

**Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця**

ЗАТВЕРДЖЕНО

Навчальний предмет

на засіданні кафедри
хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
“31” серпня 2022 р.
протокол № 1

**Хірургічна стоматологія та
щелепно-лицева хірургія.**

завідувач кафедрою

професор  **В.О.Маланчук**

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

**ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ ЗІ СТУДЕНТАМИ
IV КУРСУ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ**

Склали: доц. Єфисько В.М.

Тема №7: Предмет і завдання військової стоматології. Організація хірургічної допомоги щелепно-лицевим пораненим у мирних, екстремальних умовах, у період військових дій. Воєнно-медична доктрина. Основні принципи організації, об'єм і зміст допомоги пораненим у ЩЛД. Травматична хвороба: патогенез, особливості при пошкодженнях ЩЛД.

Кількість годин – 4,7 годин.

2. Результати навчання:

Фахові компетентності

2.1.1. Студент повинен

- володіти навичками організації надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим на етапах медичної евакуації;
- володіти навичками медичного сортування щелепно-лицевих поранених;
- засвоїти навички надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим на етапах медичної евакуації;

- володіти методикою формування професійних вмінь.
- володіти принципами та навичками надання першої допомоги при поєднаних пошкодженнях та травматичному шоці та травматичній хворобі.

2.1.2. Студент повинен

- зібрати медичну інформацію про стан пацієнта.
- оцінити результати лабораторних та інструментальних досліджень .
- діагностувати невідкладний стан.

2.1.3. Студент повинен

- визначити тактику та надати екстренну медичну допомогу;
- володіти веденням медичної документації.

2.2. Загальні компетентності:

- здатність до клінічного мислення;
- знання та розуміння предметної області та професійної діяльності;
- здатність швидко приймати обгрунтовані рішення при наданні невідкладної допомоги;
- здатність застосовувати і оцінити якість проведення операції видалення зуба;

3. Методи навчання

- розповідь, пояснення, навчальна дискусія;
- ілюстрування, демонстрація, індивідуальне спостереження;
- індивідуальне опитування;
- вирішення типових ситуаційних задач;
- вирішення нетипових ситуаційних задач;
- професійний практичний тренінг;
- груповий метод по вирішенню завдання (робота в малих групах);

4. Методи контролю

Експрес опитування, бесіда, частково прицільне опитування.

Індивідуальне опитування.

Індивідуальні письмові завдання.

Тестування.

Рішення типових та нетипових задач.

Індивідуальний контроль навичок та їх результатів.

5. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	знати	вміти
1	2	3
Медицина катастроф	Об'єм медичної допомоги, що надається на кожному етапі евакуації.	Організувати надання першої медичної, долікарської та першої лікарської допомоги пораненим.

Топографічна анатомія та оперативна хірургія	Топографію органів щелепно-лицевої ділянки.	Зобразити схематично методику оперативного втручання при наданні допомоги щелепно-лицевим пораненим. Демонструвати навички з накладання різних видів швів при наданні допомоги пораненим з травматичними ушкодженнями щелепно-лицевої локалізації
Хірургічні хвороби	Принципи надання першої медичної допомоги. Обсяг та порядок надання медичної допомоги пораненим з комбінованими пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки	Описувати історію хвороби пораненого з травматичними ушкодженнями щелепно-лицевої локалізації. Демонструвати навички з проведення первинної хірургічної обробки ран щелепно-лицевої ділянки та шиї. Визначати стан, у якому перебуває поранений з травматичним ушкодженням щелепно-лицевої ділянки (травматичний шок, геморагічний шок та ін.). Визначити характер вогнепального поранення, оглянути та обстежити пораненого, визначити чергу та порядок надання медичної допомоги.
Фармакологія	Основні групи фармакологічних препаратів, які застосовують при невогнепальних переломах верхньої щелепи.	Вміти охарактеризувати механізм дії препаратів. Вміти призначати та розраховувати дози основних медичних препаратів, що застосовуються
Спеціальна військова підготовка	Принципи організації надання медичної допомоги пораненим на етапах медичної евакуації	Оформлювати первинну медичну картку пораненого та хворого

6. Література

а) навчальна основна та додаткова література:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2 т. – Т.1 / В.О.Маланчук, О.С.Воловар, І.Ю.Гарляускayте та ін..- К.: ЛОГОС, 2011. – 672 с.
2. Основи стоматології: підручник /В.О.Маланчук, А.В.Борисенко, Л.В.Харьков та ін.; за ред. В.О.Маланчука. – К.: Медицина, 2009. – 592 с.
3. Бернадский Ю.Й. Основы хирургической стоматологии и челюстно лицевой хирургии. – Минск: Белкнига, 1998.
4. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. – М.: Медицина, 1990.
5. Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 101-105.
6. Організація медичного забезпечення військ: Підруч. Для студ. Вищ. Мед. закл. Освіти України III-IV рівнів акредитації / за редакцією професора Паська В.В. – К.: «МП Леся», 2005. – С. 54-75, 123-140. 4.
7. Стоматологія надзвичайних ситуацій з курсом військової стоматології: [підруч. Для студентів ВМНЗ III-IV рівнів акредитації] / Г.П.Рузін, В.П.Голік, О.В.Рибалов, С.Г.Демяник. – Харків: Торнадо, 2006. – С.8-60, 62-80.
8. Стоматологія надзвичайних ситуацій з курсом військової стоматології: [підруч. для студентів ВМНЗ III-IV рівнів акредитації] / Г. П. Рузін, В. П. Голік, О. В. Рибалов, С. Г. Демяник. — Харків : Торнадо, 2006. — 264 с.

б) методична:

1. Методические разработки по практическому курсу хирургической стоматологии /Под ред. Проф.Ю.И.Бернадского, ч.1.-Киев,1979.
2. Філоненко М.М. Методика викладання у вищій медичній школі на засадах компетентнісного підходу. /Методичні рекомендації для викладачів та здобувачів наукового ступеню доктора філософії (PhD) ВМ(Ф)НЗ України. - Київ, 2016. - 88 с.
3. Методичні рекомендації для підготовки до складання ліцензійних інтегрованого іспитів "Крок1", "Крок2", "Крок3" / Б. С. Зіменковський, М. Р. Гжегоцький, І. І. Солонинко, Р. З. Огоновський, Р. Б. Лесик, Ю. Я. Кривко, Б. В. Дибас. - Львів: Друкарня ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2013. - 96 с.
4. Збірник тестових завдань для складання ліцензійного іспиту «Крок – 2 Стоматологія» // МОЗ України. Департамент кадрової політики, освіти і науки МОЗ України. Центр тестування при МОЗ України, 2011 - 28 с. (співавтори Гайдук Р. В., Федько В. В., Назаревич М. Р.) - 36 с.

7. Підготовчий етап (тривалість 30 хв.)

Актуальність теми: Військова стоматологія – це розділ військової медицини, завданням якого є організація та надання всіх видів стоматологічної допомоги особовому складу Збройних Сил України в умовах мирного та військового часу. Знання особливостей вогнепальних та невогнепальних поранень, захворювань тканин та органів щелепно-лицевої ділянки, організації медичної допомоги, профілактики ускладнень та лікування поранених в умовах екстремальних ситуацій та військового часу – прямий обов'язок лікаря-стоматолога. Знання принципів медичного сортування, об'єму медичної допомоги на етапах медичної евакуації поранених дозволить лікарю-стоматологу раціонально організувати надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим.

Сукупність патологічних та адаптивних процесів, викликаних важкою травмою проявляється складним симптомокомплексом, який називається травматичною хворобою. Вказані процеси супроводжують будь-яку травму, в тому числі і щелепно-лицевої ділянки, що призводить до порушення анатомічної цілісності тканин й супроводжується порушенням функції, місцевою та загальною реакцією організму. Це фазовий патологічний процес, що поступово розвивається при тяжких ушкодженнях, в основі якого лежать порушення гомеостазу, загальних та місцевих адаптаційних процесів, а клінічні прояви залежать від характеру, кількості та локалізації. Тому, фахівці стоматологічного профілю повинні володіти основними принципами діагностики та лікування травматичної хвороби, поєднаних ушкоджень.

Контрольні теоретичні питання

1. Організаційна структура медичної служби Збройних Сил України;
2. Структура етапів медичної евакуації.
3. Оснащення етапів медичної евакуації.
4. Завдання стоматології екстремальних ситуацій.
5. Види медичної допомоги.
6. Сили медичної служби Збройних сил України відповідно до видів медичної допомоги.
7. Засоби медичної служби Збройних сил України відповідно до видів медичної допомоги.
8. Травматична хвороба, класифікація, її періоди, діагностика.
9. Клінічні прояви травматичної хвороби, особливості при пошкодженнях ЩЛД.
10. Комплексна терапія травматичної хвороби, профілактика ускладнень.
11. Травматичний шок, його стадії, клініка, діагностика.
12. Алгоритм надання невідкладної медичної допомоги при травматичному шоку, лікування на етапах медичної евакуації.
13. Догоспітальна та госпітальна допомога хворим з травматичним шоком.

14. Профілактика травматичного шоку.
15. Комплексний вплив травми на організм.
16. Профілактика ускладнень при поєднаних пошкодженнях ЩЛД та травматичній хворобі.

8. Основний етап (тривалість 90 хв.)

Розгорнутий текст змісту теми:

На озброєнні Збройних Сил держави повинні бути не тільки передові технології та нові види зброї, але й здоровий боєздатний контингент особового складу. Стан здоров'я військовослужбовців забезпечується продуманою системою лікувально-профілактичних заходів у військах у мирний час та лікувально-евакуаційного забезпечення на період бойових дій.

Військова стоматологія – галузь медицини, яка розробляє і впроваджує в практику форми і методи організації надання усіх видів стоматологічної допомоги військовослужбовцям в специфічних умовах життя і бойової діяльності військ. Одним з провідних розділів військової стоматології є військова щелепно-лицева хірургія, яка в свою чергу є одним із основних розділів загальної військово-польової хірургії.

У військовій стоматології можна чітко простежити виникнення та поступове становлення двох самостійних напрямків, які в теперішній час злились воедино. Перший з них пов'язаний з організацією лікування щелепно-лицевих поранених, другий – з організацією лікування стоматологічних захворювань у військовослужбовців.

В умовах ракетно-ядерної війни травматичні пошкодження щелепно-лицевої ділянки мають свої особливості перебігу, тому, що зростає тяжкість бойової хірургічної травми в зв'язку з озброєнням армій новими видами вогнепального, в тому числі високоточного, озброєння мінно-вибухової дії, запалюючими засобами і особливо ядерними боєприпасами.

При організації хірургічної допомоги в сучасній ракетно-ядерній війні з багатофакторними ураженнями виникає ряд нових проблем. Необхідно правильно поєднувати принципи спеціалізації хірургічної допомоги і комплектування лікувальних закладів кадрами лікарів, адже характер бойової травми (комбіновані ураження) примушує об'єднувати різні види спеціалізованої допомоги в стінах одного лікувального закладу.

Під час Другої світової війни, не зважаючи на велику кількість поранених з важкими щелепно-лицевими ушкодженнями, ефективність їх лікування перевершила всі минулі війни. Це відбулося завдяки тому, що лікування поранених проводилося на основі *єдиної воєнно-медичної доктрини*, яка затверджувала наступні принципи:

1. Усі вогнепальні поранення є первинно бактеріально-забрудненими.
2. Єдиним надійним методом попередження розвитку інфекції є рання хірургічна обробка ран, яку слід проводити якомога швидше.
3. Ранньої хірургічної обробки ран потребує найбільша частина поранених.
4. Прогноз лікування і наслідків поранення є найкращим, якщо проведена рання хірургічна обробка рани.
5. Обсяг медичної допомоги, вибір лікувальних заходів і порядок евакуації залежить не тільки від суто хірургічних показань, але, головним чином, від бойової та медичної обстановки.

Під *медичною обстановкою* мається на увазі кількість поранених, що потрапляють на даний етап, та їх стан, кількість хірургів, наявність транспортних засобів та їх вид, медичне оснащення тощо.

Однак слід зазначити, що принципи та методи лікування щелепно-лицевих поранених не залишались під час всієї війни незмінними.

Під час війни вони вдосконалювались та змінювались, але завжди ці зміни відбувалися після попереднього обговорення на засіданнях та конференціях і випробовувалися в спеціалізованих медичних закладах.

Стали підлягати перегляду питання щодо проведення пластичних операцій на м'яких тканинах (пластика місцевими тканинами та філатовським стеблом), про значення первинного шва та пластинчатих швів. Були розширені показання для пластичних операцій у більш ранні терміни після поранення. Також було переглянуто і питання про кісткову пластику при дефектах щелеп та несправжніх суглобах нижньої щелепи.

У Велику Вітчизняну війну профільна медична допомога щелепно-лицевим пораненим була наближена до лінії фронту. Навіть на передових етапах – медична допомога в районі полку надавалася з врахуванням особливостей даної групи поранених (тамування спраги, накладення марлевих та стандартних пов'язок тощо).

Вперше була здійснена евакуація щелепно-лицевих поранених за призначенням. Починаючи з армійських СВПХШ, в яких працювали кваліфіковані лікарі стоматологи, та закінчуючи спеціалізованими лікувальними закладами глибокого тилу, пораненим в обличчя та щелепи надавалася послідовна спеціалізована допомоги.

Після закінчення Другої світової війни питання щелепно-лицевої травматології розробляються і далі. Хірурги-стоматологи розробляють нові, більш досконалі способи репозиції і фіксації уламків щелеп, методи обробки ран в умовах ураження радіоактивними речовинами тощо. Особливо великі заслуги з цього питання колективів наукових працівників під керівництвом Г.А.Васильєва, В.С.Дмитрієвої, О.І.Євдокимова, Я.М.Збаржа, О.О.Лімберга,

Є.С.Малевича, М.М.Міхельсона, М.В.Мухіна, А.І.Рибакова, Ф.М.Хітрова, Ю.І.Бернадського та інших.

Значним вкладом в розвиток травматології та відновлювальної хірургії в післявоєнний час стали дослідження, що присвячені лікуванню щелепно-лицевих пошкоджень у поєднанні з радіаційними ураженнями (П.О. Григораш, В.С. Дмитрієва, О.Т. Руденко, А.І. Рибаков, В.В.Фіалковський та інші).

Поштовхом до подальшого розвитку щелепно-лицевої травматології стало запропонування нових хірургічних методів фіксації уламків щелеп, а також удосконалення внутрішньоротових дротяних та пластмасових шин.

Залишається актуальною проблема лікування потерпілих з опіками обличчя та їх наслідками, а також з комбінованими ураженнями.

При комбінованих радіаційних ураженнях відзначаються своєрідні особливості перебігу як променевої хвороби, так і раневого процесу. Розвиток анестезіології та реаніматології відкрив нові можливості в боротьбі з травматичним шоком і розширив межі хірургічного лікування уражених в щелепно-лицеву ділянку.

За останні роки з'явилися нові види вогнепальної зброї. Так, у В'єтнамі американці з 1965 року почали застосовувати для ураження живої сили так звані шарові (кулькові) бомби, кулі типу - Ремінгтон (калібру 5,56 мм), зброю типу системи - Жироджет з реактивними кулями, зброю типу - Спью під патрон із стрілоподібними кулями, кулі типу TNV.

При вибуху кулькової бомби із різних місць сферичного корпусу вилітає 300 крицевих кульок (діаметр 5,56 мм, вага 0,7 г), бомба має велику вражаючу силу і обумовлює множинні поранення. Поранення дуже небезпечні для життя і є складними для лікування.

Кулі калібру 5,56 мм відзначаються тією особливістю, що при потраплянні в тканину вони перекидаються і рухаються в поперечному напрямку, викликаючи в глибині та в ділянці вихідного отвору велике руйнування тканин. Є також артилерійські снаряди, кожен з яких начинений невеликими стрілами (довжина 3-4 см, товщина 0,1-0,2 см) в кількості до 10 тисяч.

Вищевказані та інші нові види звичайної зброї характеризуються тим, що їх пошкоджуючі снаряди менші за діаметром та легші за вагою у зрівнянні з минулими, але вони володіють колосальною початковою швидкістю від 700 до 1500 м/с. Цим і пояснюється виникнення ранових каналів, часто з химерними напрямками та значними ушкодженнями тканин та органів.

Ці фактори неминуче нададуть ще більший вплив на способи ведення бойових дій, характер війни в цілому, структуру та масштаби бойових втрат.

В зв'язку з цим принципи організації допомоги пораненим в сучасних умовах війни повинні змінитися.

Застосування ракетно-ядерної зброї супроводжується виникненням за дуже короткі відрізки часу масових санітарних втрат у воєнному та фронтовому районах в кількості, яка значно перевищує ту, що мала місце в період Великої Вітчизняної війни.

За цих умов зміниться також структура та характер бойових уражень: на передньому плані будуть опіки, травми та комбіновані ураження (переважно радіаційні), збільшиться питома вага важкопоранених (шок, синдром довготривалого розтрощення, променеві ураження). Вогнепальні поранення при цьому втрачають своє домінуюче значення.

При масовому надходженні уражених виникає необхідність в маневрі силами та засобами медичної служби, в евакуаційному маневрі, який має своєю метою розосередження постраждалих між декількома етапами, яке проводиться на основі ретельного сортування.

Перевантаження найближчих до фронту (осередку ураження) етапів, на яких надається перша лікарська допомога, нерідко веде за собою скорочення показань до втручання (скорочення обсягу медичної допомоги). В даних випадках доводиться обмежуватися лише заходами, які забезпечують безпосередню загрозу життю або тяжких ускладнень (допомога за життєвими показаннями).

Маневровий характер сучасної війни примусить часто змінювати місце медичних пунктів і польових медичних закладів, що також дуже утруднює хірургічну діяльність і вкрай обмежує можливості ранньої госпіталізації тяжко поранених.

В таких умовах для військової щелепно-лицевої хірургії важливе значення набувають такі методи терапії бойових ушкоджень, що виявляються найсприятливішими при самих тяжких умовах. Чим ефективніші засоби ураження, чим більший потік уражених (в технічному відношенні), тим простішими (в технічному відношенні) повинні бути методи надання допомоги.

Важливим елементом організації хірургічної роботи кожного етапу медичної евакуації є *“конвеєрний” принцип* (О.О.Вишневський), згідно з яким увесь процес надання допомоги кожному потерпілому підрозділяється на кілька частин, виконується різними способами або окремими бригадами (зняття пов'язки чи підготовка операційного поля, хірургічне втручання, накладення шин та пов'язок тощо).

Конвеєрний принцип сприяє підвищенню пропускної можливості операційних та перев'язочних. В умовах ракетно-ядерної війни ідея етапного лікування з евакуацією за призначенням зберігає своє значення, незважаючи на те, що конкретні форми призначення цього принципу можуть значно відрізнятися від прийнятих під час Другої світової війни.

Сучасні положення військово-медичної доктрини в галузі військово-польової хірургії полягають у наступному:

- обсяг медичної допомоги, порядок евакуації та вибір лікувальних заходів залежать не тільки від суто медичних показань, але й, основним чином, від бойових та медичних обставин;
- побудова системи лікувально-евакуаційних заходів проводиться з максимальним зменшенням кількості етапів медичної евакуації;
- об'єктивізація оцінки важкості поранення та стану пораненого введенням критеріїв прогнозу лікування;
- зберігання єдиного підходу до лікування ран;
- надання пріоритетного значення заходам невідкладної медичної допомоги, лікуванню шоку та поповненню крововтрати на усіх етапах медичної евакуації;
- спеціалізація хірургічної допомоги;
- при поєднаних, множинних і комбінованих ураженнях дотримання чіткої організації та послідовності в наданні хірургічної допомоги;
- зростання ролі реаніматологічної та анестезіологічної допомоги при лікуванні поранених на етапах медичної евакуації.

Стоматологічну допомогу у воєнний час організовує Головне Військово-медичне управління Міністерства оборони України через Головного стоматолога Збройних Сил. При військово-медичному управлінні кожного фронту є штатний головний стоматолог фронту, він же заступник головного хірурга фронту. Військово-медична служба України має сили та засоби, котрі дозволяють якісно і своєчасно надавати медичну допомогу пораненим у щелепнолицеву ділянку на полі бою та на етапах медичної евакуації.

Допомога, пораненим у щелепно-лицеву ділянку, що надається на полі бою в осередку масових санітарних втрат називається *першою медичною допомогою*. Вона надається у вигляді само- та взаємодопомоги стрільцями-санітарами та санітарними інструкторами, а також особовим складом підрозділів, які проводять рятувальні роботи. Треба відмітити, що самодопомога серед поранених у щелепно-лицеву ділянку надається дуже рідко через складність визначення локалізації та розміру ушкодження і неспроможності накладання пов'язки на обличчя самим потерпілим. Для само-

та взаємодопомоги усі військовослужбовці забезпечуються індивідуальними засобами профілактики та надання медичної допомоги. До них належать:

- пакет перев'язочний індивідуальний (ППП);
- індивідуальний протихімічний пакет (ПІП);
- аптечка індивідуальна (АІ);
- таблетки для знезараження води (пантоцид, аквасепт).

Стрільці-санітари та санінструктори для розшуку та виносу поранених, надання першої медичної допомоги мають спеціальне оснащення:

- сумка санітарна;
- сумка медична військова;
- лямка медична носильна та спеціальна.

Долікарська (фельдшерська) допомога надається фельдшером батальйону в безпосередній близькості від місця поранення, на *медичному пункті батальйону (МПБ)*. Вона доповнює першу медичну допомогу. Проте можливості фельдшера по наданню допомоги, у тому числі і елементів стоматологічної допомоги, значно ширші. Для надання фельдшерської допомоги застосовується табельне оснащення медичного пункту батальйону, а також медичне оснащення особового складу. До комплектно-табельного оснащення МПБ належить:

- комплект ПФ - польовий фельдшерський;
- комплект Б-1 - перев'язочні засоби стерильні;
- комплект Б-2 – шини (дротяні – 10, Дітерікса – 1);
- СМВ (сумки медичні військові);
- СС (сумки санітарів);
- аптечка військова (АВ),

а також лікарсько-медичні засоби, прилади (апарат штучної вентиляції легенів портативний, кисневий інгалятор КІ-4, шини підборідні з головними пов'язками до них, шолом для поранених у голову, накидка медична на 10 осіб, та ін.). Слід підкреслити, що медичний пункт батальйону в обороні, коли він працює на місці, виконує функції етапу медичної евакуації.

Наступний етап медичної евакуації, де надається стоматологічна допомога, це *медична рота бригади (МедР)*. В медичній роті (МедР) надається *перша лікарська та кваліфікована допомога*. У складі МедР крім лікарів загально-хірургічного та терапевтичного профілю є лікар-стоматолог. Головне завдання стоматолога МедР – надання стоматологічної допомоги особовому складу полку. В період бойових дій стоматолог працює в складі операційно-перев'язочного взводу у операційному наметі або в складі сортувально-евакуаційного відділення у перев'язувальному наметі для легкопоранених, надає разом з лікарями загально-хірургічного профілю першу лікарську та

кваліфіковану медичну допомогу, у тому числі і стоматологічну. На оснащенні стоматолог МедР має комплект —3ВІ (зуболікарський кабінет), куди входить комбінована бормашина, розкладне зуболікарське крісло, повний набір стоматологічного інструментарію, необхідні пломбувальні матеріали, медикаменти для надання змішаного – терапевтичного та хірургічного прийому. При МедР є електростанція, що дає можливість використовувати комбіновану бормашину як електричну. Комплект розрахований на 1 стоматолога, по майну – на 1 місяць роботи (250 відвідувачів). Вага – 48 кг. На МПП можуть залишатися хворі та поранені для лікування із строком видужання 3-5 діб.

Наступним етапом медичної евакуації є *лікувальні заклади шпитальної бази фронту (ШБ)*. На цьому етапі надається кваліфікована та спеціалізована медична допомога, проводиться подальше лікування щелепно-лицевих поранених на рівні сучасних досягнень щелепно-лицевої хірургії та травматології.

Спеціалізовану медичну допомогу особам з ушкодженнями та пораненнями щелепнолицевої області надають в щелепно-лицевих відділеннях спеціалізованих шпиталів для поранених в голову, шию та хребет, в шпиталях для лікування легкопоранених (ВПШЛП), а також у стоматологічних відділеннях інших шпиталів бази фронту, в яких поранені з ушкодженнями щелепно-лицевої ділянки знаходяться на лікуванні з приводу основного, більш суттєвого поранення (ВПОШ, ВПХШ, СВПНхШ). Значна роль відводиться стоматологічному загону фронту. Стоматологічний загін фронту призначений:

- для надання спеціалізованої допомоги щелепно-лицевим пораненим і хворим, які перебувають на лікуванні в шпиталях фронту;
- надання стоматологічної і зубопротезної допомоги особовому складу частин, з'єднань та установ;
- надання консультативної допомоги лікарям-стоматологам медичних підрозділів, частин і лікувальних закладів.

Стоматологічний загін очолює лікар-стоматолог. Склад загону:

- управління;
- основні підрозділи;
- підрозділи забезпечення.

Основні підрозділи в свою чергу мають також три підрозділи:

- стоматологічне відділення - базове (3 лікаря-стоматолога);
- зубопротезне відділення з зубопротезною лабораторією (3 ортопеда, 5 зубних техніків);

-десять пересувних стоматологічних відділень (у кожному 2 лікаря-стоматолога і зубний технік).

Обсяг роботи за 16 годин:

-стоматологічне відділення може санувати до 100 чоловік або надати стоматологічну спеціалізовану допомогу 30-35 пораненим у щелепно-лицеву ділянку;

-зубопротезне відділення з зубопротезною лабораторією може надати зубопротезну допомогу 20 хворим або спеціалізовану медичну допомогу 30 пораненим у щелепно-лицеву ділянку;

-пересувне стоматологічне відділення може надати зуболікарську допомогу 6-7 хворим або спеціалізовану медичну допомогу 20 пораненим і провести профілактичний огляд ротової порожнини 65 чоловікам з наступною санацією ротової порожнини 25 військовослужбовцям.

Пересувні стоматологічні відділення направляються в лікувальні установи передової шпитальної бази для надання допомоги щелепно-лицевим пораненим, санації ротової порожнини військовослужбовцям, хворим та пораненим. Ці відділення можуть направлятися у з'єднання, частини, де немає штатних стоматологів для планової роботи по санації і протезуванню ротової порожнини.

Стоматологічний загін має 1 легковий і 12 вантажних автомобілів, 12 автопричепів, електростанцію на 4 кВт, аптеку з СДП. Загін, звичайно, знаходиться в районі розгорнутої тилової польової бази.

Характеристика комплектів, що є на оснащенні цього етапу медичної евакуації:

1. Комплект ЗП – зубопротезний. Призначений для підготовки (лікування) ротової порожнини та зубів до протезування і установки коронок. Розрахований на 1 лікаря-протезиста, по майну – на 1 місяць роботи (100 поранених і хворих). Маса 41 кг.

2. Комплект ЗТ-1 – зуботехнічний (обладнання). Призначений для обладнання зубопротезного відділення стоматологічного загону і зуботехнічної лабораторії військово-польового спеціалізованого шпиталю. Маса 57 кг.

3. Комплект ЗТ-2 – зуботехнічний (інструменти) і ЗТ-3 зуботехнічний (матеріали). Комплекти призначені для роботи зубопротезного відділення стоматологічного загону і зуботехнічної лабораторії військово-польового спеціалізованого шпиталю. Розраховані на 1 зубного техника та на 1 місце роботи (виготовлення 300 зубів знімного і 120 зубів незнімного протезування). Маса комплекту ЗТ-2 – 50 кг, маса ЗТ-3 – 29 кг.

4. Комплект УЩЛ – укладка щелепно-лицева. Призначений для оснащення лікарястоматолога нейрохірургічної групи загону для надання спеціалізованої

медичної стоматологічної допомоги і щелепно-лицевого відділення військового польового спеціалізованого шпиталю. Маса – 131 кг.

5. Комплект НЩ – набір стоматологічний щелепно-лицевий. Призначений для спеціалізованих хірургічних операцій у щелепно-лицевій ділянці і ротовій порожнині. Розрахований на 1 хірургічну бригаду з двох лікарів. Кількість місць – 2, маса – 12 кг.

Усі перелічені сили та засоби медичної служби, які здійснюють надання стоматологічної допомоги щелепно-лицевим пораненим, при їх раціональному та розумному використанні, дозволяють якісно і своєчасно виконати поставлені завдання. *Медичне сортування* – це розподіл поранених та хворих на групи за ознаками потреби в однорідних лікувально-евакуаційних і профілактичних заходах відповідно до медичних показань, обсягу медичної допомоги і прийнятого порядку евакуації.

Медичне сортування поранених здійснюється лікарями сортувально-евакуаційного відділення (СЕВ) медичної роти бригади. Основна мета медичного сортування в СЕВ – виділення із загального потоку поранених і хворих, які потребують медичної допомоги в МедР, і впершу чергу – невідкладної лікарської та кваліфікованої медичної допомоги та санітарної обробки, а також поранених і хворих, яким кваліфікована медична допомога може бути відстрочена і які в даних умовах підлягають подальшій евакуації в тил без направлення їх в інші функціональні підрозділи МедР.

Медичне сортування поранених в СЕВ медичної роти може бути організоване таким чином: санітарний інструктор-дозиметрист сортувального посту (СП), який обладнується на в'їзді на площадку МедР, зупиняє транспорт з пораненими, оповіщає особовий склад СЕВ, відкриває шлагбаум, пропускає через нього 3-4 автомашини і розміщує їх на заздалегідь відведених місцях.

Потім починається попереднє медичне сортування. Для цієї мети організовується сортувальна бригада у складі 1 лікаря, 1 фельдшера (або 1 медсестра), 1 санітара-реєстратора і 2 санітарів-носіїв. Сортувальна бригада на даних опитування і огляду поранених і хворих, а також результатів дозиметричного контролю направляє:

- тих поранених, які підлягають ізоляції (інфекційні хворі та хворі з підозрою на заразні захворювання, особи з гострими реактивними станами) в ізолятор для інфекційних хворих або в психоізолятор;
- тих поранених, які потребують спеціальної обробки – у відділення спеціальної обробки;
- легкопоранених і хворих, які не потребують спеціальної обробки і не підлягають ізоляції – всортувальну для легкопоранених і хворих;

-тяжкопоранених і поранених середнього ступеню тяжкості (тих, що на ношах), які не підлягають ізоляції і не потребують спеціальної обробки – на сортувальну площадку.

Далі поранені і хворі потрапляють до сортувальних площадок (СПл), які обладнуються на ділянці місцевості перед сортувальними наметами для роботи сортувальних бригад. СПл обладнуються підставками для розміщення поранених на ношах – —рядами Пірогова|| та лавами для легкопоранених. На СПл поранені і хворі вивантажуються із транспортних засобів, розміщуються на ношах рядами і негайно оглядаються лікарем, який здійснює вибіркове сортування – насамперед виявляються особи, які потребують надання невідкладної медичної допомоги. Вони одразу ж направляються у операційну, протишокову палату або у перев'язувальну для тяжкопоранених.

Якщо на МПП надходить багато поранених, то в сортувально-евакуаційному відділенні може бути створено дві бригади, одну з яких очолює лікар, а другу – найбільш досвідчений фельдшер (медсестра).

Поранені в щелепно-лицеву ділянку поділяються на такі групи:

I. Виходячи з потреби у санітарній обробці і необхідності в ізоляції:

1. мають потребу в частковій санітарній обробці;
2. підлягають ізоляції;
3. не мають потреби в санітарній обробці і ізоляції

II. Виходячи з потреби у медичній допомозі, місця і черзі її подання:

1. потребують медичну допомогу у перев'язочній;
2. не мають потреби у медичній допомозі або потребують медичну допомогу, яка може бути надана у приймально-сортувальній. Для поранених і хворих, які підлягають направленню у перев'язочну, призначається черга – впершу чергу, у другу чергу.

III. Поранені і хворі, які не мають потреби у медичній допомозі на МПП, а також ті, що отримали її, розподіляються на слідуючі групи:

1. підлягають евакуації;
2. підлягають поверненню у свої підрозділи.

Для поранених і хворих, що підлягають евакуації, додатково установлюється черга – впершу чи другу чергу, від транспорту – санітарний автомобіль, пристосований автомобіль, санітарний літак, вертоліт і ін., спосіб транспортування (лежачи, сидячи), а при необхідності установлюється і місце у транспортному засобі (верхній, середній, нижній ярус). У процесі медичного сортування, що проводиться на сортувальному майданчику, усіх поранених та хворих ділять на групи:

-до *першої групи* зараховують поранених, що потребують невідкладних заходів першої лікарської допомоги (поранені з кровотечею, асфіксією, шоком та ін.). Їх направляють безпосередньо у перев'язочну.

-до *другої групи* відносять поранених, яким медична допомога може бути надана в приймально-сортувальній (наприклад, травмовані із закритим переломом верхньої щелепи при задовільному загальному стані, які потребують дачу пиття за допомогою поїлки, з надітої на її носик гумової трубки). Після виконання вказаних вище простих заходів ця група поранених підлягає направленню в ОМедБ чи ОМЗ.

-до *третьої групи* належать ті поранені, котрі без надання допомоги на МПП відправляються на наступний етап медичної евакуації (наприклад потерпілий із закритим переломом виличної дуги і кісток носа при відсутності кровотечі).

-до *четвертої групи* відносять легкопоранених, що підлягають поверненню в частини після надання медичної допомоги (наприклад, потерпілий з пораненням м'яких тканин обличчя без вираженої гематоми).

-до *п'ятої групи* відносять тих поранених та хворих, що знаходяться в агонії, чи мають травми несумісні з життям (наприклад, поранення обличчя та шиї з розривом внутрішньої сонної артерії та некомпенсованою крововтратою).

До одягу пораненого чи хворого, який пройшов медичне сортування, прикріплюють сортувальну марку, в якій вказується, до якого функціонального підрозділу треба його направити. Сортувальна марка є основним орієнтиром для санітарів-носільників та медичного персоналу.

Етап медичної евакуації – це сили і засоби медичної служби, розгорнуті на шляхах медичної евакуації для прийому та сортування поранених і хворих, надання їм медичної допомоги, лікування та підготовки за показаннями до подальшої евакуації. Під видом медичної допомоги на етапі медичної евакуації розуміють визначений перелік лікувально-профілактичних заходів, що здійснюються при пораненнях та захворюваннях особовим складом військ та медичної служби на полі бою (катастрофи) та інших етапах медичної евакуації.

Вид медичної допомоги визначається місцем її надання, підготовкою осіб, що надають допомогу і наявністю необхідного оснащення.

Об'єм медичної допомоги – сукупність лікувально-профілактичних заходів, що надаються пораненим і хворим на кожному етапі медичної евакуації відповідно до бойової і медичної обстановки.

У переліку лікувально-профілактичних заходів, визначених для даного виду медичної допомоги, по терміновості виконання відрізняють дві основні групи заходів:

- невідкладні заходи щодо життєвих показань, виконання яких провадиться в будь-яких обставинах;
- заходи, виконання яких може бути відстрочено.

Об'єм та порядок надання допомоги щелепно-лицевим пораненим на етапах медичної евакуації:

На полі бою стрільцями-санітарами та санітарними інструкторами, особовим складом підрозділів, які проводять рятувальні роботи здійснюється перша медична допомога у вигляді само- та взаємодопомоги індивідуальними засобами профілактики та надання медичної допомоги: тимчасова зупинка кровотечі, боротьба з асфіксією та її профілактика, перші протишокові заходи (введення наркотичних анагетиків з АІ), накладання тимчасових пов'язок, одягнення протигазу, вивід та винесення поранених з полю бою.

Треба відмітити, що самопоміа серед поранених у щелепно-лицеву область надається дуже рідко із-за складності визначити локалізацію та розмір пошкодження і неспроможності накладання пов'язки на обличчя самим потерпілим.

На МПБ надається долікарська допомога, яка включає у себе слідуочі заходи щодо лікування та попередження ускладнень щелепно-лицевих травм: боротьба з асфіксією; тимчасова зупинка зовнішньої кровотечі (накладання пов'язки, джгута, затискача на судину); прийом пораненим антибіотиків (з метою профілактики раневої інфекції); прийом пораненим протиблювотних засобів (по показанням); введення знеболюючих засобів; зігрівання поранених, які знаходяться у шоківому стані, усунення спраги; можливе виконання транспортної іммобілізації за допомогою стандартних шин; контроль пов'язок, що були накладені раніше.

На МПП лікар-стоматолог надає першу лікарську допомогу: протишочова терапія; усунення асфіксії усіх видів; зупинка зовнішньої кровотечі; проведення новокаїнових блокад при переломах щелеп; виконання транспортної іммобілізації за допомогою стандартної шини Ентіна; усунення спраги; введення специфічного анатоксину проти правця при відкритих пошкодженнях ЩЛД (0,5 мл); введення антибіотиків, серцевих та знеболюючих ліків; контроль пов'язок, що були накладені раніше; заповнення первинної медичної картки, підготовка до евакуації.

В ОМедБ або ОМЗ лікарем-стоматологом надається кваліфікована медична допомога щодо попередження і лікування ускладнень при щелепно-лицевій травмі, що передбачає виконання наступних заходів: усунення асфіксії; остаточна зупинка кровотечі; попередження та боротьба з травматичним шоком; хірургічна обробка ран обличчя та щелеп, опіків обличчя; накладання лігатурних пов'язок; харчування поранених; лікування

легкопоранених (строк лікування до 10 діб); підготовка до подальшої евакуації. Впершу чергу надається невідкладна хірургічна допомога – операції по усуненню асфіксії, кровотечі, боротьба з шоком. При переломах щелеп із зміщенням відламків необхідна тимчасова фіксація відламків за допомогою лігатурного зв'язування зубів. Протипоказання до цього виду фіксації: переломи обох щелеп та їх альвеолярних відростків; рухомість опірних зубів; набряк язика; загроза виникнення блювання; евакуація повітряним або морським транспортом.

В спеціалізованих шпиталях для поранених у голову, шию та хребет, в шпиталях для лікування легкопоранених, а також в стоматологічних відділеннях інших шпиталів надається спеціалізована медична допомога щодо попередження та лікування ускладнень при щелепно-лицевій травмі. Допомога передбачає: надання невідкладної допомоги по життєвим показанням пораненим, у яких виникли ускладнення при транспортуванні; профілактика і лікування виниклих ускладнень; проведення нескладних операцій по лікуванню контрактур щелеп, несправжніх суглобів; вичерпну постійною іммобілізацією відламків щелеп; наступне лікування за допомогою ліків, дієти; надання терапевтичної та ортопедичної стоматологічної допомоги.

Поранені у щелепно-лицеву ділянку, що потребують довготривалого лікування, евакуюються в спеціалізовані шпиталі внутрішнього району країни, де виконуються складні оперативні втручання по лікуванню опіків обличчя та вогнепальних пошкоджень щелепнолицевої ділянки, що спрямовані на відновлення не тільки форми, але й функції органів щелепно-лицевої ділянки. Це операції по видаленню сторонніх тіл із важкодоступних ділянок, ангіопластика, ліквідація несправжніх суглобів, стійких контрактур і анкілозів СНЩС, лікування хронічних остеомієлітів щелеп та пластичне усунення деформацій і дефектів обличчя.

Медична документація, що ведеться стоматологом на МПП у військовий час, та порядок її заповнення.

Однією з важливих функцій МПП є ведення документації і впершу чергу заповнення первинних медичних карток (ПМК).

Первинна медична картка є документом персонального медичного обліку, призначеним для забезпечення послідовності в наданні медичної допомоги пораненим та хворим на етапах медичної евакуації. Заповнена медична картка має юридичне значення – вона засвідчує факт поранення (хвороби) і дає право пораненому (хворому) на евакуацію в тил.

Первинні медичні картки заповнюються всім пораненим і хворим, які входять в групу санітарних втрат. Усіх поранених і хворих, які отримали

медичну допомогу в МПП, реєструють у "Книзі обліку поранених", що ведеться в сортувально-евакуаційному відділенні.

В первинній медичній картці відображають:

- загальні дані про пораненого чи хворого;
- діагноз поранення (хвороби);
- дата, час поранення (хвороби);
- час, обсяг та місце надання допомоги;
- способи евакуації.

ПМК заповнюється на усіх підлеглих евакуації поранених та хворих як у МПП, так і в ОМедБ при наданні першої лікарської допомоги. Її заповнюють також у шпиталях на поранених та хворих, які потрапили без первинної картки та підлягають подальшій евакуації в спеціалізовані шпиталі. У випадку лікування пораненого чи хворого у даному шпиталі ПМК не заповнюється, а оформлюється історія хвороби.

Усі записи слід робити чітко чорнилами або простим олівцем (не хімічним). Записи слід робити стисло, щоб залишалось місце для заповнення ПМК на наступних етапах евакуації. Діагноз поранення або захворювання вписується в відповідних вільних рядках. При визначенні діагнозу поранення необхідно вписувати: найменування раничого снаряду, характер поранення, точне позначення анатомічної ділянки.

Спосіб евакуації пораненого або хворого позначають підкресленням відповідного запису на картці (лежачи, сидячи). У випадку, коли слід змінити вид транспортування, попередня позначка закреслюється та підкреслюється потрібна. Зміни або уточнення діагнозу на наступних етапах евакуації вказують у рядку- Уточнений діагноз- вписують найменування лікувального закладу, де було уточнено діагноз.

На зворотній сторінці картки записи здійснюють тільки до етапу, на якому заведена історія хвороби. Наслідок відмічають в таких випадках, коли він наступив до заповнення історії хвороби. Під записами повинні бути вписані звання та прізвища лікарів, що надали медичну допомогу, № військової частини.

ПМК на поранених або хворих, у яких на даному етапі медичної евакуації визначився вихід поранення або захворювання, залишаються на даному етапі евакуації. При цьому на зворотній сторінці ПМК записують один з варіантів: повернення у військову частину, направлення у батальйон видужуючих, звільнення у відпустку, звільнення зовсім. У випадку смерті – вписують слово —помер† та вказують точне місце поховання. На повернених у частину, направлених у батальйон видужуючих та звільнених вказують адресу, куди направлено пораненого.

ПМК на вмерлих на шляху між етапами евакуації передаються у заклад, що прийняв труп.

ПМК на поранених або хворих, госпіталізованих у стаціонар на лікування, прикріплюються до історій хвороби.

ПМК має кольорові відбивні смуги (червону, чорну, жовту та синю), які призначені для сигналізації наступному етапу медичної евакуації про необхідність надання пораненому(хворому) невідкладної допомоги чи термінового виділення із загального потоку.

Червона смуга -сигналізує про необхідність надання термінової (позачергової) допомоги. Її відривають на тому етапі медичної евакуації, на якому надана ця допомога.

Чорна смуга-свідчить про наявність інфекційного чи психічного захворювання, внаслідок якого хворий повинен бути ізольований. Картка з чорною смугою слідує до кінцевого етапу (видужання хворого);

Синя смуга - вказує на необхідність проведення спецзаходів при радіаційному ураженні, дані про радіаційне ураження заносяться в історію хвороби.

Жовта смуга - позначає ураження ОР, котре потребує санітарної обробки.

При заповненні ПМК зберігаються смуги, які позначають медичну допомогу, яку впершу чергу потребує поранений чи хворий на наступному етапі медичної евакуації. Інші смуги відриваються. Після надання відповідної медичної допомоги смуга теж відривається.

При комбінованих пораненнях слід залишати дві або усі смуги в залежності від поранення або захворювання. Наприклад, у разі необхідності термінової хірургічної допомоги інфекційному хворому на його ПМК залишають червону та чорну смугу. Червону смугу відривають на тому етапі, де хірургічна допомога була надана, а чорна смуга залишається.

Одночасно з карткою заповнюється і корінець. Після заповнення ПМК підписує лікар, ставиться печатка частини. Оформлену ПМК прикріплюють до пов'язки або кладуть у ліву кишеню обмундирування пораненого або хворого у евакуаційному конверті, де указують паспортні дані, № жетону, військове звання, діагноз, місце направлення, спеціальні указівки, спосіб евакуації за підписом лікаря. На евакуаційному конверті роблять відмітки про проміжні етапи евакуації.

Корінці відриваються на етапі медичної евакуації та зберігаються для статистичної обробки відомостей та обліку санітарних втрат, складання медичних рапортів.

ПМК на усіх вибухливих (померлих), що не мають історії хвороби, відправляють у Військово-медичний музей в такі терміни після смерті пораненого або хворого:

- з МПП, ОМедБ через дивізійного лікаря не пізніше місяця;
- з ОМЗ, ОМедБ армії через начальника медичного відділу армії, з шпиталів через відповідні евакуаційні пункти один раз у два місяці;
- з шпиталів тилу через місцеві евакуаційні пункти не пізніше чотирьох місяців.

Корінці ПМК у МПП після занесення даних до - Книги обліку поранених або хворих та складання медичних рапортів спалюються.

Травматична хвороба

Травматична хвороба розвивається після травм, які мають виражений вплив на загальний стан організму травмованої людини.

Травматична хвороба – це життя пошкодженого організму від моменту травми до його одужання або загибелі.

Термін травматична хвороба є узагальнюючим, подібним до термінів післяреанімаційна, опікова, вібраційна, кесонна, променева, контузійна хвороба тощо. Клінічна симптоматика та перебіг травматичної хвороби залежить від локалізації, характеру і тяжкості пошкодження. Вона характеризується: наявністю рани чи пошкодження м'яких тканин або кісток, спричинених травмою місцевих і загальних патологічних адаптаційних процесів, зниженням працездатності потерпілого.

Реакція організму на травму зумовлена двома основними факторами: реактивністю (властивість реагувати на негативний етіологічний фактор) та резистентністю (властивість протистояти етіологічному фактору). З віком вони знижуються через шкідливі звички (куріння, вживання алкоголю тощо).

Ушкодження впливає на різні системи організму, при цьому основні ланки патогенезу включають у себе крововтрату (різного обсягу, швидкості), специфічні розлади функцій пошкоджених органів, гіпоксію, токсемію, больовий синдром тощо. У результаті виникає моноабо полісистемна недостатність.

При травмі реакції пошкодження змінюються реакціями захисту – стрес, або загальний адаптаційний синдром у відповідь на травму. Розрізняють дві фази обміну речовин після пошкодження: катаболічна – продовжується перші три-чотири дні після травми, характеризується руйнуванням, втратою білків, що спрямоване на зменшення пошкоджень структур і збереження основних функцій організму; анаболічна фаза – продовжується 1-2 тиж. і більше, для неї є характерним відновлення пошкоджених структур тканин та їхньої функції. Утім, тривалість зазначених фаз може варіювати у великих межах.

Травматичний шок – це спричинений травмою тяжкий стан, який

супроводжується значними порушеннями функцій життєво важливих органів, насамперед кровообігу та дихання. Характеризується двома фазами перебігу: еректильною (напруження, активна реакція організму на травму) та торпідною (виснаження основних функцій життєзабезпечення).

За кілька хвилин після травми в організмі розвиваються нейроендокринні реакції для підтримання ОЦК, функції серцево-судинної та дихальної систем. Метаболічні зміни характеризуються фазністю перебігу і зумовлені адекватністю ендокринних реакцій та співвідношенням анаболічних та катаболічних процесів.

Виділяють неспецифічні та специфічні ознаки травматичної хвороби. До неспецифічних ознак відносять: 1) асептичне або гнійне запалення вогнищ первинного і вторинного пошкодження; 2) прояви загального адаптаційного синдрому (стрес); 3) гарячка, біль, загальне нездужання, фізична та емоційна слабкість, втрата працездатності; 4) наявність періодів перебігу - початковий, розпалу та завершення (одужання або загибель організму).

Специфічні ознаки травматичної хвороби: раптовість початку, відсутність латентного періоду, наявний причинний фактор, наявність морфологічного субстрату – пошкодженого тіла або тканин, виражений больовий синдром, специфічно змінені функції пошкоджених органів і тканин, локальна гіпоксія пошкодженої ділянки та ін.

Клінічні форми травматичної хвороби можуть бути різними, що залежить від низки факторів.

За ступенем тяжкості розрізняють легку, середньої тяжкості, тяжку форми.

За характером перебігу: ускладнена, неускладнена.

За кінцевим результатом перебігу травматичної хвороби: сприятливий результат або несприятливий. Останнє залежить від характеру, тяжкості, локалізації травми, реактивності організму (властивість організму певним чином реагувати на етіологічний фактор), резистентності організму (властивість організму протистояти патологічному впливу), якості лікування постраждалого та ін.

Типовий перебіг травматичної хвороби поділяють на кілька періодів:

1. Гострий період: (травматичний шок триває протягом годин), період нестійкої адаптації (триває до 1 тиж.), період стійкої адаптації (починається через кілька днів (тиждень) після травми).
2. Клінічне одужання постраждалого (триває від кількох діб до тижнів, місяців).
3. Період реабілітації – триває різний час залежно від особливостей пошкодження та інших факторів.

Терміни надання першої медичної допомоги мають вирішальне значення для визначення подальшого перебігу травматичної хвороби. Після отримання травми перша година є «золотою» для надання першої медичної допомоги, критичний час – перші 3 год від поранення, а якщо медична допомога надана пізніше цього часу, то летальність значно зростає.

Загальні принципи лікування травматичної хвороби. Насамперед лікування має бути таким:

1. Починатися як найскоріше (менше летальності та ускладнень).
2. Активним, а спеціалізована медична допомога – побудована на реанімаційних та хірургічних принципах.
3. Комплексним, спрямованим на нормалізацію функцій основних систем організму.
4. Цілеспрямованим і відповідати стадіям травматичної хвороби.
5. Лікування потребує організаційного забезпечення на основних етапах: догоспітальна реанімація; операція і реанімація в спеціалізованому лікувальному центрі; інтенсивна терапія у відділенні спеціалізованого профілю; реабілітаційне лікування в реабілітаційних центрах.

Завершення травматичної хвороби може бути сприятливими (повне або неповне одужання з морфологічними дефектами) або несприятливим (летальний наслідок або перехід у хронічну форму).

Шок (удар) – це спричинений травмою тяжкий стан, який супроводжується порушеннями і недостатністю функцій життєво важливих органів, насамперед гострою недостатністю дихання і (периферійного) кровообігу з ішемією. Клінічно він проявляється такими ознаками: холодна, волога, блідо-ціанотична шкіра, різко уповільнений кровотік, занепокоєння або потьмарена свідомість, диспное, олігурія, тахіпное, зниження АТ.

Етіологія і патогенез. До розвитку больового шоку призводить значне травматичне ушкодження, особливо рефлексогенних зон, до яких належить щелепно-лицева ділянка. Важливу роль у розвитку шоку має крововтрата, пошкодження нервів і тканин рефлексогенних зон, дихальна недостатність, нейрорефлекторні реакції, інтоксикація.

Травматичний шок має 2 основні фази, описані М.І. Пироговим – еректильну і торпідну. Еректильна фаза (фаза напруження) виникає після поранення і триває 15-20 хв. Для неї є характерним: збудженість, крики, підвищена фізична активність постраждалого, намагання щось робити, функції постраждалого напружені. Ця фаза є ознакою наявності компенсаторних можливостей організму травмованого. Після виснаження цих компенсаторних можливостей і функцій у постраждалого розвивається друга, торпідна фаза шоку (фаза гальмування). Організм починає зберігати залишки

своїх енергетичних та інших можливостей для забезпечення діяльності тільки життєво важливих органів і систем. Постраждалі загальмовані, не рухаються і не кричать, а тихо згасають.

Відносна декомпенсація можлива при крововтраті 800-1200 мл, зниженні ОЦК на 20-25 %. Компенсація крововтрати відбувається за рахунок підвищення тону судин венозної системи та артеріол, так звана централізація кровообігу, тобто підтримка нормального АТ у головному мозку та серці, у той час, як в інших органах (печінці, нирках, кишках, периферійних тканинах) відзначають гіпоксію. Гіповолемія компенсується за рахунок гемодилуції (притік рідини в судинне русло із позасудинного простору). При відсутності лікування або крововтраті 1500-2000 мл, тобто зниженні ОЦК до 30-40 %, стан погіршується, настає стадія початкової декомпенсації, що проявляється зниженням АТ, тахікардією, зменшенням сечовиділення, подальшим зблідненням шкіри, ціанозом. При значній гіповолемії спостерігається порушення метаболізму, розвивається інтоксикація.

Початкова декомпенсація виникає в разі відсутності лікування або крововтраті у 1500-2000 мл, тобто зниженні ОЦК на 30-40 %. Клінічно стан хворого погіршується, продовжується зниження АТ, відзначаються тахікардія, зменшення сечовиділення, подальше збліднення шкіри, ціаноз. При значній гіповолемії спостерігається порушення метаболізму, розвивається інтоксикація.

Декомпенсація – зменшення ОЦК більше 50 % (крововтрата понад 2500 мл) спостерігається 63 послаблення тону артеріол, подальше розширення венул та капілярів, сповільнення кровообігу, а потім повний стаз крові. Відбувається так звана секвестрація крові в мікроциркуляторному руслі. Тканинний кровообіг на низькому рівні в результаті агрегації (склеювання) формених елементів, збільшення густини крові, прижиттєвого утворення мікротромбів. Тромбоутворення призводить до фібринолізу і починається посилена кровоточивість, що засвідчує про початок дисемінованого внутрішньосудинного згортання (тромбоутворення). Це ознака незворотності процесу. Клінічні прояви – прогресуюче зниження АТ (сistolічне нижче ніж 60), тахікардія до 150–160, мармуровість шкірних покривів іноді із застійними плямами типу трупних, сечовиділення припиняється. Але інтенсивну терапію необхідно продовжувати, оскільки діагностувати незворотність процесу важко.

При травматичному шоку до описаних синдромів додається патологічна імпульсація з ділянки пошкодження і безпосереднє пошкодження органа, особливо, якщо травмована щелепнолицева ділянка.

Тяжкість травматичного шоку визначають за 4 стадіями:

I стадія – $A/T = 100/90$ мм. рт. ст., $PS = 90-100$.

II стадія – $A/T = 90/80$ мм. рт. ст., $PS = 110-120$.

III стадія – $A/T = 60/70$ мм. рт. ст., $PS = \text{до } 150$.

IV стадія – $A/T < 60-40$ мм. рт. ст., переагонія, пульс прощупується тільки на сонній артерії.

Індекс Шротта характеризує стан травмованого за співвідношенням пульсу і АТ – PS/AT . Якщо це співвідношення менше 1 – стан хворого нормальний, якщо приблизно рівний 1 – стан середньої тяжкості, якщо більше 1 – стан хворого загрозливий.

Індекс Цибіна розраховують за спеціальною формулою і з вірогідністю до 90 % визначають прогноз перебігу травми за тривалістю періоду нестабільної гемодинаміки хворого в годинах: до 12 год – несприятливий прогноз, 12 – 24 год – прогноз сумнівний, більше 24 год – прогноз сприятливий.

Невідкладні дії при лікуванні травматичного шоку спрямовані на усунення порушень кровообігу та дихання, а також супутні розлади.

Заключний етап: (тривалість – 30 хв)

Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття

Тести

1. Яка частота вогнепальних поранень обличчя та щелеп за досвідом Великої Вітчизняної війни:

- A. близько 1%;
- *B. близько 4%;
- C. близько 50%;
- D. близько 60%;
- E. близько 90%.

2. В чому полягає суть військово-медичної доктрини:?

- A. етапне лікування військовослужбовців та диспансерне спостереження;
- B. евакуація поранених в тилі шпиталі країни;
- C. евакуація поранених за межі вогнища ураження;
- *D. система етапного лікування з евакуацією за призначенням;
- E. надання спеціалізованої допомоги постраждалим в військовому районі та повернення їх до строю.

3. Види медичної допомоги у військовий час:

- A. взаємодопомога, перша лікарська допомога, спеціалізована допомога;
- B. перша медична допомога, долікарська допомога, лікарська допомога, кваліфікована медична допомога;

С. фельдшерська допомога, лікарська допомога, кваліфікована медична допомога, реабілітація;

Д. перша медична допомога, лікарська допомога, хірургічна допомога, спеціалізована допомога;

*Е. перша медична допомога, долікарська медична допомога, перша лікарська допомога, кваліфікована медична допомога, спеціалізована медична допомога.

4. Пошкодження, яке одержане під час бійки – це травма:

*А. Побутова.

В. Виробнича.

С. Вулична.

Д. Транспортна.

Е. Спортивна.

5. Який з наведених методів обстеження хворого є клінічним:

А. Сіалографія.

В. Загальний аналіз крові.

*С. Огляд.

Д. Електроенцефалографія.

Е. Електрокардіографія.

6. Як слід кваліфікувати травму, яку одержано під час бійки ?

*А. Побутова.

Б. Вулична.

В. Виробнича.

Д. Транспортна.

Е. Спортивна

7. Як слід кваліфікувати травму, одержану під час тренування ?

А. Побутова.

В. Вулична.

С. Виробнича.

Д. Транспортна.

*Е. Спортивна.

8. Яке додаткове дослідження слід призначити в першу чергу при підозрі на перелом щелепи:

*А. Рентгенографія.

В. Загальний аналіз крові.

С. Електрокардіограма.

Д. Загальний аналіз сечі.

Е. Ультразвукове дослідження.

9. Основою військово-медичної доктрини є:

А. Евакуація ранених в тилі шпиталі країни.

В. Диспансерне спостереження.

*С. Система етапного лікування.

Д. Евакуація поранених за межі осередку ураження.

Е. Надання спеціалізованої допомоги потерпілим у військовому районі і повернення їх в стрій.

10. Назвіть послідовність надання медичної допомоги за етапною системою лікування поранених:

А. Перша медична допомога, лікарська допомога, кваліфікована допомога.

*В. Перша медична допомога, долікарська допомога, лікарська допомога, кваліфікована допомога, спеціалізована допомога.

С. Долікарська допомога, лікарська допомога, спеціалізована допомога.

Д. Долікарська допомога, лікарська допомога, кваліфікована медична допомога, реабілітація.

Е. Перша медична допомога, лікарська допомога, спеціалізована допомога.

11. Якого кольору відривні смужки будуть залишені на первинній медичній карті, якщо у пораненого має місце клініка гострого психозу на тлі ураження бойовими отруйними речовинами?

А. Чорна і синя.

*В. Чорна і жовта.

С. Червона і чорна.

Д. Жовта і червона.

Е. Синя і жовта.

12. Якщо поранення одержане в зоні радіоактивного зараження пов'язку змінюють:

А. БМП.

В. МПП.

С. ОмедБ.

Д. СХППШ.

*Е. На кожному етапі евакуації.

13. Якого кольору смужка залишається в первинній медичній картці при наявності вогнепального поранення на тлі ураження отруйними речовинами?

А. Синя.

В. Червона.

С. Чорна.

Д. Зелена.

*Е. Жовта і червона.

14. Яка частота вогнепальних поранень обличчя та щелеп за досвідом Великої Вітчизняної війни:

- А. близько 1%;
- *В. близько 4%;
- С. близько 50%;
- Д. близько 60%;
- Е. близько 90%.

15. В чому полягає суть військово-медичної доктрини?:

- А. етапне лікування військовослужбовців та диспансерне спостереження; В. евакуація поранених в тиліві шпиталі країни;
- С. евакуація поранених за межі вогнища ураження;
- *Д. система етапного лікування з евакуацією за призначенням;
- Е. надання спеціалізованої допомоги постраждалим в військовому районі та повернення їх до строю.

16. Види медичної допомоги у військовий час:

- А. взаємодопомога, перша лікарська допомога, спеціалізована допомога;
- В. перша медична допомога, долікарська допомога, лікарська допомога, кваліфікована медична допомога;
- С. фельдшерська допомога, лікарська допомога, кваліфікована медична допомога, реабілітація;
- Д. перша медична допомога, лікарська допомога, хірургічна допомога, спеціалізована допомога;
- *Е. перша медична допомога, долікарська медична допомога, перша лікарська допомога, кваліфікована медична допомога, спеціалізована медична допомога.

17. Якому ступеню тяжкості травматичного шоку відповідає стан: постраждалий блідий, свідомість ясна, іноді легка загальмованість, рефлекси знижені. Пульс прискорений, 90-100

ударів за хвилину, артеріальний тиск не нижче 100 мм.рт.ст.?

- А. Легкому
- В. Середньому
- С. Важкому
- Д. Передагональному
- Е. -

18. Який період після отримання важкої травми є “золотим” для надання першої медичної допомоги, має вирішальне значення для визначення подальшого перебігу травматичної хвороби?

- А. Перша доба після отримання травми
- В. Перші 12 годин після отримання травми
- С. Весь період травматичного шоку

Д. Весь період нестійкої адаптації

Е. Перша година після отримання травми

Задачі (типіві, нетипіві, не прогнозовані ситуації)

1. На сортувальний пост медичного пункту полку доставлено пораненого в обличчя, в якого є ураження радіоактивними речовинами. В який функціональний підрозділ медичного пункту полку слід направити потерпілого? Яка позначка має бути на його медичній документації?

(Відповідь: пораненого слід доставити на площадку спеціальної обробки. На медичній документації має бути синя смуга).

2. Пораненого доставлено в окремий медичний батальйон з пораненням язика та тканин дна порожнини рота, профузною кровотечею. Під час первинної хірургічної обробки зупинити кровотечу не вдається. Який вид кінцевої зупинки кровотечі показаний пораненому на цьому етапі, якщо на його медичній картці чорна смуга?

(Відповідь: перев'язка судини на протяжності. Чорна смуга свідчить про наявність

інфекційного або психічного захворювання, тобто пацієнт потребує ізоляції).

3. Пораненому на полі бою на наскрізну рану правої щічної ділянки, забруднену радіоактивними речовинами, накладено пов'язку з індивідуального перев'язочного пакету, застосовано медикаментозну терапію. На якому етапі медичної евакуації буде замінено пов'язку? Яка медикаментозна терапія була проведена пораненому?

(Відповідь: пов'язку пораненому слід міняти на кожному етапі евакуації. На полі бою була проведена анагезуюча та антибактеріальна терапія).

4. У госпіталь доставлено двох поранених з ранами обличчя, один – із зони радіаційного забруднення. Якому з них необхідно провести ПХО рани у першу чергу?

(Відповідь: пораненому з комбінованим механо-радіаційним ураженням)

5. Загальний стан пораненого середнього ступеню важкості, свідомість збережена, шкіра бліда з ціанотичним відтінком, губи синюшні. Дихання утруднене, 29 на хвилину. Є підозра на дислокаційну асфіксію. На якому етапі медичної евакуації пораненого язик буде прошитий шовковою лігатурою?

(Відповідь: на медичному пункті батальйону)

Навчальні завдання для самостійної роботи:

1.Виготовити таблицю: «Організація надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим на етапах медичної евакуації»;

2.Написати реферат за темою: «Травматична хвороба».

Предмет і завдання військової стоматології. Організація хірургічної допомоги щелепно-лицевим пораненим у мирних, екстремальних умовах, у період військових дій. Воєнно-медична доктрина. Основні принципи організації, об'єм і зміст допомоги пораненим у ЩЛД. Травматична хвороба: патогенез, особливості при пошкодженнях ЩЛД.

Оцінювання студентів на практичному занятті

Оцінювання за наступними критеріями:

1. Оцінювання результату вирішення тестових завдань.
2. Оцінювання вирішення ситуаційної задачі.
3. Оцінювання демонстрації практичної навички або вміння.
4. Оцінювання роботи з фантомом.
5. Оцінювання усної відповіді студента.
6. Оцінювання активності студента.

Критерії оцінки «відмінно»

оцінювання роботи з пацієнтами	оцінювання вирішення клінічної ситуаційної задачі	оцінювання вирішення тестових завдань	оцінювання демонстрації практичної навички чи вміння	оцінювання усної відповіді
студент глибоко і досконало методикою обстеження відмінно володіє прийомами визначення захворювань, володіє діагностичними та лікувальними маніпуляціями, вміє скласти план лікування.	точно сформульований та повністю обґрунтований клінічний діагноз у пацієнта, складений план обстеження і (чи) лікування	відсоток правильних відповідей становить 91-100%	студент виконує практичні навички різного ступеня складності (оволодів практичним и навичками, що передбачені програмою)	студент твердо засвоїв матеріал, послідовно, грамотно і його викладає, відповідях пов'язана практикою. справляється з різними видами завдань, вірно обґрунтовує прийняття рішень

Критерії оцінки «добре»

оцінювання роботи з пацієнтами	оцінювання вирішення клінічної ситуаційної задачі	оцінювання вирішення тестових завдань	оцінювання демонстрації практичної навички чи вміння	оцінювання усної відповіді
студент в цілому оволодів обстеження пацієнта, відмінно володіє прийомами визначення симптомів захворювань, володіє діагностичними та лікувальними _ маніпуляціями, але допускає незначні помилки в вище перерахованих процесах	точно сформульований та частково обґрунтований клінічний допущені неточності при складанні плану обстеження і лікування	відсоток правильних відповідей становить 76-90%	студент практичні навички, але допускає незначні неprincipові помилки (відчуває складнощі лише у найтяжчих випадках, помилки, які суттєво не вплинуть на загальний стан пацієнта)	студент твердо засвоїв матеріал, грамотно і по суті відповідає, не допускає суттєвих помилок у відповідях, вірно використовує теоретичні положення при вирішенні практичних завдань

Критерії оцінки «задовільно»

оцінювання роботи з пацієнтами	оцінювання вирішення клінічної ситуаційної задачі	оцінювання вирішення тестових завдань	оцінювання демонстрації практичної навички чи вміння	оцінювання усної відповіді
студент в цілому оволодів метою обстеження пацієнта, але допускає суттєві порушення у послідовності та методиці в інтерпретації дослідження, помиляється при виконанні окремих діагностичних та лікувальних маніпуляцій	виникли труднощі при обґрунтуванні клінічного діагнозу, складанні плану обстеження і лікування пацієнта, виправлені студентом за допомогою викладача	відсоток правильних відповідей становить 51-75%	студент виконання практичних навичок серйозні помилки. труднощі у простих (відповідь неповна, допущені неточності), що може призвести до погіршення загального стану пацієнта)	студент має знання основного матеріалу, але не засвоїв його деталей. допускає помилки, не достатньо правильно формулює, порушує послідовність у викладенні матеріалу

Критерії оцінки «незадовільно»

оцінювання роботи з пацієнтами	оцінювання вирішення клінічної ситуаційної задачі	оцінювання вирішення тестових завдань	оцінювання демонстрації практичної навички вміння	оцінювання усної відповіді
студент не засвоїв практичних навичок або допускає грубі помилки при проведенні фізичного обстеження пацієнта, здійсненні діагностичних та лікувальних маніпуляцій, формулюванні діагнозу, вирішенні	не дано відповіді на завдання задачі	відсоток правильних відповідей становить менше 51%	студент не оволодів програмою (відповідь неправильна, допущені суттєві помилки, вироблені практичні навички не сформовані, що може призвести до порушення	студент не знає частини програмного матеріалу, допускає помилки, невпевнений у відповіді

Критерії оцінки активності студента

відмінно (2 бали)	добре (1,5 бала)	задовільно (1,0)	незадовільно (0)
Проактивний Студент проявляє високу зацікавленість у вивченні предмету, активно генерує ідеї, твердо засвоїв матеріал, активно та впевнено працює з хворими, виконує практичні навички без помилок, активно та швидко справляється з різними видами завдань і тестів, допомагає	Активний Студент проявляє зацікавленість у вивченні предмету, в цілому засвоїв матеріал, працює з хворими, виконує практичні навички майже без помилок, вчасно справляється з різними видами завдань і тестів, вміє працювати в команді.	Малоактивний В цілому засвоїв матеріал, майже не виявляє інтересу у вивченні предмету та оволодінні практичними навичками, мало цікавиться роботою з хворими, проявляє пониженоу активність під час роботи з різними видами завдань і тестів в групі.	Пасивний Студент не проявляє зацікавленість у вивченні предмету, не працює з хворими, виконує практичні навички з помилками, не справляється вчасно з різними видами завдань і тестів, не вміє або не виражає бажання працювати в команді.

товаришам групі.	по			
---------------------	----	--	--	--