

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

ЗАТВЕРДЖЕНО

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

**Навчальний предмет
Хірургічна стоматологія**

завідувач кафедрою

професор  **В.О.Маланчук**

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

Склав асистент Гусейнов А.Н.

Тема: № 10. Пошкодження м'яких тканин щлд у мирний час, в екстремальних умовах: класифікація, клінічний перебіг, методики хірургічної обробки ран, види швів. Надання допомоги таким пораненим на місці травми, етапах медичної евакуації з урахуванням естетики обличчя. Захист історії хвороби.

Кількість годин – 4,7 години

I. Актуальність теми: Серед механічних пошкоджень тканин щелепно-лицевої ділянки виокремлюють травми: зубів, кісток лицевого черепа – нижньої та верхньої щелепи, виличних кісток, кісток носа, та м'яких тканин. Останні складають від 1,5 до 14 % хворих. Враховуючи особливості травм щелепно-лицевої ділянки, а саме: спотворення обличчя, невідповідність зовнішнього вигляду хворого тяжкості травми, травми голови та головного мозку, непритомність та розвиток травматичного шоку, близькість життєво-важливих органів, порушення основних функцій (дихання, жування, ковтання, мовлення тощо), інфікованість рани, висока регенераторна активність тканин щлд необхідно детально вивчити клінічний перебіг пошкоджень м'яких тканин, класифікацію, методики хірургічної обробки ран, види швів у мирний час та в екстремальних умовах для надання ефективної медичної допомоги пораненим на місці травми, етапах медичної евакуації з урахуванням естетики обличчя.

II. Навчальні цілі заняття:

- знати особливості травм щелепно-лицевої ділянки ($\alpha - II$)
- знати клінічну картину, класифікацію пошкоджень м'яких тканин у мирний час та в екстремальних умовах ($\alpha - II$);
- знати методики хірургічної обробки ран, види швів ($\alpha - III$);
- знати алгоритм надання допомоги таким пораненим на місці травми, етапах медичної евакуації з урахуванням естетики обличчя ($\alpha - III$);

III. Цілі розвитку особистості (виховні цілі):

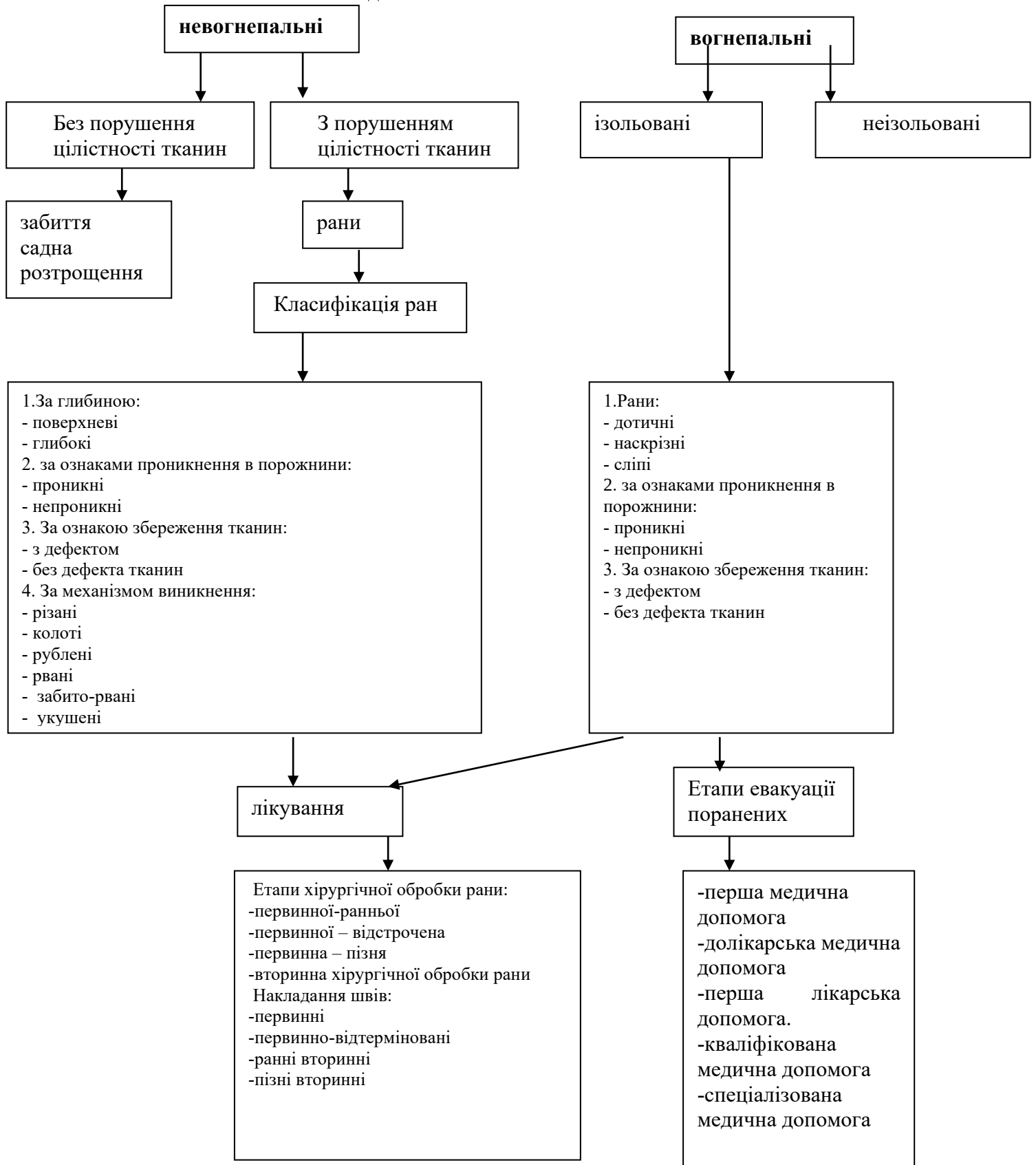
- виховання у студентів клінічного мислення та відповідальності;
- закріпити поняття медичної деонтології.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
1. Попередні (забезпечуючи вивчення теми) дисципліни <u>Нормальна анатомія</u>	Анатомічну будову кісток лицевого скелету та м'яких тканин щелеп	Визначити особливості іннервації, кровопостачання, будови щелеп
<u>Патологічна фізіологія</u>	Особливості протікання запального процесу, фази регенерації м'яких тканин	По клінічним ознакам визначити вид механічного пошкодження м'яких тканин та стадію раньового процесу.
2. Наступні дисципліни – ті, що забезпечує вивчення теми <u>Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія</u> (інтернатура, клінічна ординатура, магістратура).	Особливості етіології, патогенезу, класифікації, клінічної картини, діагностики, диференційної діагностики, методів лікування пошкоджень м'яких тканин	Поставити діагноз, скласти план додаткових обстежень та лікування хворих із пошкодженнями м'яких тканин
3. Внутрішньопредметна інтеграція (між темами даної дисципліни).	Особливості етіології, патогенезу, класифікації, клінічної картини, діагностики, диференційної діагностики, методів лікування пошкоджень м'яких тканин	Надати допомогу хворому із пошкодженнями м'яких тканин

V. Зміст теми заняття:
Графологічна структура теми

Пошкодження м'яких тканин



Розгорнутий текст змісту теми:

Невогнепальні пошкодження м'яких тканин обличчя

Серед особливостей травм щелепно-лищевої ділянки виокремлюють: спотворення обличчя, невідповідність зовнішнього вигляду хворого тяжкості травми, травми голови та головного мозку, непритомність та розвиток травматичного шоку, близькість життєво-важливих органів, виражена кровотеча, порушення функції дихання, порушення мовлення, порушення вживання їжі та жування, пошкодження слинних залоз, швидке зневоднення організму, безпорадність постраждалих, наявність зубів, зіання рани, майже всі поранення щелепно-лищевої ділянки є інфікованими, висока регенераторна активність тканин обличчя, наявність лізоциму в слині, значна вирогідність вторинних ускладнень.

Забиття м'яких тканин. Залежно від сили дії травматичного предмета виникають забиття легкого, середнього та важкого ступеня. Під шкірою пошкоджуються менш міцна підшкірна жирова клітковина, м'язи, судини, нерви. Виникає набряк тканин, гематоми, які можуть поширюватися на значні відстані та стискувати чутливі нерви, що клінічно проявляється у больовому синдромі. Гематоми та пошкоджені тканини можуть нагноюватися, що зумовлює необхідність контролю стану тканин, проведення протизапальної та симптоматичної терапії.

Розтрощення м'яких тканин. Виникає внаслідок дії значних сил, які призводять до руйнування підлеглих м'яких тканин. При цьому набряк, розмір гематом, больовий синдром, порушення локальних функцій і вплив пошкодження на загальний стан постраждалого виражені значно більше, ніж при забитті м'яких тканин, ризик виникнення місцевих запальних ускладнень також значно більший. **Садна м'яких тканин.** Для них є характерним ушкодження і втрата поверхневих шарів епідермісу з порівняно незначним пошкодженням глибше розташованих м'яких тканин. Садна покриваються кров'яним струпом і загоюються під ним шляхом крайової епітелізації, інколи через фазу нагноєння. Як правило, після загоєння садна рубців на шкірі не залишається.

Рани м'яких тканин. Рана — механічне пошкодження зовнішніх покриваючих тканин, що супроводжується порушенням їхньої цілості. Для ран є характерним пошкодження усіх шарів шкіри або слизової оболонки, кровоносних і лімфатичних судин різного калібру, нервів, фасцій, м'язів, інших прилеглих тканин і органів.

Рани класифікують: за глибиною пошкодження тканин — поверхневі (пошкоджені шкіра, підшкірна жирова клітковина, слизова оболонка) та глибокі (пошкоджені м'язи, фасції, кістки); за ознакою проникання в порожнини, рани обличчя можуть бути проникаючі (у порожнину рота, носа, додаткових порожнин носа, очну ямку) або непроникні; за ознакою збереження травмованих тканин — з дефектом м'яких тканин або без дефекту тканин; за механізмом виникнення — різані, колоті, рублені, рвані, забиті-рвані, укушені. Клінічними ознаками рани є біль, наявність ранових отворів (вхідне, вихідне) та кровотечі.

Різана рана має рівні однакової довжини краї, які після скорочення м'язів віддалені один від одного (зяюча рана). **Колота** рана за формою має вигляд предмета, яким було її завдано (лінійна, кругла, іншої або неправильної форми). Поперечний розмір рани зазвичай менший, ніж її глибина. **Забито-рвана** рана має нерівні та розтрощені краї, можливо зі значним дефектом м'яких тканин. **Рубана** рана характеризується значним за глибиною та довжиною пошкодженням тканин, частим порушенням цілості кісток обличчя, проникненням рани у порожнину рота, носа і приносових пазух. **Укушені** рани (людиною або тваринами — собакою, ласкою, щурами, конем, лисицею) розташовані в ділянках кінчика носа, вуха, підборіддя, верхньої чи нижньої губи, щоки, мають нерівні, розтрощено-рвані краї, дефекти тканин і клаптеві фрагменти.

Типова клінічна картина ран. Загальні клінічні особливості ізольованих ран м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки та ран, поєднаних з переломами кісток лицевого черепа: рани зазвичай широкі, зяють унаслідок скорочення м'язів, один кінець яких є фіксованим на кістках, а другий — фіксується до шкіри обличчя, що спричинює зоровий ефект наявності дефекту шкіри, якого насправді немає (несправжні

дефекти); масивні кровотечі (зумовлені великою кількістю кровоносних судин); слинотеча і порушення герметизму порожнини рота; утруднені вживання їжі, пиття, мовлення, ковтання; значний набряк (залежить від давнини травми) м'яких тканин шиї та утруднене дихання (можлива асфіксія); поранення гілок лицевого нерва з порушенням міміки, великих судин, слинних залоз (тому можливі слинні нориці); з'єднання порожнини рота з порожниною носа та верхньощелепною пазухою; інфікування рани ротовою рідиною; ризик запальних ускладнень, гематом, сером, некрозу м'яких тканин; значна кількість тканинних кишень і труднощі хірургічного оброблення рани; відсутність нерухомості тканин після поранення (хворий має їсти, дихати, рухати головою); ризик вторинних кровотеч; часте поєднання з пошкодженням структур головного мозку, органа зору, верхніх дихальних шляхів тощо.

Обстеження. Після діагностики загального стану постраждалого проводять зовнішній огляд рани, визначають наявність кровотечі, довжину і глибину рани, тканини стінок рани (м'язи, підшкірна жирова клітковина, слинні залози тощо) та їхній стан, наявність оголеної кістки і проникнення рани в порожнину рота, носа, інші порожнини обличчя, наявність у рані слини, сторонніх тіл, забруднення, ознак запалення, некрозу.

Диференціальна діагностика ран обличчя є необхідною в тих випадках, коли передбачається можливість одночасного пошкодження м'яких тканин і кісток лицевого черепа. Тоді застосовують окрім місцевого огляду пальпаторне і рентгенографічне дослідження стану кісток, КТ тощо.

У діагнозі вказують: вид рани, її локалізацію або ушкоджений орган, наявність інфікування або запального процесу в прилеглих до рани тканинах, наявність справжнього дефекту м'яких тканин тощо.

Лікування ран м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки передбачає насамперед спинення кровотечі, запобігання асфіксії та інфекції, боротьбу з травматичним шоком (якщо є їх прояви) і якнайшвидше закриття рани. Водночас проводять профілактику правця, сказу (при укушених ранах).

Загоєння ран м'яких тканин лица перебігає типовим чином через такі основні (патоморфологічні) фази ранового процесу:

- 1) фаза запалення, або ексудативна, — припинення кровотечі й очищення рани від мікрофлори, пошкоджених структур (фаза очищення);
- 2) фаза проліферації — розвиток грануляційної тканини (фаза грануляції);
- 3) фаза епітелізації, диференціації — визрівання грануляцій, утворення рубця й епітелізації.

З точки зору клінічних потреб, враховують дві основні фази перебігу ран — фазу гідратації (збільшення набряку і об'єму тканин) і фазу дегідратації (фаза зменшення набряку тканин, загоєння рани). Відповідно до цього призначають основні медикаментозні та лікувальні засоби і методи.

Лікування ран м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки проводять згідно із загальними положеннями, які прийняті в хірургії, але враховують анатомофізіологічні особливості щелепно-лицевої ділянки.

Головним завданням лікування ран є якнайшвидше їх закриття та відновлення ізоляції внутрішнього середовища організму від зовнішнього.

Основним принципом лікування всіх ран є їх *первинна хірургічна обробка*, яка може бути ранньою (у перші 24 год після травми), відстроченою (24—48 год після травми, за умови ізоляції рани від зовнішнього середовища, приймання протизапальних засобів), пізньою (більше ніж 48 год після травми за умови приймання антибіотиків).

Метою первинної хірургічної обробки рани є забезпечення можливості загоєння рани первинним натягом. Для цього проводять максимальне очищення рани від інфекції, зниження можливості розвитку запального процесу шляхом видалення субстрату для цього — загинблих та нежиттєздатних тканин, створення умов для надійного відтоку ранового ексудату, відновлення будови анатомічних структур та їх функціональних властивостей, запобігання (по можливості) розвитку деформацій обличчя. За наявності можливостей і незначних справжніх дефектів м'яких тканин обробку ран проводять з елементами місцевої пластики м'якими

тканинами.

Якщо в рані виникли процеси запалення, некрозу і відторгнення тканин, то можна виконати *вторинну хірургічну обробку* (ревізію, некректомію і дренування) рани, яку провадять у різні терміни після поранення, і після очищення рани накласти згодом вторинні шви.

Для якнайшвидшого закриття і загоєння ран їх ушивають. Накладають шви пошарово, без надмірного стягування тканин, щоб не змістити в неправильне положення прилеглі анатомічні утворення, вузли зав'язують з помірною силою. Рану зазвичай дренують на декілька діб і призначають протизапальну терапію тощо.

Шви, які накладають на рану з різними морфологічними особливостями і в різні терміни після поранення, мають відповідні назви:

- 1) первинний шов накладають при первинній, ранній та пізній хірургічній обробці ран у терміни до 2 діб після поранення;
- 2) первинно-відтермінований шов накладають після хірургічної обробки рани до появи грануляцій через 5—6 діб після травми;
- 3) ранній вторинний шов накладають, коли в рані є грануляційна тканина, але немає процесу рубцювання, на 2-му тижні після хірургічної обробки рани;
- 4) пізній вторинний шов накладають на рану, в якій є рубцева тканина, після її висічення, через 3—4 тиж. після травми.

Така їх класифікація прийнята на підставі великого досвіду радянської військової медицини у Великій Вітчизняній війні вченою медичною радою Головного військово-медичного управління Червоної Армії в 1943 р. і нині є загальноприйнятими.

Загальна методика первинної хірургічної обробки ран. До особливостей хірургічної обробки ран обличчя належать: економне висічення країв рани, обмеження додаткових розрізів для ревізії тканинних кишень рани, надійний гемостаз, застосування прийомів первинної пластики за наявності справжніх дефектів тканин, дренування рани.

Приблизна черговість оперативних дій: обробка операційного поля антисептиками, знеболювання (місцеве, загальне, комбіноване), ревізія рани і пошук тканинних кишень, гемостаз (накладання затискача на артерію, що кровоточить, або прошивання артерії в рані, на протяжності), обробка рани антисептиками, висічення некротичних і нежиттєздатних тканин (у зоні молекулярного струсу), пошарове ушивання однакових тканин і дренування рани, ушивання шкіри (починають з відновлення природних отворів обличчя), накладання асептичної (стисної) пов'язки.

За наявності несправжніх дефектів тканин краї рани тільки зближують і ушивають. За наявності малих дефектів м'яких тканин краї рани також зближують і ушивають, інколи виконують незначні за обсягом місцеві пластичні операції, але якщо є достатня кількість місцевого пластичного матеріалу, що дозволяє без порушення будови, функції та естетичного вигляду прилеглих до рани анатомічних структур закрити рану під час її первинної хірургічної обробки.

Справжні дефекти м'яких тканин при ранах обличчя значної величини зазвичай не вдається усунути під час проведення первинної хірургічної обробки, бо насильне стягування та переміщення прилеглих до рани тканин призводить до виникнення додаткових вторинних деформацій, порушення вигляду і функцій тканин обличчя. У таких випадках залишають дефект таким, яким він є, і накладають між шкірою обличчя та слизовою

оболонкою порожнини рота обвивні шви.

Це дає змогу закрити рану, запобігти небажаному запальному процесу і надмірному рубцюванню, зберегти фізіологічне положення тканин та залишки їхніх функцій, а потім усунути дефект у плановому порядку, коли ризик ускладнень буде значно меншим

При пошаровому ушиванні ран виконують зазвичай класичні вузлові шви та дренування рани. Але якщо внаслідок набряку краї рани розійшлися, змістилися і немає можливості закрити рану звичайними швами, застосовують пластинкові шви, які дають змогу це зробити.

Пластинкові шви виконують кілька функцій: 1) утримують клапті тканин в правильному

положенні; 2) запобігають їхньому зміщенню; 3) розвантажують шви, зменшують тиск ниток на тканини і запобігають можливому прорізуванню швів; 4) направляють переміщення клаптів у правильне положення у міру зменшення набряку тканин.

Після ушивання ран призначають загальну медикаментозну терапію — протизапальну, антибактеріальну, гіпосенсибілізуювальну, загальнозміцнюювальну, симптоматичну, за показаннями — фізіотерапію.

Якщо в рані розвинувся запальний процес, рану ведуть відкритим способом до стихання запалення та очищення рани, бажано до появи грануляційної тканини (у ділянці природних отворів обличчя — ніздрі, ротова і очна щілина, шви намагаються зберігати). Після очищення рани можна накладати на неї вторинні шви. Показаннями до накладання вторинних швів на гнійну рану є її стан при компенсованому задовільному загальному стані постраждалого (М.И. Кузин, Б.М. Костюченко, 1990):

1. Якісне очищення рани від некротичних та нежиттєздатних тканин.
2. Відсутність вираженої запальної реакції шкіри і прилеглих до рани тканин.
3. Можливість зіставлення країв рани без вираженого їх натягу.

Протипоказаннями до накладання вторинних швів на гнійну рану є її стан при задовільному статусі хворого (М.И.Кузин, Б.М.Костюченко, 1990):

1. Неможливість проведення адекватної хірургічної обробки рани, наявність в рані некротичних і нежиттєздатних тканин.

2. Наявність явних змін запального характеру в тканинах навколо рани.

3. Дефіцит тканин і значний натяг тканин при зведенні країв рани.

Закриття рани швами значно скорочує перебіг фаз і терміни загоєння ран, зменшує всмоктування токсинів і втрату рідини, білків, забезпечує кращі косметичні та функціональні результати порівняно із загоєнням ран вторинним натягом. Водночас зменшується ризик вторинного інфікування хворого.

Загоєння ран відбувається по-різному:

1) первинне загоєння рани (первинним натягом) спостерігається переважно у свіжих ранах без дефектів тканин і без виражених запальних явищ, після ретельної первинної хірургічної обробки рани і накладання первинного шва;

2) затримане первинне загоєння відзначається переважно в інфікованих ранах після їх очищення, але без розходження країв рани, переважно після виконання первинного відтермінованого шва, вторинного шва;

3) вторинне загоєння ран — після розходження країв рани, очищення рани від нагноєнь і виникнення грануляційної тканини, яка після загоєння перетворюється на рубцеву тканину, а рана загоюється внаслідок крайової епітелізації;

4) епітеліальне загоєння, загоєння під струпом, або регенерувальне загоєння відбувається у локальних поверхневих ранах у межах епідермісу, коли над ранною формується струп із фібрину.

Після загоєння ран формується атрофічний, гіпертрофічний або келоїдний рубець, вид і характеристики якого залежать від ряду факторів — наявності справжнього дефекту тканин і ступеня натягу країв рани, ретельності адаптації шарів рани і її країв, типу сполучної тканини постраждалого, якості кровообігу в тканинах, типу загоєння тощо.

ВОГНЕПАЛЬНІ РАНИ М'ЯКИХ ТКАНИН ОБЛИЧЧЯ, КІСТОК ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА. ПОЄДНАНІ ПОШКОДЖЕННЯ Особливості вогнепальної рани

Вогнепальні ураження тканин живого організму мають суттєві відмінності порівняно із невогнепальною механічною травмою. Зокрема, при них завжди порушується цілість шкіри або слизових оболонок (покривних тканин), спостерігається кровотеча, дефект тканин, часто виникає інфікування тканин, окрім ранового дефекту (каналу)

утворюється зона бічних ушкоджень, сила механічного та гідродинамічного удару передається і поширюється (по кістках та кровоносним судинам) на великі відстані від місця прямого ушкодження, у тому числі на головний мозок і його оболони, серце та інші життєво важливі структури.

Завдяки цим механізмам прикладена сила ушкоджує різні тканини на значній відстані від місця входження травмівного снаряда в тіло, що зумовлює значно тяжчий стан пораненого, ніж при не-вогнепальних механічних травмах. Так, короточасне підвищення тиску крові в судинах головного мозку спричинює знепритомнення, подальший струс або забій мозку і гіпертензійний синдром. Підвищений тиск крові в судинах серця може призвести до порушень його функції тощо.

Вторинні патогенетичні наслідки у вигляді, наприклад, непритомного стану пораненого може призвести до захлинання кров'ю, слиною та спричинити загибель постраждалого навіть при не летальному пораненні.

ВОГНЕПАЛЬНІ РАНИ М'ЯКИХ ТКАНИН ОБЛИЧЧЯ

Вогнепальні поранення м'яких тканин обличчя виникають як під час військових дій, так і в мирний час. Вони можуть бути ізольованими (близько 70 % поранених), а також супроводжуватися пошкодженням кісток лицевого черепа (близько 30 % поранених). Це співвідношення дещо змінюється при різних видах бойових дій — у період Великої Вітчизняної війни у наступі частіше уражались м'які тканини, а в обороні — вогнепальні поранення кісток лицевого черепа.

Виділяють такі вогнепальні рани щелепно-лицевої ділянки:

дотичні — найлегші за перебігом, клінічно відзначають один рановий канал, власне поверхневу рану;

1) наскрізні - їх спричинюють травмівні снаряди з великою кінетичною енергією, вони є найтяжчі за перебігом, у них є вхідний і вихідний отвори, краї рани розкриті, при них частіше виникають дефекти тканин у ділянці переважно вихідного отвору;

2) сліпі — виникали у 46 % поранених в період Великої Вітчизняної війни, їх спричинюють осколки (89 %) та кулі (11 %), клінічно на шкірі визначається тільки вхідний отвір, і при зондуванні можна знайти стороннє тіло, кулю або осколок, які застрягли в тканинах.

По відношенню до площин, за якими визначають напрямок руху травмівного снаряда, хід ранового каналу класифікують як поперечний, вертикальний, сагітальний, косий.

Рани м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки можуть проникати у порожнини рота і носа, приносіві пазухи (проникні рани), або не проникати в ці порожнини (непроникні рани).

Рани відзначають із наявністю втрати м'яких тканин, тобто із справжніми дефектами, рідше спостерігаються без втрати тканин (несправжні дефекти), але краї ран розходяться внаслідок скорочення мімічних м'язів, набряку м'яких тканин, і тоді рана зіяє, що створює враження про наявність дефекту.

Шари вогнепальної рани є типовими: рановий канал (дефект тканин), зона крайового некрозу, зона молекулярного струсу тканин (зона подальших некрозів тканин), зона судинних порушень.

При зміні положення тіла після поранення виникає феномен девіації (викривлення, зсуву, зміщення) вісі ранового каналу, коли подальший його хід не можна прогнозувати по початковій частині каналу (мал. 81).

Виникають вогнепальні рани обличчя в різних його ділянках, які відрізняються за анатомо-фізіологічними характеристиками, що впливає на клінічний перебіг ран. Тому рани розрізняють за їх локалізацією, а саме:

1. Губи та навколоротова ділянка — рани в цій ділянці спричинюють швидкий набряк, рани зіяють, бо тут багато мімічних м'язів, з ротової порожнини витікає слина та їжа, що зумовлює мацерацію шкіри, мовлення змінене, вживання їжі утруднене.

2. Бічні відділи обличчя — тут виникають глибокі рани, практично завжди ушкоджується слинна залоза й лицевий нерв, проявляються ознаки периферійного паралічу гілок або всього лицевого нерва, з рота витікає слина, через нижню повіку — сльоза, у цій ділянці гірше відбувається регенерація тканин, можливий розвиток значної кровотечі і слинної норичі.

3. Ділянка носа — вогнепальні поранення цієї ділянки дуже різноманітні: від відсутності дефекту тканин або часткового дефекту носа із значним збереженням його форми до повної відсутності носа, що зумовлює значне спотворювання обличчя постраждалого, але функція дихання при такому пораненні порушується незначно.

4. Підщелепна ділянка — при пораненні місцевих м'яких тканин виникає їх швидкий набряк, гематоми, можливим є розвиток запального процесу, нагноєння рани, а якщо є ушкодження під'язикового (п.Вір0£108ш), то це спричинює дисфункцію язика.

5. Поранення язика — клінічна картина поранення залежить від характеру пошкодження язика, що може бути від саден до повного відриву язика травміним набоем, осколками зубів, зубних протезів. З рани буде значна кровотеча, і тому є ризик розвитку аспіраційної асфіксії, значної крововтрати та набряку з подальшим розвитком асфіксії обтураційної або стенотичної.

6. Поранення шиї — набряк виникає дуже швидко і може бути значних розмірів, спричинити звуження верхніх дихальних шляхів, дихання утруднюється і є можливим виникнення стенотичної асфіксії внаслідок набряку або внутрішньотканинної гематоми.

Хірургічна обробка вогнепальних ран щелепно-лицевої ділянки

Лікування вогнепальних ран є досить складним завданням з огляду на тяжкість поранень, значне травмування тканин і їх бактеріальне забруднення, часті ускладнення запального характеру і понівечення обличчя. Досвід військово-польової хірургії під час Великої Вітчизняної війни дозволив сформулювати такі основні положення військово-медичної доктрини щодо лікування вогнепальних ран, що значно поліпшило результати:

1. Усі вогнепальні поранення є первинно бактеріально забрудненими.

2. Єдиним надійним методом запобігання розвитку інфекції в рані є якнайшвидша рання хірургічна обробка рани.

3. Ранньої хірургічної обробки ран 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.

Утім, існує й інша думка, що не всі рани є первинно бактеріально забрудненими, бо куля має температуру в польоті до 150—200 °С, тобто вона є практично стерильною. При потрапленні кулі в ділянку тіла, не закритої одягом і наскрізних пораненнях виникає вторинне мікробне забруднення рани мікрофлорою шкіри, тому рани такого типу не потрібно висікати, а для запобігання розвитку інфекційного запалення слід проводити загальну (антибіотики) і місцеву (у рану — тампони з мазями відповідно до фаз перебігу ранового процесу) терапію (М.Б. Швирков).

Первинна хірургічна обробка ран: рання (у 1-у добу після поранення), відгермінована (через 24—48 год) або пізня (пізніше ніж 48 год після травми). В останніх випадках пораненому відразу призначають антибіотики, які стримують розвиток у рані запального процесу і дають можливість провести первинну обробку рани пізніше. Однак завжди потрібно дотримувати класичного правила, що «ніж хірурга повинен обігнати інфекцію».

Тож, первинна обробка рани має бути: ранньою, одночасною (обробити всі ушкоджені структури), повною (провести з тканинами всі необхідні дії), остаточною (передбачити та запобігти можливим ускладненням після операції).

Завдання первинної хірургічної обробки рани: 1) видалити з рани всі некротичні тканини, (доступні) сторонні предмети, осколки зубів і кісток; 2) остаточно спинити кровотечу; 3) видалити тканини, які можуть некротизуватися пізніше; 4) ізолювати проникні рани від анатомічних порожнин; 5) відновити природні отвори обличчя (очна і ротова щілина, ніздрі); 6) при справжніх дефектах м'яких тканин не змістити їх, а накласти обвивний шов (зшити шкіру зі слизовою оболонкою порожнини рота, а дефект залишити до загоєння рани й наступного лікування); 7) ушити рану.

Обробка ран на обличчі має особливості. Завдяки високому регенераторному потенціалу тканин максимальне збереження тканин, оскільки їх втрата на обличчі призводить до його понівечення і порушення важливих функцій.

Для ушивання ран відповідно до виду їх первинної хірургічної обробки використовують різні шви: 1) первинний глухий шов — на свіжу рану; 2) первинний не глухий шов — на свіжу рану при вірогідності запальних ускладнень; 3) первинний відстрочений шов — на рану давністю до 2—4 діб за умови попереднього приймання антибіотиків; 4) ранній вторинний глухий шов — на гранулюючу поверхню рани без вираженої ексудації; 5) пізній вторинний шов — на рану з наявністю грануляційної тканини і рубців.

Пластинкові шви. Окрім класичних швів, для закриття рани м'яких тканин використовують пластинкові, які виконуються ниткою, опорними нашкірними пластинками та рухомими по нитці фіксаторами, які стискають нитку. Пластинкові шви використовують за неможливості внаслідок значного набряку м'яких тканин звести краї рани і закрити її повністю вузловими швами.

Ці шви виконують такі функції: 1) утримують м'які тканини на місці і запобігають подальшому розходженню в сторони країв рани (утримувальні шви); 2) зменшують тиск швів на рану і запобігають прорізуванню швів (розвантажувальні шви); 3) направляють клапті м'яких тканин у потрібному напрямку (направляючі шви); 4) зближують краї рани у міру зменшення набряку м'яких тканин (зближувальні шви).

Вочевидь, крім зазначеного, постійний вплив на м'які тканини пластинковими швами призводить до деякого подовження-розтягування цих тканин, що сприяє зменшенню наявного справжнього дефекту шкіри і м'язів.

Знеболювання при первинній хірургічній обробці вогнепальних ран обирають із урахуванням загального та місцевого статусу пораненого. Більш ефективним є комбіноване використання місцевого інфільтраційного, провідникового або центрального знеболювання із загальним — внутрішньовенним або інгаляційним. Для зниження ризику розвитку місцевих запальних ускладнень у знеболювальний розчин для інфільтраційного знеболювання можна додавати антибіотики, що поліпшує загоєння рани.

Типова послідовність первинної хірургічної обробки вогнепальних ран щелепно-лицевої ділянки є такою. Спочатку обробляють операційне поле і рану, виконують знеболювання і гемостаз, потім ретельно ревізують рану і визначають її розміри, конфігурацію, глибину, пошкоджені тканини, наявність тканинних кишень, проникність в анатомічні порожнини. Після цього висікають некротичні та нежиттєздатні тканини, розкривають тканинні кишень для створення кращих умов для відтоку ранового ексудату.

Ушивати рани починають із відтворення анатомії природних анатомічних отворів — ротової та очної щілини, ніздрів, для чого використовують наявні клапті прилеглих тканин. Потім ушивають ділянки сполучення рани, якщо вона проникна, із прилеглими анатомічними порожнинами для ізоляції ранової порожнини від порожнини рота, носа, інших приносних пазух, чим зменшують інфікування рани ротовою рідиною, слизом носа. Наступні етапи — пошарове ушивання тканин з дренажуванням рани.

Якщо пошкоджені вивідні протоки слинних залоз, то в периферійну частину протоки вводять трубку-катетер, виводять її в рану, потім з рани вводять трубку в центральний відрізок протоки і протоку зшивають на цій трубці, яку залишають у протоці на 7—10 діб, до загоєння рани. Аналогічно на катетері зшивають і пересічені слюзові протоки.

Пошкоджені слинні залози ретельно ушивають прилеглими м'якими тканинами, а після операції для запобігання виникненню слинних нориць призначають спеціальну щадну дієту.

Вторинна хірургічна обробка ран показана за наявності розходження країв рани внаслідок запального процесу, некрозу тканин, які залишилися не видаленими під час первинної хірургічної обробки рани, вторинних кровотеч, виявлення в рані не видалених раніше сторонніх тіл, секвестрів, необхідності ізолювати рану від прилеглих анатомічних порожнин, потреби поліпшити положення м'яких тканин для відновлення важливих функцій та естетичного вигляду обличчя тощо.

Проводять її тільки після закінчення гострої фази запального процесу, відсутності вираженої гнійної ексудації та наявності грануляційної тканини, а також процесів рубцювання і крайової епітелізації ранової поверхні.

Зазвичай вторинна хірургічна обробка рани є менш травматичним та широким втручанням, ніж первинна, тому знеболювання обирають типовим чином відповідно до клінічних умов.

Гемостаз та видалення сторонніх тіл проводять за класичною технікою, але, якщо при вторинній кровотечі тканини в рані не утримують гемостатичні шви, то переходять до перев'язки артерії на протязі. Потім видаляють зайві ділянки грануляційної тканини, рубцеву тканину, адаптують краї рани і всі клапті шкіри, за необхідності виконують пластичні втручання і рану поширово ушивають адекватними швами.

Післяопераційний період ведуть типовим чином.

Можливим ускладненням запобігають ретельним виконанням всіх етапів оперативного втручання, адекватним веденням хворого після операції — призначенням протизапальної та інших видів терапії.

Система етапного лікування з евакуацією за призначенням

Ця система передбачає наявність п'яти етапів медичної евакуації, між якими розподілені медичні заходи з надання допомоги.

1) 1-й етап — перша медична допомога.

Надається на полі бою протягом 1 год після поранення. Її мета — запобігання безпосередній загрозі смерті пораненого, тому що більше половини поранених у щелепно-лицеву ділянку гинули на полі бою від кровотечі.

Її обсяг і черговість надання: звільнення пораненого з-під різних завалів (цегли, дерев тощо), гасіння палаючого одягу, очищення верхніх дихальних шляхів, накладення на рану пов'язки або тугої пов'язки (якщо кровотеча, то притиснути сонну артерію до поперекового відростка VI—VII шийного хребця), надягти пораненому протигаз — ШПГ (шолом для поранених у голову), ввести внутрішньом'язово шприц-тюбиком антибіотики й анальгетики, напоїти пораненого (бо він втрачає багато рідини — кров, слина та ін.), ввести внутрішньом'язово антидоти (при хімічному ураженні), покласти його обличчям донизу, язик зафіксувати шпилькою або іншим чином для запобігання його западанню, перенести пораненого в укриття, вийти з поля бою на пункт збору поранених (вони розташовані на відстані до 500 м від місця бою в укритті)

2-й етап — долікарська медична допомога.

Вона надається в медичному пункті батальйону фельдшером або лікарем і спрямована на: підтримку діяльності життєво важливих органів і систем організму, профілактику ранової інфекції, профілактику асфіксії шляхом надійної фіксації язика. Потрібно вдруге ввести постраждалому антибіотики, антидоти, зігріти і напоїти його. У медичному пункті батальйону є для цього достатньо комплектів перев'язувального матеріалу та медикаменти.

Після надання допомоги проводять медичне сортування і визначають черговість евакуації поранених.

3-й етап — перша лікарська допомога.

Її надають у медичному пункті полка. Склад: 1 начальник, 2 лікаря загального профілю, 1 стоматолог, 3 фельдшери, 1 начальник аптеки, 2 медичні сестри, 3 санітарні інструктори, 1 дозиметрист, 4 санітари, 1 кухар, 3 водії.

Медичне сортування — це розподіл поранених і хворих по групах відповідно до характеру поранення або захворювання, які мають потребу в однорідних лікувально-евакуаційних заходах.

IV — легкопоранені — їх повертають у свій військовий підрозділ;

V — агонуючі поранені, їх спрямовують в окремих намет і там проводять паліативне лікування.

До невідкладних заходів першої лікарської допомоги, які проводять на медичному пункті полка відносять: спинення зовнішньої кровотечі (тампонада, стискання рани й накладання пов'язки, прошивання судин у рані і на протязі); усунення асфіксії всіх видів (можлива трахеотомія); проведення протишокових заходів (шок був у 2,6—11,6 % поранених у період Великої Вітчизняної війни, причина шоку — прогресуюча крововтрата, ураження життєво важливих органів, гостра ранова інфекція), здійснення транспортної іммобілізації при переломах щелеп і рваних ранах м'яких тканин обличчя; виправлення неправильно накладених і сильно промоклих пов'язок; введення антибіотиків, серцевих і знеболювальних засобів; проведення новокаїнової блокади при вогнепальних переломах щелеп; введення правцевого аноксину при відкритих і забруднених ушкодженнях щелепно-лицевої ділянки; угамування спраги і зігрівання пораненого; заповнення первинної медичної картки (мал. 88); підготовка пораненого до евакуації.

До заходів першої лікарської допомоги, які можна відкласти, відносять: усунення недоліків надання першої медичної допомоги; заміна пов'язок при забрудненні ран; проведення новокаїнових блокад при пораненнях середнього ступеня тяжкості; введення серцевих препаратів і проведення оксигенотерапії при пораненнях, ураженнях і захворюваннях середнього ступеня тяжкості; введення антибіотиків при відкритих пораненнях і опіках, а також сироватки для профілактики анаеробних інфекцій.

З наведеного переліку заходів першої лікарської допомоги видно, що головним завданням цього виду медичної допомоги є проведення заходів, спрямованих на усунення загрозливих для життя ускладнень, поранень і ушкоджень, а також на профілактику запальних ускладнень і забезпечення подальшої евакуації. Допомога повинна бути надана не пізніше 5 год з моменту поранення.

4-й етап — кваліфікована медична допомога

Вона має бути наданою в перші 10—12 год з моменту травми; надають її в окремому медичному загоні або окремому медичному батальйоні, де є хірург-стоматолог. Тривалість лікування постраждалих в окремому медичному батальйоні — до 10—15 діб.

Хірургічна допомога надається за життєвими показаннями: шок, кровотеча, крововтрата, асфіксія; необхідність остаточного спинення кровотечі, перев'язка судини в рані, на протязі; виправлення транспортної іммобілізації й пов'язок; введення антибіотиків й антидотів усередину; угамування спраги й годування поранених.

Евако-транспортне сортування:

1) легкопоранені становлять 30—35 %, їх направляють у госпіталь для легко поранених. Евакуацію проводять у положенні сидячи, тривалість їхнього лікування в госпіталі до 10—15 діб;

2) поранені середньої тяжкості й тяжкі становлять 60—65 % від кількості поранених, їх потрібно евакуювати в положенні лежачи, під контролем медичного персоналу.

5-й етап — спеціалізована медична допомога

Її надають на госпітальній базі фронту, в тилу країни. Сюди поранені поступають на 2-у—3-ю добу з моменту поранення. Легкопоранених направляють у відповідний госпіталь, а поранених середньої тяжкості й тяжких, які потребують лікування терміном до 2 міс. — у спеціалізований хірургічний госпіталь для лікування поранених у голову, шию, де є все

необхідне для надання допомоги пораненим у щелепно-лицеву ділянку (комплекти обладнання і зубо-технічна лабораторія).

Але відповідно до умов військово-медичної обстановки допускається порушення послідовності надання медичної допомоги, а також зміна виду й обсягу медичної допомоги, оскільки вид військових дій і кількість поранених суттєво впливає на роботу медичних підрозділів. Так, коли війська в наступі і медичні заклади є стабільними, медична допомога надається у повному, і навіть збільшеному обсязі. Коли війська в обороні і медичні заклади є нестійкими, обсяг медичної допомоги скорочується і поранених потрібно швидше евакуювати «від себе». Коли війська в оточенні і подальша військова обстановка невідома, медичну допомогу пораненим надають за наявними обставинами, але бажано в повному обсязі.

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 (у хвиликах)
1	2	3	4	5	6
1	ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП <u>Організаційні заходи</u> <u>Постановка навчальних цілей та мотивація</u>				1-5 хв.
2		— <u>Актуальність теми:</u> Серед механічних пошкоджень тканин щелепно-лицевої ділянки виокремлюють травми: зубів, кісток лицевого черепа – нижньої та верхньої щелепи, виличних кісток, кісток носа, та м'яких тканин. Останні складають від 1,5 до 14 % хворих. Враховуючи особливості травм щелепно-лицевої ділянки, а саме: спотворення обличчя, невідповідність зовнішнього вигляду хворого тяжкості травми, травми голови та головного мозку, непритомність та розвиток травматичного шоку, близькість життєво-важливих органів, порушення основних функцій (дихання, жування, ковтання, мовлення тощо), інфікованість рани, висока регенераторна активність тканин щдд необхідно детально вивчити клінічний перебіг пошкоджень м'яких тканин, класифікацію, методики хірургічної обробки ран, види швів у мирний час та в екстримальних умовах для надання ефективної медичної допомоги пораненим на місці травми, етапах медичної евакуації з урахуванням естетички обличчя. - знати особливості травм щелепно-лицевої ділянки ($\alpha - II$) - знати клінічну картину, класифікацію пошкоджень м'яких тканин у мирний час та в екстримальних умовах ($\alpha - II$); — знати методики хірургічної обробки ран, види швів ($\alpha - III$); - знати алгоритм надання допомоги таким пораненим на місці травми, етапах медичної евакуації з урахуванням естетички обличчя ($\alpha - III$);			

3	<u>Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь:</u> 1. Особливості травм щелепно-лицевої ділянки 2. Статистика пошкоджень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки 3. Клініка та класифікація пошкоджень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки 4. Методики хірургічної обробки ран, види швів. 5. Алгоритм надання допомоги хворим із пошкодженням м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки на місці травми, етапах медичної евакуації з урахуванням естетики обличчя	I II II II III III IV III IV III III III	Експрес опитування, бесіда, частково прицільне опитування. Індивідуальне прицільне опитування. Індивідуальні письмові завдання. Рішення типових ситуаційних задач. Тестування. Рішення типових та нетипових ситуаційних задач.	Таблиці, муляжі, слайди, препарати. Орієнтовні питання. Типові ситуаційні задачі, тести II рівня. Типові та нетипові ситуаційні завдання, тести II рівня.	25 хв.
4	<u>ОСНОВНИЙ ЕТАП Формування професійних вмінь та навичок:</u> 1. Самостійний прийом та курація хворих у хірургічному відділенні стоматологічній поліклініці та щелепно-лицевому стаціонарі. 2. Діагностування виду пошкодженням м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки 3. Визначення методу лікування	III III III	Практичний тренінг. Нетипові клінічні задачі, алгоритми, інструкції. Тестування. Професійний тренінг. Самостійна курація хворого.	Хворі, хірургічний інструментарій, лікарські препарати, амбулаторні та стаціонарні медичні картки, рентгенограми хворих, результати додаткових методів дослідження пацієнтів, алгоритми, нетипові ситуаційні завдання. Тести III рівня.	80 хв.

	(проведення хірургічної обробки ран, накладання швів) 4. Оформлення медичної документації хірурга-стоматолога	III III III		Інструкції, імітаційні завдання.	
5.	<u>ЗАКЛЮЧНИЙ ЕТАП</u> <u>Контроль та корекція рівня професійних вмінь та навичок.</u>	III	Індивідуальний контроль навичок та їх результатів	Хірургічний інструментарій, лікарські препарати, амбулаторні та стаціонарні медичні картки, рентгенограми хворих, результати додаткових методів дослідження пацієнтів, нетипові ситуаційні завдання. Тести III рівня. Інструкції, імітаційні завдання.	25 хв.
6	<u>Підведення підсумків практичного заняття.</u>	IV	Аналіз та оцінка результатів клінічної та теоретичної частини заняття, рішень нетипових задач, тестовий контроль III рівня		
7	<u>Домашнє завдання</u> (основна і додаткова література по темі).			Орієнтована карта для самостійної роботи з літературою за наступною темою.	

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

VII.1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття (питання):

Контрольні питання (I рівень)

1. Особливості травм щелепно-лищевої ділянки
2. Статистика пошкоджень м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки
3. Клініка та класифікація пошкоджень м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки
4. Методики хірургічної обробки ран, види швів.
5. Алгоритм надання допомоги хворим із пошкодженням м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки на місці травми, етапах медичної евакуації з урахуванням естетики обличчя.

Тести I рівня:

Знайдіть одну правильну відповідь

1. Fovea pterygoidea це місце прикріплення:
 - A. Зовнішнього крилоподібного м'яза ;
 - B. Внутрішнього крилоподібного м'яза;
 - C. Сконевого м'яза;
 - D. Шиловидного м'яза;
 - E. Жувального м'яза;
2. М'яз, що піднімає нижню щелепу:
 - A. Щелепно-під'язиковий;
 - B. Сконевий;
 - C. Підборідньо-язиковий;
 - D. Двочеревцевий;
 - E. Підборідньо-під'язиковий;
3. Виличний нерв II гілки трійчастого нерву з'являється у очниці через:
 - A. Круглий отвір;
 - B. Овальний отвір;
 - C. Верхню щілину очниці;
 - D. Нижню щілину очниці;
 - E. Рваний отвір;
4. Вартоновою протокою називають:
 - A. Протоку привушної залози;
 - B. Протоку піднижньощелепної залози;
 - C. Загальну протоку під'язикової залози;
 - D. Малу протоку під'язикової залози;
 - E. Малу протоку піднижньощелепної залози;
5. Через яку щілину підсконева ямка сполучається з крилопіднебінною:
 - A. Верхню щілину очниці;
 - B. Нижню щілину очниці;
 - C. Крило-верхньощелепну
 - D. Шило-сосцевидний отвір
 - E. Овальний отвір
6. Через який отвір лицевий нерв виходить з порожнини черепа :
 - A. Овальний отвір
 - B. Круглий отвір
 - C. Шило-сосцевидний отвір
 - D. Верхню щілину очниці;

- Е. Нижню щілину очниці;
7. Назвіть гілки лицевого нерва, що входять до «великої гусинної лапки»:
- А. лобна, щічна
 - В. Сконева, вилицева, щічна
 - С. Сконева, вилицева, щічна, крайова гілка нижньої щелепи
 - Д. Сконева, вилицева, щічна, крайова гілка нижньої щелепи, шийна
 - Е. Вилицева, щічна, крайова гілка нижньої щелепи, шийна
8. Назвіть судини, які кровопостачають нижню щелепу :
- А. внутрішня щелепна артерія, артерія крилоподібного м'язу, поперечна артерія лица, артерія жувального м'язу, нижнєальвеолярна артерія, щелепно-підязична артерія, зовнішня щелепна артерія, язична артерія
 - В. артерія жувального м'язу, нижнєальвеолярна артерія, щелепно-підязична артерія
 - С. зовнішня щелепна артерія, язична артерія
 - Д. артерія жувального м'язу, нижнєальвеолярна артерія
9. Назвіть м'язи, що підіймають нижню щелепу:
- А. Жувальний м'яз, сконевий м'яз ;
 - В. Сконевий м'яз, двочеревцевий м'яз;
 - С. Медіальний крилоподібний, жувальний м'яз ;
 - Д. Латеральний крилоподібний, жувальний м'яз, сконевий м'яз, медіальний крилоподібний;
10. Який м'яз кріпиться до суглобового відростка;
- А. Жувальний м'яз;
 - В. Сконевий м'яз;
 - С. Медіальний крилоподібний;
 - Д. Латеральний крилоподібний;

Тести II рівня
КОНТРОЛЬНА КАРТА

" Етапи медичної евакуації та зміст надання медичної допомоги пораненим "

Який різновид оказання допомоги	Очищення верхніх дихальних шляхів, введення антикоагулянтів та	Накладання на рану тугої повязки	Надягти пораненому	Профілактика асфіксії, раньової інфекції, повторне	Заміна повязок при забрудненні ран	Проведення новокаїнових блокад	Введення серцевих препаратів та оксигенотерапії, введення	Остаточне спинення кровотечі, перев'язка сулин	Виправлення транспортної інвентаризації	Безпосередні оперативні втручання у спеціалізованих лікарських закладах
перша медична допомога										
долікарська медична допомога										
перша лікарська допомога.										
кваліфікована медична допомога										
спеціалізована медична допомога										

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 хірургічного стоматологічного хворого	В ході обстеження виявити: 1.Скарги пацієнта; 2.Особливості анамнезу захворювання; 3.Особливості анамнезу життя; 4.Патологічні зміни покривних тканин щелепно-лицевої ділянки; ицевої ділянки; 5.Патологічні зміни кісток щелепно-лицевої ділянки 6.Патологічні зміни твердих тканин зубів; 7.Патологічні зміни тканин пародонту;	Звернути увагу на: 1.Характер, інтенсивність та тривалість болю, чинники, що сприяють збільшенню болю; 2.Тривалість захворювання та особливості його розвитку, лікувальні засоби, що отримав хворий до звернення до лікаря; 3.Перенесені загальні, інфекційні, алергічні захворювання, наявність травматичних пошкоджень або лікування з приводу пухлин у хворого або у його родичів; 4.Колір, тургор шкіри та червоної облямівки губів, наявність первинних або вторинних елементів поразки; 5.Анатомічну форму, місця зрощення кісток, патологічну рухливість, біль, симптоми “сходинки” при пальпації кісток обличчя; 6.Наявність дефектів коронкової та пришийкової частини зубів, зміни кольору емалі, біль при зондуванні порожнини зуба, при температурних подразненнях, характер відділень з порожнини зуба; 7.Ступінь патологічної рухливості зубів, огоління коренів, зміни положення зубів, наявність патологічних пародонтальних кишень та характер відділень з них, наявність зубних відкладень, біль при перкусії зубів;

1	2	3	4
		8. Патологічні зміни слизової оболонки порожнини рота.	8. Колір, вологість, консистенцію тканин, наявність первинних або вторинних елементів поразки, дефектів цілісності, характер відділень з нориць або ран.
2	1. Діагностування виду пошкодженням м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки та визначення методу лікування	1. Визначення характеру ушкоджень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки 2. Проведення хірургічної обробки рани: - первинної-ранньої (до 24 год) - первинної – відстрочена (від 24 до 48 год) - первинна – пізня (після 48 год) - вторинна хірургічної обробки рани: - ревізію - некректомія - дренажування 3. Накладання швів: - первинні (до 2-ох діб після травми) - первинно-відтерміновані (5-6 діб після травми) - ранні вторинні (після 7 днів) - пізні вторинні (через 21-28 днів після травми)	1. На основі клінічних даних визначається характер ушкоджень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки 2. Проводиться первинна хірургічна обробка рани: - обробка операційного поля розчином антисептика (розчин спирту, йоду) - знеболення (місцеве, загальне, комбіноване) - ревізія рани та пошук тканинних кишень - гемостаз (накладання затискача на артерію, прошивання артерії в рані, по протяжності) - обробка рани розчином антисептика (хлоргексидину біглюконату, декасану, 3% р-н перекису водню) - висічення некротичних та нежиттєздатних тканин - поширене ушивання однакових тканин (м'язів, фасцій, підшкірної клітковини) вікром, дексоном, кетгут і дренажування рани - ушивання шкіри поліамідом - накладання асептичної пов'язки
3	Здійснити лікарські призначення хворому та оформити медичну документацію лікаря-стоматолога	1. За показами призначити анальгетики, антибіотики, препарати, що зменшують набряк тканин. 2. Призначити догляд за раною та заходи індивідуальної гігієни порожнини рота;	1. Оформити рецепт з урахуванням віку, загального стану хворого та супутніх захворювань; 2. Їжа не повинна викликати больові почуття у хворого, кровотечу та не пошкоджувати тканини операційної рани;

		3. Зафіксувати у медичній картці стоматологічного хворого дані обстеження пацієнта, діагноз, план лікування з обґрунтуванням знеболення, протокол оперативного втручання, схему премедикації, післяопераційний епікриз та лікарські призначення хворому. 5. Оформити протокол оперативного втручання у операційному журналі. 6. Зафіксувати відвідування пацієнта у "Листі щоденного обліку роботи лікаря хірурга-стоматолога" та оформити документи експертизи непрацездатності хворого.	3. Призначають антисептичні препарати для полоскання порожнини рота та іригації рани. 4. При оформленні медичній картці, "Листка щоденного обліку роботи лікаря хірурга-стоматолога" дотримуватись вимог наказу № 302 МОЗ України. 6. При оформленні документів експертизи непрацездатності хворого дотримуватись вимог наказу № 455 МОЗ України.
--	--	--	--

VII.3. Матеріали контролю для заключного етапу заняття:**Тести III рівня:****КОНТРОЛЬНА КАРТА****«ВИДИ ХІРУРГІЧНОЇ ОБРОБКИ РАН ТА ШВІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТИПУ ПОШКОДЖЕНЬ М'ЯКИХ ТКАНИН»**

Діагноз	Види хірургічної обробки рани	Види швів
Вогнепальне поранення, проникне в порожнину рота, наскрізне поранення щоки, губ із втратою м'яких тканин 5 год	первинна – відстрочена	первинно-відтерміновані
Інфікована різана рана правої щоки (10 год)	первинна-рання	первинні
Забита рана верхньої губи (46 год)	первинна-рання	«Обшивання» країв рани
Рвана рана лівої щоки (13 год)	первинна-рання	Первинні

Ситуаційні задачі

1. У потерпілого вогнепальне проникне в порожнину рота, наскрізне поранення щоки, губ із втратою м'яких тканин та переломом щелеп. Які шви необхідно застосувати під час первинної хірургічної обробки рани?
 - A.** «обшивання» країв рани
 - B.** глухі первинні шви
 - C.** неглухі первинні шви
 - D.** ранні вторинні шви
 - E.** відстроченні вторинні шви
2. У постраждалого інфікована різана рана правої щоки, травму отримав 10 год. тому. Рана м'яких тканин завдовжки 7 см, набряк і гіперемія шкіри навколо рани, протоку привушної слинної залози не пошкоджено. Який вид хірургічної обробки рани застосує лікар?
 - A.** первинну відстрочену
 - B.** первинну ранню
 - C.** вторинну ранню
 - D.** вторинну пізню
 - E.** первинну пізню
3. У хворого забита рана верхньої губи, що сталася 46 год тому. Якою буде хірургічна обробка рани?
 - A.** Відкладена
 - B.** Первинна
 - C.** Вторинна
 - D.** Пізня
 - E.** Хірургічну обробку після 12 год не проводять.
4. У сортувальний пост медичного пункту полку доставлено пораненого в обличчя, в якого є ураження радіоактивними речовинами. В який функціональний підрозділ медичного пункту полку необхідно направити потерпілого?
 - A.** Площадку спеціальної обробки
 - B.** Перев'язочну палатку
 - C.** Евакуаційну палатку
 - D.** Ізолятор
 - E.** Приймально-сортувальну палатку
5. У потерпілого різана рана правої щоки. Який крайній термін проведення первинної хірургічної обробки рани без попередньої ін'єкції антибіотиків?
 - A.** не пізніше 12 год
 - B.** не пізніше 48 год
 - C.** не пізніше 72 год
 - D.** не пізніше 24 год
 - E.** не пізніше 1 години
6. У потерпілого різана рана правої щічної ділянки, яку одержав дві години назад. Накладання яких швів показано під час первинної хірургічної обробки рани?
 - A.** Первинні шви із дрениванням
 - B.** Пластинкові шви
 - C.** Навідні шви
 - D.** вторинні шви
 - E.** Вторинні відстрочені шви
7. На медичний пункт полку надійшов потерпілий із вогнепальним пораненням правої привушно-жувальної ділянки. У пацієнта не закривається праве око, опущений кут рота справа. Що відбулося?
 - A.** Ушкодження мімічних м'язів.
 - B.** Ушкодження лицевого нерва
 - C.** Ушкодження паренхіми привушної слинної залози

Д. Ушкодження капсули привушної слинної залози

Е. Ушкодження вивідної протоки привушної слинної залози

8. У хворої після падіння виникла рана щоки, сильний головний біль, нудота, запаморочення. Діагноз: забійно-рвана рана щоки, закрита черепно-мозкова травма, струс головного мозку. До яких пошкоджень можна віднести данну травму?

А. Поодинокі

В. Ізольовані

С. Комбіновані

Д. Множинні

Е. Поєднані

9. У хворої рана лівої щоки, яку отримала 16-18 год тому. Рана шкіри, підшкірної жирової клітковини і м'язів 3 см, є кровотеча. Яка первинна хірургічна обробка рани буде проведена хворій залежно від терміну травми?

А. Первинна хірургічна обробка із пластикою дефекту

В. Відстрочена первинна хірургічна обробка рани

С. Вторинна хірургічна обробка рани

Д. Рання первинна хірургічна обробка рани

Е. Вторинна з гідродеструкцією шкіри країв рани

10. У пораненого уламком снаряду 13 год тому є рана з рваними краями лівої щоки завдовжки 9 см, без ознак ушкодження лицевого нерва. Слизова оболонка порожнини рота, зуби і альвеолярний відросток верхньої щелепи не ушкоджені. Яка хірургічна обробка показана?

А. Хірургічна обробка рани не показана

В. Відстрочена первинна

С. Вторинна

Д. Рання первинна

Е. Пізня первинна

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. Особливості травм щелепно-лицевої ділянки	Перелічити особливості травм щелепно-лицевої ділянки	
2. Статистика пошкоджень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки	Надати статистику пошкоджень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки	
3. Клініка та класифікація пошкоджень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки	Описати клініку та класифікацію пошкоджень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки	
4. Методики хірургічної обробки ран, види швів.	Перелічити методики хірургічної обробки ран, види швів.	
5. Алгоритм надання допомоги хворим із пошкодженням м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки на місці травми, етапах медичної евакуації з урахуванням естетики обличчя	Описати алгоритм надання допомоги хворим із пошкодженням м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки на місці травми, етапах медичної евакуації з урахуванням естетики обличчя	

VII.5.Матеріали після аудиторної самостійної роботи:

Тематика УДРС та НДРС:

- Написати реферат на тему «Особливості травм щелепно-лицевої ділянки»;
- Виготовити таблицю «Методики хірургічної обробки ран, види швів».

VIII. Література

а) навчальна основна література:

1. Бернадский Ю.Й. Основы хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – Минск: Белкнига, 1998.
2. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей /Под ред.проф.В.Н.Балина и Н.М.Александрова. 3-е изд.–СПб: "Специальная Литература", 1998.– 592 с.
3. Основы стоматології: підручник / В.О.Маланчук, А.В.Борисенко, Л.В.Харьков та ін.; за ред. В.О.Маланчука. – К.: Медицина, 2009. – 592 с.
4. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. – М.: Медицина, 2000. - 600 с.
5. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2 т. – Т.1 / В.О.Маланчук, О.С.Воловар, І.Ю.Гарляускй та ін..- К.: ЛОГОС, 2011. – 672с.

б) навчальна додаткова література:

1. Афанасьев В.В. Травматология челюстно-лицевой области.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.- 256 с.
2. Бельченко В.А. Черепно-лицевая хирургия: Руководство для врачей.-М.,ООО «Медицинское информационное агентство», 2006.- 340.: ил.
3. Диагностика и лечение ранений / Под ред. Ю.Г. Шапошникова. - М.: Медицина, 1984.- 343 с.
4. Основы организации медицинского обеспечения войск. ДСП. МО СССР. – Москва, 1969. - 368с.
5. Галмош Ю. Травматология челюстно-лицевого скелета. - Братислава, 1975.-360 с.
6. Травмы мягких тканей и костей лица / Под ред. А.Г. Шаргородского. – М.: «ГЭО-СТАР-МЕД», 2004.-383 с: ил.

в) методична:

1. Методические разработки по практическому курсу хирургической стоматологии/Под ред. Проф.Ю.И.Бернадского, ч.3.-Киев,1979.

Методична розробка практичного заняття складена к.мед.н., асистентом Гусейновим А. Н.