

ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ВОЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ. ОСНОВЫ
ОРГАНИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ В ВОЙСКАХ В МИРНОЕ И ВОЕННОЕ ВРЕМЯ.
ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ,
ДИАГНОСТИКА ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ
И ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛИЦА И ЧЕЛЮСТЕЙ

I. Предмет и задачи военной стоматологии

Военная стоматология – раздел общей стоматологии, излагающий особенности организации и методов оказания всех видов стоматологической помощи личному составу армии и флота в специфических условиях жизни и боевой деятельности войск.

Задачей военной стоматологии является оказание помощи и специализированного лечения при ранениях и повреждениях челюстно-лицевой области (ЧЛО), раннее выявление и лечение доброкачественных и злокачественных опухолей, воспалительных заболеваний и других патологических состояний области лица и челюстей.

Военная стоматология является вместе с тем и разделом военной медицины, поскольку связана с военно-полевой хирургией, военно-полевой терапией, оториноларингологией, офтальмологией, нейрохирургией, организацией и тактикой медицинской службы и другими медицинскими дисциплинами, она руководствуется положениями единой военно-медицинской доктрины.

С целью создания стоматологической помощи врач-стоматолог части, соединения составляет раз в полугодие план работы и в соответствии с ним осуществляется:

1. Осмотр всех прибывших на военную службу: учет нуждающихся в стоматологической помощи, диспансерное наблюдение за всеми военнослужащими.
2. Лечение и пломбирование зубов пораженных кариесом.
3. Удаление больных зубов и корней, не подлежащих лечению консервативными методами.
4. Амбулаторное и стационарное лечение больных с воспалительными заболеваниями челюстей и мягких тканей ЧЛО.
5. Снятие зубных отложений.
6. Лечение патологических состояний слизистой оболочки полости рта и языка.

47

7. Подготовку зуба к протезированию и организует протезирование больных.
8. Раннее выявление и комплексное лечение больных с опухолями ЧЛО.
9. Оказание первой врачебной, квалифицированной и специализированной помощи при травмах лица и челюстей.
10. Проведение санитарно-просветительной работы среди личного состава по предупреждению заболеваний зубов и полости рта, травм ЧЛО, по гигиене полости рта и т.д.
11. Проведение рационализаторской и изобретательской научно-исследовательской работы по актуальным проблемам военной стоматологии.

12. Усовершенствование научных знаний и практических навыков стоматологов, зубных врачей. Для осуществления указанных профилактических и лечебных мероприятий все стоматологические кабинеты, отделения поликлиник и госпиталей должны быть обеспечены необходимым оснащением – инструментарием, материалами, медикаментами, приборам аппаратами и т.п.

II. Основы организации хирургической стоматологической

помощи в войсках в мирное время

Центром методической, лечебно-профилактической, научно-исследовательской и учебной деятельности по стоматологии в округе является стоматологическое отделение окружного госпиталя. Начальник этого отделения госпиталя является главным стоматологом округа и руководит всей стоматологической деятельностью в округе.

Объем хирургической стоматологической помощи определяется квалификацией стоматолога и оснащением соответствующего стоматологического кабинета, отделения.

Для хирургического стоматологического кабинета части оборудуется специальная комната. Оптимальная площадь этого кабинета должна быть равна 25–30 м². В исключительных случаях – 15 метров в сухопутных, авиационных и береговых частях.

В хирургическом стоматологическом кабинете части врач проводит в основном: удаление зубов и корней, профилактику и лечение возможных осложнений (альвеолита, кровотечения) небольшие амбулаторные операции (иссечение «капюшона», вскрытие абсцессов и т.д.).

В хирургическом стоматологическом кабинете гарнизонной (базовой) поликлиники производят оперативное вмешательство в полном объеме при таких заболеваниях и травмах, для лечения которых не требуется госпитализация больных.

К ним относятся:

- все операции на альвеолярных отростках (сложные удаления зубов), гингивэктомия при парадонтозе, атипичное удаление корней и ретенированных зубов, резекция верхушки корня при хроническом периодонтите, цистэктомия, реплантация зубов;
- удаление доброкачественных опухолей слизистой оболочки полости рта и языка;
- вскрытие абсцессов;
- удаление небольших доброкачественных опухолей на коже лица;
- биопсия опухолей;
- пластика рубцов преддверия полости рта в порядке подготовки к зубному протезированию и некоторые другие амбулаторные операции.

В условиях гарнизонной (базовой), особенно окружных стоматологических поликлиник, выделены специально оборудованные хирургические кабинеты, оснащенные всем необходимым для проведения операций.

Операции производят как на откидных зубоврачебных креслах, так и на специальных хирургических столах. Обезболивание осуществляется не только местное, но и наркозное.

Здесь работают врачи стоматологи, которые, как правило, имеют соответствующую подготовку по хирургической стоматологии.

Проведенное амбулаторное оперативное вмешательство, как и последующие перевязки записываются (фиксируются) в медицинской книжке военнослужащего. Здесь же врач стоматолог отмечает необходимые лечебные мероприятия, которые должны быть выполнены больным в домашних условиях или в медицинском пункте своего подразделения.

Кроме того, в медицинской книжке даются рекомендации относительно режима больного в ближайшие дни после операции: нуждается ли в полном освобождении от служебных обязанностей или только от занятий на воздухе, от несения караульной службы и т.д.

Объем хирургической стоматологической помощи (оперативных вмешательств) в гарнизонных (базовых) военных госпиталях примерно такой же, как и в окружных стоматологических поликлиниках.

Наряду с этим врач стоматолог гарнизонного госпиталя оперирует и лечит всех госпитализированных стоматологических больных. Обычно их немного, так как нуждающиеся в более сложных операциях на-

правляются в окружные военные госпитали.

Типичный контингент больных гарнизонных госпиталей – военнослужащие с переломами нижней челюсти, перикоронаритами, ограниченными остеомиелитами челюстей, гнойными формами пародонтоза, небольшими кистами челюстей и т.п. Операции у таких больных при необходимости осуществляют в операционной хирургического отделения. Окружные военные госпитали имеют стоматологические отделения, начальниками которых являются опытные специалисты, хорошо знающие все разделы стоматологии и практически владеющие современными методами лечения хирургических стоматологических больных. Они же являются главными стоматологами округов. В стоматологическом отделении госпиталя имеются: перевязочная, процедурная и оборудованное место для ирригации полости рта. Операционные вмешательства производятся либо в перевязочной, либо в собственной операционной или в операционном блоке хирургического, травматического или другого отделения хирургического профиля в зависимости от места расположения стоматологического отделения.

В стоматологических отделениях окружных госпиталей лечится самый разнообразный контингент людей. В отделение поступают: с остеомиелитом челюстей; с разнообразными травмами лица и челюстей; с доброкачественными и злокачественными опухолями ЧЛЮ; нуждающиеся в реконструктивно-восстановительных операциях и т.п. Все они получают специализированную исчерпывающую помощь. Помимо хирургических методов лечения больные по показаниям получают терапевтическую помощь, соответствующее диетическое питание, физиотерапевтическое лечение, ЛФК, и т.п.

При переломах челюстей используются как ортопедические методы закрепления отломков, так и различные виды остеосинтеза – в зависимости от локализации и характера перелома и производят новокаиновую блокаду по Вишневскому и т.п. Наличие в госпитале зубопротезной лаборатории позволяет изготовить больным самые разнообразные шины и ортопедические аппараты.

Большинство хирургических вмешательств в стоматологических отделениях осуществляют под проводниковой или инфильтрационной анестезией, но в последнее время все более широкое применение находит наркоз и в том числе эндотрахеальный. Это объясняется возрастающим объемом операций, проводимых в отделениях, а наличие в госпиталях анестезиологических групп позволяет в любое время прибегнуть к помощи специалиста – анестезиолога.

50

Стоматологические отделения окружных госпиталей свою работу производят в тесном контакте с окружными стоматологическими поликлиниками путем организации взаимных консультаций больных, обсуждение осложнений и ошибок. В необходимых случаях начальник стоматологического отделения окружного госпиталя выезжает в гарнизонные (базовые) госпитали, в медицинские пункты частей и соединений для консультации или проведения операций на месте, если возникает в этом необходимость.

III. Основы организации хирургической стоматологической помощи в войсках в военное время

Современная система этапного лечения пораженных в бою предусматривает оказание следующих основных видов помощи: первой медицинской помощи, доврачебной, первой врачебной квалифицированной и специализированной.

Первые четыре вида помощи оказываются соответственно на поле боя (первая мед. и доврачебная), в медпункте полка (первая врачебная) и ОмедБ (ОМО) (квалифицированная медицинская). Пятый вид помощи (специализированная) оказывается в специальных госпиталях. Естественно, что на войне последовательность в оказании перечисленных видов помощи может нарушаться. Так, например, раненых

и пораженных при определенных ситуациях могут доставлять непосредственно на этап оказания квалифицированной хирургической помощи, и даже специализированные лечебные учреждения, минуя все предыдущие этапы эвакуации. Возможны и другие варианты организации помощи в зависимости от характера и места возникновения санитарных потерь.

Первая помощь на поле боя и в очаге массовых потерь

На поле боя или в очаге массовых потерь помощь раненому в лицо может быть осуществлена с различной эффективностью и в зависимости от условия боевых действий и от того, кем она оказывается в порядке само- или взаимопомощи, санитаром или санинструктором.

Для само- или взаимопомощи личный состав снабжается индивидуальной аптечкой, индивидуальным, перевязочным и противохимическим пакетами. Санинструктор имеет специальную сумку для оказания первой помощи раненым.

На поле боя предусматривается следующий объем первой помощи при ранениях в челюстно-лицевую область.

51

1. Предотвращение непосредственной угрозы смерти пострадавшего: освобождение от завалов, тушение горящей одежды, придание раненому, потерявшему сознание, положения лицом вниз или на боку, с головой, повернутой в сторону ранения, для предупреждения дислокационной (смещение языка) и аспирационной асфиксии.

2. Наложение повязки на рану или обожженную поверхность лица.

3. Дача внутрь антибиотиков (если раненый может проглотить таблетку).

4. Утоление по возможности жажды раненого из фляги (при тяжелых ранениях – капельным способом посредством кусочка бинта, один конец которого введен в горлышко фляги с водой).

5. Надевание на раненого противогаза, специально предназначенного для раненых в голову, и эвакуация за пределами участка, пораженного ОВ.

Наложение асептической повязки, как известно, предупреждает вторичное микробное загрязнение раны и в определенной степени фиксирует отломки челюстей.

После оказания первой помощи производят сбор раненных для последующей эвакуации их с поля боя. Нужно иметь в виду, что более половины челюстно-лицевых раненых с поля боя эвакуируются самостоятельно. В этих случаях их следует направлять до поста санитарного транспорта или в медицинский пункт батальона, а в ряде случаев в медпункт полка, указывая наиболее безопасные пути следования.

Все челюстно-лицевые раненые и пораженные, которые не могут самостоятельно передвигаться, сосредотачиваются в так называемых «гнездах» раненых – в местах, укрытых от разрывов снарядов и бомб, обратных скатах холмов и высот, подвалах разрушенных зданий и т.п. В зоне ядерного взрыва помимо указанных выше мероприятий по оказанию первой помощи необходимо во всех случаях попадания грязи или земли в полость рта и носа провести туалет с целью предотвращения попадания радиоактивных веществ внутрь. После надевания противогаза, пораженных эвакуируют за пределы зараженного участка.

Доврачебная помощь

Доврачебную помощь осуществляет фельдшер батальона. Наиболее благоприятные условия для оказания доврачебной помощи складываются для медпункта батальона (МПБ) в тех условиях, когда батальон занимает свою оборону. При таких условиях могут быть выполнены следующие мероприятия:

52

1. Контроль и исправление ранее наложенных повязок или подбинтовка повязки, если она промокла кровью. Смена повязки

осуществляется только тогда, когда она перестает выполнять свое защитное значение (обильное промокание раневой поверхности).

2. Введение тяжелораненым обезболивающих, сердечных средств.

Известно, что у челюстно-лицевых раненых часто затруднено дыхание, поэтому при инъекции морфина необходимо вводить и дыхательный analeптик (лобелин, цититон).

3. Фиксация языка булавкой, если возникают признаки дислокационной асфиксии.

4. Дача раненым внутрь антибиотиков в таблетках. Раненым, которые не могут проглотить таблетку, следует давать ее в измельченном виде с водой.

5. Обогревание раненых с признаками шока (спальные мешки, химические грелки).

Для современных наступательных операций характерно быстрое продвижение войск. В этих условиях (МПБ) должен будет работать на коротких остановках, оказывая помощь раненым и пораженным только по жизненным показаниям (кровотечение, асфиксия, шок). Важной задачей фельдшера батальона является эвакуационно-транспортная сортировка раненых, т.е. установление очередности эвакуации и определение положения раненых во время нее.

Первая врачебная помощь в медпункте полка.

Во время боевых действий МПП располагается на расстоянии 2–5 км от линии фронта и обязан обеспечить:

- а) эвакуацию раненных и пораженных из МПБ и очагов массового поражения;
- б) прием, регистрацию, мед. сортировку и частичную санитарную обработку раненых и больных;
- в) оказание первой врачебной помощи и подготовку раненых и больных к эвакуации.

Для работы в составе МПП разворачиваются следующие функциональные подразделения: приемно-сортировочная, перевязочная и эвакуационная палатки, изолятор, аптека. Здесь же оборудуются помещения для личного состава МПП.

При въезде на МПП разворачивается сортировочный пост (СП). В условиях применения противником ракетно-ядерного оружия и БОВ на МПП и последующих этапах эвакуации организуется площадка для

53 спец. обработки (ПСО). Всех поступающих на МПП раненых и больных разделяют на две группы:

1. Зараженные РВ и стойкими ОВ, т.е. нуждающиеся в предварительной санобработке.

2. Не нуждающиеся в санобработке. Первые после санитарной и дополнительной обработки дегазирующей средствами направляются в соответствующие функциональные подразделения.

На МПП находится врач-стоматолог (зубной врач), имеющий в своем распоряжении комплект (зубоврачебный кабинет) с комбинированной бормашиной для оказания необходимой зубоврачебной помощи. В период боевых действий при поступлении на МПП раненных и пораженных врач-стоматолог привлекается к оказанию им помощи, в первую очередь раненым в ЧЛЮ. Имеющиеся на оснащении МПП комплекты и другой инструментарий позволяют оказать этому контингенту пострадавших помощь в необходимом объеме.

Основная задача первой врачебной помощи челюстно-лицевым раненым на МПП – борьба с шоком, кровотечением и асфиксией.

На МПП можно утолить жажду раненых водой или чаем с помощью поильника и надетой на носик резиновой трубкой. Всем раненым вводят противостолбнячную сыворотку (3000 А.Е.), антибиотики и, по показаниям, противогангренозную сыворотку.

При повреждении челюстей для временного закрепления отломков

применяют стандартную транспортную повязку, состоящую из головной опорной повязки с резиновыми лентами и жесткой подбородочной пращи. Смена повязок на МПП осуществляется только у раненых с заражением ран и повязок ОВ и РВ. Снятие повязок для уточнения диагноза не производится.

При благоприятных условиях на МПП проводят ряд специальных мероприятий при комбинированных радиационных и химических поражениях (промывание желудка, внутримышечное введение антидотов, дача адсорбентов, частичная химическая обработка раны и пр.). Все проводимые мероприятия по оказанию первой помощи заносятся в первичную медицинскую карточку.

В условиях современной войны и одновременном возникновении массовых санитарных потерь приобретает особое значение мед. сортировка. В первую очередь эвакуируются из МПП раненые в ЧЛЮ, нуждающиеся в квалифицированной хирургической помощи, особенно по жизненным показаниям. В первичных мед. карточках у таких раненых оставляется красная полоска. В ряде случаев разрешается производить

54 сортировку на машинах. Снимаются с машин только те пораженные, которые нуждаются в неотложной врачебной помощи в перевязочной МПП. Остальные пострадавшие на том же транспорте эвакуируются в отдельный медицинский батальон соединения (ОмедБ).

Квалифицированная хирургическая помощь

Квалифицированная хирургическая помощь раненым и пораженным, представляющих опасность для окружающих, т.е. имеющих загрязнение РВ, стойкими ОВ или доставленных из зоны бактериального заражения, оказывается только после санитарной обработки в отделение специальной обработки (ОСО). Прочих раненых и пораженных в зависимости от их состояния разделяют на ходящих и носилочных. Первые из них направляются в сортировочно-эвакуационное отделение для легкораненых, вторые доставляются в сортировочно-эвакуационное отделение для носилочных раненых.

Все челюстно-лицевые раненые и пораженные независимо от их вида и общего состояния должны быть осмотрены врачом-стоматологом в перевязочной при снятых повязках.

Квалифицированную хирургическую помощь в ОмедБ оказывает в первую очередь тем челюстно-лицевым раненым, которые нуждаются в ней по жизненным показаниям. Это раненные с признаками шока, острой кровопотери, продолжающегося кровотечения, асфиксии. Лечение шока осуществляется в противошоковой палатке, а при других осложнениях раненых доставляют в перевязочную или операционную. При продолжающихся или возникающих на данном этапе кровотечениях из крупных сосудов ЧЛЮ, если не удастся надежно перевязать сосуд в ране, производят перевязку наружной сонной артерии на соответствующей стороне.

Осмотр стоматологом дает возможность выделить группу пострадавших, не подлежащих дальнейшей эвакуации. Это раненные с поверхностными повреждениями мягких тканей лица без дефектов. После простейшей хирургической обработки ран и наложения швов такие раненные остаются в команде выздоравливающих (КВ).

Здесь также производят обработку ран зараженных ОВ. Всем раненым и пораженным, нуждающимся в иммобилизации отломков челюстей, на этапе эвакуации в обязательном порядке производится закрепление отломков с помощью стандартной повязки.

При переломах нижней челюсти с сохранением на отломках 2–3 устойчивых зубов транспортную иммобилизацию можно осуществить также при помощи межчелюстного связывания зубов бронзоалюмини-

55 евой проволокой диаметром 0,2–0,3 мм. Вначале накладывают проволоку в виде восьмерки на шейке двух рядов стоящих зубов н/челюсти

по обе стороны от линии перелома, концы проволоки закручивают до полного охвата зубов. Затем продельвают то же на антагонистах неповрежденной в/челюсти. Отломки устанавливают в правильное положение и укрепляют скручиванием концов проволочных лигатур от зубов нижней и верхней челюстей. Этот метод временной иммобилизации отломков н/челюсти противопоказан при угрозе кровотечения из полости рта и рвоты (у раненых с сотрясением головного мозга, при эвакуации воздушным или морским путем). При наличии лоскутных ран на лице и если позволяет обстановка, желательно лоскуты уложить в правильное положение и края раны сблизить пластинчатыми швами.

На этом этапе эвакуации осуществляют промывание полости рта различными дезинфицирующими растворами, утоляют жажду и производят кормление раненых и пораженных по специальной методике. У раненых в ЧЛО как правило, наблюдается повышенное выделение слюны и затрудненное глотание. Для уменьшения саливации дают таблетку аэрона или 6 капель настойки белодонны. С этой же целью перед эвакуацией можно подкожно ввести 1 мл 0,1% раствора атропина.

С точки зрения эвакуационно-транспортной характеристики все транспортабельные челюстно-лицевые ранения разделяются на две группы:

1. Легкораненые (с изолированными ранениями мягких тканей без значительных дефектов, переломами альвеолярных отростков, повреждениями зубов и т.п.). Эта группа пострадавших, составляющая около 30% от числа подлежащих дальнейшей эвакуации, направляется в госпитали для легкораненых.

2. Раненые средней тяжести и тяжелые. К ним относятся раненые с огнестрельными переломами челюстей, обширными разрушениями мягких тканей или даже отрывом органов лица (носа, губы, подбородок и др.). Ранения средней тяжести и тяжелые составляют 60–65% всех ранений лица.

Вторая группа раненых эвакуируется в специализированные госпитали. При сочетанных ранениях лица и др. областей тела (плечо, бедро и т.п.) раненых эвакуируют в многопрофильный хирургический госпиталь.

При сортировке определяется также, в какую очередь, каким видом транспорта, и в каком положении (сидя, лежа) следует эвакуировать пострадавшего по назначению.

56

Временно госпитализированные в ОмедБ челюстно-лицевые раненые и пораженные должны быть сгруппированы в одном месте и находиться под наблюдением врача-стоматолога. Необходимо помнить, что в условиях современной войны может осложниться обстановка, при которой помощь раненым и пораженным будет оказываться только по жизненным показаниям.

О всех мероприятиях по оказанию помощи челюстно-лицевым раненым в ОмедБ, в том числе и о проведенном кормлении, врач-стоматолог делает запись в первичной мед. карточке.

IV. Краткие статистические данные и классификация ранений и повреждений лица и челюстей

Огнестрельные ранения лица и челюстей в период Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. составляли в среднем около 4% всех ранений с небольшими колебаниями в большую и меньшую сторону (3,5–5,0%), такая частота огнестрельных ранений лица и челюстей является почти закономерной и зависит главным образом от состояния площади лица к общей поверхности тела (по Б.Н. Постникову это соотношение равно 3,12%, по Б.Д. Кабакову – 3,4%).

Существенным показателем тяжести ранений является внешний вид поврежденных тканей, по которому сразу можно судить, имеются ли ранения только мягких тканей, или же одновременно повреждены и костные образования (нижняя челюсть, верхняя челюсть, скуло-

вая кость). Частота ранений лица с повреждениями только мягких тканей или в сочетании с повреждением костей лицевого скелета непостоянна и заметно меняется в зависимости от характера боевых действий.

Распределение раненых по виду ранящего оружия

Вид ранящего оружия Раненные (в %)

Пули 33,6

Осколки 65,3

Прочие 1,1

Итого 100,0

Среди огнестрельных повреждений лица высокий процент составляют слепые и сквозные ранения и сравнительно низкие цифры – прочие повреждения. Неогнестрельные повреждения лица в минувших войнах встречались редко.

57

Распределение ранений и повреждений лица и челюстей

по характеру повреждений

Характер повреждения Раненные (в %)

Огнестрельные слепые

Сквозные

Касательные

46,2

36,5

14,4

Ожоги 0,4

Неогнестрельные повреждения 0,2

Сочетанные повреждения 2,3

Итого 100,0

Нужно помнить о новых видах огнестрельного оружия.

Известно, что с 1965 г. во Вьетнаме американцы стали применять для поражения живой силы так называемые шаровые (шариковые) бомбы, пули типа «Ремингтон» (калибра 5,56 мм), оружие системы «Жироджер» с реактивными пулями, оружие системы «Спью» под патрон со стреловидными пулями и др.

При взрыве шаровой бомбы из разных мест сферического корпуса вылетает 300 стальных шариков (диаметр 5,56 мм, вес 0,7 г), обладающих большой пробивной силой и обуславливающих множественные ранения и разные виды повреждений. Множественные и многообластные повреждения, особенно при рикошетировании шариков в теле, делают эти ранения весьма опасными для жизни и сложными для лечения пострадавших.

Пули калибра 5,56 мм отличаются той особенностью, что при внедрении в ткани они опрокидываются и двигаются в поперечном направлении, вызывая в глубине и в области выходного отверстия разрушения тканей. Следует указать также, что на вооружении американской армии имеются гранатометы М-79, рубашка гранаты которой изготовлена из навитой проволоки квадратного сечения с насечками. При разрыве гранаты возникает около 300 осколков прямоугольной формы весом около 0,5 гр. Имеются артиллерийские снаряды, каждый из которых начинен небольшими стрелками (длина 3–4 см, толщина 0,1–0,2 см) в количестве 10 тыс. шт.

Перечисленные и другие виды огнестрельного оружия характеризуются тем, что их ранящие снаряды значительно меньше по диаметру и легче по весу по сравнению с прежними, но они обладают колоссальной начальной скоростью – от 700 до 1500 м/с. Этим и объясняется возникновение своеобразных раневых каналов, часто с причудливым направлением и повреждением тканей и органов.

58

Из костей лицевого скелета наиболее часто повреждается при ранениях нижняя челюсть, затем следует верхняя челюсть, обе челюсти и скуловая кость.

Распределение огнестрельных повреждений костей лица (в %)

Локализация К числу раненых с повреждением
костей лица

Нижняя челюсть 54,5

Верхняя челюсть 26,9

Обе челюсти 11,6

Скуловая кость 7,0

Итого 100,0

Преобладание огнестрельных повреждений нижней челюсти над ранениями верхней можно объяснить упомянутым выше постоянством соотношения ранений по областям тела в зависимости от их размеров. На лице поверхность, занимаемая телом и ветвями нижней челюсти, приблизительно вдвое больше выступающей поверхности верхней челюсти, что соответствует и проценту поражения. Огнестрельные переломы челюстей приблизительно в 90% случаев бывают оскольчатыми. Существенные отличия в характере поврежденных тканей и клинического течения огнестрельных ран лица имеются между проникающими в полость рта и носа ранениями и непроникающими.

Проникающие в полость рта ранения лица, как правило, оказываются с повреждением костей; при непроникающих в полость рта ранениях повреждения костей встречаются в два и более раз реже.

При проникающих в полость рта ранениях нередко возникают серьезные анатомические и функциональные нарушения в результате повреждения языка, мягкого неба, глотки и т.п. Осложняющим моментом при этих ранениях является также дополнительное инфицирование раневой поверхности со стороны полости рта и носа. Поэтому проникающие в полость рта и носа ранения обычно отличаются менее благоприятным течением по сравнению с непроникающими.

Как показал опыт Великой Отечественной войны, ранения лица часто сопровождаются одновременным повреждением соседних и отдаленных областей тела. Среди них большой процент составляют повреждения ЛОР-органов (24,2%), шеи (17,3%), глаз (11,8%). Реже наблюдается одновременное ранение лица и верхних конечностей (8,6%), лица и нижних конечностей (4,6%), лица и груди (3,3%).

59

На основании изучения опыта Великой Отечественной войны была предложена классификация ранений и повреждений лица и челюстей. Приведенная классификация позволяет кратко и вместе с тем достаточно обоснованно давать характеристику любого повреждения лица.

Классификация ранений и повреждений лица (Кабаков Б.Д, с соавт.)

I. Огнестрельные ранения

По виду

поврежденных тканей

По характеру

повреждений

По виду ранящего

оружия

1. Ранения мягких тканей

1. Сквозные 1. Пулевые

2. Ранения с повреждением костей:

А. Нижней челюсти

Б. Верхней челюсти

В. Обеих челюстей

Г. Скуловой кости

Д. Одномоментные повреждение нескольких
костей лицевого скелета

А. Изолированные:
без повреждения орга-
нов лица (язык, слюн-
ные железы и др.)

2. Слепые

Б. Сочетанные (одно-
временное ранение
других областей тела).

В. Одиночные.

Г. Проникающие в по-
лость рта и носа.

Д. Непроникающие

2. Осколочные

3. Касательные

II. Неогнестрельные ранения и повреждения.

III. Комбинированные поражения.

IV. Ожоги.

V. Отморожения.

Клинические особенности огнестрельных ранений
и повреждений лица и челюстей

Ранения и повреждения лица и челюстей имеют свои особен-
ности, которые определяются, во-первых, той ролью, которую играет
лицо в характеристике человека как личности, и, во-вторых, анатомо-
физиологическими данными, присущими этой области. Вытекающие из
60

этого особенности повреждений лица и челюстей требуют проведения
ряда организационно-лечебных мероприятий, начиная уже с поля боя.

К особенностям ранений этой области следует отнести: обезобра-
живание лица, частое несоответствие между видом и тяжестью ране-
ния, невозможность во многих случаях пользоваться обычным противо-
газом и некоторые другие.

Обезображивание. Лицо играет весьма важную роль. Оно, пре-
жде всего, выражает индивидуальный физический облик человека и
особенности его интеллекта. Поэтому естественно, что всякие повреж-
дения, а тем более тяжелые, не могут не сказаться на эмоционально-
психической сфере раненого. Врачам нужно обязательно помнить, что
лицо играет большую роль в эстетике человека. Повреждение лица ве-
дет к уродству, сопряженному с душевными переживаниями, личными
и семейными страданиями и мучениями.

Несоответствие между видом и тяжестью ранения нередко на-
блюдается у челюстно-лицевых раненых. При значительных разрывах
тканей лицевой области, наличии кровоизлияний, комков грязи и засо-
хших сгустков крови на поверхности лица и, если к тому же раненый
без сознания, создается обманчивое представление о его безнадежности
или даже смерти. Это следует иметь ввиду, потому что почти каждый
пятый раненный в лицо теряет на тот или иной срок сознание вслед-
ствие оглушения, сотрясения или ушиба мозга. Между тем летальность
среди раненных в челюстно-лицевую область незначительна. Кажущи-
ся на первый взгляд обширными повреждения тканей лица часто бы-
вают обусловлены не столько анатомическими разрушениями, сколь-
ко смещением и сокращением кожно-мышечных лоскутов, установле-
ние лоскутов в прежнее положение, наложение швов, в частности, пла-
стиночных, сразу же значительно улучшает вид раненого и уменьшает
функциональные нарушения.

В практической деятельности следует указывать санитарам и са-
нинструкторам, не имеющим опыта, на эту в ряде случаев кажущую-
ся безнадежность ранения. Это обстоятельство не должно служить по-
водом для невнимательного осмотра всех челюстно-лицевых раненых
и если у раненого будут обнаружены даже малейшие признаки жизни,
ему должна быть оказана первая помощь.

Наличие зубов вносит особенности в патологию и терапию огнестрельных переломов челюстей. Ранящий снаряд, повреждая зубы, сообщает им или их осколкам живую силу, превращая их во «вторичные снаряды», которые всегда бывают инфицированы разнообразной микрофлорой. Особенно это относится к зубам с гангренозной распавшейся пульпой. Кроме того, зубы даже интактные, находящиеся в линии перелома, нередко поддерживают в течение длительного времени воспалительный процесс в костной ране. Зубы с омертвевшей пульпой и без повреждения челюстей часто являются причиной острых остеомиелитов челюстей, а при наличии повреждения всегда осложняют процесс заживления перелома.

Отсюда становится ясно, какое большое значение имеет санация полости рта у допризывников и военнослужащих стран СНГ в мирное время.

Близость жизненно важных органов (головной мозг, глаза, органы слуха, верхние дыхательные пути) часто сказывается на тяжести ранений лица и челюстей и приводит к тяжелым осложнениям и исходам. Неблагоприятные последствия при этом зависят от прямой или отраженной сопутствующей травмы этих органов, которая может привести к гибели раненного уже на поле боя.

Повышенная регенеративная способность тканей лица, подчеркнутая еще хирургами XVIII столетия, их резистентность к микробному загрязнению обусловлены главным образом богатством кровоснабжения и иннервации. Имеет значение также наличие в приротовой области значительного количества соединительной ткани с низкодифференцированными клеточными элементами (Г.В. Ясвоин), являющаяся «потенциалом регенерации ткани» (И.В. Давыдовский).

Эти моменты обуславливают то, что из всех частей тела лицо, не смотря на свою близость к головному мозгу, как указывал еще Н.И. Пирогов, переносит лучше прочих самые значительные повреждения. Таким образом, косметические соображения диктуют необходимость применения при хирургических вмешательствах на лице бережных и тщательных хирургических приемов, а высокая регенеративная способность тканей позволяет рассчитывать на восстановление питания в таких лоскутах, которые кажутся на первый взгляд нежизнеспособными.

В специальном питании и уходе нуждаются большинство раненных в челюстно-лицевую область, в особенности те, у которых имеется перелом челюсти, повреждения губ, языка, тканей дна полости рта, так как они не в состоянии принимать пищу обычным путем.

Невозможность в большинстве случаев пользоваться обычным противогазом в случае применения противником химического оружия является еще одной особенностью раненных в лицо и челюсти.

62

V. Клиническая характеристика и диагностика огнестрельных ранений и повреждений лица и челюстей

Огнестрельные ранения и повреждения лица и челюстей характеризуются большим разнообразием. Наряду с обширными разрушениями мягких и костных тканей лица наблюдаются небольшие по размеру раны, чаще с рвано-ушибленными краями, а иногда едва заметные, точечные раны.

Особенно тяжелыми являются ранения с разрушением или отрывом целых отделов лица: губ, щеки, подбородка, носа, когда составные части раны сливаются в одну большую кровоточащую поверхность. Обычно такие разрушения наблюдаются при ранениях крупными осколками.

Пулевые ранения, если они наносятся не с близкого расстояния (не менее 500 м), то есть не в зоне так называемого разрывного действия, вызывают в большинстве случаев менее обширные разрушения мягких тка-

ней лица, хотя нередко при этом они и сочетаются с повреждением костей. При ранениях разрывной пулей повреждения тканей по своему виду весьма сходны с крупно- и среднеосколочными ранениями. Локализация инородных тел ЧЛЮ, их величина и глубина залегания бывают настолько разнообразны, что дать какую-либо типичную клиническую характеристику слепых ранений не представляется возможным.

Все слепые ранения по локализации инородных тел можно разделить на пять основных групп, каждая из которых имеет свои особенности в клинической картине, диагностике и методах оперативного лечения.

Первая группа – слепые ранения только мягких тканей лица без повреждения костей и с локализацией инородных тел под кожей или в толще мускулатуры, покрывающей лицевой скелет снаружи. Эта группа является наиболее обширной и составляет по опыту Великой Отечественной войны 43,8% к числу всех слепых ранений.

Вторая группа – ранения с повреждением костей лица и поверхностным, так же как и в первой группе, залеганием инородных тел (29,1%).

Третья группа – ранения с глубоким расположением инородных тел – в придаточных пазухах носа, подвисочной и крылонебной ямках, заглоточном пространстве (14,2%).

Четвертая группа – сочетанные ранения с расположением инородных тел в тканях шеи (11,8%).

63

Своеобразную клиническую картину обуславливают множественные мелкоосколчатые ранения лица, являющиеся легкими по общему состоянию раненных, но вызывающие резкие обезображивания. Для диагностики слепых ранений лица и выяснения локализации инородных тел используются следующие методы: соби́рание анамнеза; изучение документации; изучение раневых каналов и рубцов; пальпирование области залегания инородного тела; исследование зондом и пунктирование иглой (в некоторых случаях); рентгеноскопическое и рентгенографическое исследование не менее чем в двух проекциях, томография; фистулография.

Основным методом для топической диагностики инородных тел является тщательное рентгенологическое обследование данной области. Даже в тех случаях, когда инородное тело пальпируется и легко доступно, перед операцией все же необходимо произвести рентгенографию. Нередко при этом обнаруживаются другие инородные тела, которые не пальпировались, но которые подлежат удалению.

Применение контрастных масс (йодоформной эмульсии, раствора сернокислого бария, йодолипола и т.п.) для фистулографии или фистулоскопии в таких случаях позволяет более точно судить о ходе свища и расположении инородного тела.

Рентгеноскопия с введенным в свищ зондом, даже если он не достигает инородного тела, позволяет хирургу составить более точное представление о направлении свищевого канала, о подвижности инородного тела и его доступности.

Разумеется, метод рентгенодиагностики оказывается эффективным лишь в случаях слепых ранений металлическими инородными телами и осколками кости и зубов. Куски же дерева, стекла, материи и т.п. рентгенологически не выявляются, и в этих случаях диагностика полностью основывается на клинических данных и течении раневого процесса.

При локализации инородного тела в назальной области полезной оказывается эндоскопия с помощью носового зеркала и лобного рефлектора. В некоторых случаях удается выявить выступающую часть осколка в полость носа.

Только тщательно обследовав раненого и установив локализацию

инородного тела, можно с уверенностью рассчитывать на успех оперативного вмешательства. Б.С. Крылов предложил прибор – радио-электронный зонд, который значительно облегчает во время операции нахождение металлического инородного тела.

64

Сквозные ранения лица в общей своей массе являются, несомненно, более тяжелыми, чем слепые и касательные, особенно если они нанесены крупными осколками, когда повреждения распространяются на целые отделы лица.

Выходные и входные отверстия при сквозных ранениях могут иметь различный размер и вид, но обычно выходное отверстие больше входного. В области выходного отверстия края раны, как правило, разворочены, с более выраженным кровоизлиянием в подкожной клетчатке, чем в области входного отверстия. Поэтому изучение топографии входных и выходных отверстий может в значительной степени помочь установить проекцию раневого канала и определить, какие ткани и органы могут быть при этом повреждены.

Заслуживают упоминания ранения лица, относящиеся по своему характеру к сквозным, при которых имеется прерывистый или так называемый «пунктирный» раневой канал. Это бывает в тех случаях, когда ранящий снаряд, внедряясь в мягкие ткани лица на каком – либо участке, выходит на поверхность и затем вновь погружается в ткани. Степень повреждения тканей при таких ранениях определяется локализацией, направлением и глубиной продвижения в тканях ранящего снаряда. Таким образом, в военное время основной формой организации лечебно-эвакуационных мероприятий является система этапного лечения с эвакуацией по назначению. Сущность этой системы состоит в своевременном проведении последовательных и преемственных лечебных мероприятий раненым (больным) в сочетании с эвакуацией их по мед. показаниям в соответствии с боевой медобстановкой. Наибольшее развитие эта система получила в период Великой Отечественной войны и сохраняет свое значение до настоящего времени. Однако особенности возможной войны и достижения современной медицины потребовали осуществления ряда изменений в принципах военно-полевой хирургии. Подверглись также пересмотру вопросы об объеме, характере помощи челюстно-лицевым раненым на различных этапах мед. эвакуации, а также организация и методы специализированного лечения этой группы пораженных в лечебных учреждениях фронта. Необходимо также отметить, что объем и характер оказываемой помощи в условиях ведения современной войны может значительно изменяться в зависимости от условий боевой и мед обстановке.