

# **Қожа Ахмет Ясауи атындағы Шымкент Медицина Институты**

- **Тақырыбы: Терапевтік стоматолог  
байқауындағы науқасты тексеру әдістері.  
Стоматологиядағы шұғыл жағдайлар.  
Терапевтік стоматологиядағы есептік  
құжаттар**

**Орындаған: Жанұзақова А.**

**Қабылдаған : Жаханова С.**

**СК - 606**

# ТЕКСЕРУ ӘДІСТЕРІ:

- 1) *негізгі* – сұрап, қарап немесе көріп, қағып, сипап, шұқып;
- 2) *қосалқы* немесе арнаулы- электометриялық, люминесценттік, трансиллюминациялық, ЭОД, рентгензерттеу, витальды бояу әдіс, биохимиялық, микробиологиялық, иммунологиялық, цитологиялық, гистологиялық, термометриялық, аллергиялық, гистаминдік және т.б.



## ***СҰРАП ТЕКСЕРУ:***

*Науқасты сұрап тексеру – бұл үлкен ұқыптылықты талап етеді. Сұрап тексерудің нәтижелігі туралы мәлімет алудың негізін қалаған белгілі орыс дәрігері Г.А.Захарьин.*

- Шағымдарды анықтау;*
- Шағымдарды нақтылау (детализация);*
- Аурудың басталуын және дамуын анықтау;*
- Аурудың ағымын бағалау;*
- бұрын жүргізген емнің нәтижесін қарау.*

## *АУРУДЫҢ АНАМНЕЗИ (MORBI):*

- Қашан ауру басталды (бірінші симптомадарды қашан сезді)?*
- Ауру қалай басталды?*
- Аурудың басталуы немен байланысты?*
- Клиникалық белгілері қалай дамиды?*
- Ем жүргізді ма?*
- Ем нәтижелі болды ма?*

## *ӨМІРДІҢ АНАМНЕЗИ (VITAE):*

- Туған жері?*
- Мекен жайы?*
- Өндірісте жұмыс жағдайы?*
- Тұрмыстық жағдайы?*
- Тамақтандыру ерекшеліктері?*
- Бұрын және кәзір қандай аурулармен ауырады (Перенесенные и сопутствующие заболевания)?*
- Аллергоанамнез?*
- Зиянды әдеттер?*

*Қарап тексеру әдісінің негізгі мақсаты-дәрігер-стоматологқа шағым айта келген адамның бет-жақ аймағындағы патологиялық үрдісті анықтау. Бет әлпетін сырттан қарау:*

- Науқастың жалпы жағдайы (**habitus**);*
- Беттің тепе-теңдігін (симметриясын);*
- Терінің түсін;*
- Бастың шаш бөлігінің жағдайын;*
- Еріннің қызыл жиегінің, көздің конъюктивасының, мұрын қанаттарының жағдайын*

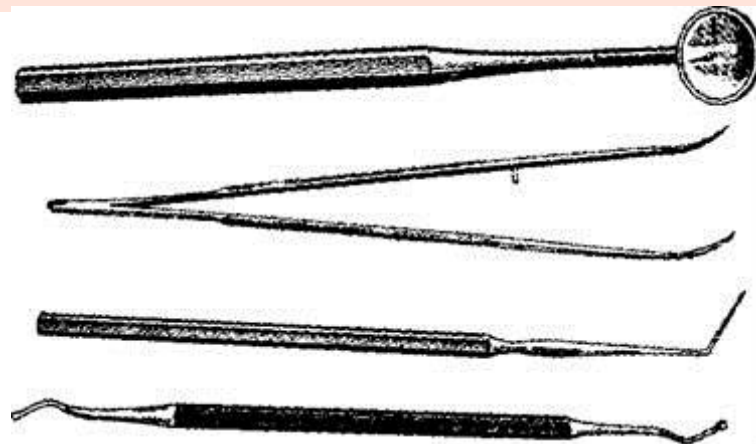


# ПАЛЬПАЦИЯ

- *Сипап тексеру әдісі ауыз ішінде әр түрлі патологиялық үрдістердің ошағын, даму тегін, қалыпты және патологиялық тіндердің қозғалмалылығын, шекарасын, ауырғыштығын анықтау үшін жүргізіледі. Бір жағдайда оны тек сұқ саусақпен сипау арқылы, екінші жағдайда кілегейлі қабықты бас бармақ және сұқ саусақпен, үшінші жағдайда екі қолдың сұқ саусақтарының көмегімен жүргізіледі. Тілді сипап тексерудің өзіндік ерекшелігі бар. Ол үшін тілдің ұшын мақта анжымен, сол қолдың немесе оң қолдың екі саусағымен ауыртпай қысып ұстап, мүмкіндігінше сыртқа шығарады. Бос қолдың екі саусағымен тістің түбірінен бастап ұшына қарай сипап тексереді.*

# *АУЫЗ ҚУЫСЫНЫҢ КІРЕБЕРІСІН ҚАРАП ТЕКСЕРУ*

- Айна, зонд, пинцет көмегімен жүргізіледі.*
- Ауыз қуысының кіреберісін, еріннің қызыл жиегін және еріннің кілегей қабығын қарап тексеру.*
- Ұрттің кілегей қабығын қарап тексеру.*
- Тіс қатарларының ара қатысын анықтау (тістесуін).*
- Қызыл иекті қарап тексеру.*
- Тіс шөгінділердің бар болуын анықтау (тас, қақ).*



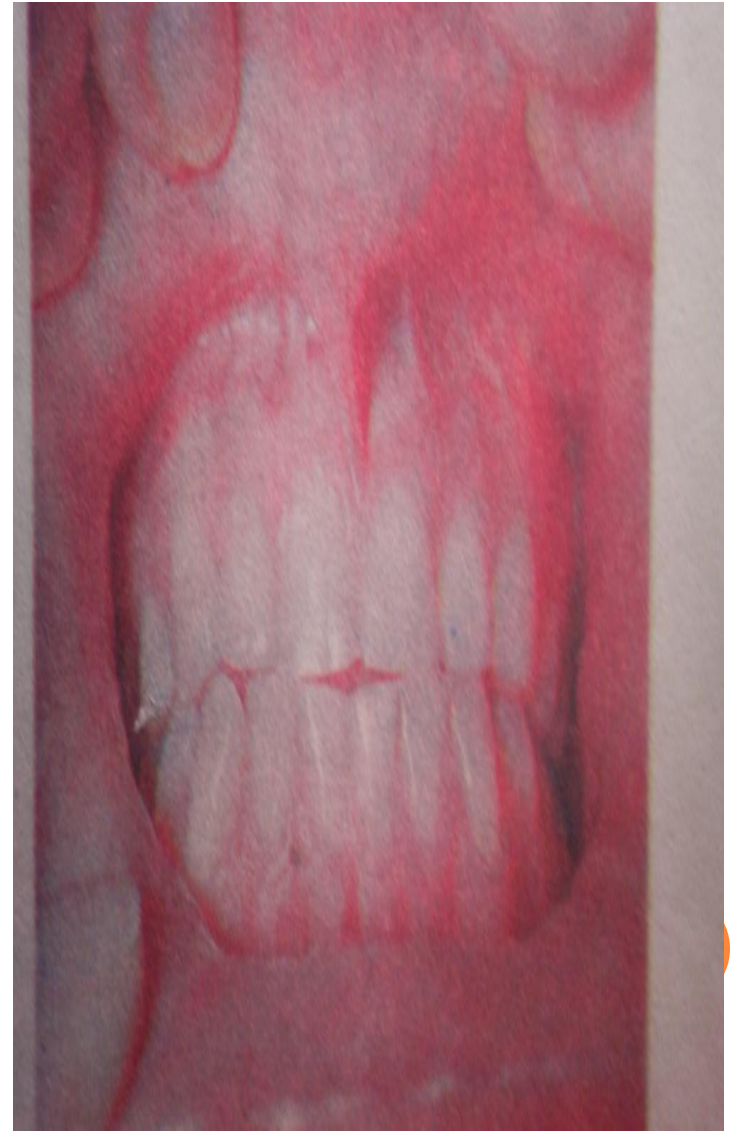
# НАТ ЫЗ АУЫЗ ҚУЫСЫН ҚАРАП ТЕКСЕРУ

## **Кілегей қабығының:**

- - түсін;
- - ылғалдылығын;
- - қызарған жерлері бар ма;
- - домбығуы бар ма;
- - бөртпелер бар ма (беткей және терең жаралар, қақтар және т.б.);
- - сілекей бездерінің шығаратын түтіктері.

## **Тіл:**

- қозғалғыштығын;
- Тілдің бүртіктерін;
- Қақтар бар ма;
- Бүртіктерінің атрофия немесе гиперплазия ошақтары бар ма;
- Бүйір бетінде тістердің іздері бар ма және т.б.





# ***ШҰҚЫП ТЕКСЕРУ - ЗОНДИРОВАНИЕ:***

*□ Зонд көмегімен жүргізіледі.*

*Анықтауға болады:*

*□ Тісжегі қуыс бар ма және тереңдігін;*

*□ Тісжегі қуысының ауру сезімі бар жерлерін;*

*□ Тісжегі қуыстың тіс қуысымен байланысын  
(ұлпаның ашылған мүйізшесін);*

*□ Пародонтальды қалталарды және олардың  
тереңдігін;*

*□ Тіс шөгінділерін (қызыл иек үсті- және қызыл иек  
асты).*

## *ҚАҒЫП ТЕКСЕРУ - ПЕРКУССИЯ*

- Айнаның, зондтың, пинцеттің сабымен жүргізіледі*
- 1) Вертикальды перкуссия.*
- 2) Горизонтальды перкуссия.*
- Сау тістен бастайды (салыстырмалы перкуссия)*

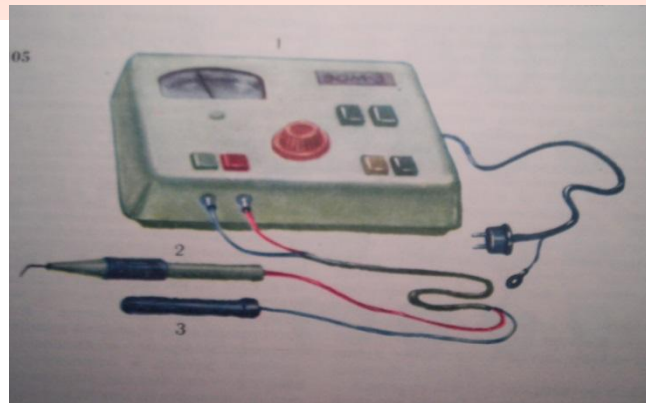
## ӘДІСТЕР:

- *Электрметриялық әдіс;*
- *электроодонтодиагностика (ЭОД);*
- *рентгенологиялық зерттеу;*
- *люминесценттік;*
- *трансиллюминация;*
- *витальды бояу әдіс.*



# ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКА

- Тіс ұлпасының электр қозғыштығын анықтау
- Арнайы аппарат көмегімен жүргізіледі.
- Сау тістің ұлпасы 2-6 мкА шамасындағы токқа тітіркеніп ауыру сезім береді.
- Ұлпаның қабынуы кезінде бұл көрсеткіш әртүрлі деңгейге төмендейді (20 мкА-ден бастап 60 мкА –ге дейін)
- ЭОД 60 мкА-ден жоғары болса – сауыт ұлпасы өлі еттенгенн.
- ЭОД 100 мкА-ден асып кетсе – түбір ұлпасы олі еттенген.



# РЕНТГЕНОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ

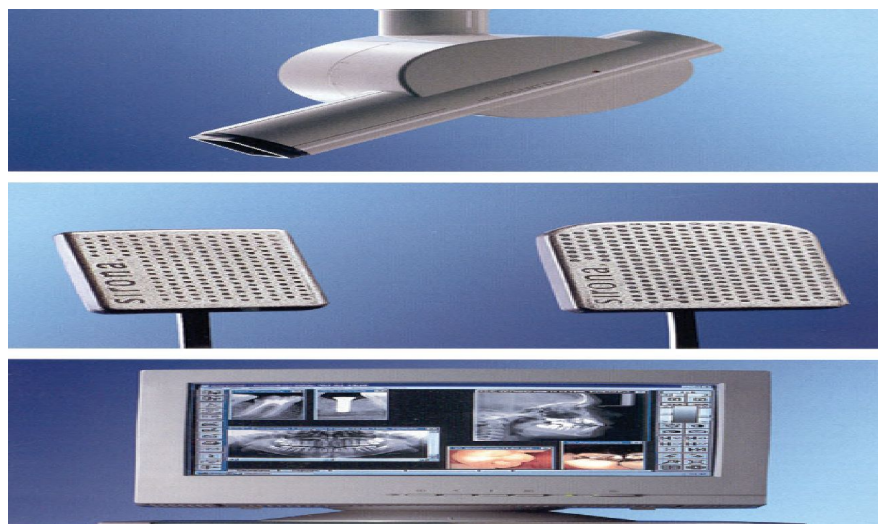
- *Стоматология саласында кең қолданылады:*
- *Ауызішілік жақын фокусты түйіскен (контактная) рентгенография;*
- *ортопантомография.*
- *Жасырын (скрытые) тісжегі қуыстарды анықтау;*
- *Түбір өзектерінің өткізгіштігін анықтау;*
- *Түбір өзегінің жұмыс ұзындығын анықтау;*
- *Түбір өзектерінің обтурациялау сапасын бақылау;*
- *Түбір ұшы маңайындағы тіндерінің жағдайын бағалау;*
- *Жақтың сүйек тінінің жағдайын бағалау.*



**ДЕНТАЛЬДЫ - АУЫЗІШІЛІК РЕНТГЕН (ДАТЧИК НЕМЕСЕ ПЛЕНКА НАУҚАСТЫҢ АУЫЗ ҚУЫСЫНЫҢ ІШІНЕ ҚОЙЫЛАДЫ)**



**Компьютерлі рентген визиограф**



# ***ТРАНСИЛЛЮМИНАЦИЯ***

*Бұл әдіс тексерілетін нысан арқылы тұлғаға зиянсыз жарықтың салқын сәулесі өткен кезде көлеңкенің пайда болуына негізделген. Бұл әдіс тісжесгі ошағын, кіреуке жарықтарын, қызылиек асты тіс шөгінділерін, асқынған тісжесгіні анықтауға мүмкіндік береді.*



▣ *Пломбаны көруге болады*



# **ШҰҒЫЛ ЖАҒДАЙЛАР:**

**АНАФИЛАКТИКАЛЫҚ ШОҚ, КВИНКЕ ІСІГІ,  
ТАЛУ, ЕСТЕН ТАНУ, Т.Б.**

*Анафилактикалық шок (АШ) - ағзаға аллергендер енгенде жедел түрдегі аллергиялық реакцияны тудыратын, қанайналым, тыныс алу, орталық жүйке жүйесінің ауыр бұзылыстарымен сипатталатын, жедел дамидын, өмірге қауіпті патологиялық үрдіс.*

## **АШ ағымының 5 варианты бар:**

- типті;
- гемодинамикалық;
- асфиксиялық;
- церебралды;
- абдоминалды.





## **ЖІКТЕМЕСІ**

### **Анафилактикалық шоктың клиникалық ағымы бойынша жіктелуі:**

**1. Қасқағымды ағымы** – жіті басталатын, тез үдейтін АҚ төмендеуі, есінен тану, тыныс жетіспеушілігінің үдеуімен жүреді. Қасқағымды шок ағымының ерекшелігі-шокқа қарсы қарқынды терапияға тұрақты болуы және терең коматозды жағдайға дейін тез өршуі. Өмірге маңызды мүшелердің зақымдалуына байланысты алғашқы минутта немесе сағатта өлімге әкеледі.

**АШ қасқағымды тәрізді ағымының варианттары басты клиникалық синдромдарға байланысты:**

- жіті тыныс жетіспеушілігі (ЖТЖ);
- жіті қан тамыр жетіспеушілігі (ЖҚЖ).

**АШ басты синдромы ЖТЖ** әлсіздік кенеттен пайда болады және үдейді, кеудеде қысқан тәрізді ауа жетіспеу сезімі, мазалайтын жөтел, экспираторлы ентігу, бастың ауыруы, жүрек аймағындағы ауыру сезімі, қорқыныш сезімі. Теріде кенеттен бозаруы мен цианозы, аузында көпіршіктер, тыныс шығару кезінде құрғақ сырылдар және қиындаған ысқырықты тыныспен байқалады. Бетте және дененің басқа бөліктерінде ангионевротикалық ісінулер дамуы мүмкін. ЖТЖ үдеуі анықталады және жіті бүйрек үсті безі жетіспеушілігінде өлімге әкелуі мүмкін.



□ ***ЖҚЖ мен дамиды АШ** кенеттен басталған әлсіздік, құлақта шу, ақпа термен сипатталады. Тері түсінің бозғылдығы акрацианоздың айқындылығымен, АҚ төмендеуінің, жіп тәрізді пульс, жүрек тондары кенеттен әлсіреген. Бірнеше минуттан кейін есінен тану, тырысулар болады. Жүрек – қан тамыр жетіспеушілігінен өлімге ұшырауы мүмкін.*

□ ***2. Рецидивті ағымы** – клиникалық жағдайы жақсарған соң бірнеше сағат немесе тәуліктен кейін қайта шоктың пайда болуымен сипатталады. Кейде қайта дамыған шок алдыңғысына қарағанда ауыр өтеді және емге тұрақты болады.*

□ ***3. Абортивті ағымы** - шоктың асфиксиялық варианты, науқастарда клиникалық симптомдар тез жойылады, көбінесе дәрілік препараттарды қабылдауды қажет етпейді.*

□



□ *АШ-тың абдоминальды вариантында бірінші орынға «жедел іш»* симптомы: іштің барлық аймағында немесе құрсақ үсті аймақта ауыру сезімі, құсу, үлкен дәретке шақырулар, жиі диагностикалық қателіктермен өтеді. Осы вариантында жиі операция жасалынады.

□ *Шоктың эректильді фазасы 20-30 минутқа созылады, екі синдром көрінісімен өтеді - церебралды және кардиоваскулярлы.*

□ *Церебралды синдром қозғыштықпен, эйфория, гиперрефлексиямен, гиперэстезиямен, қарашықтың кеңеюімен жүреді. Зардап шегуші есі анық, қозғыш мазасыз, кез келген жағдайға реакциясы бар, «өлімнен қорқу» сезімімен жүреді.*

□ *Кардиоваскулярлы синдром қалыпты немесе жоғары АҚ, тахикардия немесе пульс баяулаған, бозғылдық, тері жабындысы, беті қызарған.*

□ *Торпидті фаза шоктың (шынайы шок) барлық негізгі патогенетикалық механизмінің қосылуымен ерекшеленеді, бірнеше сағатқа созылатын, көмек көрсетпеген жағдайда өлімге әкелетін фаза.*

- **Объективті клиникалық зерттеуде анықталады:**
- - жиі жіп тәрізді пульс ( перифериялық қан тамырларда);
- - тахикардия (сирек брадикардия, аритмия);
- - жүрек тондері тұйықталған;
- - артериалдық қысым тез төмендейді ( ауыр жағдайда төмен қысым анықталмайды).
  - жеңіл жағдай кезінде салыстырмалы түрде АҚ төмендемейді, төменгі критикалық деңгей 90-80 мм.рт.ст. Алғашқы минуттарда кейде АҚ аздап төмендеуі мүмкін;
- - тыныс бұзылысы (ентігу, қиындаған сырылды тыныс, ауыздан көбік ағу);
- - қарашық кеңейген және жарыққа реакция жоқ.



## **ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫ**

**Медициналық көмек көрсету тактикасы**

**Анафилактикалық шоктың емдеу алгоритмі**

**Шұғыл көмек:**

**1. Науқасты Тренделенбург қалпына келтіру:** аяқ басын көтерген күйде, басын бүйіріне қаратып, тілін артқа кетуінің алдын алу үшін, асфиксия, құсық массалары мен аспирация болдырмау үшін төменгі жақты алға тарту, таза ауаның келуін қаматамасыз ету. Оксигенотерапия жүргізу.

**2. Ағзаға аллергиялардың ары қарай түсуін тоқтату:**

**а) аллергияларды парентеральды енгізу:**

— аллергия енгізген жердің жоғарғы бөлігіне артерияны қыспайтын етіп, 30 минутқа жгут салу (әр 10 минут сайын жгутты бір-екі минутқа босатып отыру қажет);

— «крест тәрізді» инъекция орнына (шағу) 0,18 % эпинефрин ертіндісін 0,5 мл (мүмкіндігінше к\т-ға– гипоперфузия!) 5,0 мл изотониялық ертінді натрий хлориді 5,0 мл және мұз қояды (бірінші емдік тағайындау!).

**б) аллергияларды медикаменттерді мұрын қуысына тамшылату және конъюнктиваны сумен жуу керек.**

**в) аллергияларды пероральды қабылдағанда науқастың жағдайы көтерсе асқазанды жуу керек.**



□ 3. Шокка қарсы іс-шаралар:

□ а) бұлшық етке тез арада егу:

□ — 0,18 % эпинефрин ертіндісі 0,3 – 0,5 мл (1,0 мл-ден аспау керек).  
Эпинефринді қайталап енгізу аралығы 5 - 20 минут, АҚ бақылау;

□ — антигистаминді препараттар: 1% дифенгидрамин ертіндісі 1,0 мл-ден аспау керек (өршіген үрдісті ары қарай болдырмау).  
Пипольфен қабылдауға қарсы көрсеткіш айқын гипотензивті әсер!

□ б) инфузионды терапия 0,9% натрий хлориді ертіндісі 1 литрден аз болмау керек. Қан тамыр ішілік көлемді қайта қалпына келтіру үшін. Алғашқы 10 минут ішінде гемодинамика тұрақтылығы жойылғанда шоктың ауырлығына байланысты қайталап коллоидты ертінді (пентакрахмал) 1-4 мл/кг/мин енгіземіз.  
Инфузионды терапия жылдамдығы және көлемі АҚ жоғарылауымен, ЦВД жоғарылауымен және науқастың жағдайының жақсаруымен анықталады.

□ 4. Аллергияға қарсы ем: к\тамырға преднизолон 90-150 мг струйно.

## 5. Симптоматикалық ем:

- а) артериалды гипотензияда циркуляциядағы қан көлемі қабынуынан кейін-вазопрессорлы аминді, систолалық АҚ  $\geq 90$  мм.с.б. келгенше к\т тамырға титрлеп енгізеді. Допамин к\т тамшылатып 4-10 мкг/кг/мин, 15-20 мкг/кг/мин жылдамдықта (200 мг допамин 400 мл 0,9% натрий хлоридаі немесе 5% декстроза ертіндісі) аспау керек – инфузионды минутына 2-11 тамшы жылдамдықпен енгізіледі;
- б) брадикардия дамыса 0,1% раствор атропин ертіндісі 0,5 мл тері астына, қажет болған жағдайда – осы мөлшерді 5-10 минуттан кейін қайталап енгіземіз;
- в) бронхоспастикалық синдромда к\т 2,4 % аминофиллин ертіндісі 1,0 мл (10,0 мл-ден аспау керек) 20 мл изотоникалық ертінді натрий хлоридіне еріту немесе ингаляциялық  $\beta_2$ -адреномиметиктер – сальбутамол 2,5 – 5,0 мг небулайзер арқылы енгізу.
- г) цианоз дамыса диспноэ немесе аускультацияда құрғақ сырылдар анықталса оксигенотерапия жасалады. Тыныс алу тоқтаған жағдайда өкпені жасанды желдендіру өткізіледі. Көмей ісінуінде – трахеостомия.
- д) міндетті түрде барлық уақытта тыныс қызметін, жүрек-қан тамыр жүйесінің жағдайын (жүрек жиырылу және АҚ өлішеу)!

▣ **Шұғыл госпитализацияға көрсетімдер:** анафилактикалық шок - реанимация және қарқынды терапия бөлімінде жағдайының тұрақтануы науқасты госпитализациялаудың абсолютті көрсеткіші болып табылады.

▣ **Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:**

- ▣ 1. \*Эпинефрин 0,18% - 1,0мл, амп.
- ▣ 2. \*Натрий хлориді 0,9% - 400 мл, фл.
- ▣ 3. \*Натрий хлориді 0,9% - 5,0 мл, амп.
- ▣ 4. \*Преднизолон 30 мг, амп.
- ▣ 5. \*Аминофиллин 2,4% - 5,0 мл, амп.
- ▣ 6. \*Дифенгидрамин 1% - 1,0 мл, амп.
- ▣ 7. \*Оттегі, мЗ.
- ▣ 8. \*Пентакрахмал 500,0 мл, фл.
- ▣ 9. \*Атропин сульфаты 0,1% - 1,0 мл, амп.
- ▣ 10. \*Допамин 0,5% - 5 мл, амп.

▣ **Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:**

- ▣ 1. \*Дексаметазон 1мл, амп.
- ▣ 2. \*Фенилэфрин 1 % - 1,0-2,0 мл.
- ▣ 3. \*Декстроза 5% - 400,0, фл.
- ▣ 4. \*Гидрокортизон 2,5%-2мл, амп.
- ▣ 5. \*Сальбутамол 3 мг, неб.





# ***ТЕРАПЕВТИК СТОМАТОЛОГИЯДАҒЫ ЕСЕПТІК ҚҰЖАТТАР***

- Науқастың стоматологиялық жеке картасы (ф.№043/у);*
- Дәрігер-стоматологтың күнделікті есеп кітабы : ф.№039*
- Дәрігер стоматологтың күнделікті тіркеу картасы (ф.№037/у-88);*
- Диспансерлік бақылау картасы (ф.№030/у);*
- Амбулаторлық операцияларды жазатын журнал (ф.№069/у).*



# ***ПАЙДАЛАНҒАН ӘДЕБИЕТТЕР***

***- [www.google.kz](http://www.google.kz)***

***-Терапиялық стоматология оқулық “АҚНҰР  
баспасы”2014***

***-Д.М Мезгілбаева***

***- С.Ж Абдикаримов***

***-Н.Ғ Сапаева***

