие средства, воздействующие на анаэробную инфекцию, сульфаниламидные препараты. Наиболее эффективны кислоты (1-3 % водный раствор борной кислоты, 1-2 % спиртовой раствор салициловой кислоты), окислители (3 % раствор перекиси водорода), детергенты (0,12 % раствор хлоргексидина), производные хиноксалина (преимущественно 0,1 - 1 % водный раствор диоксида). Местно при ожогах применяют 0,1-2 %, 5 % и 10 % растворы и 1-2 % мази серебра нитрата. Применяют при лечении ран и красители (бриллиантовый зеленый, метиленовый синий).

В качестве химиотерапевтических средств противомикробного действия назначают сульфаниламидные препараты, препараты группы 5-нитроимидазола внутрь или внутривенно (метронидазол). Кроме того, все эти препараты используют местно для промывания, орошения, диализа, пропи-

тывания повязок, а некоторые из них также для блокады в комбинации с анестетиками.

Биологическая антисептика предусматривает применение лекарственных препаратов биологического действия. Среди них большинство составляют антибиотики - пенициллины, цефалоспорины, аминогликозиды, тетрациклины. К этой группе относятся также ферменты (протеолитические ферменты бактериального и растительного происхождения), бактериофаги, иммунные препараты. Антибиотики и ферменты назначают как внутрь, так и внутримышечно, внутривенно, внутриаартериально, при местном лечении или физиотерапии (электрофорез с гентамицином).

Бактериофаги (стрептококковый, стафилококковый) показаны при местном лечении ран.

Иммунные средства используют с целью активной (стафилококковый анатоксин) и пассивной (антистафилококковая гипериммунная плазма, антистафилококковый гамма-глобулин) иммунизации. Кроме того, для предупреждения столбнячной инфекции вводят столбнячный анатоксин, противостолбнячный гамма-глобулин, противостолбнячную сыворотку, для профилактики газовой гангрены - противогангренозную сыворотку.

Биологические препараты, воздействующие на неспецифические защитные факторы (протиогиозан, метилурацил, дибазол, лимонник, женьшень, лизоцим, витамины), показаны при комплексном (укрепляющем и стимулирующем) лечении.

С целью иммунокоррекции используют иммунные препараты - левамизол (декарис), тималин, Т-активин и др. Для правильного применения их необходимы диагностика нарушений иммунологических показателей и индивидуальный подбор иммунокорректора.

Раздел 3. Методика обследования хирургического стоматологического больного. Деонтология и врачебная этика. Медицинская документация и порядок ее хранения.

Заполнение медицинской документации.

При любом методе оценка качества медицинской помощи зависит от наличия точной и достоверной информации, основным источником которой является, как правило, медицинская документация.

По определению, приведенному в Большой медицинской энциклопедии (1997), *медицинская документация* - это система записей, документирующих результаты диагностических исследований, сам диагноз, лечебные мероприятия, течение и исход заболевания или травмы. История болезни служит основой для дальнейших (после выписки из стационара) врачебных действий, связанных с реабилитацией больного, его трудовой деятельностью.

Оформляя историю болезни, врач должен исходить из того, что записи в ней имеют важное лечебно-диагностическое, научно-практическое, воспитательное, юридическое и социальное значение. Лечебно-диагностическое значение истории болезни состоит в том, что по записям в ней осуществляются диагностические и лечебные мероприятия. Постановка диагноза и лечение больного нередко проводятся не одним, а несколькими врачами. В таких случаях записи в истории болезни позволяют интегрировать усилия разных врачей и обеспечить преемственность в ходе лечения.

Врачебная документация основывается на следующих принципах, и служит следующим целям:

- 1) документирование проведенных исследований и их результатов;
- 2) подтверждение полноценной диагностики;
- 3) документирование всех манипуляций, назначений, этапов лечения, промежуточных осмотров и пр.;
- 4) подтверждение выполнения всех этапов лечения и необходимых процедур;
- 5) документирование информирования пациента;
- 6) подтверждение проведения необходимых разъяснений и обсуждения лечения от этапа планирования до рекомендаций по профилактике осложнений.

Следует помнить, что исправления, подчистки, наклейки в медицинских документах рассматриваются как сделанные «задним числом». Небрежное заполнение истории болезни, стандартные общие фразы в дневнике, по которым трудно сделать конкретные выводы о течении заболевания или повреждения, подчистки и исправления, отсутствие записей о согласии больного на оперативное вмешательство или сложную диагностическую процедуру, о результатах осмотра приглашенными консультантами и других существенных данных, уже само по себе может создать представление о недобросовестности при выполнении должностных действий. При этом не имеют веса ссылки допрашиваемого врача на служебную занятость, в связи с которой не было возможности более полно заполнить историю болезни, на неразборчивый почерк и т.д.

Все чаще обсуждается необходимость получения информированного согласия до проведения того или иного вмешательства. Информированное согласие больного делает опасность вмешательства разрешенным риском и защищает врача от юридического преследования.

Основным документом учета работы врача-стоматолога любой специальности является медицинская карта стоматологического больного ф.043-у. Медицинская карта состоит из паспортной части, которая заполняется в регистратуре при первичном обращении пациента в поликлинику, и медицинской части, заполняемой непосредственно врачом.

Паспортная часть. Каждой медицинской карте присваивается порядковый номер, который регистрируется в компьютере или, при его отсутствии, в специальном журнале. Графы с указанием фамилии, имени, отчества, полной даты рождения, пола, адреса и места работы больного заполняются медрегистратором только при наличии документа, подтверждающего личность пациента (паспорт, военный билет или

удостоверение военнослужащего). В связи с введением в России обязательного медицинского страхования в паспортной части необходимо указание названия страховой компании и номера страхового полиса.

Медицинская часть. Графа «диагноз» заполняется только после полного обследования больного. Допускается его последующее уточнение, расширение или даже изменение с обязательным указанием даты. Диагноз должен быть развернутым, описательным, только стоматологическим и соответствовать международной классификации стоматологических болезней на основе МКБ-10 (третье издание ВОЗ, 1997 г.).

Жалобы записываются со слов больного или родственников и должны наиболее полно отражать стоматологический статус пациента.

В графу «перенесенные и сопутствующие заболевания» вносятся данные как со слов пациента, на что необходимо сделать ссылку, так и сведения из историй болезни (консультативные заключения, справки, листки нетрудоспособности).

В графе «развитие настоящего заболевания» указывается время появления первых признаков заболевания, их причины, динамика развития, проводимое лечение и его результаты.

При описании результатов *внешнего осмотра* обращают внимание на конфигурацию лица, цвет кожных покровов, состояние области височно-нижнечелюстного сустава, поднижнечелюстных и околоушных слюнных желез, регионарных лимфатических узлов, учитывают характеристики открывания рта.

Осмотр полости рта начинают с состояния твердых тканей зубов, их состояние отмечают в зубной формуле, принятой ВОЗ:

для постоянного прикуса

1817161514131211 2122232425262728

4847464544434241 3132333435363738

для молочного прикуса

5554535251 6162636465

8584838281 7172737475

В зубной формуле отражается наличие кариозных полостей, корней, ортопедических конструкций, состояние пародонта, степень подвижности зубов, степень атрофии альвеолярных отростков и др.

Тип взаимоотношений зубных рядов записывают в графе «прикус», который может быть ортогнатическим, патологическим или аномальным.

По данным визуального обследования описывается состояние слизистой оболочки полости рта.

В графу «данные рентгенологических и лабораторных исследований» заносятся результаты клинических и других анализов, описываются рентгенограммы.

При каждом обращении пациента и проведении ему лечебных мероприятий разборчиво и подробно ведется «дневник», отражающий жалобы больного на момент обращения, объективный статус и перечень лечебно-

профилактических мероприятий. Завершают записи отметкой об объеме выполненной работы, выраженном в условных единицах трудоемкости (УЕТ), фамилией и подписью врача.

В каждом лечебном учреждении может заполняться только одна медицинская карта, в которой делают записи все специалисты, дабы сохранить преемственность при лечении больного.

Медицинская карта стоматологического больного является юридическим документом, не выдается на руки пациентам, хранится в регистратуре 5 лет, а затем сдается в архив со сроком хранения 75 лет.

Алгоритм сбора анамнеза:

Сбор анамнеза у больного начинают с выяснения жалоб в настоящий момент и анамнеза заболевания. Жалобы могут быть разнообразны: на боль в той или иной области лица, боль в зубах, боль при движении языка, глотании, открывании рта, появление припухлости на лице, в подчелюстной области, в тканях дна полости рта, наличие дефекта и деформации мягких или костных тканей лица, мягкого и твердого неба и др.

При жалобах на боль в той или иной области лица следует установить возможную причину ее возникновения (возникает ли она в результате воздействия раздражителей или самостоятельно), ее интенсивность (сильная, средняя, слабая), продолжительность (кратковременная, длительная, постоянная), распространение (локализованная, разлитая), характер (жгучая, рвущая, режущая, дергающая, ноющая, тупая). При этом необходимо поинтересоваться, в какое время суток она появляется или превалирует.

При жалобах на припухлость путем последовательного расспроса выясняют, с чем связывает больной ее появление, быстро или медленно она увеличивается, находится в неизменном (стабильном) состоянии либо периодически уменьшается или даже исчезает. Устанавливают, сопровождается ли припухлость болевыми ощущениями, их характер и интенсивность, вызывает ли припухлость нарушение акта жевания и глотания.

Если больной жалуется на наличие деформации или дефекта, выясняют их происхождение (врожденные, приобретенные), при приобретенных - уточняют, с чем их связывает больной (травма, заболевание и др.).

Необходимо подчеркнуть, что к жалобам на возникновение деформации челюстей, появление различных опухолевидных образований, разрастаний или изъязвлений мягких тканей нужно подходить особенно вдумчиво, так как эти патологические изменения могут иметь злокачественную природу.

После выяснения жалоб приступают к сбору анамнеза. При этом устанавливают длительность заболевания, расспрашивают больного о том, с каких симптомов оно началось, что, по его мнению, послужило причиной заболевания. Определяют динамику развития патологического процесса, выясняют предшествующее лечение, применявшиеся лекарственные средства. Выявляют перенесенные и сопутствующие заболевания, связь этих заболеваний с имеющимся в момент обследования патологическим процессом, наличие

аллергических болезней, повышенную чувствительность к лекарственным препаратам.

При сборе анамнеза у больного с травмой челюстно-лицевой области устанавливают время, место, обстоятельства получения травмы, ее характер (производственная, сельскохозяйственная, спортивная, уличная, бытовая), выясняют, чем нанесена травма, больной о случившемся, где, когда и кем оказана первая помощь, в чем она заключалась и каким транспортом больной доставлен в лечебное учреждение.

Собирая анамнез, следует расспросить больного об условиях труда, быта, его вредных привычках, наследственности, перенесенных заболеваниях туберкулезом, сифилисом и др.

Осмотр челюстно-лицевой области.

Осмотр стоматологического больного начинают с определения *конфигурации лица* и состояния его наружных покровов. При этом обращают внимание на симметричность правой и левой половины лица, цвет кожных покровов, их эластичность, наличие рубцов, их характер, форму, длину носа, форму и величину губ, окраску слизистой оболочки красной каймы, наличие на ней трещин, язв, определяют размеры ротовой щели, симметричность ее углов, степень открывания рта.

Осматривая больного с *припухлостью*, прежде всего необходимо обратить внимание на область ее локализации, характер распространения (разлитая, ограниченная, с четкими контурами), состояние, цвет кожных покровов (нормальные, натянутые блестящие, гиперемированы, истончены, цианотичны, бледны).

Осматривая больного с *деформацией лица* необходимо отметить, в какой области локализуются изменения, какие анатомические образования (челюсти, нос, губы, веки, щеки и др.) изменены, в чем выражаются эти изменения (укорочение, увеличение, западение, искривление, рубцовые вывороты или сужение естественных отверстий и др.).

Осматривая больного с деформацией, сопровождающейся дефектом мягких и костных тканей, помимо определения характера и точной локализации дефекта, необходимо установить его форму, отметить, какие анатомические образования разрушены и какие изменения возникли в окружающих тканях. Это лучше всего сделать, сравнивая поврежденную часть лица со здоровой противоположной стороной.

Следует установить, имеются ли нарушения функции жевания, глотания, речи.

Осматривая больного с деформациями лица, вызванными рубцами после термических или химических ожогов, огнестрельных ранений, механических травм, оперативных вмешательств и перенесенных заболеваний, определив локализацию рубца, следует обратить особое внимание на его характер (рубцовый тяж, рубцовый массив, келоид) и форму (линейный, звездчатый, веерообразный, перепончатый), так как от этого зависят анатомические и функциональные изменения.

Исследование тканей и органов полости рта включает определение

прикуса, состояния зубов, краевого пародонта, слизистой оболочки полости рта, альвеолярных отростков, языка и подъязычной области.

Для этих целей используют следующие инструменты: шпатель, стоматологическое зеркало, стоматологические зонды (прямой и изогнутый).

Начинают исследование с определения прикуса - соотношения зубных рядов верхней и нижней челюстей при сомкнутых зубах. Важность определения прикуса заключается в том, что многие деформации челюстно-лицевой области (прогнатия верхней и нижней челюстей, открытый прикус и др.), а также переломы челюстей сопровождаются его нарушением.

Затем осматривают зубы и краевой пародонт. При этом устанавливают количество зубов, их расположение, цвет, наличие и локализацию кариозных поражений, отложение зубного камня, степень подвижности, наличие патологических десневых карманов и характер отделяемого из них. При необходимости определяют реакцию на температурные, электрические раздражения и механическую нагрузку.

При отсутствии того или иного зуба необходимо выяснить, был ли зуб удален или он не прорезался (ретенирован). Это важно в том отношении, что иногда ретенированные зубы являются источником возникновения ряда патологических процессов (фолликулярные кисты, невралгические боли, резорбция корней соседних зубов). При расположении вне зубной дуги зуб в некоторых случаях может нарушать акт жевания или травмировать слизистую оболочку щеки.

Важным является установление *степени подвижности зубов*, а также определение глубины патологических карманов. Степень подвижности зубов определяют следующим образом: наложив на коронку зуба пинцет, производят качательные движения. При подвижности зуба в переднезаднем (вестибулооральном) направлении - I степень, при подвижности в переднезаднем и боковых (вестибулооральном и медиально-дистальном) направлениях - II степень, а если к этим движениям добавляется подвижность вдоль оси зуба (в верхненижнем направлении) - III степень.

Для определения *глубины десневых карманов* применяют затупленный стоматологический зонд с нанесенными на нем миллиметровыми делениями. Вводя такой зонд в патологический карман, отмечают его глубину.

Осматривая десны, определяют их цвет (розовый, бледный, синюшный), наличие отека, припухлости, гипертрофии или атрофии, очагов кровоизлияния, изъязвления, кровоточивости и др.

После исследования зубов и краевого пародонта приступают к *исследованию слизистой оболочки*. Осматривают слизистую оболочку губ, щек, альвеолярных отростков, твердого и мягкого неба, языка, подъязычной области. Определяют ее цвет, степень влажности, наличие высыпаний, отека, припухлости, изъязвлений, новообразований, рубцов и др.

При наличии *рубцов* устанавливают их характер, форму, размеры и отмечают, нарушают ли они функцию органов полости рта и в чем заключаются эти нарушения.

Осматривая *небо*, определяют форму твердого неба (высоко изогнутое,

уплощенное), подвижность мягкого неба, замыкание им носоглоточного пространства (при произношении протяжного звука «а-а»), наличие различного рода приобретенных и врожденных дефектов.

При приобретенных дефектах обращают внимание на форму дефекта, наличие рубцовых изменений краев, а затем устанавливают его размеры. При врожденных дефектах - так называемых расщелинах - определяют вид расщелины: сквозная (проникающая через альвеолярный отросток) или несквозная (не достигающая до альвеолярного отростка). Если расщелина сквозная, то отмечают, односторонняя она или двусторонняя. При несквозной расщелине указывают, полная ли она (т. е. доходит ли ее вершина до резцового отверстия), частичная (захватывающая мягкое небо и часть твердого) либо скрытая (расщелина твердого и мягкого неба покрыта слизистой оболочкой).

Установив вид расщелины, производят измерения. Важно оценить степень укорочения мягкого неба. Ее определяют измерением расстояний между режущим краем верхних медиальных резцов и задней стенкой глотки и между режущим краем тех же резцов и задним краем мягкого неба. Разность между полученными величинами и определяет степень укорочения мягкого неба. Затем измеряют ширину расщелины на границе твердого и мягкого неба. На этом же уровне измеряют ширину участка неба справа и слева от расщелины. При неполной (частичной) расщелине дополнительно измеряют расстояние от медиальных резцов до вершины расщелины. Целесообразно форму расщелины нарисовать в виде схемы в истории болезни и поставить на ней полученные при измерении данные.

При осмотре *языка* обращают внимание на его форму, размеры, подвижность, цвет, состояние слизистой оболочки и выраженность сосочков, наличие деформаций (рубцовые искривления, сращения с подлежащими тканями, отсутствие части языка, разлитая или ограниченная опухоль или припухлость) и другие его изменения.

Пальпация челюстно-лицевой области.

Пальпацию челюстно-лицевой области и смежных областей производят пальцами одной руки, а другой рукой удерживают голову в необходимом для этого положении. Пальпацию осуществляют по определенному плану. Вначале пальпируют нижнюю губу, подбородок, тело нижней челюсти, ее угол, ветвь, височно-нижнечелюстной сустав, область околоушной слюнной железы, щеки, верхнюю губу, верхнюю челюсть, скуловую дугу и скуловую кость, боковую поверхность и спинку носа, затем - подподбородочную и подчелюстную области, боковую поверхность шеи и надключичную область.

Отмечают все неровности, утолщения, уплотнения, припухлость, болезненность и другие изменения, обращая особое внимание на состояние лимфатического аппарата. При наличии припухлости воспалительного происхождения определяют ее консистенцию (мягкая, плотная), зону распространения, болезненность, спаянность с подлежащими тканями, подвижность кожных покровов и области припухлости (берется кожа в складку или нет), наличие очагов размягчения, флюктуации, реакцию регионарных лимфатических узлов.

Флюктуацию определяют следующим образом. На исследуемый участок кладут один или два пальца одной руки. Затем одним или двумя пальцами другой руки производят резкий толчок в области исследуемого участка. Вызванное им движение жидкости в полости воспринимается приложенными пальцами в виде ощущения удара волны. Флюктуация должна ощущаться в двух взаимно перпендикулярных направлениях. Флюктуация, воспринимаемая только в одном направлении, является ложной. Ложная флюктуация может определяться в области упругих тканей, в мягких опухолях (например, липомах).

При наличии припухлости травматической этиологии пальпацию начинают с заведомо неповрежденной области, постепенно переходя к месту повреждения. При этом устанавливают консистенцию припухлости, ее границы, размеры, места наибольшей болезненности.

При подозрении на *опухольный процесс* особое внимание обращают на консистенцию новообразования (мягкость, плотность, упругость), размеры, характер его поверхности (ровная, бугристая), подвижность в различных направлениях (горизонтальное, вертикальное). Важнейшее, а порой решающее значение при этом имеет пальпаторное исследование регионарных лимфатических узлов.

При дефектах челюстно-лицевой области путем ощупывания определяют особенности рубцовых изменений краев дефекта. Кроме того, измеряя его длину, ширину и глубину, устанавливают размеры дефекта.

При пальпации рубца определяют, болезнен он или безболезнен, характер его поверхности (плоская, бугристая), консистенцию (плотный, мягкий), подвижность, глубину залегания (захватив рубец в складку на границе неизмененных тканей), изменения, возникшие в соседних тканях, а затем его размеры (длина, ширина).

Для пальпации *лимфатических узлов подчелюстной области* голову больного наклоняют несколько вперед и одной рукой фиксируют ее в этом положении. Кисти второй руки придают такое положение, чтобы большой палец ее упирался в угол челюсти, а четырьмя пальцами производят пальпацию лимфатических узлов подчелюстной области.

Узлы подбородочной области пальпируют указательным и средним пальцами, а большим при этом упираются в подбородок. При пальпации узлов позадищелюстной области четыре пальца располагают в этой области, а большой палец на ветви нижней челюсти. Пальпацию шейных лимфатических узлов также производят четырьмя пальцами.

В норме лимфатические узлы при пальпации обычно не определяются. Если же узлы прощупываются, то следует обратить внимание на их величину, подвижность, консистенцию, болезненность, спаянность.

Пальпацию мягких тканей лучше всего производить двумя руками: указательным пальцем одной руки пальпируют со стороны слизистой оболочки полости рта, а одним или несколькими пальцами другой руки осуществляют пальпацию снаружи, со стороны кожи.

Для пальпаторного исследования языка просят больного высунуть его

наружу, затем большим и указательным пальцами левой руки с помощью марлевой салфетки берут за кончик и фиксируют в таком положении. Пальпацию производят пальцами правой руки. Эти способы пальпации дают возможность установить характер процесса (опухолевый, воспалительный), при опухоловом процессе - определить границу опухоли, консистенцию, глубину залегания, подвижность ее и покрывающих мягких тканей.

Чтение денальных рентгенограмм, рентгенограмм костей лица, сиалогамм.

1. Возьмите снимок и по маркировочной надписи убедитесь, что это R-снимок данного больного, назовите возраст больного, дату исследования.
2. Назовите проекцию, область и сторону исследования.
3. Установите снимок на негатоскопе: рентгенограмму в боковой укладке - по ходу центрального луча, обзорную - так, как мы смотрим на больного.
4. Оцените качество изображения: четкость, правильность выполнения снимка.
5. Обратите внимание:

- форма и размеры анатомических образований (челюсти, глазницы, околоносовой пазухи)

Изменение размеров: удлинение
атрофия
дефект
утолщение
вздутие

- состояние компактных замыкательных пластинок:

непрерывность их, четкость наличие периостальных наслоений:

линейных
слоистых (луковичных)
кружевных
игольчатых
по типу “козырька”

- структура кости:

остеопороз
остеолиз
деструкция
гиперостоз
резорбция

- наличие секвестров, их размеры, локализация

- наличие секвестральной капсулы, ее локализация, характер стенок

- состояние нижнечелюстного канала: его размеры, ширина, четкость стенок, непрерывность, локализация отверстий

- состояние зубов:

коронка зуба - ровность, четкость контуров, наличие или отсутствие узур, кариозных полостей;

полость зуба - четкость контуров, границы, форма, наличие пломбирочной массы;

корень зуба - форма, положение корней, проходимость каналов;

периодонт - ширина периодонтальной щели - 0,15 - 0,3 мм, четкость ее контуров, размеры деструктивных изменений;

лунка удаленного зуба - четкость компактной пластинки, выстилающей альвеолу, состояние межкорневых перегородок;

- контуры мягких тканей: кожи, подкожной жировой клетчатки, мышц - четкость контуров, симметричность их, наличие петрификатов, ангиолитов.

Источники информации:

Афанасьев В.В. Хирургическая стоматология: учебник/ М.: «ГЭОТАР-Медиа» 2015,789с.

Афанасьев В.В. Хирургическая стоматология. Запись и ведение истории болезни / М.: изд-во, 2005. – 128 с.

Безруков В.М., Л.А. Григорьянц, Н.А. Рабухина и др. Амбулаторная хирургическая стоматология: Руководство для врачей.- М.: изд-во «ГЭОТАР-Медиа» , 2002.- 75с.

Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология / М.: изд-во, 2003. - 504 с.