

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

ЗАТВЕРДЖЕНО

Навчальний предмет
Хірургічна стоматологія

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

завідувач кафедрою

професор  В.О.Маланчук

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ ВИКЛАДАЧІВ
ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ ЗІ СТУДЕНТАМИ
ІV КУРСУ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

Склав асистент Перерва В.В.

Тема 8: Загальна характеристика, клінічний перебіг, діагностика вогнепальних поранень і пошкоджень м'яких тканин, кісток обличчя в мирний час, в екстремальних умовах, у період військових дій: класифікація, особливості перебігу, діагностика пошкоджень на етапах медичної евакуації. Вплив порушень естетики обличчя на психіку поранених. Пластична хірургія в лікуванні пошкоджень обличчя. Сучасна вогнепальна рана, її лікування.

Кількість годин – 4,7 години

I. 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, екстремальних станів. 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 патогенезу, особливостей клінічного перебігу, принципів діагностики травматичної хвороби у щелепно-лицевих поранених необхідні лікарю-стоматологу для раціональної організації та надання медичної допомоги постраждалим як в військовий, так й в мирний час, особливо в умовах екстремальних ситуацій.

II. Навчальні цілі заняття:

- визначити поняття предмету та завдань військової стоматології ($\alpha - I$);
- мати уявлення про сили та засоби медичної служби для надання стоматологічної хірургічної допомоги пораненим у щелепно-лицеву ділянку ($\alpha - I$);
- закріпити знання положень воєнно-медичної доктрини ($\alpha - II$);
- знати принципи медичного сортування щелепно-лицевих поранених ($\alpha - II$);
- знати етапи медичної евакуації щелепно-лицевих поранених ($\alpha - II$);
- знати об'єм та порядок надання допомоги щелепно-лицевим пораненим на етапах медичної евакуації ($\alpha - II$);
- оволодіти навичками надання допомоги щелепно-лицевим пораненим на етапах медичної евакуації ($\alpha - III$);

- використовувати теоретичні знання питань організації хірургічної стоматологічної допомоги у збройних силах України в мирний, військовий час та в умовах екстремальних станів для здійснення допомоги щелепно-лицевим пораненим та хворим ($\alpha - III$);
 - визначити поняття травматичної хвороби ($\alpha - II$);
 - знати особливості патогенезу травматичної хвороби у щелепно-лицевих поранених ($\alpha - II$);
 - засвоїти особливості клінічного перебігу травматичної хвороби у щелепно-лицевих поранених ($\alpha - II$);
 - оволодіти навичками діагностики травматичної хвороби у щелепно-лицевих поранених ($\alpha - III$);
 - вміти організувати лікування поранених з пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки та травматичною хворобою ($\alpha - III$);
- розвивати творчі здібності в процесі клінічного та теоретичного дослідження проблемних питань травматології щелепно-лицевої ділянки військового часу та в умовах надзвичайних ситуацій ($\alpha - IV$).

III. Цілі розвитку особистості (виховні цілі):

- виховання у студентів сучасного клінічного мислення;
- закріпити поняття медичної деонтології та лікарської етики;
- патріотичне виховання студентів на прикладах історії військової медицини.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

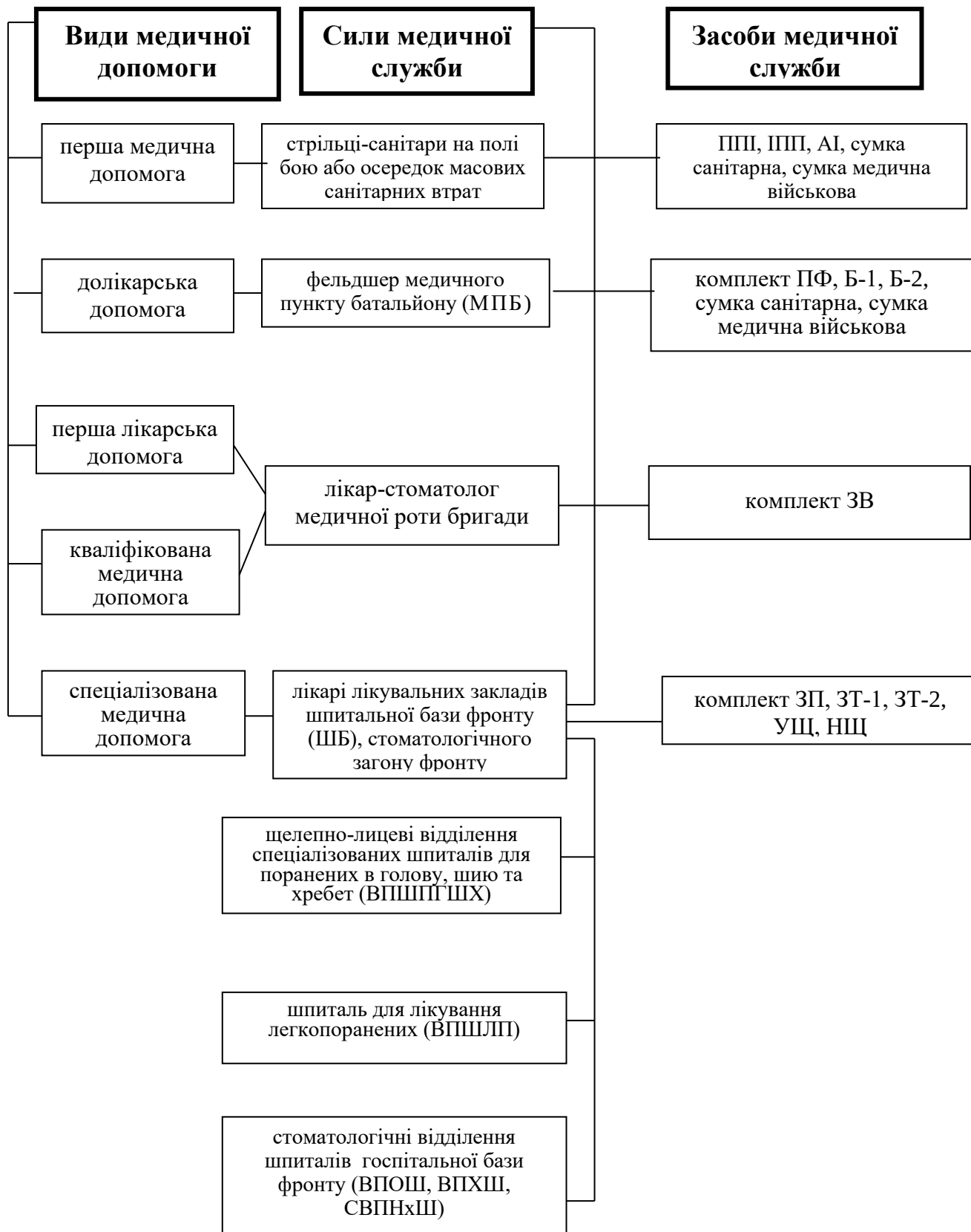
Дисципліни	знати	Вміти
1	2	3
1. Попередні (забезпечуючі) дисципліни Спеціальна військова підготовка	організацію медичної служби Збройних Сил України, положення воєнно-медичної доктрини, структуру та оснащення етапів медичної евакуації поранених та хворих	оформлювати первинну медичну картку пораненого
Медицина катастроф	організацію надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим в структурі цивільної оборони	організувати надання першої медичної, долікарської та першої лікарської допомоги пораненим
2. Внутрішньо-предметна інтеграція (між темами даної дисципліни)	предмет та завдання стоматології екстремальних ситуацій, етапи надання медичної допомоги, обсяг та порядок надання допомоги щелепно-лицевим пораненим на етапах медичної евакуації	організувати надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим на етапах медичної евакуації

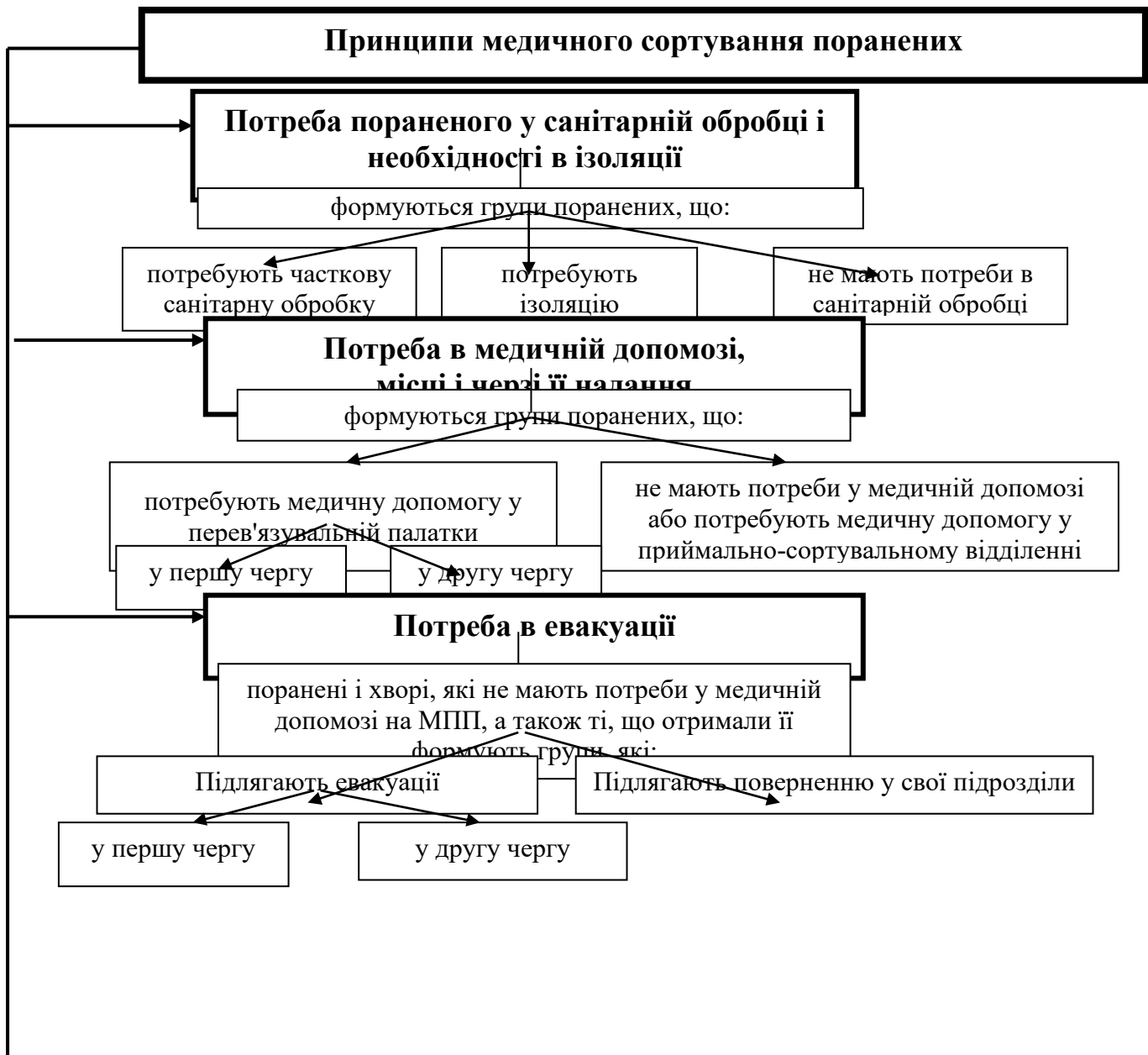
1. Попередні (забезпечуючі) дисципліни Загальна хірургія та військово-польова хірургія	визначення поняття «травматична хвороба», її	обстежити пораненого,
--	--	-----------------------

	стадії, клінічні ознаки та методи діагностики, принципи лікування поранених у стані травматичної хвороби	визначити ступінь тяжкості поранення та стадію розвитку травматичної хвороби, скласти план лікування пораненого
Медицина катастроф	організацію надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим в структурі цивільної оборони	організувати надання першої медичної, долікарської та першої лікарської допомоги пораненим
2. Наступні дисципліни, що забезпечуються вивченням теми Щелепно-лицева хірургія (підготовка фахівця у інтернатурі та клінічній ординатурі)	особливості клініки, діагностики та лікування травматичної хвороби у щелепно-лицевих поранених.	надати медичну допомогу щелепно-лицевому пораненому у стані травматичної хвороби.
3. Внутрішньо-предметна інтеграція (між темами даної дисципліни)	особливості патогенезу, клінічної картини травматичної хвороби у щелепно-лицевих поранених, обсяг та порядок надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим у стані травматичної хвороби	організувати надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим у стані травматичної хвороби на етапах медичної евакуації

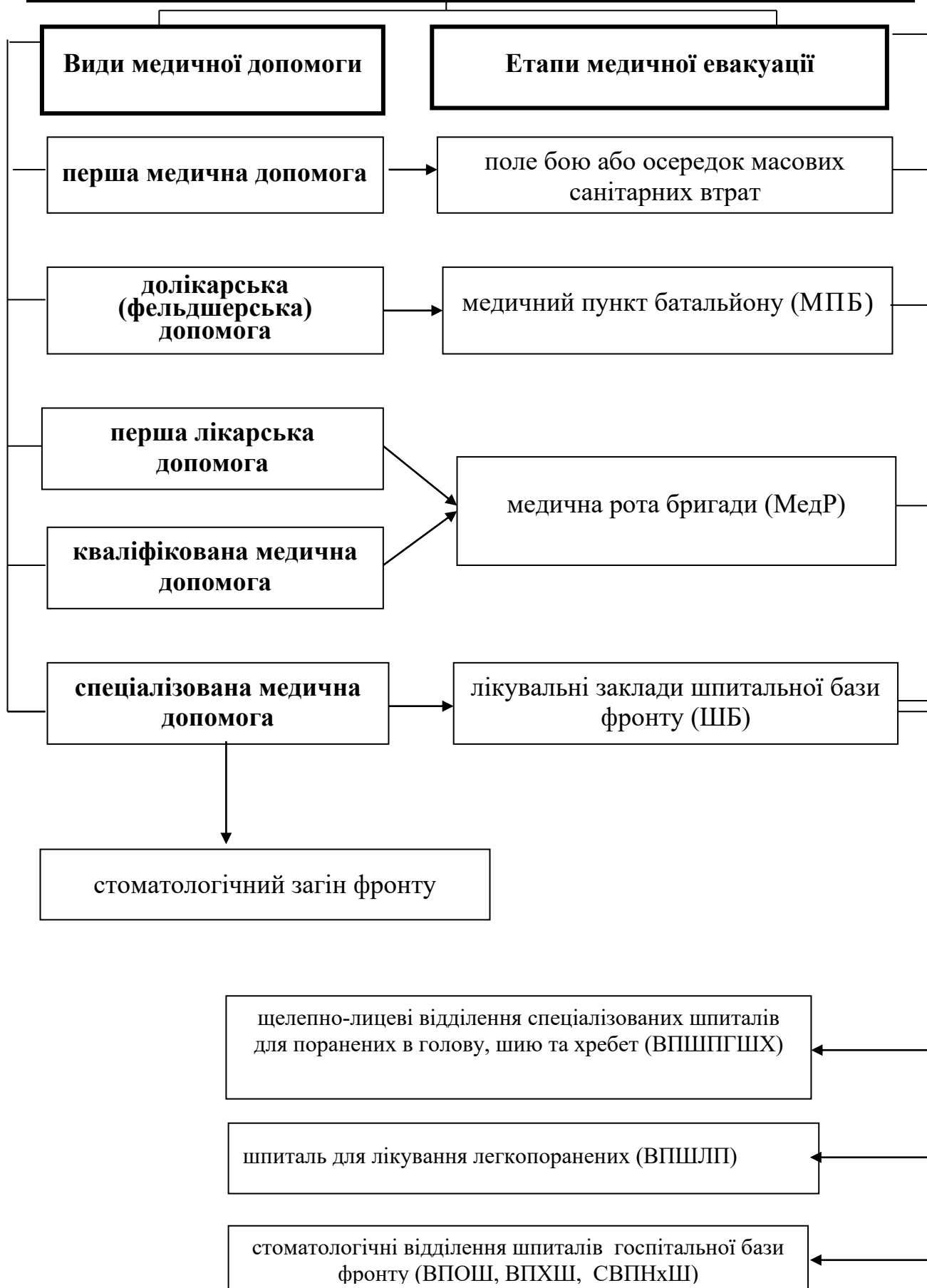
V. Зміст теми заняття:

Графологічна структура теми





Організація надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим на етапах медичної евакуації



Розгорнутий текст змісту теми:

На озброєні 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 всіх 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 дивлячись на велику кількість поранених з важкими щелепно-лицевими пошкодженнями, ефективність їх лікування перевершила всі минулі війни. У цьому велика заслуга належить тому, що лікування поранених проводилося на основі **єдиної воєнно-медичної доктрини**, яка затверджувала слідуючи принципи:

- 1. Всі вогнепальні поранення є первинне бактеріальне-забрудненими.**
- 2. Єдиним надійним методом попередження розвитку інфекції є, як найшвидшою, рання хірургічна обробка.**
- 3. Рання хірургічна обробка потребує більша 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 відзначити, що принципи та методи лікування щелепно-лицевих поранених не залишались під час всієї війни незмінними.

На протязі війни вони вдосконалювались та змінювались, але завжди ці зміни відбувались після попереднього обговорення на засіданнях та конференціях і випробовувались в спеціалізованих медичних закладах.

Стали підлягати перегляду питання про пластичні операції на м'яких тканинах (пластика місцевими тканинами та філатовським стеблом), про значення первинного шва та пластинчатих швів. Були розширені показання для пластичних операцій в більш ранні строки після поранення. В послідовні роки війни 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 (гамування 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 допомога.

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, Е.С.Малевица, 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 післявійськовий час стали дослідження, що присвячені лікуванню щелепно-лицевих пошкоджень в поєднанні з радіаційними ураженнями (П.О. Григоращ, 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.

На особистому місті сьогодні стоїть 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 ранового 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 "Жіроджет" з реактивними кулями, зброю типу "Спью" під патрон із стрілоподібними кулями, кулі типу THV.

При вибуху шарової бомби із різних місць сферичного корпусу вилітає 300 крицевих кульок (діаметр 5,56 мм, вага 0,7 г), бомба володіє великою вражаючою силою і обумовлює множинні поранення. Поранення дуже небезпечні для життя і є складними для лікування.

Кулі калібру 5,56 мм відзначаються тією особливістю, що при потрапленні 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 ранених каналів, часто з химерними направленнями та значними пошкодженнями 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 ураженим 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 радіаційного складу, 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 пошкоджень, що виявляються найбільше сприятливими 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 якого весь 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:

- **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 всіх 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 щелепно-лицеву область 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- і взаємодопомоги стрільцями-санітарами та санітарними інструкторами, а також особовим складом підрозділів, які проводять рятувальні роботи. Треба відмітити, що самодопомога 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. Для само- та взаємодопомоги усі військовослужбовці забезпечуються індивідуальними засобами профілактики та надання медичної допомоги. До них належать:

- пакет перев'язочний індивідуальний (ППІ);
- індивідуальний протихімічний пакет (ІПП);
- 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 “ЗВ” (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 пошкодженнями та пораненнями щелепно-лицевої області надають в щелепно-лицевих відділеннях спеціалізованих **шпиталів для поранених в голову, шию та хребет, в шпиталях для лікування легкопоранених (ВППШП)**, а

також у стоматологічних відділеннях других шпиталів бази фронту, в яких поранені з пошкодженнями 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);
- 10 (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** – комплект 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** – комплект зуботехнічний (обладнання). Призначений для обладнання зубопротезного відділення стоматологічного загону і зуботехнічної лабораторії військово-польового спеціалізованого шпиталю. Маса 57 кг.

3. **Комплект ЗТ-2** – комплект зуботехнічний (інструменти) і **ЗТ-3** – комплект 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 лікаря-стоматолога 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 двохлікарського складу. 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 в першу 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 – в сортувальну 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. Сортувальна площадка обладнуються підставками для розміщення поранених на ношах – “рядами Пирогова” та лавами для легкопоранених. На сортувальній площадці 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 – у першу 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 групи:

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

Для поранених і хворих, що підлягають евакуації, додатково установлюється **черга** – у першу чи другу чергу, **вид 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 вилицевої 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-носієв 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 аналгетиків з АІ), накладання тимчасових пов'язок, одягнення протигазу, вивід та винесення поранених з поля бою. Треба відмітити, що самопомога 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 слідуючі 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 шоковому 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: протишوكова 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 ЩІД (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.

В першу 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 хірургічну обробку ран кісткових та м'яких тканин з 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 щелепно-лицевої ділянки, що спрямовані на відновлення не тільки форми, але й функції органів щелепно-лицевої ділянки. Це операції по видаленню чужорідних тіл із важкодоступних ділянок, ангіопластика, ліквідація несправжніх суглобів, стійких контрактур і анкілозів СНЩС, лікування хронічних остеомієлітів 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 в першу 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 заповнюють 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 раневого снаряду, характер поранення, точне позначення анатомічної ділянки.

Спосіб евакуації пораненого або хворого позначають підкресленням відповідного запису на картці (лежачи, сидючи). 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” та 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 кінцевий ісход поранення або захворювання, залишаються на даному етапі евакуації. При цьому на зворотній сторінці ПМК записують один з варіантів: повернене у військову частину, направлене у батальйон видужуючих, звільнене у відпустку, звільнене зовсім. У випадку смерті – вписують слово “вмер” та вказують точне місце поховання. На повернутих у частину, направлених у батальйон видужуючих та звільнених вказують адресу, куди направлене пораненого.

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

ПМК на поранених або хворих, що поміщене 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 ізолюваний. Картка з чорною смугою слідує до кінцевого етапу (видавання 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 в першу 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 вибулих (померлих), що не мають історії хвороби, відправляють у Військово-медичний музей в слідує 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 “Книзі обліку поранених або хворих” та складання медичних рапортів спалюються.

Політравма та травматична хвороба щелепно-лицевих поранених

Під політравмою розуміють одномоментні ураження двох і більше анатомічних ділянок, при яких спостерігається порушення життєво важливих функцій організму. Це важка поєднана травма, що супроводжується розвитком клініки травматичного шоку, тобто це шокогенна поєднана травма. Виділення політравми в окрему категорію має важливе значення в зв'язку з певними особливостями таких поранень.

Поєднання уражень декількох анатомічних ділянок тіла – патологічний стан, пов'язаний з виникненням синдрому взаємного обтяження уражень. Сутність синдрому полягає в тому, що кожне з уражень погіршує загальну патологічну ситуацію і кожне конкретне ураження при політравмі перебігає більш важко, з великим ризиком розвитку ускладнень, ніж при ізолюваній травмі. При політравмі розвивається травматична хвороба, яка має загальні закономірності, що визначають головні особливості її патогенезу та принципи лікувальної тактики.

Травматична хвороба – симптомокомплекс травмованих хворих з тяжкими, множинними пошкодженнями; це патологічний процес, зумовлений важкою шокогенною механічною травмою, в якому послідовна зміна ключових факторів патогенезу визначає закономірну послідовність періодів клінічного перебігу.

Поняття про травматичну хворобу формувалось на базі вчення про травматичний шок. У основі травматичної хвороби лежить захисно-рефлекторна реакція організму, насамперед ЦНС, ендокринної та інших систем на дію травматичного агента, нервові імпульси та всмоктування продуктів розпаду тканин з вогнища пошкодження, крововтрату. У клінічному перебігу травматичної хвороби виділяють періоди:

Період шоку – період гострих функціональних і системних розладів, які зумовлені важкою травмою, тривалість 12-48 годин.

Ранній післяшоківий період – період загрози виникнення органної та поліорганної недостатності – тривалість 3-7 діб після травми.

Період інфекційних ускладнень або великого ризику їх розвитку (період вторинного імунодефіциту) – тривалість 1 тиждень – до 1 місяця.

Період реконвалесценції – тривалість від декількох тижнів до декількох місяців.

А.В.Каплан відокремлює такі періоди травматичної хвороби:

I – період травматичного шоку та кровотечі;

II – період розпаду змін гомеостазу (загальних змін разом з патоморфологічними змінами пошкоджених тканин);

III – період реконвалесценції з розвитком умов для репаративного процесу пошкоджених тканин та органів.

Патогенез травматичної хвороби зумовлений надзвичайними компенсаційними втратами, перенапруженням захисних реакцій організму у період шоку та неминучою при цьому глибокою поліорганною дисфункцією. “Первинні” зміни виникають внаслідок безпосереднього анатомічного ураження органа. По мірі зростання сили травмуючого ефекту зростає тяжкість первинних змін. Наприклад забій, розрив, струс.

Протягом перебігу травматичної хвороби первинні зміни трансформуються внаслідок виникнення запальних і дистрофічних процесів. Виникають “вторинні” зміни внаслідок розповсюдження ранової інфекції, токсинів, виникнення тромбоемболій та ін.

У патогенезі травматичної хвороби неможливо обійти мовчанням концепцію поліорганної недостатності, так як в результаті гине абсолютна більшість потерпілих.

Поліорганна недостатність визначається як важкий загально-патологічний стан організму, який виникає при прогресуванні критичного стану і проявляється функціональною неспроможністю двох і більше життєво важливих органів і систем.

Перебіг і клінічні прояви травматичної хвороби.

Перші 2 доби травматичної хвороби (перший період) характеризуються різким больовим синдромом, хворий різко блідніє, пітніє, адинамічний (можливе збудження), внаслідок крововтрати різко падає АТ, прискорюється та слабіє пульс, тони серця глухі, задишка, олігурія. Це все характерно для шоку. Головною причиною смерті поранених є декомпексований і незворотній травматичний шок, гостра кровотеча, безпосередні ураження життєво важливих органів. Звертає на себе увагу невідповідність тяжкості шоку до характеру наявних уражень та його резистентність до комплексної інтенсивної терапії.

В наступні дні разом зі зниженням АТ, тахікардією та задишкою спостерігаються симптоми лихоманки ($t\ 38^0\text{--}39^0\text{C}$) та зміни картини крові: лейкоцитоз з нейтрофіліозом, лейкоцитарна формула здвинута вліво, прискорення ШОЕ. Це другий період травматичної хвороби (ранній післяшоківий період). Збільшується небезпека розвитку важких функціональних розладів. Стан потерпілих з політравмою протягом першого тижня післяшоківого періоду звичайно характеризується розвитком поліорганної недостатності. З 3-5 доби травматичного періоду загрозу для життя являють: дихальна недостатність, що прогресує (по типу респіраторного дистрес-синдрому); коагулопатичні розлади з переходом у синдром дисимінованого внутрішньо-судинного згортання (ДВЗ) крові; жирова емболія; нирково-печінкова недостатність; серцева недостатність з розладнанням центральної гемодинаміки; наслідки раннього посттравматичного ендотоксикозу.

З 5-7 дня травматичної хвороби вирішальним елементом стають прояви розповсюдження і загрози генералізації ранової інфекції. При цьому відбувається зміна локалізації домінуючої ранової інфекції. Спочатку це місцевий процес – розвивається нагноєння у зоні поширеного руйнування м'яких тканин, а потім на передній план виходить важка пневмонія або утворюються абсцеси у черевній порожнині. Нерідко ситуація розвивається у зворотному порядку. Гнійно-септичні ускладнення є головною причиною смерті потерпілих з політравмою у III періоді травматичної хвороби і становлять в структурі летальності 75%. При їх виникненні практично нівелиються досягнення реанімації, інтенсивної терапії, результати операцій. Під рановою

інфекцією у цьому періоді розуміють не тільки інфекційно-запальний процес у рані, а й розвиток ранового сепсису.

В подальшому при сприятливому перебігу травматичної хвороби спостерігається регрес симптомів та настає реконвалесценція (останній період травматичної хвороби). У багатьох хворих на етапі переходу до одужання спостерігаються: значний дефіцит маси тіла, затримка репаративних процесів, астенизація, зниження резистентності до будь-яких несприятливих зовнішніх впливів. На цьому етапі яскраво проявляються і загострюються фонові хронічні захворювання і функціональна недостатність різних органів і систем.

Принципи лікування травматичної хвороби.

В діагностиці та лікуванні травматичної хвороби приймає участь бригада лікарів: травматологи, реаніматологи, спеціалізовані хірурги (абдомінальні, торакальні, щелепно-лицеві, ангіо– та нейрохірурги, ЛОР- та офтальмологи).

В лікуванні постраждалого в стані травматичної хвороби використовується принцип лікування поліорганної недостатності з основним впливом на найбільш постраждалий орган або систему органів та тканин. Програма лікування містить комплекс інтенсивної протишокової терапії з певною послідовністю виконання хірургічної корекції уражень.

Виділяють **основні принципи лікування поранених:**

- найбільш ранній початок інфузійної терапії, що попереджує заглиблення шокового стану, гіпоксії та ацидозу. З метою відновлення мікроциркуляторної перфузії тканин і усунення розладів гемостазу використовують реологічні активні середовища: сольові розчини, реополіглюкін, реогноман. Колоїдні і кристалоїдні плазма-замісники сприяють відновленню об'єму циркулюючої крові та відновленню мікроциркуляторної перфузії. По можливості рано приступають до відновлення об'єму крові і плазмовтрати (еритроцитарна маса, свіжа кров, свіжа нативна плазма та ін);

- швидка евакуація поранених у спеціалізовані медичні заклади хірургічного профілю (шпитальна база фронту);

- виконання екстрених хірургічних втручань в єдиному комплексі протишових заходів. У загальному плані хірургічне лікування політравми складається з: невідкладних операцій, спрямованих на усунення прямої загрози життя (механічна асфіксія, зупинка кровотеч і ін.), які виконують на фоні інтенсивних протишових і реанімаційних заходів; ранніх відстрочених операцій, які спрямовані на усунення причин розвитку небезпечних для життя ускладнень (після виведення пацієнта з травматичного шоку на 2-3 добу післяшовного періоду); відстрочених операцій другої черги. Всі оперативні втручання, які спрямовані на усунення синдрому взаємного обтяження уражень, необхідно закінчити протягом перших 2-3 діб;

- виконання ранніх відстрочених операцій відразу після виведення поранених з шоку на фоні набутої відносної стабілізації гемодинаміки. Мета цього етапу – усунення синдрому взаємного обтяження уражень;

- закріплення процесу довготривалої компенсації. Надзвичайно енергоємні механізми невідкладної компенсації при розвитку травматичної хвороби виснажуються до кінця 2-3 доби, а збережений біоенергетичний потенціал поступово перемикається на довготривалу (стійку) компенсацію;

- призначення превентивної багатокомпонентної антибактеріальної терапії у ранньому післяшовному періоді;

- прогнозування і профілактичне лікування ускладнень на підставі ключових патогенетичних механізмів кожного періоду травматичної хвороби.

VI. План та організаційна структура заняття

№ п/п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивні)	Розподіл часу
1	2	3	4	5	6
1.	ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП Організаційні заходи				5 хв.
2.	Постановка навчальних цілей та мотивація	II. Навчальні цілі заняття: – визначити поняття предмету та завдань військової стоматології ($\alpha - I$); – мати уявлення про сили та засоби медичної служби для надання стоматологічної хірургічної допомоги пораненим у щелепно-лицеву ділянку ($\alpha - I$); – закріпити знання положень воєнно-медичної доктрини ($\alpha - II$); – знати принципи медичного сортування щелепно-лицевих поранених ($\alpha - II$); – знати етапи медичної евакуації щелепно-лицевих поранених ($\alpha - II$); – знати об'єм та порядок надання допомоги щелепно-лицевим пораненим на етапах		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, екстремальних станів. 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 патогенезу, особливостей клінічного перебігу, принципів діагностики травматичної хвороби у щелепно-лицевих поранених необхідні лікарю-стоматологу для раціональної організації та надання медичної допомоги постраждалим як в військовий, так й в мирний час, особливо в умовах екстремальних ситуацій.	5 хв.

		медичної евакуації ($\alpha - II$); – оволодіти навичками надання допомоги щелепно-лицевим пораненим на етапах медичної евакуації ($\alpha - III$); – використовувати теоретичні знання питань організації хірургічної стоматологічної допомоги у збройних силах України в мирний, військовий час та в умовах екстремальних станів для здійснення допомоги щелепно-лицевим пораненим та хворим ($\alpha - III$); – визначити поняття травматичної хвороби ($\alpha - II$); – знати особливості патогенезу травматичної хвороби у щелепно-лицевих поранених ($\alpha - II$); – засвоїти особливості клінічного перебігу травматичної хвороби у щелепно-лицевих поранених			
--	--	--	--	--	--

		($\alpha - II$); – оволодіти навичками діагностики травматичної хвороби у щелепно-лицевих поранених ($\alpha - III$); – вміти організувати лікування поранених з пошкодженнями щелепно-лищевої ділянки та травматичною хворобою ($\alpha - III$); – розвивати творчі здібності в процесі клінічного та теоретичного дослідження проблемних питань травматології щелепно-лищевої ділянки військового часу та в умовах надзвичайних ситуацій($\alpha - IV$).			
3.	<u>Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь:</u> 1. Визначення понять «Предмет військової стоматології» та «Завдання військової стоматології». 2. Розвиток наукових поглядів на питання організації етапного надання медичної допомоги	I I	Індивідуальні завдання та групові запитання	Таблиці “Організаційна структура медичної служби Збройних Сил України”, “Структура етапів медичної евакуації”, “Оснащення етапів медичної евакуації”	40 хв.

пораненим в умовах мирного та військового часу; 3. Організаційна структура медичної служби Збройних Сил України; 4. Структура сучасних етапів медичної евакуації. 5. Оснащення етапів медичної евакуації 6. Сучасні принципи медичного сортування щелепно-лицевих поранених в умовах мирного та військового часу; 7. Об'єм надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим на етапах медичної евакуації; 8. Порядок надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим на етапах медичної евакуації.	II II II II II II				
--	---	--	--	--	--

1	2	3	4	5	6
4	<u>Основний етап</u> Формування професійних вмінь та навичок: 1. Прийом та курація хворих у хірургічному відділенні стоматологічній поліклініці та щелепно-лицевому стаціонарі під керівництвом викладача. 2. Самостійне обстеження хірургічного стоматологічного хворого.	III III	Практичний тренінг та професійний тренінг у вирішенні клінічних ситуацій	Алгоритми для формування практичних навичок (орієнтовні карти), інструктивні матеріали для доаудиторної самостійної підготовки студентів. Матеріали контролю – тести I та II рівня.	45 хв.
5	<u>Заключний етап</u> Контроль та корекція рівня професійних вмінь та навичок	III	Індивідуальний контроль навичок та їх результатів.	Обладнання: хірургічний та стоматологічний інструментарій Тести II та III рівня	40 хв.
6	Підведення підсумків заняття (теоретичного, практичного)		Аналіз та оцінка результатів клінічної роботи, рішення нетипових задач.		
7	Домашнє завдання: Основна та додаткова література по темі			Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою	

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

VII.1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття:

Контрольні теоретичні питання (І рівень)

1. Визначення понять «Предмет військової стоматології» та «Завдання військової стоматології».
2. Розвиток наукових поглядів на питання організації етапного надання медичної допомоги пораненим в умовах мирного та військового часу;
3. Організаційна структура медичної служби Збройних Сил України;
4. Структура сучасних етапів медичної евакуації.
5. Оснащення етапів медичної евакуації
6. Сучасні принципи медичного сортування щелепно-лицевих поранених в умовах мирного та військового часу;
7. Об'єм надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим на етапах медичної евакуації;
8. Порядок надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим на етапах медичної евакуації.
9. Визначення поняття “Травматична хвороба”.
10. Патогенез травматичної хвороби.
11. Роль поліорганної недостатності та синдрому взаємного обтяження у розвитку травматичної хвороби у щелепно-лицевих поранених.
12. Періоди травматичної хвороби.
13. Клінічна картина травматичного шоку.
14. Клінічні прояви раннього післяшокowego періоду.
15. Клінічні ознаки періоду інфекційних ускладнень.
16. Ознаки періоду реконвалесценції.
17. Особливості лікування щелепно-лицевих поранених в стані травматичної хвороби.
18. Хірургічна тактика у щелепно-лицевих поранених в стані травматичної хвороби.

Тести І рівня:

Знайдіть одну правильну відповідь

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

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

2. В чому суть військово-медичної доктрини:

- А. етапне лікування військовослужбовців та диспансерне спостереження
- В. евакуація поранених в тилі 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

3. Види медичної допомоги в 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

4. Де надається перша медична допомога:

- А. на полі бою
- В. на медичному пункті полку
- С. в окремому медичному батальйоні
- Д. в окремому медичному загоні
- Е. в шпиталях передової та тилової бази фронту

5. Першу медичну допомогу на полі бою надає:

- А. лікар
- В. фельдшер
- С. санітарний інструктор
- Д. епідеміологічна служба
- Е. служба медичної розвідки полку

6. Перша медична допомога на полі бою надається:

- А. в порядку само- та взаємодопомоги
- В. фельдшером
- С. лікарем
- Д. лікарем епідеміологічної служби
- Е. службою медичної розвідки полку

7. Завдання першої медичної допомоги пораненим в щелепно-лицеву ділянку включають:

- А. боротьбу з асфіксією та кровотечею, протишокові заходи, транспортну іммобілізацію, накладання первинної пов'язки на рану
- В. тимчасову зупинку кровотечі, накладання іммобілізуючої пов'язки, евакуацію пораненого
- С. іммобілізацію при переломах кісток, перенесення пораненого до укриття, введення знеболюючих засобів
- Д. накладання первинної пов'язки на рану, введення знеболюючих засобів, гамування спраги пораненого, евакуацію пораненого
- Е. введення знеболюючих засобів, антибіотиків, боротьбу з асфіксією, накладання первинної пов'язки на рану, евакуацію пораненого

8. Обсяг першої медичної допомоги при дислокаційній асфіксії:

- А. видалити чужорідне тіло з дихальних шляхів
- В. зробити штучне дихання "рот в рот"
- С. покласти пораненого на бік
- Д. прошити, підтягнути та зафіксувати язик
- Е. одягти протигаз для пораненого в голову

9. Основне завдання долікарської медичної допомоги пораненим в щелепно-лицеву ділянку:

- А. гамування спраги пораненого, накладання первинної асептичної пов'язки, перенесення пораненого до укриття

- В. накладання первинної асептичної пов'язки, перенесення пораненого до укриття, оформлення медичної документації пораненого
- С. перенесення пораненого до укриття, усунення загрози асфіксії, протишокові заходи
- Д. оформлення медичної документації пораненого, протишокові заходи, виправлення первинної пов'язки
- Е. тимчасова зупинка кровотечі, усунення загрози асфіксії, протишокові заходи

10. Де надається перша лікарська допомога пораненим в щелепно-лицеву ділянку:

- А. на полі бою
- В. на БМП
- С. на МПП
- Д. в ОМЗ
- Е. в ОМедБ

11. На МПП першу лікарську допомогу пораненим в щелепно-лицеву ділянку надає:

- А. фельдшер
- В. хірургічна бригада
- С. найбільш досвідчений лікар
- Д. лікар-стоматолог
- Е. лікар-хірург

12. Перша лікарська допомога пораненим в щелепно-лицеву ділянку не включає:

- А. боротьбу з асфіксією, зупинку кровотечі
- В. шинування щелеп при їх переломах
- С. виправлення неправильно накладених пов'язок
- Д. введення антибіотиків, серцевих, знеболюючих засобів
- Е. проведення протишовкових заходів

13. Де надається кваліфікована допомога пораненим в щелепно-лицеву ділянку:

- А. в передовій шпитальній базі
- В. в ОМедБ
- С. на МПП
- Д. в МПБ
- Е. на полі бою

14. Кваліфікована медична допомога пораненим в щелепно-лицеву ділянку не включає в себе наступні заходи:

- А. боротьба з асфіксією, кінцева зупинка кровотечі
- В. хірургічну обробку ран та лікування легкопоранених (до 10 діб)
- С. транспортну іммобілізацію при переломах кісток, годування поранених
- Д. остеосинтез щелеп, міжщелепне витягування
- Е. боротьбу з травматичним шоком, антибактеріальну та симптоматичну терапію

15. Де надається спеціалізована медична допомога пораненим в щелепно-лицеву ділянку:

- А. на медичному пункті батальйон у
- В. на медичному пункті полку
- С. в окремому медичному батальйоні
- Д. в окремому медичному загоні
- Е. в шпитальній базі

16. Спеціалізована допомога пораненим в щелепно-лицеву ділянку включає в себе наступні заходи:

- A. винос пораненого до укриття, накладання первинної асептичної пов'язки, протишокові заходи, надягання протигазу для поранених в голову
- B. протишокові заходи, тимчасова зупинка кровотечі, виправлення пов'язок та накладання іммобілізуючих пов'язок для транспортування постраждалого
- C. боротьбу з асфіксією та кровотечею, протишокові заходи, транспортну іммобілізацію відламків кісток обличчя, виправлення незадовільних пов'язок, підготовку до евакуації
- D. хірургічну обробку ран кісткових та м'яких тканин з тимчасовою іммобілізацією відламків, остаточну зупинку кровотечі, протишокові заходи, підготовку до евакуації тяжкопоранених, лікування легкопоранених (до 10 диб)
- E. хірургічну обробку ран кісткових та м'яких тканин з постійною іммобілізацією відламків, профілактику і лікування можливих ускладнень, проведення пластичних операцій, реабілітацію постраждалих

17. Який строк лікування поранень середньої тяжкості в спеціалізованому шпиталі:

- A. до 20 діб
- B. до 30 діб
- C. до 50 діб
- D. до 60 діб
- E. до 90 діб

18. Який строк лікування тяжких поранень в спеціалізованому шпиталі:

- A. до 40 діб
- B. до 70 діб
- C. до 80 діб
- D. до 90 діб
- E. до 120 діб

19. Якого кольору смуга на первинній медичній картці при ураженні пораненого в щелепно-лицеву ділянку отруюючими речовинами (ОР):

- A. червона
- B. чорна
- C. синя
- D. жовта
- E. зелена

20. Якого кольору смуга на первинній медичній картці вказує на необхідність проведення спеціальних заходів при радіаційному ураженні щелепно-лицевої ділянки:

- A. червона
- B. чорна
- C. синя
- D. жовта
- E. зелена

21. Якого кольору смуга на первинній медичній картці вказує на наявність інфекційного чи психічного захворювання у пораненого в щелепно-лицеву ділянку:

- A. червона
- B. чорна
- C. синя
- D. жовта

Е. зелена

22. Якого кольору смуга на первинній медичній картці вказує на необхідність надання термінової хірургічної допомоги пораненому в щелепно-лицеву ділянку:

- А. червона
- В. чорна
- С. синя
- Д. жовта
- Е. зелена

23. З ОМедБ не евакуюють щелепно-лицевих хворих, які:

- А. соматичні хворі
- В. з сполученою черепно-мозковою травмою
- С. тимчасове нетранспортабельні
- Д. страждають гострим двобічним паротитом
- Е. при підозрі на гостру променеву хворобу

24. З ОМедБ не евакуюють щелепно-лицевих хворих, які:

- А. агонують
- В. з сполученою черепно-мозковою травмою
- С. соматичні хворі
- Д. страждають гострим двобічним паротитом
- Е. при підозрі на гостру променеву хворобу

25. З ОМедБ не евакуюють щелепно-лицевих хворих при:

- А. сполученій черепно-мозковій травмі
- В. загрозі асфіксії
- С. соматичній хворобі
- Д. гострому двобічному паротиті
- Е. підозрі на гостру променеву хворобу
- Ф.

№26. Дайте визначення політравми:

- А. одномоментне пошкодження двох та більше ділянок організму одним пошкоджуючим агентом.
- В. одномоментне пошкодження тканин та органів декількома пошкоджуючими агентами.
- С. одномоментні ураження двох і більше анатомічних ділянок, при яких спостерігається порушення життєво важливих функцій організму
- Д. інфекційно-алергічний, запальний, гнійно-некротичний процес елементів тканини або органу
- Е. багаторазове ураження декількох ділянок різноманітними пошкоджуючими агентами

№27. Дайте визначення травматичної хвороби:

- А. симптомокомплекс травмованих хворих, що утворюється при поверхневих опіках більш 13% площини поверхні тіла або при глибоких опіках більш 7% площини поверхні тіла
- В. симптомокомплекс травмованих хворих з множинними, тяжкими пошкодженнями головного мозку
- С. симптомокомплекс травмованих хворих, що розвивається при одномоментному пошкодженні двох та більше ділянок організму одним пошкоджуючим агентом.
- Д. симптомокомплекс травмованих хворих, що розвивається при одномоментному пошкодженні тканин та органів декількома пошкоджуючими агентами.

Е. симптомокомплекс травмованих хворих з тяжкими, множинними пошкодженнями, зумовлений важкою шокогенною механічною травмою, в якому послідовна зміна ключових факторів патогенезу визначає закономірну послідовність періодів клінічного перебігу.

№28. Перелічить періоди травматичної хвороби:

- А. період первинних реакцій, прихований період, період розвитку хвороби, четвертий період реконвалесценції або період видужання.
- Б. період шоку, ранній післяшоківий період, період інфекційних ускладнень, період реконвалесценції
- С. опіковий шок, гостра опікова токсемія, септикотоксемія, період реконвалесценції
- Д. місцевий гнійний процес, гнійно-резорбтивна лихоманка, початкова фаза, септицемія, септико піємія, реконвалесценція
- Е. ранній період, період шоку, період ускладнень, період реконвалесценції

№29. Тривалість першого періоду травматичної хвороби:

- А. 12-48 годин після травми
- Б. 3-7 діб після травми
- С. 24-72 години після травми
- Д. більше 72 годин після травми
- Е. 36-48 годин після травми

№30. Тривалість раннього післяшоківого періоду травматичної хвороби:

- А. 12-48 годин після травми
- Б. 24-72 години після травми
- С. 24-72 години після травми
- Д. 3-7 діб після травми
- Е. 36-48 годин після травми

№31. Тривалість періоду інфекційних ускладнень травматичної хвороби:

- А. 3-7 діб після травми
- Б. більше 72 годин після травми
- С. 24-72 доби після травми
- Д. 36-48 годин після травми
- Е. від 7 діб до 1 місяця після травми

№32. Тривалість періоду реконвалесценції після травматичної хвороби:

- А. від декількох годин до однієї доби
- Б. від декількох тижнів до декількох місяців
- С. від декількох діб до тижня
- Д. від декількох діб до декількох місяців
- Е. до клінічного одужання пораненого

№33. Клінічні ознаки першого періоду травматичної хвороби:

- А. різкий больовий синдром, шкіра різко гіперемована, вкрита пухирями, скарги на печіння, хворий адинамічний, різко падає АТ, прискорюється та слабіє пульс, тони серця глухі, задишка, олігурія
- Б. хворий у стані марення, гіпертермія, гіперемія шкіри, хворий збуджений, великі значення АТ, брадикардія, тони серця глухі, поверхнєве дихання, поліурія
- С. різкий больовий синдром, шкіра анемічна з жовто-синюшним відтінком, хворий виснажений, розлади травлення, олігурія
- Д. різкий больовий синдром, задишка, положення хворого вимушене з піджатими кінцівками, шкіра бліда, гаряча, суха

Е. різкий больовий синдром, хворий різко блідніє, пітніє, адинамічний (можливе збудження), внаслідок крововтрати різко падає АТ, прискорюється та слабіє пульс, тони серця глухі, задишка, олігурія

№34. Клінічні ознаки раннього після шокowego періоду травматичної хвороби:

А. збільшення АТ, брадикардія, поверхнєве дихання, киснева недостатність, гіпотермія та зміни картини крові - лейкопенія, лейкоцитарна формула здвигнута вправо, уповільнена ШОЕ

В. зниження АТ, тахікардія та задишка, дихальна недостатність, симптоми лихоманки та зміни картини крові - лейкоцитоз з нейтрофіліозом, лейкоцитарна формула здвигнута вліво, прискорення ШОЕ

С. регрес симптомів, значний дефіцит маси тіла, затримка репаративних процесів, астенизація, зниження резистентності до будь-яких несприятливих зовнішніх впливів, загострюються фонові хронічні захворювання і функціональна недостатність різних органів і систем.

Д. зниження АТ, брадикардія, гіперкапнія, зростання дихальної недостатності, субфебрильна температура, зміни картини крові - лейкоцитоз з анізоцитозом, лейкоцитарний «провал», прискорення ШОЕ

Е. спочатку нагноєння у зоні поширеного руйнування м'яких тканин, а потім на передній план виходить важка пневмонія або утворюються абсцеси у черевній порожнині

№35. Клінічні ознаки періоду інфекційних ускладнень травматичної хвороби:

А. збільшення АТ, брадикардія, поверхнєве дихання, киснева недостатність, гіпотермія та зміни картини крові - лейкопенія, лейкоцитарна формула здвигнута вправо, уповільнена ШОЕ

В. зниження АТ, тахікардія та задишка, дихальна недостатність, симптоми лихоманки та зміни картини крові - лейкоцитоз з нейтрофіліозом, лейкоцитарна формула здвигнута вліво, прискорення ШОЕ

С. регрес симптомів, значний дефіцит маси тіла, затримка репаративних процесів, астенизація, зниження резистентності до будь-яких несприятливих зовнішніх впливів, загострюються фонові хронічні захворювання і функціональна недостатність різних органів і систем.

Д. зниження АТ, брадикардія, гіперкапнія, зростання дихальної недостатності, субфебрильна температура, зміни картини крові - лейкоцитоз з анізоцитозом, лейкоцитарний «провал», прискорення ШОЕ

Е. спочатку нагноєння у зоні поширеного руйнування м'яких тканин, а потім на передній план виходить важка пневмонія або утворюються абсцеси у черевній порожнині, розвивається рановий сепсис

КОНТРОЛЬНА КАРТА
ЗАСТОСУВАННЯ ЩИПЦІВ ТА ЕЛЕВАТОРІВ ДЛЯ ВИДАЛЕННЯ ОКРЕМИХ ГРУП ЗУБІВ

Інструмент	Дзьобоподібні щипці з шипами	Прямі щипці	Кутовий елеватор лівий	S-подібні щипці ліві	Багнетоподібні щипці кореневі	S-подібні щипці	Дзьобоподібні щипці з вузькіми щичками	Багнетоподібні щипці коронкові	Дзьобоподібні щипці, зігнуті по площині	Дзьобоподібні щипці кореневі	Прямий елеватор	Кутовий елеватор правий	Багнетоподібний елеватор Леклоза	S-подібні щипці праві
Зуби та корені														
11														
22														
13														
24														
15														
17, 16														
27, 26														
корені 16, 15, 14														
18														
корені 28														
43, 42, 41														
34, 35														
46, 37														
48, 38														
корені 47														
корені 38														
корені 31, 32, 33, 34, 35														
медіальні корені 36, 37														
дистальні корені 36, 37														
медіальні корені 47, 46														
дистальні корені 47, 46														

VII.2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття:

Професійні алгоритми, щодо оволодіння навичками та вміннями:

№ п/п	Завдання	Вказівки	Примітки
1	2	3	4
1.	Провести курацію щелепно-лицевого пораненого	В ході обстеження виявити: 1.Порушення загального стану, що загрожують життю пораненого; 2.Скарги пацієнта; 3.Особливості анамнезу захворювання; 4.Особливості анамнезу життя; 5.Патологічні зміни покривних тканин щелепно-лицевої ділянки; 6.Патологічні зміни кісток щелепно-лицевої ділянки;	Звернути увагу на: 1.Порушення свідомості пораненого та його загального стану: характер дихання, наявність кровотечі, наявність пульсу на периферійних та центральних судинах, його характеристика. 2. Характер, інтенсивність та тривалість болю, чинники, що сприяють збільшенню болю. Порушення мови, ковтання, дихання, змикання зубів; 3.Тривалість пошкодження та обставини його отримання, лікувальні засоби, що отримав хворий до звернення до лікаря; 4. Перенесені загальні, інфекційні, алергічні захворювання, наявність травматичних пошкоджень або лікування з приводу пухлин у хворого або у його родичів; 5.Кольор, тургор шкіри та червоної облямівки губів, дефекти, порушення цілісності тканин, наявність ранового каналу, чужорідних тіл; 6..Анатомічну форму, місця зрощення кісток, патологічну рухливість, біль, симптоми “сходинки” при пальпації кісток обличчя, наявність вільно розташованих уламків, чужорідних тіл між кістками;

1	2	3	4
		7. Патологічні зміни твердих тканин зубів; 8. Патологічні зміни тканин пародонту; 9. Патологічні зміни слизової оболонки порожнини рота.	7. Наявність дефектів частин зубів, порушення цілісності зубів, зміни кольору емалі, біль при зондуванні порожнини зуба, при температурних подразненнях, характер відділень з порожнини зуба; 8. Ступінь патологічної рухливості зубів, зміни положення зубів, наявність патологічних пародонтальних кишень та характер відділень з них, наявність зубних відкладень, біль при перкусії зубів; 9. Кольор, вологість, консистенцію тканин, наявність дефектів, порушень цілісності, характер відділень з ран.
2.	Здійснити медичне сортування умовного щелепно-лицевого пораненого	1. З'ясувати потребу пораненого у санітарній обробці і необхідності в ізоляції; 2. З'ясувати потребу пораненого в медичній допомозі та визначити місце її надання; 3. Визначити чергу надання медичної допомоги щелепно-лицевому пораненому;	1. – чи потребує поранений часткову санітарну обробку (наявність бактеріологічного, хімічного, радіаційного забруднення); – чи потребує поранений ізоляції (наявність гострого інфекційного захворювання або гострих небезпечних для інших осіб психічних розладів); – чи не має поранений потреби в санітарній обробці. 2. – поранений потребує надання медичної допомоги у перев'язочній (поранений з кровотечею, асфіксією, шоком та іншими раними ускладненнями); – поранений не має потреби у медичній допомозі або потребує медичну допомогу у приймально-сортувальній (травмований із закритим переломом щелепи при задовільному загальному стані, потребує гамування спраги за допомогою поїлки). 3. У першу чергу надають медичну допомогу пораненим з більш тяжким пораненням або з ускладненнями поранення, що загрожують життю. 4. чи потребують поранені і хворі надання медичної допомоги на етапі евакуації;

		4. З'ясувати потребу пораненого у евакуації; 5. З'ясувати чергу евакуації пораненого; 6. Визначити вид санітарного транспорту та ярус транспортування	– чи не мають поранені та хворі потреби у медичній допомозі на етапі евакуації та підлягають евакуації; – чи не мають поранені і хворі потреби у медичній допомозі на етапі евакуації та підлягають поверненню у свої підрозділи. 5. на підставі оцінки стану пораненого та тяжкості поранення визначити чергу: у першу – поранені з більш тяжкими пошкодженнями або загрозою розвитку ускладнень, у другу – з менш тяжкими пошкодженнями; 6. на підставі оцінки стану пораненого та тяжкості поранення визначити вид санітарного транспорту: поранені з загрозою розвитку ускладнень – асфіксії (струс головного мозку та можливість блювання під час транспортування, загроза кровотечі та інш.) або з міжщелепною фіксацією відламків щелеп відправляються автотранспортом, інші – авіа– або водним транспортом; визначити спосіб транспортування (сидячі, лежачи) 7. Поранені в більш тяжкому стані евакуюються на нижньому ярусі (можливість розвитку ускладнень).
--	--	--	--

VII.3. Матеріали контролю для заключного етапу:

Тести III рівня:

Знайдіть одну правильну відповідь

1. Хвора М., 25 років звернулась до хірурга-стоматолога з приводу утрудненого прорізування 38 зуба. Хвора планує видалення 38 зуба. З анамнезу виявлено, що хвора знаходиться на 22 тижні вагітності. Застосування якого анестетика буде доцільно, враховуючи анамнез життя хворої?

- A.** Ультракаїн
- B.** Лідокаїн
- C.** Бупивакаїн
- D.** Новокаїн
- E.** Лідокаїн, потенційований адреналіном.

2. Хворий Д. із супутнім діагнозом: гемофілія звернувся до хірурга-стоматолога зі скаргами на зруйнованість зубу на нижній щелепі справа. Об'єктивно коронка 46 зуба зруйнована повністю нижче рівня ясен. Перкусія слабо болісна. Хворому планується видалення 46 зуба. Як повинен поступити лікар по відношенню до даного хворого?

- A.** Видалення зубу в умовах гематологічного відділення
- B.** Видалення зубу в умовах стоматологічної поліклініки
- C.** Видалення зубу в умовах щелепно-лицевого відділення після попередньої консультації гематолога
- D.** Видалення зубу в умовах стоматологічної поліклініки з наступним призначенням препаратів, які активують загортальну систему крові
- E.** Видалення зубу в умовах щелепно-лицевого відділення

3. Хвора М., 25 років звернулась до хірурга-стоматолога з приводу утрудненого прорізування 38 зуба. Хворий планує видалення 38 зуба. З анамнезу виявлено, що хвора знаходиться на 22 тижні вагітності. В які строки вагітності проведення хірургічних маніпуляцій небажано?

- A.** 24 -28 тиждень та 29 – 36 тиждень
- B.** 20 – 25 тиждень та 27 – 32 тиждень
- C.** 16 – 24 тиждень та 32 – 36 тиждень
- D.** 8 – 16 тиждень та 23 – 26 тиждень
- E.** 1 – 8 тиждень та 28 – 36 тиждень

4. Хворий К., 30 років, звернувся у стоматологічну поліклініку з приводу видалення 36 зуба. З анамнезу виявлено, що пацієнт страждає гемофілією. Попереднє видалення супроводжувалось довготривалою кровотечею. Яка тактика?

- A.** Післяопераційне лікування не є необхідністю.
- B.** Необхідна передопераційна підготовка в умовах поліклініки
- C.** Провести втручання в стаціонарі з до і післяопераційною підготовкою.
- D.** Провести видалення амбулаторно з подальшими рекомендаціями.
- E.** Провести видалення під наглядом гематолога в поліклініці

5. Хворий скаржиться на наявність пухлини подібного новоутворення на шкірі обличчя в ділянці підборіддя. Яке знеболення треба провести при оперативному втручанні?

- A.** Наркоз
- B.** Мандібулярна анестезія
- C.** Ментальна анестезія
- D.** Аплікаційна анестезія
- E.** Інфільтративна анестезія

6. Жінка 23 років, вагітна звернулась з приводу видалення 38 зуба. Який анестетик треба

застосувати для проведення маніпуляції?

- A. Мепівакаїна гідрохлорид.
- B. Лідокаїна гідрохлорид.
- C. Новокаїна гідрохлорид.
- D. Артікаїна гідрохлорид.
- E. Трімекаїна гідрохлорид.

7. У хворого А. діагностуємо загострення хронічного періодонтиту 23 зуба. Коронка 23 зруйнована повністю. Лікар планує видалити 23 зуб під провідниковою анестезією розчином новокаїну з адреналіном. Скільки добавляти адреналіну до новокаїну?

- A. 1 крапля адреналіну на 5 мл анестетика.
- B. 1 крапля адреналіну на 20 мл анестетика.
- C. 1 крапля адреналіну на 50 мл анестетика.
- D. 1 крапля адреналіну на 100 мл анестетика.
- E. 1 крапля адреналіну на 200 мл анестетика.

8. Для якого виду знеболювання застосовують гексенал?

- A. Для загального інгаляційного
- B. Для місцевого аплікаційного
- C. Для місцевого провідникового
- D. Для загального внутрішньовенного
- E. Для загального прямокишкового

9. У хворій К 39 р. під час прийому у стоматолога розвився набряк Квінке з наростанням явищ асфіксії. Які дії лікаря стоматолога для попередження стеноїтичної асфіксії?

- A. Введення десенсибілізуючих засобів.
- B. Накладання трахеостомії.
- C. Введення глюкокортикоїдів.
- D. Введення адреноміметиків.
- E. Штучне дихання.

10. Хвора 35 років звернувся до хірурга-стоматолога з приводу підготовки порожнини рота до протезування. При огляді порожнини рота виявлено багато зруйнованих зубів, які підлягають видаленню. Хвора дуже емоційна. До стоматолога не зверталась тому, що боїться болі. Під яким видом знеболення необхідно провести санацію порожнини рота (видалення коренів)?

- A. Інфільтраційна анестезія
- B. Наркоз
- C. Знеболення за допомогою безголковий інєктора
- D. Провідникова анестезія
- E. Електрознеболення

11. Мандибулярна анестезія (внутрішньо-ротовий пальцевий спосіб)

1. Визначте показання до проведення анестезії:
 - а) при видаленні зубів нижньої щелепи і операціях в ділянці цих зубів;
 - б) при видаленні великих корінних зубів верхньої щелепи;
 - в) при оперативних втручаннях на м'яких тканинах привушно-жувальної ділянки.
2. Вкажіть цільовий пункт введення знеболюючої речовини:
 - а) защепа ямка;
 - б) щелепно-язичний жолобок;
 - в) область нижньощелепного отвору;
 - г) основа вінцевого відростка.
3. Визначте місце уколу голки:

- а) зовнішня коса лінія на рівні жувальних зубів нижньої щелепи;
 - б) передній край гілки нижньої щелепи на 1 см вище за рівень жувальної поверхні нижніх зубів;
 - в) скронеий гребінець гілки нижньої щелепи на 1 см вище за рівень жувальної поверхні зубів.
4. Вкажіть напрям просування голки:
- а) вгору, назад і всередину;
 - б) вгору, назад і назовні;
 - в) назад і назовні.
5. На яку відстань просувається голка:
- а) до контакту з кісткою;
 - б) на 1 см ;
 - в) на 2 см;
 - г) на 2,5-3 см.

12. Мандибулярна анестезія (поза-ротовий спосіб)

1. Визначите показання до проведення анестезії:
- а) при видаленні зубів нижньої щелепи і оперативних втручаннях в цій ділянці;
 - б) оперативні втручання в ділянці верхньої щелепи;
 - в) видалення 18, 17, 16, 26, 27, 28 зубів.
2. Вкажіть цільовий пункт:
- а) горб нижньої щелепи;
 - б) овальний отвір;
 - в) крило-піднебінна ямка;
 - г) мандибулярний отвір;
 - д) крило-щелепний простір.
3. Визначите місце уколу голки:
- а) у позащелепній ямці на 2 см вище за кут нижньої щелепи;
 - б) на рівні кута нижньої щелепи;
 - в) під тілом нижньої щелепи, відступивши на 1,5 см наперед від кута.
4. Вкажіть напрям просування голки:
- а) вгору перпендикулярно краю нижньої щелепи;
 - б) горизонтально всередину;
 - в) вгору, паралельно задньому краю гілки нижньої щелепи, дотримуючись кістки.
5. На яку глибину просувається голка:
- а) до контакту з кісткою;
 - б) на 1-1,5 см ;
 - в) на 2-3 см;
 - г) на 3,5-4 см.

13. Інфраорбітальна анестезія (внутрішньо-ротовий спосіб)

1. Визначите показання до проведення анестезії:
- а) при видаленні зубів нижньої щелепи і операціях в ділянці цих зубів;
 - б) при видаленні 13, 12, 11, 21, 22, 23 і операціях в ділянці цих зубів;
 - в) при видаленні 15, 14, 24, 25 і операціях в ділянці цих зубів;
 - г) при видаленні 18, 17, 16, 26, 27, 28 і операціях в ділянці цих зубів;
 - д) при гаймориті.
2. Вкажіть цільовий пункт:
- а) підочно-ямковий отвір;
 - б) горб верхньої щелепи;
 - в) великий піднебінний отвір;
 - г) ніжно-щелепний отвір;

- д) різцевий отвір;
 - е) круглий отвір.
3. Визначите місце вколу голки:
- а) у скроневого гребеня нижньої щелепи на висоті 1 см від жувальної поверхні нижніх молярів;
 - б) позаду вилично-альвеолярного гребеня над 17, 27 трохи нижче за перехідну складку;
 - в) перехідна складка над 15, 25;
 - г) перехідна складка над 13, 23;
 - д) вище за перехідну складку між корінням 12, 11, 21, 22;
 - е) різцевий сосочок.
4. Вкажіть напрям просування голки:
- а) криво спереду і знизу, назад і вгору;
 - б) назад і назовні;
 - в) косий напрям від низу до верху, назад і назовні;
 - г) вгору, назад і всередину;
 - д) зверху, ззаду і зовні вниз, вперед і всередину;
 - е) вниз, назад і всередину.
5. На яку глибину просувається голка:
- а) до контакту з кісткою підочно-ямкового отвору;
 - б) на 0,7-0,8 см углиб каналу;
 - в) на 1,5-2 см;
 - г) на 2,5 см;
 - д) на 3-3,5 см.

14. Різцева анестезія

1. Визначите показання до проведення анестезії:
- а) при видаленні зубів нижньої щелепи і операціях в ділянці цих зубів;
 - б) при видаленні 12, 11, 21, 22;
 - в) при видаленні 15, 14, 24, 25;
 - г) при видаленні 18, 17, 16, 26, 27, 28;
 - д) при оперативних втручаннях в передній частині твердого піднебіння;
 - е) при оперативних втручаннях на твердому небі від 13, 23 до 18, 28.
2. Вкажіть цільовий пункт:
- а) підочно-ямковий отвір;
 - б) горб верхньої щелепи;
 - в) різцевий отвір;
 - г) великий піднебінний отвір;
 - д) малий піднебінний отвір;
 - е) круглий отвір.
3. Визначите місце вкола голки:
- а) перехідна складка між корінням 12, 11, 21, 22;
 - б) медіально від середини альвеоли 17, 27;
 - в) на 1,5 см попереду заднього краю твердого піднебіння;
 - г) збоку або назад від різцевого сосочка;
 - д) позаду вилично-альвеолярного гребеня над 17, 27;
 - е) різцевий сосочок.
4. На яку глибину просувається голка:
- а) до контакту з кісткою;
 - б) на 0,5 см;
 - в) на 1 см;
 - г) на 1,5-2 см;

- д) на 2,5 см;
 - е) на 3-3,5 см.
5. Яку кількість анестетика необхідно ввести:
- а) до 0,5 мл;
 - б) 2 мл;
 - в) 3-4 мл.

15. Анестезія за Берше

1. Визначите показання до проведення анестезії:
 - а) при видаленні зубів на нижній щелепі і операціях в ділянці цих зубів;
 - б) при видаленні 13, 12, 11, 21, 22, 23;
 - в) при видаленні 15, 14, 24, 25;
 - г) при видаленні 18, 17, 16, 26, 27, 28;
 - д) при оперативних втручаннях на твердому піднебінні;
 - е) для розслаблення жувальних м'язів при зведенні щелеп.
2. Визначите місце вколю голки:
 - а) у заднього краю гілки нижньої щелепи на 1 см вище за соскоподібний відросток;
 - б) нижній край нижньої щелепи на відстані 1,5-2 см від заднього краю кута нижньої щелепи;
 - в) під виличною дугою на 3 см перед козелком;
 - г) над виличною дугою на 3 см перед козелком;
 - д) під виличною дугою на 2 см наперед від козелка вуха;
 - е) над виличною дугою на 2 см перед козелком.
3. Вкажіть напрям просування голки:
 - а) ззаду, вперед;
 - б) вгору і назад;
 - в) назад і назовні;
 - г) ззовні всередину перпендикулярно шкірі;
 - д) назад і всередину;
 - е) вперед і всередину.
4. На яку глибину просувається голка:
 - а) до контакту з кісткою;
 - б) на 1 см;
 - в) на 2-2,5 см;
 - г) на 3-3,5 см.
 - д) на 4-4,5 см.

16. Торусальна анестезія за Вайсбремом

1. Визначите показання до проведення анестезії:
 - а) при видаленні зубів на нижній щелепі і операціях в ділянці цих зубів;
 - б) при видаленні 13, 12, 11, 21, 22, 23;
 - в) при видаленні 15, 14, 24, 25;
 - г) при видаленні 18, 17, 16, 26, 27, 28 зубів;
 - д) при оперативних втручаннях на твердому піднебінні;
 - е) для розслаблення жувальних м'язів при зведенні щелеп.
2. Вкажіть цільовий пункт:
 - а) підочно-ямковий отвір;
 - б) горб верхньої щелепи;
 - в) ніжно-щелепне підвищення;
 - г) ніжно-щелепний отвір;
 - д) крилоподібно-ніжньощелепний простір;

- е) овальний отвір.
3. Визначите місце вкола голки:
- а) позаду вилично-альвеолярного гребеня 17, 27;
 - б) в ділянці зовнішньої косої лінії на висоті 1 см від жувальної поверхні нижніх молярів;
 - в) у скроневого гребеня нижньої щелепи на рівні жувальної поверхні нижніх молярів;
 - г) у скроневого гребеня нижньої щелепи на висоті 1 см від жувальної поверхні нижніх молярів;
 - д) у крилоподібно-ніжньощелепну складку на висоті 1 см від жувальної поверхні нижніх молярів;
 - е) у крилоподібно-ніжньощелепну складку (зовнішній скат) на 0,5 см нижче за жувальну поверхню верхніх молярів.
4. Вкажіть напрям просування голки:
- а) косо спереду і знизу, назад і вгору;
 - б) назад і назовні;
 - в) вгору, назад і назовні;
 - г) верх, назад і всередину;
 - д) зверху, ззаду і зовні вниз, вперед і всередину;
 - е) горизонтально назовні.
5. На яку відстань просувається голка:
- а) до контакту з кісткою;
 - б) на 1 см;
 - в) на 2 см;
 - г) на 2,5 см;
 - д) на 3-3,5 см.

17. Мандибулярна анестезія (внутрішньо-ротовий аподактільний спосіб)

1. Визначите показання до проведення анестезії:
- а) при видаленні зубів на нижній щелепі і операціях в ділянці цих зубів;
 - б) при видаленні 13, 14, 21, 22, 23;
 - в) при видаленні 15, 14, 24, 25;
 - г) при видаленні 18, 17, 16, 26, 27, 28;
 - д) при оперативному втручанні на твердому піднебінні.
2. Вкажіть цільовий пункт:
- а) підочно-ямковий отвір;
 - б) горб верхньої щелепи;
 - в) нижньощелепне підвищення;
 - г) ніжно-щелепний отвір;
 - д) крилоподібно-ніжньощелепний простір;
 - е) овальний отвір.
3. Визначите місце вколу голки:
- а) позаду вилично-альвеолярного гребеня 17, 27;
 - б) в ділянці зовнішньої косої лінії на висоті 1 см від жувальної поверхні нижніх молярів;
 - в) у скроневого гребеня нижньої щелепи на рівні жувальної поверхні нижніх молярів;
 - г) у скроневого гребеня нижньої щелепи на висоті 1 см від жувальної поверхні нижніх молярів;
 - д) у середину висоти крилоподібно-ніжньощелепної складки (зовнішній скат);
 - е) у крилоподібно-ніжньощелепну складку (зовнішній скат) на 0,5 см нижче за жувальну поверхню верхніх молярів.

4. Вкажіть напрям просування голки:
 - а) косо спереду і знизу, назад і вгору;
 - б) назовні і назад;
 - в) вгору, назад і назовні;
 - г) вгору, назад і всередину;
 - д) зверху, ззаду і ззовні вниз, вперед і всередину.
5. На яку відстань просувається голка:
 - а) до контакту назовні;
 - б) на 1 см;
 - в) на 1,5-2 см;
 - г) на 3 см;
 - д) на 3,5-4 см.

Навчальні задачі

Навчальна задача № 1.

В сортувально-евакуаційному відділенні МПП потерпілому з вогнепальним пораненням м'яких та кісткових тканин нижньої щелепи видана первинна медична картка. В картці збережена червона смуга. Що це означає?

- А. Позначає ураження отруйними речовинами, котре потребує санітарної обробки
- В. Свідчить про наявність інфекційного захворювання, внаслідок якого потерпілий повинен бути ізолюваний
- С. Вказує на радіаційне ураження пораненого та необхідність проведення спеціальних заходів
- Д. Сигналізує про необхідність надання термінової (позачергової) допомоги
- Е. Свідчить про наявність психічного захворювання, внаслідок якого потерпілий повинен бути ізолюваний

Навчальна задача № 2.

В сортувально-евакуаційному відділенні МПП потерпілому з комбінованими ураженням щелепно-лицевої ділянки видана первинна медична картка. В картці збережена жовта смуга. Що це означає?

- А. Позначає ураження отруйними речовинами, котре потребує санітарної обробки
- В. Свідчить про наявність інфекційного захворювання, внаслідок якого потерпілий повинен бути ізолюваний
- С. Вказує на радіаційне ураження пораненого та необхідність проведення спеціальних заходів
- Д. Сигналізує про необхідність надання термінової (позачергової) допомоги
- Е. Свідчить про наявність психічного захворювання, внаслідок якого потерпілий повинен бути ізолюваний

Навчальна задача № 3.

В сортувально-евакуаційному відділенні МПП потерпілому з комбінованими ураженням щелепно-лицевої ділянки видана первинна медична картка. В картці збережена синя смуга. Що це означає?

- А. Вказує на радіаційне ураження пораненого та необхідність проведення спеціальних заходів
- В. Свідчить про наявність інфекційного чи психічного захворювання, внаслідок якого потерпілий повинен бути ізолюваний
- С. Позначає ураження отруйними речовинами, котре потребує санітарної обробки
- Д. Сигналізує про необхідність надання термінової (позачергової) допомоги
- Е. Свідчить про наявність психічного захворювання, внаслідок якого потерпілий повинен бути ізолюваний

Навчальна задача № 4.

В сортувально-евакуаційному відділенні МПП потерпілому з вогнепальним пораненням м'яких і кісткових тканин нижньої щелепи та забоем головного мозку видана первинна медична картка. В картці збережена чорна смуга. Що це означає?

- A. Сигналізує про необхідність надання термінової (позачергової) допомоги
- B. Вказує на радіаційне ураження пораненого та необхідність проведення спеціальних заходів
- C. Позначає ураження отруйними речовинами, котре потребує санітарної обробки
- D. Свідчить про наявність інфекційного чи психічного захворювання, внаслідок якого потерпілий повинен бути ізолюваний
- E. Позначає ураження отруйними речовинами, котре не потребує санітарної обробки

Навчальна задача № 5.

В сортувально-евакуаційному відділенні МПП потерпілому з вогнепальним пораненням м'яких і кісткових тканин нижньої щелепи, який евакуйований з вогнища бактеріологічного ураження, видана первинна медична картка. В картці збережена червона та чорна смуга. Що це означає?

- A. Сигналізує про необхідність надання термінової (позачергової) допомоги та перебування у ізоляторі
- B. Вказує на радіаційне ураження пораненого та необхідність проведення спеціальних заходів
- C. Позначає ураження отруйними речовинами, котре потребує санітарної обробки
- D. Свідчить про наявність психічного захворювання, внаслідок якого потерпілий повинен бути ізолюваний
- E. Позначає ураження отруйними речовинами, котре потребує санітарної обробки у ізоляторі

Навчальні задачі

Навчальна задача № 6.

У клініку доставлена хвора без свідомості після автомобільної аварії – пацієнтка знаходилась на передньому сидінні легкового автомобіля, що врізався у зустрічний автобус. У хворої діагностовано струс головного мозку середнього ступеня важкості, перелом нижньої та верхньої щелеп, забиті та різані рани м'яких тканин обличчя, переломи кісток обох гомілок, лівого стегна, правої лопатки, лівого передпліччя.

1. Яка черговість надання кваліфікованої та спеціалізованої допомоги постраждалої?
2. В якому відділенні повинна знаходитись постраждала?
3. В які строки повинне бути проведене хірургічне втручання у щелепно-лицевій ділянці? Який комплекс медикаментозної терапії повинен призначити постраждалої хірург-стоматолог?

Навчальна задача № 7.

Постраждала 20 років у тяжкому стані поступила у багато-профільну клініку з діагнозом: забій головного мозку, перелом основи черепа у середній черепній ямці, перелом верхніх щелеп з пошкодженням придаткових пазух носа, перелом нижньої щелепи, вилицевої кістки та дуги, лівої ключиці та кісток тазу. Множинні сполучені пошкодження отримала у автокатастрофі. Бригадою «Швидкої допомоги» проведена протишокова терапія, накладена трахеостома, транспортна іммобілізація пошкоджених кісток.

1. Яка спадкоємність надання спеціалізованої медичної допомоги постраждалої?
2. Обґрунтуйте строки надання спеціалізованої стоматологічної допомоги?

Навчальна задача № 8.

В щелепно-лицеве відділення ВПШПГХ доставлений поранений 20 років зі наскрізним кульовим пораненням щелепно-лицевої ділянці. Є відрив м'яких тканин щічної ділянці зліва, пошкодження верхніх щелеп, м'якого піднебіння. Свідомість сплутана, поранений блідий, адинамічний, АТ 80/50 мм.рт.ст., пульс слабкий, 40 уд/хв. З рани відмічається помірна кровотеча. Оцініть стан хворого та визначить вид та об'єм медичної допомоги в умовах:

1. санітарного інструктора роти;
2. медичного санітарного батальйону;
3. спеціалізованого щелепно-лицевого шпиталю.

Навчальна задача № 9.

В щелепно-лицеве відділення ВПНХШ доставлений поранений 30 років у стані без свідомості, зі психомоторним збудженням. У порожнини рота фіксований повітровід. При огляді визначається вогнепальне поранення зі вхідним отвором у ділянці іклової ямки справа, розміром 0,5 см та вихідним отвором у заушній ділянці зліва. З ран рясна кровотеча з пухирцями повітря. Верхня щелепа та нижня щелепа зліва рухомі, з нижніх носових ходів виділяється кров. Є ознаки парезу лицевого нерву зліва.

1. які анатомічні структури пошкоджені у пораненого?
2. який об'єм надання медичної допомоги у щелепно-лицевому відділенні спеціалізованого шпиталю?
3. лікарі яких спеціальностей повинні бути залучені до обстеження та лікування пораненого?
4. у якому порядку надається кваліфікована та спеціалізована медична допомога

VII.4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів

Орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3
<u>Вивчити:</u>		
1. Зміст предмету “Стоматологія екстремальних ситуацій”.	Назвати зміст предмету “Стоматологія екстремальних ситуацій”.	
2. Завдання стоматології екстремальних ситуацій.	Назвати завдання стоматології екстремальних ситуацій.	
3. Положення воєнно-медичної доктрини.	Дати перелік положень сучасної воєнно-медичної доктрини.	
4. Види медичної допомоги.	Назвати види медичної допомоги.	
5. Сили медичної служби Збройних сил України відповідно до видів медичної допомоги.	Перелічити сили медичної служби Збройних сил України відповідно до видів медичної допомоги.	
6. Засоби медичної служби Збройних сил України відповідно до видів медичної допомоги.	Перелічити засоби медичної служби Збройних сил України відповідно до видів медичної допомоги.	
7.Поняття “медичне сортування”.	Дати визначення поняття “медичне сортування” та видів медичного сортування.	
8.Принципи медичного сортування щелепно-лицевих поранених.	Назвати три принципи медичного сортування поранених.	
9.Поняття “етап медичної евакуації”	Визначити поняття етапу медичної евакуації.	
10. Порядок надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим на кожному етапі медичної евакуації.	Перелічити групи поранених, яким надається медична допомога на кожному етапі медичної евакуації.	
11.Порядок евакуації щелепно-лицевого пораненого з етапу медичної допомоги.	Перелічити групи поранених, що підлягають медичної евакуації, чергу евакуації, види транспорту та спосіб транспортування щелепно-лицевих поранених.	
12.Порядок заповнення первинної медичної картки пораненого чи хворого	Сформулювати правила заповнення первинної медичної картки пораненого. Дати визначення кольорової маркировки частин первинної медичної картки.	
13. Визначення поняття “Травматична хвороба”	Дати визначення травматичної хвороби	
14. Патогенез травматичної хвороби.	Описати механізм формування травматичної хвороби	
15. Роль поліорганної недостатності та синдрому взаємного обтяження у розвитку травматичної хвороби у щелепно-лицевих поранених	Дати характеристику поліорганної недостатності, сформулювати сутність синдрому взаємного обтяження та їх впливу на розвиток травматичної хвороби	

16. Періоди травматичної хвороби.	Перелічить періоди травматичної хвороби	
17. Клінічна картина травматичного шоку.	Перелічити клінічні ознаки травматичного шоку	
18. Клінічні прояви раннього післяшокowego періоду.	Перелічити клінічні ознаки раннього післяшокowego періоду.	
19. Клінічні ознаки періоду інфекційних ускладнень.	Перелічити клінічні ознаки періоду інфекційних ускладнень.	
20. Ознаки періоду реконвалесценції.	Перелічити клінічні ознаки періоду реконвалесценції.	
21. Особливості лікування щелепно-лицевих поранених в стані травматичної хвороби.	Дати характеристику особливостям лікування щелепно-лицевих поранених в стані травматичної хвороби.	
22. Хірургічна тактика у щелепно-лицевих поранених в стані травматичної хвороби.	Дати характеристику черговості та строкам проведення оперативних втручань у щелепно-лицевій ділянці поранених в стані травматичної хвороби.	

7.5. Матеріали для після аудиторної самостійної роботи:

- Написати реферат на тему: «Травматична хвороба»;
- Виготовити таблицю «Організація допомоги пораненим у щелепно-лицеву ділянку на етапах евакуації».

VIII. Література

а) навчальна основна література:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2 т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук та ін.- К.: ЛОГОС, 2011. Т.2.- С.5-9.
2. Горішний Б.М. Рибалов О.В., Саяпіна Л.М. Щелепно-лицева хірургія екстремальних ситуацій: Навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів стоматологів. – Полтава, 2000. – 221с.
3. Вороненко В.В., Бадюк М.І., Гулько В.М. та інш. Медична служба механізованої (танкової) бригади: Навчальний посібник для слухачів УВМА та студентів вищих медичних закладів освіти України. – К.: УВМА, 2004. – 107 с.
4. Дерябина И.И., Насонкина О.С. Травматическая болезнь. Л. Медицина, 1987. –302 с.

навчальна додаткова література

1. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. – Киев: Вища школа, 1999.– 389 с.
2. Военная стоматология /Под ред. Н.М. Александрова.–Л., 1987.–365с.
3. Кабаков Б.Д., Лукьяненко В.И., Аржанцев П.З. Учебное пособие по военной челюстно-лицевой хирургии, терапевтической и ортопедической стоматологии. – М: Медицина, 1980.–270с.

б) наукова література

1. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области: Руководство для врачей /П.З. Аржанцев, В.А. Виссарионов, Б.Н. Давыдов и др.; Под ред. А.И. Неробеева, Н.А. Плотникова.– М.:Медицина, 1997. – 228с.
2. Диагностика и лечение ранений / Под ред. Ю.Г. Шапошникова. – М.: Медицина,1984. – 340с.
3. Дубицкий А.Е. Медицина катастроф.– К.: Здоров'я, 1993.– 460 с.
4. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне, том 6., М., 1951.
5. Травмы челюстно-лицевой области /Под ред. Н.М. Александрова, П.З. Аржанцева.–М.: Медицина,1986.–448с.

в) методична література

Мілерян В.Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних ВУЗах /Методичний посібник.- Київ, 2003.-80 с.