

**ОРГАНИЗАЦИЯ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

В настоящее время все приказы Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ носят рекомендательный характер.

В новых рыночных отношениях происходит снижение роли централизованного управления и увеличение роли регионального соподчинения стоматологической службы. Возрастает значение профессиональных ассоциаций. Происходит снижение роли и размера бюджета, увеличивается объем хозрасчетной стоматологической помощи, а также возможность перехода к системе медицинского страхования

- 1. В условиях перехода к рынку, согласно рекомендации Ассоциации стоматологов (общероссийской), предлагается три уровня оказания стоматологической помощи: квалифицированная, специализированная и узкоспециализированная. В республиках, краях,

областях, городах, городских районах работают стоматологические поликлиники, в состав которых входит хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет. В сельской местности стоматологические кабинеты действуют при центральной районной больнице. Кроме того, в отдельных медико-санитарных частях (МСЧ) имеются хирургические кабинеты. Стоматологическое отделение поликлинического и стационарного профиля предусмотрено также в составе отделений скорой медицинской помощи (для оказания ургентной помощи).

- В последние годы были организованы стоматологические учреждения акционерного типа и на правах товариществ с ограниченной ответственностью, в которых оказывается хирургическая стоматологическая помощь.
- В частных стоматологических кабинетах оказание хирургической стоматологической помощи (кроме экстренной помощи по жизненным показаниям) запрещено.

Помещение хирургического отделения (кабинета).

- 1.** помещение для ожидания больных из расчета 1,2 м² на одного больного с учетом не менее 4 больных, одновременно ожидающих приема врача.
Допускается ожидание хирургических больных в общем помещении поликлиники;
- 2.** предоперационная площадью не менее 10 м²;
- 3.** операционная с одним стоматологическим креслом (операционным столом) площадью не менее 23 м², а при установке каждого последующего кресла (операционного стола) должно добавляться по 7 м²;
- 4.** стерилизационная площадью не менее 8 м²;
- 5.** комната временного пребывания больных после операции.

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

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

- Стены кабинетов хирургического отделения стоматологической поликлиники и стационара (операционной, предоперационной, перевязочной) должны быть гладкими, без щелей; стены должны облицовываться на высоту не ниже 1,8 м, а в операционной — на всю высоту плитками из полихлорвинила, полиэстирола или глазурованной плиткой. Пол в кабинетах настилают рулонным поливинилхлоридным материалом (линолеумом) или покрывают керамической плиткой, а в операционной — полимерцементной мастикой или керамической плиткой.

-
- Потолки операционной, предоперационной и стерилизационной должны быть окрашены вододисперсионными, масляными или клеевыми красками, двери и окна — глифталевыми эмалями и масляной краской. Дверные и оконные проемы должны быть гладкими, легко поддающимися влажному протиранию.

-
- Хирургические кабинеты в стоматологических поликлиниках оборудуются водопроводом, центральным отоплением и горячим водоснабжением. В них устанавливается приточно-вытяжная вентиляция с механическим побуждением; должны быть и фрамуги и форточки.

-
- **Оснащение хирургического отделения (кабинета) осуществляется согласно таблицю оборудования больниц и поликлиник с учетом «Временных норм расхода по основным видам стоматологических материалов, медикаментов и инструментов на одну должность врача стоматологического профиля и зубного техника» (приказ Министерства здравоохранения СССР № 670 от 12.06.84 г., приложение 1).**

- **В хирургическом отделении (кабинете) необходимо иметь стоматологические кресла, бестеневые лампы, столики для инструментария, круглые винтовые табуреты со спинками и без них, электрическую бормашину с наконечниками, бактерицидные и ультрафиолетовые лампы; стоматологический инструментарий: шприцы разной емкости, держатели для карпулированных анестетиков, одноразовые инъекционные иглы (см. главу III), пинцеты — стоматологические, хирургические, анатомические, глазные; зеркала и шпатели, наборы щипцов и элеваторов (см. главу V), скальпель и их держатели, наборы острых и тупых крючков, отсепаратов, распаторов, кюретажных ложек, долот, молотков, костных кусачек, ножниц, кровоостанавливающих зажимов, игл и иглодержателей. Среди инструментария должны быть иглы с тупыми концами, зонды — прямые, изогнутые под углом, пуговчатые, зонды для исследования слюнных желез.**

-
- В хирургическом отделении (кабинете, операционной) должна быть бормашина с набором боров, фрез, дриллей. Необходимы наборы для шинирования, стандартных шин, повязок (см. главу XI), языкодержатели, роторасширители, трахеотомические трубки, пародонтологические и эндодонтические наборы. В базовой стоматологической поликлинике в операционной желательно иметь лазерный скальпель.

-
- Все кабинеты должны иметь естественное освещение и две системы искусственного освещения — общее, соответствующее санитарным требованиям, и рабочее — в виде специальных рефлекторов. Мебель в хирургических кабинетах должна быть окрашена нитроэмалевой краской светлых тонов. Рабочие столы покрывают стеклом или пластиковым материалом, окрашенным нитроэмалевой краской или нитролаком.

-
- В отделениях (кабинетах) хирургической стоматологии влажная уборка должна производиться дважды в день: между рабочими сменами и в конце каждого рабочего дня. Один раз в неделю следует проводить генеральную уборку помещений.
 - При лечении хирургических стоматологических больных обязательно соблюдение правил асептики, в том числе при обработке рук врачей разными методами.

Осмотр больного

- Осмотр больного
- врач проводит в маске, защитных очках, резиновых перчатках
- , а в операционной — в стерильном халате и бахиллах.
- Стерилизационная должна располагаться в отдельном помещении, в котором подача инструментария осуществляется с помощью специального лифта, или должна находиться рядом с хирургическим кабинетом, чтобы подача инструментария осуществлялась через окно.



Рис. 1. Форма одежды врача хирургического стоматологического отделения.

-
- СССР № 950 от 01.10.76 г., которым предусмотрено выделение 4 врачей-стоматологов на 10 000 населения. Число хирургов среди них зависит от обращаемости за помощью.
 - Штат медицинских сестер устанавливается из расчета одна должность медицинской сестры на каждую должность врача-хирурга.
 - Штат санитарок устанавливается из расчета одна должность на каждую должность врача.

-
- Организация труда и лечебной работы в хирургическом отделении (кабинете). В поликлинике, где работает один хирург в смену, наиболее опытного врача надо использовать в ту смену, когда на прием приходит наибольшее количество больных. Объем и характер хирургических вмешательств должен зависеть от уровня квалификации хирурга, работающего в отделении.
 - После проверки санитарного состояния хирургического кабинета медицинская сестра перед каждой сменой обязана накрыть два стерильных стола (для инструментов и для перевязочного материала).

- Первичные больные в хирургическое отделение могут поступать как из регистратуры, так и из терапевтического и ортопедического отделений; тяжелобольные и больные с повышенной температурой тела должны быть приняты в первую очередь с обязательным оформлением истории болезни. Ознакомившись с историей болезни, направлением, а также с теми медицинскими документами, которые имеет больной, врач начинает анализ и обследование больного и при необходимости — несложные инструментальные исследования, используя и другие методы диагностики (рентгенологический, терапевтический или ортопедический, лабораторный).

-
- При необходимости хирургического лечения устанавливают сроки, объем, место и характер предоперационной подготовки больного.
 - В поликлинических условиях могут быть произведены только такие стоматологические операции, после которых больной может самостоятельно или в сопровождении родственников поехать домой. Из таких операций наиболее распространенной является удаление зуба.

-
- К сложным операциям в поликлинике относятся: удаление дистопированных, полуретенированных, ретенированных зубов, вскрытие и хирургическая обработка гнойного очага при остром периостите, остеомиелите, абсцессах, лимфаденитах, наложение швов на раны мягких тканей, репозиция отломков костей лицевого скелета и иммобилизация при переломах челюстей, вправление вывиха нижней челюсти. Перечисленные операции являются неплановыми

-
- В поликлиническом отделении могут быть проведены следующие плановые оперативные вмешательства: реплантация, трансплантация, имплантация зубов, гемисекция, резекция верхушки корня зуба, удаление небольших доброкачественных новообразований мягких тканей и костной ткани челюстно-лицевой области, взятие ткани для биопсии, а также операции по поводу пародонтита, кист челюстей, удаление слюнного камня из протока, несложные пластические операции при незначительных деформациях мягких тканей и альвеолярного отростка челюстей, секвестрэктомия, удаление инородных тел.

-
- **Плановые операции назначаются на специально предусмотренный операционный день. Для проведения операции хирургу необходим ассистент, роль которого могут выполнить опытная медицинская сестра, врач или студент.**

-
- **Данные обследования больного, все манипуляции и назначения врача, результаты лечения должны быть отмечены в истории болезни. Посещение больного всегда регистрируется в специальном журнале.**
 - **В хирургическом отделении (кабинете) проводится динамическое наблюдение лиц, подлежащих диспансеризации у хирурга-стоматолога. Кроме того, в состав базовых стоматологических поликлиник могут входить кабинеты восстановительного лечения и реабилитации.**

-
- Ежедневно проводится учет объема работы врача. Отчеты о работе врачей и выдачу листков временной нетрудоспособности ежемесячно анализирует руководитель. Количество выданных листков временной нетрудоспособности, длительность освобождения от работы и диагноз, на основании которого больной освобождался от работы, должны быть отмечены в специальной учетной книге. Для учета объема работы хирургических стоматологических отделений (кабинетов) поликлиники используют сводные ведомости. Заведующий отделением проводит анализ работы за месяц, полугодие, год и дает качественную оценку.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ
ХИРУРГИЧЕСКОГО
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО
СТАЦИОНАРА

- **Стационар предназначен для обследования и лечения больных с заболеваниями челюстнолицевой области, требующими хирургического или консервативного лечения в клинических условиях. Имеются заболевания челюстнолицевой области, при которых больные должны быть госпитализированы в срочном порядке через службу неотложной помощи. К ним относятся острые воспалительные заболевания: остеомиелит челюсти, абсцесс, флегмона, лимфаденит, фурункул, карбункул, травма, кровотечение и др.**

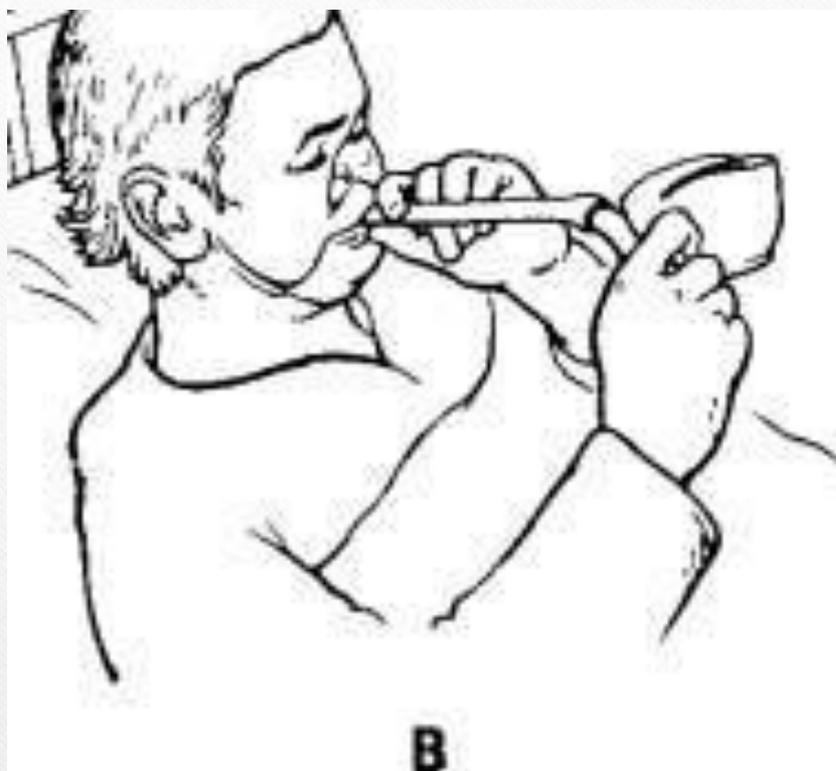
-
- В хирургический стоматологический стационар поступают также больные по поводу последствий травмы, врожденных пороков развития, новообразований. Они нуждаются в соответствующих оперативных вмешательствах, которые могут быть проведены в плановом порядке. Эти больные должны быть заранее обследованы и подготовлены к госпитализации в условиях поликлиники.

-
- В стационаре должны работать высококвалифицированные хирурги-стоматологи. Это в основном врачи, окончившие клиническую ординатуру при кафедрах хирургической стоматологии, одного из медицинских вузов, имеющие опыт работы, преимущественно высшую аттестационную категорию.

- Хирургический стоматологический стационар должен иметь те же подразделения, что и хирургический стационар общего профиля: операционно-перевязочный блок, процедурные комнаты, пищеблок, палаты, в том числе интенсивной терапии, посты медицинских сестер и др.
- В стоматологическом стационаре следует организовать специальную комнату для проведения гигиенических процедур в полости рта

- **Перечень инструментария для оснащения хирургического стоматологического отделения должен быть более разнообразным: в нем должны быть разных размеров скальпели, распаторы (прямые и изогнутые), долота, роторасширители, кровоостанавливающие зажимы. Кроме этого, необходимы инструменты, используемые в оториноларингологии, —* лобный рефлектор, носовые зеркала, носовые долота, в том числе Воячека; в офтальмологии — глазные скальпели, пинцеты, ножницы, крючки — острые и лапчатые, зонды для слезного мешка. Операционная должна быть оснащена аппаратами: электрокоагулятором, дерматомами, приборами для охлаждения при работе на костных структурах, костнорезущими и др., а также инструментарием и аппаратами для остеосинтеза, имплантации, восстановительных операций. Желательно наличие в операционной лазерной установки с разными обляционными режимами скальпеля, а также аппаратуры для вмешательств на микрососудистой системе.**

- В стационаре по правилам асептики необходима организация специальных отделений или палат для пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями и соответствующих операционных и перевязочных (если отделение на 50 и более коек). Рекомендуется
- иметь в отделении анестезиологическую службу, выделить палаты для послеоперационных больных или палаты интенсивной терапии. В многопрофильных больницах лечение тяжелобольных проводят в отделениях интенсивной терапии.



- Рис. 2. Гигиена полости рта и питание больного.
- а — орошение полости рта тяжелобольного; б — ирригация полости рта; в — самостоятельный прием больным пищи с помощью поильника.

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

- При организации питания больного предусматриваются специальные диеты (столы 0, № 2) и приспособления для приема пищи (см. рис. 2, в).

- Для успешного лечения больного необходимы доброжелательное отношение медицинского персонала, добросовестное соблюдение им своих обязанностей, правил врачебной этики и деонтологии.
-

- В стационаре анализируются итоги работы врача и всего коллектива отделения, оперативная активность, койко-день соответственно нозологическим формам заболевания. Анализ работы проводится за месяц, полугодие, год. В последние годы действует система учета труда врачей стоматологического профиля на основе единицы трудоемкости определенной лечебно-диагностической процедуры.

- Больные, которым проводилось лечение по поводу остеомиелита челюсти, актиномикоза челюстно-лицевой области, хронического заболевания слюнных желез, оральных манифестаций пред ВИЧ- и

ВИЧ-инфекций, одонтогенного гайморита, невралгии и патологии тройничного нерва, предракового заболевания, после восстановительных операций, оперативного лечения доброкачественных и злокачественных опухолей в поликлинике или стационаре (при отсутствии онкологического и онко-стоматологического кабинета) должны находиться на диспансерном учете.

- Одним из направлений лечения хирургических стоматологических больных является первичная и вторичная профилактика, включающая научно опосредованные программы в зависимости от этиологии и патогенеза заболевания, а также проведение общих оздоровительных лечебных мероприятий.

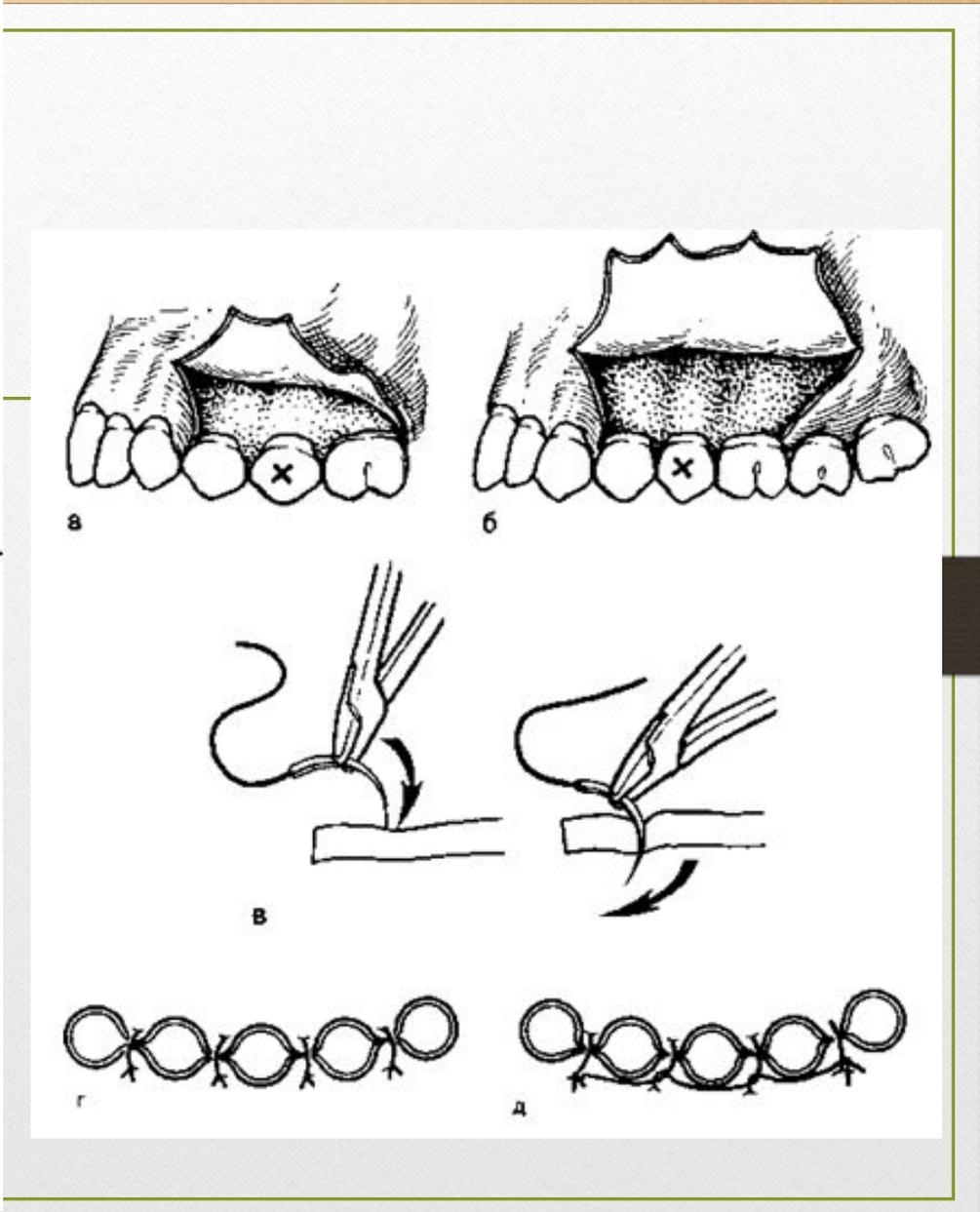
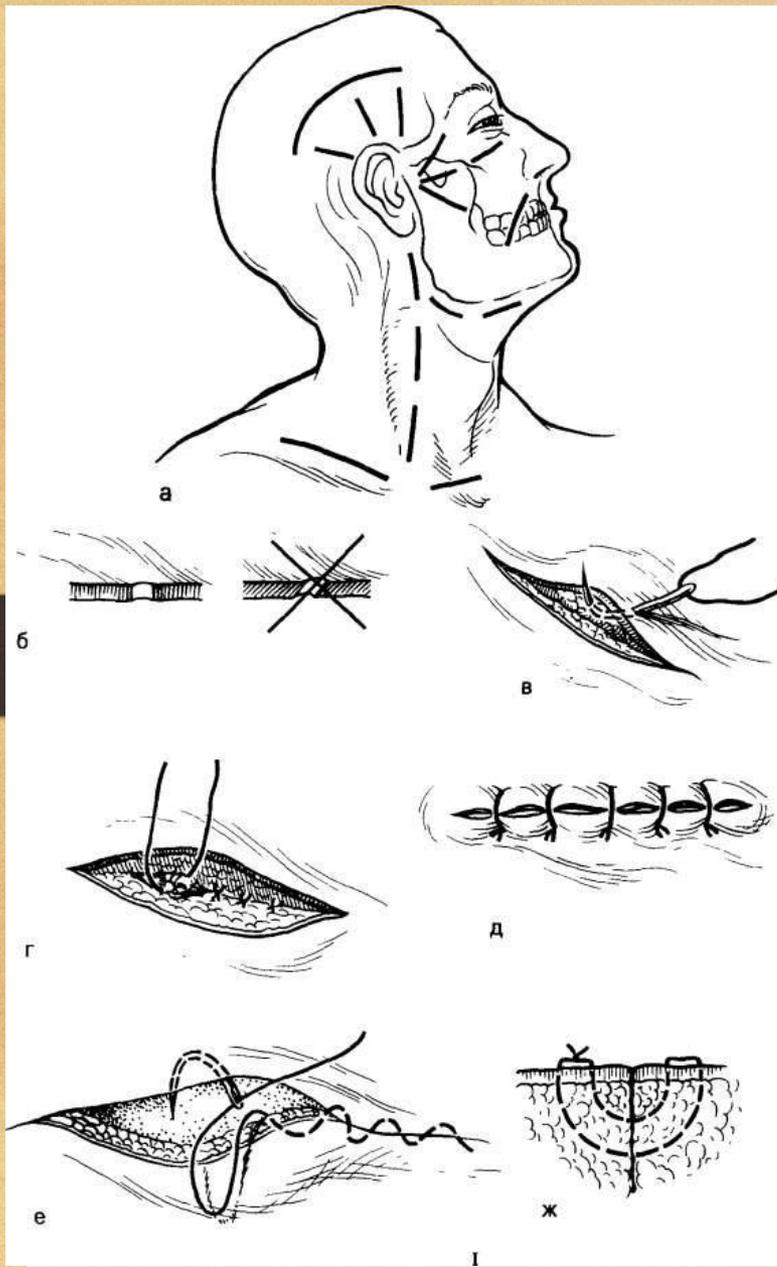
**ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНЫХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЧЕЛЮСТНО-
ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

- Большинство хирургических вмешательств в полости рта, челюстно-лицевой области проводят в положении больного лежа в стоматологическом кресле или на операционном столе. Удаление зуба проводят в положении больного сидя в стоматологическом кресле, кроме отдельных клинических случаев
- Пациент должен быть обследован перед операцией с учетом патологического процесса, сложности вмешательства, возраста, общего состояния, наличия сопутствующих заболеваний и соответственно подготовлен. Перед операциями (кроме ургентных) больному проводят санацию полости рта

- Накануне операции необходимы прием душа или гигиенической ванны, тщательное бритье и сбривание волос на месте или вблизи операционного поля. При срочных вмешательствах это делается непосредственно перед поступлением в перевязочную или операционную. В поликлинике пациент раздевается в предоперационной до нижнего белья и надевает стерильную рубашку или халат, на голову — шапочку или марлевую повязку; в стационаре больного привозят в операционную и на столе накрывают стерильными простынями.

-
- **Перед операцией лицо пациента обрабатывают спиртом, полость рта — дезинфицирующим раствором.**
 - **Операции в поликлинике и стационаре проводят дифференцированно под местной анестезией или общим обезболиванием**
 - **При проведении операций надо помнить о сложности строения челюстно-лицевой области и больших требованиях, предъявляемых к последствиям хирургических вмешательств. Цель операции — устранение функциональных и эстетических нарушений поврежденного органа.**

-
- Ткани челюстно-лицевой области отличаются обширной сетью сосудов, расположением нервов, особенно лицевого, близостью к дыхательным и пищеварительным путям, органам зрения, ЛОР-органам, мозговому черепу и мозгу. Делая разрезы на лице, надобно хорошо знать расположение ветвей лицевого нерва и ход крупных сосудов (рис. 3, I, а). При проведении разрезов в челюстно-лицевой области следует использовать одноразовые лезвия скальпелей разных размеров в зависимости от вида рассечения тканей.



II

Рис. 3. Практика хирургии в челюстно-лицевой области.

I: а — линии разрезов на лице; б — правильная и неправильная линии разреза тканей; в — положение иглы при зашивании тканей; г — положение подкожных швов; д — узловатые швы на коже; е — непрерывный шов на коже; ж — матрасный шов; II — линии разреза тканей в полости рта: а — отслаивание слизистой-надкостничного лоскута углообразной формы и б — трапециевидной формы; в — положение иглы при зашивании тканей в полости рта; г — узловатые швы на слизистую оболочку; д — непрерывный шов на слизистую оболочку.

Лезвие скальпеля должно быть острым, а движение им непрерывным. При определенной сопротивляемости тканей лезвие быстро тупится, что требует его смены. Рассечение тканей должно быть строго послойным во избежание случайного повреждения крупных сосудов и нервов. Лезвие должно рассекать покровные ткани перпендикулярно под углом 90° , чтобы края раны не имели наклона (рис. 3, I, б). Это позволит правильно сопоставить края раны. В других случаях создается такой угол наклона тканей, при котором ухудшается кровоснабжение, увеличивается их травматичность, а иногда развивается некроз краев раны. В полости рта нужно делать разрезы в области прикрепления десны, над участком неповрежденной кости. Это позволяет в последующем создать адекватную опору и возможность хорошо совмещать и зашивать края раны. При конструкции лоскутов тканей следует соблюдать определенные правила, чтобы не было таких осложнений, как некроз, расхождение краев раны, разрывы.

- Для предупреждения некроза лоскута верхушка последнего не должна быть шире его основания (исключением может быть расположение у основания крупной артерии), а края должны быть параллельны или постепенно сходиться на конус; по возможности у основания лоскута должно быть достаточное кровоснабжение по осевой линии и исключено его травмирование — скручивание, растяжение. Предупреждение расхождения краев раны достигается хорошим их совмещением, отсутствием травмирования и натяжения. Предотвращение разрывов, отрывов лоскута обеспечивается правильным планированием его размеров и послойным рассечением тканей, отсепарацией их от кости; необходимо избегать травмирования краев раны пинцетом и зажимами.