

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**КОМПЛЕКСНЕ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У
ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ У МИРНИЙ ТА ВІЙСЬКОВИЙ ЧАС**

Навчальний посібник для студентів стоматологічного факультету, інтернів,
клінічних ординаторів, курсантів

Автори:

О.В. Возний, А.В.Самойленко, С.О.Чертов, В.Ф.Муляр, А.М.Філон.

Навчальний посібник присвячений питанням наданням ортопедичної, хірургічної та терапевтичної стоматології у мирний та військовий час у Збройних Силах України. Містить тестові завдання для самостійної підготовки.

Рецензент:

ВСТУП.....	4
Основні завдання стоматології в армії і на флоті у мирний час.....	4
ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ НАДАННЯ ОРТОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	4
Надання ортопедичної допомоги у мирний час.....	4
Забезпечення військовослужбовців ортопедичною допомогою.....	4
План прикріплення військовослужбовців частин, установ і військових навчальних закладів для зубного протезування.....	5
Показання і протипоказання до зубного протезування.....	6
Показання до виготовлення знімних протезів.....	7
Показання до виготовлення незнімних протезів.....	7
Вибір конструкції протезів.....	9
Надання ортопедичної допомоги у військовий час.....	9
Надання ортопедичної стоматологічної допомоги на етапах медичної евакуації.....	10
Спеціалізована ортопедична допомога пораненим в щелепно-лицьову ділянку.....	10
Типи госпіталів, які надають спеціалізовану ортопедичну допомогу на етапах медичної евакуації	11
ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ НАДАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	12
Щелепно-лицеві ушкодження.....	13
Класифікація щелепно-лицевих ушкоджень.....	13
Клініка, діагностика ушкоджень щелепно-лицевої ділянки.....	14
Анатомо-фізіологічні особливості щелепно-лицевої ділянки.....	16
Оцінка тяжкості поранень щелепно-лицевої ділянки.....	18
Рівні медичної евакуації.....	20
Медична реабілітація.....	30
Прикінцеві положення.....	30
ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ НАДАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	31
Алгоритм дій лікаря при лікуванні карієсу.....	31
Алгоритм дій лікаря при лікуванні пульпіту.....	48

Алгоритм дій лікаря при лікуванні періодонтиту.....	56
ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ НАДАННЯ ТЕРАПЕТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У ВІЙСЬКОВИЙ ЧАС.....	71
ДОДАТКИ.....	75
ТЕСТИ	91

ВСТУП

Основними завданнями стоматології в армії і на флоті у мирний час є:

1. Організація та здійснення санації порожнини рота військовослужбовців, а також своєчасне лікування зубів і органів порожнини рота шляхом проведення профілактичних і лікувальних заходів.

2. Надання першої лікарської, кваліфікаційної та спеціалізованої медичної допомоги при пошкодженнях тканин щелепно-лицевої ділянки.

Для здійснення зазначених завдань стоматологічні кабінети та медичні відділення госпіталів забезпечені необхідним інструментарієм, медикаментами, матеріалами, апаратами та іншим стоматологічним обладнанням.

Санація порожнини рота військовослужбовців є обов'язковим заходом, яке виробляється у плановому порядку лікарями-стоматологами у військових частинах, поліклініках, стоматологічних відділеннях гарнізонних госпіталів та військово-медичних клінічних центрах, санаторіях, військових навчальних закладах.

У віддалених військових частинах санацію порожнини рота військовослужбовців здійснюють лікарі-стоматологи, що організовуються гарнізонними поліклініками або госпіталями.

Методичним центром по стоматології є стоматологічні відділення госпіталів. Начальник стоматологічного відділення керує організацією, здійсненням профілактичної роботи та лікувальної стоматологічної допомоги.

Надання ортопедичної допомоги у мирний час

Ортопедична стоматологічна допомога в армії на флоті у мирний час складається у протезуванні дефектів зубів і зубних рядів, надання спеціалізованої допомоги при пошкодженнях тканин щелепно-лицевої ділянки (виготовлення лікувальних і відновлюючих апаратів різноманітних конструкцій). Найбільш частим видом ортопедичної допомоги військовослужбовцям у мирний час є зубне протезування, вироблене для відновлення функції жувального апарату.

Забезпечення військовослужбовців ортопедичної допомогою планується згідно зі списками, складеними на підставі профілактичних (диспансерних) оглядів особового складу військових частин, які потребують зубного протезування

прикріплюють до певних ортопедичним стоматологічним кабінетами або відділенням. До них відносяться: ортопедичні відділення військових стоматологічних поліклінік, госпіталів, військово-медичних клінічних центрів (ВМКЦ), Головного військово-медичного клінічного шпиталю; зубопротезні кабінети флотських і гарнізонних госпіталів; зубопротезні кабінети санаторіїв Міністерства оборони; рухливі стоматологічні кабінети (РСК); зубопротезні кабінети стоматологічних відділень; ортопедичні відділення цивільних стоматологічних поліклінік.

До надання зубопротезної допомоги в цивільних стоматологічних поліклініках вдаються в тих випадках, коли військові частини розташовуються далеко від військових стоматологічних поліклінік або зубопротезних кабінетів. При цьому кількість потребують зубного протезування не перевищує 25 чоловік. При значній кількості військовослужбовців, які потребують зубного протезування (більше 25 чол.), в частини направляють зубопротезні бригади, до складу яких входять лікарі-ортопеди і зубні техніки. Бригади оснащені всім необхідним інструментарієм, матеріалами для виготовлення протезів різноманітних конструкцій. Зубопротезні бригади комплектуються гарнізонними поліклініками або стоматологічними відділеннями гарнізонних госпіталів.

План прикріплення військовослужбовців частин, установ і військових навчальних закладів для зубного протезування до певних зубопротезних кабінетів або відділень затверджується начальником медичної служби установи. При направленні на протезування керуються певною черговістю. В першу чергу протези виготовляють: військовослужбовцям після поранення і пошкодження тканин обличчя і щелепи, отриманих при виконанні службових обов'язків, в боях за Батьківщину; військовослужбовцям, які втратили зуби в зв'язку з оперативним втручанням; військовослужбовцям, які страждають хронічними захворюваннями травного каналу (хронічний гастрит, хронічний коліт, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки та ін.); особовому складу підводних човнів, повітряно-десантних частин, льотно-підйомного складу, водолазам і танкістам; військовослужбовцям, втрата зубів у яких впливає на несення військової служби

(лектори, музиканти); військовослужбовцям, які страждають на пародонтоз або мають деформацію прикусу.

У другу чергу протези виготовляють військовослужбовцям, у яких втрата зубів не викликає функціональних порушень з боку травного каналу.

У третю чергу протези виготовляють вільнонайманим робітникам і службовцям армії і флоту при невеликій завантаженості ортопедичних відділень госпіталів або їх обслуговують цивільні поліклініки за місцем проживання.

Показання до протезування і вибір конструкції протезів встановлює лікар-ортопед на підставі даних огляду порожнини рота і загального стану організму (стану травного каналу, нервової системи та ін.).

Показання і протипоказання до зубного протезування для військовослужбовців майже нічим не відрізняються від таких для цивільного населення. Вони тільки більш конкретно сформульовані і не викликають двох тлумачень.

Показанням до зубного протезування, для військовослужбовців є відсутність всіх зубів на одній або обох щелепах; відсутність усіх бічних зубів на одній або обох щелепах; відсутність двох поруч стоять бічних зубів, що утворюють дистально обмежений дефект зубного ряду; відсутність одного або декілька передніх зубів на одній або обох щелепах при збереженні бічних зубів; наявність пародонтозу з проявом симптому патологічної рухливості зубів; наявність деформації прикусу (травматична оклюзія, відкритий прикус і ін.); наявність дефектів зубів і кістки альвеолярних паростків.

Протипоказаннями до зубного протезування є злоякісні новоутворення до проведення відповідного лікування і передраковий стан; запальні процеси слизової оболонки порожнини рота (гінгівіт, стоматит та ін.); відсутність одного моляра або премоляра, якщо поруч стоять зуби не вимагають покриття їх коронкою.

Залежно від показань до протезування вирішується питання про вибір конструкцій протезів.

Показаннями до виготовлення знімних протезів є відсутність всіх зубів на одній або обох щелепах; односторонні дистально необмежені дефекти зубних рядів на одній або обох щелепах; деформація альвеолярних паростків і оклюзійної кривої, що виникає при втраті зубів і переміщенні антагоністів по вертикалі і горизонталі; при значній рухливості зубів, які неможливо використовувати як опору мостоподібних протезів.



мал.1. Частковий знімний протез



мал.2 Повний знімний протез

Показання до виготовлення незнімних протезів залежать від їх конструкції. Поодинокі коронки можуть бути виготовлені для відновлення анатомічної форми зубів, порушеною каріозним процесом або що виникла внаслідок травми. Поодинокі коронки виготовляють також для підвищення прикусу на патологічно стерті зуби, фіксації знімних протезів, ортодонтичних та щелепно-лицевих апаратів.

Коронки виготовляють на опорні зуби мостоподібних протезів, вони є складовою їх частиною. Коронки в даному випадку за своєю функцією є фіксують незнімний протез.

Мостоподібні протези показані при малих дистально обмежених дефектах зубних рядів (відсутність двох-трьох зубів). При цьому опорні зуби повинні бути досить стійкими.



мал.3 Мостоподібний незнімний металокерамічний протез



мал.4 Мостоподібний незнімний цільнолитий протез

Штифтові зуби виготовляються при руйнуванні коронок передніх зубів верхньої щелепи. При цьому коріння зруйнованих коронок повинні бути стійкі і підготовлені до виготовлення штифтового зуба.

При виборі конструкції протезів (знімні або незнімні) слід враховувати специфіку роботи військовослужбовців. Так, наприклад, водолазам, льотному складу більш доцільним є виготовлення незнімних протезів, якщо для цього є відповідні умови.

В ортопедичних відділеннях ВКМЦ, флотських і гарнізонних поліклінік виробляють також шинування зубів і протезування дефектів зубних рядів хворих на пародонтоз. При цьому ортопедичні втручання є складовою частиною комплексного лікування таких хворих. Вибір конструкції шин або шин-протезів залежить від клінічної картини захворювання (ступеня рухливості зубів, топографії і протяжності дефектів зубних рядів, розташування зубів, прикусу та ін.). Найбільш доступні і легко здійснимі в будь-яких зуботехнічних лабораторіях незнімні шини, що складаються з повних або поясних коронок, ковпачків. Такі шини надійно фіксують рухомі зуби у всіх напрямках. Виготовлення знімних суцільнолитих шин при пародонтозі не завжди здійснимо в умовах звичайних зуботехнічних лабораторій. Вибір конструкції шин-протезів залежить від розмірів і топографії дефектів зубних рядів, а також стійкості залишилися в щелепи зубів.

При малих дефектах зубних рядів (відсутність до двох зубів), обмежених зубами з рухливістю першого ступеня, можливе виготовлення незнімних протезів за типом мостоподібних з опорою на трьох або чотирьох зубах. При значних дефектах зубних рядів показано виготовлення знімних протезів (бюгельних) з фіксують пристосуваннями на рухливі зуби.

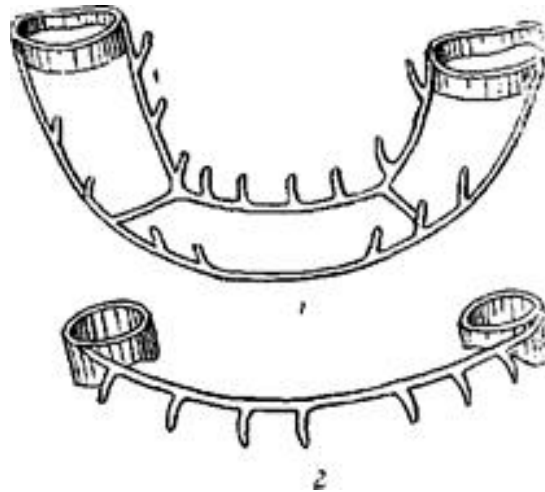
В ортопедичних відділеннях ВКМЦ і гарнізонних госпіталів можливо також виготовлення ортопедичних апаратів і апаратів при травмі тканин щелепно-лицевої ділянки. При цьому різноманітність виготовлених апаратів залежить від показань до їх застосування.

Надання ортопедичної допомоги у військовий час

Огляд і надання кваліфікованої допомоги пораненим і ураженим виробляє лікар-стоматолог. При огляді пов'язок і ран встановлюють широту пошкоджень тканин і тяжкість стану пораненого. При переломах щелеп в поєднанні з транспортними шинами застосовують лігатурне зв'язування відламків під час

евакуації пораненого. Лігатурне зв'язування відламків виробляють при наявності стійких зубів на уламка, відсутності загрози асфіксії та інших ускладнень.

Для фіксації відламків верхньої щелепи може бути застосована стандартна шина-ложка А. А. Лімберга. Перед введенням ложки в порожнину рота її заповнюють стерильною серветкою і фіксують за допомогою гумових кілець до шапочці. При комбінованих переломах обох щелеп можливе одночасне застосування верхньощелепної стандартної шини і нижнещелепної жорсткої праці.



мал.5 Шина Лімберга

В обов'язок лікаря-стоматолога входить також лікування, організація харчування і догляд за тимчасово госпіталізованими пораненими в щелепно-лицьову область.

Таким чином, надання ортопедичної стоматологічної допомоги на етапах медичної евакуації складається в застосуванні транспортних шин і лігатурного зв'язування відламків. При цьому можуть бути застосовані стандартні і імпробізовані шини. Шини застосовують для фіксації уламків на час евакуації пораненого. Слід пам'ятати, що своєчасна і надійна фіксація відламків попереджає від можливих ускладнень під час транспортування пораненого (повторне кровотеча, шок та ін.).

Спеціалізована ортопедична допомога пораненим в щелепно-лицьову ділянку в госпіталях полягає в заміні транспортних шин і лігатурних пов'язок індивідуально виготовленими шинами або апаратами. При цьому шини або апарати

можуть бути виготовлені з дроту або швидкотвердіючої пластмаси, а також лабораторним способом.

Надання ортопедичної допомоги пораненим здійснюється у поліклініки та стоматологічному відділенні госпіталю, відділенні ортопедичної стоматології військово-медичного клінічного центру (ВКМЦ), центральній стоматологічній поліклініці МО, клініці щелепно-лицьової хірургії та стоматології Головного військово-медичного клінічного центру.

Зубний технік працює в перев'язувальній, допомагаючи лікаря у виготовленні і накладення шин.

При необхідності відділення підсилюють стоматологічними бригадами.

У штат щелепно-лицьового відділення крім лікарів входять також два зубних техніки з оснащенням у вигляді спеціальних комплектів. У зв'язку з цим щелепно-лицьове відділення при наданні спеціалізованої ортопедичної допомоги може виготовляти не тільки лікувальні шини і апарати, але також зубні протези. В іншому обсяг спеціалізованої допомоги (хірургічної і терапевтичної) нічим не відрізняється від цивільної.

У багатопрофільних військово-польових госпіталях з різною локалізацією поранень спеціалізовану допомогу пораненим в щелепно-лицьову область надають на місці госпіталізації поранених, проводять сортування поранених по тяжкості поранення і евакуацію їх за призначенням. Надання спеціалізованої допомоги пораненим в щелепно-лицьову область здійснюють в щелепно-лицьовому відділенні тільки за життєвими показаннями.

Лікар-стоматолог надає стоматологічну допомогу не тільки пораненим, котрі вступили безпосередньо в госпіталь, але також пораненим, які переведені для доліковування з інших госпіталів. Ортопедична допомога в складається в зубному протезуванні, здійснюваному фахівцями стоматологічного відділення.

Стоматологічна поліклініка є потужним медичним лікувальним закладом, що складається з п'яти відділень: базового лікувального, базового ортопедичного і трьох рухливих.

До складу базового ортопедичного відділення входять лікарі-ортопеди і зубні техніки. Відділення оснащене табельною і нетабельним майном. До табельної майна

відносяться комплекти ЗП, ЗТ-1, ЗТ-2, ЗТ-3. У комплект ЗП входять інструменти, матеріали і апарати, необхідні для прийому хворих і проведення клінічних етапів виготовлення протезів та апаратів. Комплект ЗТ-1 (обладнання), комплект ЗТ-2 (інструменти), комплект ЗТ-3 (матеріали) являють собою набори необхідного спеціального майна для лабораторного виготовлення протезів та апаратів.

Ортопедичне відділення в своєму оснащенні має крісла стоматологічні складні (за кількістю лікарів), бормащини комбіновані (за кількістю лікарів), верстак і гіпс в пакетах. Маючи таке оснащення, ортопедичне відділення СП може надавати спеціалізовану допомогу в повному обсязі, т. Е. Виготовляти найрізноманітніші за своєю складністю апарати і протези.

Під час бойових дій при масовому надходженні поранених в госпіталь ортопедичне відділення СП займається в основному наданням спеціалізованої допомоги пораненим в щелепно-лицьову область, а в період затишшя бойових дій - протезуванням.

Виготовлення зубних протезів в першу чергу виробляють військовослужбовцям переднього краю, а також пораненим в процесі лікування в госпіталях. При цьому терміни виготовлення протезів скорочуються за рахунок об'єднання деяких етапів при протезуванні.

Протезування військовослужбовців виробляють або в поліклініці, або за місцем їх знаходження (частинах, госпіталях і ін.). Базове відділення, а також рухомі відділення СП, маючи в своєму складі лікарів-стоматологів хірургів і терапевтів, в бойове час надають спеціалізовану допомогу пораненим в щелепно-лицьову область, а в період затишшя бойових дій - санацію порожнини рота військовослужбовців запасних військових підрозділів, поранених, які перебувають на лікуванні в госпіталях. Керує організацією стоматологічної допомоги - головний стоматолог МО України.

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ НАДАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Загальні положення. Згідно топографічних ознак у поняття щелепно-лицьової ділянки включають лицевий скелет та оточуючі його м'які тканини. До лицевого

скелету входять парні (носові, верхньощелепні, піднебінні, вилицеві, слізні) та непарні (нижня щелепа, леміш) кістки. За даними літературних джерел пошкодження ЩЛД зустрічаються у 3,5-10% постраждалих. Серед поранених в АТО питома вага уражень ЩЛД з пошкодженням кісток лицевого скелету становить 2%.

Важливе значення для перебігу ранового процесу мають м'язи, фасціальні простори, слинні залози, скупчення жирової тканини, наявність густої сітки кровоносних судин і нервів та високорозвинена лімфатична система.

Тактика лікування бойових ушкоджень обличчя дещо відрізняється від поранень інших локалізацій. Це обумовлено анатомофізіологічними особливостями щелепно-лицевої ділянки, що суттєво впливають на перебіг ранового процесу. До цих особливостей слід віднести: близькість життєво-важливих органів (очі, головний мозок, хребет, легені, орган слуху); підвищену регенеративну спроможність тканин; добру васкуляризацію та інервацію щелепно-лицевої ділянки; наявність великих та малих слинних залоз; зубів; м'якої мускулатури.

Класифікація щелепно-лицевих ушкоджень

Класифікація щелепно-лицевих ушкоджень, що широко використовується в практиці представлена в таблиці 1.

У більшості випадків поранення є ізольованими (до 70%), тобто в межах щелепно-лицевої ділянки. Поєднані поранення, де ушкодження обличчя є провідним, становлять до 25%, а частка комбінованих поранень - до 3-5%. В залежності від фактору ураження переважають уламкові вогнепальні поранення (70-90%). Кульові поранення становлять близько 10-30%. У 60% випадків вогнепальні поранення обмежуються м'якими тканинами щелепно-лицевої ділянки, а в 40% поєднуються з ушкодженням кісток лицевого скелету: зуби і альвеолярний відросток - 6 %, вилично-орбітальний комплекс - 3 %, верхня щелепа - 5 %, нижня щелепа - 21 % дві кістки - 5 %. Близько половини поранень щелепно-лицевої ділянки є проникаючими (здебільшого в ротову порожнину або верхньощелепну пазуху), що враховується при виборі тактики хірургічного лікування.

Класифікація ушкоджень щелепно-лицевої ділянки

I. Механічні пошкодження					
Вид пошкоджених Тканин	Характер поранення				Механізм по- Ушкодження
	А. Поранення м'яких тканин: а) з пошкодженням Язика б) слинних залоз в) крупних судин г) крупних нервів Б. Поранення кісток: а) нижньої щелепи б) верхньої щелепи в) виличних кісток г) носових кісток д) 2 і більше кісток	На-скрізне Сліпе Дотичне	Ізоль-ване Поєдна-не	Оди-Ночне Мно-Жинні	
II. Термічні ушкодження: а) опіки (електротравма) б) відмороження					
III. Комбіновані ушкодження					

Клініка, діагностика ушкоджень щелепно-лицевої ділянки

ЩЛД включає середню та нижню зони обличчя. Вони (як і передньо-бокові ділянки шиї, кінцівки), зазвичай, не прикриті індивідуальними захисними броньованими елементами - найчастіше страждають від вогнепальних та мінно-вибухових поранень.

Середня зона обличчя включає ділянки носа, очниць, виличні, підочні, щічні ділянки. Травмування середньої зони обличчя може супроводжуватися переломом кісток носа (небезпечні кровотечі), вилично-орбітального комплексу (із пошкодженням стінок орбіти, біляносових пазух, контузією очного яблука), верхньої щелепи.

Виділяють три основні типи невогнепальних переломів верхньої щелепи (за Лефор):

I тип - нижній (горизонтальний, субназальний). Лінія перелому починається біля країв грушоподібного отвору та поширюється до заду, крізь горби верхньої щелепи та нижню третину крилоподібних відростків основної кістки. При однобічному переломі, його лінія поширюється по піднебінному шву, досягаючи м'якого піднебіння.

II тип - середній (пірамідальний). Лінія перелому проходить через перенісся, внутрішню та нижню стінки орбіти, по верхньощелепно-виличному шву до низу та до заду, через горб верхньої щелепи та крилоподібні відростки основної кістки.

III тип - верхній (суббазальний, черепно-лицеве роз'єднання). Супроводжується повним від'єднанням верхньої щелепи, носових, виличних кісток та крилоподібних відростків основної кістки від кісток мозкового черепа. Найважчий за характером та найскладніший у лікуванні, часто поєднується з переломом кісток основи черепа, що проявляється витіканням ліквору з носа і зовнішнього слухового проходу.

Клінічно всі типи переломів верхньої щелепи проявляються болями різної інтенсивності, які посилюються при змиканні зубів, вираженим набряком м'яких тканин обличчя, носовою кровотечею, патологічною рухомістю уламків верхньої щелепи, патологічним прикусом, утрудненим ковтанням та диханням внаслідок зміщення уламків верхньої щелепи до заду та вниз.

Нижня зона обличчя обмежена зверху лінією змикання зубних рядів, знизу - під'язиковою кісткою та лінією, проведеною від неї до соскоподібних відростків. Невогнепальні травми цієї зони часто супроводжуються переломом нижньої щелепи різного характеру (одинарний, подвійний, багатоуламковий, одно-, двобічний, із зміщенням та без зміщення уламків) та локалізації (альвеолярного відростка, підборідкової ділянки, тіла, кута, гілки, суглобового, вінцевого відростків).

Клінічні прояви залежать від місця та характеру перелому. Скарги на біль у ділянці зламанної щелепи, що посилюється при жувальних рухах, ковтанні, неправильний прикус. Множинні, двобічні переломи можуть проявлятися вираженою кровотечею, з аспірацією та обтурацією верхніх дихальних шляхів,

деформацією обличчя, внаслідок значного зміщення уламків. Двобічний перелом підборідкової ділянки щелепи, до якої кріпляться м'язи язика, супроводжується западінням язика, дислокаційною асфіксією.

Вогнепальні поранення середньої і нижньої зони обличчя супроводжуються великим обсягом руйнування м'яких тканин, кісток, з утворенням дефектів, пошкодженням очей, слинних залоз, язика, зубів, гортані, глотки, великих судин. Ризик виникнення небезпечних для життя ускладнень (тяжка кровотеча, всі види асфіксії") значно вищий, ніж при невогнепальних травмах. Тому надання медичної допомоги саме цій групі поранених повинно бути пріоритетним.

Анатомо-фізіологічні особливості щелепно-лицевої ділянки:

1. Розвинута судинна мережа і особливості кровопостачання обличчя, наявність великих судин загрожує значною крововтратою, обтураційною та аспіраційною асфіксією, швидким поширенням інфекції. Вона водночас забезпечує високі регенераційні властивості тканин обличчя, можливість накладення первинного шва.

2. Наявність початкових відділів верхніх дихальних шляхів вимагає своєчасної ревізії та забезпечення їх прохідності, особливого виду транспортування тяжкопоранених (на боці, на животі).

3. Близькість розташування важливих органів (головний і спинний мозок, органи зору, нюху, мовлення, слуху і вестибулярного апарату), які часто пошкоджуються при травмах обличчя, що впливає на тяжкість стану пораненого.

4. Наявність м'якої, жувальної мускулатури зумовлюють спотворення обличчя, внаслідок широкого зіяння ран, зміщення кісткових уламків, до яких прикріплені м'язи, імітуючи несправжні дефекти, порушення вимови, вживання та пережовування їжі.

5. Зуби та зубні протези сприяють додатковому травмуванню тканин, інфікуванню при переломах щелеп, є джерелом вторинних снарядів, що ранять, сторонніх тіл, із ризиком їх аспірації. Наявність достатньої кількості зубів сприяє

надійній тимчасовій, транспортній, а на послідуєчих етапах - постійній іммобілізації уламків щелеп.

6. Наявність слини. При лицевих проникаючих травмах, в тому числі після операційних втручань у ротовій порожнині, на щелепах, рефлекторно змінюється її кількість та якість - зростає слиновиділення, кількість лізоциму слини. Це сприяє швидшому очищенню, загоєнню, захисту ран ротової порожнини після їх ранньої хірургічної обробки. При несвоєчасному закритті ран обличчя та шиї, що з'єднані з ротовою порожниною або з пошкодженою слинною залозою, формуються слинні нориці, грубі рубці.

7. Значний набряк тканин виникає за рахунок добре розвинутої лімфатичної системи щелепно-лицевої ділянки. У випадку застосування противником хімічної зброї щелепно-лицеві поранені не в змозі користуватися звичайним армійським протигазом.

8. Поранення ЩЛД часто супроводжуються пошкодженнями головного мозку, ЛОР-органів та органів зору, тобто відносяться до множинних поранень голови, що потребує додаткової допомоги суміжних спеціалістів.

Діагностика поранень ЩЛД не викликає труднощів у 90-95% випадків при наявності рани, кровотечі, асфіксії, порушення співвідношення щелеп. Складність виникає при множинних проникаючих пораненнях, коли важко або неможливо встановити вхідний і вихідний отвори. При діагностиці поранень ЩЛД використовують клінічні, лабораторні та додаткові (спеціальні) методи обстеження. Так, при *місцевому огляді* визначають вид рани, її локалізацію, глибину, наявність та характер сторонніх тіл, асиметрії обличчя, набряку, гематом. При *пальпації* виявляють порушення цілісності кісток лицевого скелету, порушення прикусу, оцінюють величину набряків та гематом.

Серед спеціальних методів обстеження переважає *рентгенологічне обстеження* лицевого черепа в різних проєкціях. При необхідності - в спеціальних проєкціях (знімки нижньої щелепи, кісток носа, орто-пантомографія тощо). Велику інформативність має САГ лицевого скелету з 3D реконструкцією. За допомогою *ендовідеоскопа* проводять візуальний огляд (ревізію, санацію) верхньощелепних,

фронтальних і основних синусів. М'які тканини ЩЛД досліджують за допомогою ультразвукового обстеження та магнітно-резонансної томографії.

Оцінка тяжкості поранень щелепно-лицевої ділянки

Для правильної організації роботи та ефективного лікування щелепно-лицевих поранених важливим є визначення ступеня тяжкості поранень та ступеня пошкодження тканин щелепно-лицевої ділянки В залежності від ступеня тяжкості всі щелепно-лицеві ушкодження розподіляються на: легкі - 51%, середньої тяжкості - 32%, тяжкі (в тому числі, вкрай тяжкі) - 17%. Термін лікування *легкопоранених* - до 30 діб. Прогноз сприятливий, всі поранені повертаються до строю. Поранені направляються на лікування у військово-медичні заклади III рівня медичної допомоги, де розгорнуті спеціалізовані (щелепно-лицеві) відділення.

Оцінка тяжкості поранень щелепно-лицевої ділянки

Ступінь тяжкості	Клінічні прояви
Легкий	Ізольовані поранення, які не проникають в порожнину рота та біляносові пазухи; без дефекту м'яких та кісткових тканин; без пошкодження скронево-нижньощелепного суглобу (СНЩС), великих слинних залоз, основних гілок зовнішньої сонної артерії та лицевого нерва; сліпі поранення губ, повік, носа, вушних раковин, без дефекту тканин, неповні переломи нижньої щелепи (тріщина, крайовий, дірчастий); ізольовані поранення альвеолярного відростка в межах 3-1 зубів; садна, забої м'яких тканин, гематоми обличчя, опіки I-II ст.
Середній	Ізольовані поранення, які проникають в порожнину рота та біляносові пазухи; без дефекту м'яких та кісткових тканин; наскрізні поранення губ, повік, носа, вушних раковин, без дефекту тканин, обширні поранення м'яких тканин обличчя та шиї без дефекту тканин та пошкодження кісток лицевого скелету, СНЩС, великих слинних залоз, основних гілок зовнішньої сонної артерії та лицевого нерва, вогнепальні переломи кісток лицевого скелету без дефекту кістки; ізольовані

	поранення альвеолярного відростка в межах від 4 і більше зубів, опіки ІІ—ІІІ ст.
Тяжкий	Вогнепальні обширні поранення м'яких тканин і кісток лицевого скелету, які проникають в порожнини рота, носа або біляносові пазухи, з дефектом тканин, з пошкодженням СНЩС, слинних залоз, сонних артерій та їх гілок, лицевого нерва, поєднані з пошкодженням ЛОР-органів, очей, мозкового черепа, головного мозку; обширні поранення повік, носа, вушних раковин і губ з їх дефектом; ампутація частин та органів обличчя (носа, губ, вушних раковин, язика); поранення з важкими ранніми ускладненнями.

Поранених із травмами середньої тяжкості направляють на лікування в клініки щелепно-лицевої хірургії та стоматології ВМКЦ (ІІІ - ІV рівень медичної допомоги) з термінами лікування - до 60 діб. Прогноз сприятливий, більшість поранених повертаються після лікування та реабілітації до лав Збройних Сил.

Тяжкопоранених направляють на лікування в клініку щелепно-лицевої хірургії та стоматології ГВМКЦ (ІV рівень медичної допомоги) з термінами лікування - 90-120 діб. У більшості випадків (95%), прогноз для життя сприятливий. Поранені потребують тривалого, етапного лікування та реабілітації в спеціалізованих медичних закладах. У 70% випадків визнаються непридатними для подальшого проходження служби.

Медична допомога на ЕМЕ

Базовий рівень медичної допомоги. Медична допомога пораненим ЩЛД на полі бою надається в порядку само- та взаємодопомоги, санітаром, санітарним інструктором і вирішує наступні завдання: профілактика асфіксії, зупинка кровотечі та протишокові заходи, антибіотики внутрішньо.

При ознаках *асфіксії* слід негайно звільнити ротову порожнину та верхні дихальні шляхи (порожнина рота, носа, глотки) від сторонніх тіл, крові, слизу, блювотних мас. При западанні язика, його фіксують до комірця шпилькою, утримують язикотримачем, вводять повітропровід. Щелепно-лицевих поранених слід вкладати на носі обличчям вниз або на бік, що суттєво знижує ризик розвитку асфіксії при подальшому транспортуванні.

Для *тимчасової зупинки кровотечі* використовують пальцеве притиснення, тугу тампонаду рани та накладання асептичної давлучої пов'язки. Зупинка кровотечі із сонної артерії проводиться методом притискання до поперечних відростків 5-7 шийних хребців.

Обов'язковим заходом цього рівня допомоги є введення знеболюючих препаратів та накладання асептичної пов'язки на рану. Щоб забезпечити транспортну іммобілізацію при ушкодженнях щелеп та пораненнях обличчя накладають пращеподібну пов'язку.

Перший рівень медичної допомоги. Спрямований на збереження життя і здоров'я пораненого, усунення і профілактику тяжких ускладнень поранень та підготовку до подальшої евакуації. Надається лікарями загальної практики та лікарем-стоматологом із застосуванням комплектно-табельного оснащення. Виділяють наступні сортувальні групи:

1-а - поранені, яким необхідно надати медичну допомогу за життєвими показами: з асфіксією; неефективно зупиненою зовнішньою кровотечею або з кровотечею, що продовжується; поранені з травматичним шоком.

I-б - поранені, яким медична допомога може бути відтермінована.

МД може надаватися як у мінімальному (1-а), так і у повному (I-а+б) обсязі в залежності від тактико-медичних обставин.

Невідкладні заходи першого рівня медичної допомоги (1-а) передбачають усунення асфіксії, тимчасову зупинку кровотечі, протишокову терапію, транспортну іммобілізацію та профілактику інфекційних ускладнень.

Для ефективної боротьби з асфіксією важливо визначити причину її виникнення.

Класифікація асфіксій при щелепно-лицевих ушкодженнях

Форма асфіксії	Причина виникнення	Заходи першого рівня медичної допомоги
Дислокаційна	Зміщення язика або (і) уламків щелеп внаслідок ушкодження	Фіксація язика, введення повітрово-проводу, транспортна іммобілізація щелеп, положення пораненого обличчям вниз на живіт або на бік
Обтураційна	Закриття отвору верхніх дихальних шляхів кров'яними згортками, сторонніми тілами	Видалення сторонніх тіл та згортків крові
Стенотична	Набряк, гематома в ділянці трахеї	Конікотомія
Клапанна	Закриття гортанного отвору клаптем пошкоджених м'яких тканин	Переміщення, підшивання або висічення звисаючого клаптя
Аспіраційна	Аспірація крові, уламків зубів та блювотних мас	Відсмоктування аспіраційних мас з верхніх дихальних шляхів

Для зупинки кровотечі накладають давлячі пов'язки, а при їх неефективності - застосовують тугу тампонаду рани або (при можливості) перев'язку судини в рані. При значній кровотечі в ділянці дна ротової порожнини або просвіту трахеї тугу тампонаду рани проводять після попереднього введення повітрово-проводу чи (при неможливості його введення) проведення конікотомії, трахеостомії.

Транспортна іммобілізація щелеп пораненим з переломами кісток, значними пораненнями м'яких тканин, з ушкодженням магістральних судин, нервів та слинних залоз проводиться за допомогою стандартної підборідкової праці з головною пов'язкою. При їх відсутності - проводять іммобілізацію за допомогою

імпровізованого бинтування (пращоподібна пов'язка), яке дозволяє забезпечити фіксацію ушкодженої щелепи в статичному положенні на період евакуації.

Другий рівень медичної допомоги. Кваліфікована медична допомога надається хірургами та лікарем стоматологом. Виділяють наступні сортувальні групи:

II-а- поранені з ознаками асфіксії, не зупиненою кровотечею або в стані травматичного шоку.

II-б - всі інші поранені з переломами кісток і пошкодженнями м'яких тканин ЩЛД.

Медична допомога щелепно-лицевим пораненим надається за життєвими показами. При неможливості усунення асфіксії за допомогою стандартних заходів звільнення дихальних шляхів показана операція трахеостомія.

Методика трахеостомії. Поранений знаходиться у положенні лежачи на спині. Після антисептичної обробки передньої поверхні шиї та місцевої інфільтраційної анестезії лікар прощупує нижній край щитоподібного хряща, під яким розташований перснеподібний хрящ. Проводять горизонтальний розріз шкіри на рівні 2-3, або 3-4 кільця трахеї, довжиною 5-6 см. Розтинають шкіру, підшкірну клітковину та поверхневу фасцію шиї. Розташовані в підшкірній клітковині середні вени шиї відводять вбік або перев'язують та розрізають, далі розтинають другу фасцію шиї. За допомогою кровоспинних затискачів тупим шляхом розшаровують клітковину, розтинають третю фасцію шиї та розводять гачками вбік м'язи гортані, що знаходяться під цією фасцією. Тупим гачком перешийок щитоподібної залози відводять догори. Гострими однозубими гачками з двох боків захоплюють та піднімають трахею. Скальпелем розтинають 2 кільця трахеї (4-е та 5-е). При розкритті дихальної трубки виникає кашльовий рефлекс - ознака пересічення стінки трахеї на всю товщину. Краї трахеї розводять у сторони розширювачем, після чого в отвір вводять трахеостомічну трубку у наступній послідовності: при зануренні кінця трубки в отвір трахеї, трубка повинна бути встановлена у поперечному напрямку, а потім її переводять у вертикальне положення та повільно занурюють до контакту щитка зі шкірою шиї. На краї рани накладають декілька швів, а трахеостомічну трубку за вушка фіксують смужками бинта до шиї. На лінію швів накладають

асептичну марлеву пов'язку. Пораненим проводять інгаляцію киснем та, при необхідності, штучну вентиляцію легень.

Зупинка кровотечі в ЩЛД можлива за допомогою перев'язки судин у рані. При неефективності цього методу проводять туго тампонаду рани, прошивання судин через масив оточуючих тканин. При необхідності, тампонаду ротової порожнини проводять після трахеотомії.

У випадку неефективної зупинки кровотечі з глибоких ран дна ротової порожнини та підщелепової ділянки вищевказаними методами, необхідно проводити перев'язку зовнішньої сонної артерії на боці ушкодження.

Техніка перев'язки зовнішньої сонної артерії. Після антисептичної обробки передньої та бокової поверхні шиї та здійснення інфільтраційної анестезії проводять розріз по передньому краю грудинно-ключично-соскоподібного м'язу від рівня кута нижньої щелепи до рівня щитоподібного хряща. Розтинають шкіру, підшкірну клітковину та підшкірний м'яз. У верхньому відділі рани під цим м'язом знаходиться зовнішня яремна вена, яку можна перев'язати і пересікти або відвести вбік. Тупо препарують тканини по передньому краю грудинно-ключично-соскоподібного м'язу. Пальпують пульсацію сонної артерії. Над сонною артерією знаходяться венозні судини та під'язиковий нерв, які зміщують вбік та обережно розтинають фасціальне ложе загальної сонної артерії. Між загальною сонною артерією та внутрішньою яремною веною розташований блукаючий нерв, який слід виділити та змістити вбік. Потім доходять до біфуркації сонної артерії на рівні щитоподібного хряща. Важливо правильно ідентифікувати зовнішню сонну артерію - на відміну від загальної сонної вона має периферичні артеріальні гілки. Після обережного відділення зовнішньої сонної артерії від внутрішньої яремної вени та блукаючого нерва під неї з боку вени підводять дві товсті лігатури. Лігатури зав'язуються на відстані 1 см одна від одної між верхньою щитоподібною та язиковою артеріями. Для запобігання утворення пролежнів та прорізування лігатур зовнішню сонну артерію після її перев'язки перетинають. М'яз укладають на місце, тканини пошарово зашивають, залишаючи в рані гумовий дренаж. Накладають асептичну марлеву пов'язку.

Для тимчасової (транспортної) іммобілізації уламків щелеп на II рівні медичної допомоги застосовують стандартну транспортну пов'язку (підборідна

шина з головною пов'язкою) або один із методів бинтування. Міжщелепне лігатурне зв'язування можна проводити лише при наявності достатньої кількості опорних зубів на щелепах та відсутності супутніх ускладнень (комбіноване поранення, значний набряк тканин, небезпека виникнення блювання у пораненого тощо).

Всім пораним призначають знеболюючі та антибактерійні препарати. Важливим на даному рівні допомоги є забезпечення щелепно-лицевих пораних напоями, а при затримці евакуації, і організація харчування (через зонд). Всі щелепно-лицеві поранені повинні бути оглянуті лікарем-стоматологом зі зняттям пов'язки. Лікар встановлює діагноз та визначає ступінь тяжкості поранення, тобто проводить евакуаційно-транспортне сортування. Після цього пораних направляють до лікувальних закладів відповідного рівня.

ПХО ран щелепно-лищевої ділянки на II рівні медичної допомоги не проводять. Такі рани лише промивають антисептичними розчинами, видаляють видимі сторонні тіла (туалет рани). При сприятливій обстановці можливе лікування пораних з легкими ушкодженнями, з терміном лікування до 10 діб. До таких ушкоджень відносять: садна, незначні різані рани м'яких тканин, переломи окремих зубів, тощо. Таким пораним лікар-стоматолог проводить ПХО та комплексне лікування у повному обсязі до виписки з госпіталю.

Третій і четвертий рівні медичної допомоги. Спеціалізована медична допомога щелепно-лицевим пораним надається в спеціалізованих відділеннях (клініках) військово-медичних та цивільних закладів. У залежності від медично-тактичних обставин СХД III рівня може надаватися в мінімальному (III-а) та в повному обсязі.

При наданні спеціалізованої допомоги при вогнепальних пораненнях ЩЛД на III рівні необхідно: провести оцінку загального стану пораненого з визначенням необхідності проведення невідкладних заходів (асфіксія, кровотеча, шок); зняти пов'язки, оглянути, виконати пальпацію і ревізію місця поранення починаючи з вхідного отвору; визначити напрямок ходу ранового каналу, можливості травмування життєво-важливих анатомічних структур; дослідити вихідний отвір, а при сліпих пораненнях - протилежний до поранення бік голови, шиї, де умовно міг знаходитися вихідний отвір. Необхідно порівняти дані об'єктивного,

рентгенологічного та інших досліджень для визначення подальшої тактики, терміновості та обсягу хірургічного втручання, а також необхідності участі фахівців суміжних спеціальностей (нейрохірург, офтальмолог, ЛОР). Спеціалізоване лікування щелепно-лицевих поранених передбачає: остаточну зупинку кровотечі та забезпечення нормального дихання, одномоментну та вичерпну первинну хірургічну обробку ран з первинною пластикою м'яких тканин та фіксацією кісткових уламків, проточно-промивним дренажуванням рани та оточуючих просторів, інтенсивну терапію в післяопераційному періоді, активне лікування ран, спрямоване на створення сприятливих умов для їх загоєння (антибактеріальна терапія, покращення мікроциркуляції тканин), комплексне медикаментозне лікування, профілактика та лікування можливих ускладнень, забезпечення нормального харчування, надання стоматологічної та зубопротезної допомоги.

Вичерпна ПХО рани ЩЛД має певні особливості, зважаючи на добру васкуляризацію тканин, патогенність мікрофлори ротової порожнини, високу функціональну та косметичну значимість цієї зони. Радикальність хірургічної обробки досягається не максимальним висіченням змінених тканин зони вторинного некрозу, а за рахунок створення оптимальних умов у рані для відновлення їх життєздатності. Крім цього, ПХО рани обличчя за своїм обсягом є первинним відновлювальним хірургічним втручанням і включає п'ять обов'язкових послідовних етапів:

Перший етап - хірургічна обробка м'яких тканин обличчя та ротової порожнини. Виконують розсічення та ревізію ранового каналу, зупинку кровотечі, пошарове економне висічення нежиттєздатних тканин. Видаляють кров'яні згортки, сторонні тіла у глибині рани і прилеглих тканинах (уламки коронок і коренів зубів, нежиттєздатні дрібні і великі кісткові уламки). Закінчують цей етап струменевим промиванням рани значною кількістю антисептичного розчину.

Другий етап — хірургічна обробка кісткової рани. Видаляють дрібні кісткові уламки, що втратили зв'язок з окістям та кісткові уламки, жорстка фіксація яких неможлива. Після цього згладжують фрезою або кістковими кусачками гострі краї кісткових уламків, при необхідності, видаляють зуби або корені з зони перелому.

Під час хірургічної обробки вогнепальних ран у ділянці верхньої щелепи проводять ревізію верхньощелепної порожнини з накладенням широкого співустя між пазухою та нижнім носовим ходом. Тампонаду верхньощелепової пазухи проводять при наявності значної кровотечі та для додаткової фіксації уламків стінок пазухи. При наскрізних ушкодженнях щелепно-лищевої ділянки хірургічну обробку проводять з боку вхідного та вихідного отворів. Спочатку обробляють рану з інтенсивною кровотечею, значною гематомою та з більшим обсягом ушкоджених тканин.

Операційний доступ через рот, поширений для лікування невогне-пальних, одинарних лінійних переломів не показаний для проведення остеосинтезу складних вогнепальних переломів нижньої щелепи, з дефектами її окремих ділянок. Стандартом при лікуванні вогнепальних переломів нижньої щелепи слід вважати підщелеповий доступ, який дозволяє провести повноцінну ревізію та оцінку травмованої ділянки, ПХО рани, кінцевий гемостаз, видалити сторонні тіла, провести правильну відкриту репозицію та фіксацію уламків, первинно-пластичну операцію на кістці та м'яких тканинах, забезпечити достатнє дронування рани.

Третій етап - репозиція та фіксація кісткових уламків щелеп. Репозиція кісткових уламків відновлює початковий стан кісткової структури та сприяє зупинці кровотечі з кісткової рани. Одномоментна жорстка фіксація переломів сприяє відновленню мікроциркуляції в тканинах, чим зменшує ризик розвитку ранової інфекції. Лікування ізольованих переломів, в основному, не викликає труднощів, якщо проведена правильна та своєчасна іммобілізація уламків. Множинні переломи потребують більш складніших та триваліших термінів лікування. При лінійних переломах щелеп та наявності достатньої кількості зубів фіксацію кісткових уламків проводять за допомогою стрічкових стандартних або алюмінієвих гнутих назубних шин. При більш складних ушкодженнях кісток щелепно-лищевої ділянки фіксацію проводять за допомогою титанових міні-пластинок, реконструктивних пластин з гвинтовою фіксацією, або апаратами для позавогнищевого остеосинтезу (модифікації апарату Рудько).

Четвертий етап - дронування рани. Зважаючи на наявність зони вторинного некрозу, дронування є важливим і обов'язковим елементом первинної хірургічної

обробки вогнепальної рани ЩЛД. Перевага надається різним способам ефективного активного (проточно-промивного) дренивання.

П'ятий етап - зашивання рани. Проводять пошарово. Спочатку ретельно закривають оголені ділянки кістки. Потім зашивають слизову оболонку ротової порожнини для ізоляції рани від патогенної мікрофлори, що міститься в порожнині рота.

Первинний шов накладають на рану в ділянці повік, крил носа, губ.

Первинний шов на шкіру накладають при умовах: відсутності у рані запальних змін, (при проведенні ПХО у 1-2 добу після поранення); відсутності натягу шкіри при накладанні звичайного шва, пластики місцевими тканинами зустрічними трикутними або ротаційними клаптями. В інших випадках на шкіру накладають провізорні або первинно-відтерміновані шви.

Інтенсивна післяопераційна терапія при вогнепальних пораненнях ЩЛД носить комплексний характер і спрямована на створення умов для оптимального загоєння рани, профілактику післяопераційних дефектів, запальних ускладнень та відновлення втрачених функцій.

Ускладнення вогнепальних поранень щелепно-лищевої ділянки розподіляють на ранні (що виникли внаслідок травми) та пізні. До *ранніх* відносять: асфіксію, кровотечу, шок, втрату свідомості, нагноєння ран. До *пізніх* - вторинні кровотечі, бронхо-пульмональні ускладнення, незрощення переломів, травматичний та вогнепальний остеомієліт, контрактура нижньої щелепи, зубо-щелепні деформації, слинні нориці та інші).

Асфіксію поділяють на дислокаційну, обтураційну, стенотичну, клапанну та аспіраційну (ДОСКА). Всі види асфіксій потребують надання негайної медичної допомоги, а іноді хірургічного втручання (конікотомія, трахеотомія).

Кровотечі бувають первинні і вторинні, ранні та пізні. Також кровотечі можуть відрізнятися ступенем крововтрати (легкий, середній, тяжкий).

Ранні кровотечі можуть виникати на 1-2 добу після поранення, пізні - на 7-14 день після поранення. Вони, як правило, пов'язані з руйнуванням тромбу або судинної стінки внаслідок гнійного процесу.

Пізні вторинні кровотечі бувають одноразові та багаторазові. При виникненні кровотечі проводять тампонаду, затискання судини кровоспинним затискачем та її перев'язка, якщо це зробити неможливо - виконують перев'язку зовнішньої сонної артерії.

Втрата свідомості при пораненнях у ЩЛД виникає в зв'язку зі струсом або забоєм головного мозку. *Травматичний шок* при вогнепальних пораненнях ЩЛД спостерігається не так часто. Його клінічна картина мало чим відрізняється від шоку при пораненнях інших локалізацій.

При значних ураженнях нижньої щелепи, пораненнях тканин дна порожнини рота, язика, м'якого піднебіння або глотки спостерігаються *bronхо-пульмональні ускладнення* у вигляді бронхіту, трахео-бронхіту, бронхо-пневмонії та інше. Це пов'язано з функціональними порушеннями після поранення, аспірацією крові та вмісту ротової порожнини, аспірацією блювотних мас тощо. Розвитку бронхо-пульмональних ускладнень найчастіше сприяють ротовий тип дихання, наявність трахеостоми, зниження захисних сил організму, крововтрата, недостатнє харчування, переохолодження та інше.

Найбільш частими ускладненнями при вогнепальних пораненнях ЩЛД є розходження швів і нагноєння ран.

Причинами *розходження швів* є: прорізування швів, внаслідок неправильного їх накладання (поверхнево, без захоплення дна рани, близько до країв рани, прошивання глибоких ран одним швом, без пошарового зашивання); зашивання ран м'яких тканин (особливо слизової оболонки) із наявним незафіксованим переломом щелепи; неправильне розташування фіксуючих елементів на відламках; розташування лінії шва над природніми порожнинами (гайморова пазуха, порожнини носа, орбіта), або над дефектами підлеглих тканин, без попереднього їх дренирування, заповнення йодоформним тампоном (жировою клітковиною, м'язом), або пластичного закриття.

Причинами *нагноєння вогнепальних ран* ЩЛД є: неповноцінна ревізія, ПХО ран із залишенням сторонніх тіл, дрібних кісткових уламків, нежиттєздатних тканин, гематом, недостатній гемостаз; наявність великих за площею, глибоких, роздавлених, скальпованих ран, з'єднаних з ротовою порожниною; недостатня

мобілізація тканин довкола рани, особливо при закритті дефектів; неправильне формування клаптів м'яких тканин та переміщення в зону дефекту, що супроводжується порушенням їх трофіки, натягом; накладання глухого шва на свіжі вогнепальні рани; неналежне дренивання; використання шовного матеріалу, який не відповідає за розміром та призначенням; недо тримання режиму харчування через зонд при проникаючих у ротову порожнину пораненнях та правил гігієни ротової порожнини; наявність хронічних одонтогенних вогнищ інфекції.

При відсутності своєчасної ПХО вогнепальної рани щелеп з раціональним закріпленням уламків, майже завжди виникає *остеомієліт щелеп* (частіше нижньої). Розвитку остеомієліту сприяє тяжкість анатомічних уражень кістки та м'яких тканин, постійне інфікування зони ураження вмістом ротової порожнини та мікрофлорою хронічних одонтогенних вогнищ, неправильна або неповна хірургічна обробка рани, іммобілізація, дефекти післяопераційного ведення рани.

Перебіг вогнепального остеомієліту поділяють на гострий та хронічний періоди. Для гострого періоду характерне поступове наростання запальних явищ в ураженій кістці, набряк та інфільтрація м'яких тканин, гіперемія, збільшення місцевої температури. Як правило, на 10-20 добу, після розтину або самовільного випорожнення гнійників, з'являються нориці, що свідчить про перехід процесу в хронічну фазу. При рентгенологічному дослідженні виявляють ознаки остеопору, остеонекрозу, остеосклерозу, остеопериоститу і гіперостозу, утворення секвестрів.

Лікування вогнепального остеомієліту щелеп повинно бути комплексним та передбачає ліквідацію остеомієлітичного вогнища, а також всіх факторів що підтримують гнійний процес у кістці хірургічними методами.

Одним з ускладнень щелепно-лицевих поранень є *контрактура нижньої щелепи*. Для запобігання розвитку стійкої контрактури необхідно провести раннє видалення сторонніх тіл, репозицію зміщених уламків та їх фіксацію в правильному положенні. В лікуванні контра-ктур використовують механотерапію, лікувальну гімнастику та фізіотерапевтичні процедури.

Слинні нориці виникають при пораненні паренхіми слинної залози або її вивідного протоку. Досить часто слинні нориці закриваються самостійно при

рубцюванні рани, або при проведенні консервативної терапії. Якщо протягом 10-14 днів лікування нориця не закривається, проводять хірургічне лікування.

Медична реабілітація. Спрямована на відновлення втрачених функцій та соціальну адаптацію військовослужбовців з наслідками бойових щелепно-лицевих ушкоджень. При цьому проводять реконструктивні, пластичні операційні втручання для усунення рубцевих, посттравматичних та післяопераційних дефектів, деформацій м'яких тканин, кісток обличчя. Для усунення дефектів кісток застосовують ау-топластику, макро- та міні-титанові пластини з гвинтовою фіксацією.

Для відновлення функції жування використовують сучасні методи зубного протезування, дентальну імплантацію. Відновлення втрачених частин та органів обличчя (ніс, вухо, око) проводять шляхом заміщення їх лицевими протезами. В комплексній терапії широко застосовують фізіотерапевтичні методи лікування та лікувальну фізкультуру.

Прикінцеві положення

1. При наданні медичної допомоги пораненим у ЩЛД першочергове значення має забезпечення прохідності дихальних шляхів та профілактика аспірації.

2. При тяжких вогнепальних проникаючих пораненнях ЩЛД, багатоуламкових переломах щелеп необхідно проводити ПХО ран, остеосинтез уламків перелому та зашивання ран ротової порожнини, шинувати щелепи з міжзубною та міжщелепною фіксацією. Це дозволяє зменшити питому вагу розходження, прорізування швів ран ротової порожнини, нагноєння ран м'яких тканин, остеомієліту щелеп, не-прогнозованих посттравматичних деформацій зубних рядів і щелеп.

3. Пізнє проведення повторних хірургічних втручань, направлених на корекцію ускладнень (повторне накладання швів, некректомія, спорожнення гематом, видалення за показаннями зубів тощо) - негативно впливає на загальний стан пораненого, сприяє розвитку тяжких ускладнень.

Затримка евакуації на IV рівень медичної допомоги тяжкопоранених є наслідком недооцінки тяжкості поранення, переоцінки власних можливостей при

відсутності необхідного технічного оснащення і окремих матеріалів, а також досвіду надання допомоги.

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ НАДАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У МИРНИЙ ЧАС

Карієс зубів - одне з найбільш поширених стоматологічних захворювань. Незважаючи на значні досягнення у вивченні виникнення і розвитку захворювання, на сьогоднішній день продовжує залишатися серйозною проблемою. Це підтверджується високою поширеністю і інтенсивністю карієсу і свідчить про низьку ефективність лікування і профілактики карієсу. Ускладнений карієс - пульпіт, періодонтит- призводить до передчасної втрати зубів і розвитку патологічних станів у зубо-щелепної системи.

Розвиток стоматологічної служби за останні роки, висунуло на передній план питання підвищення якості лікування. Одним з основних напрямків забезпечення якості стоматологічної допомоги є стандартизація.

Надання терапевтичної стоматологічної допомоги проводиться в умови стоматологічного кабінету медичного пункту частини, військового госпіталю, військово-медичного клінічного центру. Військовослужбовці строкової служби відправляються на прийом згідно розпорядження начальника медичної служби частини, в супроводі медперсоналу з медичними картами військовослужбовців і супровідною документацією. Військовослужбовці контрактної служби та офіцерський склад в супроводі не потребують.

АЛГОРИТМ ДІЙ ЛІКАРЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КАРІЄСУ ЗУБОВ

На підставі даних, отриманих в ході:

- опитування (скарги, anamnesis morbi, anamnesis vitae),
- огляду,
- пальпації,
- зондування,
- перкусії;

- температурної діагностики (реакція на тепло, холод);
- вітального фарбування 2% водним розчином метиленового синього,
- електроодонтодіагностики (ЕОМ - 1, ЕОМ -3, тестер стану пульпи "Digitest", "Neosono"),
- рентгенологічного дослідження

Провести діагностику та диференційну діагностику і встановити діагноз відповідно до класифікації:

- гострий (хронічний) початковий карієс;
- гострий (хронічний) поверхневий карієс;
- гострий (хронічний) середній карієс;
- гострий (хронічний) глибокий карієс.

Вибрати метод лікування.

АЛГОРИТМ ДІЙ ЛІКАРЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КАРІЄСУ ЗУБОВ

На підставі даних, отриманих в ході:

- опитування (скарги, anamnesis morbi, anamnesis vitae),
- огляду,
- пальпації,
- зондування,
- перкусії;
- температурної діагностики (реакція на тепло, холод);
- вітального фарбування 2% водним розчином метиленового синього,
- електроодонтодіагностики (ЕОМ - 1, ЕОМ -3, тестер стану пульпи "Digitest", "Neosono"),
- рентгенологічного дослідження

Провести діагностику та диференційну діагностику і встановити діагноз відповідно до класифікації:

- гострий (хронічний) початковий карієс;
- гострий (хронічний) поверхневий карієс;
- гострий (хронічний) середній карієс;
- гострий (хронічний) глибокий карієс.

Вибрати метод лікування.

Алгоритм лікування гострого початкового карієсу (мал.1)



Мал.1 Гострий початковий карієс

Етапи лікування:

- Очистити поверхні зуба від нальоту;
- ізолювати зуб від ротової рідини;
- обробити поверхню зуба 0,5-1% розчином перекису водню;
- Висушити;
- Провести аплікацію ремінералізує препаратами протягом 15-20 хвилин (10% розчин глюконату кальцію, 3% розчин «ремодента», 2,5% розчин гліцерофосфату кальцію);
- Висушити поверхню зуба слабким струменем теплого повітря;
- Нанести фторвмісні препарати (2% розчин фториду натрію, Sol. Fluocali, Fluocal-gel (рис.2).



Мал.2 Fluocalgel (фирмаSeptodont)



Малюнок 3 Поверхневий карієс

Сошліфовиваніє ураженої ділянки емалі і місцеве застосування засобів, що надають ремінералізуєуще дію. Або використаннє композитних пломбувальних матеріалів з препаруваннє твердих тканин.

Алгоритм лікуваннє середнього карієсу (мал.4)



Мал 4. Середній карієс

Етапи лікування:

- Очистити поверхні зуба від нальоту;
- обезболить (анестезія аппликаційна, інфільтраційна або провідникова);
- Препарувати каріозну порожнину;
- Ізолювати зуб від ротової рідини;
- Провести медикаментозну обробку порожнини 3% розчином перекису водню, 0,5% розчином хлоргексидину біглюконат;
- Висушити порожнину ватними кульками або слабким струменем теплого повітря;
- Накласти ізолюючу прокладку (за показаннями);
- Запломбувати порожнину;
- Провести корекцію оклюзії (алмазні головки різної форми, 12-ти і 30-ти гранні оздоблювальні та полірувальні бори різної конфігурації);
- Провести шліфування, полірування пломби (гумові або силіконові головки, фініри і поліри, оздоблювальні та полірувальні диски, межпроксимальні смужки, полірувальні засоби)

Алгоритм лікування гострого глибокого карієсу

Етапи лікування:

1 відвідування

- Очистити поверхні зуба від нальоту;
- Знеболити (анестезія аплікаційна, інфільтраційна або провідникова);
- Препарувати каріозну порожнину;
- Ізолювати зуб від ротової рідини;
- Провести медикаментозну обробку порожнини теплим слабким розчином антисептика (3% розчин перекису водню, розчин фурациліну 1: 5000 і т.д.);
- Висушити порожнину ватними кульками або слабким струменем теплого повітря;
- Накласти одонтотропную пасту і тимчасову пломбу.

2 відвідування (через 1-2 дні).

При відсутності скарг:

- Видалити тимчасову пломбу;
- Накласти ізолюючу прокладку;
- Запломбувати порожнину;
- Провести корекцію оклюзії (алмазні головки різної форми, 12-ти і 30-ти гранні оздоблювальні та полірувальні бори різної конфігурації);
- Провести шліфування, полірування пломби (гумові або силіконові головки, фініри і поліри, оздоблювальні та полірувальні диски, межпроксимальні смужки, полірувальні засоби)

Алгоритм лікування хронічного глибокого карієсу

Етапи лікування:

- Очистити поверхні зуба від нальоту;
- Знеболити (анестезія аплікаційна, інфільтраційна або провідникова);
- Препарувати каріозну порожнину;
- Ізолювати зуб від ротової рідини;

- Провести медикаментозну обробку порожнини 3% розчином перекису водню, 0,5% розчином хлоргексидину біглюконат;
- Висушити порожнину ватними кульками або слабким струменем теплого повітря;
- Накласти ізолюючу прокладку (за показаннями);
- Запломбувати порожнину;
- Провести корекцію оклюзії (алмазні головки різної форми, 12-ти і 30-ти гранні оздоблювальні та полірувальні бори різної конфігурації);
- Провести шліфування, полірування пломби (гумові або силіконові головки, фініри і поліри, оздоблювальні та полірувальні диски, межпроксимальні смужки, полірувальні засоби)

АЛГОРИТМ СТОМАТОЛОГІЧНИХ МАНІПУЛЯЦІЙ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КАРІЄСУ

Вимоги до лікаря

Лікар знаходиться попереду і праворуч від крісла пацієнта, в лівій руці тримає дзеркало, в правій - зонд, екскаватор, гладилку, пінцет. Права рука лікаря під час роботи фіксована на підборідді пацієнта 4-м і 5-м пальцями.

Ізоляція зуба від ротової рідини

Ізолювати зуб від ротової рідини за допомогою ватних валиків, тіпсів, Слиновідсмоктувачі, пирососів, матричних систем, ретракційних ниток, хімічних засобів для ретракції ясен, Коффердамом.

Накладення ізолюючих прокладок

- Накладення ізолюючої прокладки зі штучного дентину.

Методика проведення:

На матову сторону скляної пластинки нанести окремо порошок дентину і 1 краплю дистильованої води (2: 1).

Додати порошок до води окремими порціями до повного його поглинання і розмішати металевим шпателем до отримання сметаноподібної консистенції (не більше 30 сек.).

Ввести дентин в порожнину одномоментно за допомогою гладилки.

Розподілити по дну порожнини за допомогою тугого ватного кульки.

Надлишок застиглої дентину видалити зі стінок порожнини за допомогою екскаватора.

Накладення ізолюючої прокладки з цинк-фосфатного цементу.

Методика проведення:

На скляну, ретельно висушену платівку, нанести порошок і рідина цинк-фосфатного цементу в співвідношенні 3: 1.

Порошок цементу розділити на частини ($1/2$, $1/4$, $1/8$, $1/16$).

Змішати металевим шпателем половину порошку з рідиною розмазують рухами.

Після отримання гомогенної маси до неї послідовно, ретельно перемішуючи, додати ще $1/4$, $1/8$, $1/16$ частини порошку для отримання необхідної консистенції цементу.

Загальний час змішування цементу не повинно перевищувати 1,5 хвилини.

Для перевірки консистенції до поверхні цементу щільно притиснути чистий шпатель. При відриванні шпателя від маси вона не тягнеться, а обривається, утворюючи зубці висотою не більше 1 мм.

Необхідна кількість змішаного цементу за допомогою гладилки внести однією-двома порціями в підготовлену порожнину.

За допомогою штопфером рівномірно розподілити матеріал по дну і стінок каріозної порожнини до емалево-дентинного з'єднання.

До початку затвердіння цементу видалити надлишки матеріалу зі стінок порожнини екскаватором або гладилкою.

Перевірити якість накладення ізолюючої прокладки (прокладка товщиною 1-1,5 мм повторює форму каріозної порожнини, доходячи до емалево-дентинного з'єднання).

• Накладення ізолюючої прокладки з склоіономерного цементу

Методика проведення:

На блок для змішування нанести рідину і порошок склоіономерного цементу (1 ложка порошку і 1 крапля дистильованої води).

Порошок цементу розділити на дві частини.

Змішати шпателем одну частину порошку з рідиною розмазують рухами.

Після отримання гомогенної маси до неї додати іншу частину порошку і, ретельно змішуючи, отримати необхідну консистенцію цементу (заміс триває 30 секунд).

Необхідна кількість замішаного цементу за допомогою гладилки внести однією-двома порціями в підготовлену порожнину.

За допомогою штопфером рівномірно розподілити матеріал по дну і стінок порожнини до емалево-дентинного з'єднання.

До початку затвердіння цементу видалити надлишки матеріалу зі стінок порожнини екскаватором або гладилкою.

Перевірити якість накладення ізолюючої прокладки (прокладка товщиною 0,5-1,0 мм повторює форму порожнини, доходючи до емалево-дентинного з'єднання).

Накладення лікувальних прокладок

- Накладення лікувальної прокладки хімічного затвердіння ("Life")

Методика проведення:

- Ізолювати зуб від ротової рідини;
- Провести медикаментозну обробку порожнини індиферентним антисептиком;
- Висушити порожнину;
- Приготувати лікувальну прокладку хімічної затвердіння:

На блок для замішування нанести основну і каталітичну пасти з двох туб в співвідношенні 1: 1.Смешайте.

- За допомогою гладилки матеріал внести на дно порожнини в область проекції рогів пульпи і розподілити штопфером;
- Підсушити слабким струменем повітря;
- Екскаватором видалити надлишки матеріалу зі стінок порожнини;
- Накласти тимчасову пломбу.

Накладання лікувальної прокладки світлового затвердіння ("Calcimol LC")

Методика проведення:

- Ізолювати зуб від ротової рідини;
- Провести медикаментозну обробку порожнини індиферентним антисептиком;
- Висушити порожнину;

- За допомогою гладилки матеріал внести на дно порожнини, розподілити штопфером. Товщина шару не більше 1 мм;
- Провести полімеризацію матеріалу протягом 20-40 секунд;
- Екскаватор видалити надлишки матеріалу зі стінок порожнини;
- Накласти тимчасову пломбу.
- Накладення лаку на основі гідроксиду кальцію ("Contrasil").
- Ізолювати зуб від ротової рідини;
- Провести медикаментозну обробку порожнини індиферентним антисептиком;
- Висушити порожнину;
- За допомогою брашіка або ватного кульки тонким шаром лаку покрити все дно порожнини;
 - Підсушити слабким струменем повітря;
 - Екскаватор або бором видалити надлишки матеріалу зі стінок порожнини;
- Накласти тимчасову пломбу.

Накладення тимчасової пломби

- Методика накладення тимчасової пломби з водного дентину:
 - ізолювати зуб від ротової рідини;
 - Висушити порожнину;
 - Приготувати тимчасову пломбу:

На скляну пластинку нанести необхідну кількість порошку дентину і води в співвідношенні 2: 1.

Поступово додавати порошок у воду і розтирають рухами шпателя довести суміш до густої сметаноподібної консистенції.

- Приготовлену масу гладилкою внести однією порцією в сформовану порожнину.
- Провести моделювання за допомогою ватного кульки. Тужавіння триває 3-5 хвилин. Контроль - повністю заповнена каріозна порожнина, прикус не завищений.

Методика видалення тимчасової пломби

За допомогою екскаватора, зонда або обертового бору видалити тимчасову пломбу.

Препарування каріозних порожнин

Матеріальне забезпечення:

- Комплект інструментів для обстеження та лікування зубів;
- Наконечник стоматологічний турбінний;
- Наконечник стоматологічний механічний;
- Бори алмазні кулясті (№ 3-5), Фіссурний (№ 3-5) для турбінного наконечника;
- Бори твердосплавні, сталеві для механічного наконечника: круглі (№ 5-7), обратноконусних (№ 5-7).

пломбування порожнини

Пломбування композиційними матеріалами хімічного затвердіння («Харизма»)

Методика проведення:

1. Ізолювати відпрепарованих зуб від ротової рідини.
2. Провести медикаментозну обробку порожнини.
3. Ретельно висушити порожнину повітрям.
4. Накласти прокладку (лікувальну, ізолюючу - за показаннями. Ізолювальна прокладка наноситься до емалево-дентинної кордоні).
5. протравами емаль.

Травильну рідину або травильний гель нанести на емаль на 20-60 сек.

6.Змити протруєння струменем води протягом 20-60 сек. (Не давати пацієнтові спльовувати!) І висушити порожнину повітрям.

7. Нанести адгезивную систему на емаль.

У кюветі по одній краплі каталітичної і базової рідини змішати протягом 5 10 секунд. Мікробрашем нанести на емаль і втирати 5 секунд. Внести другу порцію і роздути слабким струменем повітря.

8. Приготувати пломбувальний матеріал.

Нанести протилежними кінцями пластмасового шпателя на блокнот для замішування пломбувального матеріалу рівні порції каталізують і базової пасти (1: 1). Широким кінцем пластмасового шпателя провести заміс пломбувального матеріалу протягом 20 секунд.

9. Внести пломбувальний матеріал в полость 1-2 порціями з деяким надлишком, одночасно формуючи анатомічну форму зуба.

Час твердіння пломбувального матеріалу від початку замішування 2 хвилини.

10. Провести остаточну обробку пломби.

Остаточна шліфовка, поліровка через 5-7 мінут. Залишок застиглого матеріалу видалити алмазними або карборундовими головками.

Відшліфувати пломбу фінішними борами, гумовими головками.

Відполірувати пломбу гумовими ковпачками і щіточками з полірувальної пастою.

Пломбування каріозних порожнин композиційними матеріалами світлового затвердіння

Методика проведення:

1. Ізолювати відпрепарованих зуб від ротової рідини.

2. Провести медикаментозну обробку порожнини.

3. Ретельно висушити порожнину повітрям.

4. Накласти прокладку (лікувальну, ізолюючу - за показаннями).

5. протравами емаль і дентин.

Експозиція на емалі - 30 секунд, експозиція на дентині - 10-15 секунд.

6. Змити протруюють кислоту струменем води протягом 30 секунд.

7. Висушити порожнину струменем повітря: емалі до матового відтінку, дентину - до вологого дентину.

8. Нанести адгезивну систему з подальшим рівномірним розподілом струменем повітря і провести полімеризацію протягом 15- 20 секунд.

9. Нанести пошарово пломбу.

Гладилкою внести невелику порцію пломбувального матеріалу і штопфером провести конденсацію матеріалу. Провести полімеризацію матеріалу протягом 30-40 секунд. Внести наступні порції пломбувального матеріалу Косиначная типом черзі (товщина до 2 мл) конденсувати і полімеризувати кожен порцію окремо, до відновлення анатомічної форми зуба.

10. Провести остаточну обробку пломби.

Надлишок застиглого матеріалу видалити алмазними або карборундовими головками.

Відшліфувати пломбу фінішними борами, гумовими головками.

Відполірувати пломбу гумовими ковпачками і щіточками з полірувальної пастою.

11. Провести фінішне засвічування реставрації протягом 40 секунд.

Пломбування каріозних порожнин склоіономерними цементами

Методика проведення:

1. Підготувати зуб до пломбування.

2. Ізолювати зуб від ротової рідини.

3. Провести медикаментозну обробку порожнини.

4. Провести висушування порожнину повітрям.

5. Провести кондиціонування порожнини.

За допомогою пензлика обробити кондиціонером відпрепарованих порожнину протягом 15 сек.

Промити водою протягом 15 сек.

6. Злегка просушити порожнину повітрям (Не пересушити!).

7. Приготувати цемент для постійної пломби

Кілька разів струсити флакон з порошком, мірної ложкою набрати порошок з надлишком і видалити надлишок без тиску пластмасовим виступом в шийці флакона. Порошок помістити на паперовий блок.

Флакон з рідиною або дистильованою водою перевернути вертикально вниз і при легкому натисканні отримати необхідну кількість крапель (зразкове співвідношення порошок / рідина - 2/1).

Змішати відразу всю кількість порошку з рідиною протягом 20-30 сек. (Не потрібно значних розтираючих зусиль).

Правильно замішаний цемент в'язкий, поверхня його блискуча.

8. Накласти пломбу.

За допомогою гладилки або шпателя цементне тісто внести негайно! Після змішування невеликими порціями з ретельної конденсацією (з капсули СИЦ вноситься одномоментно!).

Гладилкою змодельовати пломбу протягом 1,5-3 хв. до початку затвердіння цементу (потускнення поверхні, поява ниток).

9. Захистити пломбу від слини шляхом покриття її захисним лаком.

10. Провести остаточну обробку пломби.

Проконтролювати висоту накладеної пломби з допомогою копійчального паперу, вміщеній між зубними рядами, шляхом введення запломбованого зуба в контакт з антагоністом, як в положенні центральної оклюзії, так і при бічних рухах нижньої щелепи.

Карборундовими або алмазними головками зняти ділянки пломби, підвищують прикус (після повного застигання пломби).

11. Відшліфувати пломбу фінішними, гумовими головками рухами від центру до краю пломби.

Остаточну обробку склоіономерної пломби проводять через 24 години!

Шліфування та полірування пломб

Матеріальне забезпечення:

- Набір стоматологічних інструментів;
- Дрібнозернисті алмазні бори для турбінного наконечника (З червоною, жовтою і білою індикацією) (рис. 6,7);
- твердосплавні бори (мал. 8);



Рисунок 8 Мультирифлоні твердосплавні бори

- резинові та силіконові поліровочні головки; щіточки (рис. 9,10)



Рисунок 9 Резинові та силіконові поліровочні головки



Рисунок 10 Щіточки

- набір дисків и дискоутримувач (мал. 11);



Мал. 11 Диски

- полірувальні пасти (рис. 12);



Мал. 12 Полірувальна паста

- артикуляційна бумага (мал.13);



Мал. 13 Артикуляційна бумага

Шліфування та полірування фотополімерних пломб

Методика проведення:

- На жувальну поверхню запломбованого зуба встановити папір артикуляції і перевірити прикус;
- Алмазний турбінним бором видалити надлишки матеріалу;
- Провести повторну перевірку прикусу за допомогою артикуляційного паперу;
- Спеціальними алмазними фініри (фінішними борами) згладити поверхню пломби, створюючи на її поверхні ямки, горбки, фісури;
- Рекомендується при обробці поверхні пломби на кордоні з емаллю використовувати карбідні бори або алмазні фінішні бори з білою маркуванням;
- Для обробки поверхні пломби на кордоні з цементом зуба використовувати спеціальні бори, кінчик яких вільний від абразивних частинок: це дає можливість не травмувати поверхню зуба і кругову зв'язку зуба.
- В місцях переходу композиту на тверді тканини зуба зонд повинен без затримок ковзати по всій поверхні;
- За допомогою полірувальних пластикових або гумових дисків і головок (набори «Enhance» («Caulr Dentsplay»), «Soft-Lex» («3M»)) поверхню реставрації вирівнюється, згладжується, видаляються шорсткості. Обробка проводиться без тиску на поверхню реставрації.
- З метою запобігання перегріву пульпи поверхню реставрації обробляємо переривчастими рухами, періодично змочуючи водою;
- Контактні поверхні обробляємо і поліруємо за допомогою спеціальних абразивних смужок (штрипсів). Працюємо обережно, щоб не травмувати ясна, губи і м'які тканини порожнини рота;
- Штрипси використовують з різним ступенем зернистості. Використовують смужки «Enhance» («Caulr Dentsplay»), «Yatubay» («Brasseler») на металевій основі; «Soft-Lex» («3M»), «Flexi Strip» («Cosmedent») на пластиковій основі та ін.
- Полірування реставрації проводиться спеціальними губками і полірувальними пастами, наприклад, «Enhance» («Caulr Dentsplay»). У комплект входить 2 види паст «Prisma Yloss»: для грубої і кінцевої полірування.
- Спочатку поверхню реставрації обробляють пастою для грубої полірування за допомогою щітки, яка вставлена в кутовий наконечник.

Полірування здійснюється на невисоких оборотах, у запобігання перегріву пульпи. Періодично рекомендується змочувати оброблювану поверхню водою.

- Для полірування кожної поверхні реставрації необхідно до 60 сек.
- На другому етапі таким же чином використовують пасту для кінцевої полірування, наприклад, «Prisma Yloss Extra Fine» протягом 60 секунд на кожену поверхню.
- Кінцева ефективність і правильність проведення визначається дзеркальним блиском висушеної поверхні реставрації, яка не відрізняється від блиску природної емалі зубів.
- Якість обробки контактних поверхонь визначається за допомогою дентальних флосів: нитка не повинна ніде застрягати, із зусиллям проходити контактний пункт і легко ковзати по контактній поверхні, без розривів.
- Після завершення полірування проводиться фінішна світлова полімеризація: кожна поверхня реставрації засвічується 10-20 сек. Промінь світла лампи направляється перпендикулярно засвічує поверхні при максимально близькому розташуванні до неї світловода лампи.

АЛГОРИТМ ДІЇ ЛІКАРЯ ПРИ лікуванні пульпіту

На підставі всього комплексу даних, отриманих в ході:

- суб'єктивного обстеження (паспортні дані, скарги, an. Morbi, an. Vitae,)
- об'єктивного обстеження:
 - Огляду,
 - Пальпації,
 - Зондування,
 - Реакції на температурні подразники,
 - Перкусії,
 - ЕОД (ЕОМ-1, ЕОМ-3),
 - Рентгенологічного дослідження

лікар-стоматолог ставить діагноз відповідно до класифікації (Яворская О.С., Урбанович Л.И., 1964):

I. Гострий пульпіт:

- Гіперемія пульпи;

- Травматичний пульпіт:
 - а) випадкове оголення пульпи;
 - б) перелом коронки з оголенням пульпи;
- Обмежений пульпіт;
- Дифузний (серозний) пульпіт;
- Гнійний пульпіт.

II. Хронічний пульпіт:

- Фіброзний пульпіт;
- Гіпертрофічний пульпіт;
- Гангренозний пульпіт;
- Конкрементозний пульпіт.

III. Загострення хронічного пульпіту

IV. Пульпіт, ускладнений періодонтитом.

- Вибирає метод лікування,
- Пацієнта інформує про можливі ускладнення в процесі лікування і варіанти результату лікування,
- Отримує письмову згоду на проведення лікування.

Алгоритм лікування пульпіту методом вітальної екстирпації
(В багатокореневих зубах).

Вимоги до лікаря:

Лікар знаходиться попереду і праворуч від крісла пацієнта. У лівій руці тримає дзеркало, в правій руці - інший інструмент. Права рука лікаря під час роботи фіксована на підборідді пацієнта 4-м і 5-м пальцями.

Всі маніпуляції виконувати з дотриманням правил асептики і антисептики.

Методика проведення:

1. Рентгенограма (читання, опис).
2. Антисептична обробка порожнини рота.
3. Знеболювання.
4. Очищення поверхні зуба від нальоту, відкладень.
5. Ізоляція зуба від вологи.

6. Повний препарування каріозної порожнини з урахуванням топографії порожнини зуба.
 7. Розтин і розкриття порожнини зуба.
 8. Пульпотомія: ампутація (видалення коронкової пульпи).
 9. Пульпектомія: викорінення (видалення кореневої пульпи)
 10. Медикаментозна та інструментальна обробка кореневих каналів на робочу довжину.
 11. Висушування кореневих каналів (паперові штифти).
 12. Пломбування кореневих каналів (до фізіологічного звуження).
 13. Рентгенологічний контроль ендодонтичного лікування.
 14. Ізолююча прокладка.
 15. Постійна пломба (реставрація).
- Диспансерне спостереження: не рідше 1 разу на рік.

Алгоритм лікування пульпіту методом девітальної екстирпації
(В багатокорневих зубі)

Вимоги до лікаря:

Лікар знаходиться попереду і праворуч від крісла пацієнта. У лівій руці тримає дзеркало, в правій руці - інший інструмент. Права рука лікаря під час роботи фіксована на підборідді пацієнта 4-м і 5-м пальцями.

Всі маніпуляції виконувати з дотриманням правил асептики і антисептики.

Методика проведення:

1-е відвідування:

1. Рентгенограма (читання, опис).
2. Антисептична обробка порожнини рота.
3. Часткове препарування каріозної порожнини і розтин порожнини зуба.
4. Ізоляція зуба від слини (валики, слюноотсос).
5. Накладення девіталізуючої пасти на розкриту пульпу (миш'яковистої - на 2 доби, параформальдегідной на 10-14суток).
6. Накладення пов'язки (водний дентин, дентин-паста).

2-е відвідування:

При відсутності скарг на причинний зуб:

1. Антисептична обробка порожнини рота.
2. Ізоляція зуба від вологи.
3. Видалення пов'язки.
4. Повний препарування каріозної порожнини з урахуванням топографії порожнини зуба.
5. Розкриття порожнини зуба.
6. Пульпотомія: ампутація (видалення коронкової пульпи).
7. пульпектомії: викорінення (видалення кореневої пульпи)
8. Медикаментозна та інструментальна обробка кореневих каналів на робочу довжину.
 9. Висушування кореневих каналів (паперові штифти).
 10. Пломбування кореневих каналів (до фізіологічного звуження).
11. Рентгенологічний контроль ендодонтичного лікування.
12. Ізолююча прокладка.
13. Постійна пломба (реставрація).

Диспансерне спостереження: не рідше 1 разу на рік.

ПРИ лікуванні пульпіту

Способи визначення робочої довжини:

- 1) табличний (розрахункова довжина зуба і кореня)

Визначення робочої довжини розрахунковим методом

Методика проведення:

1. Використовуючи таблицю показників топографічної анатомії зубів знайти премоляр нижньої щелепи.
2. По таблиці знайти середню довжину зуба (20-24 мм) (табл.1).

Переводчик Google для бізнеса –Инструменты переводчикаПереводчик сайтов

Таблица 1

Значения длины корня для различных зубов

Верхняя щелепа	Длина корня, мм	13,3	12,9	18,1	14	14.6	14,5	13,8	13,8
----------------	--------------------	------	------	------	----	------	------	------	------

Верхня щелепа (длина в мм.)	Максимальна	27,5	25	29,7	23	24	24	23	18
	Середня	25	23	27	21	22	22	21	20
	Мінімальна	22,5	21	24	19	20	20	19	16
Номер зуба		1	2	3	4	5	6	7	8
Нижня щелепа (длина в мм.)	Мінімальна	19	20	23,5	20	20	20	19	16
	Середня	21	22	26	22	22	22	21	18
	Максимальна	23	24	28,5	24	24	24	23	20
Нижня щелепа	Длина корня, мм	12,0	13,9	14,9	14,7	15,6	14,8	14,3	14,0

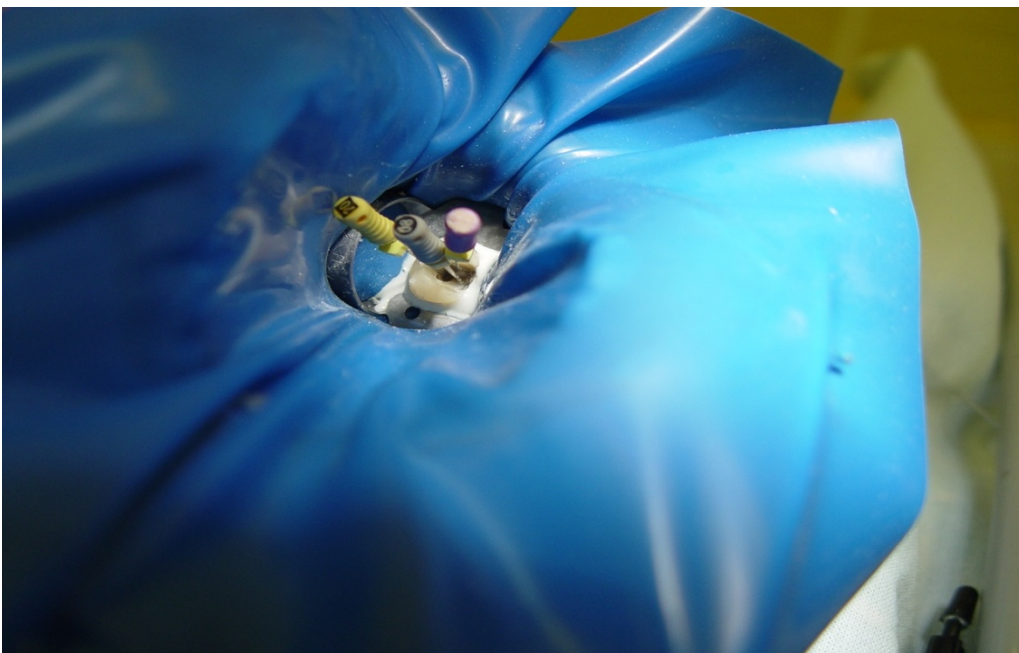
3. За допомогою ендодонтичної лінійки встановити стопер на длину 22 мм.

4. Увести інструмент в кореневий.

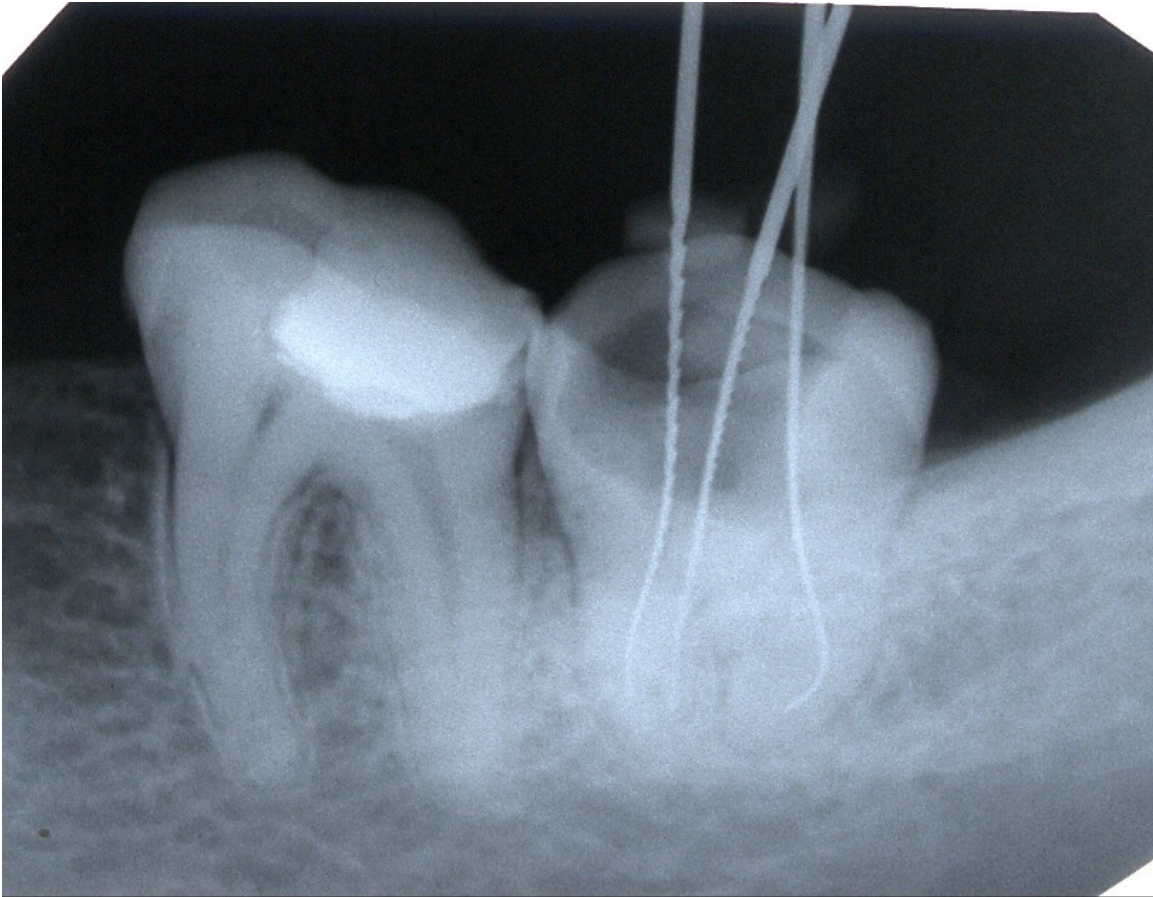
5. Помітити знайдену длину на усіх інструментах.

2) електрометрический метод (використання апекс локатора)

3) рентгенологічний



Мал 55. Ендодонтичні інструменти у корневих каналах



Малюнок 55. Рентгенограма зуба з ендодонтичними інструментами

Пульпектомії (екстирпація кореневої пульпи)

Методика проведення:

1. Препарування каріозної порожнини та порожнини зуба, ампутація пульпи.
2. Вибрати пульпекстрактора: його діаметр повинен бути достатнім для надійного захоплення пульпи і разом з тим не контактувати зі стінками корневого каналу (Мал.18).



Мал. 18. Пульпекстрактор

1. пульпекстрактори ввести в кореневий канал приблизно на 2/3 глибини між пульпою і стінкою кореневого каналу, повернути на 180° і витягти разом з пульпою.

2. Для успішної роботи з пульпекстрактора слід дотримуватися наступних додаткових умов:

а) працювати інструментом тільки в прямій частині кореневого каналу;

б) проштовхувати інструмент глибше, ніж на 2/3 довжини кореневого каналу;

в) НЕ проштовхувати інструмент в кореневий канал із зусиллям;

г) не застосовувати пульпекстрактора в кореневих каналах з рентгенологічно видимою облітерацією. 5. На скляній пластинці за допомогою зонда зняти пульпу з пульпекстрактора.

Оцінити її довжину, товщину, стан верхівкової частини (цілісність пульпи).

Медикаментозна обробка кореневого каналу за допомогою ватних турунд

Методика проведення:

1. Зуб, який підлягає лікуванню ізолювати валиками від ротової рідини. Сухими ватяними кульками висушити каріозну порожнину і порожнину зуба.

2. Змочити ватяну турунду на кореневої голці розчином антисептика, ввести її в кореневий канал і зворотно поступальною ходом голки промити кореневої канал.

3. Надлишки антисептика з кореневого каналу видалити сухою ватною турундой.

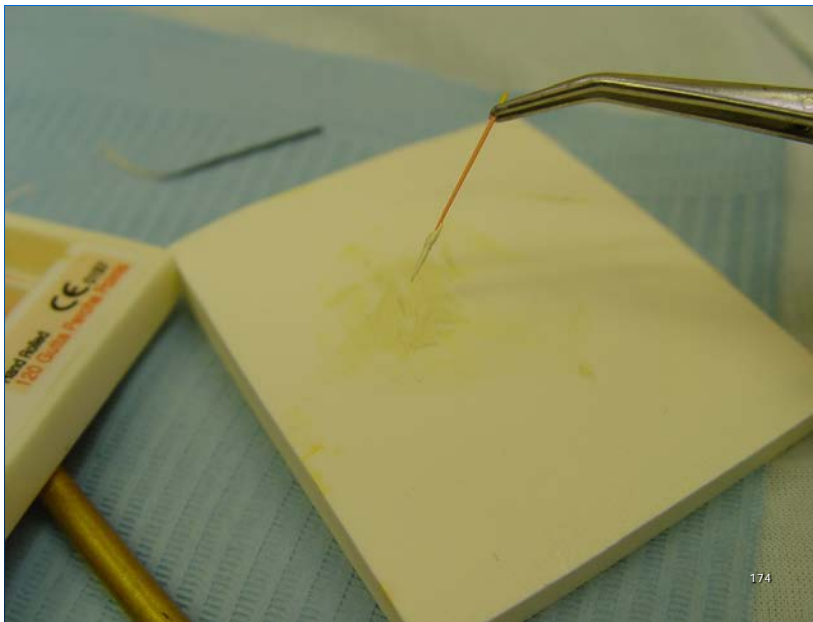
4. Повторити пункти 2,3.

5. Сухою ватною турундою на кореневої голці перевірити стан кореневого каналу, який повинен бути сухим, без ознак крові і вологи.

Пломбування кореневого каналу методом гутаперчевого моноштифта

Методика проведення:

1. Попередні етапи: хіміко-інструментальна обробка та висушування кореневого каналу.
2. Підібрати і припасовані гутаперчева штифт по діаметру і довжині (штифт не повинен досягати верхівкового фізіологічного отвору на 0,5-1мм).
3. На паперовий блок для замішування помістити порошок і рідина «Віедент» в пропорції відповідно до інструкції. Змішати їх шпателем в однорідну пастоподібну масу.
4. Зуб, який підлягає лікуванню, ізолювати валиками від ротової рідини.
5. каналонаповнювач зафіксувати в наконечнику, занурити в підготовлену пасту так, щоб на спіралі затрималося рівномірно невелика кількість матеріалу.
6. каналонаповнювач обережно ввести в кореневий канал на робочу довжину, включити мікромотор. Частота обертання каналонаповнювача 600-800 об / хв.
7. Виконати каналонаповнювачем кілька кругових рухів за годинниковою стрілкою. Продовжуючи кругові рухи, плавно витягти каналонаповнювач з кореневого каналу (10-15 сек).
8. Повторити пп. 5-7.
9. Гутаперчевий штифт занурити в сіллером і ввести в кореневий канал за допомогою пінцета (рис. 23).
10. Рентгенологічний контроль.
11. Підстава гутаперчевого штифта зрізати розігрітим екскаватором.



Мал 23. Гутаперчевий штифт

АЛГОРИТМ ДІЙ ЛІКАРЯ ПРИ лікування періодонтиту

На підставі всього комплексу даних, отриманих в ході:

- Проведення опитування (паспортна частина, скарги, анамнез morbi, vitae);
- Огляду, пальпації регіонарних лімфатичних вузлів і слизової оболонки по перехідній складці, зондування, порівняльної вертикальної і горизонтальної перкусії, визначення рухливості зубів;
- Проведення проби Лукомського (вазопареза), Дюпюитрена («пергаментного хрускоту»), Шмрекера («відбитого удару»)
- Температурної діагностики (реакція на тепло, холод);
- Електроодонтодіагностики (ЕОМ - 1, ЕОМ -3, тестер стану пульпи "Digitest", "Neosono");
- Оцінці рентгенологічного дослідження.

проводиться встановлення діагнозу відповідно до класифікації І.Г.Лукомського (1960):

I. Гострий періодонтит:

- серозний періодонтит;
- Гнійний періодонтит.

II. Хронічний періодонтит:

- Фіброзний періодонтит;
- Гранулюючих періодонтит;
- гранулематозний періодонтит.

III. Загострення хронічного періодонтиту.

Лікар-стоматолог визначає можливості і доцільність проведення ендодонтичного лікування, вибирає метод лікування, інформує пацієнта про можливі ускладнення в процесі лікування і варіанти результату, отримує його згоду.

Алгоритми лікування періодонтиту

Алгоритм лікування гострого серозного періодонтиту

Вимоги до лікаря:

Лікар знаходиться попереду і праворуч від крісла пацієнта, в лівій руці тримає дзеркало, в правій - зонд, екскаватор, гладилку, пінцет. Права рука лікаря під час роботи фіксована на підборідді пацієнта 4-м і 5-м пальцями.

Методика проведення:

1 відвідування:

- Рентгенограма (читання, опис)
- Антисептична обробка порожнини рота
- Знеболювання (анестезія аплікаційна, інфільтраційна, провідникова)
- Препарування каріозної порожнини (відповідно до топографією порожнини зуба)
- Розкриття порожнини зуба
- Видалення путридних мас з коронкової частини і з корневих каналів в поєднанні з медикаментозною обробкою
- Інструментальна обробка кореневого каналу на всю робочу довжину
- раскритіє верхівкового отвору
- Введення в кореневий канал турунди з медикаментозним препаратом (йодоформ, димексид, рідина Abscessremedi)
- Закриття каріозної порожнини герметичній пов'язкою при незначній кількості серозного ексудату в каналі
- Призначення болезаспокійливих, антигістамінних, протизапальних препаратів
- Антисептична обробка порожнини рота
- Видалення герметичної пов'язки
- Медикаментозна обробка корневих каналів антисептичними препаратами

- Інструментальна обробка кореневого каналу на всю робочу довжину з використанням відповідних розмірів ендодонтичного інструменту
- Висушування корневих каналів (ватяними турундами, паперовими штифтами)
- Пломбування кореневого каналу до анатомічної верхівки
- Рентгенологічний контроль
- Постійна пломба

Диспансерне спостереження (з рентгенологічним контролем, не рідше 1 разу на рік)

Алгоритм лікування гострого гнійного періодонтиту

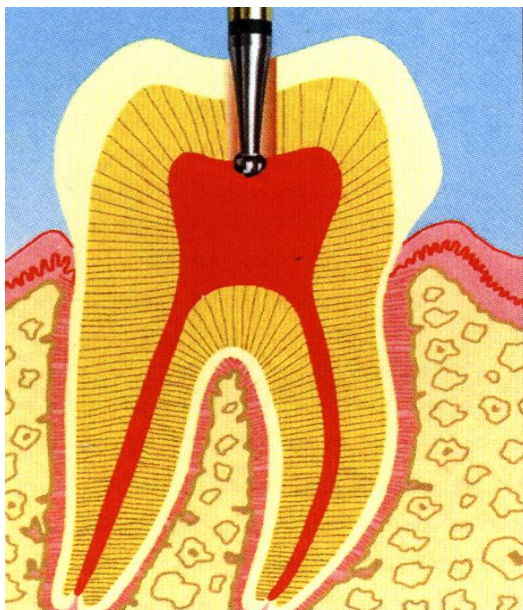
Вимоги до лікаря:

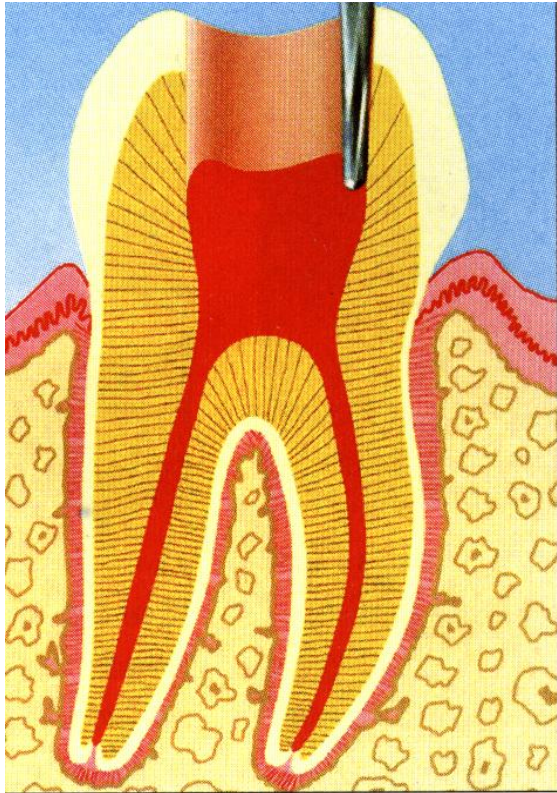
Лікар знаходиться попереду і праворуч від крісла пацієнта, в лівій руці тримає дзеркало, в правій - зонд, екскаватор, гладилку, пінцет. Права рука лікаря під час роботи фіксована на підборідді пацієнта 4-м і 5-м пальцями.

Методика проведення:

1 відвідування:

- Рентгенограма (читання, опис)
- Антисептична обробка порожнини рота
- Знеболювання (анестезія аплікаційна, інфільтраційна, провідникова)
- Препарування каріозної порожнини (відповідно до топографією порожнини зуба)
- Розтин порожнини зуба (рис. 24)
- Розкриття порожнини зуба (рис.25)





Мал. Схема. Розкриття порожнини зуба

- Видалення пухлих мас з коронкової частини в поєднанні з медикаментозною обробкою
- Розширення усть корневих каналів (створення доступу до корневих каналів - кулясті, Фіссурний бори, ендодонтичні бори)
- Визначення робочої довжини кореневого каналу (рис. 26)



Мал.Схема. Визначення робочої довжини кореневого каналу

- Видалення пухлих мас з корневих каналів

Медикаментозна обробка корневих каналів антисептичними препаратами

- Інструментальна обробка корневих каналів

- Розкриття верхівкового отвору

- Призначення ротових ванночок антисептичними розчинами і болезаспокійливих, антигістамінних, протизапальних препаратів

- Закриття каріозної порожнини ватною кулькою під час прийому їжі.

2 відвідування:

- Антисептична обробка порожнини рота, медикаментозна обробка корневих каналів

антисептичними препаратами

- Інструментальна обробка кореневого каналу на всю робочу довжину з використанням відповідних розмірів ендодонтичного інструменту

- Розкриття верхівкового отвору

- В каналі залишають турунду з медикаментозним препаратом (йодоформ, димексид, рідина Abscessremedi)

- Закриття каріозної порожнини герметичній пов'язкою

3 відвідування:

- Антисептична обробка порожнини рота
- Видалення герметичної пов'язки
- Медикаментозна обробка кореневих каналів антисептичними препаратами
- Інструментальна обробка кореневого каналу на всю робочу довжину з використанням відповідних розмірів ендодонтичного інструменту
- Висушування кореневих каналів (ватяними турундами, паперовими штифтами)
- Пломбування кореневого каналу до анатомічної верхівки
- Рентгенологічний контроль
- Постійна пломба
- Диспансерне спостереження (з рентгенологічним контролем, не рідше 1 разу на рік)

Алгоритм лікування пацієнта з хронічними формами періодонтиту

Вимоги до лікаря:

Лікар знаходиться попереду і праворуч від крісла пацієнта, в лівій руці тримає дзеркало, в правій - зонд, екскаватор, гладилку, пінцет. Права рука лікаря під час роботи фіксована на підборідді пацієнта 4-м і 5-м пальцями.

Методика проведення:

1 відвідування:

- Рентгенограма (читання, опис) (Рис. 27. Рентгенограми 1, 2, 3)



Рентгенограма 1 Хронічний фіброзний періодонтит



Рентгенограма 2 Хронічний гранулюючий періодонтит



Рентгенограма 3 Хронічний гранулематозний періодонтит

- Антисептична обробка порожнини рота
- Препарування каріозної порожнини (відповідно до топографією порожнини зуба)
- Розкриття порожнини зуба

- Видалення путридних мас з коронкової частини в поєднанні з медикаментозною обробкою
- Розширення усть корневих каналів (створення доступу до корневих каналів - кулясті, Фіссурний бори, ендодонтичні бори)
- Визначення робочої довжини кореневого каналу
- Видалення путридних мас з корневих каналів
- Медикаментозна обробка корневих каналів антисептичними препаратами
- Інструментальна обробка кореневого каналу на всю робочу довжину з використанням відповідних розмірів ендодонтичного інструменту
- Розкриття верхівкового отвору
- Введення в кореневий канал турунди з медикаментозним препаратом (йодоформ, димексид, рідина Abscessremedi)
- Закриття каріозної порожнини герметичній пов'язкою

2 відвідування:

- Антисептична обробка порожнини рота
- Видалення герметичної пов'язки
- Медикаментозна обробка корневих каналів антисептичними препаратами
- Інструментальна обробка кореневого каналу на всю робочу довжину з використанням відповідних розмірів ендодонтичного інструменту
- Висушування корневих каналів (ватяними турундами, паперовими штифтами)
- Пломбування кореневого каналу до анатомічної верхівки
- Рентгенологічний контроль
- Постійна пломба
- Диспансерне спостереження (з рентгенологічним контролем, не рідше 1 разу на рік)

Алгоритм лікування пацієнта із загостренням хронічного періодонтиту

Вимоги до лікаря:

Лікар знаходиться попереду і праворуч від крісла пацієнта, в лівій руці тримає дзеркало, в правій - зонд, екскаватор, гладилку, пінцет. Права рука лікаря під час роботи фіксована на підборідді пацієнта 4-м і 5-м пальцями.

Методика проведення:

1 відвідування:

- Рентгенограма (читання, опис)
- Антисептична обробка порожнини рота
- Знеболювання (анестезія аплікаційна, інфільтраційна, провідникова)
- Препарування каріозної порожнини (відповідно до топографією порожнини зуба)
- Розкриття порожнини зуба видалення гнильних мас з коронкової частини в поєднанні з медикаментозною обробкою
- Розширення усть корневих каналів (створення доступу до корневих каналів - кулясті, Фіссурний бори, ендодонтичні бори)
- Визначення робочої довжини кореневого каналу
- Видалення гнильних мас з корневих каналів
- Медикаментозна обробка корневих каналів антисептичними препаратами
- Інструментальна обробка корневих каналів
- Розкриття верхівкового отвору
- Призначення ротових ванночок антисептичними розчинами, болезаспокійливих, антигістамінних, протизапальних препаратів
- Закриття каріозної порожнини ватним кулькою під час прийому їжі

2 відвідування:

- Антисептична обробка порожнини рота
- Медикаментозна обробка корневих каналів антисептичними препаратами
- Інструментальна обробка кореневого каналу на всю робочу довжину з використанням відповідних розмірів ендодонтичного інструменту
- В каналі залишають турунду з медикаментозним препаратом (йодоформ, димексид, рідина Abscessremedi)
- Закриття каріозної порожнини герметичній пов'язкою

3 відвідування:

- Антисептична обробка порожнини рота
- Видалення герметичної пов'язки
- Медикаментозна обробка корневих каналів антисептичними препаратами
- Інструментальна обробка кореневого каналу на всю робочу довжину з використанням відповідних розмірів ендодонтичного інструменту

- Висушування кореневих каналів (ватяними турундами, бумажними штифтами)
- Пломбування кореневого каналу в межах верхівкового отвору
- Рентгенологічний контроль
- Постійна пломба

Диспансерне спостереження (з рентгенологічним контролем, не рідше 1 разу на рік)

Алгоритм лікування пацієнта з періодонтитом в одне по-сещеніє:

показання:

- Хронічний фіброзний періодонтит
- Хронічний гранулюючий періодонтит однокореневого зуба з наявністю свища
- Хронічний гранулематозний періодонтит з подальшим консервативно-хірургічним методом лікування

Вимоги до лікаря:

Лікар знаходиться попереду і праворуч від крісла пацієнта, в лівій руці тримає дзеркало, в правій - зонд, екскаватор, гладилку, пінцет. Права рука лікаря під час роботи фіксована на підборідді пацієнта 4-м і 5-м пальцями.

Методика проведення:

- Рентгенограма (читання, опис)
- Антисептична обробка порожнини рота
- Препарування каріозної порожнини (відповідно до топографією порожнини зуба)
- Розкриття порожнини зуба
- Видалення путридних мас з коронкової частини в поєднанні з медикаментозною обробкою
- Расшіреніє усть кореневих каналів (створення доступу до кореневих каналів - кулясті, Фіссурний бори, ендодонтичні бори)
- Визначення робочої довжини кореневого каналу
- Видалення путридних мас з кореневих каналів
- Медикаментозна обробка кореневих каналів антисептичними препаратами
- Інструментальна обробка кореневого каналу на всю робочу довжину з використанням відповідних розмірів ендодонтичного інструменту
- Розкриття верхівкового отвору
- Висушування кореневих каналів (ватяними турундами, паперовими штифтами)'

- Пломбування кореневого каналу в межах верхівкового отвору
- Рентгенологічний контроль
- Постійна пломба
- Диспансерне спостереження (з рентгенологічним контролем, не рідше 1 разу на рік).

АЛГОРИТМ СТОМАТОЛОГІЧНИХ МАНІПУЛЯЦІЙ

При лікуванні періодонтиту

аналіз рентгенограм

Методика проведення:

- Оцінка коронкової частини зуба (форма, контури, наявність каріозних порожнин, їх співвідношення до порожнини зуба)
- Порожнина зуба (наявність, відсутність, форма, величина, структура, наявність перфорацій)
- Корінь зуба (число, величина, форма, контури, перелом, перфорація, характер і тип змін верхівки кореня)
- Стан періодонта (розширенняперіодонтальної щілини, розрідження кісткової тканини)
- Кісткова тканина альвеолярного відростка (деструкція, остеопороз, остеосклероз, інтенсивність тіні вогнища, контури вогнища)

Видалення пугтрідних мас

Методика проведення:

1. Попередні етапи лікування: препарування каріозної порожнини і порожнини зуба, розширення гирла кореневого каналу, визначення робочої довжини зуба.
2. Хворий зуб ізолювати ватяними валиками від ротової рідини, висушити.
3. Піпеткою заповнити гирлі кореневого каналу і порожнину зуба 3% розчином гіпохлориту натрію.
4. Ввести в кореневий канал пульпекстрактора іудаліть приблизно з 1/3 довжини каналу розпад пульпи, замінити пульпекстрактора і видалити розпад з 2/3 довжини кореневого каналу. Третім пульпекстрактора обробити канал по всій довжині.
5. 3% розчин гіпохлориту натрію видалити з порожнини зуба сухим ватним тампоном і замінити на свіжий.

6. Н-файлами відповідних розмірів зворотно-поступальними рухами видалити уражену інфікований дентин зі стінок кореневого каналу. Під час видалення кореневої канал кілька разів зрошувати гіпохлоритом натрію з піпетки.

7. Висушіть кореневої канал сухий ватною турундою або бумажним штифтом.

Медикаментозна обробка корневих каналів.

Розчини антисептиків:

- Галогени та окислювачі (3% розчин натрію гіпохлориту, 1% розчин хлоргексидину, 1% розчин йодинола, 3% розчин перекису водню)
- Четвертинні аммонієві з'єднання (0,5-1% розчин етонію, 1% розчин бензалконію хлориду, 0,15% розчин декаметоксину)
- Фенольні сполуки (5% розчин фенолу, 1% розчин камфоропарамонохлорфенола і їх комплексні препарати)
- Нітрофурані
- Антибактеріальні препарати
- Іммобілізувати лікарські препарати і сорбенти
- Протизапальні препарати

Методика проведення:

1. паперовий штифт або ватяну турунду на кореневої голці опускають в краплю медикаментозного препарату, приготувану на склі або спеціальної ємності
2. змочений паперовий штифт або ватяну турунду на кореневої голці вносять в кореневий канал, повільно виводять, притискаючи до стінок кореневого каналу
3. процедуру повторюють в поєднанні з інструментальної обробкою кореневого каналу

Ендодонтична обробка кореневого каналу технікою «зворотний крок»

Методика проведення:

1. Попередні етапи лікування: препарування каріозної порожнини і порожнини зуба, розширення гирла кореневого каналу, визначення робочої довжини зуба, видалення вмісту корневих каналів.
2. Зуб ізолювати від слини.

3. На К-файлах № 15,20, 25 виставити стопери на робочу довжину зуба. На кожному наступному номері файлу робочу довжину зменшувати на 1 мм (№30-1мм, №35-2 мм, №40- 3 мм, № 40-4 мм).

4. Піпеткою або браншами пінцета ввести в порожнину зуба 1-2 краплі 3% розчину гіпохлориту натрію.

5. Ввести в кореневий канал К-файл № 15, і об'єднуючи поступовий рух углиб каналу зі зворотно-обертальними рухами в секторі 90 °, проштовхнути його на робочу довжину зуба, зворотно-поступальними рухами файлу розширити кореневий канал до вільного переміщення інструменту.

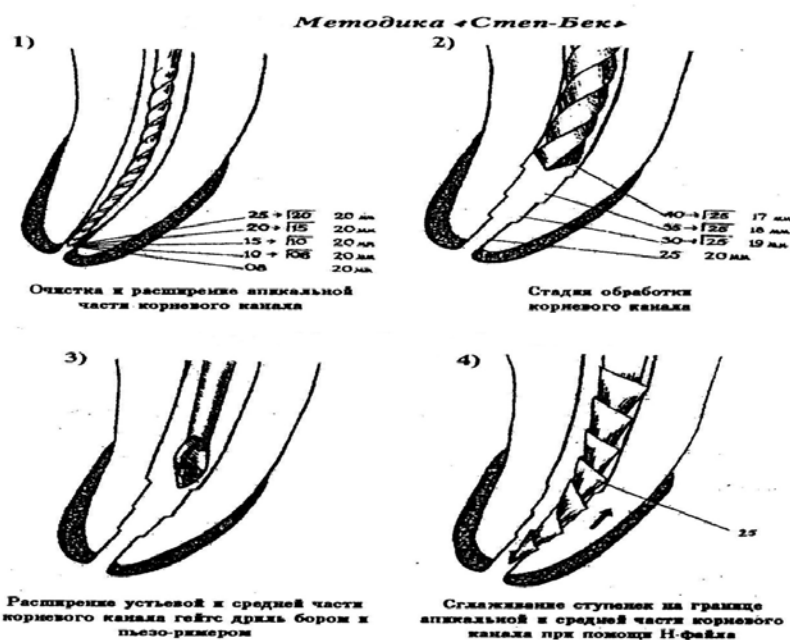
6. Повторити дії п.4 з файлами № 20, 25.

7. Подальше розширення кореневого каналу проводити файлами зростаючих розмірів, використовуючи ту ж методику і зменшуючи глибину проникнення відповідно до попередньо виставленими стопером.

8. Після файла № 30 для кращого видалення дентинних стружок з каналу повернутися до файлу №25. Послідовність використання файлів: 15-20-15-25-20-30-25

9. Зворотно-поступальними рухами Н-файлів № 25 і 30 зрівняти ступінчасті уступи на стінках верхівкової частини кореневого каналу (рис. 28).

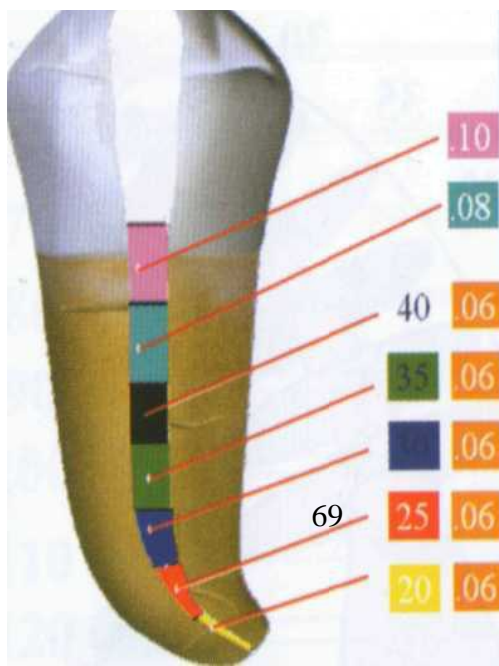
10.Провести рентгенологічний контроль: кореневий канал повинен мати конусоподібну форму, звужуючись до верхівковою отвору, гладкі стінки і апікальний уступ.



Розширення кореневого каналу технікою «від коронки вниз»

Методика проведення:

1. Попередні етапи лікування: препарування каріозної порожнини і порожнини зуба, розширення гирла кореневого каналу, визначення робочої довжини зуба, видалення вмісту корневих каналів.
2. На К-файлі № 15-25 за допомогою лінійки виставити стоппером робочу довжину зуба.
3. Зуб ізолювати від слини, висушити.
4. Піпеткою ввести в порожнину зуба 1-2 краплі 3% розчину гіпохлориту натрію.
5. У кореневої канал ввести К-файл (розмір № 40) до появи значного опору і зворотно-поступальними рухами обробити прохідний ділянку каналу.
6. Замінити файл № 35 і поступальною ходою отпрепарировать доступний ділянку каналу.
7. Поступово зменшуючи розмір К-файлів, обробити канал до верхівки кореня.
8. верхівкової частини каналу пройти на робочу довжину файлами № 15, а потім розширити її до № 25, утворюючи апікальний уступ.
9. Зворотно-поступальними рухами Н-файлів № 30-35 вирівняти стінки кореневого каналу (рис. 29).
10. Провести рентгенологічний контроль ступеня розширення кореневого каналу (канал має конусоподібну форму, стінки гладкі, сформований апікальний уступ).



Мал 29. Схема. Методика обробки каналу «crown down»

Висушування корневих каналів.

Методика проведення:

- Висушування каріозної порожнини ватною кулькою або легкої струменем повітря
- Паперовий штифт або ватяну турунду на кореневої голці вводять в кореневий канал, повільно виводять, притискаючи до стінок кореневого каналу
- Процедуру повторюють до тих пір, поки паперовий штифт або ватяна турунда на кореневої голці буде сухою

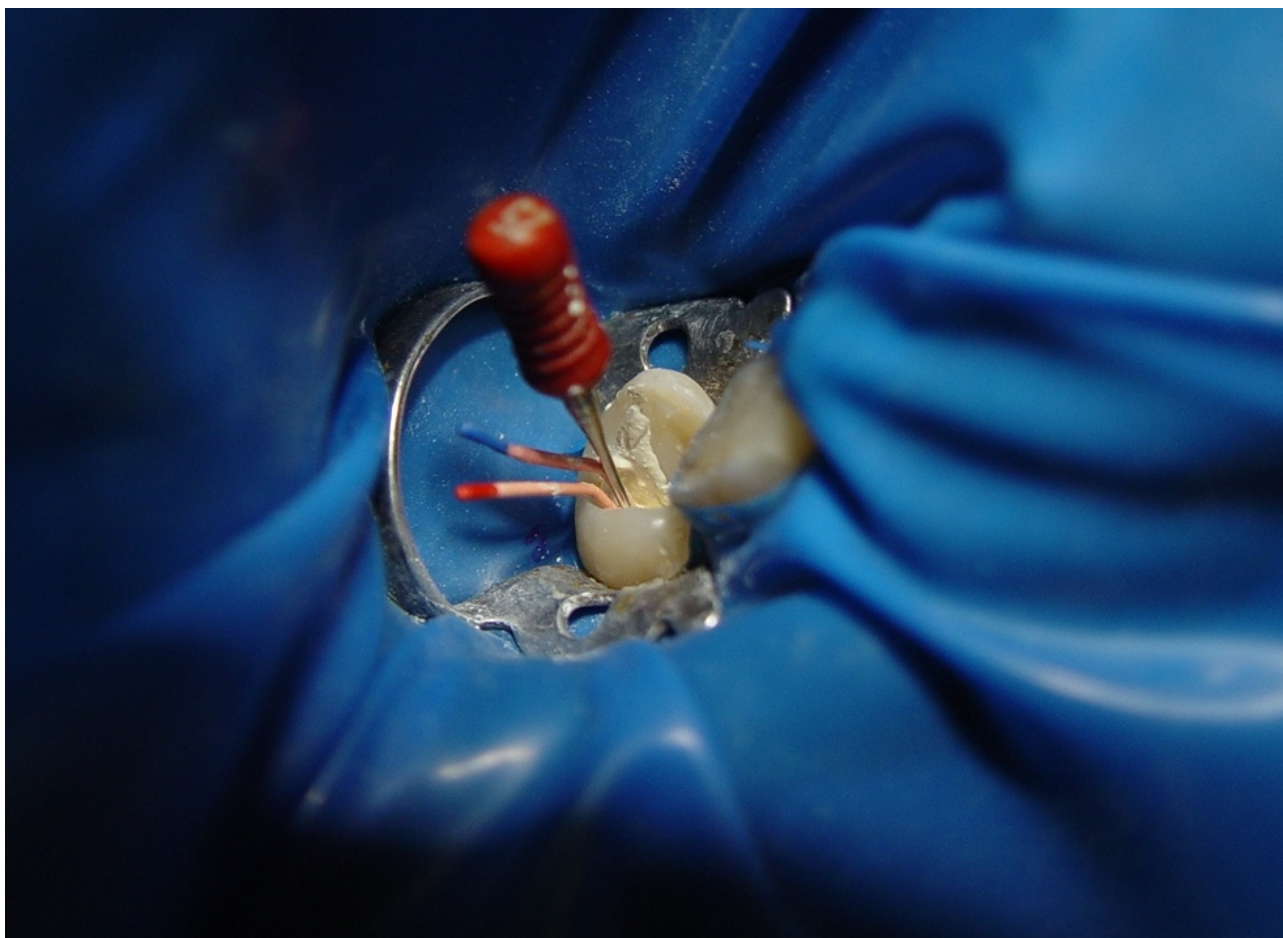
Пломбування кореневого каналу методом холодної латеральної конденсації гутаперчі

Методика проведення:

1. Попередні етапи лікування: препарування каріозної порожнини і порожнини зуба, розширення гирла кореневого каналу, хіміко-інструментальна обробка та висушування кореневого каналу.
2. Підібрати майстер-штифт по діаметру і довжині кореневого каналу.
3. На блоці для замішування підготувати сіллером шляхом змішування порошку і розчину. Консистенція матеріалу повинна бути максимально густий, але дозволяє без перешкод вводити матеріал в канал.
4. Спіраль каналонаповнювача бічним рухом занурити в В'єдент і рівномірно покрити його тонким шаром матеріалу.
5. каналонаповнювач з матеріалом ввести в канал на робочу глибину і включити двигун бормащини з частотою обертання 800-1000 об / хв. Не вимикаючи бормащину, по спиралевидної траєкторії повільно вивести каналонаповнювач з каналу.
6. Повторити маніпуляцію відповідно до пп. 4, 5.

7. Майстер-штифт покрити тонким рівномірним шаром сіллером і ввести його в кореневий канал до попередньої позначки.

8. спредер, попередньо вкритим матеріалом, притиснути штифт до однієї зі стінок каналу. Повертаючи спредер навколо осі, вивести його з каналу. На місце спредера ввести перший додатковий штифт (мал.30).



Мал 30. Пломбування корневих каналів

2. спредер знову ущільнити штифти в каналі і ввести наступний додатковий штифт.

10. Повторити пп. 8, 9 до повного заповнення кореневого каналу по всій довжині, використовуючи спредер і додаткові штифти меншого розміру.

11. Після рентгенівського контролю якості пломбування (кореневий канал заповнений повністю до анатомічної верхівки при лікуванні періодонтиту; фізіологічної верхівки при лікуванні пульпіту) штифти відрізати над гирлом каналу розігрітим інструментом.

**ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ НАДАННЯ ТЕРАПЕТИЧНОЇ
СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У ВІЙСЬКОВИЙ ЧАС**

За час проведення АТО з 2014 по 2016 роки було мобілізовано приблизно 210 тисяч військовозабо в'язаних. Більшість із них до лав Збройних Сил потрапила не сановна. Перебуваючи у навчальних таборах у тилу, військовослужбовці не завжди мають можливість потрапити на лікування карієсу та його ускладнень. Звичайно, що під час бойової підготовки, у важких умовах та в умовах ведення бойових дій, хронічні каріозні процеси загострюються та ускладнюються. Під час бойових зіткнень, надання терапевтичної стоматологічної допомоги буде обмежене, та направлене виключно на зняття гострого запального процесу. Кваліфіковане лікування карієсу та його ускладнень можливе тільки в умовах стоматологічного кабінету медичного пункту або пересувного стоматологічного кабінету, тобто там, де знаходиться необхідне для цього обладнання.

Найбільш доцільним в умовах бойових дій буде використання пересувного стоматологічного кабінету. Головна перевага полягає у тому, що за зміною розташування підрозділів Збройних Сил, пересувний стоматологічний кабінет може дістатися до свого нового місцезнаходження швидше та простіше, ніж польовий військовий шпиталь. Це надає можливість надання стоматологічної допомоги військовослужбовцям без евакуації їх у тил.



Мал.1 Проведення консультації у пересувному стоматологічному кабінеті

Пересувний стоматологічний кабінет обладнаний сучасним обладнанням, яке дозволяє надати стоматологічну допомогу у повному обсязі. Тому лікування карієсу та його ускладнень (пульпіту, періодонтиту) можливе згідно існуючого протоколу.



Мал.2 Проведення лікування у пересувному стоматологічному кабінеті


Згідно алгоритму медичної евакуації, повна стоматологічна допомога також надається у стоматологічних кабінетах медичних пунктів військових частин, військових шпиталів, Військово-медичних клінічних центрах та Головному військово-медичному госпіталі. Це відбувається під час перебування військовослужбовців у місці постійної дислокації та під час ротації особового складу. Під час проведення диспансерного огляду, начальник медичної служби визначає військовослужбовців, які потребують стоматологічної допомоги. В такому разі надання стоматологічної допомоги відбувається згідно плану, який складає начальник медичної служби частини та затверджує командир частини. Військовослужбовці розподіляються на групи, та відправляються на лікування до лікаря-стоматолога у супроводі медичного персоналу з медичними картками хворих.



мал. 3 Проведення консультації у стоматологічному кабінеті військового шпиталю

ДОДАТКИ

Додаток 1

	
МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ	
НАКАЗ	
18.08.2015 № 414	
	Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 07 вересня 2015 р. за № 1071/27516

**Про затвердження Інструкції про порядок надання
стоматологічної допомоги в закладах охорони здоров'я та медичних
підрозділах Збройних Сил України**

Відповідно до Законів України ["Про Збройні Сили України"](#), ["Основи законодавства України про охорону здоров'я"](#), ["Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей"](#), ["Про статус ветеранів військової служби, ветеранів органів внутрішніх справ і деяких інших осіб та їх соціальний захист"](#), ["Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту"](#), ["Про господарську діяльність у Збройних Силах України"](#), постанов Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 року [№ 1138](#) "Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти", від 25 липня 2000 року [№ 1171](#) "Про затвердження переліку видів господарської діяльності, здійснення якої дозволяється військовим частинам Збройних Сил" та з метою поліпшення якості та ефективності надання стоматологічної допомоги в закладах охорони здоров'я та медичних підрозділах Збройних Сил України **НАКАЗУЮ:**

1. Затвердити Інструкцію про порядок надання стоматологічної допомоги в закладах охорони здоров'я та медичних підрозділах Збройних Сил України, що додається.

2. Цей наказ набирає чинності з дня його офіційного опублікування.

Міністр оборони України генерал-полковник	С.Т. Полторак
ПОГОДЖЕНО:	
Міністр охорони здоров'я України	Олександр Квіташвілі
Голова Центрального комітету профспілки працівників Збройних Сил України	Д.Т. Мірошніченко

Додаток 2

	ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства оборони України 18.08.2015 № 414
	Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 07 вересня 2015 р. за № 1071/27516

ІНСТРУКЦІЯ

про порядок надання стоматологічної допомоги в закладах охорони здоров'я та медичних підрозділах Збройних Сил України

I. Загальні положення

1. Ця Інструкція розроблена відповідно до Законів України ["Про Збройні Сили України"](#), ["Основи законодавства України про охорону здоров'я"](#), ["Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей"](#), ["Про статус ветеранів військової служби, ветеранів органів внутрішніх справ і деяких інших осіб, та їх соціальний захист"](#), ["Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту"](#), ["Про господарську діяльність у Збройних Силах України"](#), постанов Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 року [№ 1138](#) "Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти", від 25 липня 2000 року [№ 1171](#) "Про затвердження переліку видів господарської діяльності, здійснення якої дозволяється військовим частинам Збройних Сил".

2. У цій Інструкції терміни вживаються в такому значенні:

інші особи - особи, які не перебувають на медичному обліку в закладах охорони здоров'я Збройних Сил України;

медичні підрозділи Збройних Сил України - стоматологічні підрозділи закладів охорони здоров'я Збройних Сил України, що надають стоматологічну допомогу: стоматологічні відділення та кабінети із зуботехнічними (зубопротезувальними) лабораторіями або стоматологічні відділення та кабінети, що мають у штаті посади лікарів-стоматологів (ортопедів, терапевтів, хірургів, зубних техніків) та утримуються за рахунок коштів Державного бюджету України відповідно до кошторису;

надання стоматологічної допомоги прикріпленому контингенту - комплекс заходів із профілактики, диспансерного нагляду та лікування, відновлення втраченої функції щелепно-лицьового апарату;

прейскурант на медичні послуги - документ, в якому міститься систематизований за певними ознаками перелік стоматологічних послуг, що надаються в закладі охорони здоров'я Збройних Сил України, із зазначенням ціни;

прикріплений контингент - особи, які згідно з чинним законодавством перебувають або мають право перебувати на медичному обліку у закладах охорони здоров'я Збройних Сил України;

санация ротової порожнини - комплекс лікувально-профілактичних заходів щодо оздоровлення ротової порожнини та запобігання стоматологічним захворюванням, який є основним компонентом стоматологічної профілактики і включає: огляд ротової порожнини; лікування молочних і постійних зубів; усунення осередків інфекції, інтоксикації і лікування ураженої слизової оболонки; виправлення деформованих зубів і щелеп, протезування;

стоматологічна допомога - самостійний вид медичної допомоги, що надається за видами лікувально-профілактичної допомоги, до якої входять стоматологічна терапевтична, стоматологічна хірургічна, стоматологічна ортопедична (ортодонтична) допомога;

стоматологічна ортопедична допомога - відновлення функцій жувального апарату, усунення вроджених та надбаних деформацій обличчя та щелеп шляхом використання різних видів спеціальних протезів, апаратів, що поділяється на: зубне протезування (заміщення дефектів зубів і зубних рядів та ефективний вплив на зуби для покращення їх функціонування); щелепно-лицьове протезування (заміщення дефектів кісток та м'яких тканин обличчя під час надання хірургічної допомоги в зв'язку з травмами, пораненнями, вродженими та набутими дефектами щелепно-лицьової ділянки); ортодонтію (виправлення аномалій прикусу та положення окремих зубів);

стоматологічна терапевтична допомога - своєчасне виявлення, лікування та профілактика хвороб зубів, тканин пародонту, захворювань слизової оболонки ротової порожнини;

стоматологічна хірургічна допомога - видалення зубів, діагностика та хірургічні методи лікування запальних та онкологічних захворювань, травм (пошкоджень) та їх наслідків, вроджених і набутих дефектів, аномалій розвитку та деформації щелеп, органів ротової порожнини, приротової ділянки;

стоматологічні вироби - зубні протези, пломби та імпланти, виготовлені і встановлені (поставлені) медичними підрозділами Збройних Сил України під час надання стоматологічної ортопедичної, стоматологічної терапевтичної або стоматологічної хірургічної допомоги.

3. Основними завданнями стоматологічної допомоги в закладах охорони здоров'я та медичних підрозділах Збройних Сил України є:

надання амбулаторної (терапевтичної, хірургічної, ортопедичної) та стаціонарної допомоги прикріпленому контингенту та іншим особам;

протезування окремих зубів та дефектів зубного ряду;

планова санація ротової порожнини прикріпленому контингенту;

облік хворих із хронічними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки (пародонтоз, лейкоплакії, гіперкератоз, новоутворення тощо), які підлягають диспансерному нагляду та проведенню лікувально-оздоровчих заходів;

участь у комплексній щорічній диспансеризації прикріпленого контингенту;

вивчення та систематизація даних стоматологічної захворюваності і розроблення заходів для її зниження;

науково-дослідницька та організаційна робота;

санітарно-просвітницька робота з питань профілактики стоматологічних захворювань;

підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації медичного персоналу закладів охорони здоров'я Збройних Сил України;

облік та звітність відповідно до переліку обліково-звітної документації (додаток 1).

4. В основу надання стоматологічної допомоги прикріпленому контингенту покладено територіальний принцип. Система організації надання стоматологічної допомоги у Збройних Силах України передбачає послідовність і пріоритетність у лікуванні прикріпленого контингенту. Для кожного типу медичних підрозділів Збройних Сил України визначені свої рівні надання стоматологічної допомоги прикріпленому контингенту закладів охорони здоров'я Збройних Сил України (додаток 2).

5. Організаційно-методична робота щодо надання стоматологічної допомоги у Збройних Силах України покладається на начальника Центральної стоматологічної поліклініки - головного стоматолога Міністерства оборони України.

II. Організація надання стоматологічної терапевтичної і хірургічної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах

1. Основу амбулаторної стоматологічної допомоги у Збройних Силах України складають профілактичні огляди ротової порожнини та планова санація прикріпленому контингенту шляхом проведення профілактичних та лікувальних заходів. Профілактичні огляди (первинний, черговий, контрольний) ротової порожнини проводяться з метою виявлення осіб, які потребують санації. Результати огляду заносяться в [журнал обліку профілактичної роботи лікаря-стоматолога](#), форма якого затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року [№ 527](#) "Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності", зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.

2. На підставі даних профілактичних оглядів виділяють п'ять груп пацієнтів:

- перша - із неускладненим карієсом;
- друга - з ускладненим карієсом (пульпіт, періодонтит);
- третя - ті, що потребують видалення зруйнованих зубів;
- четверта - ті, що потребують диспансерного спостереження (хронічні захворювання пародонту, слизової оболонки ротової порожнини, доброякісні новоутворення щелепно-лицьової ділянки тощо);
- п'ята - ті, що потребують протезування зубів.

У першу чергу сануються пацієнти першої та другої груп.

3. За результатами оглядів пацієнтів складається план санації ротової порожнини та протезування (далі - план санації). Планова санація ротової порожнини є частиною загального плану оздоровчих заходів, які проводяться у військовій частині, планується начальником медичної служби і затверджується командиром військової частини. Безпосередню розробку плану санації здійснює лікар-стоматолог військової частини. Для виконання плану санації виділяється не менше половини його робочого часу.

4. Під час складання плану санації враховується, що вона завершується до прибуття нового поповнення. Всі військовослужбовці, які перебували на лікуванні в лазареті, сануються до виписки.

5. Первинна профілактика стоматологічних захворювань передбачає:
дотримання гігієнічних правил по догляду за ротовою порожниною і зубами;
проведення лікарем-стоматологом регулярних профілактичних оглядів ротової порожнини;

звернення прикріпленого контингенту за стоматологічною допомогою з приводу початкових форм захворювання зубів;

своєчасне протезування зубів;

пропаганду лікарем-стоматологом гігієнічних знань з питань збереження зубів.

6. Вторинна профілактика стоматологічних захворювань передбачає раннє виявлення і лікування осіб, які мають карієс та інші захворювання зубів і ротової порожнини, а також диспансерний динамічний нагляд за прикріпленим контингентом, який має хронічний стоматит, гінгівіт, пародонтоз, пародонтит та інші хронічні стоматологічні захворювання, з метою проведення планових лікувально-профілактичних заходів.

7. Надання амбулаторної терапевтичної стоматологічної допомоги включає:

лікування карієсу зубів та його ускладнень;

лікування некаріозних уражень твердих тканин зуба;

лікування захворювань пародонту;

лікування захворювань слизової оболонки ротової порожнини, губ та язика.

8. Надання амбулаторної хірургічної стоматологічної допомоги включає:

видалення зубів і коренів;

висічення "капюшона" при ускладненому прорізуванні "зуба мудрості";

резекція верхівки кореня зуба;

цистектомія, цистотомія;

видалення екзостозів альвеолярного відростка;

розкриття субперіостальних абсцесів;

хірургічні методи лікування захворювань пародонту.

III. Організація надання стаціонарної стоматологічної допомоги

1. Стаціонарна стоматологічна допомога надається в стоматологічних відділеннях військово-медичних центрів та у військових госпіталях Міністерства оборони України, де передбачені спеціалізовані ліжка.

2. У заклади охорони здоров'я Збройних Сил України направляються:

у військові госпіталі - хворі з одонтогенними запаленнями щелепно-лицьової ділянки (флегмони, гострі остеомієліти щелеп, абсцеси м'яких тканин ротової порожнини тощо), а також прикріплений контингент зі значним об'ємом санації і протезування;

у військово-медичні центри (клініки щелепно-лицьової хірургії) - хворі з одонтогенними запаленнями, що поширились на декілька анатомічних областей, хронічними та часто рецидивуючими захворюваннями слизової оболонки ротової порожнини та язика, кісток лицьового скелета, які потребують складних оперативних втручань і репозиції, вогнепальними пораненнями щелепно-лицьової ділянки, з аномаліями щелеп, часто рецидивуючими захворюваннями слизової оболонки ротової порожнини тощо.

IV. Організація надання стоматологічної ортопедичної допомоги

1. Стоматологічна ортопедична допомога надається:

ортопедичним відділенням Центральної стоматологічної поліклініки Міністерства оборони України;

ортопедичними стоматологічними кабінетами госпіталів і клінік щелепно-лицьової хірургії військово-медичних центрів регіонів;

стоматологічними кабінетами центрів медичної реабілітації та санаторного лікування;

навчальною стоматологічною лабораторією Української військово-медичної академії;

пересувними стоматологічними кабінетами;

ортопедичними відділеннями та кабінетами державних або комунальних закладів охорони здоров'я (за домовленістю з військовими частинами).

2. Направленню на протезування підлягають особи із закінченою санацією ротової порожнини. Списки таких осіб подаються з військових частин у заклади охорони здоров'я Збройних Сил України із зазначенням формули відсутніх зубів.

Строки направлення прикріпленого контингенту на протезування встановлюють відповідні лікарі-стоматологи закладів охорони здоров'я Збройних Сил України, про що інформація до військових частин надсилається письмово.

3. Для надання зубопротезувальної допомоги військовим частинам і найбільш повного задоволення потреб прикріпленого контингенту, а також для скорочення строків виготовлення протезів військово-медичні центри висилають до військових частин пересувні стоматологічні кабінети.

V. Порядок надання стоматологічної допомоги

1. Невідкладна стоматологічна допомога надається позачергово.

Стоматологічна допомога в закладах охорони здоров'я Збройних Сил України надається в порядку загальної черги.

2. Стоматологічна ортопедична допомога в закладах охорони здоров'я та медичних підрозділах Збройних Сил України прикріпленому контингенту надається:

1) позачергово:

інвалідам війни та прирівняним до них особам, перелік яких визначено [статтею 7](#) Закону України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту";

Почесним донорам України;

колишнім малолітнім (яким на момент ув'язнення не виповнилося 14 років) в'язням концентраційних таборів, гетто та інших місць примусового тримання, визнаним інвалідами від загального захворювання, трудового каліцтва та з інших причин, на яких поширюється дія [Закону України](#) "Про жертви нацистських переслідувань";

інвалідам з числа учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС та потерпілих від Чорнобильської катастрофи, перелік яких визначено [статтями 10, 11](#) і [частиною третьою](#) статті 12 Закону України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи", а також щодо яких встановлено причинний зв'язок інвалідності з Чорнобильською катастрофою, хворі внаслідок Чорнобильської катастрофи на променеву хворобу;

дітям, потерпілим від Чорнобильської катастрофи, перелік яких визначено [статтею 27](#) Закону України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи", та їх батькам;

2) першочергово:

ветеранам військової служби;

учасникам бойових дій, перелік яких визначено [статтями 5, 6](#) Закону України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту";

учасникам війни, перелік яких визначено [статтями 8, 9](#) Закону України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту";

ветеранам праці;

колишнім неповнолітнім (яким на момент ув'язнення не виповнилося 18 років) в'язням концентраційних таборів, гетто, інших місць примусового тримання, створених фашистською Німеччиною та її союзниками в період Великої Вітчизняної війни та Другої світової війни, а також дітям, які народилися у зазначених місцях примусового тримання їх батьків, на яких поширюється дія [Закону України](#) "Про жертви нацистських переслідувань";

колишнім в'язням концентраційних таборів, гетто та інших місць примусового тримання в період Великої Вітчизняної війни та Другої світової війни; особам, які були насильно вивезені на примусові роботи на територію Німеччини або її союзників, що перебували у стані війни з колишнім Союзом РСР, або на території окупованих Німеччиною інших держав; дітям партизанів, підпільників, інших учасників боротьби з націонал-соціалістським режимом у тилу ворога, яких у зв'язку з патріотичною діяльністю їх батьків було піддано репресіям, фізичним розправам, гонінням, на яких поширюється дія [Закону України](#) "Про жертви нацистських переслідувань";

дружинам (чоловікам) померлих жертв нацистських переслідувань, визнаних за життя інвалідами від загального захворювання, трудового каліцтва та з інших причин, які не одружилися вдруге, на яких поширюється дія [Закону України](#) "Про жертви нацистських переслідувань".

3. Невідкладна стоматологічна допомога надається прикріпленому контингенту безоплатно.

4. Стоматологічна допомога в закладах охорони здоров'я та медичних підрозділах Збройних Сил України надається:

1) безоплатно - при лікуванні або застосуванні в операціях виробів медичного призначення, що застосовуються під час надання стоматологічної допомоги безоплатно або на пільгових умовах;

2) з оплатою за собівартістю:

у разі використання дорогоцінних металів та прирівняних до них за вартістю матеріалів;

у разі стоматологічної ортопедичної допомоги - при лікуванні або застосуванні в операціях виробів медичного призначення, що не застосовуються під час надання стоматологічної допомоги безоплатно або на пільгових умовах.

5. Вироби медичного призначення, що застосовуються під час надання стоматологічної допомоги безоплатно або на пільгових умовах згідно з цією Інструкцією, закуповуються в обсязі асигнувань Державного бюджету України на відповідний рік у межах відповідних кошторисних призначень.

6. Безоплатно у разі лікування або застосування в операціях стоматологічних матеріалів, що застосовуються під час надання стоматологічної допомоги безоплатно або на пільгових умовах, стоматологічна ортопедична допомога надається таким категоріям осіб з числа прикріпленого контингенту:

військовослужбовцям, курсантам і слухачам військово-навчальних закладів та військових навчальних підрозділів вищих навчальних закладів, вихованцям військових ліцеїв;

особам, зазначеним у пункті 2 цього розділу.

7. До обсягу безоплатної ортопедичної стоматологічної допомоги входить протезування зубними апаратами та протезами, що виготовляються зі сталі, хромо-кобальтових сплавів та пластмаси. У разі використання в зубному протезуванні дорогоцінних металів, гальванопластики та фарфору категоріями осіб, які зазначені в пункті 6 цього розділу, оплачується тільки вартість таких матеріалів.

8. Іншим особам стоматологічна допомога надається на договірних засадах відповідно до вимог чинного законодавства України.

9. Витрати, пов'язані з наданням стоматологічної допомоги особам з числа прикріпленого контингенту, здійснюються за рахунок бюджетних коштів відповідно до затвердженого кошторису Міністерства оборони України на відповідний рік.

10. У разі виявлення в пацієнтів захворювань, за наявності яких не може бути надана необхідна кваліфікована стоматологічна допомога в закладі охорони здоров'я Збройних Сил України, лікар стоматологічного профілю направляє таких пацієнтів до спеціалізованих відділень закладів охорони здоров'я Міністерства охорони здоров'я України.

11. Стоматологічна допомога у військово-медичних закладах інших утворених відповідно до законів України військових формувань та правоохоронних органах надається відповідно до [Порядку надання медичної допомоги у військово-медичних закладах і взаєморозрахунків за неї між військовими формуваннями](#), затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 18 жовтня 1999 року № 1923.

12. Зубні протези, виготовлені за попередньою оплатою і не отримані у визначений строк, зберігаються в медичних підрозділах Збройних Сил України протягом одного року й далі підлягають знищенню.

Додаток 3

**Директор
Військово-медичного
департаменту
Міністерства оборони України
генерал-майор медичної служби**

А.В.ВЕРБА

Додаток 1

до Інструкції про порядок надання
стоматологічної допомоги в закладах
охорони здоров'я та медичних
підрозділах Збройних Сил України
(пункт 3 розділу I)

**ПЕРЕЛІК
обліково-звітної документації**

№ з/п	№ форми	Назва форми	Строк зберігання
1	2	3	4
1	025-7/0	Талон амбулаторного пацієнта	
2	037/0	Листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету	1 рік
3	037-1/0	Листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога-ортопеда (зубного лікаря) стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету	1 рік

4	037-2/0	Листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога-ортодонта стоматологічної поліклініки	1 рік
5	039-2/0	Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету	1 рік
6	039-3/0	Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога-ортодонта	1 рік
7	039-4/0	Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога-ортопеда	1 рік
8	039-5/0	Щоденник обліку роботи рентгенодіагностичного кабінету, відділення	1 рік
9	043/0	Медична карта стоматологічного хворого	5 років
10	043-1/0	Медична карта ортодонтичного пацієнта	5 років
11	049/0	Журнал обліку профілактичних оглядів ротової порожнини (ведеться в стоматологічних кабінетах військових частин та пересувному стоматологічному кабінеті)	1 рік
12	069/0	Журнал запису амбулаторних операцій	5 років
13	028/0	Консультативний висновок спеціаліста	1 рік
14	074/0	Журнал реєстрації амбулаторних хворих	10 років
15	290	Книга обліку роботи стоматологічного кабінету	1 рік

Додаток 2

до Інструкції про порядок надання
стоматологічної допомоги в закладах
охорони здоров'я та медичних
підрозділах Збройних Сил України
(пункт 4 розділу I)

РІВНІ

надання стоматологічної допомоги прикріпленому контингенту закладів охорони здоров'я Збройних Сил України

	I рівень	II рівень	III рівень
Заклади охорони здоров'я Збройних Сил України	Стоматологічний кабінет військової частини (медичний пункт, медична рота)	Стоматологічне відділення поліклініки та госпіталю, клініка щелепно-лицьової хірургії військово-медичного клінічного центру	Центральна стоматологічна поліклініка, клініка щелепно-лицьової хірургії та стоматології Головного військово-медичного клінічного центру
Перелік послуг	1. Заходи первинної профілактики карієсу зубів та захворювань тканин пародонту. 2. Лікування зубів з приводу неускладненого карієсу.	1. Послуги, передбачені закладом охорони здоров'я Збройних Сил України I рівня. 2. Консультації фахівців (лікарів I та вищої категорій, кандидатів та докторів медичних наук).	1. Послуги, передбачені закладом охорони здоров'я Збройних Сил України I, II рівня. 2. Лікування та видалення зубів під загальним знеболюванням.

<p>3. Лікування зубів з приводу ускладненого карієсу всіма методами.</p>	<p>3. Амбулаторні хірургічні втручання.</p>	<p>3. Хірургічне лікування захворювань тканин пародонту.</p>
<p>4. Видалення зубів під місцевим знеболюванням.</p>	<p>4. Стандартні фізіотерапевтичні процедури (УВЧ, електрофорез, ультразвукова та вакуум-терапія тощо).</p>	<p>4. Спеціальні рентгенологічні дослідження (сіалогія, томографія, ортопантомографія).</p>
	<p>4. Лазеротерапія.</p>	<p>5. Функціональні дослідження.</p>
	<p>5. Стандартна рентген-діагностика (внутрішньо- та зовнішньоротові знімки).</p>	<p>6. Ортодонтичне лікування.</p>
		<p>7. Дентальна імплантація.</p>
		<p>8. Реконструктивна щелепно-лицьова хірургія</p>
		<p>9. Пластична хірургія</p>

ТЕСТИ

Хірургічна стоматологія

1. Види медичної допомоги постраждалим під час НС:

- A. - перша медична, перша лікарська, кваліфікована, спеціалізована;
- B. - перша медична, долікарська, перша лікарська, кваліфікована, спеціалізована;
- C. - перша медична, долікарська, перша лікарська, спеціалізована;
- D. - перша медична, фельдшерська, перша лікарська, кваліфікована, спеціалізована.

2. Перша медична допомога надається:

- A. - в осередку НС;
- B. - при проведенні медичної евакуації;
- C. - в найближчому лікувальному закладі;

3. Фаза ізоляції триває:

- A. - від надходження інформації про наближающемся стихійне лихо до моменту виникнення НС;
- B. - від моменту виникнення НС до початку організованого проведення рятувальних робіт;
- C. - від моменту виникнення до моменту закінчення ЧС;

4. Мета медичного сортування:

- A. - забезпечити своєчасне надання всіх видів медичної допомоги;
- B. - забезпечити якнайшвидшу евакуацію з вогнища НС;
- C. - забезпечити своєчасне надання медичної допомоги та раціональну евакуацію;
- D. - забезпечити ізоляцію хворих з інфекційною патологією.

5. Розподіл постраждалих по групах в залежності від евакуаційної ознаки:

- A. - потребують евакуації; що не потребують евакуації;
- B. - потребують евакуації; підлягають залишенню в даному лікувальному закладі; підлягають поверненню за місцем проживання;
- C. - потребують евакуації; підлягають залишенню в даному лікувальному закладі; підлягають поверненню за місцем проживання; потребують спеціалізованої допомоги в осередку НС.

6. Чи необхідно проводити лікувальні заходи під час транспортування постраждалих:

- A. - так;
- B. - ні, категорично заборонено;
- C. - так, при наявності підготовленого медичного персоналу;

7. Завдання I етапу лікувально-евакуаційного забезпечення при НС:

- A. - проведення еваку транспортної медичного сортування;
- B. - надання першої медичної і першої лікарської допомоги;
- C. - проведення часткової санітарної обробки;
- D. - організація евакуації потерпілих;
- E. - всі відповіді правильні.

8. В основі шоку можуть лежати:

- A. - спазм периферичних судин, збільшення ОЦК;
- B. - розширення периферичних судин, зменшення ОЦК;
- C. - пригнічення судинного центру.

9. Невідкладна перша лікарська допомога при напруженому пневмотораксі:

- A. - знеболювання, госпіталізація в хірургічний стаціонар в першу чергу;
- B. - дренивання плевральної порожнини по Бюлау;
- C. - накладення оклюзійної пов'язки;

- D. - звільнення верхніх дихальних шляхів, при неефективності - трахеостомія;
- E. - пункція плевральної порожнини.

10. Складові елементи ЛЕЗ:

- A. - проведення медичного сортування, евакуація в спеціалізовані центри;
- B. - ізоляція постраждалих, надання всіх видів медичної допомоги у вогнищі;
- C. - надання постраждалим першої медичної допомоги, проведення медичної евакуації;
- D. - надання постраждалим всіх видів медичної допомоги, медичне сортування, медична евакуація;

16. Травматична токсемія - це синдром, характерний для:

- A. - важкої черепно-мозкової травми;
- B. - отруєння СДОР;
- C. - синдрому тривалого здавлення;
- D. - травматичного шоку.

17. Заходи першої лікарської і кваліфікованої медичної допомоги по терміновості її виконання діляться на:

- A. - термінові, відстрочені;
- B. - термінові, нетермінові;
- C. - невідкладні, відстрочені.

20. Проникаючою називається рана, яка:

- A. - викликана різними пошкоджуючими факторами;
- B. - супроводжується пошкодженням магістральних судин і нервів;
- C. - супроводжується пошкодженням декількох органів;
- D. - повідомляється з будь-якою анатомічною порожниною.

21. Створення системи ЛЕЗ було обумовлено:

- A. - масовим характером санітарних втрат при НС;
- B. - переважанням поєднаних і комбінованих пошкоджень при НС;
- C. - невідповідністю між потребою в наданні медичної допомоги та реальними можливостями її надання;
- D. - необхідністю евакуації великої кількості постраждалих за межі вогнища НС.

22. Перша медична допомога виконується:

- A. - в порядку само-та взаємодопомоги;
- B. - учасниками рятувальних робіт;
- C. - в порядку само-та взаємодопомоги і учасниками рятувальних робіт;
- D. - медичними працівниками.

23. Оптимальні терміни надання першої лікарської допомоги:

- A. - перші 30 хвилин після травми;
- B. - впродовж першої години після травми;
- C. - впродовж перших 4-6 годин після травми;
- D. - впродовж перших 12 годин після травми.

24. Розподіл постраждалих в залежності від ступеня небезпеки для оточуючих:

- A. - що потребують проведення спеціальної санітарної обробки; що підлягають тимчасовій ізоляції; що не потребують санітарної обробки та ізоляції;
- B. - що потребують проведення спеціальної санітарної обробки; що не потребують санітарної обробки;
- C. - що потребують ізоляції; що не потребують ізоляції.

25. Бригада ШМД прибула на місце автокатастрофи. Тактика лікаря:

- A. - госпіталізувати найтяжче постраждалих;
- B. - доповісти старшому лікарю, негайно госпіталізувати найтяжче постраждалих;
- C. - встановити масштаб аварії, доповісти старшому лікарю, організувати сортування і надання допомоги при загрозованих для життя станах.

26. Накладення джгута на кінцівку в літній час не повинно перевищувати:

- A. -1 годину;
- B. -3 години;
- C. -2 години.

27. При больовому шоці першою розвивається:

- A. - торпидна фаза шоку;
- B. - еректильна фаза шоку.

28. Торакопункція, торакотомія, ушивання рани легкого входять в обсяг:

- A. - долікарської медичної допомоги;
- B. - кваліфікованої медичної допомоги;
- C. - першої медичної допомоги;
- D. - першої лікарської допомоги.

29. Види медичного сортування:

- A. - діагностична, лікувальна;
- B. - "на себе", "від себе"
- C. - внутрішньопунктова, евакотранспортна;
- D. - внутрішньопунктова, спеціалізована.

30. Основний клінічний симптом при пошкодженні органів черевної порожнини:

- A. - Воскресенського;
- B. - Щоткіна-Блюмберга;
- C. - Пастернацького;
- D. - Кохера.

31. Яким постраждалим надається повний обсяг медичної допомоги?

- A. - важкий стан;
- B. - агоніруючі.

32. Що слід розуміти під визначенням "евакуаційна ознака"?

- A. - всі відповіді правильні;
- B. - черговість евакуації;
- C. - вид транспорту.

33. "Централізація кровообігу" характерна для патогенезу:

- A. - синдрому тривалого здавлення;
- B. - отруєння СДОР;
- C. - важкої черепно-мозкової травми;
- D. - травматичного шоку.

34. Тимчасовий норматив огляду одного постраждалого при масовому надходженні на 2-му етапі медичної евакуації:

- A. -15-40 сек;
- B. -15-40 хв;
- C. -5-10 сек;
- D. -2-5 хв.

35. У структурі ушкоджень при катастрофах на автомобільному транспорті переважають:

- A. - хімічні опіки;
- B. - термічні травми;
- C. - комбіновані ушкодження;
- D. - механічні травми.

36. Хірургічна обробка рани до 12 годин:

- A. - відстрочена;
- B. - первинна;
- C. - вторинна.

37. Головне значення в механізмі патологічних розладів при синдромі тривалого здавлення тканин

мас:

- A. - гіперфосфатемія;
- B. - гіперферментемія;
- C. - гіперкаліємія;
- D. - обсяг пошкодження кінцівки;
- E. - міоглобінемія.

38. Евакуація постраждалих з переломом хребта ускладненим пошкодженням спинного мозку:

- A. - в нейрохірургічне відділення;
- B. - в травматологічне відділення;
- C. - в реанімаційне відділення;
- D. - до найближчої лікувальної установи.

39. Характерні клінічні ознаки в разі травматичного шоку першого ступеня:

- A. - АТ 90-100 ммртст; ЧСС до 100 в 1 хв, крововтрата 15-25% об'єму циркулюючої крові;
- B. - АТ 60-80 ммртст; ЧСС 100-120 в 1 хв, крововтрата 25-30% об'єму циркулюючої крові;
- C. - АТ 90-100 ммртст; ЧСС 110-120 в 1 хв, крововтрата 15-25% об'єму циркулюючої крові;

40. В результаті втрати 50% ОЦК індекс Альговера дорівнює:

- A. -2,0
- B. -3,0
- C. -1,5

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B	A	B	C	B	A	B	E	B	E

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	A	A	A	Д	C	C	B	C	Д

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
C	C	C	A	C	C	B	B	C	B

31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
A	A	Д	Д	Д	B	E	A	A	A

Терапевтична стоматологія

1. З перерахованих факторів носять агресивний характер

- а) порушення мінерального обміну в організмі
- б) порушення білкового обміну, тобто при цьому страждає білкова матриця твердих тканин зуба
- в) мікроорганізми порожнини рота, зубний наліт і вуглеводи
- г) порушення вуглеводного обміну, що сприяє порушенню білкових структур зуба
- д) недоїдання

2. З перерахованих факторів знижують рівень резистентності організму

до каріозної процесу

а) зубні відкладення

б) різні загальні захворювання, пов'язані з порушенням регуляції обмінних процесів в організмі

в) вуглеводи їжі

г) недостатній вміст фтору в питній воді

д) все перераховане вище

3. З перерахованих факторів впливають одночасно на фактори агресії та резистентності до карієсу

а) зрушення в організмі, пов'язані з порушенням нейрорефлекторними, гормональної та гуморальної регуляції обмінних процесів

б) мікроорганізми порожнини рота

в) зубна бляшка

г) вміст фтору в питній воді

д) вірно б) і в)

4. Час, необхідний для початку утворення кислоти бактеріальної бляшкою після вживання солодкої їжі

а) кілька секунд

б) 10 хв

в) 15 хв

г) 30 хв

д) 1 година

5. Основні процеси, що проходять в емалі при початковому карієсі

а) порушення білкової матриці емалі

б) дисмініралізації і ремінералізація

в) демінералізація емалі

г) порушення зв'язку між білковими і мінеральними компонентами емалі

д) резорбція емалі

6. Найбільш раціональні при глибокому карієсі прокладки

а) антизапальної дії

б) антимікробної дії

в) на основі глюкокортикоїдів

г) одонтотропние

д) індиферентні

7. Застосування гідроксиду кальцію при глибокому карієсі засновано

а) на антибактеріальній ефект

б) на антизапальні і одонтотропном дії

в) на здатності пригнічувати дію бактеріальних ензимів

г) на десенсибілізуючою ефекті

д) на зміну реакції в бік закислення середовища

8. Військовослужбовець А. 20 років звернулася зі скаргами на потемніння коронок 11-го і 21-го зубів. Близько року тому хвора отримала спортивну травму. Об'єктивно: коронки 11-го і 21-го зубів темно-сірого кольору, інтактні, при перкусії безболісні. Слизова альвеолярного відростка не змінена. На рентгенограмі: в області верхівок коренів визначається деструкція кісткової тканини, округлої форми розміром 0,5 мм в діаметрі з чіткими кордонами. Визначтеся з тактикою в даній клінічній ситуації.

а) Пломбування кореневих каналів

б) Резекція верхівки кореня

в) Видалення зубів

г) Чи не потрібне лікування

д) Відбілювання зубів

9. Військовослужбовець 27 років скаржиться на болі пульсуючого характеру в 15 зубі і болю при накусиванні. Об'єктивно: в 15 зубі - глибока каріозна порожнина, виконана розм'якшеним дентином, зондування безболісне, перкусія різко болюча, зуб рухливий. Відзначається регіонарний лімфаденіт. Температура тіла 37,3 градусів, нездужання слабкість. На рентгенограмі - зміни не виявлені. Поставте діагноз:

а) Гострий гнійний періодонтит

б) Загострення хронічного періодонтиту

в) Гострий гнійний пульпіт

г) Гострий періостит

д) Гострий серозний періодонтит

10. Військовослужбовець 38 років скаржиться на тривалі пульсуючі болі в зубі на верхній щелепі справа, що віддають в кут ока. Зазначає нездужання, головний біль, порушення сну. Болі виникли 3 дні тому, з плином часу посилюються. Об'єктивно: в 12 визначається глибока каріозна порожнина, що не сполучається з порожниною зуба, рухливість I ступеня. На рентгенограмі: в області верхівки кореня 12 визначається вогнище деструкції кісткової тканини розміром 0,3-0,4 см з чіткими рівними контурами. Який найбільш ймовірний діагноз?

- а) Гострий гнійний періодонтит
- б) Загострення хронічного гранулюючого періодонтиту
- в) Загострення хронічного гранулематозного періодонтиту
- г) Загострення хронічного фіброзного періодонтиту
- д) Нагноївшієся радикулярная кіста

11. Лікар-стоматолог проводить лікування 17 зуба з приводу хронічного фіброзного пульпіту у військовослужбовця 48 років після попередньої девіталізації. Щічні канали важкопрохідні через зігнутості коренів і часткової облітерації. Повну екстирпацію в них провести не вдалося. Обрано комбінований метод лікування. Виберіть оптимальний засіб для обробки погано прохідних кореневих каналів в даній ситуації.

- а) Евгенол.
- б) Хлорамін.
- в) Перекис водню
- г) Хлоргексидин.
- д) Резорцин-формалінова рідина.

12. Військовослужбовець 25 років скаржиться на мимовільну, періодично виникає біль протягом 3 місяців. Іноді біль виникає при попаданні їжі в 13 зуб. Об'єктивно: в пришийковій області 13 зуба глибока каріозна порожнина. Зондування дна болюче. Реакція на перкусію 13 зуба безболісна, ЕОД - 40 мкА. Який найбільш раціональний метод лікування в даному випадку?

- а) Біологічний метод
- б) девітальної ампутація

- в) Вітальна екстирпація
- г) Вітальна ампутація
- д) девітальної викорінення

13. Військовослужбовець 42 років звернувся зі скаргами на болі в 36 зубі при прийомі їжі, особливо гарячої, неприємний запах при відсмоктуванні із зуба. Біль носить ниючий характер і поступово вщухає. Зуб турбує протягом 3-х місяців. Які раніше не лікувався. Об'єктивно: в 36 визначається глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба. На рентгенограмі в області верхівок коренів 36 зуба визначається розширення періодонтальної щілини. Який найбільш ймовірний діагноз?

- а) Загострення хронічного періодонтиту
- б) Загострення хронічного пульпіту
- в) Хронічний фіброзний пульпіт
- г) Хронічний фіброзний періодонтит
- д) Хронічний гангренозний пульпіт

14. Лікар-стоматолог проводить лікування 36 з приводу хронічного періодонтиту у військовослужбовця 45 років. Рентгенологічно: медіальні кореневі канали вигнуті, в області верхівки медіального кореня визначається вогнище деструкції кісткової тканини з нерівними контурами розмірів 0,2x0,2 см. Яке з перерахованих лікарських засобів оптимально для проведення внутріканального електрофорезу в цьому випадку?

- а) 3% р-н сульфату міді
- б) 10% р-р йодиду калію
- в) 1% р-н новокаїну
- г) 0,1% р-р трипсину
- д) 1% р-р декаметоксина

15. У військовослужбовця 27 років при лікуванні Гострого глибокого карієсу в 26 була випадково розкрита порожнина зуба в проекції її медіально-щічного рогу. Виберіть метод лікування?

- а) Вітальна ампутація
- б) Біологічний метод

- в) девітальної ампутація
- г) Вітальна екстирпацію
- д) девітальної викорінення

16. У військовослужбовця Д. протягом останньої ночі відзначалися напади болю в правій половині обличчя. Біль пульсуючий, що рве, нестерпний, майже постійна, що не заспокоюється, лише трохи зменшується інтенсивність. Від теплового полоскання біль різко посилюється. Об'єктивно: в 17 зубі в пришийковій області пломба з композиту. Від холодної води біль заспокоюється. Перкусія 17 зуба - болісна. Який найбільш ймовірний діагноз?

- а) Гострий серозний періодонтит
- б) Гострий правобічний гайморит
- в) Гострий гнійний пульпіт
- г) Загострення хронічного пульпіту
- д) Гострий дифузний пульпіт

17. Військовослужбовець А., 21 роки, звернувся зі скаргами на болі при накусиванні в 11, 21 зубах, які були травмовані 2 дні тому. Супутні захворювання: виразкова хвороба шлунка. Об'єктивно: 11,21 зуби інтактні, рухливість 1 ступеня, перкусія болюча. ЗОД - 10 мкА. Яка істотно не змінювалися протягом тижня. На рентгенограмі зміни в періапикальних тканинах 21,11 зубів відсутні. Яка тактика стоматолога щодо даного хворого?

- а) Фізіотерапія, антибактеріальна терапія.
- б) Анальгетики, антибактеріальна терапія.
- в) Ендодонтичне лікування, шинування.
- г) Анальгетики, фізіотерапія, шинирование.
- д) Фізіотерапія, призначення анальгетиків.

18. Військовослужбовець скаржить на постійний ниючий біль, відчуття "виріс зуба", які турбують протягом 3 днів. Об'єктивно: в 26 зубі каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба. Вертикальна і горизонтальна перкусія різко хворобливі. Зуб рухливий, II ст. Слизова оболонка в області проекції верхівки кореня гіперемована, пальпація болюча, явища флуктуації відсутні. Назвіть найбільш раціональний шлях відтоку ексудату:

- а) Через періодонтальна щілину
- б) Через кореневі канали
- в) Через лунку видаленого зуба
- г) через маргінальний край ясен
- д) Через розріз по перехідній складці

19. Воєннослужащий Р., 42 років, звернувся зі скаргами на ниючі болі в області 21 зуба, що посилюються при накусиванні. Напередодні під анестезією зуб був депульпований під металокерамічну коронку. Кореневої канал запломбований Ендометазон. На контрольній рентгенограмі: канал запломбований з виведенням невеликої кількості матеріалу за верхівку кореня. Яка повинна бути тактика лікаря відносно 21 зуба?

- а) Розріз по перехідній складці.
- б) Видалення зуба.
- в) Розпломбування кореневого каналу.
- г). Призначення фізіотерапевтичних процедур.
- д) Резекція верхівки кореня.

20. Військовослужбовець 32 років скаржитися на гострі приступообразні мимовільні болі в області верхньої щелепи зліва, що посилюються від холодних подразників, іррадируючі в вухо і скроню. Рік тому сильно хворів 27, до лікаря не зверталася. Три дні тому знову виникли болі. Об'єктивно: в 27 глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба. Зондування розкритої точки різко болісно. Який найбільш ймовірний діагноз?

- а) Гострий періодонтит
- б) Гострий обмежений пульпіт
- в) Гострий дифузний пульпіт
- г) Загострення хронічний пульпіт
- д) Загострення хронічний періодонтит

1-в	5-б	9-а	13-д	17-г
2-б	6-г	10-б	14-б	18-б
3-г	7-б	11-д	15-б	19-г
4-а	8-а	12-в	16-а	20-г

