

Первичная аккредитация специалистов здравоохранения

Паспорт экзаменационной станции

Обезболивание в стоматологической практике

Специальность:

Стоматология

Оглавление

1. Профессиональный стандарт (трудовые функции).....	4
2. Продолжительность работы станции	4
3. Задача станции.....	4
4. Информация по обеспечению работы станции	4
4.1. Рабочее место члена АПК.....	4
4.2. Рабочее место аккредитуемого	5
4.2.1. Перечень мебели и прочего оборудования	5
4.2.2. Перечень медицинского оборудования.....	5
4.2.3. Расходные материалы	6
4.2.4. Симуляционное оборудование станции и его характеристики.....	6
5. Перечень ситуаций (сценариев) станцию	6
6. Информация (брифинг) для аккредитуемого.....	7
7. Действия членов АПК, вспомогательного персонала на подготовительном этапе (перед началом работы на станции).....	7
8. Действия членов АПК, вспомогательного персонала в процессе работы станции	8
9. Нормативно-методическое обеспечение паспорта станции.....	9
10. Справочная информация для аккредитуемого/членов АПК (Приложение 1).....	9
11. Критерии оценивания действий аккредитуемого.....	9
12. Алгоритм выполнения навыка	9
13. Оценочный лист.....	15
14. Медицинская документация.....	18
15. Сведения о разработчиках паспорта.....	25
Приложение 1.....	26
Приложение 2.....	39

Общие положения. Паспорта станций (далее станции) объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ) для второго этапа первичной аккредитации и первичной специализированной аккредитации специалистов представляют собой документ, включающий необходимую информацию по оснащению станции, брифинг (краткое задание перед входом на станцию), сценарии, оценочные листы (далее чек-лист), источники информации, справочный материал и т.д., и предназначены в качестве методического и справочного материала для оценки владения аккредитуемым лицом конкретным практическим навыком (умением), и могут быть использованы для оценки уровня готовности специалистов здравоохранения к профессиональной деятельности.

Оценивание особенностей практических навыков по конкретной специальности может быть реализовано через выбор конкретных сценариев. Данное решение принимает аккредитационная подкомиссия по специальности (далее – АПК) в день проведения второго этапа аккредитации специалистов.

С целью обеспечения стандартизации процедуры оценки практических навыков условие задания и чек-лист являются едиными для всех.

Целесообразно заранее объявить аккредитуемым о необходимости приходить на второй этап аккредитации в спецодежде (медицинская одежда, сменная обувь, шапочка), иметь индивидуальные средства защиты.

1. Профессиональный стандарт (трудовые функции)

Профессиональный стандарт, утвержденные приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации №227н от 10.05.2016 «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-стоматолог».

Трудовая функция:

A/02.7 Назначение, контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения.

2. Продолжительность работы станции

Общее время выполнения навыка – 10 минут.

Время нахождения аккредитуемого лица на станции – не менее 8,5 минут (в случае досрочного выполнения практического навыка аккредитуемый остается внутри станции до голосовой команды «Перейдите на следующую станцию»).

Таблица 1

Тайминг выполнения практического навыка

Время озвучивания команды	Голосовая команда	Действие аккредитуемого лица	Время выполнения навыка(мин)
0'	Ознакомьтесь с заданием станции	Ознакомление с заданием (брифингом)	0,5'
0,5'	Войдите на станцию и озвучьте свой логин	Начало работы на станции	8,5'
8,0'	У Вас осталась одна минута	Продолжение работы на станции	
9,0'	Перейдите на следующую станцию	Покидает станцию и переходит на следующую станцию согласно индивидуальному маршруту	1'

3. Задача станции

Демонстрация навыков осуществления различных видов местной анестезии при проведении стоматологического лечения.

4. Информация по обеспечению работы станции

Для организации работы станции должны быть предусмотрены:

4.1. Рабочее место члена АПК

Таблица 2

Рабочее место члена АПК

№ п/п	Перечень оборудования	Количество
1.	Стол рабочий (рабочая поверхность)	1 шт.
2.	Стул	2 шт.
3.	Компьютер с выходом в Интернет для доступа к автоматизированной системе аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России	1 шт.

4.	Устройство для трансляции видео - и аудиозаписей ¹ с места работы аккредитуемого лица с возможностью давать вводные, предусмотренные паспортом станции	1 шт.
5.	Чек-листы в бумажном виде (на случай возникновения технических неполадок, при работе в штатном режиме не применяются)	По количеству аккредитуемых лиц
6.	Шариковая ручка	2 шт.

4.2. Рабочее место аккредитуемого

Станция должна имитировать рабочее помещение и включать оборудование (оснащение) и расходные материалы (из расчета на попытки аккредитуемых лиц):

4.2.1. Перечень мебели и прочего оборудования

Таблица 3

Перечень мебели и прочего оборудования

№ п/п	Перечень мебели и прочего оборудования	Количество
1	Настенные часы с секундной стрелкой	1 шт.
2	Стол рабочий (рабочая поверхность)	1 шт.
3	Стул	1 шт.

4.2.2. Перечень медицинского оборудования

Таблица 4

Перечень медицинского оборудования

№ п/п	Перечень медицинского оборудования	Количество
1.	Стоматологическая установка (не обязательно работающая бормашина) со светильником и имитацией плевательницы	1 шт.
2.	Столик инструментальный, с закрепленным непрокальваемым контейнером для сбора отходов класса Б	1 шт.
3.	Приспособление для высушивания рук (допускается имитация)	1 шт.
4.	Стоматологический стул (для доктора)	1 шт.
5.	Тележка с расходными материалами и контейнерами для утилизации (сбора отходов класса А и Б) и контейнер для дезинфекции инструментов	1 шт.
6.	Набор инструментов в имитации стерильной упаковки: - лоток – 1 шт. - шпатель медицинский – 1 шт. - пинцет стоматологический – 1 шт.	1 набор

¹По согласованию с председателем АПК устройство с трансляцией видеозаписи работы аккредитуемого может находиться в другом месте, к которому члены АПК должны иметь беспрепятственный доступ, чтобы иметь возможность пересмотреть видеозапись.

	- стоматологическое зеркало – 1 шт. - карпульный шприц (допускается одноразовый шприц)	
7.	Антисептик в пульверизаторе для обработки рук, 100 мл (допускается имитация)	1 фл.

4.2.3. Расходные материалы

Таблица 5

Расходные материалы (в расчете на 1 попытку аккредитуемого лица)

№ п/п	Перечень расходных материалов	Количество (на 1 попытку аккредитуемого лица)
1.	Раствор антисептика для обработки рук (допускается имитация)	1 фл.
2.	Раствор антисептика для обработки слизистой (допускается имитация)	1 фл.
3.	Иглы для карпульного шприца разных размеров (30G x 21 мм, 27G x 35 мм)	минимально 1 шт.
4.	Аппликационный анестетик	1 шт.
5.	Аппликатор	1 шт.
6.	Карпулы или ампулы с анестетиками	2 шт.
7.	Маска медицинская трехслойная	1 шт.
8.	Перчатки нестерильные разных размеров	1 пара
9.	Шапочка медицинская	1 шт.
10.	Медицинская карта стоматологического больного (заполненная)	1 шт.
11.	Бланк информированного добровольного согласия (заполненный)	1 шт.

4.2.4. Симуляционное оборудование станции и его характеристики

Фантом для отработки навыков проведения анестезии в стоматологии с системой оповещения в случае успешного выполнения анестезии; создающий имитацию пациента, который сидит в кресле с одноразовой салфеткой на груди.

Целесообразно оборудовать симулятор периоральной камерой, с выводом ее изображения в зону доступа экзаменаторов.

В случае отсутствия фантома для отработки навыков проведения анестезии в стоматологии допускается использование фантомов для одонтопрепарирования.

5. Перечень ситуаций (сценариев) станции

Таблица 6

Перечень ситуаций (сценариев) станции

№ п.п.	Ситуация (сценарий)	Проверяемая анестезия
1.	Острый пульпит 1.5 зуба	Инфильтрационная анестезия 1.5 зуба
2.	Острый пульпит зуба 3.4	Инфильтрационная анестезия 3.4 зуба
3.	Острый пульпит зуба 4.6	Мандибулярная анестезия 4.6 зуба
4.	Острый пульпит зуба 2.7	Инфильтрационная анестезия 2.7 зуба

5.	Острый пульпит зуба 1.1	Инфильтрационная анестезия 1.1 зуба
6.	Хронический апикальный периодонтит зуба 1.5	Инфильтрационная анестезия 1.5 зуба
7.	Хронический апикальный периодонтит зуба 3.4	Инфильтрационная анестезия 3.4 зуба
8.	Хронический апикальный периодонтит зуба 4.6	Торусальная анестезия 4.6 зуба
9.	Хронический апикальный периодонтит зуба 2.7	Инфильтрационная анестезия 2.7 зуба
10.	Хронический апикальный периодонтит зуба 1.1	Инфильтрационная анестезия 1.1 зуба

Выбор и последовательность ситуаций определяет АПК в день проведения второго этапа первичной специализированной аккредитации специалистов здравоохранения.

6. Информация (брифинг) для аккредитуемого

Вы - врач стоматолог общей практики. Вам требуется собрать анамнез (общесоматический, лекарственный), определить показатели артериального давления и частоту пульса, провести осмотр, провести анестезию, соблюдая правила асептики и антисептики. Информированное добровольное согласие подписано. Все действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

7. Действия членов АПК, вспомогательного персонала² на подготовительном этапе (перед началом работы на станции)

1. Проверка соответствия оформления и комплектования станции ОСКЭ типовому паспорту с учётом количества аккредитуемых лиц.
2. Проверка наличия на станции необходимых расходных материалов.
3. Проверка наличия письменного задания (брифинга) перед входом на станцию.
4. Проверка готовности трансляции видеозаписей в комнату видеонаблюдения (при наличии таковой).
5. Получение логина и пароля для входа в автоматизированную систему аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России и вход в нее. Сверка своих персональных данных.
6. Выбор ситуации согласно решению АПК.
7. Выполнение иных мероприятий, необходимых для нормальной работы станции.

² Для удобства и объективности оценки выполнения практического навыка целесообразно помимо члена АПК привлечение еще одного специалиста (из числа членов АПК или вспомогательного персонала).

Член АПК визуально наблюдает за действиями аккредитуемого, управляет камерами и заполняет чек-лист; второй член АПК/вспомогательный персонал также визуально наблюдает за действиями аккредитуемого, дает ему обратную связь и управляет симуляторами/тренажерами.

8. Действия членов АПК, вспомогательного персонала в процессе работы станции

1. Включение видеокамеры при команде: «Ознакомьтесь с заданием станции» (при необходимости).
2. Контроль качества аудиовидеозаписи действий аккредитуемого (при необходимости).
3. Внесение индивидуального номера из логина, полученного перед прохождением первого этапа процедуры аккредитации в чек-лист в автоматизированной системе аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России.
4. Проведение регистрации последовательности и правильности/расхождения действий аккредитуемого в соответствии с параметрами в чек-листе.
5. Ведение минимально необходимого диалога с аккредитуемым от лица пациента и обеспечение дополнительными вводными для выполнения ситуации (сценария) (таблица 7).
6. Соблюдение правил: не говорить ничего от себя, не вступать в переговоры, даже если Вы не согласны с мнением аккредитуемого. Не задавать никаких уточняющих вопросов и не высказывать никаких требований.
7. После команды аккредитуемому «Перейдите на следующую станцию» - приведение используемого симуляционного оборудования и помещения в первоначальный вид.

Для членов АПК с небольшим опытом работы на станции допускается увеличение промежутка времени для подготовки станции и заполнения чек-листа. Промежуток времени в таком случае должен быть равен периоду работы станции (10 минут).

Таблица 7

**Примерные тексты вводной информации
в рамках диалога члена АПК и аккредитуемого лица**

№ п/п	Действие аккредитуемого лица	Текст вводной
1	При уточнении ФИО и возраста пациента	«Андреев Петр Алексеевич, 36 лет»
2	При попытке сбора анамнеза	«Общих заболеваний нет, лекарственные препараты не принимаю»
3	При уточнении наличия вопросов	«Вопросов нет»
4	При попытке измерить артериальное давление и частоту пульса	«Артериальное давление 130/80 мм рт.ст., пульс – 76 уд./мин.»
5	При попытке помочь пациенту занять удобное положение в кресле	«Пациенту удобно»
6	При вопросе о самочувствии пациента после проведения анестезии	«Самочувствие хорошее»
7	При проверке эффективности проведенной анестезии	«Болевых ощущений не испытываю»
8	При попытке обработать руки гигиеническим способом	«Будем считать, что руки обработаны»

9. Нормативно-методическое обеспечение паспорта станции

1. Приказ Минздрава России от 22.11.2021 г. №1081н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов» (зарегистрировано в Минюсте России 30.11.2021 № 66115).
2. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 10 мая 2016 г. № 227н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-стоматолог» <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71316142/#ixzz594jrsDeO>.
3. Хирургическая стоматология: учебник / ред. В. В. Афанасьев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 880 с.
4. Местная анестезия. История и современность / Рабинович С.А., Васильев Ю.Л. - М.: Поли Медиа Пресс, 2016. – 178 с.
5. Обезболивание в хирургической стоматологии (2). Выбор местного анестетика: видеолекция / А. А. Левенец. - Красноярск: Крас ГМУ, 2011.
6. Хирургическая стоматология / под ред Т.Г. Робустовой. – М.: Медицина, 2003. – 504 с.
7. Средства и способы местного обезболивания в стоматологии / Рабинович С.А., Анисимова Е.Н., Аксамит Л.А., Зорян Е.В., Бабич Т.Д., Бутаева Н.Т., Цветкова А.А. - Москва, 2013. - 88 с.
8. Обезболивание в стоматологии / Рабинович С.А., Анисимова Е.Н., Аксамит Л.А., Зорян Е.В., Ушаков А.И., Бабич Т.Д., Бекреев В.В., Даян А.В., Цветкова А.А. – Москва, 2014. – 128 с.
9. Профессиональный стандарт «Стоматологическая практика» от 10.05.2016 № 227н.

10. Справочная информация для аккредитуемого/членов АПК (Приложение 1)**11. Критерии оценивания действий аккредитуемого**

В электронном чек-листе оценка правильности и последовательности выполнения действий аккредитуемым осуществляется с помощью активации кнопок:

- «Да» – действие произведено;
- «Нет» – действие не произведено.

Каждая позиция вносится членом АПК в электронный чек-лист.

12. Алгоритм выполнения навыка

Алгоритм выполнения практического навыка может быть использован для освоения данного навыка и подготовки к первичной аккредитации специалистов здравоохранения.

**Алгоритм выполнения практического навыка
для ситуаций (сценариев) № 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10**

№ п/п	Действие аккредитуемого лица
1.	Изучить медицинскую карту пациента
2.	Поздороваться с пациентом
3.	Предложить пациенту сесть на стул

4.	Представиться, обозначить свою роль
5.	Спросить у пациента, сверяя с медицинской документацией:
6.	• фамилию
7.	• имя
8.	• отчество
9.	• возраст
10.	Обратиться к пациенту по имени и отчеству
11.	Измерить артериальное давление и частоту пульса
12.	Собрать анамнез (спросить о наличии общих и инфекционных заболеваний, приеме лекарственных препаратов в настоящее время)
13.	Информировать пациента о процедуре, уточнить наличие вопросов
14.	Убедиться заранее, что есть всё необходимое:
15.	• лоток с инструментами (шпатель медицинский, пинцет стоматологический, стоматологическое зеркало, карпульный шприц)
16.	• аппликационный анестетик
17.	• аппликатор
18.	• карпула с анестетиком
19.	• инъекционные иглы
20.	Обработать руки гигиеническим способом
21.	Помочь занять удобное положение пациенту, который сидит в кресле с одноразовой салфеткой на груди
22.	Привести кресло в соответствующее положение
23.	Занять правильное положение возле пациента
24.	Обеспечить визуализацию ротовой полости путем настройки стоматологического светильника
25.	Подготовить перчатки, маску медицинскую трехслойную, шапочку (быть в шапочке и маске на шеи)
26.	Надеть маску, шапочку, перчатки
27.	Провести внешний осмотр:
28.	• оценить конфигурацию лица
29.	• оценить открывание рта
30.	• оценить состояние регионарных лимфатических узлов
31.	Провести осмотр полости рта
32.	Провести антисептическую обработку полости рта
33.	Провести аппликационную анестезию:
34.	• с помощью аппликатора нанести анестетик на слизистую оболочку полости рта в предполагаемом месте вкола иглы
35.	• выждать время экспозиции поверхностного анестетика (в это время подготовить карпульную систему)
36.	Обработать диафрагму карпулы антисептиком
37.	Установить карпулу в инъектор
38.	Совместить плаггер карпулы с плунжером инъектора
39.	Вскрыть иглу (30G x 21 мм) и утилизировать нижний колпачок в контейнер для

	сбора отходов класса А
40.	Установить и зафиксировать инъекционную иглу на карпульный инъектор
41.	Проверить проходимость иглы
42.	Смыть аппликационный анестетик
43.	Обеспечить обзор места проведения анестезии
44.	Провести позиционирование карпульной системы относительно места вкола (45° к альвеолярному отростку верхней челюсти / альвеолярной части нижней челюсти)
45.	Провести вкол иглы по переходной складке
46.	Погрузить инъекционную иглу в ткани на необходимую глубину (до периапикальной области)
47.	Провести аспирационную пробу
48.	При отрицательном результате аспирационной пробы медленно вывести раствор анестетика в ткани
49.	Извлечь инъекционную иглу из тканей
50.	Проконтролировать самочувствие пациента
51.	Выждать латентный период действия анестетика
52.	Убедиться в эффективности проведённой анестезии (отсутствие болевой чувствительности при воздействии раздражителя)
53.	Информировать пациента о завершении процедуры
54.	В случае использования многоразового карпульного шприца разобрать карпульную систему
55.	Утилизировать иглу в непрокальваемый контейнер для отходов класса Б
56.	Утилизировать карпулу в непрокальваемый контейнер для отходов класса Б
57.	Многоразовый карпульный шприц опустить в контейнер для дезинфекции инструментов
58.	В случае использования одноразового карпульного шприца снять и утилизировать иглу в непрокальваемый контейнер для отходов класса Б, утилизировать карпулу с корпусом шприца в контейнер для отходов класса Б
59.	Снять перчатки, маску
60.	Утилизировать их в контейнер для сбора отходов класса Б
61.	Обработать руки гигиеническим способом
62.	Сделать запись в медицинской документации
63.	Дать рекомендации пациенту

Алгоритм выполнения практического навыка для ситуации (сценария) №3

№ п/п	Действие аккредитуемого лица
1.	Изучить медицинскую карту пациента
2.	Поздороваться с пациентом
3.	Предложить пациенту сесть на стул
4.	Представиться, обозначить свою роль
5.	Спросить у пациента, сверяя с медицинской документацией:
6.	• фамилию
7.	• имя

8.	• отчество
9.	• возраст
10.	Обратиться к пациенту по имени и отчеству
11.	Измерить артериальное давление и частоту пульса
12.	Собрать анамнез (спросить о наличии общих и инфекционных заболеваний, приеме лекарственных препаратов в настоящее время)
13.	Информировать пациента о процедуре, уточнить о наличии вопросов
14.	Убедиться заранее, что есть всё необходимое:
15.	• лоток с инструментами (шпатель медицинский, пинцет стоматологический, стоматологическое зеркало, карпульный шприц)
16.	• аппликационный анестетик
17.	• аппликатор
18.	• карпула с анестетиком
19.	• инъекционные иглы
20.	Обработать руки гигиеническим способом
21.	Помочь занять удобное положение пациенту, который сидит в кресле с одноразовой салфеткой на груди
22.	Привести кресло в соответствующее положение
23.	Занять правильное положение возле пациента
24.	Обеспечить визуализацию ротовой полости путем настройки стоматологического светильника
25.	Подготовить перчатки, маску медицинскую трехслойную, шапочку (быть в шапочке и маске на шеи)
26.	Надеть маску, шапочку, а затем перчатки
27.	Провести внешний осмотр:
28.	• оценить конфигурацию лица
29.	• оценить открывание рта
30.	• оценить состояние регионарных лимфатических узлов
31.	Провести осмотр полости рта
32.	Марлевым шариком с антисептиком провести антисептическую обработку полости рта
33.	Провести аппликационную анестезию
34.	С помощью аппликатора нанести анестетик на слизистую оболочку полости рта в предполагаемом месте вкола иглы
35.	Выждать время экспозиции поверхностного анестетика (в это время подготовить карпульную систему)
36.	Обработать диафрагму карпулы антисептиком
37.	Установить карпулу в инъектор
38.	Совместить плаггер карпулы с плунжером инъектора
39.	Вскрыть иглу (27G x 35 мм) и утилизировать нижний колпачок в контейнер для сбора отходов класса А
40.	Установить и зафиксировать инъекционную иглу на карпульный инъектор
41.	Проверить проходимость иглы
42.	Удалить аппликационный анестетик

43.	Обеспечить обзор места проведения анестезии
44.	Пропальпировать ретромолярную ямку, располагая ноготь на височном гребешке
45.	Провести позиционирование карпульной системы относительно места вкола (корпус шприца на премолярах с противоположной стороны, инъекционная игла между проекцией височного гребешка и крыловидно-нижнечелюстной складкой на уровне середины её высоты)
46.	Провести вкол иглы
47.	Погрузить инъекционную иглу в ткани до упора в кость
48.	Провести аспирационную пробу
49.	При отрицательном результате аспирационной пробы медленно вывести до 0,5 мл раствора анестетика в ткани
50.	Не извлекая иглы, осуществить поворот иглы, переведя цилиндр шприца вперед так, чтобы он располагался на нижних резцах
51.	Погрузить иглу в ткани на 2,0-2,5 см
52.	Провести аспирационную пробу
53.	При отрицательном результате аспирационной пробы медленно вывести оставшееся 0,2-0,3 мл раствора анестетика в ткани
54.	Извлечь инъекционную иглу из тканей
55.	Проконтролировать самочувствие пациента
56.	Выждать латентный период действия анестетика
57.	Убедиться в эффективности проведённой анестезии (отсутствие болевой чувствительности при воздействии раздражителя)
58.	Информировать пациента о завершении процедуры
59.	В случае использования многоразового карпульного шприца разобрать карпульную систему
60.	Утилизировать иглу в непрокалываемый контейнер для отходов класса Б
61.	Утилизировать карпулу в непрокалываемый контейнер для отходов класса Б
62.	Многоразовый карпульный шприц опустить в контейнер для дезинфекции инструментов
63.	В случае использования одноразового карпульного шприца снять и утилизировать иглу в непрокалываемый контейнер отходов класса Б, утилизировать карпулу с корпусом шприца в контейнер для отходов класса Б
64.	Снять перчатки, маску
65.	Утилизировать их в контейнер для сбора отходов класса Б
66.	Обработать руки гигиеническим способом
67.	Сделать запись в медицинской документации
68.	Дать рекомендации пациенту

Алгоритм выполнения практического навыка для ситуации (сценария) №8

№ п/п	Действие аккредитуемого лица
1.	Изучить медицинскую карту пациента
2.	Поздороваться с пациентом
3.	Предложить пациенту сесть на стул

4.	Представиться, обозначить свою роль
5.	Спросить у пациента, сверяя с медицинской документацией:
6.	• фамилию
7.	• имя
8.	• отчество
9.	• возраст
10.	Обратиться к пациенту по имени и отчеству
11.	Измерить артериальное давление и частоту пульса
12.	Собрать анамнез (спросить о наличии общих и инфекционных заболеваний, приеме лекарственных препаратов в настоящее время)
13.	Информировать пациента о процедуре, уточнить наличие вопросов
14.	Убедиться заранее, что есть всё необходимое:
15.	• лоток с инструментами (шпатель медицинский, пинцет стоматологический, стоматологическое зеркало, карпульный шприц)
16.	• аппликационный анестетик
17.	• аппликатор
18.	• карпула с анестетиком
19.	• инъекционные иглы
20.	Обработать руки гигиеническим способом
21.	Помочь занять удобное положение пациенту, который сидит в кресле с одноразовой салфеткой на груди
22.	Привести кресло в соответствующее положение
23.	Занять правильное положение возле пациента
24.	Обеспечить визуализацию ротовой полости путем настройки стоматологического светильника
25.	Подготовить перчатки, маску медицинскую трехслойную, шапочку (быть в шапочке и маске на шеи)
26.	Надеть маску, шапочку, а затем перчатки
27.	Провести внешний осмотр:
28.	• оценить конфигурацию лица
29.	• оценить открывание рта
30.	• оценить состояние регионарных лимфатических узлов
31.	Провести осмотр полости рта
32.	Провести антисептическую обработку полости рта
33.	Провести аппликационную анестезию
34.	С помощью аппликатора нанести анестетик на слизистую оболочку полости рта в предполагаемом месте вкола иглы
35.	Выждать время экспозиции поверхностного анестетика (в это время подготовить карпульную систему)
36.	Обработать диафрагму карпулы антисептиком
37.	Установить карпулу в инъектор
38.	Совместить плаггер карпулы с плунжером инъектора
39.	Вскрыть иглу (27G x 35 мм) и утилизировать нижний колпачок в контейнер для сбора отходов класса А

40.	Установить и зафиксировать инъекционную иглу на карпульный инъектор
41.	Проверить проходимость иглы
42.	Удалить аппликационный анестетик
43.	Обеспечить обзор места проведения анестезии
44.	Провести позиционирование карпульной системы относительно места вкола (цилиндр шприца располагается в области нижних моляров с противоположной стороны, инъекционная игла на уровне верхней трети крыловидно-нижнечелюстной складки перпендикулярно к слизистой оболочке щеки)
45.	Провести вкол иглы
46.	Погрузить инъекционную иглу в ткани на необходимую глубину (до упора в кость)
47.	Провести аспирационную пробу
48.	При отрицательном результате аспирационной пробы медленно ввести раствор анестетика в ткани
49.	Извлечь инъекционную иглу из тканей
50.	Проконтролировать самочувствие пациента
51.	Выждать латентный период действия анестетика
52.	Убедиться в эффективности проведённой анестезии (отсутствие болевой чувствительности при воздействии раздражителя)
53.	Информировать пациента о завершении процедуры
54.	В случае использования многоразового карпульного шприца разобрать карпульную систему
55.	Утилизировать иглу в непрокалываемый контейнер для отходов класса Б
56.	Утилизировать карпулу в непрокалываемый контейнер для отходов класса Б
57.	Многоразовый карпульный шприц опустить в контейнер для дезинфекции инструментов
58.	В случае использования одноразового карпульного шприца снять и утилизировать иглу в непрокалываемый контейнер для отходов класса Б, утилизировать карпулу с корпусом шприца в контейнер для отходов класса Б
59.	Снять перчатки, маску
60.	Утилизировать их в контейнер для сбора отходов класса Б
61.	Обработать руки гигиеническим способом
62.	Сделать запись в медицинской документации
63.	Дать рекомендации пациенту

13. Оценочный лист

Используется для оценки действий аккредитуемого лица при прохождении станции.

№ п/п	Действие аккредитуемого лица	Номер сценария	Критерии оценки
1.	Изучил медицинскую карту пациента	1-10	√ да □ нет
2.	Установил контакт с пациентом, идентифицировать его личность	1-10	√ да □ нет
3.	Оценил функциональное состояние пациента (измерил артериальное давление и частоту пульса)	1-10	√ да □ нет

4.	Собрал анамнез (спросил о наличии общих и инфекционных заболеваний, приеме лекарственных препаратов в настоящее время)	1-10	√ да ☐ нет
5.	Информировал пациента о процедуре, уточнил наличие вопросов	1-10	√ да ☐ нет
6.	Подготовил рабочее место для анестезии (заранее убедился, что всё необходимое есть в наличии)	1-10	√ да ☐ нет
7.	Обработал руки гигиеническим способом	1-10	√ да ☐ нет
8.	Помог занять удобное положение пациенту, который сидит в кресле с одноразовой салфеткой на груди	1-10	√ да ☐ нет
9.	Привёл кресло в соответствующее положение	1-10	√ да ☐ нет
10.	Занял правильное положение возле пациента	1-10	√ да ☐ нет
11.	Обеспечил визуализацию ротовой полости (настройка освещения)	1-10	√ да ☐ нет
12.	Подготовил перчатки, маску медицинскую трехслойную, шапочку (был в шапочке и маске на шее)	1-10	√ да ☐ нет
13.	Надел перчатки	1-10	√ да ☐ нет
14.	Провел внешний осмотр (оценил конфигурацию лица, открывание рта, состояние регионарных лимфатических узлов)	1-10	√ да ☐ нет
15.	Провел осмотр полости рта	1-10	√ да ☐ нет
16.	Провел антисептическую обработку полости рта	1-10	√ да ☐ нет
17.	С помощью аппликатора нанес анестетик на слизистую оболочку полости рта в предполагаемом месте вкола иглы	1-10	√ да ☐ нет
18.	Выждал время экспозиции поверхностного анестетика (в это время подготовил карпульную систему)	1-10	√ да ☐ нет
19.	Обработал диафрагму карпулы антисептиком	1-10	√ да ☐ нет
20.	Установил карпулу в инъектор	1-10	√ да ☐ нет
21.	Совместил плаггер карпулы с плунжером инъектора	1-10	√ да ☐ нет
22.	Вскрыл иглу (30G x 21 мм) и утилизировал нижний колпачок в контейнер для сбора отходов класса А	1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10	√ да ☐ нет
23.	Вскрыл иглу (27G x 35 мм) и утилизировал нижний колпачок в контейнер для сбора отходов класса А	3, 8	√ да ☐ нет
24.	Установил и зафиксировал инъекционную иглу на карпульный инъектор	1-10	√ да ☐ нет
25.	Проверил проходимость иглы	1-10	√ да ☐ нет
26.	Удалил аппликационный анестетик	1-10	√ да ☐ нет
27.	Обеспечил обзор места проведения анестезии	1-10	√ да ☐ нет
28.	Провел позиционирование карпульной системы относительно места вкола (45° к альвеолярному гребню)	1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10	√ да ☐ нет
29.	Провел позиционирование карпульной системы относительно места вкола (цилиндр шприца располагается на нижних премолярах с противоположной стороны)	3	√ да ☐ нет

30.	Провел позиционирование карпульной системы относительно места вкола (цилиндр шприца располагается в области нижних моляров с противоположной стороны, инъекционная игла на уровне верхней трети крыловидно-нижнечелюстной складки перпендикулярно к слизистой оболочке щеки)	8	☒ да ☐ нет
31.	Провел вкол иглы	1-10	☒ да ☐ нет
32.	Погрузил инъекционную иглу в ткани на необходимую глубину (до периапикальной области)	1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10	☒ да ☐ нет
33.	Погрузил инъекционную иглу в ткани на необходимую глубину (до упора в кость)	3, 8	☒ да ☐ нет
34.	Провел аспирационную пробу	1-10	☒ да ☐ нет
35.	При отрицательном результате аспирационной пробы медленно ввел до 0,5 мл раствора анестетика в ткани	3	☒ да ☐ нет
36.	Не извлекая иглы, развернул корпус шприца в сторону фронтальной группы зубов	3	☒ да ☐ нет
37.	Погрузил иглу в ткани на 2,0-2,5 см	3	☒ да ☐ нет
38.	Провел аспирационную пробу	3	☒ да ☐ нет
39.	При отрицательном результате аспирационной пробы медленно ввел раствор анестетика в ткани	1-10	☒ да ☐ нет
40.	Извлек инъекционную иглу	1-10	☒ да ☐ нет
41.	Выждал латентный период действия анестетика	1-10	☒ да ☐ нет
42.	Убедился в эффективности проведенной анестезии (отсутствие болевой чувствительности при воздействии раздражителя)	1-10	☒ да ☐ нет
43.	Утилизировал иглу в непрокалываемый контейнер для отходов класса Б	1-10	☒ да ☐ нет
44.	Утилизировал карпулу в непрокалываемый контейнер для отходов класса Б	1-10	☒ да ☐ нет
45.	Утилизировал шприц (отправил на дезинфекцию многоразовый шприц, утилизировал вместе с карпулой одноразовый шприц)	1-10	☒ да ☐ нет
46.	Снял перчатки, маску и утилизировал их в контейнер для отходов класса Б	1-10	☒ да ☐ нет
47.	Обработал руки гигиеническим способом	1-10	☒ да ☐ нет
48.	Сделал запись в медицинской документации	1-10	☒ да ☐ нет
49.	Дал рекомендации пациенту	1-10	☒ да ☐ нет

14. Медицинская документация

Приложение к приказу
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 декабря 2012 г. N 1177н

**Информированное добровольное согласие
на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства**

Я, Андреев Петр Алексеевич,
(фамилия, имя, отчество – полностью)
31.10.19 г. года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

находясь на лечении (обследовании) в отделении
СТОМАТОЛОГИИ
(название отделения, номер палаты)

добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому):
аппликационной, инфильтрационной, проводниковой анестезии

(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения. Мой врач объяснил риски этой процедуры, предложил мне альтернативные методы лечения и рассказал мне об ожидаемых результатах и что может произойти, если не проводить лечение. Я также понимаю, что анестезиологические услуги необходимы и что мой врач может выполнить процедуру.

Мне было объяснено, что все формы анестезии связаны некоторым риском и никакие гарантии или обещания не могут быть сделаны относительно результатов моей процедуры или лечения. Несмотря на редкие, неожиданные тяжелые осложнения при анестезии могут произойти и включают отдаленную возможность инфекций, кровотечений, лекарственных реакций, тромбозов, потери чувствительности, потери функции конечности(ей), паралич, инсульт, повреждение головного мозга, нарушения ритма сердца или смерть. Я понимаю, что эти риски применимы ко всем формам анестезии и что дополнительные или специфические риски указаны ниже, поскольку они могут применяться к определенному типу анестезии.

Я понимаю, какой будет использоваться тип(ы) анестезии, что проверили до моей процедуры и что анестезия, представленная далее, будет использоваться для моей операции и выбранная анестезиологическая тактика, которая будет использоваться, определяется многими факторами, в том числе и моим физическим состоянием.

Мне разъяснено и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению. При проведении процедуры анестезиолог будет учитывать рекомендации хирурга и мои собственные предпочтения. Мне было объяснено, что иногда метод анестезии, который предполагает использование местной анестезии с седацией или без нее, может быть неудачен, следовательно, техника наркоза может измениться, в т.ч. может быть использован общий наркоз.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

Врач информировал меня о технике, ожидаемых результатах и рисках предлагаемого мне вида анестезии (подчеркнуть):

Аппликационная анестезия Бензокаин	Ожидаемый результат	Общее состояние – сохраненное сознание; место – блокировка рецепторов, расположенных в поверхностных слоях мягких тканей и терминальных частей периферических нервных волокон
	Техника	Препараты наносятся на слизистую оболочку полости рта на тампоне или аппликаторе
	Риски	Аллергическая реакция
Инфильтрационная анестезия 4% раствор артикаина с эпинефрином 1:200000 1,8 мл 3% мепивакаин 1,8 мл	Ожидаемый результат	Временное снижение или потеря болевой чувствительности в области вмешательства
	Техника	Анестетик вводят через иглу внутрикостно, под слизистую оболочку или в надкостницу
	Риски	Парестезии, тризм, гематома, преходящий парез в области лицевого нерва, аллергические реакции
Проводниковая анестезия 4% раствор артикаина с эпинефрином 1:200000 1,8 мл 3% мепивакаин 1,8 мл	Ожидаемый результат	Временное снижение или потеря болевой чувствительности в области вмешательства
	Техника	Анестетик через иглу вводят вблизи нервного ствола для обратимого выключения болевой чувствительности в участке, иннервируемом данным нервом. Для блокады ветвей верхнечелюстного нерва раствор анестетика вводят около альвеолярных, подглазничных, резцовых и большого небного отверстия, при стволовой анестезии верхнечелюстного нерва – в клетчатку крыловидно-небной ямки. Блокады ветвей нижнечелюстного нерва достигают, вводя раствор анестетика около нижнечелюстного, подбородочного, овального (стволовая анестезия всей трети ветви) отверстий, а также в клетчатку крыловидно-челюстного и крыловидно-височного пространства
	Риски	Парестезии, тризм, гематома, преходящий парез в области лицевого нерва, аллергические реакции

Я также даю согласие на альтернативные виды анестезии, если это необходимо или это будет сочтено целесообразным врачами.

Я подтверждаю и признаю, что я прочитал эту анкету или она была мне прочитана, я понимаю риски, альтернативы и ожидаемые результаты планируемой анестезии. У меня было достаточно времени, чтобы задать вопросы и принять решение.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись пациента/
законного представителя

Андреев

Расписался в моем присутствии: с

Врач _____ (подпись)
(Должность, Ф.И.О.)

X

Наименование медицинской организации: _____ Адрес: _____ ОГРН: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																					Код формы по ОКУД _____ Код организации по ОКПО _____ Медицинская документация Учётная форма № _____ Утверждена приказом Минздрава России от _____ г. № _____

Медицинская карта стоматологического пациента

№ _____

Дата заполнения: _____

число
месяц
год

*Особые
отметки*

1. Фамилия Имя Отчество: _____ **Пол:** М ☐ Ж ☐

Дата рождения: _____

число
месяц
год

СНИЛС:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--

2. Адрес регистрации: *субъект РФ, район:* _____
населённый пункт: _____ *улица:* _____

дом: _____
корп.: _____
кв.: _____

3. Фактический адрес места жительства: *субъект РФ, район:* _____
населённый пункт: _____ *улица:* _____

дом: _____
корп.: _____
кв.: _____

4. Телефон: _____

5. Электронная почта: _____

6. Документ, удостоверяющий личность: *наименование:* _____
серия: _____ *номер:* _____ *дата выдачи:* _____
кем выдан: _____

7. Страховая организация: _____

8. Полис: ОМС: серия _____ № _____
ДМС: серия _____ № _____

9. Код категории льготы: _____

10. К кому обращаться в случае необходимости:

Ф.И.О.: _____

Телефон: _____

11. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств:

ПОЛУЧЕНО (да, нет): _____ Дата: _____ г.

12. Жалобы: _____

13. Аллергологический анамнез: _____

14. Перенесённые и сопутствующие заболевания: _____

15. Принимаемые лекарственные препараты: _____

16. Термометрия (по показаниям): _____

17. Тонометрия, ЧСС (по показаниям): _____

18. Развитие настоящего заболевания: _____

19. Внешний осмотр: _____

20. Осмотр преддверия и полости рта: _____

21. Зубная формула:

Состояние зубов: К - кариес; П - пульпит; Пт - периодонтит; Д - дефект; Пл - пломба; ИК - искусственная коронка; ИЗ - искусственный зуб; В - вкладка; И - имплантат; КЗ - корень зуба; О - отсутствующий зуб. Подвижность: Степень - I, II, III.																
	Подвижность:															
	Состояние зубов:															
	Верхняя челюсть:															
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	Нижняя челюсть:															
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	Состояние зубов:															
	Подвижность:															

26. План обследования: _____

27. Данные обследования: _____

28. Клинический диагноз: _____

Код МКБ-10: _____

29. План лечения: _____

30. Протокол лечения: _____

Ниже приведена информация для заполнения медицинской документации. Жирным шрифтом указан пункт документации, в который необходимо вносить данные.

12. Для сценария 1: жалобы на интенсивные, длительные боли, возникающие при приёме пищи, а также самопроизвольные, интенсивные, длительные боли, возникающие в ночное время

Для сценария 2: жалобы на интенсивные, длительные боли, возникающие при приёме пищи, а также самопроизвольные, интенсивные, длительные боли, возникающие в ночное время

Для сценария 3: жалобы на интенсивные, длительные боли, возникающие при приёме пищи, а также самопроизвольные, интенсивные, длительные боли, возникающие в ночное время

Для сценария 4: жалобы на интенсивные, длительные боли, возникающие при приёме пищи, а также самопроизвольные, интенсивные, длительные боли, возникающие в ночное время

Для сценария 5: жалобы на интенсивные, длительные боли, возникающие при приёме пищи, а также самопроизвольные, интенсивные, длительные боли, возникающие в ночное время

Для сценария 6: жалобы на постоянные ноющие боли, усиливающиеся при жевании

Для сценария 7: жалобы на постоянные ноющие боли, усиливающиеся при жевании

Для сценария 8: жалобы на постоянные ноющие боли, усиливающиеся при жевании

Для сценария 9: жалобы на постоянные ноющие боли, усиливающиеся при жевании

Для сценария 10: жалобы на постоянные ноющие боли, усиливающиеся при жевании

13. Аллергологический анамнез не отягощён.

17. АД 130/80 мм рт.ст., ЧП – 76 уд./мин.

18. Боли беспокоят в течение 2 дней, ранее за лечением не обращался.

19. Конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, в полном объёме, регионарные ЛУ не пальпируются, кожа лица нормальной окраски, без видимых патологических изменений, красная кайма губ нормальной окраски, без видимых патологических изменений.

20.

Для сценария 1: Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений. На дистальной контактной поверхности зуба 1.5 отмечается дефект в виде полости средних размеров, зондирование болезненно по стенкам, перкуссия безболезненна, пальпация по переходной складке безболезненна.

Для сценария 2: Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений. На дистальной контактной поверхности зуба 3.4 отмечается дефект в виде полости средних размеров, зондирование болезненно по стенкам, перкуссия безболезненна, пальпация по переходной складке безболезненна.

Для сценария 3: Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений. На дистальной контактной поверхности зуба 4.6 отмечается дефект в виде полости средних размеров, зондирование болезненно по стенкам, перкуссия безболезненна, пальпация по переходной складке безболезненна.

Для сценария 4: Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений. На дистальной контактной поверхности зуба 2.7 отмечается дефект в виде полости средних размеров, зондирование болезненно по стенкам, перкуссия безболезненна, пальпация по переходной складке безболезненна.

Для сценария 5: Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений. На латеральной контактной поверхности зуба 1.1 отмечается дефект в виде полости средних размеров, зондирование болезненно по стенкам, перкуссия безболезненна, пальпация по переходной складке безболезненна.

Для сценария 6: Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений. На дистальной контактной поверхности зуба 1.5 отмечается дефект в виде полости больших размеров, выявлено сообщение с полостью зуба, зондирование безболезненно, перкуссия болезненна, пальпация по переходной складке безболезненна.

Для сценария 7: Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений. На дистальной контактной поверхности зуба 3.4 отмечается дефект в виде полости больших размеров, выявлено сообщение с полостью зуба, зондирование безболезненно, перкуссия болезненна, пальпация по переходной складке безболезненна.

Для сценария 8: Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений. Коронковая часть зуба 4.6 разрушена ниже уровня десны, твердые ткани деминерализованы, изменены в цвете, выявлено сообщение с полостью зуба, зондирование безболезненно, перкуссия болезненна, пальпация по переходной складке безболезненна.

Для сценария 9: Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений. Коронковая часть зуба 2.7 разрушена ниже уровня десны, твердые ткани деминерализованы, изменены в цвете, выявлено сообщение с полостью зуба, зондирование безболезненно, перкуссия болезненна, пальпация по переходной складке безболезненна.

Для сценария 10: Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений. Коронковая часть зуба 1.1 разрушена ниже уровня десны, твердые ткани деминерализованы, изменены в цвете, выявлено сообщение с полостью зуба, зондирование безболезненно, перкуссия болезненна, пальпация по переходной складке безболезненна.

25.

Для сценария 1: острый пульпит зуба 1.5 K04.0

Для сценария 2: острый пульпит зуба 3.4 K04.0

Для сценария 3: острый пульпит зуба 4.6 K04.0

Для сценария 4: острый пульпит зуба 2.7 K04.0

Для сценария 5: острый пульпит зуба 1.1 K04.0

Для сценария 6: хронический апикальный периодонтит зуба 1.5 K04.5

Для сценария 7: хронический апикальный периодонтит зуба 3.4 K04.5

Для сценария 8: хронический апикальный периодонтит зуба 4.6 K04.5

Для сценария 9: хронический апикальный периодонтит зуба 2.7 K04.5

Для сценария 10: хронический апикальный периодонтит зуба 1.1 K04.5

28

Для сценария 1: острый пульпит зуба 1.5 K04.0

Для сценария 2: острый пульпит зуба 3.4 K04.0

Для сценария 3: острый пульпит зуба 4.6 K04.0

Для сценария 4: острый пульпит зуба 2.7 K04.0

Для сценария 5: острый пульпит зуба 1.1 K04.0

Для сценария 6: хронический апикальный периодонтит зуба 1.5 K04.5

Для сценария 7: хронический апикальный периодонтит зуба 3.4 K04.5

Для сценария 8: хронический апикальный периодонтит зуба 4.6 K04.5
Для сценария 9: хронический апикальный периодонтит зуба 2.7 K04.5
Для сценария 10: хронический апикальный периодонтит зуба 1.1 K04.5

29. Для сценариев 1, 6: удаление зуба 1.5
Для сценариев 2, 7: удаление зуба 3.4
Для сценариев 3, 8: удаление зуба 4.6
Для сценариев 4, 9: удаление зуба 2.7
Для сценария 5, 10: удаление зуба 1.1

15. Сведения о разработчиках паспорта

15.1. Организации-разработчики:

ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России

Приложение 1

Справочная информация

Аппликационная анестезия.

Для аппликационной (поверхностной, терминальной) анестезии используются местные анестетики, хорошо проникающие и пропитывающие поверхностные слои кожи или слизистой оболочки рта, вызывая обезболивание зоны нанесения за счет блокирования рецепторов и периферических нервных волокон. Анестетики, отличающиеся хорошей проникающей способностью через неповрежденные ткани, наносятся на поверхность слизистой в виде раствора, геля, мази, аэрозоля высокой концентрации, чтобы гарантировать обезболивающий эффект, который развивается в течение нескольких минут и продолжается до 10 минут. Стоматологи используют 10-20% бензокаин (анестезин), 5-10% раствор лидокаина, 5%-ный раствор тримекаина.

Аппликационная поверхностная анестезия является наиболее безопасным методом обезболивания, но анестетики, используемые для данного вида обезболивания, нельзя наносить на большие поверхности слизистой оболочки рта из-за риска возможности всасывания в кровь и развития системного токсического действия.

С осторожностью следует применять анестетики в аэрозольной форме, есть риск передозировки и широкого распыления с возможностью попадания на кожу лица, в дыхательные пути, с развитием подавления гортанно-глоточного и рвотного рефлексов.

Показания для аппликационной анестезии:

- обезболивание места инъекции, когда в зону планируемого вкола иглы, анестетик наносится на аппликаторе или ватном тампоне на 2-3 минуты. Перед инъекцией следы аппликационного анестетика должны быть удалены или смыты водой для предотвращения системного действия;
- удаление временных зубов с физиологической резорбцией;
- вскрытие подслизистого или пародонтального абсцесса;
- удаление наддесневого камня (обезболивание десневого края);
- снятие оттисков после препарирования зубов под ортопедические конструкции;
- для снижения рвотного рефлекса при снятии оттисков;
- обезболивание слизистой оболочки полости рта при эрозивно-язвенных поражениях. Используются преимущественно препараты лидокаина или анестезина.

Инфильтрационная анестезия

Под техникой инфильтрационной анестезии понимают пропитку анестетиком тканей в области предполагаемого обезболивания с целью блокады нервных образований. В амбулаторной стоматологии это наиболее распространенный способ обезболивания, используемый для работы на мягких тканях челюстно-лицевой области, при операциях на альвеолярном отростке, при удалении и лечении зубов. Инфильтрационная анестезия может выполняться с введением анестетика и созданием депо под- и внутри слизистой оболочки, наднадкостнично, в периодонтальную щель и при внутрикостном введении.

Методы инфильтрационной анестезии*Инфильтрационная анестезия по переходной складке*

При инфильтрационной анестезии создается депо анестетика в подслизистом слое переходной складки преддверия полости рта. На верхней челюсти зона депо

ориентируется несколько выше проекции корней зубов, а на нижней челюсти – чуть ниже проекции корней зубов.

Алгоритм проведения инфильтрационной анестезии:

- пальцами левой руки, шпателем или стоматологическим зеркалом широко отводят губу для обзора и подхода к переходной складке;
- наносят (через 2-3-минуты удаляют) поверхностный анестетик в зону предполагаемого вкола иглы;
- иглу вводят под углом 45° к кости альвеолярного отростка под слизистую оболочку переходной складки;
- скос иглы должен быть ориентирован на кость, не касаясь надкостницы;
- анестетик вводят медленно, продвигая иглу вдоль альвеолярного отростка;
- для того чтобы отвлечь внимание пациента и снизить болевые ощущения при инъекции, рекомендуется пациенту сделать глубокий вдох, а врач легким движением пальцев сдавливает губу во время вкола иглы.

Инфильтрационная анестезия на небе

Инфильтрация анестетика на нёбе проводится только в зону наличия подслизистого слоя. Небольшое количество подслизистого слоя, где проходят нервные волокна, имеется на границе неба с альвеолярным отростком верхней челюсти и в зоне небного отверстия. Количество вводимого анестетика в данные участки неба не должно превышать 0,5 мл.

Инфильтрационная анестезия альвеолярной части нижней челюсти с язычной стороны

При необходимости инфильтрации альвеолярной части нижней челюсти с язычной стороны, где проходят периферические веточки язычного нерва, вкол иглы проводится в месте перехода слизистой оболочки альвеолярного отростка в подъязычную область. Количество анестетика не должно превышать 0,2-1,0 мл.

Интралигаментарная (пародонтальная) анестезия

Интралигаментарная анестезия (пародонтальная) является разновидностью инфильтрационного метода обезболивания и осуществляется путем введения анестезирующего раствора через десневой желобок в периодонт под давлением, преодолевая сопротивление тканей

Показания к проведению интралигаментарной анестезии.

- Лечение зубов по поводу кариеса и его осложнений.
- Препарирование твердых тканей зубов под несъемные ортопедические конструкции.
- Как дополнительный метод при недостаточной эффективности проводникового способа обезболивания моляров на нижней челюсти.

Противопоказания к проведению интралигаментарной анестезии.

- Неудовлетворительная гигиена полости рта.
- Воспалительные заболевания тканей пародонта и периодонта.
- Эндокардит в анамнезе (Rah R. et al., 1986).
- Наличие неминерализованного зачатка постоянного зуба при обезболивании временного зуба.

Для проведения анестезии используются иглы длиной 8, 10, 12 мм и диаметром 0,3 мм.

Алгоритм проведения интралигаментарной анестезии:

- удаление налета и антисептическая обработка (0,06%-ным раствором хлоргексидина биглюконата) десневой бороздки и поверхности обезболиваемого зуба перед инъекцией;
- проведение инъекций у каждого корня с апроксимальных (медиальной и дистальной) поверхностей зуба. Инъекцию нельзя проводить в области бифуркации и с вестибулярной и оральной поверхностями;
- иглу направляют срезом к поверхности корня под углом 30° к центральной оси зуба. Игла, скользя по поверхности зуба, прокалывает десневую бороздку, продвигается на глубину 1-3 мм до появления у врача ощущения сопротивления тканей. После этого можно выводить раствор путем нажатия на рычаг инъектора. Каждую порцию раствора (0,06-0,07 мл) выводить медленно, в течение 10-15 секунд. Объем анестезирующего раствора на каждый корень составляет 0,12-0,18 мл. Интервал введения между каждой порцией раствора составляет 10-15 секунд;
- количество инъекций соответствует числу корней зуба;
- по окончании инъекции иглу извлекают спустя 10-15 секунд с целью предотвращения вытекания раствора. Ишемия десны вокруг обезболиваемого зуба указывает на правильность проведения анестезии.

Обезболивание наступает через 15-20 секунд после проведения анестезии. Длительность анестезии составляет 1-3 мин. при использовании анестетика без вазоконстриктора и 20-30 мин. при применении артикаинсодержащих анестетиков с адреналином.

Преимущества интралигаментарной анестезии.

- Безболезненное проведение анестезии.
- Быстрое наступление анестезии (через 15-45 сек. с момента введения анестетика).
- Длительность обезболивания (20-30 мин.) достаточна для проведения основных амбулаторных стоматологических вмешательств.
- Минимальный расход местного анестетика.

Интралигаментарная анестезия является высокоэффективным способом обезболивания, простым по технике выполнения и комфортным для пациента как во время инъекции, так и после окончания ее действия. Однако высокая распространенность и интенсивность поражения тканей пародонта всех возрастных групп населения не позволяет широко использовать ИЛА-метод как основной способ обезболивания. Чаще эту анестезию используют как дополнительный метод при недостаточной эффективности проводниковой анестезии при лечении пульпита нижних моляров (Макеева И.М. с соавт., 2011).

Внутрипульпарная анестезия

Внутрипульпарная анестезия является разновидностью инфильтрационной анестезии.

Чаще данный способ применяется как дополнительный при лечении пульпита и наличии вскрытой пульпы. Однако перед погружением иглы в пульпу рекомендуется на точку вкола нанести тампон, смоченный 10%-ным лидокаином или другим аппликационным анестетиком.

Интрасептальная анестезия

Интрасептальный (внутриперегородочный) способ является разновидностью инфильтрационной анестезии и состоит во введении местнообезболивающего раствора в костную перегородку между лунками соседних зубов. Механизм действия интрасептальной анестезии основан на распространении местнообезболивающего раствора по кровеносным сосудам пародонта и костномозговых пространств вокруг лунок зубов, где расположены нервные волокна периодонта и пульпы.

Показания к интрасептальной анестезии.

- Лечение кариеса и его осложнений.
- Препарирование твердых тканей зубов под ортопедические конструкции.
- Удаление зубов.

Противопоказания к проведению интрасептальной анестезии:

- Воспалительные заболевания слизистой оболочки рта, пародонта и периодонта.

Для интрасептальной анестезии используются иглы длиной 8-10 мм и диаметром 27 G (Ø 0,4мм).

Алгоритм проведения интрасептальной анестезии:

- короткая игла вводится в костную ткань межзубной перегородки. Как правило, костная ткань перегородки расположена на 2–4 мм ниже выступа десны, но при заболеваниях пародонта это расстояние может значительно изменяться. Более точное расположение перегородки определяют по рентгеновским снимкам;
- игла прокалывает десну в основании десневого сосочка с вестибулярной (язычной) поверхности под углом 90° к поверхности на равном расстоянии между соседними зубами. Вкол иглы ориентирован на попадание в верхушку межзубной перегородки;
- после введения небольшого количества анестетика ее погружают до контакта с костью и затем, преодолевая сопротивление, вкалывают в костную ткань межзубной перегородки на глубину 1-2 мм. Наличие сопротивления – признак того, что раствор вводят не в мягкие ткани, а в кость. Во время введения раствор не должен попадать в полость рта пациента. Если это происходит, следует перенаправить иглу и повторить ее погружение на большую глубину;
- медленно вводят 0,2–0,4 мл раствора.

Преимущества интрасептальной анестезии:

- Простота проведения интрасептальной анестезии с небольшим количеством вводимого анестетика (0,4–0,6 мл).
- Быстрый и глубокий обезболивающий эффект, который наступает в течение одной-трех минут и длится около 35-40 минут.
- Редкое возникновение местных и системных постинъекционных осложнений (например, отсутствие онемения мягких тканей и др.).
- Проведение анестезии возможно традиционным инъектором.

Недостатки интрасептальной анестезии:

- Ограниченная область обезболивания, захватывающая только соседние с местом инъекции ткани.
- Непродолжительный период анестезии пульпы зубов.
- Неприятный привкус во рту, возникающий при случайном вытекании местноанестезирующего раствора из места его введения.

- Невозможности доступа к проведению инъекции (при лечении моляров).

Проводниковая анестезия

Под техникой проводниковой анестезии понимают создание депо анестетика вокруг костных отверстий, через которые нервы выходят из кости или вступают в нее, а также в клетчаточных пространствах, в которых находятся нервные стволы, для наступления их блокады, и, как следствие, обезболивания иннервируемой зоны. На эффективность проводникового обезболивания в значительной степени влияет правильное определение места вкола, выбор кратчайшей траектории продвижения иглы к нерву, точность введения раствора анестетика вблизи нерва и инструментальное оснащение врача-стоматолога. Здесь очень важны знания и практические навыки, особенно у молодого врача.

Преимущества проводниковых способов местного обезболивания.

- Осуществление множественных удалений и лечение группы рядом стоящих зубов с одной стороны челюсти.
- Проведение хирургических вмешательств в условиях воспаления (введение анестетика вне очага воспаления).

Однако необходимо учитывать, что нерв находится в составе сосудистого пучка, поэтому вероятность внутрисосудистого попадания местноанестезирующего раствора, как правило, содержащего вазоконстриктор, велика.

Для выявления возможного попадания иглы в сосуд проводится аспирационная проба. Проведение аспирационных проб при применении проводниковых способов обезболивания является обязательной!

Методика проведения аспирационной пробы

После введения иглы в ткани перед впрыскиванием анестетика поршень инъектора оттягивают на себя, появление крови в карпуле свидетельствует о попадании в кровеносный сосуд, иглу слегка выводят и меняют ее направление.

Частота положительных аспирационных проб по данным различных авторов составляет от 7-25% в зависимости от используемых способов.

Местная проводниковая анестезия верхнечелюстного нерва и его ветвей

На верхней челюсти используются проводниковые способы обезболивания:

- в области больших небных отверстий (палатинальная анестезия);
- в области резцового отверстия (резцовая анестезия);
- в области подглазничного отверстия (инфраорбитальная анестезия);
- в клетчатке крыловидно-небной ямки (туберальная анестезия).

Палатинальная анестезия

Большой небный нерв выходит через большое небное отверстие, располагающееся на уровне второго или третьего моляра на расстоянии 5 мм спереди от заднего края твердого неба. Большой небный нерв можно блокировать в любой точке, расположенной спереди от большого небного отверстия. Зона обезболивания будет зависеть от места вкола иглы и локализации депо анестетика.

Для проведения палатинальной анестезии используется игла длиной 16-25 мм, диаметром 0,3 мм.

Алгоритм проведения палатинальной анестезии:

- пациент широко открывает рот;

- игла вводится в мягкие ткани над твердым небом до кости;
- игла продвигается вверх, кзади, кнаружи до кости;
- проводится аспирационная проба;
- в клетчатку вводят медленно до 0,5 мл раствора анестетика.

Не рекомендуется вводить большое количество раствора, так как это приводит к распространению его на мягкое небо, в результате чего появляется кратковременное нарушение глотания, позывы к рвоте.

Зона обезболивания ограничена спереди линией, соединяющей клыки, сзади – задним краем твердого неба, по бокам – срединным небным швом и гребнем альвеолярного отростка.

При блокаде большого небного нерва осложнения встречаются редко.

Резцовая анестезия

Носонебный нерв выходит из резцового отверстия, которое располагается на средней линии неба на расстоянии 10 мм от центральных резцов в проекции резцового сосочка. Чаще всего зона иннервации ограничивается центральными резцами, но иногда распространяется до первых премоляров.

Для проведения резцовой анестезии нужна игла длиной 12-16 мм и диаметром 0,3 мм.

Алгоритм проведения резцовой анестезии:

- пациент максимально широко открывает рот и запрокидывает голову;
- иглу вводят у основания резцового сосочка;
- иглу продвигают в резцовое отверстие и канал на глубину 5 мм (или до контакта с костью);
- аспирационная проба;
- медленно вводят анестетик (0,3–0,5 мл) под незначительным давлением.

Зона обезболивания при резцовой анестезии – десна в области резцов и слизистая оболочка с надкостницей переднего отдела твердого неба.

Туберальная анестезия (внутриротовая)

Способ показан при обезболивании хирургических вмешательств на верхней челюсти и альвеолярном отростке в области моляров (удалении зубов, доброкачественных опухолей и опухолеподобных новообразований).

Для проведения туберальной анестезии используется игла длиной 42 мм, диаметром Ø 0,4 мм.

Алгоритм проведения туберальной анестезии:

- пациент открывает рот нешироко;
- щеку отводят шпателем и намечают точку вкола;
- иглу вводят несколько кнаружи от переходной складки слизистой оболочки над вторым моляром;
- иглу продвигают кверху, кзади и медиально не глубже 15 мм по бугру верхней челюсти. Для уменьшения риска осложнений инjekтор рекомендовано отводить в сторону;
- аспирационная проба;
- вводится анестетик (1,5 – 1,7 мл).

Блокада задних верхних альвеолярных нервов наступает через 5-10 минут. Обезболиваются верхние коренные зубы, кроме первого моляра, так как он часто дополнительно иннервируется веточками средних альвеолярных нервов. В таком случае потребуется комбинация с инфильтрационной анестезией.

При использовании туберальной анестезии высока опасность повреждения иглой сосудов крыловидного венозного сплетения (частота положительных аспираций составляет от 12-18%). Нередким осложнением является образование гематомы, которая может инфицироваться, приводя к постинъекционному абсцессу.

Погрешности, допущенные при выборе места вкола или траектории продвижения иглы, могут ограничить распространение анестетика по бугру верхней челюсти, а его депо образуется в толще латеральной крыловидной мышцы, что приводит к появлению боли и ограничению открывания рта. А при попадании раствора анестетика в толщу жирового тела блокада нервных волокон может вообще не произойти.

Внутрисосудистое попадание препарата вызывает побледнение кожи лица на стороне обезболивания, при глубоком продвижении иглы и распространению анестетика к зрительному нерву описаны случаи кратковременной слепоты и диплопии.

Таким образом, высокая степень риска возникновения осложнений не позволяет рекомендовать туберальную анестезию к использованию в амбулаторной стоматологической практике.

Но в случаях воспаления (например, периостит) рекомендуется использование туберальной анестезии с внеротовым доступом по Егорову П.М.

Туберальная анестезия (внеротовой доступ)

Преимуществами внеротового способа блокады задних верхних альвеолярных нервов являются доступность операционного поля для обзора и манипуляций иглой, появление условий для надежной стерилизации места вкола иглы, которую продвигают по прямой линии, тем самым уменьшая риск ее перелома. Для проведения туберальной анестезии при внеротовом доступе используется игла длиной 35-42 мм, диаметром Ø 04 мм.

Алгоритм проведения туберальной анестезии при внеротовом доступе:

- определение индивидуальной глубины расположения задних верхних альвеолярных нервов у бугра верхней челюсти.

Возможно использование 2-х способов:

- у больного линейкой измеряется расстояние от нижнего наружного угла глазницы до передненижнего угла скуловой кости.
- ногтевая фаланга указательного пальца левой руки устанавливается в нижнем латеральном углу глазницы, а большой палец той же руки отмечает передний нижний угол скуловой кости. Расстояние между этими точками отмечается на игле шприца стерильным резиновым кольцом.
- обработать место вкола спиртом;
- вкол иглы производится в передний нижний угол скуловой кости;
- игла продвигается под скуловую кость по прямой линии на отмеченную глубину под углом 90° к франкфуртской горизонтали и к 45° срединной сагиттальной плоскости (франкфуртская горизонталь на коже лица определяется линией, проведенной от проекции зрачка на нижний глазничный край до козелка уха).

Игла проходит через кожу, подкожную жировую клетчатку, жировое тело щеки до бугра верхней челюсти;

- аспирационная проба;
- у бугра верхней челюсти вводится анестетик.

При проведении этого способа блокады игла проходит по слабо васкуляризированной подкожно-жировой клетчатке и жировому телу щеки, поэтому риск повреждения крупных сосудов минимален.

Инфраорбитальная анестезия (внутриротовой способ)

При проведении подглазничной анестезии блокируются передние и средние верхние луночковые нервы и периферические ветви подглазничного нерва. Это проявляется обезболиванием соответствующей половины верхней губы, боковой поверхности носа, верхнего отдела щеки, нижнего века, слизистой оболочки преддверия полости рта в пределах фронтальных зубов и премоляров, блокируются резцы, клыки и первый премоляр.

Целевым пунктом анестетика является подглазничное отверстие, которое располагается на 5 мм ниже середины нижнеглазничного края.

Для проведения инфраорбитальной анестезии необходима игла длиной 25-35 мм, диаметром 0,4 мм.

Алгоритм проведения инфраорбитальной анестезии:

- верхнюю губу отводят вверх и вперед;
- игла вводится в переходную складку слизистой оболочки над боковым верхним резцом соответствующей стороны;
- игла продвигается вверх, кзади и кнаружи на 1,5-2 см по направлению к подглазничному отверстию;
- аспирационная проба;
- выводится анестетик объемом 1,5 – 2 мл.

Осложнением инфраорбитальной анестезии является образование гематом в подглазничной области и травматический неврит, так как игла проходит по ходу расположения подглазничных, угловых и лицевых артерий и вен. При наличии воспалительного процесса в области переходной складки верхней челюсти рекомендуется использование инфраорбитальной анестезии внеротовым доступом.

В настоящее время с появлением высокоэффективных анестетиков (в т.ч. артикаинсодержащих) необходимость в проведении проводниковой анестезии на верхней челюсти в условиях амбулаторного стоматологического приема значительно снижена.

Это определяется анатомической особенностью строения верхней челюсти – тонкой кортикальной пластинкой и пористым строением кости, что позволяет анестетику диффундировать вглубь кости и обеспечивать обезболивание костной ткани и зубов при внутрислизистом и поднадкостничном введении препарата. Трудности с распространением анестетика могут возникнуть только в области скуло-альвеолярного гребня, который определяется как контрфорс с повышенной плотностью кости в области первого моляра верхней челюсти.

Для повышения эффективности обезболивания в этой области возможно проведения двух инъекций – до и после контрфорса.

Таким образом, использование инфильтрационного способа обезболивания на верхней челюсти эффективно и безопасно.

Методы проводниковой анестезии на нижней челюсти.

Мандибулярная анестезия.

Этот метод позволяет выключить нижний альвеолярный и язычный нервы.

Для выполнения этой анестезии нужно учитывать расположение нижнечелюстного отверстия (от переднего края ветви нижней челюсти на расстоянии 15 мм, от заднего – 13 мм, от вырезки нижней челюсти – 22 мм, от основания нижней челюсти – 27 мм). У взрослого человека это расположение часто соответствует уровню жевательной поверхности моляров нижней челюсти. Спереди вход в канал прикрыт костным выступом – язычком нижней челюсти, поэтому анестетик следует вводить на 1 см выше уровня отверстия и создать его депо в клетчатке, окружающей ствол нижнего альвеолярного нерва.

Анестезия проводится при широко открытом рте. Предварительно пальцем прощупывают наружный косой гребень нижней челюсти в области жевательных зубов, который, продолжаясь кзади, выводит на передний край ветви нижней челюсти к ретромоллярной ямке.

Для выполнения мандибулярной анестезии требуется игла длиной 35-42 мм и диаметром 0,4-0,5 мм.

Алгоритм проведения мандибулярной анестезии следующий:

- иньектор располагают на премолярах противоположной стороны;
- вкол иглы проводят на 1 см выше жевательной поверхности моляров нижней челюсти;
- игла продвигается до кости на глубину около 6 – 7,5 мм. Вводится анестетик в объеме 0,3-0,5 мл (выключается язычный нерв). Далее шприц медленно разворачивают на уровень резцов и продвигают иглу вдоль кости вглубь на 20 -25 мм;
- на данном этапе проводится аспирационная проба;
- вводится оставшийся объем анестетика.

Обезболивание нижнеальвеолярного нерва при мандибулярной анестезии наступает через 10 минут при использовании лидокаина, и через 5-7 минут – при работе с артикаинсодержащими анестетиками.

Недостатки мандибулярной анестезии:

- В основе ориентиров лежат средние анатомические данные, которые нередко отсутствуют или слабо выражены.
- Высота коренных зубов, альвеолярного отростка у различных людей неодинакова.
- Пародонтит, полное или частичное удаление зубов, приводящее к атрофии тела нижней челюсти, аномалии прикуса, пространственное расположение ветвей нижней челюсти и другое изменяют анатомические соотношения, что неизбежно затрудняет выполнение анестезии.

Перечисленные недостатки могут становиться главными причинами возникновения ошибок, неудач и осложнений при выполнении мандибулярной анестезии.

Торусальная анестезия

Проведение данной анестезии возможно при совершенно свободном и полном открывании рта и важно следить за тем, чтобы во время введения анестетика он был открыт максимально широко.

Желобок, расположенный латеральнее по крыловидно-нижнечелюстной складке, приблизительно на 0,5 см ниже жевательной поверхности верхнего моляра является анатомическим ориентиром в полости рта.

Для проведения торусальной анестезии необходимо использовать иглу длиной 35-42 мм и диаметром 0,4-0,5 мм.

Алгоритм проведения торусальной анестезии:

- иньектор располагается на уровне второго или третьего моляра с противоположной стороны. Вкол иглы проводят перпендикулярно к слизистой щеки в область желобка и на 0,5 см ниже жевательной поверхности верхних моляров. Иглу продвигают до касания с костью на глубину 1 - 2 см. Проводят аспирационную пробу;
- вводят анестетик в объеме 1,5 мл. При выведении иглы инъецируют до 0,5 мл анестетика для выключения язычного нерва;

В связи с особенностями анатомии расположения веточек щечного нерва, обезболивание зоны иннервации данного нерва наступает не всегда. В этом случае следует дополнительно провести инфильтрационную анестезию в области операционного поля.

Недостатки торусальной анестезии

- Врач неясно представляет конечный пункт для продвижения иглы, так как нижнечелюстное возвышение (желобок) закрыто мягкими тканями и его пальпация невозможна.

Обезболивание по Гоу-Гейтсу (1973) (в модификации Рабиновича С.А., Московца О.Н., 1999)

Целевым пунктом для проведения этой анестезии является шейка суставного отростка ветви нижней челюсти, где проходит ствол нижнего челюстного нерва. Депонирование анестетика в этой зоне приводит к блокаде нерва и его ветвей, а также язычного и щечного нервов.

Ориентиром в полости рта является медиальная часть крыловидно-височного углубления – слизистая оболочка под медиально-небным бугорком второго моляра верхней челюсти (на 1,0-1,5 см выше, чем при классической методике мандибулярной анестезии).

Особенностью методики анестезии по Гоу-Гейтсу является положение пациента во время обезболивания: голова пациента находится в горизонтальном положении, слегка наклонена к врачу. Врач, в свою очередь, располагается спереди справа от пациента. Рот должен быть открыт как можно шире так, чтобы мышечковый отросток принял фронтальное положение и оказался еще ближе к нижнечелюстному нерву.

Для проведения этой анестезии нужна игла длиной не менее 35 мм и диаметром 0,4-0,5 мм.

Алгоритм проведения анестезии по Гоу-Гейтсу:

- шприц располагается с противоположной стороны в зоне клыка нижней челюсти (угла рта);
- плоскость продвижения иглы в полости рта соответствует условной линии проведенной по щеке от угла рта к козелку уха. С целью упрощения поиска направления иглы, больного просят поместить палец в наружный слуховой проход. Так же можно для этой цели использовать пластмассовый чехол от инъекционной иглы. Наличие внеротового ориентира является неоспоримым преимуществом методики;
- игла вводится в слизистую оболочку под медиально-небным бугорком второго моляра верхней челюсти (на 1,0-1,5 см выше, чем при классической методике мандибулярной анестезии);
- иглу продвигают в мягкие ткани вверх и кнутри в крыловидно-челюстное пространство, медиальнее сухожилия височной мышцы до кости (шейка суставного отростка, где располагается указательный палец левой руки врача), слегка отступают от кости;
- проводят аспирационную пробу и вводят весь объем анестетика. Глубина продвижения иглы составляет в среднем 20-25 мм;
- после проведения анестезии пациент держит рот открытым течение еще 1-2 минуты для лучшей диффузии анестетика в клетчатку окружающую ствол нерва.

Обезболивание по методике Гоу-Гейтса проводится у взрослых и детей после 12 лет.

Успешность достижения эффективного обезболивания при этой техники анестезии выше (90-97%), чем при классической блокаде нижнего альвеолярного нерва. Эта методика отличается безопасностью проведения и меньшим количеством осложнений – положительная аспирационная проба составляет 1,6-1,9% (почти в 10 раз меньше, чем при других способах анестезии). Проведением анестезии по Гоу-Гейтсу удастся достигнуть обезболивания не только нижнего альвеолярного, но и язычного, челюстно-подъязычного, ушно-височного нервов и щечного нерва (в 65-75%). Продолжительность анестезии по Гоу-Гейтсу более длительная. Данный метод обезболивания применяется пока достаточно редко. Показанием к его проведению могут служить неудачи при других способах мандибулярной анестезии.

Недостатки методики анестезии по Гоу-Гейтсу:

- Медленное наступление эффекта обезболивания, что связано с большой толщиной нервных стволов в области депонирования анестетика.

Для достижения стабильного успеха анестезии врачу требуется достаточная практика в определении целевого пункта и продвижения к нему иглы.

Мандибулярная анестезия по Егорову П.М.

Особенностью методики является рекомендация автора Егорова П.М. (1972) проводить анестезию, определяя пальцами левой руки врача нужные ориентиры.

Целевым пунктом введения анестетика является нижнечелюстное отверстие, где обеспечивается выключение чувствительности в зоне иннервации нижнего альвеолярного нерва (n. alveolaris inferior). При успешном проведении методики блокируется нижний альвеолярный и язычный нервы, реже – щечный.

На коже лица в области ветви нижней челюсти определяют проекцию крыловидно-нижнечелюстного пространства и верхнего края нижнечелюстного отверстия. При широко открытом рте измеряют расстояние между нижним краем скуловой дуги (пятый палец) и нижним краем тела нижней челюсти (второй палец), а также между передним и задним краями ветви (первый и четвертый пальцы соответственно). Пересечение этих ориентирных линий делит ветвь нижней челюсти на четыре квадранта. В верхнелатеральном квадранте фиксируют палец, что соответствует проекции крыловидно-нижнечелюстного пространства над нижнечелюстным отверстием (это место соответствует положению третьего пальца руки автоматически).

Для проведения мандибулярной анестезии по Егорову П.М. требуется игла длиной 35-42 мм и диаметром 0,4-0,5мм.

Алгоритм проведения мандибулярной анестезии по Егорову П.М.:

- ось шприца направлена на область нижнечелюстного отверстия в крыловидно-нижнечелюстном пространстве, проекцию которого определяют при помощи пальца врача. Третий палец левой руки врача зафиксирован на коже лица пациента в верхне-латеральном квадранте ветви нижней челюсти;
- вкол иглы проводят на 1,5 см ниже и снаружи от крючка крыловидного отростка клиновидной кости и продвигают в направлении участка ветви нижней челюсти, обозначенным снаружи пальцем врача. Игла проходит в межмышечный треугольник (ниже среднего края наружной крыловидной, латеральнее внутренней крыловидной мышц и медиальнее височной мышцы) и достигает контакт с костью;
- иглу отводят от кости на 1 мм назад и проводят аспирационную пробу. При отрицательном результате аспирационной пробы медленно вводится анестезирующий раствор в объеме 1,7-1,8 мл;
- после введения анестезирующего раствора иглу медленно выводят из тканей.

Анестезия наступает в течение 5-7 минут при применении современных артикаинсодержащих анестетиков.

Анестезия по Акинози – Вазирани

Особенностью этой методики является возможность проведения анестезии при ограниченном открывании рта. Блокируются нижний альвеолярный, язычный, щёчный нервы, а также двигательные ветви нижнечелюстного нерва.

Для проведения анестезии по Акинози – Вазирани требуется игла длиной 35-42 мм.

Алгоритм проведения анестезии по Акинози – Вазирани:

- для ввода иглы используют внутриротовой доступ со стороны переднего края ветви нижней челюсти;
- шприц с иглой располагают вдоль окклюзионной плоскости и ориентируют в сторону альвеолярного отростка над последним моляром верхней челюсти;
- вкол иглы ориентируется на промежуток между медиальной поверхностью ветви нижней челюсти и латеральной поверхностью альвеолярного отростка верхней челюсти под скуловой дугой в слизистую оболочку у последнего моляра верхней челюсти, ее продвигают на глубину до 2, 5 см. Депо анестетика формируется около нижнечелюстного отверстия;

Несоблюдение методики может стать причиной травмы мышц.

Блокада подбородочного нерва (ментальная анестезия)

Особенностью этой анестезии является создание депо анестетика в клетчатке, окружающей подбородочный нерв в области выхода его из костного отверстия. Достигается выключение чувствительности в области подбородочного и резцовых нервов.

Показаниями для проведения ментальной анестезии являются терапевтические и хирургические манипуляции в области премоляров, клыков и резцов нижней челюсти.

Для повышения эффективности этой анестезии следует четко определиться с ориентиром вкола иглы, которым является подбородочное отверстие, находящееся на передней поверхности нижней челюсти, чаще в проекции верхушек корней между премолярами. При пальпации зоны подбородочного отверстия нередко выявляется болезненная чувствительность. Так же для уточнения расположения отверстия возможно рентгенографическое исследование.

Алгоритм проведения ментальной анестезии:

- врач располагается сзади кресла пациента, левой рукой отводит губу и щеку для доступа к переходной складке в области первого моляра;
- вкол иглы проводят в переходную складку между вторым премоляром и первым моляром, направляя ее кпереди, внутрь и вниз на глубину 8-10 мм до соприкосновения с костью;
- при достижении кости проводится аспирационная проба;
- вводится анестетик.

Попадание иглы непосредственно в подбородочное отверстие не рекомендуется из-за опасности травмы сосудисто-нервного пучка.

Для увеличения эффективности блокады как подбородочного нерва, так и резцовой ветви, профессор Маламед С. (США) предложил после введения анестетика создать мягкое давление со стороны слизистой оболочки или кожных покровов в проекции подбородочного отверстия. Поддерживается давление во время проведения инъекции и 1-2 минуты после процедуры. Эта методика позволяет снизить вздутие тканей и ускоряет время появления анестезии.

Приложение 2

В случае возникновения технического сбоя (сбой программного обеспечения, отключение электроэнергии и т.д.) и отсутствия возможности заполнения чек-листа онлайн возможно использование бумажных чек-листов.

ЧЕК – ЛИСТ

II этап аккредитационного экзамена Специальность Стоматология
 Дата _____ Номер кандидата _____
 Номер сценария (ситуации) 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10

№ п/п	Действие аккредитуемого лица	Критерии оценки
1.	Изучил медицинскую карту пациента	☐ да ☐ нет
2.	Установил контакт с пациентом, идентифицировать его личность	☐ да ☐ нет
3.	Оценил функциональное состояние пациента (измерил артериальное давление и частоту пульса)	☐ да ☐ нет
4.	Собрал анамнез (спросил о наличии общих заболеваний, приеме лекарственных препаратов в настоящее время)	☐ да ☐ нет
5.	Информировал пациента о процедуре, уточнил наличие вопросов	☐ да ☐ нет
6.	Подготовил рабочее место для анестезии (заранее убедился, что всё необходимое есть в наличии)	☐ да ☐ нет
7.	Обработал руки гигиеническим способом	☐ да ☐ нет
8.	Помог занять удобное положение пациенту, который сидит в кресле с одноразовой салфеткой на груди	☐ да ☐ нет
9.	Привёл кресло в соответствующее положение	☐ да ☐ нет
10.	Занял правильное положение возле пациента	☐ да ☐ нет
11.	Обеспечил визуализацию ротовой полости (настройка освещения)	☐ да ☐ нет
12.	Подготовил перчатки, маску медицинскую трехслойную, шапочку (был в шапочке и маске на шее)	☐ да ☐ нет
13.	Соблюдал последовательность использования (маска, шапочка, перчатки)	☐ да ☐ нет
14.	Провел внешний осмотр (оценил конфигурацию лица, открывание рта, состояние регионарных лимфатических узлов)	☐ да ☐ нет
15.	Провел осмотр полости рта	☐ да ☐ нет
16.	Провел антисептическую обработку полости рта	☐ да ☐ нет
17.	С помощью аппликатора нанес анестетик на слизистую оболочку полости рта в предполагаемом месте вкола иглы	☐ да ☐ нет
18.	Выждал время экспозиции поверхностного анестетика (в это время подготовил карпульную систему)	☐ да ☐ нет
19.	Обработал диафрагму карпулы антисептиком	☐ да ☐ нет
20.	Установил карпулу в инъектор	☐ да ☐ нет
21.	Совместил плаггер карпулы с плунжером инъектора	☐ да ☐ нет
22.	Вскрыл иглу (30G x 21 мм) и утилизировал нижний колпачок в контейнер для сбора отходов класса А	☐ да ☐ нет

23.	Установил и зафиксировал инъекционную иглу на карпульный иньектор	☐ да ☐ нет
24.	Проверил проходимость иглы	☐ да ☐ нет
25.	Смыл аппликационный анестетик	☐ да ☐ нет
26.	Обеспечил обзор места проведения анестезии	☐ да ☐ нет
27.	Провел позиционирование карпульной системы относительно места вкола (45° к альвеолярному гребню)	☐ да ☐ нет
28.	Провел вкол иглы	☐ да ☐ нет
29.	Погрузил инъекционную иглу в ткани на необходимую глубину (до периапикальной области)	☐ да ☐ нет
30.	Провел аспирационную пробу	☐ да ☐ нет
31.	При отрицательном результате аспирационной пробы медленно вывел раствор анестетика в ткани	☐ да ☐ нет
32.	Извлек инъекционную иглу	☐ да ☐ нет
33.	Выждал латентный период действия анестетика	☐ да ☐ нет
34.	Убедился в эффективности проведённой анестезии (отсутствие болевой чувствительности при воздействии раздражителя)	☐ да ☐ нет
35.	Утилизировал иглу в непрокалываемый контейнер для отходов класса Б	☐ да ☐ нет
36.	Утилизировал карпулу в непрокалываемый контейнер для отходов класса Б	☐ да ☐ нет
37.	Утилизировал шприц (отправил на дезинфекцию многоразовый шприц, утилизировал вместе с карпулой одноразовый шприц)	☐ да ☐ нет
38.	Снял перчатки, маску и утилизировал их в контейнер для отходов класса Б	☐ да ☐ нет
39.	Обработал руки гигиеническим способом	☐ да ☐ нет
40.	Сделал запись в медицинской документации	☐ да ☐ нет
41.	Дал рекомендации пациенту	☐ да ☐ нет

 ФИО члена АПК

 подпись

 Отметка о внесении в базу (ФИО)

ЧЕК – ЛИСТ

II этап аккредитационного экзамена Специальность Стоматология
 Дата _____ Номер кандидата _____
 Номер сценария (ситуации) 3

№ п/п	Действие аккредитуемого лица	Критерии оценки
1.	Изучил медицинскую карту пациента	☐ да ☐ нет
2.	Установил контакт с пациентом, идентифицировать его личность	☐ да ☐ нет
3.	Оценил функциональное состояние пациента (измерил артериальное давление и частоту пульса)	☐ да ☐ нет
4.	Собрал анамнез (спросил о наличии общих заболеваний, приеме лекарственных препаратов в настоящее время)	☐ да ☐ нет
5.	Информировал пациента о процедуре, уточнил наличие вопросов	☐ да ☐ нет
6.	Подготовил рабочее место для анестезии (заранее убедился, что всё необходимое есть в наличии)	☐ да ☐ нет
7.	Обработал руки гигиеническим способом	☐ да ☐ нет
8.	Помог занять удобное положение пациенту, который сидит в кресле с одноразовой салфеткой на груди	☐ да ☐ нет
9.	Привёл кресло в соответствующее положение	☐ да ☐ нет
10.	Занял правильное положение возле пациента	☐ да ☐ нет
11.	Обеспечил визуализацию ротовой полости (настройка освещения)	☐ да ☐ нет
12.	Подготовил перчатки, маску медицинскую трехслойную, шапочку (был в шапочке и маске на шее)	☐ да ☐ нет
13.	Соблюдал последовательность использования (маска, шапочка, перчатки)	☐ да ☐ нет
14.	Провел внешний осмотр (оценил конфигурацию лица, открывание рта, состояние регионарных лимфатических узлов)	☐ да ☐ нет
15.	Провел осмотр полости рта	☐ да ☐ нет
16.	Провел антисептическую обработку полости рта	☐ да ☐ нет
17.	С помощью аппликатора нанес анестетик на слизистую оболочку полости рта в предполагаемом месте вкола иглы	☐ да ☐ нет
18.	Выждал время экспозиции поверхностного анестетика (в это время подготовил карпульную систему)	☐ да ☐ нет
19.	Обработал диафрагму карпулы антисептиком	☐ да ☐ нет
20.	Установил карпулу в инъектор	☐ да ☐ нет
21.	Совместил плаггер карпулы с плунжером инъектора	☐ да ☐ нет
22.	Вскрыл иглу (27G x 35 мм) и утилизировал нижний колпачок в контейнер для сбора отходов класса А	☐ да ☐ нет
23.	Установил и зафиксировал инъекционную иглу на карпульный инъектор	☐ да ☐ нет
24.	Проверил проходимость иглы	☐ да ☐ нет
25.	Смыл аппликационный анестетик	☐ да ☐ нет

26.	Обеспечил обзор места проведения анестезии	☐ да ☐ нет
27.	Провел позиционирование карпульной системы относительно места вкола (корпус шприца на премолярах с противоположной стороны, инъекционная игла между проекцией височного гребешка и крыловидно-нижнечелюстной складкой на уровне середины её высоты)	☐ да ☐ нет
28.	Провел вкол иглы	☐ да ☐ нет
29.	Погрузил инъекционную иглу в ткани на необходимую глубину (до упора в кость)	☐ да ☐ нет
30.	Провел аспирационную пробу	☐ да ☐ нет
31.	При отрицательном результате аспирационной пробы медленно вывел до 0,5 мл раствора анестетика в ткани	☐ да ☐ нет
32.	Не извлекая иглы, развернул корпус шприца в сторону фронтальной группы зубов	☐ да ☐ нет
33.	Погрузил иглу в ткани на 2,0-2,5 см	☐ да ☐ нет
34.	Провел аспирационную пробу	☐ да ☐ нет
35.	При отрицательном результате аспирационной пробы медленно вывел раствор анестетика в ткани	☐ да ☐ нет
36.	Извлек инъекционную иглу	☐ да ☐ нет
37.	Выждал латентный период действия анестетика	☐ да ☐ нет
38.	Убедился в эффективности проведенной анестезии (отсутствие болевой чувствительности при воздействии раздражителя)	☐ да ☐ нет
39.	Утилизировал иглу в непрокалываемый контейнер для отходов класса Б	☐ да ☐ нет
40.	Утилизировал карпулу в непрокалываемый контейнер для отходов класса Б	☐ да ☐ нет
41.	Утилизировал шприц (отправил на дезинфекцию многоразовый шприц, утилизировал вместе с карпулой одноразовый шприц)	☐ да ☐ нет
42.	Снял перчатки, маску и утилизировал их в контейнер для отходов класса Б	☐ да ☐ нет
43.	Обработал руки гигиеническим способом	☐ да ☐ нет
44.	Сделал запись в медицинской документации	☐ да ☐ нет
45.	Дал рекомендации пациенту	☐ да ☐ нет

 ФИО члена АПК

 подпись

 Отметка о внесении в базу (ФИО)

ЧЕК – ЛИСТ

II этап аккредитационного экзамена Специальность Стоматология
 Дата _____ Номер кандидата _____
 Номер сценария (ситуации) 8

№ п/п	Действие аккредитуемого лица	Критерии оценки
1.	Изучил медицинскую карту пациента	☐ да ☐ нет
2.	Установил контакт с пациентом, идентифицировать его личность	☐ да ☐ нет
3.	Оценил функциональное состояние пациента (измерил артериальное давление и частоту пульса)	☐ да ☐ нет
4.	Собрал анамнез (спросил о наличии общих заболеваний, приеме лекарственных препаратов в настоящее время)	☐ да ☐ нет
5.	Информировал пациента о процедуре, уточнил наличие вопросов	☐ да ☐ нет
6.	Подготовил рабочее место для анестезии (заранее убедился, что всё необходимое есть в наличии)	☐ да ☐ нет
7.	Обработал руки гигиеническим способом	☐ да ☐ нет
8.	Помог занять удобное положение пациенту, который сидит в кресле с одноразовой салфеткой на груди	☐ да ☐ нет
9.	Привёл кресло в соответствующее положение	☐ да ☐ нет
10.	Занял правильное положение возле пациента	☐ да ☐ нет
11.	Обеспечил визуализацию ротовой полости (настройка освещения)	☐ да ☐ нет
12.	Подготовил перчатки, маску медицинскую трехслойную, шапочку (был в шапочке и маске на шее)	☐ да ☐ нет
13.	Соблюдал последовательность использования (маска, шапочка, перчатки)	☐ да ☐ нет
14.	Провел внешний осмотр (оценил конфигурацию лица, открывание рта, состояние регионарных лимфатических узлов)	☐ да ☐ нет
15.	Провел осмотр полости рта	☐ да ☐ нет
16.	Провел антисептическую обработку полости рта	☐ да ☐ нет
17.	С помощью аппликатора нанес анестетик на слизистую оболочку полости рта в предполагаемом месте вкола иглы	☐ да ☐ нет
18.	Выждал время экспозиции поверхностного анестетика (в это время подготовил карпульную систему)	☐ да ☐ нет
19.	Обработал диафрагму карпулы антисептиком	☐ да ☐ нет
20.	Установил карпулу в инъектор	☐ да ☐ нет
21.	Совместил плаггер карпулы с плунжером инъектора	☐ да ☐ нет
22.	Вскрыл иглу (27G x 35 мм) и утилизировал нижний колпачок в контейнер для сбора отходов класса А	☐ да ☐ нет
23.	Установил и зафиксировал инъекционную иглу на карпульный инъектор	☐ да ☐ нет
24.	Проверил проходимость иглы	☐ да ☐ нет
25.	Смыл аппликационный анестетик	☐ да ☐ нет

26.	Обеспечил обзор места проведения анестезии	☐ да ☐ нет
27.	Провел позиционирование карпульной системы относительно места вкола (корпус шприца в области моляров с противоположной стороны, инъекционная игла на уровне верхней трети крыловидно-нижнечелюстной складки перпендикулярно к слизистой оболочке щеки)	☐ да ☐ нет
28.	Провел вкол иглы	☐ да ☐ нет
29.	Погрузил инъекционную иглу в ткани на необходимую глубину (до упора в кость)	☐ да ☐ нет
30.	Провел аспирационную пробу	☐ да ☐ нет
31.	При отрицательном результате аспирационной пробы медленно вывел раствор анестетика в ткани	☐ да ☐ нет
32.	Извлек инъекционную иглу	☐ да ☐ нет
33.	Выждал латентный период действия анестетика	☐ да ☐ нет
34.	Убедился в эффективности проведённой анестезии (отсутствие болевой чувствительности при воздействии раздражителя)	☐ да ☐ нет
35.	Утилизировал иглу в непрокалываемый контейнер для отходов класса Б	☐ да ☐ нет
36.	Утилизировал карпулу в непрокалываемый контейнер для отходов класса Б	☐ да ☐ нет
37.	Утилизировал шприц (отправил на дезинфекцию многоразовый шприц, утилизировал вместе с карпулой одноразовый шприц)	☐ да ☐ нет
38.	Снял перчатки, маску и утилизировал их в контейнер для отходов класса Б	☐ да ☐ нет
39.	Обработал руки гигиеническим способом	☐ да ☐ нет
40.	Сделал запись в медицинской документации	☐ да ☐ нет
41.	Дал рекомендации пациенту	☐ да ☐ нет

 ФИО члена АПК

 подпись

 Отметка о внесении в базу (ФИО)