

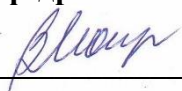
**Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця**

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

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

Склали: проф. Воловар О.С., ас. Шевчук Р.І.

Тема №3: Термічні ушкодження обличчя в мирний час, в екстремальних умовах, у період військових дій. Їх наслідки, лікування, профілактика ускладнень, можливості пластичної хірургії. Опікова хвороба при ушкодженні обличчя. Комбіновані пошкодження ЩЛД (БОР, РР), патогенез, варіанти клінічного перебігу залежно від особливостей ураження, їх лікування.

Кількість годин – 4,7 годин.

2. Результати навчання:

Фахові компетентності

2.1. Студент повинен

- 2.1. Аналізувати статистику опіків та відморожень ЩЛД.
- 2.2. Пояснювати механізм виникнення опікової хвороби..
- 2.3. Запропонувати схему обстеження постраждалого з термічним опіком обличчя.
- 2.4. Класифікувати опіки та відмороження.
- 2.5. Трактувати дані додаткових методів обстеження.
- 2.6. Малювати схеми глибини опіків залежно від ступеня.
- 2.7. Проаналізувати особливості хімічних опіків обличчя.
- 2.8. Скласти план надання першої допомоги при термічних ушкодженнях та їх лікування на етапах медичної евакуації.

2.2. Загальні компетентності:

- здатність до клінічного мислення;
- знання та розуміння предметної області та професійної діяльності;
- здатність швидко приймати обґрунтовані рішення при наданні невідкладної допомоги;
- здатність застосовувати і оцінити якість проведення хірургічного лікування термічних пошкоджень ЩЛД;

3. Методи навчання

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

4. Методи контролю

Експрес опитування, бесіда, частково прицільне опитування.

Індивідуальне опитування.

Індивідуальні письмові завдання.

Тестування.

Рішення типових та нетипових задач.

Індивідуальний контроль навичок та їх результатів.

5. Міждисциплінарна інтеграція:

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1.Топографічна анатомія.	Вміти визначити топографо-анатомічну ділянку ушкодження.
2. Гістологія.	Знати гістологічну будову шкіри щелепно-лищевої ділянки. Визначити локалізацію термічного ураження в шарах шкіри.
3.Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Вміти провести курацію хворого з термічними ураженнями обличчя.
4. Загальна хірургія.	Визначення поняття “опік” та “відмороження”, клінічні ознаки цих пошкоджень та методи їх діагностики.
5.Військово-польова хірургія.	Знати принципи організації надання медичної допомоги пораненим на етапах медичної евакуації.
6. Медицина катастроф.	Знати організацію надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим в структурі цивільної оборони.

6. Література

а) навчальна основна література:

Основна:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] — К. : ЛОГОС, 2011. У 2 т. — Т. 1. — 669 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] — К. : ЛОГОС, 2011. У 2 т. — Т. 2. — 606 с.
3. Рибалов О.В. Практично-орієнтований іспит з хірургіч. стоматології.: Нав.-медод.-поіб. 2006, П.:РВВ УМСА,
4. Терапевтична стоматологія: підручник у 4-х т. / [М.Ф.Данилевський, А.В. Борисенко, Л.Ф. Сидельнікова та ін.]. / За редакцією А.В. Борисенко. – К.: Медицина, 2008-2010. – Т.2 544с, Т.3 616 с, Т.4 640 с.
5. Вакуленко В.І. Курс стоматології: навч. посібник / Вакуленко В.І., Бабов Є.Д., Новікова М.А. та ін. - Одеса: ОНМедУ, 2012. - 160 с.
6. Маланчук В.О., Борисенко А.В., Харьков Л.В. та ін. Основи стоматології. – Київ: Медицина, 2009. – 592 с.

б) навчальна додаткова література:

1. Вайндрух С.А. Основи рентгендіагностики у стоматології: учб. посібник / С.А. Вайндрух – К.: Держ. мед. видав. УРСР. – 1962. – 215 с.
2. Готь І.М. Невідкладні стани та допомога при них в практиці лікаря-стоматолога / І.М. Готь. – Львів, 1996. – 102 с.
3. Данилевський М.Ф. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, О.Ф. Несин, Ж.І. Рахній. – К., 1998. – 408 с.
4. Ковальов Є.В. Обстеження хворого та діагностика одонтопатології в клініці терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник / Є.В. Ковальов, І.Я. Марченко, М.А. Шундрік. – Полтава, 2005. – 124 с.

5. Указ Президента України від 21.05.2002 р. №475/2002 “Про Програму профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007рр.”

в) методична:

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

Філоненко М.М. Методика викладання у вищій медичній школі на засадах компетентнісного підходу. /Методичні рекомендації для викладачів та здобувачів наукового ступеню доктора філософії (PhD) ВМ(Ф)НЗ України. - Київ, 2016. - 88 с.

Підготовчий етап (тривалість 30 хв.)

Актуальність теми: Лікування постраждалих з термічними ураженнями становить собою складну задачу, особливо коли мова йде про опікову хворобу.Знання клінічної картини, особливостей діагностики опіків та відморожень щелепно-лицевої ділянки дозволить лікарю-стоматологу надати адекватну медичну допомогу щелепно-лицевим пораненим в повному обсязі на етапах медичної евакуації.

Матеріали методичного забезпечення підготовчого етапу заняття:

Контрольні запитання:

1. Етіологія опіків.
2. Етіологія відморожень.
3. Патологічні зміни у тканинах при опіках та відмороженнях .
4. Класифікації опіків.
5. Клінічні особливості термічних опіків щелепно-лицевої ділянки.
6. Клінічні особливості хімічних опіків щелепно-лицевої ділянки.
7. Методи визначення глибини опіків.
8. Методи визначення площі опіків.
9. Особливості надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим з термічними опіками.
10. Особливості надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим з хімічними опіками.
11. Патогенез симптому взаємного обтяження при опіках та відмороженнях щелепно-лицевої ділянки.
12. Особливості ПХО опікової рани щелепно-лицевої ділянки.
- 13.Організація допомоги пораненим військовим Збройних Сил України в мирний та військовий час.
- 14.Опіки обличчя: класифікація, особливості перебігу, надання допомоги на етапах медичної евакуації.

Тести

Знайдіть одну правильну відповідь

1. До ОмедБ доставлено потерпілого К. через 12 год. після отримання опіків полум'ям. Загальний стан задовільний. На обличчі і кистях є пов'язки, що були накладені на МПП. Пов'язки незначно промокли в окремих місцях серозним вмістом, рух пальців вільний, болючий. Куди направляєте обпеченого із ОмедБ?

Варіанти відповіді:

- A. Евакуація в МПП.
- B. Евакуація в найближчий лікувальний заклад.
- C. Евакуація в ОМедБ.
- D. Евакуація в ВПГЛ.
- E. Проводити подальше лікування на місці.

Правильна відповідь:

- D. Евакуація в ВПГЛ.

2. В ЦРЛ доставлено потерпілого з опіком полум'ям III-A-B-IV ступеня обличчя, ший. Волосся в ніздрях обгоріло, слизова губ, язика сіро-білого кольору. Голос хрипкий, дихання часте, поверхнєве; "трубний кашель" із

виділенням мокрот з домішкою кіптяви. Під час транспортування почали наростати явища дихальної недостатності. Яка невідкладна допомога?

Варіанти відповіді:

- A. Трахеостомія.
- B. Інтубація трахеї та ШВЛ.
- C. Введення бронхолітиків.
- D. Введення дихальних аналептиків.
- E. Інгаляція зволоженого кисню.

Правильна відповідь:

- B. Інтубація трахеї та ШВЛ.

3. Пацієнт, 20 років, отримав термічні опіки. При обстеженні лікарем приймального відділу встановлено наявність поверхневих опіків голови, ший, всієї лівої руки. Прояви якого ступеня важкості опікового шоку слід очікувати?

Варіанти відповіді:

- A. Легкого ступеня.
- B. Середнього ступеня.
- C. Вкрай важкого ступеня.
- D. Важкого ступеня.
- E. Опікову кахексію.

Правильна відповідь:

- A. Легкого ступеня.

4. У потерпілого, 24-х років, обпеченого кип'ятком, на фоні гіперемії та набряку шкіри обличчя, виявляються різної величини пухирі, заповнені прозорою рідиною. Визначте ступінь опіку шкіри обличчя

Варіанти відповіді:

- A. I ступінь.
- B. II ступінь.

- C. III-A ступінь.
- D. III-B ступінь.
- E. IV ступінь.

Правильна відповідь:

- B. II ступінь.

5. Вчителька на занятті з хімії отримала травматичний опік обличчя. Об'єктивно: на місці пошкодження шкіра зневоднена, вкрита щільним сухим струпом з чіткими межами та смугою гіперемії по периферії, струп заглиблений в шкіру. Назвіть найбільш вірогідний травматичний агент.

Варіанти відповіді:

- A. Сольовий. B.
- Лужний. C.
- Кислотний. D.
- Термічний. E.
- Променевий.

Правильна відповідь:

- C. Кислотний.

6. Пацієнт, 39 років з масивними опіками обличчя і тіла. Розвинулась гостра недостатність нирок, що характеризується значним і швидким зменшенням швидкості клубочкової фільтрації. Який механізм його розвитку?

Варіанти відповіді:

- A. Ушкодження клубочкового фільтра.
- B. Емболія ниркової артерії.
- C. Збільшення тиску канальцевої рідини.
- D. Зменшення кількості функціонуючих нефронів.
- E. Зменшення ниркового кровотоку.

Правильна відповідь:

- E. Зменшення ниркового кровотоку.

7. У пацієнтки з опіком обличчя для прискорення загоєння опікової рани необхідно призначити засіб, який сприяє епітелізації шкіри та слизових оболонок. Визначити цей препарат.

Варіанти відповіді:

- A. Ретинолу ацетат.
- B. Ціанкоболамін.
- C. Нікотинова кислота.
- D. Ергокальциферол.
- E. Аскорбінова кислота.

Правильна відповідь:

- A. Ретинолу ацетат.

8. Для обробки опікової поверхні шкіри був використаний препарат, антисептичні властивості якого забезпечуються атомарним киснем, що утворюється в присутності органічних речовин. Оберіть правильну відповідь:

Варіанти відповіді:

- A. Фурацилін.

- В. Хлоргексидину біглюконат.
- С. Розчин йоду спиртовий.
- Д. Калію перманганат. Е. Натрію гідрокарбонат.

Правильна відповідь:

- Д. Калію перманганат.

9. Який із патогенетичних факторів опікової хвороби повинен бути ліквідований в першу чергу для попередження шоку?

Варіанти відповіді:

- А. Плазмовтрата.
- В. Біль.
- С. Інтоксикація продуктами розпаду тканин.
- Д. Інфікування через пошкоджену шкіру.
- Е. Аутоалергія.

Правильна відповідь:

- В. Біль.

10. У пацієнтки, 38 років, з глибокими опіками до 35% обличчя і поверхні тіла через 30 днів – постійна лихоманка, відсутність апетиту, нічна пітливість. Опікові поверхні вяло гранулюють. Визначте стадію опікової хвороби.

Варіанти відповіді:

- А. Гостра опікова токсемія.
- В. Септикотоксемія.
- С. Первинний опіковий шок.
- Д. Вторинний опіковий шок.
- Е. Реконвалесценція.

Правильна відповідь:

- В. Септикотоксемія.

Ситуаційні задачі

Задача 1.

Пацієнт, 36 років, отримав опіки обличчя і шиї при займанні бензину. Доставлений в травмпункт. Очні щілини закриті внаслідок набряку повік. На шкірі підборіддя, щік, носа, лоба, верхніх відділів передньої поверхні шиї на тлі гіперемованої шкіри відзначаються великі напружені пухирі. Визначте ступінь опіку.

Варіанти відповіді:

- А. Опік I-го ступеню.
- В. Опік II-го ступеню.
- С. Опік III-а ступеню.
- Д. Опік III-б ступеню.
- Е. Опік IV ступеню.

Правильна відповідь

- В. Опік II-го ступеню.**

Алгоритм рішення:

Для визначення ступеню опіку слід звернути увагу на об'єктивний стан пацієнта (очні щілини закриті внаслідок набряку повік; на шкірі підборіддя,

щік, носа, лоба, верхніх відділів передньої поверхні шиї на тлі гіперемованої шкіри відзначаються великі напружені пухирі). Наведена картина свідчить про наявність опіку II-го ступеню.

Задача 2.

У солдата, обпаленого полум'ям вогню, на тлі гіперемованої набряклої шкіри обличчя є різної величини пухирі, які заповнені прозорою рідиною. Яка ступінь опіку шкіри обличчя?

Варіанти відповіді:

- A. II ступінь.
- B. I ступінь.
- C. III-A ступінь.
- D. III-B ступінь.

E. IV ступінь.

Правильна відповідь:

A. II ступінь.

Алгоритм рішення:

Для визначення ступеню опіку слід звернути увагу на об'єктивний стан пацієнта (на тлі гіперемованої набряклої шкіри обличчя є різної величини пухирі, які заповнені прозорою рідиною). Наведена картина свідчить про наявність опіку II-го ступеню.

Задача 3.

Потерпілий, 24 років, звернувся в клініку з опіком обличчя. Травму отримав внаслідок дії відкритого полум'я. Скаржиться на біль і печіння обличчя. При огляді: гіперемія шкіри обличчя, в ділянках підборіддя, носа, брів, лоба визначаються пухирі з прозорою рідиною. Яку ступінь опіку встановить лікар хворому?

Варіанти відповіді:

- A. I-II ступінь.
- B. II-IIIА ступінь.
- C. II-IIIВ ступінь.
- D. IIIВ-IV ступінь.
- E. II-IV ступінь.

Правильна відповідь:

A. I-II ступінь.

Алгоритм рішення:

Для визначення ступеню опіку слід звернути увагу на скарги пацієнта (на біль і печіння обличчя) та об'єктивний стан пацієнта (гіперемія шкіри обличчя, в ділянках підборіддя, носа, брів, лоба визначаються пухирі з прозорою рідиною). Наведена картина свідчить про наявність опіку I-II ступеню.

Задача 4.

Пацієнт, 34 років, госпіталізований в клініку зі скаргами на озноб, біль в обличчі, наявність на обличчі сухих коричневих ділянок, що підвищуються над шкірою обличчя. З анамнезу відомо, що отримав опік при роботі з електроприбором з оголеним дротом, дія електричного струму була короткочасною, зазначає втрату свідомості, перша допомога надана медичною

сестрою в медсанчасті. При огляді виявлено дві ділянки коричневого кольору на шкірі щічної області, що підвищуються над рівнем шкіри, пальпація їх безболісна, але при глибокій пальпації виявляється болісність м'яких тканин щічної ділянки справа.

1. Обґрунтуйте діагноз.
2. Складіть план лікування.

Алгоритм рішення:

1. Скарги пацієнта на наявність сухих коричневих ділянок на шкірі обличчя і погане самопочуття в поєднанні з даними анамнезу про ураження обличчя електричним струмом та даними огляду можна поставити діагноз: «Електричний опік правої щічної області».
2. Введення знеболюючих засобів, протиправцевої сироватки, серцевих засобів, антибіотиків, достатньої кількості рідини. Місцеве лікування при відкритому способі передбачає застосування препаратів, які сприяють профілактиці вторинної інфекції та стимулюють епітелізацію з урахуванням значного уруження оточуючих тканин.

Задача 5.

Пацієнт, 37 років, госпіталізований в клініку зі скаргами на наявність грануляцій в області правої нижньої повіки, губ, підочної області справа, обмеження рухомості в цих областях, порушення чутливості. З анамнезу відомо, що пацієнт отримав термічний опік на виробництві, лікувався в ЦРЛ, в хірургічному відділенні, направлений на оперативне лікування. З перенесених захворювань зазначає ГРВІ.

1. Поставте діагноз.
2. Як можна попередити «виворіт» нижньої повіки та утворення мікротомії.

Алгоритм рішення:

1. Скарги пацієнта на наявність рани, що вкрита грануляціями, та анамнестичні дані про отриманий термічний опік обличчя з наступним лікуванням у поєднанні з даними місцевого огляду свідчать про опік IIIa-IIIб ступеню у стадії дозрівання грануляцій. Діагноз: Термічний опік обличчя IIIa-IIIб ступеню у другій фазі ранового процесу.
2. Слід провести вільну пересадку шкірних трансплантатів на підочну область та шкірну частину верхньої та нижньої губи.

8.Основний етап (тривалість 80 хв.)

Розгорнутий текст змісту теми:

Вплив високої температури, хімічних речовин та променевої енергії призводить до патологічних змін в тканинах опіків. В мирний час опіки зустрічаються в результаті порушень правил техніки безпеки на підприємстві або в побуті. Під час бойових дій опіки обличчя та голови складають від 12,4 % до 24,5 %, частіше всього спостерігаються у льотчиків, танкістів, при вибухах горючих матеріалів

на складах. За даними Г.М. Іващенко, термічні опіки у льотчиків та танкістів складали біля 35 % всіх пошкоджень щелепно-лицевої ділянки. За статистичними даними військово-медичного управління опіки напалмом складали 1-1,5 % всіх видів бойових пошкоджень.

Опіки, в залежності від походження, розподіляють на 4 групи: термічні; хімічні; електричні; променеві

Характеристика термічних опіків.

За класифікацією XXVII Всесоюзного з'їзду хурургів (1960) розрізняють 4 ступені термічних опіків залежно від глибини ушкодження тканин:

I ступінь— характеризується ураженням епідермісу шкіри без його відшарування (гіперемія);

II ступінь— характеризується ураженням епідермісу з його відшаруванням (виникнення міхурів);

III ступінь— III А ступінь: ураження дерми зі збереженням епітеліальних включень потових, сальних залоз та волосяних фолікулів (неповний некроз шкіри);

— III Б ступінь: тотальний некроз шкіри.

IV ступінь — некроз шкіри з підлеглими тканинами (обвуглювання тканин). За клінічною картиною та тяжкістю пошкодження опіки розподіляють на: легкі та важкі.

До важких опіків відносять опіки III Б та IV ступеню, що залишають спотворюючі рубці на обличчі та шії, глибокі дефекти та деформацію брів, повік, вушних раковин, носа, губ, підборіддя та других частин обличчя.

Після опікові зміни в тканинах обличчя, як правило, приводять до серйозних порушень зору, функції нижньої щелепи та інші косметичні дефекти. Більш за все пошкоджуються виступаючі частини обличчя: ніс, вушні раковини, губи, брови, вилична частина, підборіддя. Термічні опіки всіх ступенів викликають у хворого виражений больовий синдром, який посилюється при дотику до пошкодженої поверхні.

Після опіків обличчя I ступеню шкіра мало змінюється, інколи залишається пігментація. Опіки обличчя II ступеню з асептичною течією завершуються в кінці другого тижня лікування епітелізацією шкіри, яка дуже чутлива при доторканні і легко травмується. У випадках інфікування пухирів або травмованої поверхні при опіках обличчя II ступеню на місці грануляцій завжди залишаються гіпертрофічні рубці. Опіки III А та III Б ступенів супроводжуються інфекцією. Процес загоєння супроводжується утворенням в подальшому рубців, які часто перетворюються на келоїдні. На них, як правило, утворюються виразки, тріщини. При ураженні повік можливі ускладнення у вигляді кон'юнктивітів. При опікових травмах обличчя одночасно з пошкодженням других частин тіла, які супроводжуються змінами в організмі, необхідні спостереження відповідних спеціалістів.

Розміри поверхні опіку визначають у відсотках по відношенню до всієї поверхні тіла за допомогою "правила дев'ятки" та "правила долоні".

"Правило дев'ятки" доцільно використовувати при значних пошкодженнях поверхні тіла. Розрахунок для визначення слідує: поверхня голови та шії є 9 %, нижні кінцівки - по 18 %, верхні кінцівки – по 9 %, передня поверхня тулуба – 18 %, задня поверхня тулуба – 18 %, проміжність та статеві органи – 1 % від загальної площі тіла.

Більш точні результати одержують при **використанні методики Постнікова**. Площу опіку виміряють прикладаючи до поверхні опіку стерильну прозору плівку, на якій обводять контури пошкодженої поверхні. Потім плівку кладуть на міліметровий папір і підраховують площу опіку в квадратних сантиметрах. Відсоткове співвідношення визначають, враховуючи загальну площу тіла, яка дорівнює 16000 см^2 .

При характеризуванні опіку (запис у медичних документах) вказують площу і ступінь пошкодження у вигляді відношення: в чисельнику приводять відсоток пошкодженої поверхні, в знаменнику ступінь опіку.

Площу опікового пошкодження ще можна виміряти долонею, площа долоні дорівнює 1 % поверхні тіла.

Тяжкість опіків визначають за допомогою індексів, наприклад, індексу Франка: 1% площі поверхневого опіку дорівнює 1 ОД, 1% глибокого опіку -3 ОД, ураження дихальних шляхів складає 30-45 ОД. Сумарний індекс Франка до 30 ОД відповідає легкому ступеню опіку, 31-60 ОД-середньому ступеню, 61-90 ОД - тяжкому ступеню, більш 91 ОД - вкрай тяжкий ступінь.

При поверхневих опіках до 10-12 % поверхні тіла людини або при глибоких опіках 5-6 % поверхні тіла у дорослих перебігають як місцеві пошкодження, в дітей – 7-8 % , осіб похилого віку та 3-4 %. При більш тяжких та розповсюджених пошкодженнях коли виявляються порушення функції органів

та систем організму людини розвивається опікова хвороба. В клініці опікової хвороби виділяють 4 періоди:

I. Опіковий шок; II. Гостра опікова токсемія; III. Септикотоксемія; IV. Період реконвалесценції.

I період - опіковий шок патологічний стан, виникаючий у відповідь на термічну (хімічну, електричну, променеву) травму, в основі якої існує нервово-больовий фактор. При опіковому шоці виділяють дві фази: *еректильну (короткочасну)* і *торпідну (довготривалу)*. В першій фазі збудження ЦНС досягає дуже високого рівня. Хворі плаксиві, скаржаться на біль в зоні опіку, визначається тахікардія пульс до 100 за хв., артеріальний тиск в межах норми.

В торпідній фазі потерпілий заторможений, не реагує на навколишні обставини, апатичний, шкірні покрови бліді, риси обличчя загострені, слизові оболонки синюшні, визначається тахікардія, артеріальний тиск знижений.

II період - токсемія, розпочинається через декілька годин після опікового шоку. Пульс частий, слабого наповнення, артеріальний тиск знижений. Температура шкіри знижена, визначається загальмованість хворого, в'ялість, інколи коматозний стан. Спостерігається ціаноз слизових оболонок та периферійних шкірних покривів (ніс, вуха, губів, щік). Констатується згущення крові.

III період - септикотоксемія, характеризується всіма ознаками сепсису: різкі температурні коливання, кахексія, порушення нервового статусу, загальмованість, зниження рівня гемоглобіну, токсичні речовини у крові та сечі, сповільнена епітелізація опікової поверхні, пролежні, пневмонія. Хворі помирають від виснаження та інфекційних ускладнень. У хворих з важкими опіками (III Б-IV ступені) може спостерігатись повна ареактивність стану.

IV період - реконвалесценції, при сприятливому перебігу відзначається активною епітелізацією грануляційної тканини, що заповнює раневу поверхню після

відторгнення некротизованих ділянок. При значних опіках можливі виразки, які набувають хронічного перебігу.

Характеристика хімічних опіків

Хімічні опіки викликаються дією неорганічних кислот (сірчана, соляна, азотна), лугу (негашене вапно, їдкий калій і натрій), солями важких металів (нітрат срібла) на відкриті ділянки тіла або слизової оболонки порожнини рота, ротоглотки, стравоходу. Глибина опіку залежить від концентрації та температури речовини, тривалості впливу. Механізм опіку кислотою полягає у тому, що кислоти змінюють біологічні рідини колоїди клітин, відбувається дегідратація і коагуляція тканин, розвивається сухий некроз. Механізм опіку лугами заключається у тому, що луги утворюють із тканинами лужні альбумінати, омилують жири, розвивається вологий некроз.

Хімічні опіки класифікують також по чотирьох ступеневій класифікації. При хімічних опіках не утворюються пухирі. Опікова хвороба розвивається рідко, але відбувається усмоктування в кров хімічних речовин і інтоксикація організму ними та їх метаболітами. Особливості хімічних опіків: опіки обмежені по площі, із чіткими межами, наявні сліди розтікання хімічної речовини, на слизовій оболонці різка гіперемія, потім формуються ділянки некрозу, просочені ексудатом і покриті щільною плівкою фібрину, під плівкою гоїться рана, відторгнення плівки повільне.

Відмороження (*congelatio*) - це пошкодження тканин, окремих частин тіла під впливом низької температури на тлі дії низки чинників, що сприяють цьому. На війні відмороження є масовим пошкодженням. У мирний час воно буває рідко, частіше у людей в стані алкогольного сп'яніння або під час снігових буранів і хуртовин. За статистичними даними, частота відморожень окремих ділянок тіла має таку послідовність: нижні кінцівки - 90,6 %, верхні кінцівки - 6,2 %, верхні і нижні кінцівки - 2,8 %, обличчя - 0,2 %, інші ділянки тіла - 0,2 %. Хоча кровопостачання шкіри обличчя набагато краще, ніж кінцівок, а терморегуляція цих ділянок досконаліша, частота відморожень окремих ділянок обличчя досить висока. Звичайно вони не глибокі, хоча іноді можуть бути й значними. Так, у літературі описано випадок обмороження носа IV ступеня у солдата, який у сильний мороз виходив з оточення. Через кілька днів ніс почорнів і відпав. Описано випадок відмороження всіх кінцівок, що було причиною смерті. Відмороження статевих органів у чоловіків спостерігається рідко (0,02 %).

Класифікація. 1) гострі (відмороження, замерзання); 2) хронічні (обмороження, холододивний нейроваскуліт).

За силою і видом дії травмивного агента виділяють три різновиди відмороження: 1) відмороження, які виникають під дією температури повітря, що близька до нульової або помірно низька; 2) відмороження, які виникають під дією температури навколишнього середовища, що нижча за - 30°C; 3) контактне відмороження - відмороження окремих ділянок тіла за їх безпосереднього контакту з холодним агентом. Ним частіше буває металевий предмет (відмороження у льотчиків, танкістів, трактористів).

У перебігу відморожень виділяють два періоди: I - дореактивний, або період гіпотермії (починається з моменту дії низької температури до початку відігрівання); II - реактивний (починається після відігрівання). Місцеві зміни в

тканинах у разі відмороження залежать від глибини пошкодження тканин. Розрізняють 4 ступені загального охолодження: 1. Свідомість спутана, озноб, біль у кінчиках пальців, брадикардія, температура в прямій кишці 34-35 С. 2. Апатація пригнічення свідомості, рефлекси ослаблені, брадикардія менше 50 уд./хв., температура в прямій кишці 28-30 С. 3. Свідомість відсутня (кома), зіниці розширені, пульс ниткоподібний, температура в прямій кишці 27 С. 4. Термінальний стан, фібриляція шлуночків, температура, в прямій кишці 20-25 С.

Незалежно від площі і ступеня пат-анатомічно і клінічно розрізняють три фази перебігу відмороження: 1) запалення; 2) розвитку некрозу і його обмеження; 3) рубцювання і епітелізації ран.

Низька температура - важливий, але не єдиний чинник у виникненні відморожень. У цьому процесі не меншу роль відіграють інші моменти, що сприяють цьому. Вони зв'язані насамперед з метеорологічними умовами. У виникненні відморожень велику роль відіграє вологість повітря (сирість). Під час війни спостерігалися відмороження стопи навіть при плюсовій температурі за підвищеної вологості повітря ("траншейна стопа"). Роль вологості у виникненні відморожень полягає в тому, що мокра шкіра в 4 рази більше віддає тепла, ніж суха. Не менше значення, ніж вологість повітря, мають вітер і

заметіль. Під час транспортування поранених на відкритих машинах, платформах відмороження виникають навіть при плюсовій температурі. Відмороження може настати і за різкого коливання температури. До механічних чинників, які сприяють відмороженню, можна зарахувати всі ті, що порушують кровообіг у кінцівках (тісні одяг, взуття).

Важливу роль у відмороженні відіграє зниження загальної опірності організму. Причиною цього частіше бувають поранення і крововтрата. Шок, який супроводжує поранення, теж часто призводить до замерзання. Крововтрата, спричинюючи спазм периферичних судин, погіршує кровопостачання кінцівок. На тлі ішемії тканин відмороження настає частіше. Опірність організму знижують хвороби, втома, виснаження, голод. Сприяє відмороженню і куріння. Нікотин, зумовлюючи спазм судин, призводить до ішемії тканин, що в свою чергу сприяє відмороженню.

Патогенез відморожень. Серед теорій патогенезу відморожень можна назвати такі.

1. Теорія безпосередньої дії низької температури на тканини. Автори цієї теорії вважають, що судинні зміни при відмороженні настають вторинно, а в основі патогенезу лежить безпосередня згубна дія холоду на тканини, особливо м'язову.

2. Нервово-рефлекторна теорія. В патогенезі відморожень важливу роль відводять збудженню симпатoadреналової системи. При цьому в загальний кровообіг викидаються пресорні речовини, які, підвищуючи тонус судин, призводять до гемодинамічних розладів.

3. Теорія місцевого порушення кровообігу в тканинах. Основне значення в патогенезі відморожень надається спазмові судин, ішемії. Деякі автори, навпаки, основну роль відводять паралічеві судин, а тому гангрену при відмороженні вони назвали нейропаралітичною. Некроз, який виникає в тканинах при відмороженні, вважається вторинним.

Зараз більшість авторів вважає, що вирішальну роль у виникненні місцевих проявів відмороження відіграють реакції судинної та нервової систем у переохолоджених тканинах. Холод зумовлює ангіоспазм, прояви якого нарастають у напрямку від периферії до серця. Через це у переохолоджених гальмується обмін речовин і погіршується постачання кисню. Розвивається місцева гіпоксія тканин. У цей же час мінімальний обмін речовин, який зберігається ще в них, здатний забезпечити існування на певному рівні.

Небезпека з'являється тоді, коли відморожені ділянки тіла починають відігрівати. Це призводить до підвищення обміну речовин у тканинах. У цей же час спазмовані артеріоли і артерії не можуть забезпечити доступу в тканини необхідної кількості крові. Це все спричинює виражену гіпоксію і некроз тканин. Тривалість спазму судин впливає на подальшу долю тканин. Лише після зігрівання відморожених ділянок і відновлення в них кровообігу можна визначити глибину ураження тканин. Через деякий час після зігрівання в ділянці відмороження судини розширюються, що супроводжується сповільненням руху крові судинами. Це, поряд із підвищенням коагуляційної здатності крові, змінами її реологічних властивостей, сприяє внутрішньосудинному згортанню крові. Під впливом гіпоксії, а також

безпосередньої дії термічного чинника в тканинах нагромаджуються токсичні продукти (гістамін, серотонін, кініни та ін.), що веде до ацидозу. Через деякий час токсичні продукти надходять у кров, зумовлюючи токсемію. Вона виникає одразу після відігрівання тканин. Токсемія є причиною загальних клінічних проявів: адинамії, безсоння, блювання, гарячки.

НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ЛІКУВАННЯ ОПІКІВ ОБЛИЧЧЯ НА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ

Перша медична допомога пораненим з опіками на полі бою складається з самодопомоги, взаємодопомоги, допомоги санітарів та санінструкторів.

Першою черговою задачею при наданні допомоги пораненим припинення дії вражаючого фактору. Для цього необхідно швидко скинути палаючий одяг (шинель, плащ-палатку, бушлат та ін.). Якщо не встигли скинути одяг, то палаючу ділянку покривають щільною тканиною, а іноді використовують сиру землю, пісок та глину. Бігти при палаючому одязі не можна. Обливання водою тільки збільшує площу пошкодження. Погасити палаючий одяг можливо, якщо занурити потерпілого у воду (ставок, басейн та інш.).

Найважливішим елементом першої допомоги є протишоковий захід. Вводять наркотичні аналгетики. Це має бути зроблено перед всілякими маніпуляціями на поверхні опіку. Щоб захистити опалені поверхні від забруднення і до-даткового пошкодження, слід накласти асептичну пов'язку (застосовують індивідуальний перев'язувальний пакет), при цьому одяг з опаленої ділянки не знімають, а розрізають над ділянкою пошкодження. Перед накладанням пов'язки не слід звільняти опалену поверхню від залишків одягу, намагатись видалити чи проколоти пухирі. Однак залишки запальної суміші, що не встигли згоріти, мають бути обережно видалені, в зв'язку з можливістю їх повторного займання. При значній кількості поранених з опіками обличчя та тимчасовим осліпленням через набряк повік чи дію світлового випромінювання ядерного вибуху потрібно постраждалим супроводження з поля бою.

На МПБ продовжується боротьба з кровотечею та шоком, вводяться знеболюючі препарати, антибіотики, пораненого готують до евакуації на МПП. При

одночасному надходженні великої кількості поранених з опіками обличчя особливо важливим є *медичне сортування*. Насамперед виділяють поранених, які потребують невідкладної медичної допомоги (лікарської). До цієї групи відносяться потерпілі з багатофакторними враженнями та різко вираженими ознаками порушення дихання, з отруєнням токсичними продуктами горіння і проявами судинного колапсу, а також опалені в шоковому стані. Невідкладним заходом є заміна пов'язки потерпілим, особливо у яких поверхня опіку і пов'язка забруднені радіоактивними речовинами вище допустимої дози. Відносно потерпілих з легким опіковим шоком обмежуються комплексом таких заходів: введення внутрішньом'язево або в вену аналгетики (1 мл 2 % розчину пантопону або 1 мл 2 % розчину промедолу) в поєднанні з антигістамінними препаратами (1 мл 2 % розчину діпразіну чи піпольфену), призначають відповідно показанням серцеві та дихальні аналептики (1 мл 10 % розчину кофеїну підшкірно, 1-2 мл кордіаміну підшкірно, 1 мл 0,06 % розчину корглікону в 20 мл 40 % глюкози у вену), спазмолітики (10 мл 2,4 % розчину еуфіліну у вену

або 1 мл 12 % розчину у м'язи). Дають випити: соляно-лужний розчин, білковий морс (розведений водою білковий гідролізат з добавкою 10 % розчину глюкози, аскорбінової чи лимонної кислоти), гарячий чай чи каву. Всі ці заходи проводять в сортувально-евакуаційному відділенні.

Потерпілих з опіками, які потребують невідкладної допомоги направляють у перев'язочну, де вони отримують необхідний комплекс лікувальних заходів. Всім опаленим вводять правцевий анатоксин. На МПП також проводять заходи, що сприяють безпеці потерпілого при подальшій евакуації.

Повний обсяг кваліфікованої медичної допомоги в ОМедБ чи ОМЗ передбачає: медичне сортування та здійснення заходів, які забезпечують можливість швидкої евакуації легко обпечених та потерпілих з опіками середнього ступеню. До таких заходів відносять комплексну протишокову терапію у обпалених, які поступили у стані опікового шоку і невідкладну реанімаційну допомогу потерпілим із враженням дихальних шляхів, отруєнням продуктами горіння вогневих сумішей, загальним перегріванням; лікування до видужання легко обпечених, підлягаючих затримці у команді одужуючих чи повернення їх в частини.

Усі потерпілі з опіками обличчя, які поступили із районів ядерного вибуху, підлягають дозиметричному контролю.

В ОМедБ проводять комплексну протишокову терапію у повному обсязі до остаточного виведення потерпілого із стану опікового шоку. В протишовій палаті головні лікувально-діагностичні заходи здійснюються в такій послідовності: оцінюють загальний стан потерпілого (притомність, пульс, дихання, АТ, ректально-шкірний градієнт температури), уточнюють, по можливості, площу, глибину та локалізацію опіку; вводять знеболюючі, седативні та серцеві засоби; здійснюють внутрішньовенне вливання рідин і медичних засобів, застосовуючи венепункцію, венесекцію чи катетеризацію центральних вен, беруть кров для лабораторних досліджень; вводять постійний катетер в сечовий міхур для спостереження за динамікою діурезу на протязі всього періоду шоку; накладають пов'язки (при їх відсутності) на обпалену поверхню. При масивних опіках коли багато некротів проводять декомпресивну некротомію; наносять повздовжні розрізи через всю товщину некротизованих тканин від проксимального чи дистального краю струпа для послаблення натягу тканин.

Температура повітря в палатах на рівні носилок повинна підтримуватись $+23 - +25^{\circ}\text{C}$. При відсутності блювання дають теплий чай, соляно-лужний розчин, білковий морс. Напувати обпаленого слід невеликими порціями (50-100 мл).

Для попередження та лікування гострої ниркової недостатності призначають осмотичні діуретики (манітол, сечовина, тіосульфат натрію), еуфілін (5-10 мл 2,4 %), фуросемід (2 мл 1 % розчину внутрішньовенно та внутрішньом'язево). Корекцію метаболічного ацидозу досягають введенням 150-200 мл 3-5 % розчину гідрокарбонату натрію.

Психомоторне збудження у потерпілих з тяжкими опіками знімають внутрішньовенною ін'єкцією оксibuтирату натрію 10-20 мл 20 %, розчину дроперідолу (10-20 мл 0,25 % внутрішньовенно). При гіпертермії вводять 1 мл 50 % розчину анальгін у внутрішньом'язево чи 5 мл реопіріну і одночасно 5000

ОД гепарину, внутрішньовенно струйно переливають 700-800 мл ізотонічного розчину натрію хлориду чи плазми крові.

Туалет обпаленої поверхні на етапі кваліфікованої допомоги не проводять, за винятком випадків забруднення опікових ран радіоактивними речовинами, а також при необхідності заміни пов'язок у легко обпечених, залишених для лікування на даному етапі (в команді одужуючих). Особливо недопустимі які б то не були маніпуляції (за виключенням некротомії) на обпеченій поверхні у потерпілих, які знаходяться в стані шоку.

На цьому етапі медичної евакуації при опіках верхніх дихальних шляхів здійснюють трахеостомію, а також призначають іригації ротової порожнини лужними та дезінфекційними розчинами, змазують уражені ділянки слизової оболонки розчинами анестетиків. Харчування потерпілих організують з врахуванням змін у порожнині рота та глотки.

Особливу увагу треба приділяти обпеченим з крилами носа, вушним раковинам, повікам. Оголені хрящі слід особливо ретельно ізолювати емульсією від навколишнього середовища, так як їх забруднення приведе до перихондриту та загибелі хряща.

Обпеченим, не потребуючим кваліфікованої допомоги по невідкладним показникам і підлягаючим евакуації в спеціалізований шпиталь, в сортувально-евакуаційному відділенні вводять аналгетики, антибіотики та симптоматичні засоби, контролюють стан пов'язок, виправляють їх та дають пити.

Для лікування на місці залишають поранених, які можуть самостійно рухатись і обслуговувати себе з невеликими опіками I-II ступеню (2-3 % поверхні тіла) і строком лікування до 10 днів. Потерпілих з більш поширеними (до 40 % поверхні тіла) поверхневими опіками (I, II, IIIA ступенів) направляють в ВПШЛП, а поранених з середніми та тяжкими опіками (після надання їм необхідної допомоги в повному обсязі) евакуюють в спеціалізовані шпиталі.

Спеціалізовану медичну допомогу надають після ретельного огляду, уточнення характеру та тяжкості ураження. Лікування опіків I і II ступенів здійснюється в шпиталі для легкопоранених або у дерматологів, так як хірургічного лікування вони не потребують. При глибоких опіках на невеликих, функціонально пасивних ділянках обличчя показані ранні пластичні операції, в зв'язку з чим ця категорія обпечених повинна бути госпіталізована або у шпиталі для обпечених, або в спеціалізовані шпиталі для поранених в голову, шию та хребет, де знаходяться спеціалісти, які володіють прийомами первинної пластики.

У лікувальних установах шпитальних баз проводять першу заміну пов'язок та радикальну первинну хірургічну обробку ран. Для цього попередньо вводять наркотичні анальгетики. На початку спиртом, бензином, 0,25 % розчином аміаку очищають шкіру навколо опіку. Потім з опікової рани вилучають частинки видимого забруднення, відшарований епідерміс, спорожняють та розкривають великі пухирі. Найбільш забруднені ділянки обпеченої поверхні очищають марлевими кульками, змоченими в 3 % розчині перекису водню і обмивають розчином фурациліну чи новокаїну. Далі опікову рану осушують і закривають пов'язкою.

Подальше лікування обпечених поверхонь здійснюється відкритим чи закритим методом. У спеціалізованому військовому польовому хірургічному шпиталі проводяться ранні відновлювальні операції з використанням місцевих тканин методом вільного пересадження тканин, а також використовують метод клаптика на ніжці. Проводиться фізіотерапевтичне, ортопедичне лікування та профілактика ранніх і пізніх ускладнень.

Важливим завданням спеціалізованої допомоги є оперативне лікування потерпілих з обмеженими (до 5-7 % поверхні тіла) глибокими опіками, що можуть повернутися в стрій. Для цього необхідне відновлення шкіряного покриття шляхом аутодермопластики.

Гранулювання ран губ та повік, як правило, викликає виворіт губ, крил носа. Враховуючи те, що пересаджені вільні шкіряні трансплантати будуть скорочуватись, що збільшить виворіт, перед пересадкою потрібно обтинати грануляції до нормальних тканин, мобілізувати краї рани та розсунути їх, що збільшить раневу поверхню – трансплантат повинен значно перевищувати недостаток шкіри. При цьому з метою збереження функції повік та губів треба прагнути зберегти мімічні м'язи. Там, де ці м'язи пошкоджені внаслідок опіку чи при недостатньо кваліфікованій некректомії, відновити їх функцію практично неможливо. Втрата функції мімічних м'язів викликає деформацію обличчя, що потребує довготривалого лікування. Ці потерпілі, а також ті, що мають опіки ІІІБ-ІV ступенів направляються в шпиталі тилу країни.

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 шкірних покривів; 5.Патологічні зміни шкірних покривів кісток щелепно-лицевої ділянки; 6.Патологічні зміни загального стану пацієнта; 7.Патологічні зміни шкірних покривів щелепно-лицевої ділянки; 8. Патологічні зміни слизової оболонки порожнини рота.	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, наявність первинних або вторинних елементів поразки. 5. Анатомічну форму, місця зрощення кісток, патологічну рухливість, біль, симптоми “сходинки” при пальпації кісток обличчя. 6. Підвищення температури тіла, озноб, прояви внутрішньої інтоксикації, рвоту, втрату свідомості. 7. Колір, тургор, набряк, виникнення пухирів, характероер наповнення пухирів, глибину ураження. 8. Кольор, вологість, консистенцію тканин, наявність первинних або вторинних елементів поразки, дефектів цілісності, характер відділень з ран.
2	Визначити діагноз хворого	Визначити характер патологічних змін, анатомічну локалізацію вогнища, ступінь порушення функцій щелепно-лицевої ділянки	У медичній картці стоматологічного хворого зафіксувати виявлені ознаки захворювання та сформулювати основний, супутній діагноз та ускладнення захворювання пацієнта
3	Розробити план лікування хворого	1.Визначити обсяг та характер лікування (оперативне, консервативне, медикаментозне). 2. Здійснити вибір знеболення оперативного втручання та визначити методику проведення знеболення. 3. Перелічить хірургічний інструментарій, що необхідний для здійснення знеболення та оперативного втручання.	1. Врахувати виявлені патологічні зміни, діагноз пацієнта та його загальний стан. 2. На основі плану лікування визначити лікарський препарат для знеболення, вид знеболення, методику його здійснення з урахуванням ступеню загрози виникнення ускладнень як під час знеболення, так й під час втручання. 3. Назвати основні та допоміжні хірургічні інструменти, прилади для знеболення пацієнта. 4. Зафіксувати у медичній картці та у порадах хворому етіопатогенетичне медикаментозне,

		4. Визначити лікарські призначення хворому.	загальнозміцнююче, симптоматичне лікування.
4	Оформити медичну документацію лікаря стоматолога-хірурга	1. 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. 2. Зафіксувати відвідування пацієнта у "Листі щоденного обліку роботи лікаря хірурга-стоматолога" та оформити документи експертизи непрацездатності хворого.	При оформленні медичній картці, "Листка щоденного обліку роботи лікаря хірурга-стоматолога" дотримуватись вимог наказу № 302 МОЗ України. При оформленні документів експертизи непрацездатності хворого дотримуватись вимог наказу № 455 МОЗ України.

Заключний етап: (тривалість – 30 хв)

Матеріали методичного забезпечення заключного етапу заняття:

Задачі

Задача 1. При яких явищах, у разі дії високих температур на шкірні покриви щелепно-лицевої ділянки, показане прийняття антибіотиків?

Задача 2. У пацієнта утворився пухир у щічній ділянці. Який спосіб лікування буде найбільш коректним?

Задача 3. Опишіть основні клінічні ознаки обмороження II ступеню шкірних покривів щелепно-лицевої ділянки.

Задача 4. Яка тактика хірурга-стоматолога при лікуванні опіків II ступеня у осіб, які страждають інфекційно-алергічними захворюваннями?

Задача 5. Які характерні ознаки опікової хвороби?

Задача 6. Визначте абсолютні протипоказання до консервативного лікування термічних уражень ЩЛД?

Задача 7. Опишіть методи лікування та можливі ускладнення обморожень щелепно-лицевої ділянки.

Задача 8. . Яка тактика хірурга-стоматолога при лікуванні опіків III ступеня у осіб з комбінованими ураженнями щелепно-лицевої ділянки?

Навчальні завдання для самостійної роботи:

Виготовити таблицю: «Диферинційна діагностика термічних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки»;

Написати реферат за темою: «Комбіновані ураження щелепно-лицевої ділянки в умовах ведення бою».

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3
<u>Вивчити:</u> 1. Методи біометричної ідентифікації людини.	Назвати (перерахувати) методи біометричної ідентифікації людини.	
2. Характеристика методів біометричної ідентифікації людини.	Дати характеристику методам біометричної ідентифікації людини.	
3. Характеристика інструментарію для проведення методів біометричної ідентифікації людини.	Дати характеристику інструментарію для проведення методів біометричної ідентифікації людини.	
4. Будова черепа людини (лицевого та мозкового відділів).	Описати будову черепа людини (лицевого та мозкового відділів).	
5. Етапи розвитку зубощелепного апарату у внутрішньоутробному періоді.	Назвати та описати етапи розвитку зубощелепного апарату у внутрішньоутробному періоді	
6. Етапи ембріонального розвитку обличчя та щелеп.	Назвати та описати етапи ембріонального розвитку обличчя та щелеп.	

Біологічна та соціальна роль в житті людини, ідентифікація та оцінка людини. Зубо-щелепна система, етапи її розвитку, будова.

Оцінювання студентів на практичному занятті

Оцінювання за наступними критеріями:

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

Критерії оцінки «відмінно»

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

Критерії оцінки «добре»

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

Критерії оцінки «задовільно»

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

Критерії оцінки «незадовільно»

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

Критерії оцінки активності студента

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