

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра-клиника стоматологии ИПО

**РЕФЕРАТ НА ТЕМУ: «Организация хирургической стоматологической
помощи»**

Выполнил ординатор
кафедры-клиники хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии
по специальности «хирургическая стоматология»
Лисицын Андрей Алексеевич
Рецензент к.м.н., доцент Маругина Татьяна
Леонидовна

Красноярск, 2019

Содержание

Введение

1. Предмет и задачи хирургической стоматологии
2. История развития, вклад отечественных ученых в разработку отдельных проблем дисциплины
3. Организация хирургической стоматологической помощи
4. Общее обезболивание в хирургической стоматологии в условиях поликлиники и стационара
5. Виды, методы и особенности общего обезболивания: осложнения, их профилактика и лечение

Вывод

Введение

Хирургическая стоматология - одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение. Среди методов такого лечения оперативные вмешательства являются ведущими.

Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями - терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста и использует общие с ними методы диагностики и лечения. Эта связь обусловлена анатомо-топографическим и физиологическим единством зубов, органов полости рта, тканей челюстно-лицевой области и взаимно развивающихся в них патологических процессов. Комплексное лечение стоматологических заболеваний нередко состоит из последовательно проводимых лечебных мероприятий методами терапевтической, хирургической и ортопедической стоматологии.

Хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями - терапией, хирургией, оториноларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией, что открывает большие возможности для ее развития и совершенствования. Эта дисциплина основывается также на достижениях естественных наук, физики, химии и многих разделов фундаментальной медицины: нормальной и топографической анатомии, нормальной и патологической физиологии, микробиологии, патологической анатомии, фармакологии, оперативной хирургии и др.

1. Предмет и задачи хирургической стоматологии

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

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

ЗАБОЛЕВАНИЯ, КОТОРЫМИ ЗАНИМАЕТСЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Хирургическая стоматология занимается лечение следующих заболеваний челюстно-лицевой системы:

- воспалительные процессы, которые сопровождаются нагноением (производится вскрытие и дренирование гнойного очага);
- аномалии развития (производятся пластические операции);
- пункции новообразований и т.д.

Поэтому хирургическую стоматологию принято делить на следующие виды:

- эстетическую, в том числе пластическую;
- гнойную;
- онкологическую.

Направления хирургической стоматологии.

Современная хирургическая стоматология делится на несколько направлений в зависимости от уровня оказания медицинской помощи.

Принято выделять:

- квалифицированную;
- специализированную;
- узкоспециализированную стоматологию.

2. История развития, вклад отечественных ученых в разработку отдельных проблем дисциплины

Операция удаления зуба, вскрытие гнойников в полости рта, иммобилизация челюстей при их повреждении были известны еще в древности. Первое упоминание о щипцах из свинца встречается в трудах Гиппократов, во времена Цельса, Галена. В древности была известна также челюстно-лицевая хирургия, свидетельства которой найдены при раскопках в Египте, Индии.

В течение многих веков хирургия зубов и полости рта развивалась медленно, вне медицинской науки и практики, оставаясь одним из разделов зубоврачевания. Важную роль в развитии зубоврачевания сыграл французский хирург XVI в. Амбруаз Паре, который сконструировал

инструменты для удаления зубов, определил показания и противопоказания к этому вмешательству, разработал технику некоторых операций, в том числе реплантацию зуба.

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

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

На развитие общей хирургии и хирургического раздела зубоврачевания в период царствования Елизаветы Петровны большое влияние оказало открытие Московского университета (26 апреля 1755 г.) и его медицинского факультета (1758).

В 1808 г. профессор Ф.И.Буш сделал первую операцию по поводу заячьей губы. В 1820 г. ученик Ф.И.Буша профессор Медицинского университета А.И.Поль разработал методики некоторых операций, в том числе резекции нижней челюсти. В 1843 г. И. В. Буяльский успешно выполнил резекцию нижней челюсти, упростив операцию.

Для развития пластической хирургии лица большое значение сыграла деятельность профессора Киевского университета Ю.К.Шимановского. Он разработал системный принцип для показаний к пластическим операциям, предложил усовершенствованные варианты их, создал оригинальные методики оперативных вмешательств. Большое значение в развитии челюстных операций имели исследования В. Хандрикова, А. Дудукалова, Н. Воронцовского, А. Пельианского, Н.В.Высоцкого, И.Коровина, В. Антоневица, Н.В.Склифосовского и др.

В России в конце IX -- начале XX в. появились первые зубоврачебные школы, где изучались хирургические аспекты стоматологии. В развитии этого направления специальности немалая заслуга А. К. Лимберга, Г. И. Вильга, И. М. Каварского, Ф. И. Визжинского.

Школами челюстно-лицевой хирургии стали хирургические клиники медицинских факультетов Московского и Киевского университетов, Медико-хирургической академии Петербурга. Для организации стоматологической

помощи населению имело большое значение зубоврачебное образование, контролируемое государством.

Первой учебной школой будущих стоматологов стали приват-доцентские курсы одонтологии при кафедре госпитальной хирургии Московского университета (Н.Н.Знаменский), Петербургской медико-хирургической академии (П.Ф.Федоров) и Петербургских высших женских медицинских курсов (А. К. Лимберг).

Все недостатки и трудности стоматологии отчетливо выявились во время русско-японской и первой мировой войн, когда наблюдалось большое количество раненных в челюстно-лицевую область. В период первой мировой войны русский зубной врач С. С. Тигерштедт (1914) предложил методику иммобилизации отломков челюстей при переломах с помощью назубных проволочных шин; Г. И. Вильга (1915) разработал метод закрепления отломков челюстей штампованными колпачковыми шинами с эластическим вытяжением; Р. Фальтин, систематизировав огнестрельные повреждения лица, дал конкретные практические рекомендации по их лечению. Выделение хирургической стоматологии в самостоятельную дисциплину началось после первой мировой войны.

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

Окончательное становление хирургической стоматологии как самостоятельной медицинской специальности связано с организацией в 1935 г. 11 стоматологических институтов с выделением кафедр по основным разделам стоматологии, которые стали научными, лечебными и педагогическими центрами специальности. В возрастающем темпе до начала Великой Отечественной войны наблюдались развитие практической, научной и учебной основ хирургической стоматологии, усовершенствование подготовки специалистов. Этому способствовали организация отделений хирургической стоматологии в стоматологических амбулаториях и поликлиниках, открытие специализированных стоматологических

стационаров. Большая роль в развитии хирургической стоматологии принадлежит А.И.Евдокимову, А.Э. Рауэру, А. А. Лимбергу, Н. М. Михельсону, Г.А.Васильеву, М.В.Мухину, И. Г. Лукомскому, С. Н. Вайсблату, М.Б.Фабриканту, И.М.Старобинскому, П.П.Львову, Е. А. Домрачевой, Г.К.Курбанову, М.Д.Дубову, Б.Д.Франкенбергу, С.Ф.Косых, М. М.Великановой, В.А.Аронсону, Ю.К.Метлицкому, П.Н.Карташову. В этот период изданы монографии Б.Б.Брансбурга («Хирургические методы лечения челюстей»), А.Е.Верлоцкого («Экстракция зубов»), А.Э.Рауэра («Переломы челюстей и повреждения мягких тканей лица»), И.Г.Лукомского («Военная травма челюстно-лицевой области и уход за ранеными»), С.Н.Вайсבלата («Гнойные остеомиелиты челюстей»), А.А.Лимберга («Шинирование челюстей»), А.А.Кьянского («Протезы лица и челюстей и технические шины»), а также учебники по хирургической стоматологии Е.И.Гофунга и Г.И.Лукомского, А.А.Лимберга и П.П.Львова и учебные пособия зарубежных авторов: А.Kantorowich, Н.Bruhn, М.Wassmund, Н.Axihanse.

3. Организация хирургической стоматологической помощи

Оказание стоматологической помощи имеет четкую организацию, ее предоставляют в специализированных стоматологических поликлиниках городов, стоматологических отделениях и кабинетах поликлиник, больниц и большинства крупных среднеобразовательных школ, промышленных предприятий и др. Кроме стационарных медицинских стоматологических учреждений существуют передвижные стоматологические кабинеты. В стоматологическом кабинете сельской амбулатории, учреждения, школы или предприятия предоставляют преимущественно неотложную стоматологическую помощь, выполняют простые врачебные манипуляции. В стоматологическом отделении районной больницы, многопрофильной поликлиники, районной, городской или областной стоматологической поликлинике проводят дифференцированный прием. В крупных городских и областных больницах, крупных военных госпиталях есть челюстно-лицевые отделения на 30-60 коек, в которых оказывают помощь при воспалительных процессах челюстно-лицевой области, травматических повреждениях костей и мягких тканей лица, доброкачественных и злокачественных опухолях, врожденных и приобретенных дефектах и деформациях челюстно-лицевой области, выполняют пластические и косметические операции на лице. В каждой области, городе работу организует главный стоматолог, который зачастую является главным врачом соответствующего стоматологического учреждения.

Организация труда и лечебной работы в хирургическом отделении (кабинете)

Первичные больные в хирургическое отделение могут поступать как из регистратуры, так и из терапевтического и ортопедического отделений; тяжелобольные и больные с повышенной температурой тела должны быть приняты в первую очередь с обязательным оформлением истории болезни.

При необходимости хирургического лечения устанавливают сроки, объем, место и характер предоперационной подготовки больного.

В поликлинических условиях могут быть произведены только такие стоматологические операции, после которых больной может самостоятельно или в сопровождении родственников поехать домой. Данные обследования больного, все манипуляции и назначения врача, результаты лечения должны быть отмечены в истории болезни. Посещение больного всегда регистрируется в специальном журнале.

Организация работы хирургического стоматологического стационара

Стационар предназначен для обследования и лечения больных с заболеваниями челюстно-лицевой области, требующими хирургического или консервативного лечения в клинических условиях. Имеются заболевания челюстно-лицевой области, при которых больные должны быть госпитализированы в срочном порядке через службу неотложной помощи. К ним относятся острые воспалительные заболевания: остеомиелит челюсти, абсцесс, флегмона, лимфаденит, фурункул, карбункул, травма, кровотечение и др. В хирургический стоматологический стационар поступают также больные по поводу последствий травмы, врожденных пороков развития, новообразований. Эти больные должны быть заранее обследованы и подготовлены к госпитализации в условиях поликлиники.

В соответствии с задачами оказания стационарной стоматологической помощи необходимо иметь анестезиологическое и реанимационное оборудование и оснащение.

4. Общее обезболивание в хирургической стоматологии в условиях поликлиники и стационара

Общее обезболивание (анестезия) -- состояние обратимого торможения центральной нервной системы, достигаемое фармакологическими средствами, воздействием физических или психических факторов. Оно предполагает подавление восприятия болевых раздражений, достижение нейровегетативной блокады и мышечной релаксации, выключение сознания, поддержание адекватного газообмена и кровообращения, регуляцию

обменных процессов. К общему обезболиванию относят наркоз, нейролептаналгезию, атаралгезию, центральную аналгезию, аудиоанестезию и гипноз.

Наркоз. Для достижения наркоза чаще используют фармакологические средства (вещества), реже - физические факторы (электронаркоз). Средства, которыми проводят наркоз, называются наркотическими (общие анестетики). *Различают ингаляционный и неингаляционный наркоз.*

Ингаляционный наркоз проводят жидкими (парообразными), анестетиками (диэтиловый эфир, фторотан, трихлорэтилен, пентран, хлороформ) или наркотическими газами (закись азота, циклопропан). Они поступают в организм через легкие. Ингаляционный наркоз проводят с помощью ротоносовой или носовой масок (масочный наркоз), назофарингеальной трубки (назофарингеальный), эн-дотрахеальной трубки, когда наркотическая смесь, минуя верхние дыхательные пути, поступает непосредственно в трахею и бронхи (эндотрахеальный, или интубационный, наркоз). Интубировать больного можно через рот или нос с помощью ларингоскопа под контролем зрения, через нос вслепую (без помощи ларингоскопа), по строгим показаниям - через трахеостому. Основное преимущество ингаляционного наркоза - хорошая управляемость.

Для неингаляционного наркоза (внутривенный, прямокишечный) используют гексенал, тиопентал - натрий, пропанидид (сомбревин, эпонтон), байтинал, виадрил, натрия оксибутират, кетамин и др.

Наркоз можно провести одним (мононаркоз), двумя и более анестетиками и другими лекарственными препаратами (комбинированный или многокомпонентный, потенцированный, полинаркоз).

При обширных операциях на лице и челюстях применяют комбинированный эндотрахеальный наркоз. Введение в наркоз достигается с помощью одного общего анестетика, а поддержание его -- с помощью другого анестетика. Кроме того, используют фармакологические препараты строго направленного действия. При непродолжительных хирургических вмешательствах у стоматологических больных в поликлинике и стационаре применяют ингаляционный (масочный, назофарингеальный) или внутривенный наркоз.

Электронаркоз проводят с помощью генераторов импульсного, синусоидального и интерференционного электрического тока.

В стоматологической практике применяют электрообезболивание твердых тканей зуба с помощью аппаратов ИНППН-1, ЭЛОЗ-1, 2. Активный электрод присоединяют к наконечнику бормашины, экскаватору. Эффект обезболивания непостоянен.

Нейролептаналгезия (НЛА). При этом методе адекватная защита от наносимой болевой травмы обеспечивается без использования наркотического вещества для наркоза. Потеря болевой чувствительности достигается рациональным сочетанием глубокой аналгезии и нейролепсии без выключения сознания, внутривенным введением сильного анальгетика фентанила и нейролептика дегидробензперидола (дроперидола). Характерными ее признаками являются психическая индифферентность, двигательный покой и нейровегетативное торможение.

Атаралгезия - разновидность нейролептаналгезии, в основе которой лежит достижение состояния атараксии и выраженной аналгезии с помощью седативных препаратов и анальгетиков. Выключение сознания может быть достигнуто ингаляцией небольших доз закиси азота. Для атаралгезии чаще используют седуксен, фентанил, дипидолор, пентазоцин, декстроморамид. Существует много способов проведения атаралгезии, в том числе и в сочетании с местной анестезией на фоне спонтанного дыхания. Последний метод широко применяется у стоматологических больных в условиях стационара и поликлиники.

Центральная аналгезия. При этом методе защита от операционной травмы обеспечена глубокой центральной аналгезией, достигаемой введением больших доз наркотических анальгетиков (морфин, фентанил, пентазоцин). Эти препараты нарушают деятельность структур, которые отвечают за проведение болевых импульсов и формирование реакции на боль. Без наступления наркоза исчезает болевая чувствительность, исключены соматические и вегетативные реакции на боль. Этот метод применяется по строгим показаниям.

Аудиоанестезия и гипноз. Звуковая анестезия основана на создании в зоне звукового анализатора в коре головного мозга очага возбуждения, который вызывает разлитое торможение в других отделах мозга. Достигается это воздействием на слуховой анализатор звуковым сигналом определенного частотного диапазона.

Гипноз как форма психотерапевтического воздействия применяется при лечении заболеваний, сопровождающихся болевым синдромом -- различными видами болей с локализацией в области лица и челюстей (прозопалгии), гораздо реже -- при удалении зуба.

Обезболивание иглоукалыванием. Обезболивание с помощью иглоукалывания (иглоаналгезия, акупунктурная аналгезия, электро-иглоаналгезия, электропунктура) позволяет добиться аналгезии путем воздействия на определенные точки механическим раздражением или электрическим током. Такой метод обезболивания применяется для снятия боли в послеоперационном периоде и в качестве анальгетического компонента комбинированной анестезии. Известно, что 116 точек из 693

используются для лечения стоматологических заболеваний, большинство из них - для снятия зубной боли.

4. Виды, методы и особенности общего обезболивания: осложнения, их профилактика и лечение

1) Осложнения на этапе вводного наркоза:

- рвота.

Причины: психическое возбуждение, влияние медикаментов, полный желудок

Профилактика:

- аспирация содержимого желудка накануне операции
 - внутривенный вводный наркоз
 - опустить головной конец
 - надавить на перстневидный хрящ (прием Селлика - сдавливается пищевод)
 - регургитация - пассивное затекание содержимого желудка в ротоглотку (без рвотных движений).
- Протекает бессимптомно, но чаще, чем рвота заканчивается аспирацией. Клинику описал Мендельсон:

- затрудненное дыхание
- цианоз
- тахикардия
- потеря сознания
- отек легких
- коллапс

Профилактика:

- премедикация (атропин)
- быстрое введение в наркоз
- раздувание манжетки
- не применять препараты возбуждающего действия

- избегать масочного наркоза

Тактика при аспирации:

- опустить головной конец
- применить прием Селлика
- аспирировать содержимое
- интубация с санацией бронхиального дерева
- бронходилататоры, антибиотики, гормоны
- симптоматическое лечение сердечно-легочной недостаточности
- нарушение гемодинамики под действием анестетиков и наркотических медикаментов

Принципы сердечно-легочной реанимации. Среди наиболее частых осложнений, развивающихся во время наркоза, следующие:

1. нарушение проходимости дыхательных путей, связанное с западением языка, надгортанника, ларинго- и бронхоспазм, механическая закупорка дыхательных путей, попадание инородного тела (зубных протезов, подвижных зубов, слизи, крови, рвотных масс);
2. остановка дыхания и сердца.

В раннем посленаркозном периоде развиваются:

- рвота;
- динамическая кишечная непроходимость;
- частичное нарушение сознания, связанное с посленаркозной депрессией, повышенная сонливость.

Список использованной литературы

- 1.Евдокимов А.И., Васильев Г.А. Хирургическая стоматология
1964. - 484 с..
- 2.Рустова Т. Г. Хирургическая стоматология,2015.- 688 с.
3. Кулаков Л.А., Робустова Т.Г., Неробеев Л.И. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия , "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 928 с.
- 4.Троянский Г.Н. Галерея отечественных ученых в области стоматологии.-
М.Медицина,1988-164 с.
- 5.Хирургическая стоматология: учебник / Под ред. Робустовой Т.Г. - М.:
Медицина, 1996.- 667 с.
- 6.Хирургическая стоматология: учебник Под ред. Т.Г. Робустовой. - М.:
Медицина ,2000.-620 с.
- 7.Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии: в 2- х томах. Т.1/ Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой.- Изд.
2-е, перераб. и доп.-М.: Медицина, 2000 -776 с.: ил.