

**Військова ортопедична
стоматологія: підручник (ВНЗ
IV р. а.)**

КУПИТИ

У підручнику розглянуто історію розвитку, становлення та організацію стоматологічної допомоги у Збройних силах, сучасні вимоги до ортопедичної стоматологічної допомоги у військах, питання догляду за стоматологічними хворими, військово-лікарської експертизи. Наведено характеристику ортопедичних щелепно-лицевих апаратів і пристроїв, що їх застосовують для лікування і реабілітації особового складу. Описано використання індивідуальних засобів надання першої медичної допомоги військовослужбовцям. Висвітлено помилки та ускладнення у стоматологічній практиці. ■ Для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації, лікарів-інтернів, лікарів-курсантів факультетів післядипломної освіти, військових лікарів.

**П.В. ІЩЕНКО
В.А. КЛЬОМІН
Р.Х. КАМАЛОВ
А.М. ЛИХОТА**

ВІЙСЬКОВА ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

ПІДРУЧНИК

ЗАТВЕРДЖЕНО

Міністерством освіти і науки, молоді та спорту України як підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації, лікарів–інтернів, лікарів–курсантів факультетів післядипломної освіти, військових лікарів

Київ
ВСВ «Медицина»
2013

УДК 617.3; 355.233

ББК 54.58; 68.9

В 41

Автори:

П.В. Іщенко, В.А. Кльомін, Р.Х. Камалов, А.М. Лихота

Рецензенти:

В.В. Коваленко, канд. мед. наук, доц. кафедри щелепно-лицевої хірургії та стоматології Української військово-медичної академії;

О.П. Педорець, д-р мед. наук, професор, зав. кафедри терапевтичної стоматології ДонНМУ ім. М. Горького;

Г.А. Музичина, канд. мед. наук, доц., зав. кафедри стоматології дитячого віку ФІПО ДонНМУ ім. М. Горького

Військова ортопедична стоматологія: підручник / П.В. Іщенко, В.А. Кльомін, Р.Х. Камалов, А.М. Лихота — К.: ВСВ «Медицина», 2013. — 328 с.

ISBN 978-617-505-182-5

У підручнику розглянуто історію розвитку, становлення та організацію стоматологічної допомоги у Збройних силах, сучасні вимоги до ортопедичної стоматологічної допомоги у військах, питання догляду за стоматологічними хворими, військово-лікарської експертизи. Наведено характеристику ортопедичних щелепно-лицевих апаратів і пристроїв, що їх застосовують для лікування і реабілітації особового складу. Описано використання індивідуальних засобів надання першої медичної допомоги військовослужбовцям. Висвітлено помилки та ускладнення у стоматологічній практиці.

Для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації, лікарів-інтернів, лікарів-курсантів факультетів післядипломної освіти, військових лікарів.

УДК 617.3; 355.233

ББК 54.58; 68.9

ISBN 978-617-505-182-5

© Іщенко П.В., Кльомін В.А., Камалов Р.Х.,
Лихота А.М., 2013

© ВСВ «Медицина», оформлення, 2013

Зміст

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	5
ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ВІЙСЬКОВОЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ	8
РОЗДІЛ 2. СТРУКТУРА МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ЗБРОЙНИХ СИЛ	16
РОЗДІЛ 3. ШТАТНИЙ РОЗКЛАД ПІДРОЗДІЛІВ.....	19
Розрахунок особового складу для управління	20
Стоматологічне відділення ТерГБ ТерНхГ.....	20
РОЗДІЛ 4. ОРГАНІЗАЦІЯ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У ВІЙСЬКАХ	23
Показання і протипоказання до зубного протезування й ортопедичного лікування захворювань і травм щелепно-лицевої ділянки	28
Порядок надання ортопедичної стоматологічної допомоги військовослужбовцям	32
Особливості профілактики, діагностики і лікування при деяких стоматологічних захворюваннях у військовослужбовців	34
Механізм проведення медичного сортування постраждалих і хворих унаслідок надзвичайної ситуації.....	34
Організація роботи лікаря-стоматолога військової частини	38
Санітарно-гігієнічні вимоги	45
Основні медичні документи	47
Вимоги до виконання основних кількісно-якісних показників лікарської роботи.....	62
Організація роботи окружної стоматологічної поліклініки	67
Організація роботи стаціонару	69
Форми обліково-звітної документації	75
Організація санітарно-просвітницької роботи в умовах стаціонару	75
Нормативні акти.....	76
Ортопедична стоматологічна допомога військовослужбовцям із використанням імплантатів	77
РОЗДІЛ 5. ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	103
Вроджені аномалії обличчя і щелеп.....	104
РОЗДІЛ 6. ДОГЛЯД ЗА ПОРАНЕНИМИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ (БАЗОВІ ПОЛОЖЕННЯ)	107
Класифікація ушкоджень щелепно-лицевої ділянки	111
Бойові ушкодження обличчя і щелеп.....	129
Поранення й ушкодження м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.....	131

ЗМІСТ

Переломи зубів і альвеолярних відростків	133
Переломи нижньої щелепи.....	134
Переломи верхньої щелепи	134
Переломи виличних і носових кісток.....	135
Множинні ушкодження кісток обличчя.....	136
Особливості бойових ушкоджень обличчя і щелеп	136
Ускладнення при бойових ушкодженнях обличчя і щелеп	142
РОЗДІЛ 7. ВІЙСЬКОВО-ЛІКАРСЬКА ЕКСПЕРТИЗА ПРИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВИХ ПОРАНЕННЯХ	147
РОЗДІЛ 8. ОРТОПЕДИЧНІ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВІ АПАРАТИ І ПРИСТРОЇ	151
Ортопедичні методи лікування переломів щелеп.....	151
Ортопедична допомога при одночасних переломах верхньої і нижньої щелеп.....	175
Лікування щелепно-лицевих деформацій унаслідок неправильно зрощених переломів	176
Контрактура щелеп і її ортопедичне лікування.....	180
Ортопедичне лікування звичних вивихів і підвивихів нижньої щелепи ...	184
Ортопедичне лікування при дефектах після поранень твердих і м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки	185
Протезування при дефектах нижньої щелепи	186
Протезування після резекції щелеп	188
Протезування при дефектах лицевої ділянки	190
РОЗДІЛ 9. ПОМИЛКИ, УСКЛАДНЕННЯ ТА ПРОБЛЕМИ У СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ	195
Про Декларацію.....	204
Декларація про політику в галузі забезпечення прав пацієнта в Європі ..	205
Основи концепції прав пацієнтів у Європі: загальні положення	207
ДОДАТКИ	218
<i>Додаток 1. ІНДИВІДУАЛЬНІ ЗАСОБИ НАДАННЯ ПЕРШОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ</i>	<i>218</i>
<i>Додаток 2. СТОМАТОЛОГІЧНІ УКЛАДКИ І ПРИЛАДДА</i>	<i>223</i>
<i>Додаток 3. ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВІ ОРТОПЕДИЧНІ АПАРАТИ</i>	<i>234</i>
<i>Додаток 4. КОНВЕНЦІЯ ПРО ПОЛІПШЕННЯ ДОЛІ ПОРАНЕНИХ І ХВОРИХ У ДІЮЧИХ АРМІЯХ (ЖЕНЕВА, 1949).....</i>	<i>264</i>
<i>Додаток 5. ТЕСТИ ДЛЯ КОНТРОЛЮ РІВНЯ ЗНАНЬ</i>	<i>298</i>
<i>Додаток 6. КОРОТКИЙ СЛОВНИК МЕДИЧНИХ ТЕРМІНІВ</i>	<i>322</i>
СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	326

Вступ

Військова ортопедична стоматологія — розділ військової стоматології, у якому викладено особливості організації і методів надання усіх видів ортопедичної стоматологічної допомоги особовому складу армії й флоту в специфічних умовах армійського життя та бойової діяльності військ. Медична служба армії більшості країн світу має таку структуру, а підхід до її організації ґрунтується на ідентичних принципах.

Військова стоматологія є самостійним розділом загальної стоматології і військової медицини із чітко визначеними задачами і характерними, тільки їй притаманними науково-медичними та організаційними основами сучасної нормотворчої та законодавчої бази.

Військова ортопедична стоматологія вивчає питання організації ортопедичної стоматологічної допомоги у Збройних силах України; особливості ортопедичного лікування дефектів зубних рядів, аномалій прикусу, вторинних деформацій, травм і поранень щелепно-лицевої ділянки, методи профілактики у специфічних умовах життя та діяльності армії в мирний та воєнний час.

Забезпечення військовослужбовців вичерпною ортопедичною стоматологічною допомогою у збройних силах передбачає чітку організацію роботи із використанням найефективніших методів лікування та сучасних технологій при виготовленні протезів, шин-протезів тощо.

У воєнний час в армії прийнята єдина система медичного забезпечення поранених і хворих, що передбачає медичну допомогу на етапах медичної евакуації.

В умовах можливих надзвичайних ситуацій, ліквідації наслідків аварій, катастроф, стихійних лих, терористичних актів та воєн виникає необхідність протезування і різко зростає роль ортопедичних методів у комплексному лікуванні вогнепальних поранень, пошкоджень обличчя, щелеп та їх наслідків, тому необхідна сучасна теоретична та практична підготовка лікарів, викладачів і студентів вищих медичних навчальних закладів.

Основними умовами щодо організаційно-методичного забезпечення особового складу військовою ортопедичною стоматологією є:

- 1) єдина концепція походження і розвитку стоматологічної патології;
- 2) послідовність у виконанні дій особового складу на різних етапах евакуації;
- 3) обов'язкова наявність чіткої та зрозумілої медичної документації;
- 4) забезпечення єдиної системи лікування та обліку на різних етапах евакуації;
- 5) єдина концепція методів ортопедичної допомоги, яка ґрунтується на сучасних наукових досягненнях.

Обов'язковою умовою розвитку і діяльності військової ортопедичної стоматології є тісний взаємозв'язок з військовою терапевтичною, військовою щелепно-лицевою та хірургічною стоматологією, а також із військовою оториноларингологією, офтальмологією, нейрохірургією, ОТМС тощо.

Військова стоматологія загалом і військова ортопедична стоматологія зокрема є відносно молодими галузями медичної науки. Виникненню військової стоматології передувало накопичення, наукове узагальнення і практичне розв'язання питань, пов'язаних із профілактикою та лікуванням захворювань зубів, щелеп, інших органів порожнини рота у військовослужбовців.

До стоматології належать щелепно-лицева хірургія, щелепно-лицева ортопедія, а також лікування стоматологічних захворювань загального спрямування (пломбування, операція видалення зуба тощо).

Розділ 6

ДОГЛЯД ЗА ПОРАНЕНИМИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ (БАЗОВІ ПОЛОЖЕННЯ)

Розрізняють загальний і спеціальний догляд за пораненими. Стосовно практики такий розподіл є умовним, адже чіткої межі між ними немає. Заходи з догляду здійснюються лікарями, середнім і молодшим медичним персоналом, а також у порядку самообслуговування та взаємодопомоги.

Доцільно розподілити всіх поранених на дві групи: 1-а — здатні до самообслуговування; 2-а — не здатні до самообслуговування. Поранені обох груп мають бути розміщені по палатах рівномірно, щоб до обслуговування тяжкопоранених можна було залучати легкопоранених і тих, хто одужує.

Тяжкопораненим, особливо у перші 3—5 діб після поранення, слід надавати напівсидяче положення, що зменшує небезпеку кровотечі й аспірації крові, слизу та гною, а також полегшує дихання.

Для профілактики легеневих ускладнень і покращання вентиляції легенів упродовж 3—5 діб тяжкопоранених протягом доби необхідно кілька разів перевертати з одного боку на інший, необхідно ретельно стежити, щоб не утворилися пролежні, поприлості і змушувати час від часу робити глибокі вдихи й видихи (дихальну гімнастику). Поранених слід оберігати від охолодження, а також від випаровування слини, яка постійно витікає з порожнини рота і пов'язки, постійно змінювати пов'язки, запобігати втратам рідини під час годування та напування хворого. Для цього груди пораненого потрібно закривати нагрудником із клейонки, користуватися слиноприймачем. Останній можна виготовити з гумової грілки, яка вийшла з ужитку, розрізавши навпіл.

Щоб уникнути промокання подушки, під її наволочку підкладають клейонку.

На приліжковій тумбочці або якійсь іншій підставці має постійно стояти питво у поїльнику або чашці, лежати індивідуальний наконечник і кілька марлевих серветок, у поранених із порушеним мовленням — олівець і папір для письмового спілкування з медичним персоналом та оточуючими, особливо у перші дні після поранення. У міру загоєння рани і припинення запального процесу в ній необхідно переходити від письмового спілкування до усного, щоб тренувати мовлення. До того ж під час артикуляції покращується самоочищення порожнини рота. Поступове відновлення мовлення та пов'язані

РОЗДІЛ 6

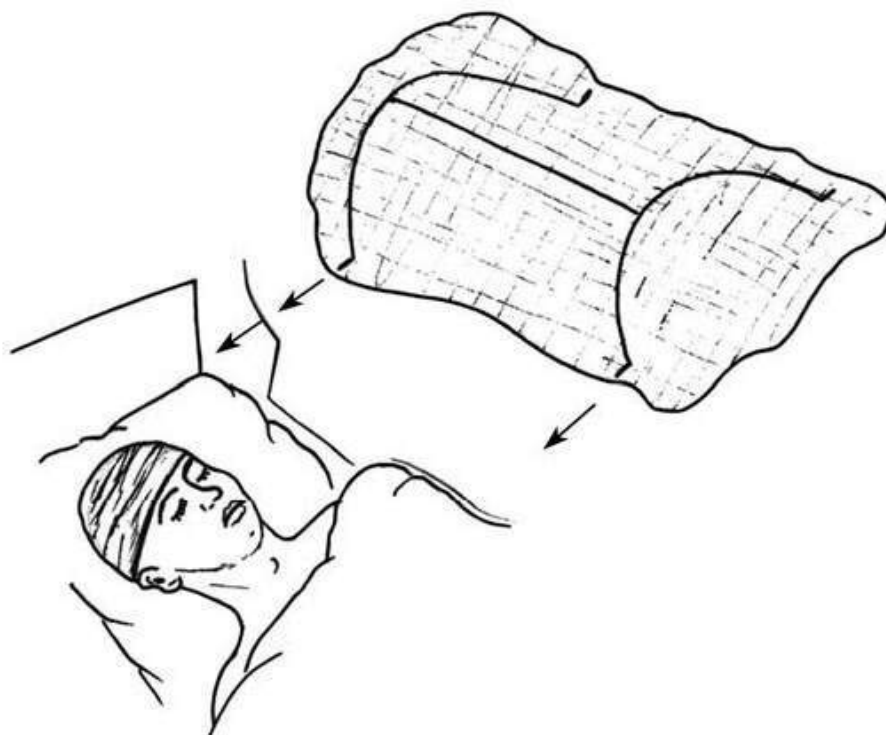
із цим активні рухи язика, губ, щік, м'яких тканин дна порожнини рота певною мірою обмежують розвиток рубців і сприяють розтягненню їх.

У деяких щелепно-лицевих поранених, особливо у разі неналежного догляду, з'являється гнилісний запах із порожнини рота, що є приманкою для комах, зокрема мух. Тому слід своєчасно міняти пов'язки, утримувати порожнину рота чистою, не допускаючи появи гнилісного запаху. У таких хворих треба боротися із процесами розпаду в порожнині рота і прилеглих ранових ділянках.

Улітку на вікнах встановлюють сітки, а для деяких поранених виготовляють індивідуальні захисні пристрої від комах — марлеві каркаси (мал. 5.1).

Щоб зменшити слиновиділення, пораненим в ділянку обличчя за показаннями призначають щоденне вживання 1—2 таблеток аерону, 5—8 крапель настоянки беладони або підшкірно 0,1 % розчин атропіну сульфату по 1,0 мл. Атропін слід застосовувати при підвищеній саливації не довше ніж 3—4 дні поспіль, після цього зробити перерву.

Більшість заходів зі спеціального догляду за щелепно-лицевими пораненими зумовлена тим, що в разі ушкодження обличчя і щелеп, особливо з проникненням у порожнину рота, різко порушується здатність до самоочищення порожнини рота. Саме затримка залишків їжі, які швидко розпадаються, скупчення згустків крові, часточок тканин, що відмирають, і ранових виділень за наявності мікрофлори у порож-



МАЛ. 5.1. Використання марлевих каркасів для захисту від мух та інших комах

нині рота призводять до розвитку гнилісних процесів у рані та ускладнюють клінічну картину. Поява вторинних кровотеч, ускладнень з боку органів дихання і травного тракту значною мірою пов'язана з розвитком у рані та порожнині рота гнилісної інфекції. Тому, починаючи з медико-санітарного батальйону, слід ретельно чистити порожнину рота у поранених від згустків крові, слизу, ранових виділень, залишків їжі. Краще за все промивати порожнину рота струменем рідини, випускаючи її під тиском із гумового балона, великого шприца або з іригаційного кухля Есмарха, водночас використовуючи слиновідсмоктувач. Особливо великі згустки крові, клапті тканин і уламки кісток (зубів) виймають із порожнини рота і рани пінцетом на етапі евакуації.

Для промивання рота застосовують теплі розчини (37—38 °С) калію перманганату, фурациліну (1:5000), водню пероксиду, натрію гідрокарбонату (питної соди) тощо.

Струмінь рідини спрямовують таким чином, щоб промити не лише порожнину рота, а й защічні ділянки. Для стікання промивної рідини під підборіддя підставляють ниркоподібний лоток чи інший посуд (мал. 5.2).

Після надання спеціалізованої допомоги, зокрема після накладання внутрішньоротових назубних шин із міжщелепним закріпленням відламків, здатність до самоочищення порожнини рота ускладнюється ще більше. Залишки їжі, слиз, клапті тканин, які відторгуються, застряють під шиною, лігатурами, між зубами і гумовими кільцями, погано змиваються струменем рідини. Тому після попереднього промивання порожнини рота залишки їжі та ранові виділення видаляють зубочистками або пінцетом із ватою, змоченою 1—3 % розчином водню пероксиду. Найбільші і найщільніші залишки їжі, які застрягли між зубами і шиною, видаляють зуболікарським пінцетом або інструментом для видалення зубного каменю. Можна застосувати також звичайну м'яку зубну щітку або йоржик. Після цього проводять остаточне зрошення порожнини рота струменем рідини. Таку процедуру виконують після кожного споживання їжі, тобто не менше ніж 3 рази на день, а також перед кожною перев'язкою. Кількість зрошень порожнини рота має бути більшою (5—6 разів на день), особливо у лежачих поранених. Щодо поранених, які



МАЛ. 5.2. Очищення порожнини рота у поранених шляхом промивання струменем рідини

РОЗДІЛ 6



МАЛ. 5.3. Пристосування для зрошування порожнини рота великою кількістю рідини, обладнані для ходячих поранених у туалетних кімнатах

здатні обслуговувати себе (ходячі), то кількість зрошувань не обмежується і досягає 8—10 разів на день і більше. Поранені дуже швидко оцінюють користь таких зрошувань порожнини рота — не лише як гігієнічних, а й як лікувальних процедур та із задоволенням користуються ними.

Рясні й часті зрошування порожнини рота теплими розчинами можна вважати своєрідною гідротерапією, адже вони посилюють кровообіг у тканинах, сприяють зменшенню болю в рані, послаблюють запальну контрактуру жувальних м'язів, зменшують мікробне забруднення порожнини

рота й ран. Усе це добре впливає на рановий процес, прискорює загоєння ран і консолідацію кісткових відламків. Тому для ходячих поранених у туалетних кімнатах (відсіках) або у спеціальному місці в палаті обладнують пристосування для зрошення порожнини рота великою кількістю рідини (мал. 5.3). Для цього підвішують або ставлять на підставку металевий бак або пляшку ємністю 10—15 л з одним-двома гумовими шлангами із затискачами або кранами. Приєднавши до шланга індивідуальний скляний або пластмасовий наконечник, поранений самостійно промиває рот над раковиною або тазом.

Удень наконечники зберігаються в склянках з антисептичним розчином біля ліжка кожного пораненого, а вночі черговий персонал збирає їх, промиває і стерилізує. Уранці під час вимірювання температури тіла наконечники роздають пораненим.

Бак або інша посудина, призначена для зрошування порожнини рота, має постійно наповнюватися теплим розчином. Для цього серед ходячих поранених призначають одного-двох чергових, які під керівництвом медичної сестри або підготовленого санітара готують і своєчасно заповнюють бак необхідним розчином.

Потрібно враховувати, що мікрофлора порожнини рота і виділень із рани надзвичайно швидко адаптується до слабких розчинів антисептичних речовин. У разі застосування одного й того самого антисептика протягом трьох і більше днів антисептичний ефект розчину знижується. Тому розчини антисептичних речовин не рідше одного разу на три дні міняють. Упродовж лікування лікар може призначити спеціальні полоскання або ротові ванночки. Це слід розглядати як лікарське призначення.

Крім очищування шин і зубів, іригації порожнини рота, під час перев'язок вживають заходів щодо запобігання мацерації шкіри навколо рани і рота, особливо при проникних пораненнях у порожнину рота. Для цього шкіру навколо рани змащують цинковою маззю, вазеліном тощо.

Особливу увагу приділяють пораненим після трахеотомії. Вони потребують систематичного відсмоктування слизу з трахеотомічної трубки і трахеї. Необхідно також не менше ніж 3—4 рази на день виїмати, ретельно очищувати і стерилізувати внутрішню канюлю трахеотомічної трубки, своєчасно замінювати підкладку під трубкою тощо.

Поранених зможливим розвитком вторинних кровотеч слід розміщувати ближче до поста медичної сестри і до перев'язувальної та здійснювати за ними постійний нагляд.

Уважне, рівне, лагідне поводження з пораненими і хворими, вселяння здорового оптимізму й віри у швидке одужання — ці якості необхідні кожному, хто бере участь в обслуговуванні стоматологічних (щелепно-лицевих) поранених і догляді за ними.

КЛАСИФІКАЦІЯ УШКОДЖЕНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Щелепно-лицева травма — одна з найпоширеніших патологій у стоматології. Ця категорія захворювань вивчається в хірургічному й ортопедичному розділах стоматології, а також у стоматології дитячого віку.

Особливого значення щелепно-лицева травма набуває під час воєнних дій.

Характер бойових ушкоджень останнім часом визначається типом воєнних дій. Так, війну в Афганістані можна назвати мінно-вибуховою. Унаслідок бойових дій 40 % поранень становили поранення нижніх кінцівок. Першу кампанію війни в Чечні називають снайперською. При цьому у 23 % випадків відзначалися поранення голови та шиї. Друга кампанія чеченської війни займає проміжне положення між двома названими вище війнами.

Під час штурму міст найтяжчими ушкодженнями були ушкодження щелепно-лицевої ділянки в поєднанні з порожнинними пораненнями.

На сьогодні назріла потреба відійти від сталих уявлень про жорсткі межі між стоматологічними хворобами і травмами щелепно-лицевої ділянки різної етіології, що знайшло підтвердження у Міжнародній класифікації стоматологічних хвороб (МКХ-С).

На цей час наведена класифікація розглядається як концептуальна платформа подальшого розвитку світової стоматології.

У тому разі, коли необхідно реєструвати великі обсяги даних, вкрай важливою є логічно послідовна система класифікації та кодування їх, особливо, якщо використовуватимуть електронні чи механічні засоби вибірки й аналізу цих даних.

РОЗДІЛ 6

Передбачається, що МКХ-С забезпечить практичну й зручну основу для класифікації та кодування даних усіма спеціалістами в галузі захворювань та порушень зубів і порожнини рота. МКХ-С є прямим витягом із Міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10), включає всі хвороби і стани порожнини рота чи пов'язані з порожниною рота і суміжними з нею структурами.

Для МКХ-С більшість класифікаційних структур МКХ-10 додатково поділено на підрозділи; при цьому всі дані МКХ-С можна знову об'єднати за категоріями МКХ шляхом простого складання. Наполегливо рекомендується використовувати МКХ-С, беручи МКХ-10 як довідковий матеріал; використовувати лише МКХ-10 незручно з таких причин:

- категорії захворювань і станів, які представляють інтерес для стоматологічного персоналу, мають недостатню кількість класифікаційних рубрик;

- захворювання і стани розкидані по двох великих томах і користування ними в стоматологічному закладі потребує значних праці й часу.

Таким чином, головні завдання МКХ-С полягають у такому:

а) зосередити увагу стоматологічного персоналу на детальній діагностиці стану здоров'я кожного пацієнта за допомогою всеосяжної та послідовної класифікації хвороб порожнини рота і проявів інших хвороб у порожнині рота;

б) забезпечити стандартну систему реєстрації всіх стоматологічних захворювань і станів порожнини рота;

в) за допомогою наведеної системи реєстрації забезпечити таку базу даних, яка дасть можливість зіставляти поширеність захворювань і станів порожнини рота на міжнародному рівні.

Передбачається, що крім сприяння міжнародній співпраці та обміну інформацією система МКХ-С забезпечить суттєвий внесок у збирання епідеміологічних даних щодо рідкісних хвороб порожнини рота, для якого метод спостереження неідеальний.

МКХ-С має важливе значення для широкого кола користувачів — від державних органів, які збирають базові дані, до індивідуальних дослідників, лікарів-практиків і педагогів, які потребують зручного методу індексування облікової документації та навчального матеріалу. МКХ-С можна використовувати як у скороченій формі, яка складається з відносно невеликої кількості ємкісних розділів, так і в розширеній, яка дає змогу детально аналізувати спеціальні вузькі галузі.

Міжнародна класифікація хвороб

Користувачам МКХ-С доцільно ознайомитися з МКХ-10 для детального розуміння загальних принципів, передумов і системи класифікації МКХ. Нижче наведено тільки ті положення, які мають безпосереднє відношення до використання МКХ-С.

МКХ є систематизованою класифікацією хвороб, яка підлягає прийняттю урядовими органами країн-користувачів. Вона широко використовується для національної статистики смертності і захворюваності, періодично переглядається. Десятий перегляд (МКХ-10) набрав чинності із січня 1993 р., складається з трьох окремих томів. Том 1 включає пояснювальний текст і табульовані алфавітно-цифрові класифікаційні переліки. Том 2 є збіркою інструкцій, у якій містяться інструктивні матеріали кодування та загальні рекомендації щодо користування класифікацією. Том 3 є детальним алфавітним покажчиком усіх хвороб і станів, що включені в цю класифікацію. Таксономічна філософія МКХ, зрозуміло, дещо еклектична: з причини різних національних підходів до класифікації та термінології хвороб строго систематична класифікація взагалі нездійсненна.

Том 1 МКХ-10 складається з 21 великого розділу або класу, причому така структурна будова використана і в МКХ-С. Він містить також кодовану номенклатуру морфології новоутворень, витяг з якої включено до МКХ-С. Не для кожного стану відведено індивідуальну рубрику чи номер, але є й такі категорії, до яких можна віднести всі стани; це досягнуто за допомогою методу селективного групування. Принципи визначення того, які стани треба включати в ті чи ті категорії, ґрунтуються на частоті, важливості й чіткості характеристик таких станів.

У прийнятій алфавітно-цифровій системі кодів деталізовані категорії класифікації позначають однією літерою і двома цифрами. У більшості випадків першими двома знаками тризначного коду позначають статистично важливу велику або сумарну групу. Третій знак поділяє кожен сумарну групу на категорії, що відображують або сукупність специфічних хвороб, або класифікацію хвороб і станів за якоюсь суттєвою ознакою (віссю), такою, наприклад, як анатомічна локалізація. Тризначні категорії не нумеруються послідовно: за необхідності коди виключаються з послідовного розміщення для збереження сумарного характеру перших двох знаків. До класифікації не можна вводити додаткові тризначні категорії, за винятком випадків, коли перелік переглядається за міжнародною згодою. За четвертим знаком у класифікації можна ретельніше вивчити причини захворювань і втрати працездатності.

Зроблено зусилля, щоб навести більшість діагностичних термінів зі стандартних чи офіційних номенклатур, а також терміни, що широко використовуються в різних країнах; у збірному значенні вони називаються «включними» термінами. Там, де є якийсь суттєвий ризик неправильної класифікації стану, перехресне посилання на відповідні категорії досягається шляхом термінів, «що виключають». Останні два коди у чотиризначній рубриці (.8 та .9) дуже часто мають на

РОЗДІЛ 6

увазі «інші» та «неуточнені» відповідно. Аббревіатура «БПУ» супроводжує багато термінів, що включають; вона означає «без подальших уточнень» і практично є еквівалентною термінам «неуточнений» та «невизначений».

Загалом структура МКХ-10 мало відрізняється від МКХ-9, хоча має багато додаткових деталей.

Адаптація МКХ для використання у стоматології (МКХ-С)

Як і МКХ-10, МКХ-С має табличний розділ і повний алфавітний покажчик. Вільне використання термінів, що включають і виключають, у табличному переліку націлено на надання максимальної допомоги користувачеві щоб знайти правильну категорію для будь-якого стану, що діагностується.

Система кодування в МКХ-С

Кожна головна кодова рубрика в МКХ-С — це тризначна рубрика МКХ. Назви всіх кодів, а також їхніх груп і головних розділів залишаються такими, як у МКХ-10.

Однак багато категорій МКХ-С ґрунтується на п'ятизначних кодах, пов'язаних із три- чи чотиризначними кодами МКХ: перші три чи чотири знаки будь-якого коду МКХ-С повністю відповідають системі МКХ-10; у тому разі, коли використовується п'ятий знак, він належить виключно МКХ-С. Якщо п'ятизначний код МКХ-С належить до тризначної категорії МКХ-10, що не має четвертого знака, як «пустий» четвертий знак у МКХ-С використовується знак «Х». У кількох випадках четвертий знак, що є в МКХ-10, не стосується МКХ-С; у цьому разі його замінено «порожнім» четвертим знаком «V». П'ятий знак ідентифікує подальший підрозділ категорій МКХ у МКХ-С; у тому разі, коли МКХ-С ідентифікує ту чи ту повну категорію МКХ без подальшого її підрозділу, за п'ятий знак використовується «порожній» знак «Х». Наведена система кодування в узагальненому вигляді може мати такий вигляд:

Знак	
1 A—Z	тризначна категорія МКХ-10
2 0—9	
3 0—9	
4 0—9	четвертий знак МКХ-10
X	четвертий знак МКХ-10 не існує
V	четвертий знак МКХ-10 існує, але не використовується в МКХ-С
5 0—9	п'ятий знак МКХ-С
X	п'ятий знак МКХ-С не існує

Використання коду «V» дає змогу узагальнювати прояви широкого спектра хвороб порожнини рота. Для уникнення дублювання ці дані не рекомендується включати до національної статистики. Термін «прояви у порожнині рота» використовується якнайширше і стосується як станів, що їх можна виявити під час клінічного огляду, наприклад, прояви оперізувального лишая, з іншими ускладненнями в порожнині рота (B02.8X), так і станів, які не завжди чітко проявляються, наприклад, ознаки в порожнині рота синдрому Олбрайта (Q78.1X), що уражує щелепи.

МКХ-10 охоплює весь спектр проблем, що розв'язуються спеціалістами в галузі стоматологічного здоров'я.

Запровадження й адекватне використання МКХ-10 в різних сферах стоматології передбачає суттєву корекцію традиційної системи перед- і особливо післядипломної підготовки спеціалістів, особливо її матеріально-методичного забезпечення.

Для використання МКХ-С необхідно розробити послідовні роз'яснювальні системи для характеристики різних патологічних станів, що виникають унаслідок ушкоджень щелепно-лицевої ділянки.

Для розв'язання цієї проблеми необхідно спочатку зробити вибірку рубрик МКХ-С, які відображують патологічні процеси, що своєю чергою характеризуються конкретними клінічними станами.

Перелік рубрик МКХ-С для оцінювання ушкоджень щелепно-лицевої ділянки наведено нижче.

КЛАС XIII. ХВОРОБИ КІСТКОВО-М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ ТА СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

АРТРОПАТІЇ

Інфекційні артропатії

• M00 Піогенний артрит

M00.VX Скренево-нижньощелепного суглоба

• M02 Реактивні артропатії

M02.3 Хвороба Рейтера

M02.3X Скренево-нижньощелепного суглоба

Запальні артропатії

• M05 Серопозитивний ревматоїдний артрит

Виключено: синдром Фелті

M05.VX Скренево-нижньощелепного суглоба

• M06 Інші ревматоїдні артрити

M06.VX Скренево-нижньощелепного суглоба

• M09 Юнацький [ювенільний] артрит

Виключено: хвороба Стілла

M08.VX Скренево-нижньощелепного суглоба

• M12 Інші специфічні артропатії

M12.2 Ворсинчасто-вузликотий [віллонодулярний] синовіт (пігментний)

M12.2X Скренево-нижньощелепного суглоба

MEDLIT
медична література

КУПИТИ