

**Г. П. Рузін, В. П. Голік,
С. Г. Демяник, О.В. Рибалов**

**Стоматологія надзвичайних ситуацій
з курсом військової стоматології**

Видання друге, доопрацьоване і доповнене

**За редакцією професора
Г. П. Рузіна**

Підручник для студентів стоматологічних
факультетів вищих медичних закладів
IV рівня акредитації

Вінниця
Нова Книга, 2008

УДК 616.314:614.88(075.8)

ББК 56.65я73

Р 83

Рекомендовано

Міністерством охорони здоров'я України як підручник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації Протокол №1 від 12.04.2005

Автори:

Геннадій Петрович Рузін - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Харківського державного медичного університету.

Віктор Павлович Голік - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри ортопедичної стоматології Харківського державного медичного університету.

Сергій Григорович Демяник - полковник медичної служби, доцент, начальник кафедри медицини катастроф та військової медицини Харківського державного медичного університету.

Олег Васильович Рибалов - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургічної стоматології Української медичної стоматологічної академії.

Рецензенти:

І. М. Матрос-Таранець - завідувач кафедри хірургічної стоматології Донецького державного медичного університету, доктор медичних наук, професор.

Р. Х. Камалов - полковник медичної служби, головний стоматолог Міністерства оборони України, кандидат медичних наук, доцент.

А. Р. Мишула — полковник, завідувач кафедри екстремальної медицини Тернопільської медичної академії.

Рузін Г. П., Голік В. П., Демяник С. Г., Рибалов О. В.

Р 83 Стоматологія надзвичайних ситуацій з курсом військової стоматології. Підручник. Видання друге / За ред. Г. П. Рузіна. - Вінниця: НОВА КНИГА, 2008. 1264 с. Іл. ШМ 978-966-382-0236-1

Підручник складений відповідно до програми з хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з курсом стоматології надзвичайних ситуацій і військової стоматології згідно з навчальним планом. 12 розділів книги висвітлюють усі аспекти організації хірургічної, ортопедичної та терапевтичної стоматологічної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій мирного і воєнного часу, а також організацію, обсяг допомоги на етапах медичної евакуації з урахуванням характеру бойових дій, виду уражень і можливостей лікувальної установи.

Підручник містить опис принципів організації допомоги з урахуванням діючих нормативів системи ЦО і ЗСУ з урахуванням особливостей надання допомоги хворим і ураженим з патологічними процесами у щелепно-лицевій ділянці. Описана профілактика ускладнень місцевого і загального характеру, організація догляду і харчування хворих і поранених з ушкодженнями і захворюваннями щелепно-лицевої ділянки. Наведено дані щодо медичної експертизи поранених у щелепно-лицеву ділянку, вимоги до стану порожнини рота і зубо-щелепної системи допризовників, військовослужбовців термінової служби та офіцерів.

Підручник ілюстрований схемами, таблицями та фотографіями.

ББК 56.65*73

© Г. П. Рузін, В. П. Голік,

О. В. Рибалов, С. Г. Демяник, 2008

© НОВА КНИГА, 2008

ЗМІСТ

Список скорочень.	5
Передмова.	7
<i>Розділ I</i>	
Короткий історичний нарис розвитку військово-польової щелепно-лицевої хірургії.	9
<i>Розділ II</i>	
2.1. Організація стоматологічної допомоги в системі цивільної оборони.	15
2.2. Організація стоматологічної допомоги у Збройних силах в мирний час.	21
2.3. Організація стоматологічної допомоги у Збройних силах у воєнний час.	43
<i>Розділ III</i>	
Основи ранової балістики, особливості патогенезу та оцінки вогнепальних ран щелепно-лицевої ділянки.	87
<i>Розділ IV</i>	
Класифікації травматичних ушкоджень щелепно-лицевої ділянки.	98
<i>Розділ V</i>	
Організація та обсяг першої медичної та долікарської допомоги при ушкодженнях щелепно-лицевої ділянки на етапах медичної евакуації.	109
<i>Розділ VI</i>	
Організація та обсяг першої лікарської допомоги при ушкодженнях щелепно-лицевої ділянки на етапах медичної евакуації.	117
<i>Розділ VII</i>	
Організація та обсяг кваліфікованої та спеціалізованої допомоги при ушкодженнях щелепно-лицевої ділянки на етапах медичної евакуації.	132

7.1. Ушкодження м'яких тканин обличчя.	133
7.2. Клініка та лікування ушкоджень кісток обличчя.	142
7.2.1. Клініка та лікування переломів нижньої щелепи.	142
7.2.2. Клініка та лікування переломів верхньої щелепи.	151
7.2.3. Клініка та лікування переломів виличних кісток і кісток носа.	154
7.3. Вогнепальні переломи кісток обличчя і принципи обробки вогнепальної кісткової рани.	157
7.4. Клініка та лікування термічних ушкоджень щелепно-лицевої ділянки.	163
7.5. Комбіновані ураження щелепно-лицевої ділянки.	170
<i>Розділ VIII</i>	
Ускладнення при ушкодженнях щелепно-лицевої ділянки, їх профілактика та лікування на етапах медичної евакуації.	180
<i>Розділ IX</i>	
Організація догляду і харчування поранених та уражених на етапах медичної евакуації.	190
<i>Розділ X</i>	
Організація та обсяг терапевтичної стоматологічної допомоги на етапах медичної евакуації.	200
<i>Розділ XI</i>	
Організація ортопедичної стоматологічної допомоги на етапах медичної евакуації.	210
<i>Розділ XII</i>	
Медична експертиза та медичний огляд поранених у щелепно-лицеву ділянку, призовників, допризовників, військовослужбовців.	229
Додаток 1.	244
Додаток 2.	247

Список скорочень

- AI - аптечка індивідуальна
- Б-1, Б-2 - перев'язні матеріали стерильні (засоби)
- БР - біологічні речовини
- ВВВ - Велика Вітчизняна війна
- ВМД - військово-медична доктрина
- ВПШЛП - військово-польовий шпиталь легкопоранених (пересувний)
- ВПШІ - військово-польовий інфекційний шпиталь
- ВПНШ - військово-польовий неврологічний шпиталь
- ВПНХШ - військово-польовий шпиталь для поранених у голову, шию і хребет (територіальний, нейрохірургічний)
- ВПШ - військово-польовий пересувний шпиталь
- ВПСШ - військово-польовий сортувальний шпиталь (пересувний)
- ВПТШ — військово-польовий терапевтичний шпиталь
- ВПХШ — військово-польовий хірургічний шпиталь (пересувний)
- ВСО - відділ спеціальної обробки
- ГСМД - група спеціалізованої медичної допомоги
- ЗЛ - зуболікарський комплект
- ЗСМД - загін спеціалізованої медичної допомоги
- ЗП - зубопротезний комплект
- ЗТ-1 - зуботехнічний комплект (обладнання)
- ЗТ-2 - зуботехнічний комплект (інструменти)
- ЗТ-3 - зуботехнічний комплект (матеріали)
- медр - медична рота
- МНС - медицина надзвичайних ситуацій
- МПБ - медичний пункт батальйону

ОПМЗ- окремий полк медичного забезпечення (АК- армійського корпусу)
ОР - отруйні речовини
ПШБ - пересувна шпитальна база
ПП - пакет перев'язний індивідуальний
ПСО - площадка спеціальної обробки
РР - радіоактивні речовини
СДП стерилізаційно-дистиляційний причеп
СЗ В стоматологічний загін
ТБШ - територіальний багатопрофільний шпиталь
ТШБ - територіальна шпитальна база
ТШМОЗ - територіальний шпиталь Міністерства охорони здоров'я
У-2,У-3 - укладка універсальна
УШБ - управління шпитальної бази
УЩЛІ укладка щелепно-лицева
ЩЛПІ щелепно-лицеві поранені
ЩЛД1 щелепно-лицева ділянка
ЩЛВ і щелепно-лицеве відділення

Передмова

XX століття сумно відоме двома світовими війнами, що забрали десятки мільйонів життів і покалічили тіла і душі сотень мільйонів людей. Локальні війни і конфлікти, що тривають, численні терористичні акти, природні, техногенні, транспортні катастрофи призводять до одномоментного виникнення безлічі постраждалих, примушують розвивати й удосконалювати організацію медичної допомоги, зокрема і стоматологічної.

Статистичні дані матеріалів військового періоду і останніх десятиріч свідчать, що поранені в обличчя і щелепи становлять 4–7 % від загальної кількості санітарних втрат.

На особливості організації допомоги таким пораненим указував ще М. І Пирогов, а в 1945 році начальник Головного військового санітарного управління Червоної Армії генерал-полковник Є. І. Смирнов відзначував необхідність спеціалізованого підходу до цієї групи постраждалих. Завдяки чіткій організації допомоги постраждалим з ушкодженнями обличчя і щелеп у період Великої Вітчизняної війни до ладу вдалося повернути більше 85 % військовослужбовців, а вилікувати - більше 93 % хворих.

За останні десятиріччя відбулися значні соціальні зміни у світі, з'явилися нові форми і методи озброєної боротьби з використанням нових видів зброї, зокрема і зброї масового ураження, вдосконалилась організація медичної допомоги у Збройних силах, зокрема і стоматологічної.

Наявні на сьогоднішній день посібники з військової стоматології за редакцією академіка Кабакова Б. Д. (1973, 1979) застаріли і є бібліографічною рідкістю, посібники за редакцією Малійського А. Ю., Рибалова О. В. (Полтава, 1996, 1999); Донського Г. І. і співавт., 2002) випущені невеликими тиражами і не містять оптимальних рекомендацій щодо надання стоматологічної допомоги при численних поєднаних і комбінованих пораненнях щелепно-лицевої ділянки. Матеріали, наведені в загальних посібниках з військово-польової хірургії, уривчасті, стислі і не можуть забезпечити достатню підготовку з окремих розділів стоматології.

Військова стоматологія - це окрема дисципліна медицини екстремальних умов, яка вивчає організацію і надання усіх видів стоматологічної допомоги пораненим і хворим у воєнний та мирний час.

Знати основи цієї організації і вміти надати необхідну допомогу в конкретних специфічних умовах - обов'язок кожного стоматолога.

У запропонованому підручнику матеріал викладений на основі військової медичної доктрини, відповідно до принципів системи етапного лікування з евакуацією за призначенням, оскільки вони є провідними в організації медичного забезпечення в усіх арміях світу і наданні допомоги при стихійних лихах та інших катастрофах мирного і воєнного часу. Автори висловлюють щире подяку полковнику медичної служби О. А. Панасюку за підготовку матеріалів другого розділу.

Ми вирішили, що буде доцільно використовувати саме таку схему викладу для простоти засвоєння принципів надання допомоги на різних етапах.

Цей підручник для студентів з військової стоматології й стоматології екстремальних умов є одним із перших в Україні, і автори з вдячністю приймуть усі зауваження і побажання.

Підручник розрахований на студентів та інтернів стоматологічних факультетів, може використовуватись лікарями-стоматологами й іншими медичними спеціалістами при необхідності організації і надання допомоги хворим та пораненим у щелепно-лицеву ділянку.

РОЗДІЛ I

Короткий історичний нарис розвитку військово-польової щелепно-лицевої хірургії

*"Багатьох воїнів сміливих
вартий один лікар вправний"*
Гомер, "Іліада"

Необхідність надання медичної допомоги та її організація були обумовлені ще у стародавні часи виникненням регулярної постійної армії в державі. Вже в арміях Стародавнього Єгипту, Греції, Індії організовується винесення поранених із поля бою і надання їм допомоги у спеціально відведених місцях.

Римські легіони мали навіть спеціальні лікувальні установи-валетудинарії, де лікарі надавали допомогу доставленим з поля бою пораненим.

Можливо, що збережена традиція перед боєм перевдягатися у все чисте містить у собі зародки само- і взаємодопомоги, коли для перев'язки використовувалася чиста білизна.

Епоха раннього християнства, хрестові походи і часи Середньовіччя залишили мало даних про організацію медичної допомоги у військах. Низький рівень розвитку науки, поява великої кількості шарлатанів, нехтування солдатами не сприяли розвитку й прогресу медицини в армії. Тут можна лише назвати прізвище відомого французького хірурга Амбруаза Паре, відомого тим, що він відмовився використовувати для лікування поранених випалювання ран, а запропонував щадливу тактику, а стоматологам він відомий уперше проведеною операцією алотрансплантації зуба.

Поява професійних армій, створення нових різновидів зброї, участь великої кількості людей у бойових діях на значних площах протягом тривалого часу стали стимулом для розвитку військової медицини. Це припадає на середину XVIII і XIX століть. Саме до цього часу

належать перші згадки про щелепно-лицевих поранених, особливості перебігу таких поранень і відзначається необхідність надання їм спеціальної допомоги.

У Російській імперії, складовою частиною якої була Україна, ще в середині XVII століття при Аптекарському наказі - центральному управлінському органі тодішньої медицини - була створена перша лікарська школа з підготовки лікарів для армії. Саме тут у списках поранених, які надходили в Аптекарський наказ, зустрічалися описи поранених в обличчя: "Карпо Нагібін поранений у праву щоку з гвинтівки", "Мишко Іванов січений шаблею по шії" (1645 рік).

Зубні лікарі (дантисти) до надання допомоги пораненим в обличчя і з пораненнями щелеп не залучались. Допомога пораненим в обличчя і щелепи, як і з іншими локалізаціями, була завданням хірургів, які вже тоді визначали необхідність особливого підходу до щелепно-лицевих поранених. Необхідно зазначити: якщо закордонні хірурги, зокрема, головний хірург Наполеона Ларрей (1829), підтримували радикалізм в обробці вогнепальних поранень щелеп, то вітчизняні хірурги пропонували обережну, шадливу тактику. Ще до М. І. Пирогова А. Г. Ріхтер (1782) пропонував економну хірургічну обробку ран, щоб "не залишати деяку потворність в обличчі". М. І. Пирогов, ґрунтуючись на досвіді лікування поранених в обличчя у часи Кримської і Кавказької війн, писав: "Я бачив стільки випадків вдалого виліковування найскладніших переломів цієї кістки (нижньої щелепи), що можу відхилити ранню резекцію як загальний захід".

Завдяки його зусиллям, навіть у батальйонних наборах медичного інструментарію були інструменти для видалення зубів, фіксації відламків щелеп. Серед них були: "ключ зубний з трьома і двома гвинтами і рукояткою, щипці зубні криві, козяча ніжка, Т-подібна головна пов'язка, пов'язки лицева, носова".

У той же час головний хірург пруської армії Лангенбек, на основі досвіду франко-прусської війни 1870-1871 років, коли стоматологічні хвороби виводили зі строю до 15-20 % складу армії, писав, що не хотів би починати наступну військову кампанію без достатньої кількості бних лікарів у армії. Такі погляди мали під собою досить вагомий підставу до 70 % поранених в обличчя і щелепу не отримували достатньої допом^и, залишались інвалідами. Високою була і смертність. За

даними Шредера, під час Кримської кампанії від поранень в обличчя і щелепу вмирало до 48 %, після використання антисептиків, вже в період франко-пруської війни, смертність знизилась до 9,3 % і залишилась такою в період першої світової війни.

Сумний досвід російсько-японської війни і початкового періоду першої світової, привів до розуміння необхідності організації допомоги таким пораненим. З ініціативи академіка М. Н. Бурденка, тодішнього хірурга-консультанта декількох фронтів, були створені спеціалізовані лазарети для лікування поранених у груди, живіт, голову.

У 1914 році при Свято-Троїцькій общині Червоного Хреста на кошти Одонтологічного товариства був відкритий перший щелепний лазарет на 100 ліжок, де працювали Ф. О. Звержховський, Р. Р. Вреден, а потім - Г. А. Єфрон і П. П. Львов. Подібні лазарети в 1915-1916 роках створюються у Петрограді, Києві, Смоленську, інших містах, куди евакуювалися поранені в лице.

Незважаючи на це, за свідченням В. О. Опеля, професора Військово-медичної академії й автора ідеї етапного лікування постраждалих, поранені в лице і щелепу оперувалися тільки з приводу ускладнень інфекційного походження. У пересувних лазаретах оперувались усього 10 %, а в госпіталях тилу - 29 % поранених в обличчя і щелепу. Природно, що інвалідність у 1914—1918 роках складала при пораненнях в обличчя і щелепи до 34 %, а в стрій було повернуто лише біля 22 % поранених.

У 1915 р. зубний лікар Київського військового округу С. С. Тігерштедт розробив і запропонував для іммобілізації і фіксації уламків щелеп гнуті алюмінієві шини, але в польових умовах вони майже не отримали поширення. Їх широке використання прийшло пізніше і триває донині.

В. О. Опель у 1915 році, підкреслюючи необхідність організації щелепно-лицевих відділень у госпіталях, аргументував цю необхідність тим, що вони "запобігають таким каліцтвам, яким без них запобігти було б важко". Для роботи в таких відділеннях потрібні спеціальні знання, спеціальна техніка, спеціальний інструментарій.

Велика робота з організації і вдосконалення надання допомоги щелепно-лицевим пораненим була проведена в Радянському Союзі в період 1918-1940 рр. У цей час були опубліковані посібники та інструкції щодо організації допомоги (Г. І. Вільга, 1919), розроблені таблиці і укладки необхідного інструментарію. У 1929 р. у Військово-медичній

академії відкрита кафедра щелепно-лицевої хірургії і стоматології, що стала провідною в розробці засобів і методів допомоги пораненим в обличчя і щелепи на довгі роки. У 1940 році введена військово-облікова спеціальність "щелепно-лицевий хірург".

У посібниках і підручниках з травматології та військово-польової хірургії провідними щелепно-лицевими хірургами написані відповідні розділи (О. Е. Рауер, З.І. Карташов, Б. Е. Франкенберг).

До початку Великої Вітчизняної війни була створена й апробована у військових конфліктах біля озера Хасан, на Халхін-Голі і у війні з Фінляндією система надання долікарської, першої лікарської і кваліфікованої допомоги пораненим у лице та щелепи.

Розробкою і впровадженням цих методів в Армії керував генерал-майор медичної служби - перший генерал-стоматолог Д. А. Ентін, автор книги "Військова щелепно-лицева хірургія" (1941). На Військово-морському флоті цей напрямок очолював головний стоматолог ВМФ професор полковник В. М. Уваров.

З початку і до кінця Великої Вітчизняної війни у діючій армії, фронтових і тиллових госпіталях працювали дивізійними, армійськими, фронтовими хірургами-стоматологами всі тогочасні провідні спеціалісти: професори А. О. К'яндський, Я. М. Збарж, М. В. Мухін, О. О. Лімберг, П. П. Львов і багато інших. Чимало хірургів у післявоєнні роки, узагальнюючи досвід війни, захистили докторські дисертації: професори Л. Р. Балон, Г. М. Іващенко, Г. І. Семенченко, М. О. Макієнко,

М. П. Жаков та інші. Вони розробили нові види операцій при обробці вогнепальних ран, запропонували методи ранніх відновлювальних, пластичних і реконструктивних операцій, нові види фіксуючих засобів і ортопедичних апаратів. Протягом війни були введені посади заступників головного хірурга з щелепно-лицевої хірургії - головних щелепно-лицевих хірургів армій і фронту.

Завдяки самовідданій праці щелепно-лицевих хірургів, у стрій було повернуто 85,1 % поранених в обличчя і щелепи, чого не було в жодній армії, які брали участь у



М. І. Пирогов

другій світовій війні. Цей багатий досвід був узагальнений у шостому томі фундаментального багатотомного видання "Досвід медицини у Великій Вітчизняній війні", створеного під керівництвом і за редакцією проф. Д. А. Ентіна.

Досвід, набутий вітчизняними стоматологами в період війни, і досі є предметом вивчення.

У післявоєнний період з'явилися нові методи лікування ушкоджень, оперативних втручань, зокрема, при комбінованій і поєднаній травмі.

Принципи етапного лікування поранених в обличчя і щелепи, чітка організація кваліфікованої і спеціалізованої допомоги в шпиталях "голова-шия" повністю себе виправдали в локальних бойових конфліктах останнього часу в Афганістані, Нагорному Карабаху, Абхазії, Чечні, у наданні допомоги під час катастроф і терористичних актів.

Значний внесок у розробку сучасних організаційних і лікувальних принципів надання допомоги пораненим в обличчя і щелепи здійснили академік Б. Д. Кабаков, професори В. М. Мухін, Н. М. Александров, Л. Р. Балон, М. Б. Швирков. В Україні цю проблему розглядають на кафедрі щелепно-лицевої хірургії та стоматології Української Військово-медичної академії (доцент А. М. Ліхота), кафедрах ВНЗ (професори О. В. Рибалов, Г. П. Рузін, І. М. Матрос-Таранець) і Київської медичної академії післядипломного навчання (професор О. О. Тимофєєв).

В останні роки розвивається новий напрям вітчизняної стоматології: стоматологія екстремальних ситуацій. Це розділ стоматології, присвячений організації та наданню всіх видів спеціалізованої допомоги пораненим, постраждалим і хворим в умовах виникнення екстремальних ситуацій. Історія екстремальної медицини тільки починається. С.С. Тігерштедт



В. О. Оппель





Д. А. Ентін



В. М. Уваров



М. В. Мухін



М. О. Макієнко



О. О. Лімберг



М. М. Александров



В. М. Балін



В. О. Сукачов



С. С. Васильев



М. М. Ванкевич



Л. Р. Балон

РОЗДІЛ II

2.1. Організація стоматологічної допомоги в системі цивільної оборони

Медичне забезпечення населення у надзвичайних ситуаціях (НС) здійснюють формування державної служби медицини катастроф (ДСМК).

Державна служба медицини катастроф не має штатного складу спеціалістів. Вони запрошуються із спеціалізованих відділень, клінік ВНЗ при необхідності організації та надання стоматологічної допомоги постраждалим.

На державну службу медицини катастроф (ДСМК) покладене вирішення в повному обсязі всіх медичних аспектів функціонування державної системи запобігання і реагування на аварії, катастрофи та інші НС, здійснення прогнозів медико-санітарних наслідків можливих НС, планування заходів медико-санітарного забезпечення населення в умовах НС, а при виникненні НС - надання постраждалим медичної допомоги на дошпитальному та шпитальному етапах.

ДСМК створена на двох рівнях: державному і територіальному.

На державному рівні ДСМК організується в системі МОЗ України, на територіальному - в системі управлінь охорони здоров'я областей. Структура ДСМК передбачає наявність органів управління ДСМК, формувань ДСМК, закладів ДСМК.

У зв'язку з тим, що до складу ДСМК входять медичні заклади різного підпорядкування, координацію діяльності на випадок виникнення екстремальних ситуацій здійснюють:

- на державному рівні - Центральна координаційна комісія, що створюється Кабінетом Міністрів України;
- на територіальному рівні - територіальні координаційні комісії, що створюються обласними адміністраціями.

Координаційні комісії є постійно діючими органами, створеними з метою узгодження складу та порядку використання в НС медичних сил і засобів МОЗ, МНС, Міноборони, МВС, Мінтрансу.

Головними оперативними закладами є:

- на державному рівні - Український науково-практичний центр медицини катастроф;
- на територіальному рівні - територіальні центри медицини катастроф.

До формувань ДСМК державного та територіального рівня належать: мобільні шпиталі, загони, медичні та спеціалізовані бригади постійної готовності першої та другої черги.

До закладів ДСМК належать медичні заклади (лікувально-профілактичні, санітарно-профілактичні, швидкої медичної допомоги, науково-дослідні та науково-практичні, навчальні), які, незалежно від відомчого підпорядкування, визначені до складу державного чи територіального рівня ДСМК і створюють та утримують формування ДСМК або розгортають додатковий ліжкофонд при НС.

Формування ДСМК

До формувань ДСМК державного і територіального рівня належать мобільні шпиталі, загони, медичні бригади постійної готовності першої черги та спеціалізовані бригади постійної готовності другої черги.

Із мобільних шпиталів і загонів ДСМК нині юридично визначене тільки одне формування - медичний мобільний загін швидкого реагування МНС України (ММЗ ШР), який належить до ДСМК державного рівня.

Медичні бригади постійної готовності першої черги

Наявна система надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях передбачає систему етапного лікування постраждалих. Медична допомога при цьому надається послідовно безпосередньо в зоні надзвичайної ситуації і на етапах медичної евакуації. У зоні надзвичайної ситуації в перший період після катастрофи перша медична допомога може надаватись у вигляді самопомоги, взаємодопомоги, а також спеціально підготовленими для цього працівниками потенційно небезпечного об'єкта, медичними формуваннями об'єкта, його медичними працівниками, першими свідками НС та учасниками рятувальних робіт із складу аварійно-рятувальних служб. Постраждалі можуть до-

ставляться із зони надзвичайної ситуації до пункту тимчасового збору постраждалих, де їм надається долікарська або лікарська допомога.

У надзвичайних ситуаціях, незалежно від масштабу, як правило, першими для надання медичної допомоги до зони надзвичайної ситуації прибувають і починають працювати, згідно зі своїми функціональними обов'язками, бригади швидкої медичної допомоги (ШМД), які обслуговують населення даної території в повсякденних умовах. Бригади ШМД, що прибувають до району НС, надають першу лікарську (фельдшерські бригади - долікарську) допомогу постраждалим, проводять медичне сортування й евакуюють їх у стаціонарні медичні заклади.

Якщо ліквідувати медико-санітарні наслідки надзвичайної ситуації силами штатних виїзних бригад ШМД неможливо, розгортаються сили першого етапу медичної евакуації. У район надзвичайної ситуації додатково до діючих штатних бригад ШМД направляються медичні бригади постійної готовності першої черги ДСМК.

Медичні бригади постійної готовності першої черги — це формування ДСМК, призначені для надання медичної допомоги постраждалим на дошпитальному етапі при станах, які загрожують їх життю чи здоров'ю, та госпіталізації в лікувальні заклади другого етапу медичної евакуації. Медичні бригади постійної готовності ДСМК першої черги можуть бути позаштатними чи штатними, входить до складу ДСМК територіального та державного рівня. До складу позаштатних медичних бригад постійної готовності ДСМК першої черги територіального рівня вводяться визначені органами управління охорони здоров'я адміністративної території (після затвердження територіальною координаційною комісією ДСМК) бригади зі складу бригад ШМД та позаштатні бригади, створені територіальними центрами медицини катастроф та відомчими лікувальними закладами. Медичні бригади постійної готовності ДСМК першої черги територіального рівня зі складу ДСМК у повсякденних умовах працюють як звичайні виїзні бригади ШМД і надають медичну допомогу населенню визначеної території обслуговування. Вони відрізняються від інших бригад ШМД тим, що при виникненні НС на адміністративній території поза межами обслуговування направляються туди для участі в ліквідації медико-санітарних наслідків НС. До функціональних обов'язків особового складу бригади входять додаткові вимоги щодо праці в ДСМК, в т.ч. обов'язкова участь у ліквідації медико-сані-

тарних наслідків надзвичайних ситуацій, що сталися за межами зони обслуговування. У медичному закладі, що утримує бригади, утворюється необхідний недоторканий запас медикаментів (оперативний резерв) для автономної роботи кожної бригади постійної готовності ДСМК першої черги; забезпечується певний рівень підготовки особового складу бригади за вимогами рівня підготовки працівників ДСМК.

Спеціалізовані бригади постійної готовності другої черги державної служби медицини катастроф

На другому етапі медичної евакуації розгортаються лікувальні заклади, сукупність яких повинна забезпечити надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги всім постраждалим.

Ураховуючи те, що забезпеченість різних лікувальних закладів охорони здоров'я фахівцями, рівень підготовки фахівців вузького профілю, рівень оснащення лікарняної бази сучасною медичною технікою можуть суттєво відрізнитись, має бути передбачене направлення фахівців конкретних спеціальностей та спеціального медичного обладнання в медичні заклади, які розгортаються на базі лікувальних закладів і належать до другого етапу медичної евакуації. Для підсилення закладів другого етапу медичної евакуації висококваліфікованими фахівцями формуються спеціалізовані бригади постійної готовності другої черги. Для них також накопичуються оперативні резерви медичного обладнання, медикаментів тощо.

Спеціалізовані бригади постійної готовності другої черги створюються, як правило, профільними: хірургічні, нейрохірургічні, політравматологічні, травматологічні, комбустіологічні, трансфузіологічні, реаніматологічні, анестезіологічні, токсикотерапевтичні, гематологічні, психіатричної допомоги, педіатричні, дитячі хірургічні, акушерсько-гінекологічні, інфекційні, шелепно-лицеві, офтальмологічні, оториноларингологічні, урологічні, лабораторно-діагностичні тощо. Профіль спеціалізованих бригад постійної готовності другої черги територіального рівня ДСМК визначається залежно від прогнозованих на даній території медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій і реального забезпечення лікувальних закладів лікарями відповідного профілю.

Спеціальні бригади постійної готовності другої черги ДСМК, як правило, є позаштатними і входять до складу ДСМК як територіаль-

ного, так і державного рівня. Спеціалізовані бригади постійної готовності другої черги ДСМК створюються при лікарнях швидкої медичної допомоги, міських та центральних районних лікарнях, які надають ургентну медичну допомогу в системі ШМД території, при відомчих лікувальних закладах і провідних профільних клінічних науково-дослідних та лікувальних закладах даної території. Вони складаються із висококваліфікованих фахівців відділення відповідного профілю стаціонарного лікувального закладу і направляються в лікувальні заклади другого етапу медичної евакуації у надзвичайних ситуаціях.

Заклади ДСМК

До закладів ДСМК державного і територіального рівня, згідно з чинними директивними і нормативно-методичними документами, належать заклади та установи охорони здоров'я (лікувально-профілактичні, санітарно-профілактичні, швидкої медичної допомоги, науково-дослідні та науково-практичні, навчальні, бази постачання тощо), які незалежно від відомчого підпорядкування введені чинним порядком МОЗ України до складу державного чи територіального рівня ДСМК.

Територіальні центри медицини катастроф

Територіальні центри медицини катастроф є основними медичними закладами ДСМК адміністративної території, призначеними для організації надання медичної допомоги населенню адміністративної території в екстремальних ситуаціях, прогнозування медико-санітарних наслідків можливих надзвичайних ситуаціях на території обслуговування (стихійне лихо, катастрофи, аварії, масові отруєння, епідемії, епізоотії, радіаційне, бактеріологічне і хімічне забруднення тощо) та планування заходів щодо подолання їхніх наслідків. До завдань територіальних центрів входять розробка та обґрунтування проекту плану медико-санітарного забезпечення населення адміністративної території у надзвичайних ситуаціях та організація створення і раціонального використання оперативного резерву матеріально-технічних ресурсів ДСМК адміністративної території для ліквідації медико-санітарних наслідків НС.

Медичні заклади, що розгортають додатковий ліжкофонд

Медичні заклади, що розгортають додатковий ліжкофонд, призначені для надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги в НС і належать до закладів ДСМК другого етапу медичної евакуації у надзвичайних ситуаціях. До них належать визначені для цього МОЗ України за погодженням із територіальними органами виконавчої влади та відомствами, незалежно від галузевої належності лікарні, шпиталі, науково-практичні центри тощо. Загальна кількість додаткового ліжкофонду ДСМК територіального рівня визначається органами управління адміністративної території залежно від прогнозованих медико-санітарних наслідків НС.

Ліжкофонд закладів ДСМК, що розгортається додатково до штатного ліжкофонду, складається з ліжок, які в повсякденних умовах використовуються для лікування хронічних хворих та тих, що видужують, які можуть бути виписані в надзвичайній ситуації для продовження лікування до інших медичних закладів, що не належать до ДСМК, зокрема і для амбулаторного лікування, та з ліжок, які фактично додатково розгортаються при відповідних відділеннях.

Заслугує на увагу запропонована авторами першого в Україні навчального посібника зі щелепно-лицевої хірургії екстремальних ситуацій (Б. М. Горішний із співавторами, 2000) трирівнева система організації допомоги щелепно-лицевим пораненим у надзвичайних ситуаціях.

1. Забезпечення долікарської та першої лікарської допомоги в осередку.
2. Забезпечення кваліфікованої та елементів спеціалізованої допомоги в медичних закладах (загонах), розгорнутих у зоні катастрофи.
3. Забезпечення повного обсягу допомоги до завершення лікування в спеціалізованих громадських і військових лікувальних установах, як правило, багатопрофільного характеру.

У цій системі пропущений один суттєвий елемент, уведення якого в перші два етапи дуже важливе. Йдеться про сортування постраждалих, що передбачає виконання всіх вимог у визначенні необхідності ізоляції та спецобробки, послідовності евакуації, її способу, визначення провідного ураження і, у зв'язку з цим, евакуації за профілем.

Зважаючи на особливості щелепно-лицевої ділянки, що визначають характер перебігу ушкоджень, потрібно підкреслити, що основне у підготовці майбутніх стоматологів із цієї спеціальності - це навчання здатності орієнтуватись у реальній ситуації, оцінювати обсяг ураження, визначати послідовність і необхідний у конкретний момент обсяг допомоги та вміння її надавати.

Цивільному (мирному) населенню стоматологічна допомога в екстремальних ситуаціях надається силами і засобами медичних установ, що входять до системи МНС. Цими силами є лікарі-стоматологи лікувальних установ регіону, стоматологічних відділень, поліклінік, відділень щелепно-лицевої хірургії, співробітники клінік і профільних кафедр стоматологічних факультетів і факультетів підвищення кваліфікації, що залучаються для роботи у вогнищі ураження і на етапах евакуації поранених і хворих. При необхідності створюються загони та бригади спеціалізованої медичної допомоги (ЗСМД, БСМД), які можуть бути використані для надання розширеної спеціалізованої допомоги в лікувальній установі будь-якого профілю і рангу (ЦРЛ, міські, обласні багатопрофільні лікарні, медсанчастини).

2.2. Організація стоматологічної допомоги у Збройних силах в мирний час

Військова стоматологія - це розділ військової медицини, який вивчає правила організації та надання усіх видів стоматологічної допомоги особовому складові Збройних сил України в специфічних умовах життя і діяльності військ, а також пораненим і постраждалим в умовах надзвичайних ситуацій.

Підготовка лікарів-стоматологів здійснюється у стоматологічних вузах або на стоматологічних факультетах медичних інститутів. Слухачам Української військово-медичної академії в процесі навчання викладаються найважливіші питання цього розділу військової медицини з урахуванням специфіки їх подальшої роботи.

У загальній системі лікувальних і профілактичних заходів, які проводяться у Збройних силах, військовій стоматології належить важливе

місце. Досить сказати, що 30-45 % усіх звертань за медичною допомогою в поліклініці припадає на стоматологічні лікувальні установи.

Профілактична спрямованість є характерною рисою військової медицини взагалі і військової стоматології зокрема. Лікар-стоматолог зобов'язаний не тільки надавати повсякденну амбулаторну і невідкладну стоматологічну допомогу військовослужбовцям, піклуватися про своєчасну госпіталізацію хворих стоматологічного профілю, але і приділяти увагу профілактичній плановій санації.



Рис. 1. Принципова схема організації військово-медичної служби країни

Планування роботи

При плануванні роботи лікар-стоматолог військової частини повинен керуватися єдиним планом медичного забезпечення частини, у якому відображені всі питання, що стосуються роботи медичної служби, у тому числі й організації стоматологічної допомоги.

На підставі єдиного плану медичного забезпечення лікар-стоматолог складає такі плани:

1. План проведення профілактичних оглядів.

2. План санації порожнини рота.
3. План проведення диспансерного динамічного спостереження за особами з хронічними захворюваннями зубів і слизової оболонки порожнини рота.
4. План масової та індивідуальної профілактики захворювань зубів і пародонту.
5. План санітарно-просвітньої роботи серед військовослужбовців.

У плані роботи медичної служби частини передбачаються заходи щодо надання стоматологічної допомоги особовому складові військових частин гарнізону, що не мають у штаті стоматологів. При відсутності в даному гарнізоні установ Міністерства охорони здоров'я лікарі-стоматологи надають допомогу службовцям ЗСУ і членам родин військовослужбовців.

Функціональні обов'язки

Лікар-стоматолог військової частини відповідає за організацію стоматологічної допомоги в частині. Він зобов'язаний:

- проводити огляд порожнини рота у всіх військовослужбовців частини під час поглибленого медичного обстеження;
- планувати і забезпечувати своєчасну і повну санацію порожнини рота особовому складу частини;
- забезпечувати надання повсякденної амбулаторної і невідкладної допомоги в частині, стаціонарне лікування хворих у лазареті медичного пункту або направляти їх у шпиталь;
- надавати першу лікарську допомогу при травмах щелепно-лицевої ділянки і забезпечувати своєчасну госпіталізацію хворих стоматологічного профілю;
- і вести облік осіб, які потребують протезування, і направляти їх до відповідних лікувальних установ;
- здійснювати диспансерне динамічне спостереження за особами, що мають хронічні захворювання порожнини рота;
- забезпечувати надання стоматологічної допомоги особовому складу прикріплених частин, що не мають у штаті стоматолога;
- проводити санітарно-просвітницьку роботу зі стоматології серед особового складу частини;

- тримати в належному стані стоматологічний кабінет та його обладнання, ощадливо витрачати медичні засоби;
- вести облік і звітність про виконану роботу.

Розробка і складання плану санації порожнини рота покладається безпосередньо на стоматолога частини. При цьому враховуються результати первинного огляду молодого поповнення (здійснюється в перші два тижні після його прибуття в частину). Результати огляду реєструються в медичній книжці військовослужбовця, а осіб, які потребують санації, крім того, записують в журнал профілактичного огляду, де, крім виявленої патології, вказується, якої допомоги потребує військовослужбовець і яка черговість його виклику була б бажана. Профілактичні огляди особового складу частини проводяться в терміни, передбачені загальним планом диспансеризації, але не рідше одного разу на 6 місяців.

На підставі отриманих у результаті первинного огляду даних складається календарний план санації порожнини рота особового складу частини. Для цього визначають обсяг лікарської роботи і час, потрібний для його виконання.

Форма такого плану наводиться:

"ЗАТВЕРДЖУЮ"
Командир частини
" _____ " _____ 200__р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН
санації порожнини рота особового складу частини

Найменування підрозділів	Кількість днів, необхідних для санації	Час проведення санації	Відмітка про виконання
1 рота	14	з 1.01 по 15.01 з 15.00 до 18.00	
2 рота	21	з 16.01 по 19.02 з 15.00 до 18.00	

Для того, щоб скласти календарний план, рекомендується всіх осіб, що потребують санації, умовно поділити на п'ять груп з урахуванням першочерговості санації:

- перша група - особи, що потребують лікування тільки неу складненого (поверхневого, середнього і глибокого) карієсу;
- друга група - особи, що потребують видалення коренів зубів або зубів, що не можуть бути вилікувані;
- третя група - особи, що потребують лікування ускладненого карієсу (хронічні періодонтити, хронічні пульпіти, гангрена пульпи);
- четверта група — особи, що потребують лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота і крайового пародонту;
- П'ята група - особи, що потребують зубного протезування.

Час, необхідний для санації, і обсяг роботи розраховують у трудових одиницях (Галузевий медико-економічний стандарт надання стоматологічної допомоги на I, II та III рівнях, затверджений наказом № 305 мОЗ України від 22.11.2000 р.).

Типовий розрахунок часу для лікування захворювань, виявлених при огляді підрозділу військової частини наводиться в таблиці № 1.

Таблиця 1

Приклад розподілу часу для лікування

Вид лікарської допомоги	Виявлений обсяг роботи		Потреба в робочому часі	
	кількість	трудоу одиниці	хвилини	дні
Пломбування зубів із приводу:				
карієсу	100	100	2000	8,4
хронічного пульпіту	10	30	600	2,5
хронічного періодонтиту	25	87,5	1750	7,3
зняття зубних відкладень	120	240	4800	20
видалення зубів	70	49	980	4
оперативне втручання	3	6	120	0,5
лікування захворювань слизової оболонки	15	30	600	2,5
інша робота	-	18	360	1,5
Разом:	-	560,5	11210	46,7

При плануванні годин роботи стоматолога повинні враховуватися особливості розподілу часу несення бойової служби в даній частині. Робота стоматологічного кабінету повинна плануватися так, щоб звернення військовослужбовця по допомогу не впливало на виконання частиною її основних навчально-бойових задач.

Більше половини робочого часу лікар-стоматолог повинен відводити на планову санацію, а в інший час лікарського прийому здійснювати поточний прийом хворих. Не можна обмежуватися веденням амбулаторного прийому "за зверненням".

Про якість організації стоматологічної допомоги судять у першу чергу по результатах проведення планової санації порожнини рота у військовослужбовців. Оцінку "відмінно" виставляють у частинах, де профілактичним оглядом охоплено понад 90 % військовослужбовців і 80 % осіб, які потребували санації, сановано. Якщо охоплено оглядами 80-90 % і сановано з них 70-80 %, то виставляють оцінку "добре". "Задовільно" - 75-80 % оглянуті і 65-70 % сановано; якщо ж оглянуто менше 75 % військовослужбовців, а сановано менше 65 %, то організація роботи вважається незадовільною. Загальна оцінка ставиться за найменшим показником.

Для забезпечення нормальної роботи стоматолога частини і виконання ним покладених на нього обов'язків необхідно обладнати стоматологічний кабінет відповідно до існуючих санітарних нормативів.

Устаткування та обладнання стоматологічного кабінету

Стоматологічний кабінет медичного пункту військової частини на одне крісло розгортається в ізольованій кімнаті площею не менше 14 м². За необхідності розмістити два крісла площа кабінету повинна бути збільшена на 7 м².

Забороняється розгортати стоматологічні кабінети у прохідних кімнатах, разом із процедурними, оглядовими та у приміщеннях іншого призначення. Кабінет повинен відповідати санітарно-гігієнічним вимогам, що висуваються до приміщень, призначених для роботи з амальгамами. Стіни і підлога стоматологічного кабінету мають відповідати вимогам, що висуваються до операційної.

Для хірургічного прийому хворих повинен бути обладнаний окремий кабінет. За відсутності такої можливості виділяються спеціальні дні (або години на початку робочого дня) для виконання хірургічних втручань у стоматологічному кабінеті. Перед хірургічним прийомом підлога та стіни кабінету обробляються за правилами, що передбачені для операційних.

Обладнання кабінету складається з зуболікарського крісла, бормашини або універсальної стоматологічної установки, сухоповітряного стерилізатора, робочого столика, шафи для інструментів і медикаментів, сейфа для збереження медикаментів групи А і Б, стола для стерильних інструментів, письмового стола, стільців, кушетки, апарата для електроодонтодіагностики, діатермокоагулятора стоматологічного.

Сейф для збереження медикаментів групи А і Б повинен надійно зачинятися і бути прикріпленим до стіни або підлоги. Якщо неможливо забезпечити збереження препаратів групи А і Б у стоматологічному кабінеті, доцільно організувати їх збереження в аптеці медичного пункту в окремій металевій скриньці. У цьому випадку щодня перед початком роботи стоматолог одержує медикаменти групи А і Б в аптеці, а після закінчення роботи здає їх в опечатаній скриньці в аптеку на збереження.

У кабінеті необхідно мати бактерицидну лампу-опромінювач, яку вмикають перед початком роботи, у перервах, після роботи та прибирання приміщення з експозицією опромінення не менше 1 години. У кабінеті повинні бути пристосування і необхідні розчини для миття й обробки рук лікаря, передстерилізаційної обробки інструментів та контролю якості її проведення.

Спеціально обладнується шафа з наборами медикаментів і предметів, що потрібні для надання невідкладної допомоги при екстремальних станах. Також повинні бути термометр, апарат для вимірювання кров'яного тиску, фонендоскоп і набір інструментів для надання невідкладної допомоги при різних станах.

Крім стаціонарного обладнання стоматологічного кабінету, стоматолог повинен мати табельне оснащення для надання стоматологічної допомоги військовослужбовцям під час виходів військової частини на польові заняття й у воєнний час (комплект ЗЛ, бормашину комбіновану, освітлювач стоматологічний та похідне стоматологічне крісло).

Адміністративно стоматолог частини підпорядковується начальникові медичної служби частини, а за фахом його роботу контролює стоматолог з'єднання або стоматолог гарнізонного шпиталю, у сфері відповідальності якого перебуває військова частина.

Основні документи стоматологічного кабінету:

- 1) книга профілактичних оглядів;
- 2) книга обліку роботи стоматологічного кабінету (Ф19);
- 3) календарний план санації порожнини рота особового складу;
- 4) книга обліку отруйних і сильнодіючих речовин;
- 5) книга обліку витрати спирту;
- 6) книга обліку матеріальних засобів;
- 7) журнал обліку профілактичної роботи зі списком військово-службовців, які потребують протезування;
- 8) журнал обліку осіб, які потребують динамічного лікарського спостереження.

Додаткова документація стоматологічного кабінету:

- 1) інструкція про надання невідкладної допомоги при гострих серцево-судинних розладах (непритомність, колапс, стенокардія) і анафілактичних реакціях (анафілактичний шок);
- 2) інструкція з техніки безпеки при роботі з апаратами, приладами, технічними рідинами, які використовуються в кабінеті;
- 3) інструкція з миття і стерилізації медичного інструментарію;
- 4) інструкція щодо попередження ВІЛ-інфікування;
- 5) розпорядок роботи стоматологічного кабінету;
- 6) опис медичного майна стоматологічного кабінету;
- 7) технічні її експлуатаційні паспорти на медичні апарати та прилади;
- 8) функціональні обов'язки посадових осіб;
- 9) інструкція про санітарне утримання приміщень кабінету;
- 10) тимчасові норми при виконанні лікувально-хірургічних, ортопедичних і зуботехнічних робіт.

Вимоги до виконання основних кількісно-якісних показників лікарської роботи

Оцінка роботи лікаря-стоматолога військової частини в основному визначається результатами планової санації і виконанням нормативів обсягу лікарської роботи. Крім цього, враховуються такі показники:

- і кількість відвідувань хворим лікаря для завершення санації порожнини рота;
- І максимальне виконання обсягу лікарської допомоги в одне відвідування;
- співвідношення кількості накладених пломб до кількості зубів, які були видалені;
- тривалість збереження пломб.

Кількість відвідувань хворим лікаря
для завершення санації порожнини рота

Величина цього показника вказує на ступінь відриву військовослужбовців від навчально-бойової підготовки для проведення планової санації порожнини рота. Санація порожнини рота одного військовослужбовця повинна бути здійснена в середньому менше ніж за два відвідування.

Досягти такого показника можна максимальним виконанням обсягу лікарської допомоги за одне відвідування, впровадженням сучасних засобів знеболювання при лікуванні зубів і широкому застосуванні в повсякденній практиці односеансових і фізичних методів лікування пульпітів та періодонтитів. Односеансові методи лікування, забезпечуючи найкращі безпосередні і віддалені результати лікування, дозволяють знижувати і кількість відвідувань військовослужбовцями стоматологічних кабінетів. Саме тому відповідно до сучасних вимог односеансові методи повинні застосовуватися не менше ніж у 25 %, а фізичні методи лікування - не рідше ніж у 30 % випадків.

Максимальне виконання обсягу
лікарської допомоги за одне відвідування

Тривалість перебування хворого у лікаря-стоматолога під час планової санації порожнини рота не повинна перевищувати 40-50 хвилин. За цей час лікар повинен виконати обсяг роботи, рівний 2,5 трудових одиниць, тобто закінчити пломбування трьох-чотирьох каріозних порожнин або закінчити лікування одного зуба з пульпітом. При цьому знижується середнє число відвідувань на одну пломбу, що також є одним з якісних показників роботи стоматолога, а кількість санованих за день осіб збільшується.

У кінцевому підсумку це дозволяє максимально збільшити кількість санованих відносно кількості осіб, які потребують санації порожнини рота. При такій напруженій роботі лікар може закінчити санацію порожнини рота в середньому за день у чотирьох-п'яти хворих і в короткий термін завершити проведення планової санації в частині.

Співвідношення кількості накладених пломб до кількості видалених зубів

Цей показник оцінюється позитивно при співвідношенні кількості вилікуваних зубів шляхом накладення пломб до кількості видалених зубів, рівному 3:1 і більше. Видалення зуба з приводу пульпіту або однокореневого зуба з хронічним періодонтитом повинно бути тільки винятком, завжди суворо обґрунтованим. Зуби, уражені періодонтитом, з добре збереженою коронковою частиною і невеликими змінами в періодонті підлягають консервативному лікуванню. Цілком обґрунтоване також збереження зубів, уражених хронічним періодонтитом, шляхом резекції верхівки коренів.

Тривалість збереження пломб

У стоматологічному кабінеті військової частини потрібно вести облік збереження пломб і причин їх випадіння або дефектів, що вимагають повторного пломбування.

Військовим частинам, які не мають штатних одиниць стоматологів, допомога надається лікарями пересувних стоматологічних кабінетів, що є штатними формуваннями, які дислокуються на базі лікувальних установ оперативного командування. Питання організації роботи пересувних стоматологічних кабінетів будуть висвітлені у відповідному розділі.

Особливості надання хірургічної стоматологічної допомоги в мирний час

Хірургічна стоматологічна допомога у Збройних силах у мирний час поділяється на: хірургічну стоматологічну допомогу в частині, у з'єднанні, в умовах стоматологічних поліклінік оперативних командувань, у

**Книга обліку
Тривалості збереження пломб (Приклад)**

Найменування зуба	Матеріал пломби	Тривалість збереження пломби	Ким накладена пломба		Причина перепломбування (1 — дефект, 2 — випадання, 3 — зміна кольору, 4 — інше)
			Лікар частини	Інший лікар	
1	2	3	4	5	6
16	цемент	6 міс	+		1
31	пластмаса	1р. 2 міс		+	3
44	цемент	Зр. 4 міс	+		
47	амальгама	6 років	+		

Примітка.

При заміні пломби реєструються дані графи 6. При збереженні пломби понад два роки дані графи 6 не реєструються. Підсумкові дані (середня тривалість збереження пломб) визначаються шляхом поділу загальної кількості місяців на кількість обстежених пломб. Середня тривалість збереження пломб визначається при обстеженні не менше 100 пломб.

базових госпіталях, у центральних госпіталях оперативних командувань і Центральному клінічному шпиталі Міністерства Оборони України.

Для надання хірургічної стоматологічної допомоги особовому складу частини в стоматологічному відділенні обладнується окрема кімната, суміжна з основною, влаштування якої повинне відповідати санітарно-гігієнічним вимогам, передбаченим для операційної. У випадку, якщо виділити окрему кімнату для хірургічних стоматологічних втручань не видається можливим, хірургічний прийом проводиться в тому ж кабінеті, де надається терапевтична стоматологічна допомога, але для хірургічних втручань лікар виділяє окремі дні або години прийому хворих.

Хірургічна стоматологічна допомога в умовах військової частини обмежується:

- операціями з видалення зубів і коренів;
- І невеликими операціями на альвеолярних відростках: резекція верхівок коренів, цистектомія, гінгівектомія;
- І лікуванням можливих ускладнень (альвеоліт, кровотечі);
- розкриттям внутрішньоротовими розрізами підокісних та підслизових абсцесів, розташованих в області альвеолярного відростка;

- висіченням "капошона" при утрудненому прорізуванні зуба "мудрості";
- видаленням ретенційних кіст слизової оболонки губ.

Показання до видалення зубів та виконання хірургічних втручань у стоматологічному кабінеті військової частини можуть бути невідкладними і плановими.

Невідкладні втручання (видалення зуба при гострій одонтогенній інфекції, розкриття абсцесів) виконуються негайно після звернення хворого по медичну допомогу.

Планові операції на альвеолярних відростках, видалення зубів, коренів зубів, гінгивектомії проводяться або в спеціально відведені операційні дні, години (після відповідної підготовки інструментарію і приміщення), або в обладнаному для цієї мети хірургічному стоматологічному кабінеті.

Усі операції в стоматологічному кабінеті частини виконуються під інфільтраційною і провідниковою анестезією. Застосування загального знеболювання недопустиме.

Після видалення зуба або іншого оперативного втручання хворого слід оглянути повторно через 35—40 хв., щоб переконатися в тому, що кровотеча зупинилася надійно і згусток сформувався. Лікар повинен бути впевнений, що у військовослужбовця, який вибув у казарму або на заняття, не почнеться кровотеча після припинення дії вазоконстрикторів.

Після видалення зуба з приводу гострого обмеженого одонтогенного остеомієліту, а також після більшості операцій на альвеолярному відростку військовослужбовця слід помістити в лазарет частини і за наявності відповідних показань призначити антибіотики. Після виписування з лазарету в медичній книжці даються рекомендації щодо режиму хворого у найближчі дні: чи потребує він повного звільнення від службових обов'язків або занять з фізичної підготовки, несення варту тощо.

У профілактиці гострих одонтогенних запальних процесів велике значення має раннє розпізнавання утрудненого прорізування "зуба мудрості". Поява болючих відчуттів у ретромоллярному просторі, однобічна болісність при ковтанні, а потім хоча б незначне утруднення відкривання рота є показанням для втручання. Військовослужбовець з такими ознаками має перебувати під спостереженням лікаря і без попереднього лікування не може бути допущений до виконання завдань далеко від частини. У тих випадках, коли зовнішній огляд не дає мож-

ливості визначити положення зуба, що не прорізався, хворого слід направити у шпиталь, де видалення зуба буде зроблено після попереднього рентгенологічного обстеження.

При травмі щелепно-лицевої ділянки лікар-стоматолог зобов'язаний надати постраждалому невідкладну медичну допомогу. Насамперед слід усунути причини, що перешкоджають диханню: видалити з порожнини рота сторонні тіла, згустки крові, за необхідності — прошити і підтягти до рівня зубів язик, усунути звисаючий у ротоглотку "клапан" або зробити трахеотомію, зупинити кровотечу в рані за допомогою застискачів або прошиванням. Накласти пов'язку, що забезпечує надійну ізоляцію рани та іммобілізацію уламків, за необхідності — підсилити її стандартною транспортною пов'язкою.

Для надання невідкладної медичної допомоги в екстремальних ситуаціях у стоматологічному кабінеті все повинне бути підготовлене до проведення трахеотомії.

Хворих з великими uszkodженнями м'яких тканин обличчя або uszkodженням кісток обличчя, після надання їм першої медичної допомоги і заповнення відповідних документів, направляють на санітарному автомобілі до шпиталю у супроводі лікаря.

При вогнепальних переломах щелеп зі значною рухливістю уламків обов'язково, в порядку підготовки до транспортування, здійснюється транспортна іммобілізація, вводяться знеболюючі речовини.

У стоматологічному кабінеті з'єднання обсяг хірургічної допомоги дещо розширюється. При uszkodженні зубів, альвеолярних відростків допускається накладення назубних шин з метою іммобілізації уламків. При uszkodженні м'яких тканин лица, які не потребують складних пластичних операцій, можуть бути накладені шви.

Порядок направлення хворих на обстеження та лікування за межі частини

На стаціонарне обстеження та лікування за межі частини військовослужбовці направляються лікарем частини, а у випадках, які вимагають надання невідкладної медичної допомоги, — також черговим фельдшером (санінструктором) медичного пункту з одночасним рапортом начальникові медичної служби і черговому частини.

Лікар-стоматолог частини повинен знати, в які лікувальні установи він може направляти хворих військовослужбовців з тим чи іншим захворюванням.

Особи, які потребують невідкладної медичної допомоги, негайно направляються в лікувальний заклад у супроводі медичної сестри (фельдшера, санінструктора). Медичний працівник, який супроводжує важкохворого, забезпечується необхідними засобами для можливості надання медичної допомоги у дорозі.

Для забезпечення своєчасної госпіталізації хворих у частині має бути постійно готовий до виїзду автомобіль із заздалегідь оформленим маршрутним листом. За відсутності санітарного автомобіля за розпорядженням командира частини передбачається використання для цієї мети чергового автомобіля.

У термінових і невідкладних випадках, після узгодження з місцевими органами охорони здоров'я, має бути передбачене використання транспорту швидкої допомоги.

У цивільні лікувальні заклади хворі направляються в тих випадках, коли потрібно надати невідкладну або спеціалізовану медичну допомогу, що не може бути надана у найближчих військових лікувальних закладах.

Хворі військовослужбовці, що направляються на стаціонарне обстеження і лікування до військових лікувальних закладів, повинні бути обмундировані відповідно до пори року, мати необхідні особисті речі і документи:

- солдати, матроси, сержанти, курсанти - направлення командира частини, військовий квиток, медичну книжку з висновком лікаря, проїзні документи, атестат на продовольство, а якщо вибуває на лікування за межі гарнізону - то, крім того, атестати на речове і грошове постачання;
- прапорщики, мічмани, офіцери, генерали й адмірали - направлення командира частини, посвідчення особи, медичну книжку з висновком лікаря, а особи, що одержують продовольчий пайок, - також атестат на продовольство.

При терміновому направленні хворого до лікувального закладу з ним пересилають тільки медичну книжку із вказаним діагнозом і відміткою про надану допомогу; інші документи доставляються додатково в триденний термін.

При направленні на стаціонарне лікування до шпиталю військово-вослужбовця, що одержав травму, у триденний термін у шпиталь надається довідка, підписана командиром і завірена печаткою частини, про обставини і причини травми.

Організація роботи стоматологічного кабінету шпиталю в мирний час

Стоматологічний кабінет шпиталю призначений для надання стоматологічної допомоги хворим, що потребують стаціонарного лікування, а також для проведення санації порожнини рота усім хворим інших відділень шпиталю. Завданням відділення є також надання консультативної допомоги лікарям-стоматологам зі спеціальних питань діагностики, профілактики та лікування хворих.

Для виконання цих основних завдань у шпиталі розгортається один або кілька стоматологічних кабінетів, а також стоматологічний стаціонар (за рахунок штатних ліжок хірургічного відділення).

У стоматологічному кабінеті шпиталю, що має свою операційну (перев'язочну), організація операційного дня здійснюється за правилами, прийнятими у загальнохірургічних відділеннях. У тих випадках, коли операції проводяться в загальних операційних хірургічних відділеннях, останні оснащуються деяким додатковим спеціальним обладнанням (бормашинами, стоматологічним інструментарієм, світильниками і т. п.). Усі стоматологічні операції записуються в окремий операційний журнал.

У стоматологічному кабінеті шпиталю проводять:

- складне видалення зубів;
- цистотомії,
- реплантації зубів;
- гінгівектомії;
- видалення доброякісних новоутворень слизової оболонки порожнини рота і язика;
- розкриття абсцесів;
- біопсії пухлин, пластика присінка порожнини рота в порядку підготовки до протезування;

• видалення не

- оперативні втручання при утрудненому прорізуванні "зуба мудрості", невеликих кістах щелеп;
- лікування обмежених остеомієлітів щелеп, гнійних форм пародонтиту;
- неускладнених переломів щелеп.

Хворі на остеомієліт щелеп, доброякісні та злоякісні новоутворення, різноманітні травми обличчя і щелеп та захворювання, які потребують реконструктивно-відновлювальних втручань, направляються до Центрального клінічного шпиталю МО України.

Санація порожнини рота у шпиталях повинна бути проведена по можливості усім хворим, що надійшли на стаціонарне лікування. Хворі повинні бути оглянуті лікарем-стоматологом у перші три доби після надходження. Огляд хворих проводиться, як правило, у стоматологічному кабінеті шпиталю, за винятком важких. Важкохворих лікар-стоматолог оглядає безпосередньо у відділенні.

Санацію порожнини рота у шпиталях в першу чергу проводять хворим стоматологічного та хірургічного відділень, які йдуть на планові операції. В останньому випадку необхідно прагнути проводити санацію порожнини рота ще до надходження хворого у шпиталь, тому що це затягує передопераційний період. Санацію порожнини рота в скорочений термін необхідно проводити хворим із захворюваннями шлунка і дванадцятипалої кишки, а також тим, у кого є підозра на наявність хронічної осередкової одонтогенної інфекції та інтоксикації. В останньому випадку показання до хірургічних методів санації порожнини рота значно розширюються.

Якщо за час перебування хворого у шпиталі лікар-стоматолог не встигне повністю завершити санацію порожнини рота, то в історії хвороби та у медичній книжці він повинен зробити запис про проведені заходи у шпиталі і про те, що необхідно зробити в частині після виписки.

У кожному стоматологічному кабінеті шпиталю ведеться ретельний облік і аналіз ускладнень і лікарських помилок, допущених при наданні стоматологічної допомоги в частинах і лікувальних закладах гарнізону. Про ці ускладнення та помилки начальник кабінету повинен вчасно інформувати лікарів частин лікувальних закладів гарнізону.

Організація роботи стоматологічних поліклінік

Стоматологічні поліклініки є центрами, де надається терапевтична, хірургічна та ортопедична стоматологічна допомога.

До системи стоматологічних поліклінік входять: Центральна стоматологічна поліклініка Міністерства оборони України, стоматологічні поліклініки видів Збройних сил України, оперативних командувань, інші стоматологічні поліклініки, створені Міністерством оборони України.

Основними напрямками діяльності поліклініки є:

- і надання амбулаторної стоматологічної допомоги і протезування зубів прикріпленому контингенту;
- амбулаторне лікування військовослужбовців із захворюваннями зубів і слизової порожнини рота, яке не може бути виконане в умовах військової частини;
- участь у диспансеризації осіб, які перебувають на медичному забезпеченні у стоматологічній поліклініці, а також проведення стоматологічним хворим лікувально-профілактичних заходів, які неможливо провести в умовах військової частини;
- | вивчення стоматологічної захворюваності військовослужбовців і розробка заходів щодо її попередження і зниження;

ділянки (пародонтит, лейкоплакії, гіперкератоз, новоутворення тощо), що підлягають диспансерному спостереженню та лікувально-оздоровчим процедурам;

- надання консультативно-методичної допомоги лікарям-стоматологам військових частин і установ;

них техніків військових частин і установ;

поліклінік;

- проведення наукової і санітарно-просвітницької роботи.

Чисельність особового складу поліклініки і матеріальне оснащення визначаються штатним розкладом поліклініки.

До складу поліклініки входять: стоматологічне відділення терапевтичного профілю, стоматологічне відділення (кабінет) хірургічного профілю, стоматологічне ортопедичне відділення та зубопротезна лабораторія.

У поліклініці обладнуються рентгенівський і фізіотерапевтичний кабінети, а також стерилізаційна.

До складу поліклініки також входить пересувний стоматологічний кабінет, який є штатним формуванням.

Пересувний стоматологічний кабінет призначений для надання амбулаторної стоматологічної допомоги особовому складу військових частин і установ, що не мають у штаті стоматологічних кабінетів і розташовані на значному віддаленні від стоматологічних поліклінік.



Рис. 2. Принципова схема організаційно-штатної структури поліклініки

Порядок і час прийому хворих у поліклініці визначається начальником поліклініки на базі вказівок начальника медичного управління оперативного командування.

Усі первинні хворі, які записані на прийом до відділень поліклініки, повинні бути оглянутими черговим або спеціально виділеним оглядовим лікарем відділення. Потім їх розподіляють між лікарями відділення (залежно від завантаженості останніх). До обов'язків чергового лікаря входить, крім того, надання невідкладної допомоги хворим, запис на планові операції, призначення додаткових досліджень і т. п. У деяких випадках черговий лікар залучає для консультації інших лікарів відділення. Усі протиріччя при обстеженні і призначенні первинних хворих, що виникли між черговим і лікуючим лікарями, вирішує назв

чальник відділення. Призначення хворих на повторний прийом роблять лікуючі лікарі з урахуванням того, що на черговому прийомі необхідно буде прийняти 5-6 первинних хворих. Із цього витікає, що вже в перше відвідування хворим повинна бути проведена максимальна кількість закінчених лікувальних процедур. Тим самим не тільки поліпшуються якісні показники санаційної роботи, а й скорочується час санації та повторна відвідуваність хворих.

На лікувальне відділення стоматологічної поліклініки покладаються завдання терапевтичної стоматологічної допомоги за зверненням та проведення санації порожнини рота особовому складові прикріплених військових частин і підрозділів, а також усім особам, яких направили у поліклініку для санації порожнини рота, наприклад, у порядку підготовки до планових операцій.

У першу чергу сануються особи, спеціально направлені в поліклініку, у другу чергу - всі інші.

Застосування найбільш досконалих методів лікування, сучасних матеріалів і видів знеболювання в поліклініці є обов'язковим. Усі відомості про результати обстеження, проведене лікування та його результати записуються в амбулаторні карти і медичні книжки військовослужбовців. Після закінчення робочого дня лікарі заносять відомості про виконану роботу в картку щоденного обліку, а завідувач відділення узагальнює ці дані наприкінці кожного місяця. Ці відомості повинні містити кількість первинних і повторних хворих, діагноз; що зроблено та у скількох осіб завершена санація порожнини рота.

У хірургічному кабінеті стоматологічної поліклініки проводять оперативні втручання при таких захворюваннях і травмах, для лікування яких не потрібна госпіталізація хворих.

До них належать:

- складне видалення зубів;
- цистотомія;
- реплантації зубів;
- І гінгівектомії при пародонтиті;
- і видалення доброякісних новотворів слизової оболонки порожнини рота і язика;
- розкриття абсцесів;
- видалення невеликих доброякісних пухлин на шкірі обличчя;

- біопсії пухлин;
- пластика присінка порожнини рота у порядку підготовки до протезування;
- оперативні втручання при утрудненому прорізуванні зуба "мудрості", невеликих кістах щелеп;
- лікування обмежених остеомієлітів щелеп.

Усі проведені амбулаторні оперативні втручання, як і наступні перев'язки, записуються в медичну книжку військовослужбовця. Також лікар відзначає необхідні лікувальні заходи, що повинні бути виконані хворим у домашніх умовах або в медичній частині свого підрозділу.

Крім того, у медичній книжці записуються рекомендації щодо режиму хворого в найближчі дні після операції: чи буде він повністю звільнений від виконання службових обов'язків, чи тільки від занять на повітрі, від несення варту тощо.

На ортопедичне відділення стоматологічної поліклініки покладаються завдання щодо зубопротезування військовослужбовців, осіб, звільнених з військової служби, членів родин військовослужбовців, службовців Збройних сил України та інших осіб.

Прикріплення особового складу військових частин, установ і навчальних закладів на зубопротезування до тих чи інших зубопротезних відділень та кабінетів здійснюється наказом начальника Військово-медичного управління.

Порядок направлення військовослужбовців у поліклініку на зубопротезування в кожному оперативному командуванні визначається начальником Військово-медичного управління.

Стоматолог військової частини складає списки осіб, яким потрібне протезування. Списки направляються у стоматологічну поліклініку, що обслуговує дану частину. Поліклінікою складається єдиний план, що визначає терміни протезування з урахуванням можливостей поліклініки та черговості. У першу чергу на зубопротезування направляються:

- військовослужбовці після поранень і ушкоджень обличчя і щелеп, які отримані під час виконання службових обов'язків;
- особи, що втратили зуби через оперативне втручання на щелепах;
- особи, що страждають на хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту;

- I особовий склад підводних човнів, водолази, льотно-підйомний склад, особовий склад повітрянодесантних частин, танкісти;
- особи, втрата зубів у яких порушує їх нормальну службову діяльність;
 - особи, які страждають на пародонтит.

У другу чергу направляються всі інші.

Потреба у протезуванні зубів та ортопедичних втручаннях визначається лікарем-стоматологом у процесі обстеження хворих з урахуванням стану як жувального апарату, так і загального стану організму, в першу чергу, стану шлунково-кишкового тракту. При цьому необхідно брати до уваги військову професію військовослужбовця, функцію мовлення і, зрештою, косметичні фактори. Наприклад, відсутність передніх зубів у підводників і водолазів дуже ускладнює, а в деяких випадках робить неможливим користування загубником, який є важливою частиною водолазного або підводного спорядження. У той же час, вирішуючи питання про необхідність протезування, слід враховувати не тільки і не стільки відсутні зуби, скільки кількість і функціональну цінність наявних зубів, їх положення, форму, наявність антагоністів, характер прикусу, стан слизової оболонки порожнини рота і т. п. Наприклад, за наявності відкритого прикусу дуже ускладнюється відкушування їжі. Разом з тим слід мати на увазі, що будь-який протез або ортопедичний апарат, як би добре не був він зроблений, завжди разом із користю наносить і певну шкоду наявним зубам, тканинам пародонта і слизовій оболонці порожнини рота. Тому слід заздалегідь зважити всі фактори, які свідчать як на користь, так і проти зубопротезування, і тільки потім приймати остаточне рішення.

Організація і зміст роботи пересувного стоматологічного кабінету

Пересувний стоматологічний кабінет (ПСК) призначений для надання амбулаторної стоматологічної допомоги особовому складу частин і установ, що не мають у штаті стоматологічних кабінетів; таких, що розташовані на значному віддаленні від місця дислокації стоматологічних поліклінік і лікувальних закладів.

На фахівців ПСК покладається:

- проведення профілактичних оглядів особового складу, закріпленого за кабінетом частин, відповідно до плану лікувально-профілактичних заходів оперативного командування;
- виявлення та облік осіб, яким потрібна санація порожнини рота і зубопротезування;
- виявлення та направлення до лікувального закладу осіб із захворюваннями щелепно-лицевої ділянки, яким потрібне стаціонарне лікування;
- виявлення та облік осіб, яким потрібне диспансерне спостереження;
- проведення планової санації порожнини рота і протезування військовослужбовців;
- надання кваліфікованої медичної допомоги при пораненнях і ушкодженнях щелепно-лицевої ділянки;
- надання стоматологічної допомоги членам родин військовослужбовців;
- проведення санітарно-просвітницької роботи, спрямованої на профілактику стоматологічних захворювань, прищеплення особовому складу гігієнічних навичок по догляду за зубами та порожниною рота, надання само- та взаємодопомоги при пораненнях і ушкодженнях щелепно-лицевої ділянки;
- проведення раціоналізаторської, винахідницької і науково-дослідної роботи з актуальних проблем військової стоматології.

Пересувний стоматологічний кабінет включає начальника ПСК (лікар-стоматолог), зубного техника і водія автомобіля, що виконує обов'язки санітара.

Лікар-стоматолог ПСК, на відміну від лікарів-фахівців стоматологічних кабінетів і поліклінік, що надають окремі види стоматологічної допомоги (терапевтичну, хірургічну й ортопедичну), повинен мати ґрунтовну підготовку з усіх розділів стоматології і вміти надавати усі види стоматологічної допомоги.

Робота з надання стоматологічної допомоги в частинах, закріплених за ПСК, повинна плануватися начальником ПСК разом з головним стоматологом оперативного командування і начальником лікувально-

профілактичного відділу військово-медичного управління оперативного командування.

При складанні плану виїздів варто враховувати доцільність приїзду ПСК у кожен закріплену за ним частину не менше двох разів на рік.

Прибувши до частини, начальник ПСК доповідає командирові частини і погоджує з ним найбільш раціональний розпорядок роботи. Для обладнання робочих місць використовується майно ПСК, а також меблі, які виділяються командуванням частини.

Якщо профілактичний огляд особового складу не був проведений заздалегідь, спочатку необхідно провести огляд особового складу, а потім, на підставі отриманих даних, звичайним порядком скласти план санації.

Розпорядок роботи ПСК повинен враховувати особливості навчально-бойової діяльності особового складу частини. Збільшення тривалості робочого дня при проведенні планової санації без особливої потреби недоцільне. Необхідно прагнути до зменшення кількості відвідувань стоматологічного кабінету хворими за рахунок одномоментного виконання максимального обсягу лікарської допомоги.

Зубопротезування повинне завершувати санацію порожнини рота. Зубопротезування можливе лише після ретельної підготовки порожнини рота. Вибір виду протеза залежить головним чином від характеру дефекта зубного ряду, а також від стану опорних зубів. Якщо стан опорних зубів викликає сумнів або потрібне виготовлення складних протезів, що неможливо в умовах ПСК, хворих слід направляти до стоматологічного відділення шпиталю чи до ортопедичного відділення поліклініки.

2.3. Організація стоматологічної допомоги у Збройних силах у воєнний час

У воєнний час умови діяльності медичної служби є відображенням впливу на організацію медичного забезпечення військ комплексу факторів бойової, тилової і медичної обстановки.

Найбільш істотний вплив на медичне забезпечення мають масштаби бойових дій, засоби їх ведення і способи розв'язання. За масштабами можливі такі війни: світова - за участю більшості або значної

частини країн світу, і локальні - обмежені участю двох або декількох держав. По засобах ведення війни можуть бути такі: із застосуванням зброї масового ураження або з застосуванням тільки звичайної зброї. Важливо підкреслити, що бойові дії можуть початися відразу з необмеженого застосування всіх видів озброєння.

Обсяг медичної стоматологічної допомоги буде залежати від так званих санітарних втрат.

Структура санітарних втрат у сучасній війні передбачає:

а) при використанні звичайного виду зброї: рани - 92 %, опіки - 3 %, контузії - 5 %;

б) при ядерній зброї: опіки - 6,4 %, травми - 4,2 %, радіаційні ураження — 4,1 %, комбіновані ураження — 85,3 %.

Комбіновані ураження, а саме: опіки + травми - 56,3 %; опіки + РП 15,6 %; травми | РР - 6,1 %; опіки + травми + РР - 17,3 %.

Поєднані ураження - 32,5 %: лице і шия - 17,3 %; верхні кінцівки - 8,6 %; нижні кінцівки - 4,6 %; груди - 3,3 %.

У 13,6 % поранених у щелепно-лицеву ділянку: рани очей і повік - 4,6 %, носа - 3,7 %, черепа (лоба) 13,4 %, вух - 1,9 % (за Кабаковим Б. Д.).

У сучасних умовах передбачається така структура санітарних втрат (Ф. І. Камаров, 1984).

Таблиця 2

Структура санітарних втрат

Вид ураження	Питома вага ураження
При застосуванні звичайної зброї: поранення та закриті травми опіки	88-92 8-12
При застосуванні ядерної зброї: травми опіки травма + опік травма + гостре променеве захворювання опік + гостре променеве захворювання травма + опік + гостре променеве захворювання	3,5-4,9 5,7-7,8 54,5-59,1 3,1-6,9 4,9-7,9 13,9-19,0

За даними, які наводяться у сучасній літературі, вважають, що пошкодження голови та шиї були такими:

Таблиця 3

Структура пошкоджень голови та шиї

Анатомічна ділянка	Частота пошкоджень даної локалізації до загальної поверхні тіла (%)			
	у ВВВ	у В'єт-намі	у Афгані-стані	у збройному конфлікті Чеченської республіки
Голова	9,3	12,3	12,0	35,8
Шия	1,4	2,26	1,0	1,1

Але ці пошкодження включають також пошкодження мозкового відділу, лор-органів та очних ямок, тому дійсна кількість поранень ЩЛД не може бути розрахована.

Основними завданнями медичної служби у воєнний час є:

- 1) організація і проведення системи заходів щодо надання медичної допомоги пораненим і хворим, їх лікування з метою збереження життя і найшвидшого відновлення боєздатності і працездатності.
- 2) проведення заходів медичної служби для захисту особового складу військ, а також захист поранених і хворих, частин, підрозділів і закладів медичної служби від зброї масового ураження.
- 3) попередження виникнення і поширення захворювань серед особового складу військ.
- 4) систематичний санітарний нагляд за життям, побутом і бойовою діяльністю військ з метою збереження і зміцнення здоров'я військовослужбовців.
- 5) вивчення особливостей виникнення і протікання бойових уражень і захворювань, а також вивчення й узагальнення досвіду медичного забезпечення в різних умовах бойової діяльності військ.

Організаційна структура медичної служби і штати конкретних медичних формувань воєнного часу залежать від організаційної структури задач і характеру бойових дій окремих видів Збройних сил і родів військ, особливостей їх медичного забезпечення, а також від задач, покладених на конкретні формування медичної служби.

До складу* медичної служби входять медичні підрозділи, частини (установи) і крупніші формування - госпітальні бази, що об'єднують у своєму складі лікувальні установи, спеціальні медичні частини (підрозділи), частіші матеріально-технічного забезпечення.

Підрозділами медичної служби називають медичні формування, що входять до складу військових частіш. До них належать медичний пункт батальйону і полку.

Частіші (установи) медичної служби є самостійними (окремими) медичними формуваннями, що включені до складу військових з'єднань і медичної служби оперативних об'єднань або перебувають у безпосередньому підпорядкуванні медичної служби видів Збройних сил, оперативних командувань і ЦВМУ. До таких формувань належать окремі медичні батальйони дивізій, санітарні частини, різні шпиталі, протиепідемічні установи тощо.

Для медичного забезпечення військові з'єднання та частини мають у розпорядженні штатні підрозділи та частини медичної служби. Дивізії сухопутних військ мають окремі медичні батальйони, полки — медичні пункти полку, батальйони - медичні п'ятати батальйону. У роті треба мати санітарного інструктора, у взводі — стрільця-санітара. Сили і засоби медичної служби частки і з'єднань у сукупності складають військову медицину.

Сутність сучасної системи лікувально-евакуаційних заходів полягає у проведенні послідовних лікувальних заходів на різних етапах медичної евакуації в поєднанні з евакуацією поранених і хворих до спеціалізованих лікувальних установ за медичними показаннями (за призначенням) і відповідно до конкретних умов обстановки.

Медична допомога пораненим і хворим (крім першої та долікарської) та їх лікування здійснюється на медичних пунктах і в лікувальних установах, що розгортаються на шляхах евакуації і розташовані від фронту в тил у визначеній послідовності. Медичні пункти і лікувальні установи одержали узагальнюючу назву етапів медичної евакуації.

Під етапом медичної евакуації розуміють сили і засоби медичної служби, розгорнуті на шляхах евакуації та призначені для прийому, сортування поранених і хворих, надання їм медичної допомоги, лікування та підготовки до подальшої евакуації.

У сучасній системі лікувально-евакуаційних заходів особливе значення мають своєчасність надання медичної допомоги, послідовність лікувальних заходів, тобто дотримання єдиних методів лікування поранених і хворих і нарощування лікувальних заходів на етапах медичної евакуації.

Послідовність у лікуванні поранених і хворих досягається насамперед єдиним розумінням патологічних процесів, що відбуваються в організмі при пошкодженнях та захворюваннях, єдиними методами їх профілактики і лікування. Обов'язковою умовою послідовності медичної допомоги і лікування є чітке ведення медичної документації. Без цього неможливо визначити, яка медична допомога вже надана на попередньому етапі евакуації та як її продовжувати.

Сучасні засоби зв'язку і транспорту при відносно невеликих розмірах території дозволяють у деяких випадках скоротити кількість етапів, доставляючи пораненого чи ураженого безпосередньо до лікувального закладу, де йому надасться кваліфікована і спеціалізована допомога.

Така послідовність у лікуванні базується на дотриманні єдиних принципів надання допомоги і чіткому веденні медичної документації при різних формах ушкодження. Це досягається завдяки єдиній воєнно-медичній доктрині (ВМД), тобто сукупності науково обґрунтованих принципів і єдиних організаційних вимог військової медицини, спрямованих на зміцнення здоров'я, збереження і підвищення боєздатності, реабілітацію поранених і хворих з евакуацією їх за призначенням, при оптимальному функціонуванні системи етапного лікування.

ВМД ґрунтується на таких принципах:

1. Єдине розуміння причин виникнення і розвитку⁷ хвороби (поранення).
2. Єдиний підхід до лікування ран від сучасних видів зброї, що базується на єдиному розумінні виду, обсягу допомоги і послідовності на етапах лікування, залучення суміжних спеціалістів для проведення одночасних операцій на різних анатомічних ділянках без шкоди для пораненого.
3. Організація лікувально-евакуаційної системи з максимальним скороченням етапів евакуації, прагненням до одномоментного надання повної допомоги за рахунок своєчасного забезпечення спеціалізованого лікування.

4. Єдина чітка медична документація, що забезпечує єдину систему і послідовність лікування.
5. Залучення сил і засобів медичної служби в залежності від конкретної обстановки, об'єктивізації оцінки тяжкості поранення і стану пораненого (хворого) на основі критеріїв прогнозу.

Доповнення до військово-медичної доктрини, прийнятої Пленумом Головного військово-медичного управління Міністерства оборони (1993 р.):

1. Обсяг медичної допомоги, порядок евакуації і вибір лікувальних заходів залежать не тільки від суто медичних показань, але, головним чином, від бойового та медичного стану.
2. Побудова системи лікувально-евакуаційних заходів здійснюється з максимальним скороченням кількості етапів медичної евакуації.
3. Об'єктивізація оцінки тяжкості поранення і стану пораненого забезпечується введенням прогнозу лікування.
4. Збереження єдиного підходу до лікування ран.
5. Надання пріоритетного значення заходам невідкладної медичної допомоги, лікування шоку і поповнення крововтрати на всіх етапах медичної евакуації.
6. Спеціалізація хірургічної допомоги.
7. При поєднаних, численних і комбінованих ураженнях - дотримання чіткої організації та послідовності в наданні хірургічної допомоги.
8. Зростання ролі реанімаційної й анестезіологічної допомоги в лікуванні поранених на етапах медичної евакуації.
9. Усі види допомоги відображають характер взаємозв'язку двох основних принципів побудови й організації медичного забезпечення - ешелонування і наближення медичної допомоги до пораненого.

У додатку до військово-медичної доктрини (Пленум ВМУ МО 1998 р.) докладно розглядаються мета, завдання та пріоритети в організації медичної допомоги.

У процесі проведення лікувально-евакуаційних заходів у військах передбачається надання таких видів медичної допомоги (табл. 4):

1. Перша медична допомога.
2. Долікарська допомога.
3. Перша лікарська допомога.
4. Кваліфікована медична допомога.
5. Спеціалізована медична допомога.

Таблиця 4

Види медичної допомоги

Рота	Батальйон	Полк	Дивізія	Армія	Фронт	Тилові шпиталі МОЗ
Перша медична допомога						
	Долікарська допомога					
		Перша лікарська допомога				
			Кваліфікована медична допомога			
					Спеціалізована медична допомога	

Існує два поняття, які визначають зміст лікувально-профілактичних заходів при наданні медичної допомоги пораненим і хворим: вид медичної допомоги й обсяг медичної допомоги.

Під *видом медичної допомоги* розуміють визначений перелік лікувально-профілактичних заходів, які проводить медична служба на полі бою, у вогнищах масових санітарних втрат і на етапах медичної евакуації. Вид медичної допомоги залежить від місця надання допомоги, підготовки особи, яка надає допомогу, та наявності відповідного оснащення.

Обсяг медичної допомоги - це сукупність лікувально-профілактичних заходів у межах конкретного виду медичної допомоги, які виконуються на етапах медичної евакуації стосовно визначених категорій поранених і хворих за медичними показаннями і відповідно до бойового та медичного становища.

Перша медична допомога надається безпосередньо на місці поранення (ушкодження) у порядку само- і взаємодопомоги, санітарами і санітарними інструкторами, а також особовим складом підрозділів, що проводять рятувальні роботи. При наданні першої медичної допомоги в першу чергу використовуються індивідуальний перев'язний (проти-хімічний) пакет та вміст індивідуальної аптечки пораненого, і тільки після цього - індивідуальні засоби особи, яка надає допомогу, і вміст медичної військової сумки.

Мета першої медичної допомоги полягає в тому, щоб за допомогою проведення найпростіших медичних заходів врятувати життя пораненого, а також попередити або зменшити наслідки ушкодження й виникнення ускладнень.

Перша медична допомога надається в такій послідовності:

1. Розшук постраждалого й усунення безпосередньої загрози смерті ураженому: звільнення від завалів, гасіння палаючої одежі, одягання на пораненого протигазу при зараженні ОР, евакуація за межі зараженого ОР чи РР вогнища.

2. Запобігання та боротьба з асфіксією шляхом очищення порожнини рота від згустків крові, уламків зубів і відламків кісток та щелеп і надання пораненому положення обличчям униз чи на боці з поверненою у бік поранення головою.

3. Тимчасова зупинка зовнішньої кровотечі пальцем шляхом притискання лицевої артерії до тіла нижньої щелепи попереду жувального м'яза, тампонада рани стерильною подушечкою з індивідуального перев'язувального пакета (ІПП) (рис. 4).

4. Накладання первинної стерильної пов'язки з ІПП у вигляді пов'язки-вуздечки чи правдоподібної.

5. Транспортна іммобілізація при переломах щелеп.

6. Запобігання травматичного шоку шляхом уведення 2 % розчину промедолу зі шприц-тюбика аптечки індивідуальної (АІ) (рис. 5).

7. Утамування спраги пораненого з фляги (при тяжких пораненнях - крапельним способом, за допомогою клаптика бинта, який введено у флягу).

8. Винесення пораненого в позі, у якій йому не загрожує асфіксія.

При двосторонньому переломі нижньої щелепи із втратою свідомості для запобігання дислокаційній асфіксії язик пораненого проколюють шпилькою зліва направо, кінчик язика доводиться до передніх зубів і шпилька фіксується шворкою навколо шиї.

Значення своєчасної першої медичної допомоги добре ілюструється наступними даними: "Досвід ВОВ показав, що 20 % всіх убитих могли б вижити, якби їм вчасно була надана допомога на полі бою, хоча б у порядку взаємодопомоги. Близько 40 % усіх поранених, які загинули на полі бою, померли від шоку та крововтрати".



Рис. 4. Індивідуальний перев'язний пакет (ІПП)

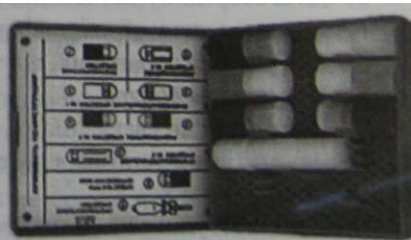


Рис. 5. Аптечка індивідуальна (АІ)

Долікарська (фельдшерська) допомога надається фельдшером батальйону на медичному пункті батальйону (при масових санітарних втратах - також на медичному пункті полку). Вона доповнює заходи першої медичної допомоги і спрямована на боротьбу із загрозованими для життя розладами (кровотеча, асфіксія, судоми та ін.), на захист рани від вторинного інфікування, іммобілізацію переломів кісток, попередження шоку й боротьбу з ним. Крім того, медичний склад, що надає долікарську допомогу, здійснює контроль за правильністю надання першої медичної допомоги. Для надання долікарської допомоги використовуються табельні засоби:

1. Сумка медична військова (СМВ) є оснащенням санітара і фельдшера. Розрахована для надання першої медичної допомоги 25-30 пораненим, ураженим і хворим.

2. Польовий фельдшерський (ПФ). Розрахований для надання долікарської допомоги 80-100 пораненим та обгорілим, 50-60 постраждалим від іонізуючого опромінення, отруйних речовин і токсинів, у міжбойовий період - на 50 хворих.

3. Шина Б-2 - на 50 іммобілізацій. Містить 2 підборідні пращі з головними пов'язками до них, 40 сходиноквих (Крамера) і дротяних, 20 фанерних і 10 шин Дітерікса.

Долікарська допомога при щелепно-лицевих пораненнях надається у такій послідовності:

1. Боротьба з асфіксією
2. Тимчасова зупинка кровотечі
3. Контроль та виправлення раніше накладених пов'язок
4. Уведення серцевих і знеболюючих засобів
5. Дача всередину антибіотиків
6. Дача всередину або підшкірне введення протибловотних засобів
7. Обігрівання поранених, що знаходяться в шоківому стані
8. Утамування спраги
9. Підготовка до евакуації.

Перша медична допомога надається лікарем-стоматологом на медичному пункті полку.

Вона має наступні основні задачі: попередження розвитку інфекції в рані, профілактика шоку та його важких ускладнень, боротьба з наслідками бойового ушкодження (шок, кровотеча, асфіксія, важкі гострі

порушення інших систем організму), надання невідкладної допомоги хворим, підготовка поранених і хворих до подальшої евакуації.

На оснащенні у лікаря-стоматолога є зуболікарський комплект (ЗЛ) з комбінованою машиною і зуболікарським кріслом. Комплект ЗЛ розрахований на одного лікаря, а по видатковому майну — на 1 місяць роботи (250 відвідувань).

Обсяг першої лікарської допомоги:

1. Перевірка, виправлення раніше накладених пов'язок.
2. Протишокові заходи.
3. Заходи щодо зупинки кровотечі:
 - тампонада рани;
 - накладання судинних лігатур;
 - туга тампонада глотки та порожнини рота з накладанням трахеостоми та введенням шлункового зонда.
4. Попередження та боротьба з асфіксією:
 - прошивання та фіксація язика;
 - трахеотомія;
 - відсікання або фіксація швами шматка м'якого піднебіння.
5. Накладання стандартної пов'язки (давлячої, підтримуючої).
6. Введення сироваток, антибіотиків.
7. Утамування спраги.
8. Евакуація.

При комбінованих пошкодженнях, крім перерахованих заходів, проводиться:

- видалення РР і ОР зі шлунково-кишкового тракту;
- часткова хімічна обробка ран;
- дача адсорбентів, сольових проносних;
- при променевої хворобі - призначення медикаментозних засобів за схемою.

Усі проведені заходи щодо надання першої лікарської допомоги заносяться в первинну медичну картку.

При наданні першої лікарської допомоги зняття пов'язок для уточнення діагнозу не проводиться, за винятком пов'язок, що збилися чи надто промокли.

Заходи першої медичної допомоги за терміном виконання поділяють на дві групи: а) невідкладні, тобто обов'язкові, коли є загроза

життю пораненого (хворого); б) заходи, виконання яких може бути відстрочене.

Повний обсяг першої лікарської допомоги містить заходи обох груп. При необхідності його скорочення виконуються лише заходи, що відносяться до першої групи.

Кваліфікована медична допомога надається лікарями-стоматологами хірургами в ОПМЗ, а також у деяких лікувальних установах фронту. Вона має на меті насамперед усунення важких наслідків і ускладнень пошкоджень (кровотеча, шок, асфіксія, важка променева реакція, важкі гострі психічні розлади та ін.), а також уживання заходів, що попереджують подальші ускладнення і забезпечують евакуацію поранених.

Заходи кваліфікованої хірургічної допомоги поділяються на три групи.

До *першої групи* відносяться невідкладні заходи, відмова від яких на даному етапі медичної евакуації загрожує смертельним результатом (остаточна зупинка кровотечі, остаточне усунення асфіксії, виведення хворого з шоку).

Друга група (термінові втручання першої черги) включає заходи, що можуть бути відстрочені, якщо є така необхідність. Сюди відносяться хірургічні втручання, несвочасне виконання яких може призвести до виникнення важких ускладнень. Прикладом таких втручань можуть слугувати хірургічні обробки при переломах кісток лицевого скелета або пораненні скронево-нижньощелепного суглоба; первинна хірургічна обробка ран, що заражені отруйними або радіоактивними речовинами.

До *третьої групи* відносяться такі хірургічні втручання, відмова від виконання яких на даному етапі не тягне за собою неминучого розвитку важких ускладнень. При необхідності ці втручання можуть бути відстрочені, оскільки небезпека виникнення ускладнень може бути зменшена застосуванням лікарських засобів (наприклад, антибіотиків) або іншими лікувальними заходами. Прикладом втручання третьої групи може служити первинна хірургічна обробка ран м'яких тканин.

Повний обсяг кваліфікованої хірургічної допомоги включає:

1. Лікування шоку в протишоковому наметі.
2. Боротьба з кровотечею:

- перев'язка зовнішньої сонної артерії (із залишенням в ОПМЗ на 1-2 доби)
- 3. Заходи щодо усунення асфіксії - трахеотомія.
- 4. Хірургічна обробка ран у поранених, які не підлягають подальшій евакуації.
- 5. Зближення країв швами, введення антибіотиків в оточення рани.
- 6. Тимчасова іммобілізація уламків щелеп:
 - накладання стандартної транспортної пов'язки;
 - міжщелепне лігатурне зв'язування.
- 7. Утамування спраги та годування поранених.
- 8. Дача препаратів, що зменшують саливацію (атропін, настойка беладоны).
- 9. Евакуація.

При комбінованих ушкодженнях, крім перерахованих заходів, проводиться:

- видалення з рани і порожнини рота сторонніх тіл, розташованих на поверхні;
- висічення тканин, заражених радіоактивними речовинами;
- промивання рани;
- застосування медикаментозних засобів за схемою при променевої хвороби.

Повний обсяг кваліфікованої хірургічної допомоги включає виконання хірургічних втручань усіх трьох груп. При необхідності скорочення обсягу кваліфікованої хірургічної допомоги виключаються заходи третьої і другої груп.

При наданні кваліфікованої хірургічної допомоги пов'язки знімаються обов'язково, але хірургічна обробка ран проводиться тільки у поранених, які не підлягають подальшій евакуації (команда видужуючих). Легкопоранені евакуюються в ГЛР. Поранені середньої тяжкості евакуюються в СХПШ, СХЕШ, ВПШ.

Спеціалізована медична допомога - вища форма медичної допомоги, яка носить вичерпний характер і надається у спеціально призначених для цієї мети лікувальних установах (відділеннях), що мають у своєму складі відповідних фахівців (штатних або доданих) і спеціальне лікувально-діагностичне обладнання.

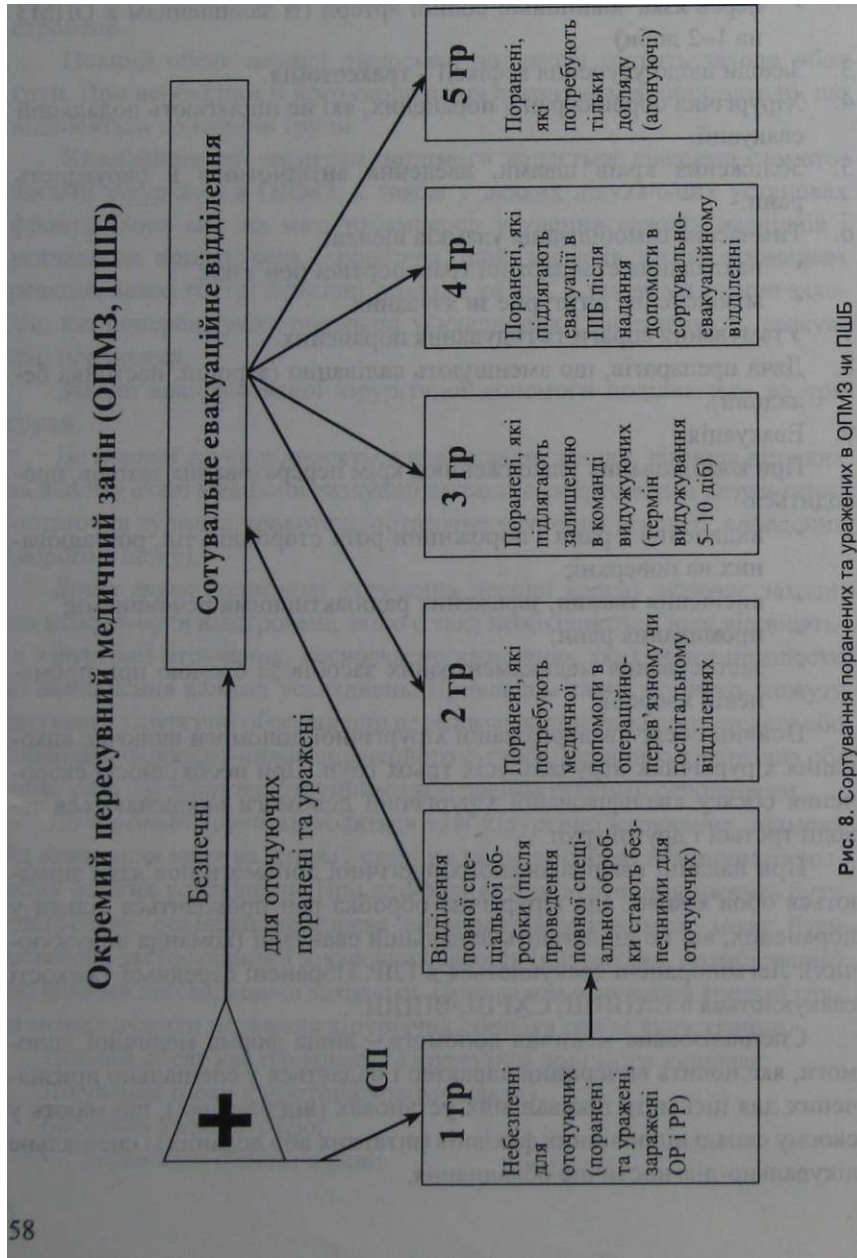


Рис. 8. Сортування поранених та уражених в ОПМЗ чи ПШБ

Спеціалізація медичної допомоги забезпечується наявністю лікувальних установ, що мають постійну закріплену штатом спеціалізацію, а також шляхом посилення шпиталів відповідними спеціалізованими групами.

Спеціалізована хірургічна допомога включає:

1. Вичерпну допомогу при шоку, кровотечі, асфіксії.
2. Радикальну хірургічну обробку ран м'яких тканин.
3. Лікувальну іммобілізацію уламків щелеп.
4. Профілактику і лікування ускладнень.
5. Спеціальне харчування та догляд за пораненими.
6. Забезпечення зубними і щелепними протезами усіх поранених.

У першу чергу надається допомога пораненим з комбінованими радіаційними ушкодженнями, які після загоєння ран переводяться у терапевтичний шпиталь. У другу чергу надається допомога пораненим з великими дефектами обличчя (у подальшому вони евакуюються у шпиталі тилу країни) та неускладненими переломами щелеп (у подальшому евакуюються до шпиталю для легкопоранених). У третю чергу надається допомога всім іншим пораненим.

У сучасній системі лікувально-евакуаційних заходів основними етапами медичної евакуації є: медичний пункт полку, окремий медичний батальйон дивізії, лікувальні установи шпитальної бази, тилові шпиталі МОЗ.

Спеціалізація шпиталів за профілем ураження здійснюється шляхом надання ВПШ спеціалізованих груп із ЗСМД (загонів спеціалізованої медичної допомоги), що входять до складу УШБ. До складу ЗСМП входять спеціалізовані групи: нейрохірургічні, торакоабдомінальні, опікові, токсикологічні, хірургічні, травматологічні, щелепно-лицеві, радіологічні. Наприклад, шляхом створення групи "Голова" ВПХШ створюється ВПНХШ для поранених у голову, шию, хребет тощо.

Усім етапам медичної евакуації властиві певні особливості в організації роботи, що залежать від їх задач і місця в загальній системі лікувально-евакуаційних заходів, а також від бойової і медичної обстановки. Однак у складі кожного етапу медичної евакуації звичайно розгортається ряд типових функціональних підрозділів, що виконують відповідні завдання.

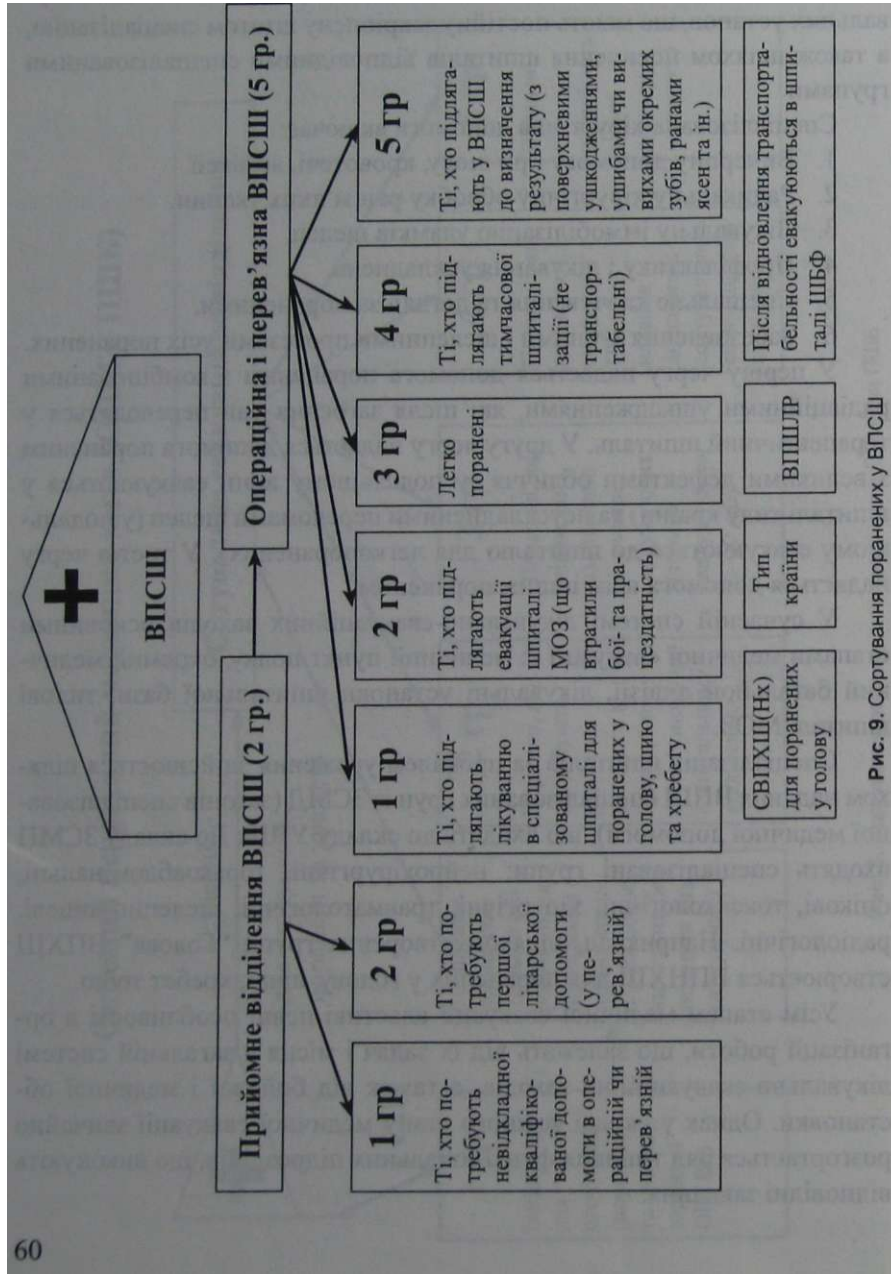


Рис. 9. Сортування поранених у ВПСШ

Для прийому та сортування поранених і хворих, що надходять на етап, призначається сортувально-евакуаційне (в медичній роті і ОПМЗ) або приймально-сортувальне (у лікувальних установах шпитальних баз) відділення.

Часткова або повна санітарна обробка поранених і хворих, часткова дегазація і дезактивація, дезінфекція їхнього обмундирування, а також санітарного транспорту та носилок виконується у відділенні (на площадці) спеціальної обробки.

Надання медичної допомоги пораненим і хворим в обсязі, властивому для даного етапу медичної евакуації, здійснюється у перев'язочній медичній роті, операційно-перев'язочному і шпитальному відділеннях ОПМЗ, в операційних, перев'язочних, процедурних різних шпиталів.

Для госпіталізації та лікування поранених і хворих призначене шпитальне відділення.

ВПСШ призначений для сортування поранених і хворих, які не отримали евакуаційного призначення, для розподілу їх по лікувальних закладах евакуаційного напрямку за показаннями, а також для надання невідкладної кваліфікованої медичної допомоги. Він може створити 3-4 хірургічні дволікарські бригади і 9-10 сортувально-перев'язувальних бригад однолікарського складу. Одна хірургічна бригада (2 лікарі) за 12 годин проводить 10-12 великих операцій, за 16 годин - 15. Одна сортувальна бригада (1 лікар, 3 медсестри і 1 реєстратор) працюють на 3 перев'язочних столах. За 1 годину вони сортують зі зняттям пов'язок 11-12 осіб. Усі бригади дволікарського складу за добу надають хірургічну допомогу 45-60 особам. Такі сортувально-перев'язувальні бригади забезпечують сортування 1400-1600 осіб.

У випадках, коли санітарний транспорт, що доставив групу поранених різного профілю, не має можливості розвезти їх по шпиталях відповідного профілю, або шпиталь необхідного профілю відсутній, поранених доставляють у воєнно-польові сортувальні шпиталі (ВПСШ), до складу яких входить щелепно-лицеве відділення з невеликою кількістю 110) ліжок. Функція такого відділення обмежена і полягає в уточненні діагнозу, наданні допомоги за життєвими показами (якщо це чомусь не було зроблено на попередньому етапі) та в підготовці поранених до евакуації у спеціалізований шпиталь, тобто його функція - здійснювати зв'язок між ОПМЗ та ВПНхШ.

Спеціалізація шпиталів в основному здійснюється двома шляхами: по-перше, за рахунок надання звичайним, неспеціалізованим шпиталям (ВППШ) відповідних груп підсилення із ЗСМП (загонів спеціальної медичної допомоги), що входять до складу УШБ (управління шпитальною базою), ПШБ; по-друге, шляхом формування штатних спеціалізованих шпиталів різного профілю за рахунок сил і засобів даного оперативного командування чи МОЗ (ВПСШ, ВПШЛР, ВПНхШ - ТШБ).

За профілем та тяжкістю ураження поранені в обличчя і щелепи надходять до спеціалізованих шпиталів для поранених у голову, шию і хребет - ВПНхШ - і у шпиталі для легкопоранених - ВПШЛР. З огляду на те, що ВПНхШ є компактнішим і мобільнішим лікувальним закладом, передбачається, що більшість поранених будуть надходити саме в ВПНхШ (75-80 %), особливо на ранніх строках поранення.

ВПШЛР призначений для надання кваліфікованої та спеціалізованої допомоги легкопораненим і легкохворим (поранення кісток рук, пальців стоп, м'яких тканин обличчя, переломи альвеолярних відростків та ін.). До його складу входять:

- приймально-сортувальне відділення, куди входять приймальні та евакуаційні палати, санпропускник і центральна перев'язочна;
- 1-ше хірургічне відділення, що має стаціонар, операційну і перев'язочну;
- 2-ге і 3-тє хірургічні відділення, що мають приміщення для розміщення поранених, перев'язочні і кабінети ЛФК, ФТО в кожному відділенні;
- рентгенкабінет, лабораторні відділення, аптека, підрозділи обслуговування, навчальні місця, майстерні.

У шпиталі за штатом має бути стоматологічне відділення у складі начальника відділення (стоматолог із хірургічною спеціалізацією), однієї медсестри й однієї санітарки, обладнане комплектами ЗЛ і стоматологічним набором інструментарію, забезпечене ліжками в 1-му хірургічному відділенні для поранених у верхні кінцівки та операційним блоком. Для щоденної праці стоматолога виділяється стіл у перев'язочній.

ВПНхШ, призначений для поранених у голову, шию і хребет (рис. 10), створюється шляхом спеціалізації групи медичного підсилення із ЗСМП. ВПНхШ може бути спеціалізований для поранених у груди, живіт, таз, ребра і великі суглоби, а також для опікових пора-

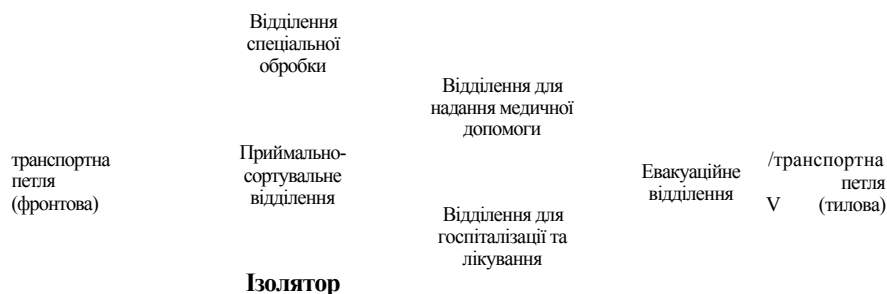


Рис 10. Принципова схема етапу медичної евакуації.

нених. Можлива організація спеціалізованих ВПХШ інших профілів. Таких шпиталів на фронті - 60 % із числа спеціалізованих.

Спецгрупа "нейрохірургічна" у своєму складі має спеціалістів 5 профілів: нейрохірург (командир), невропатолог, стоматолог, ЛОР і офтальмолог. До складу групи входять 5 медсестер, зубний технік, санітар. Усього 12 осіб. У кожному ЗСМП є дві такі групи. Це найбільші та найпотужніші групи у складі ЗСМП.

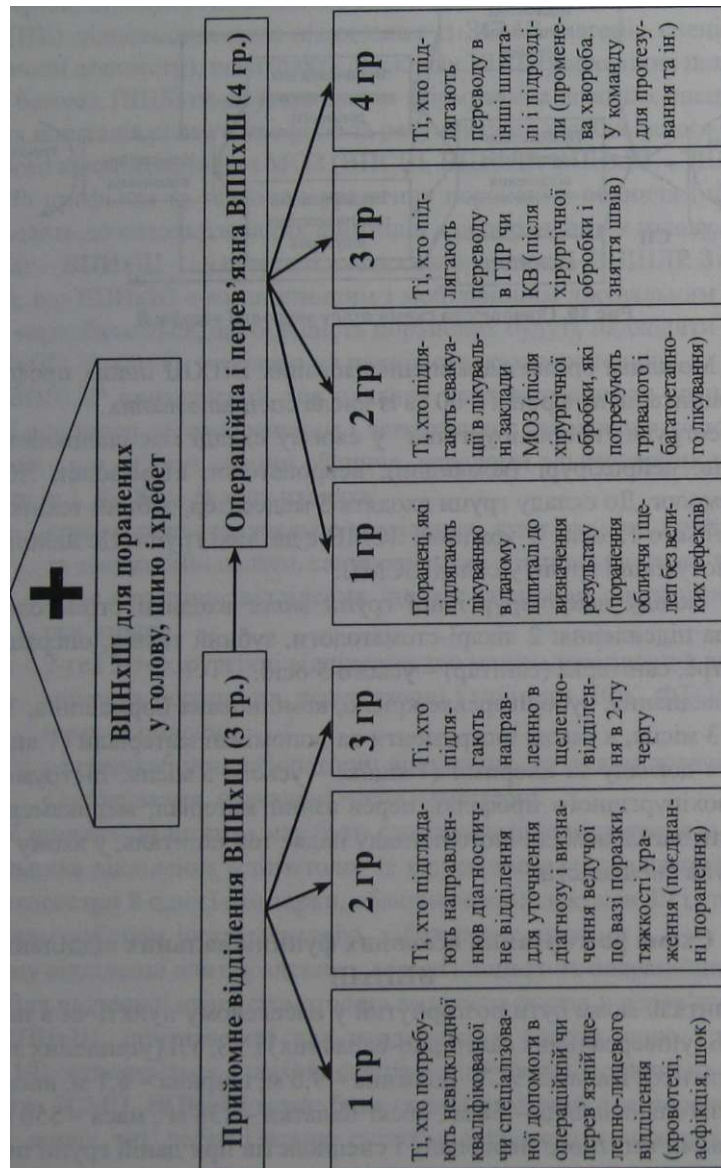
До складу нейрохірургічної групи може входити стоматологічна група підсилення: 2 лікарі-стоматологи, зубний технік, операційна медсестра, санітарка (санітар) - усього 5 осіб.

Обладнання: зуболікарське крісло, комбінована бормашина, УЧ - усього 3 місця, а також інструменти та допоміжні матеріали (1 ящик), речі для догляду за хворими (1 ящик) - усього 5 місць. Інструменти загальнохірургічного профілю, перев'язний матеріал, медикаменти і предмети загальномедичного догляду надає той шпиталь, у якому працює група спеціалістів.

Схема розгортання основних функціональних відділень ВПНХШ

Шпиталь може бути розгорнутий у населеному пункті чи в палатках УСБ (універсальних санітарно-барачних) і УЗ, УЛ (утеплених зимових чи літніх). Палатка УСБ: довжина - 9,6 м, ширина - 6,1 м, висота - 3,31 м, загальна площа - 58 м², обсяг палатки - 138 м³, маса - 550 кг.

Силами штатного персоналу і спеціалістів при даній групі підсилення розгортаються відділення: приймально-сортувальне, ВСО (від-



ділення спеціальної обробки), діагностичне, нейрохірургічне (НХ), щелепно-лицеве (ЩЛ), ЛОР-відділення і офтальмологічне. Крім цього, як у будь-якому іншому шпиталі, розгортаються лабораторія, аптека, підрозділи обслуговування (харчоблок та ін.).

Особливість розгортання ВПНХШ для поранених у голову, шию і хребет - наявність діагностичного відділення, що обумовлено багато-профільністю шпиталю, куди надходять хворі і поранені з поєднаними пораненнями та комбінованими ураженнями.

У приймально-сортувальному відділенні і в ОСО обладнуються приміщення (відсіки) для проведення, реєстрації і сортування уражених, а також для миття і заміни білизни (санпропускники). У діагностичному відділенні передбачені діагностична, перев'язочна, палати, рентгенкабінет і діагностична палата з евакуаційним відсіком.

У кожному клінічному відділенні (нейрохірургічному, щелепно-лицевому, ЛОР і очному) розгортається операційно-перев'язочний блок і стаціонар. Ліжковий фонд шпиталю між цими відділеннями розподіляється за таким принципом: 55 % ліжок відводиться НХ-відділенню, 25 % ліжок - ЩЛ і по 10 % - ЛОР та очному відділенням.

Пересування хворих усередині шпиталю і розподіл їх між відділеннями здійснюється СП (сортувальним постом). Усі поранені направляються до приймально-сортувального відділення, поранені з комбінованими ураженнями при наявності у них зараження ОР чи РР - в ОСО. Після сортування і санітарної обробки уражені з цих відділень надходять до відповідного відділення за профілем.

При поєднаних пораненнях (поранення черепа і шиї, обличчя і органів зору та ін.), якщо рішення про провідне поранення в приймально-сортувальному відділенні прийняти важко, поранених направляють у діагностичне відділення, а після вирішення питання переводять у профільне відділення. Частота поранень складає 17-30 %.

Схема розгортання й організації праці щелепно-лицевого відділення ВПНХШ

Для розгортання щелепно-лицевого відділення потрібні 3 палатки УСБ чи УЛ, в одній із яких передбачений операційно-перев'язочний блок, а у двох інших - стаціонар. Операційно-перев'язочний блок (па-

латка) ділиться на 3 частини, у яких обладнуються передопераційна (вона ж і перев'язочна), перев'язочна й операційна.

У перев'язочній обладнуються місця для поранених: 2-3 - для носилкових і 3-4 - для ходячих; куток для іригації порожнини рота, стрижки і бриття, пристосування для обробки рук хірурга і персоналу (тази емальовані та ін.).

У перев'язочній установлюються 2-3 перев'язочні столи, столики для стерильних інструментів, матеріалів і розчинів, наркозний апарат і штативи для переливання крові і рідини. Тут же передбачений господарський куток операційної сестри.

У передопераційній працює санітарка (медсестра), у перев'язочній і операційній - дві медсестри і зубний технік, 1 чи 2 хірургічні бригади дволікарського складу: один лікар - стоматолог, другий - хірург загального профілю або хірургічної підготовки.

У палатці-стаціонарі встановлюються станки Павловського з носилками і розкладні ліжка для тяжкопоранених - по 35—40 в одній палаті. Головні кінці ліжок (носилок) установлюють до проходу для забезпечення нагляду за пораненими та їх обслуговування (іригації, харчування та ін.). Крім цього, у палатках обладнуються куточки: медичний (пост медсестри), господарчий (для посуду і роздачі їжі), для іригації й умивання, а також предметів для догляду і прибирання приміщення. У тамбурі - 1-2 носилок. Стаціонар обслуговують дві медсестри й одна санітарка чи три медсестри і дві санітарки на дві палатки.

Послідовність надання допомоги

Керуючись даними огляду, за ступенем терміновості надання спеціалізованої допомоги всіх поранених ділять на чотири групи:

- 1 - з гострою крововтратою, кровотечею, порушенням функції зовнішнього дихання і шоком - допомога їм надається негайно;
- 2 - з великим ушкодженням щелеп і поєднаними пораненнями;
- 3 - зі сліпими пораненнями, з одиничними переломами щелеп і з іншими порівняно нетяжкими ушкодженнями без виражених функціональних порушень і в задовільному загальному стані;
- 4 - всі інші.

До обсягу спеціалізованої допомоги у шпиталях входять:

- 1 остаточна зупинка кровотечі та профілактика вторинних кровотеч;
- і усунення порушень зовнішнього дихання і шоку;
 - хірургічна обробка ран;
 - закріплення відламків щелеп;
 - профілактика та лікування ускладнень;
 - харчування і догляд за пораненими.

У шпиталі поранених лікують до 30—60 діб (це спеціалізовані шпиталі для поранених 2-ї групи). Поранених зі строком лікування понад 3 місяці направляють до лікувальних закладів МОЗ. Легкопоранених (поранених 3-ї групи) лікують у ВПШЛР.

Усі вказівки, що стосуються евакуації та виду транспорту, вносяться в історію хвороби, туди ж записується і назва шпиталю, куди відправляється поранений. Вид транспорту визначається характером травми: літак, вертоліт - при масивних ушкодженнях обох щелеп, відривах щелеп, значних ушкодженнях м'яких тканин обличчя, поєднаних пораненнях, комбінованих ушкодженнях та ін. Евакуйованих залізничним і автотранспортом зі строком руху в дорозі від декілька годин до діб і більше необхідно забезпечити харчуванням і доглядом.

Абсолютні протипоказання до евакуації:

- і закрита травма мозку (із симптомом наростання набряку мозку);

- загроза виникнення в дорозі небезпечних для життя ускладнень (асфіксія, кровотеча);

4-7 діб до виявлення результатів лікування);

- сліпі глибокопроникаючі поранення (тимчасова затримка до встановлення діагнозу).

Звичайно, абсолютні показання до евакуації залежно від бойової обстановки можуть стати відносними.

Не всі поранені в щелепно-лицеву ділянку лікуються в ШБФ до визначеного наслідку: 60-75 % із них залишаються лікуватися в ШБФ. 25-40 % будуть евакуйовані у шпиталі МО (ГВКШ) чи МОЗ, причому 10-12 % - у ході бойової операції.

Медична допомога у спеціалізованих шпиталях передбачає:

- надання спеціалізованої допомоги всім пораненим (у тому числі й тим, що не отримали її в армійському районі);

• загальний т

• широке хірургіч

- І закінчення лікування всіх поранених із дефектами і різними деформаціями м'яких тканин і кісток обличчя, які потребують тривалих багатоетапних операцій;
- запобігання і лікування ускладнень вогнепальних поранень обличчя і щелеп;
 - забезпечення зубними і складними щелепними протезами всіх тих, хто цього потребує.

Отже, у спеціалізованих шпиталях мають бути стоматологічні відділення зі штатом: хірург-стоматолог, лікар ортопед-стоматолог, які мають у своєму розпорядженні лабораторію, зуболікарський кабінет для санації порожнини рота хворих, які лікуються не тільки у стоматологічному, але й в інших відділеннях.

Щелепно-лицеве відділення розгортається в системі функціональних підрозділів шпиталю для поранених у голову, шию і хребет. Відділення має операційну (частіше з іншими відділеннями), одну чи кілька перев'язочних, ортопедичний кабінет із зуботехнічною лабораторією. В останньому проводиться зубопротезування, а також виготовлення лікувальних шин, різних апаратів. Лікар-ортопед бере участь у шинуванні переломів щелеп, завдяки чому звільняється для хірургічної роботи ординатор щелепного відділення.

Велика увага приділяється організації харчування і догляду за щелепно-лицевими пораненими. Без перебільшення можна сказати, що, як би ретельно не була зроблена хірургічна обробка пораненого, якщо йому не буде забезпечене спеціальне харчування і догляд, все лікування виявиться малоефективним.

Кваліфікована допомога надається, як правило, бригадою однолікарського складу, а спеціалізована - дволікарського. Однолікарська бригада складається з одного лікаря, однієї медсестри і за необхідністю одного зубного техника, дволікарська - із двох лікарів (щелепно-лицевого хірурга і лікаря з даного шпиталю - не спеціаліста зі стоматології) й однієї медсестри.

Для надання допомоги легкопораненому зі щелепно-лицевими ушкодженнями надається 30 хв., середньої тяжкості - 1,5 год., тяжкопораненому - 3 год.

У складі етапів медичної евакуації передбачаються підрозділи, що здійснюють керівництво їхньою роботою і матеріально-технічне забезпечення - управління (штаб), аптека, лабораторія, кухня, склади та ін.

Найважливішим заходом, що забезпечує чітку організацію роботи етапів медичної евакуації, є медичне сортування поранених і хворих.

Медичне сортування передбачає розподіл поранених і хворих на групи за ознакою потреби в однорідних лікувально-евакуаційних і профілактичних заходах. Зміст цих заходів устанавлюється відповідно до медичних показань та обсягу медичної допомоги, що може бути надана на даному етапі медичної евакуації в конкретній обстановці.

Про важливість сортування в організації лікувально-евакуаційних заходів неодноразово писав її основоположник М. І. Пирогов: "Я перший увів сортування на Севастопольських перев'язочних пунктах і знищив...існуючий там хаос. Я пишаюся цією заслугою".

Сортування поранених і хворих проводиться на кожному етапі медичної евакуації і здійснюється у всіх його функціональних підрозділах.

У результаті сортування на етапах медичної евакуації повинні бути виділені наступні основні групи поранених і хворих:

- поранені і хворі, які є небезпечними для оточуючих (інфекційні хворі, заражені отруйними речовинами, бактеріальними засобами, що мають забруднення шкірних покривів і обмундирування радіоактивними речовинами з потужністю доз випромінювання, що перевищують безпечні; які знаходяться у стані психомоторного порушення та ін.), а отже, підлягають спеціальній обробці або ізоляції;

I які потребують медичної допомоги на даному етапі медичної евакуації;

- які потребують подальшої евакуації без надання їм медичної допомоги;
- що одержали ушкодження, несумісні з життям, і потребують тільки догляду (агонуєчі);
- що будуть повернуті у свої підрозділи (частина з них після одержання відповідної медичної допомоги і короткочасного відпочинку).

Залежно від задач, які вирішуються у процесі медичного сортування поранених і хворих, розрізняють два його види: внутрішньопунктове та евакуаційно-транспортне.

У першому випадку метою сортування є розподіл поранених, уражених і хворих для направлення у відповідні підрозділи даного етапу і послідовність направлення для спеціальної обробки, у перев'язочну, операційну, ізолятор та ін.

Евакуаційно-транспортне сортування призначене для формування груп поранених і хворих, що відправляються на наступний етап. При цьому визначається очерговість евакуації, положення пораненого — сидючи, лежачи на боці, на животі, вид транспорту - авто, авіа та ін.

Медичне сортування має велике значення при визначенні долі пораненого (хворого), тому до нього залучаються найбільш досвідчені лікарі та середній медичний персонал.

Принципи сортування поранених в обличчя та щелепи:

1. Сортують за документацією із військ (медичної роти, ОПМЗ) і оглядають зі зняттям пов'язок, незалежно від строку їх накладання.
2. Обстежують за показаннями (за досвідом ВВВ - 60 % поранених потребують обстеження), визначають:
 - а) тяжкість пораненого;
 - б) строк лікування;
 - в) вид допомоги;
 - г) профіль шпиталю, куди потрібно евакуювати далі;
 - д) вид транспорту.
3. Поділяють на три групи: легкопоранені, середньої тяжкості, тяжкопоранені.

До легких поранень належать переважно незначні поверхневі ушкодження м'яких тканин обличчя; переломи окремих зубів чи альвеолярних відростків; часткові відриви краю нижньої щелепи (без порушення цілості зубної дуги); численні сліпі поранення м'яких тканин осколками мін і ручних гранат; поранення щік, губ, що не супроводжуються порушенням основних функцій мовлення, жування, дихання. Орієнтувальний строк лікування цих поранень - 40-60 днів, їх лікують у ВПШЛР.

Середня тяжкість поранення - основна маса поранень обличчя та щелеп: лінійні, осколкові переломи верхньої і нижньої щелеп без дефекту кістки; широкі ушкодження тканин обличчя і язика, сюди ж належать симетрично-поперечні й косі поранення в ділянці верхньої щелепи, дна порожнини рота, привушних залоз, які здаються сприятливими у перші дні, а потім ускладнюються. Орієнтовний термін ліку-

вання поранених — 60-90 днів з урахуванням усунення протягом цього терміну ускладнень. При поєднаних пораненнях тяжкість визначається за найтяжчим пораненням.

Тяжкі поранення - це всі великі uszkodження м'яких тканин обличчя, його кісток із дефектами, численні переломи щелеп, а також більшість поєднаних поранень. Орієнтовний термін лікування поранених - понад 3 місяці.

Органічною складовою частиною лікувально-евакуаційних заходів є медична евакуація. Під *медичною евакуацією* розуміють сукупність заходів щодо доставки поранених і хворих на медичні пункти й лікувальні установи з метою своєчасного і повного надання медичної допомоги і лікування.

Медична евакуація сприяє вивільненню медичних пунктів і лікувальних установ, забезпечує можливість їх згортання та прямування за військами.

Евакуація поранених і хворих організується вищим начальником медичної служби і здійснюється підпорядкованими йому транспортними засобами. Такий порядок евакуації одержав найменування "евакуації на себе". Перевага евакуації "на себе" перед іншими порядками її організації полягає в тому, що старший начальник медичної служби, який направляє транспорт уперед, має можливість використовувати його більш ефективно у відповідності з обстановкою, а також краще ним маневрувати.

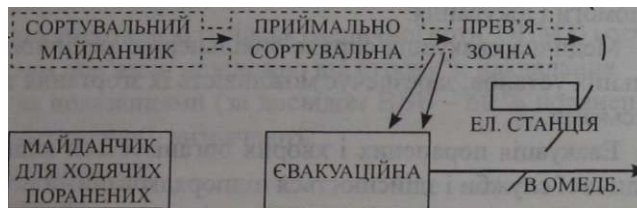
Організація роботи медичної роти

Організація роботи медичної роти визначається числом і термінами надходження до нього поранених і хворих, характером їх уражень, умовами бойової обстановки.

На медичну роту як етап медичної евакуації покладається виконання наступних основних завдань:

них медичних карток, зігрівання (у тому числі гарячий чай);

винами обмундирування і відкритих ділянок тіла поранених і хворих;



СОРТУВАЛЬНО-
ЕВАКУАЦІЙНЕ
ВІДДІЛЕННЯ

- не потребуючі спец.обробки
- потребуючі спец. обробку
- легкопоранені
- інфекційні хворі
- подальший рух поранених і хворих

Рис. 12. Принципова схема розгортання медичної роти

медичне сортування;
 надання першої лікарської допомоги;
 контроль за якістю надання першої медичної та долікарської допомоги;
 підготовка поранених і хворих до подальшої евакуації;
 амбулаторне лікування легкопоранених і легкохворих;
 тимчасова ізоляція інфекційних хворих;

засобів масового ураження;

ної роти.

У складі медичної роти розгортається сортувально-евакуаційне відділення (сортувальний пост, сортувальна площадка, площадка спеціальної обробки, приймально-сортувальна, евакуаційна), перев'язочна (автоперев'язочна), ізолятор, аптека. Крім того, на площадці медичної роти обладнуються місця для розміщення електростанції, кухні, стоянки транспорту, викопуються щілини для укриття особового складу, окопи для оборони.

Медична рота повинна почати прийом поранених і хворих негайно після прибуття до місця розгортання. У першу чергу (20-30 хв.) розгортаються приймально-сортувальна, перев'язочна, сортувальний пост, площадка спеціальної обробки. Повністю медична рота повинна бути розгорнута за 30-50 хвилин.

Сортувальний пост (СП) розташовується на в'їзді до площадки медичної роти. Оснащення СП включає радіометр-рентгенометр, військовий і медичний прилади хімічної розвідки. На СП працює санітарний інструктор. Він зустрічає транспорт з пораненими і хворими, регулює його рух на сортувальну площадку, проводить дозиметричний контроль радіоактивного зараження поранених і хворих, які прибувають.

На сортувальному посту поранені та хворі розподіляються на наступні групи:

- **ються в ізолятор;**
- **хворі, яким потрібна часткова санітарна обробка (які мають зараження відкритих частин тіла й обмундирування радіоактивними речовинами з потужністю дози, що перевищує безпечні, заражені ОР або бактеріальними засобами) - направляються на площадку спеціальної обробки;**
- **усі інші поранені і хворі направляються на сортувальну площадку.**

Сортувальна площадка є ділянкою місцевості безпосередньо перед приймально-сортувальним наметом, яка доступна для в'їзду і руху транспорту з пораненими і хворими. Вона призначена для розвантажен-

ня транспорту, що доставив поранених і хворих до медичної роти, а в теплу пору року - їх розміщення, проведення медичного сортування, надання медичної допомоги. Для розміщення поранених і хворих сортувальна площадка обладнується підставками під носилки, лавами. Для надання медичної допомоги тут варто мати переносний столик з лікарськими засобами та необхідним інструментарієм, перев'язний матеріал, транспортні шини, кисневу і дихальну апаратуру. На сортувальній площадці працює сортувальна бригада у складі лікаря, двох середніх медичних працівників, одного-двох реєстраторів. Для перенесення поранених залучається ланка санітарів. Зняті з транспортних засобів носилкові поранені і хворі розміщуються рядами на підставках або підручних засобах. Ходячі поранені і хворі розміщуються окремо на лавках.

Медичне (внутрішньопунктове) сортування поранених і хворих починається зі швидкого їх обходу й огляду для виявлення тих, кому допомога повинна бути надана негайно (вибіркове сортування). У результаті сортування поранені і хворі розділяються на наступні групи:

- поранені, які потребують першої лікарської допомоги за життєвими показаннями у перев'язочній (наприклад, з незупиненою зовнішньою кровотечею, з явищами асфіксії, у стані шоку, з недостатньою транспортною іммобілізацією);
- поранені, які потребують першої лікарської допомоги в перев'язочній у порядку черги;
- поранені і хворі, яким перша лікарська допомога може бути надана у приймально-сортувальній або на сортувальній площадці;

ної роти, а потребують подальшої евакуації;

нуті лікарем на сортувальній площадці для прийняття рішення про їх подальшу евакуацію або повернення в частину.

Поранені першої групи направляються у перев'язочну в першу чергу. Поранені другої групи розміщуються в приймально-сортувальній і направляються у перев'язочну по мірі її звільнення. Поранені і хворі третьої групи (до яких відносяться поранені зі злегка промоклими пов'язками та пов'язками, що збилися; поранені, яким потрібна транспортна іммобілізація, яким потрібне введення сироваток, антибіотиків та радіозахисних засобів, що знаходяться у стані зневоднення

та відчувають сильну спрагу, поранені і хворі, які не потребують допомоги медичної роти, але в момент поранення втрачали свідомість більше ніж на 30 хвилин), після надання їм допомоги зосереджуються в евакуаційній.

Поранені і хворі четвертої групи (поранені з добре накладеними, сухими пов'язками без ознак асфіксії та при відсутності ушкоджень інших ділянок тіла, поранені з закритими ушкодженнями кісток лицевого скелета та ушкодженнями альвеолярних відростків щелеп) зосереджуються в евакуаційній.

Поранені і хворі з поверхневими поодинокими ушкодженнями і вивихами зубів без ушкодження язика і м'яких тканин дна порожнини рота, що віднесені до п'ятої групи, направляються до стоматологічного кабінету, де їм надається відповідна допомога. Після цього вони або евакууються на наступний етап, або повертаються в частину.

Сортування може проводитися лікарями і фельдшерами безпосередньо на автомобілях, що доставили поранених і хворих (транзитна евакуація). При цьому з автомобілів знімаються тільки поранені і хворі, що потребують надання першої лікарської допомоги за життєвими показаннями. Із транспортних засобів необхідно також знімати осіб з важкими проявами первинної реакції на опромінення (непереборна блювота), із бронхоспазмом, судомами (ураження ФОВ). Усі інші поранені і хворі на тих же автомобілях, без затримки направляються на наступний етап.

Приймально-сортувальна призначена для прийому, розміщення, реєстрації поранених і хворих, що надійшли до медичної роти, проведення медичного сортування, надання першої лікарської допомоги пораненим і хворим, що підлягають евакуації минаючи перев'язочну, зігрівання і харчування поранених і хворих. Приймально-сортувальна обладнується з розрахунку одночасного прийому 10-15 носилкових та ходячих поранених. Для надання медичної допомоги в приймально-сортувальній використовуються комплекти Б-1, Б-2, У-2, У-3, медикаменти з комплектів "Промінь", РО-1, інгалятори кисню, апарати штучної вентиляції легень.




Якщо внутрішньопунктове сортування через погані погодні умови не можна проводити на сортувальній площадці, воно переноситься до приймально-сортувальної. У цьому випадку тут працює сорту-

**КОРІНЕЦЬ ПЕРВИННОЇ
МЕДИЧНОЇ КАРТКИ**

№ _____ год. _____ хв. _____ 200 _____ р.
в/звання _____ в/частина _____

(прізвище, ім'я та по батькові)

Посвідчення особи, жетон _____
Поранений, захворів _____ год. _____ хв. _____ 200 _____ р.









свакуйований: літаком, санавтажавто (підкреслити)	куди свакуйований 
	 
	необхідне підкреслити

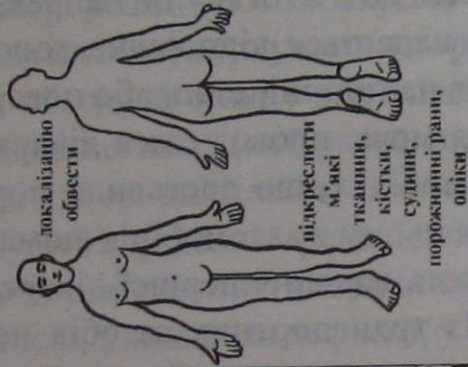
МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Підкреслити	Доза (випсати)
Введено: антибіотик	
Сироватка ПСС, ПГС	
Анатоксин (який)	
Антидот (який)	
Знеболюючий засіб	
Проведено: переливання крові, кровозамінювачів, імобілізація, перев'язка, накладення скрутки, санобробка	

Діагноз _____

ВІПКОВОЇ

							
В	Я	Х	Бак.	Інші	Відм.	Х	І



Діагноз _____

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА

ПЕРВИННА МЕДИЧНА КАРТКА

Форма 100

Видана: _____
Найменування мед. пункту (закладу), чи їх штамп _____ год. _____ хв. _____ 200 _____ р.
в/звання _____ в/частина _____






(прізвище, ім'я та по батькові)

Посвідчення особи, жетон _____
Поранений, захворів _____ год. _____ хв. _____ 200 _____ р.

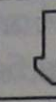




МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Підкреслити	Доза (випсати)
Введено: антибіотик	
Сироватка ПСС, ПГС	
Анатоксин (який)	
Антидот (який)	
Знеболюючий засіб	
Проведено: переливання крові, кровозамінювачів, імобілізація, перев'язка	

Скрутень накладено _____ год. _____ хв.
Санітарна обробка (підкреслити)
Пов'яз, часткова, не проводилася
Евакуювати (необхідно обвєсти)

		куди евакуюваний
лежачі	сидячі	  

Черговість евакуації: I II III

				
---	---	---	---	---

Лікар _____

(ощільне чіткий)

Найменування етапу	НАДІЙШОВ год. _____ хв. _____ 200__ р.	Особливі відмітки лікаря
Уточнений діагноз		Вийшов самостійно (так, ні)
		Вішесено (ким) Через _____ год. після поранення
		Першу допомогу надано (яка, кіш)
Вказана допомога		

Евакуювати (куди, коди, як)

Кінець (код, який)

Лікар _____ І _____ 200__ р.
(підпис чітким)

Рис. 13(6). Первинна медична картка (ПМК) (зворотна сторона)

вальна бригада, що здійснює медичне сортування і надання медичної допомоги тим же порядком, що і на сортувальній площадці. У приймально-сортувальній пораненим і обпаленим, які не направляються до перев'язочної, вводять протиправцеву сироватку й анатоксин, антибіотики, знеболювальні, за показаннями - серцево-судинні і дихальні аналептики, виправляють раніше накладені шини, пов'язки, зігрівають поранених і хворих, дають їм гаряче питво. На всіх поранених і хворих, що евакуюються із медичної роти, заповнюється первинна медична картка (ПМК) (рис. 13).

ПМК має чотири кольорові відривні смуги:

1. Червона - необхідність термінової медичної допомоги (шок, кровотеча, загроза асфіксії та ін.) — відривається на етапі, де ця допомога надана.
2. Синя - поранений був у вогнищі радіаційного ураження і потребує спеціальної обробки. Смуга відривається після її проведення й занесення даних в історію хвороби.
3. Жовта - поранений зазнав дії отруйних речовин, потребує необхідної спеціальної обробки.
4. Чорна - хворий страждає на інфекційне захворювання, яке являє загрозу для оточення, чи психічний розлад і підлягає ізоляції.

Заповнений корінець ПМК залишається на відповідному етапі евакуації. Усі графи заповнюються чітко, послідовно, повністю й розбірливо. На лицьовій стороні ставиться примітка: ЩЛ — "щелепно-лицевий". Усі поранені (уражені), які побували в медичній роті, реєструються в "Журналі обліку поранених".

Окрім ПМК, у внутрішньопунктовому сортуванні використовуються спеціальні сортувальні марки, які прикріплюються до одягу пораненого і служать для орієнтування медичного персоналу

При надходженні до медичної роти уражених отруйними речовинами їм терміново надається перша лікарська допомога, що включає введення антидотів, реактиваторів холінестерази, холінолітиків, протисудомних, дихальних та серцевих засобів, інгаляцію кисню, штучну вентиляцію легень. При ураженні отруйними речовинами типу іприт - накладення пов'язки з лікарськими засобами на уражені ділянки шкіри, промивання очей, шлунка, дача адсорбентів. Хворим із проявами первинної реакції на опромінення проводиться купірування первинної реакції, а при надходженні хворих з гострою променевою хворобою в період розпалу починається застосування медикаментозних засобів за схемою комплексного лікування променевої хвороби.

При масовому надходженні поранених і хворих до роботи на сортувальній площадці й у приймально-сортувальній може на короткий термін залучатися особовий склад з інших функціональних підрозділів, у тому числі лікар-стоматолог медичної роти.

Площадка спеціальної обробки призначена для проведення часткової санітарної обробки поранених і хворих, а також часткової дезак-

тивації, дегазації і дезінфекції обмундирування. У складі площадки спеціальної обробки обладнується місце для часткової спеціальної обробки санітарного транспорту і носилок.

При надходженні поранених і хворих із зараженням покривів і обмундирування радіоактивними речовинами з потужністю дози випромінювання, що перевищує безпечні, проводиться обмивання водою відкритих ділянок тіла (обличчя, руки, шия), промивання очей, полоскання порожнини рота і носоглотки. Обмундирування піддають механічному очищенню шляхом витрушування, вибивання, обмітання віником, чищення щітками.

При надходженні поранених і хворих, заражених отруйними речовинами, проводять зміну обмундирування; знімають індивідуальні засоби захисту (крім протигазу); відкриті ділянки шкіри і лицева частина протигазу обробляються вмістом індивідуального протихімічного пакета. При неможливості провести зміну обмундирування його дегазують вмістом силікагелевого пакета. Протигаз з уражених може бути знятий тільки після ретельно проведеної часткової санітарної обробки зі зміною обмундирування.

Після проведення часткової санітарної обробки поранених і хворих направляють за показаннями у відповідні функціональні підрозділи медичної роти.

Перев'язочна (автоперев'язочна) призначена для надання пораненим і хворим першої лікарської допомоги, точніше - найскладніших її заходів. Перев'язочна обладнується в наметі УЗ-68 або УСТ-56. У перев'язочній установлюють два перев'язочних столи, столи для стерильного перев'язного матеріалу, стерильних інструментів, лікарських засобів, стіл реєстратора, інструментальний столик, флаконоутримувач та ін. Перев'язочна оснащується комплектами Б-1, Б-2, Б-4, У-1, апаратами штучної вентиляції легень, кисневим інгалятором, системами для разового переливання крові, засобами з комплекту РО-1. У перев'язочній працюють один-два лікарі (один з яких стоматолог), фельдшер, медична сестра, санітар, реєстратор. Робота в перев'язочній повинна проводитися з дотриманням усіх вимог асептики. Фельдшер (медична сестра), що подає стерильні інструменти і стерильні перев'язні засоби, працює у стерильному халаті. Лікарі можуть працювати в чистих халатах, але обов'язково в стерильних рукавичках і масках.

Лікар-стоматолог, що працює в перев'язочній, проводить невідкладні заходи першої лікарської допомоги. До них відносяться: зупинка зовнішньої кровотечі шляхом тампонади рани, літування судин у рані, туга тампонада глотки і порожнини рота з накладенням трахеостоми та введенням шлункового зонда; усунення асфіксії шляхом прошивання і фіксації язика, проведення трахеотомії, відсікання або фіксація швами шматка м'якого піднебіння; протишокові заходи, які включають зупинку кровотечі, проведення новокаїнових (провідникових, стовбурних) блокад та іммобілізації при переломах, введення наркотичних анальгетиків, серцевих, дихальних, судинозвужувальних, гормональних засобів, поповнення обсягу циркулюючої крові, боротьба з ацидозом, киснева терапія, зігрівання хворого (гарячий чай, укутування теплими ковдрами, грілки та ін.).

При наданні першої лікарської допомоги в повному обсязі лікар-стоматолог проводить також найскладніші з тих заходів, що можуть бути відстрочені (наприклад, усунення недоліків транспортної іммобілізації, проведення новокаїнових блокад при ушкодженнях середньої тяжкості, введення знеболюючих засобів, ін'єкції антибіотиків і серопротективних препаратів при відкритих травмах і опіках).

Після надання першої лікарської допомоги лікар-стоматолог установлює кожному пораненому черговість його евакуації, вид транспорту і положення в ньому постраждалого (сидячи, лежачи). При несприятливих метеорологічних умовах і масовому надходженні поранених і хворих, коли їх розміщення на сортувальній площадці неможливе, обидва намети УСТ-56 (УЗ-68) можуть використовуватися як приймально-сортувальні. У цьому випадку для надання пораненим і хворим першої лікарської допомоги за життєвими показаннями використовується автоперев'язочна.

Ізолятор може розгортатися в житлових будинках, бліндажах, табірних наметах. Він призначений для тимчасової ізоляції інфекційних хворих. Хворі в ізоляторі розташовуються на носилках. Ізолятор забезпечується окремим посудом, предметами догляду за хворими, дезінфекційними засобами. Спостереження за хворими в ізоляторі покладатися на фельдшера. Допомога хворим надається встановленим порядком з дотриманням правил протиепідемічного режиму (при вході медичний персонал надягає, а при виході знімає халати, закріплені за

ізолятором, обробляє руки дезінфікуючим розчином. Інфекційних хворих евакуюють на спеціальному транспорті в ізолятор медичної роти або безпосередньо у військовий польовий інфекційний шпиталь.

Аптека розгортається у пристосованому приміщенні або в табірному наметі. Вона обладнується комплектом У-4 (аптека-амбулаторія). В аптеці зберігаються комплекти перев'язних засобів, шин, РО-1, предмети медичного майна для забезпечення медичних пунктів полку і батальйонів. Аптека медичної роти відпускає готові лікарські форми, які одержують з медичної роти, а також готує розчини, порошки, мазі. Загальні запаси медичного майна спеціального призначення медичної роти розраховані для надання першої лікарської допомоги 500 пораненим і хворим та поповнення запасів у підрозділах.

Особливості організації роботи медичної роти бригади при масовому надходженні уражених отруйними речовинами і бактеріальними засобами

Організація роботи медичної роти в умовах застосування хімічної зброї визначається:

- загрозою зараження отруйними речовинами місцевості в районі розміщення медичної роти;

уражених, велика частина яких буде мати потребу в терміновому наданні невідкладної медичної допомоги;

засобів захисту;

роти і самих отруєних речовинами, що надходять до поранених унаслідок десорбції.

Схема розгортання медичної роти в умовах масового надходження уражених отруйними речовинами залишається без змін, однак організація її роботи матиме ряд особливостей.

При масовому надходженні уражених отруйними речовинами найважливішою вимогою до організації роботи медичної роти є забезпечення якнайшвидшого надання невідкладної медичної допомоги, і в першу чергу - введення антидотів. З огляду на небезпеку виникнення ураження

• можли

•

• небезп

в результаті десорбції ОР, на площадці спеціальної обробки необхідно проводити ретельну часткову спеціальну й санітарну обробку, а у найбільш важкопоранених при можливості — і зміну обмундирування.

У передбаченні масового надходження уражених отруйними речовинами у всіх функціональних підрозділах медичної роти (на площадці спеціальної обробки, сортувальній площадці, у приймально-сортувальній, евакуаційній і перев'язочній) необхідно створити запас медичного майна для надання невідкладної допомоги (антидоти, протисудомні препарати, серцеві та дихальні аналептики). При цьому гірйимально-сортувальна забезпечується всім необхідним медичним майном для надання ураженим першої лікарської допомоги.

При надходженні до медичної роти уражених отруйними речовинами на сортувальному пості виділяють два потоки: поранені та хворі, що мають зараження ОР (направляються на площадку спеціальної обробки), що не мають зараження (надходять на сортувальну площадку). Щелепно-лицеві поранені, що надійшли на площадку спеціальної обробки, піддаються частковій санітарній обробці і поділяються на дві групи.

Перша - уражені (головним чином легкоуражені), медична допомога яким може надаватися і наступна евакуація проводиться без зняття протигазу (щелепно-лицеві поранені без ознак тривалої зовнішньої кровотечі, з добре накладеними пов'язками і транспортною іммобілізацією, без ознак асфіксії, що потребують тільки введення антидотів, протисудомних препаратів, серцевих і дихальних аналептиків, сироваток, антибіотиків). Вони відразу направляються до медичної роти.

Друга група - усі щелепно-лицеві поранені, з яких протигаз повинен бути знятий. У відокремленій частині площадки їм проводять обробку відкритих частин тіла дегазуючими розчинами, знімають обмундирування, а потім додатково обробляють відкриті частини тіла. Після проведення цих заходів усіх поранених другої групи вдягають в обмундирування з обмінного фонду або поміщають у спальні мішки (якщо вони є) і направляють на сортувальну площадку. Тут виділяються особи, що потребують невідкладних заходів першої лікарської допомоги, які направляються до перев'язочної. Іншим пораним допомога надається в приймально-сортувальній, а при сприятливих метеорологічних умовах - безпосередньо на сортувальній площадці. Частина уражених ОР і поранених із сортувальної площадки може направлятися на евакуацію.

При здійсненні евакуації з медичної роти слід мати на увазі, що частину уражених, з яких не знімалися засоби захисту (протигаз) і обмундирування, бажано евакуювати на відкритому транспорті (для прискорення десорбції ОР) і обов'язково окремо від уражених, котрі не можуть користуватися протигазом.

У випадку застосування бактеріологічної зброї і надходження уражених бактеріальними засобами, медична рота переводиться на суворий протиепідемічний режим роботи. Такий режим передбачає: виявлення поранених і хворих, що мають ознаки інфекційного захворювання, і осіб із захворюваннями, підозрілими на інфекції, недопущення їх контакту з іншими пораненими і хворими, їх ізоляція, надання їм медичної допомоги; проведення часткової санітарної обробки поранених і хворих, що надходять з вогнища, дезінфекцію їхнього обмундирування, транспорту, на якому вони доставлені; проведення всім пораним і хворим, а також медичному персоналу екстреної профілактики; поточну і заключну дезінфекцію у всіх функціональних підрозділах; дотримання медичним персоналом заходів щодо захисту від зараження; заповнення первинної медичної картки з залишенням чорної смуги.

Робота медичної роти при переведенні її на суворий протиепідемічний режим організовується таким чином. На сортувальний пост замість санітарного інструктора виділяється фельдшер, який ділить усіх на дві групи: поранені і хворі з клінічними проявами інфекційного захворювання; поранені і хворі, що не мають таких. Медична рота обладнується додатковою площадкою спеціальної обробки і приймально-сортувальною (за рахунок двох табірних наметів) для поранених і хворих із клінічними проявами інфекційного захворювання. Для надання першої допомоги цим пораним і хворим розгортається автоперев'язочна.

Часткова санітарна обробка відкритих ділянок тіла пораним, що надійшли з вогнища ураження бактеріологічною зброєю, їхнього обмундирування, пов'язок і шин проводиться шляхом обробки 2 % розчином хлораміну. Поранені і хворі з клінічними проявами інфекційного захворювання після часткової санітарної обробки надходять у розгорнуту для них приймально-сортувальну, поруч з якою розташовується автоперев'язочна для надання їм першої лікарської допомоги.

Евакуація з медичної роти осіб, що мають клінічні прояви інфекційного захворювання, ведеться окремо від інших поранених, що ева-

куюються. При переведенні медичної роти на суворий протиепідемічний режим роботи евакуація поранених і хворих з медичного пункту полку до медичної роти продовжується на загальних підставах, але з застосуванням заходів, що перешкоджають поширенню інфекції на шляхах евакуації.

**Стоматологічні загони (СЗ) оперативних командувань
та їх роль у наданні спеціалізованої допомоги
щелепно-лицевим пораненим**

СЗ призначені для надання:

- усіх видів стоматологічної допомоги, в першу чергу наданням стоматологічної допомоги пораненим обличчя і щелепи, а також хворим, які знаходяться на лікуванні в лікувальних закладах оперативних командувань;
- усіх видів зуболікарської і зубопротезної допомоги особистому складу частин, з'єднань і закладів фронту;

консультативної допомоги

вих частин, з'єднань і закладів оперативних командувань.

У воєнний час СЗ у своєму складі мають: базові стоматологічні відділення (стоматологічне і зубопротезне), пересувні стоматологічні відділення, господарчу службу.

СЗ - мобільний заклад і може маневрувати в ході бойових операцій своїми силами. Для цього він має:

- 1) автотранспорт: мікроавтобус, вантажні автомобілі з причепами;
- 2) електростанцію;
- 3) комплекти медичного майна - ЗЛ, ЗП і зуботехнічні ЗТ-1, ЗТ-2, ЗТ-3, Б-1, Б-3, рентгенапарат дентальний, бормашини комбіновані, гіпс технічний, крісла зуболікарські (складні), набори стоматологічні, носилки, гіпс зуботехнічний, шліфмашини електричні та інші за кількістю штатного складу.

Начальник стоматзагону (головний стоматолог оперативного командування) підпорядковується начальнику медичної служби медичного командування і несе повну відповідальність за готовність загону до виконання покладених на нього завдань і за всі види діяльності, а також за виховання і військову дисципліну особового складу. Він повинен:

- своєчасно розгорнути стоматзагін і організувати його роботу;
- організувати виїзди стоматологічних відділень у частини і відділення, а також у лікувальні заклади оперативних командувань для надання в них спеціалізованої допомоги;
- і перевіряти роботу зубопротезних кабінетів у лікувальних закладах оперативних командувань;
- вести передбачений табель негайних повідомлень, облік і звітність.

СЗ розгортається і працює на базі одного зі спеціалізованих шпиталів - найчастіше шпиталю для поранених у голову, шию і хребет.

Для ефективного та оперативного керівництва стоматологічним загоном оперативного командування (СЗОК) створюється управління СЗОК.

Оптимальний штатний склад управління:

- начальник стоматологічного загону (він одночасно є головним стоматологом оперативного командування);
- старшина;
- і медичний статистик;
- і діловод-друкарка.

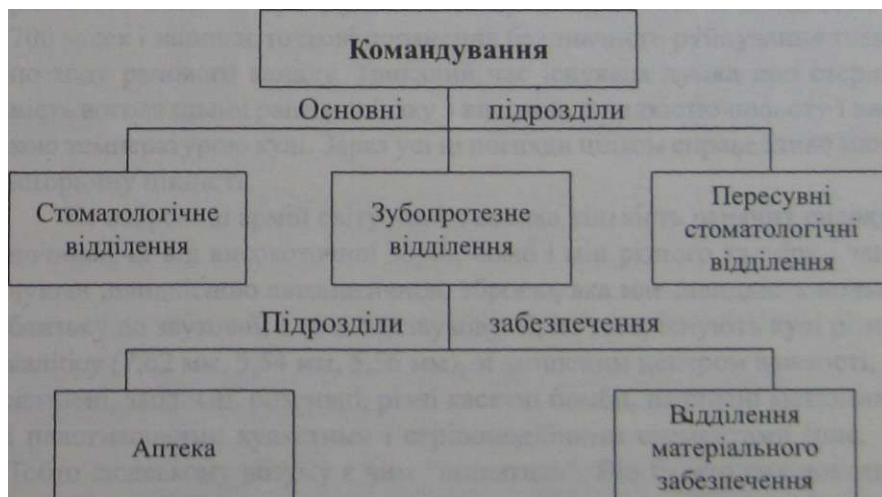


Рис. 14. Організаційно-штатна структура стоматологічного загону оперативного командування

У період бойових дій військ залежно від стану частина робітників СЗ розпорядженням начальника медичної служби корпусу може бути відряджена до лікувальних закладів шпитальних баз для надання стоматологічної допомоги пораненим і хворим як посилення групи ЗСМД, а також для надання допомоги пораненим в обличчя і щелепи, які потрапили до непрофільних шпиталів, де у штаті немає стоматолога. СЗ забезпечує всіх поранених спеціалізованих шпиталів (крім ВПНхШ, ВПШЛР) та інших лікувальних закладів фронту зуболікарською допомогою в поліклініці і безпосередньо у шпиталях. Порядок і строки направлення військовослужбовців на зубопротезування, виїзди пересувних стоматологічних відділень визначає начальник СЗ. Його пересувні відділення забезпечуються всіма видами постачання того закладу, на базі якого він працює.

У мирний час СЗ є центральною стоматологічною поліклінікою (ЦСП) оперативного командування, організовує і проводить планову санацію порожнини рота військовослужбовців військових частин, особливо тих, де немає в штаті стоматологів, надає консультативну допомогу і забезпечує зубними протезами військовослужбовців військ оперативного командування.

РОЗДІЛ III

Основи ранової балістики, особливості патогенезу та оцінки вогнепальних ран щелепно-лицевої ділянки

Перш ніж розглядати питання класифікації ушкоджень, конкретної хірургічної тактики обробки ран, необхідно отримати уявлення про закономірність змін, що відбуваються в тканинах організму внаслідок поранення, ознайомитися з деякими особливостями поранень обличчя, які визначають вибір тактики хірурга при їх лікуванні.

Вивчення змін у тканинах на момент попадання раннячого снаряда, визначення цих змін залежно від характеру і щільності тканин, швидкості, розмірів і виду снаряда складає предмет ранової балістики.

Поява, а потім постійне вдосконалення вогнепальної зброї викликали необхідність вивчення процесів, що виникають і розвиваються в тканинах людини при їх вогнепальному ушкодженні. Погляди змінювались. Так, на початку XIX століття з повною серйозністю обговорювалося питання про "гуманність" кулі, яка летить зі швидкістю до 700 м/сек і залишає точкові поранення без значного руйнування тканин по ходу ранового каналу. Тривалий час існувала думка про стерильність вогнепальної рани у зв'язку з високою швидкістю польоту і високою температурою кулі. Зараз усі ці погляди цілком справедливо мають історичну цінність.

На озброєнні армій світу нині є велика кількість раннячих снарядів, починаючи від високоточної зброї, бомб і мін різного калібру і закінчуючи швидкісною автоматичною зброєю, яка має швидкість польоту, близьку до звукової, а то й надзвукову. Крім того, існують кулі різного калібру (7,62 мм, 5,54 мм, 5,56 мм), зі зміщеним центром важкості, полегшені, запальні, розривні, різні касетні бомби, начинені металевими і пластмасовими кулястими і стрілоподібними елементами (рис. 15). Тобто людському розуму є чим "пишатися". Він багато сил доклав на розробку засобів для власного знищення і досяг у цій справі "великих успіхів",

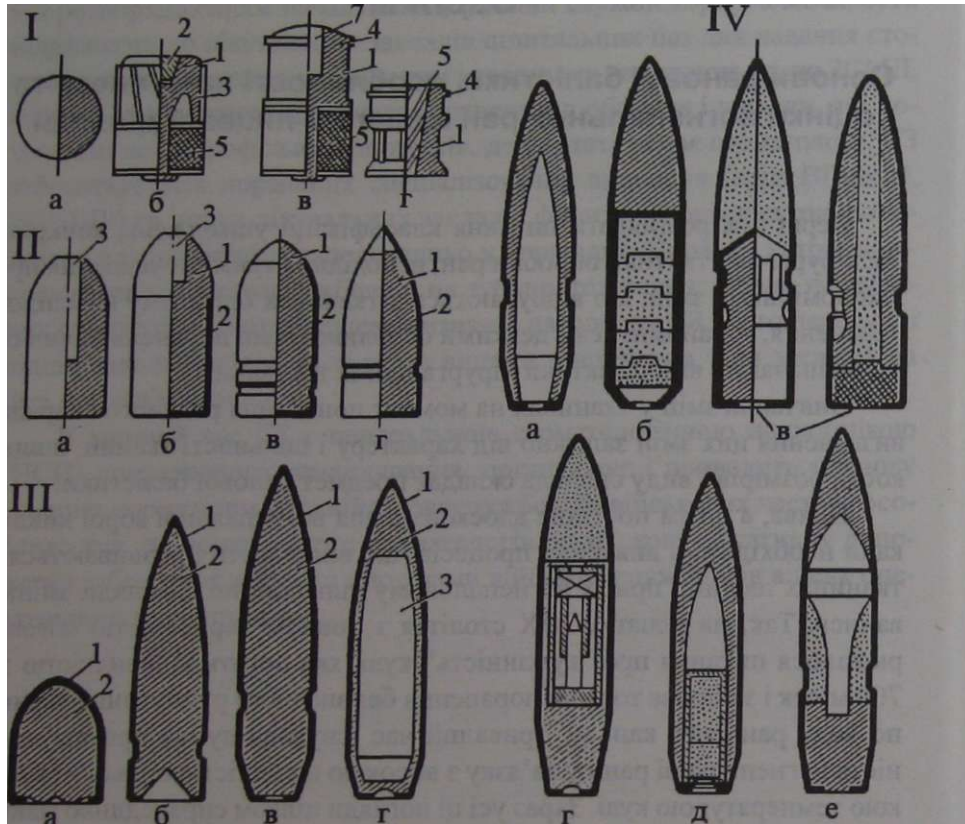


Рис. 15. Зразки куль.

I - мисливські кулі для гладкоствольної зброї: а Ц куляста, б - Якана (Жакана), в - Ширінського - Шихматова, а - Штеденбаха; 1 - свинцевий корпус, 2 - свинцева пробка, 3 - ведучі ребра, 4 - ведучі паски; 5 - повстаний пиж, 6 - лопаті; 7 - експресна порожнина.

II - мисливські кулі для нарізної зброї: а - суцільна свинцева, б, в, г - свинцево-оболонкові; 1 - свинцевий сердечник, 2 - оболонка, 3 - експресна порожнеча.

III - звичайні військові кулі: а - пістолетна, б, в, г - гвинтівкові (кулеметні); 1 - оболонка, 2 - сердечник свинцевий, 3 - сердечник сталевий.

IV - спеціальні кулі: а - бронейіні; б - трасуюча; в - запальна; г - розривна; д - бронейіно-трасуюча; е - бронейіно-запальна; з, е - начинені жовтим фосфором.

Будь-який раннячий снаряд, потрапляючи у тканини, утворює так званий рановий канал. Розміри каналу, його форму, напрямок, ступінь ушкодження оточуючих тканин визначає вид снарядів, до яких відносяться: кулі, осколки мін і бомб, кульки, стрілоподібні елементи з синтетичних матеріалів, а також вторинні снаряди, вид яких може бути найрізноманітнішим.

У вогнепальній рані розрізняють три зони:

I. Зона ранового каналу. Рановий канал являє собою дефект тканин, який може бути заповнений згустками крові, рановим детритом від зруйнованих тканин, чужорідними тілами, захопленими при польоті снаряда; при сліпому пораненні в каналі знаходиться і сам снаряд. Напрямок ранового каналу може змінюватися через різну щільність тканин на шляху снаряда. Наприклад: м'які тканини щоки - щільні тканини верхньощелепної кістки — повітряна порожнина придаткового синуса. Ця зміна напрямку каналу призводить до первинної девіації каналу (І. В. Давидовський). У зв'язку з різним опором тканин (шкіра, клітковина, м'язова тканина) напрямок ранового каналу скривлюється (вторинна девіація ранового каналу). При пораненнях у щелепно-лицевій ділянці рановий канал і його напрямок багато в чому залежать від того, в якому положенні в момент поранення знаходилася голова: повернена, відхилена назад чи нахилена вперед (рис. 17). Звідси зрозуміло, що рановий канал може бути різноманітної форми, напрямку, розмірів.

II. **Зона первинного ранового некрозу** становить собою стінку ранового каналу. Тканини в цій зоні нежиттєздатні і підлягають видаленню при хірургічній обробці.

III. **Зона молекулярних струсів.** Наявність цієї зони є ознакою вогнепальних поранень. Її розміри залежать від швидкості, форми сна-

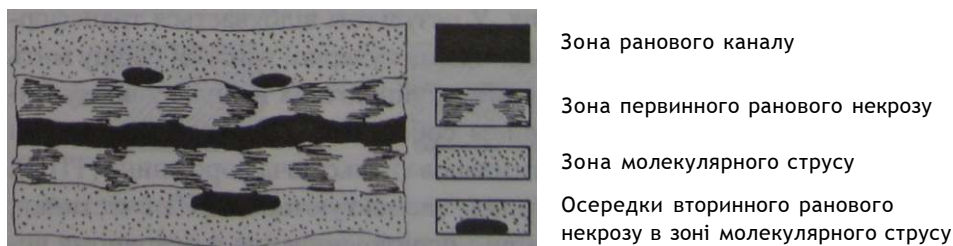


Рис. 16. Рановий канал (схема)

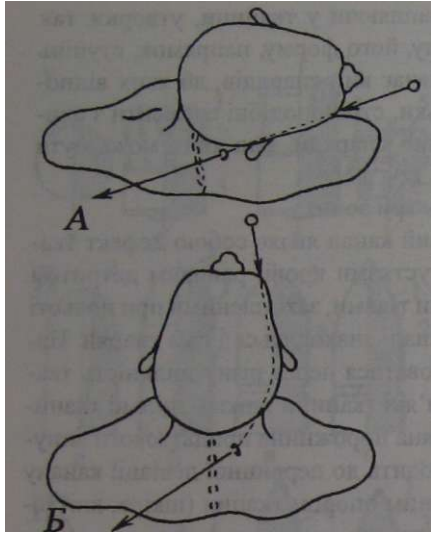


Рис. 17. Формування наскрізного ізолюваного вогнепального поранення м'яких тканин обличчя і задньої поверхні шиї (спостереження Г. М. Івашенка).

А - положення голови в момент поранення;

Б - девіація (зсув) ранового каналу після повороту голови у звичайне положення.

рада, з одного боку, і від стану і характеру тканин, з іншого. Зміни в цій зоні відбуваються поступово, можуть виникати осередки вторинного некрозу. Виникнення цієї зони обумовлене гідро- і пневмодинамічними uszkodженнями клітин, у яких можуть відбуватися оборотні (збереження життєздатності) чи необоротні (вторинний некроз) зміни. Визначення зони вторинного некрозу являє собою дуже важке і досить невирішене завдання.

Розглянемо детальніше механізм і розміри описаних змін у рановому каналі і прилеглих тканинах (рис. 18).

При попаданні в тканини (співударі) раннячого снаряда (кулі) здійснюється його різке гальмування. У результаті відбувається трансформація енергії, передача тиску і виникнення ударної хвилі. У першу мить куля розсуває тканини подібно клину, руйнуючи їх на шляху просування, формуючи навколо і тягнучи за собою потік зруйнованих частин тканин. При цьому з'являється тимчасова пульсуюча порожнина (ТПП). Через негативний тиск у ТПП, у неї "засмоктуються" дрібні частинки, юкрема мікроорганізми. Її розміри і період існування в основному визначаються швидкістю снаряда і його калібром. Чим більша його швид-

кість, тим більших розмірів і дальності існує ТПП. Діаметр ТПП може бути в 30 разів більший, ніж діаметр кулі, а тривалість її існування досягає до 30 мс, тоді як час дії ударної хвилі не перевищує 1-3 мс.

У рановій балістиці розрізняють ще такі поняття, як "прямий удар", тобто безпосереднє формування ранового каналу під час руху кулі, і "боковий удар", тобто вплив на тканини, розташовані по боках руху кулі. При використанні кулі калібру 7,62 мм при швидкості до 700 м/сек. 70 % кінетичної енергії припадає на "прямий удар" і лише

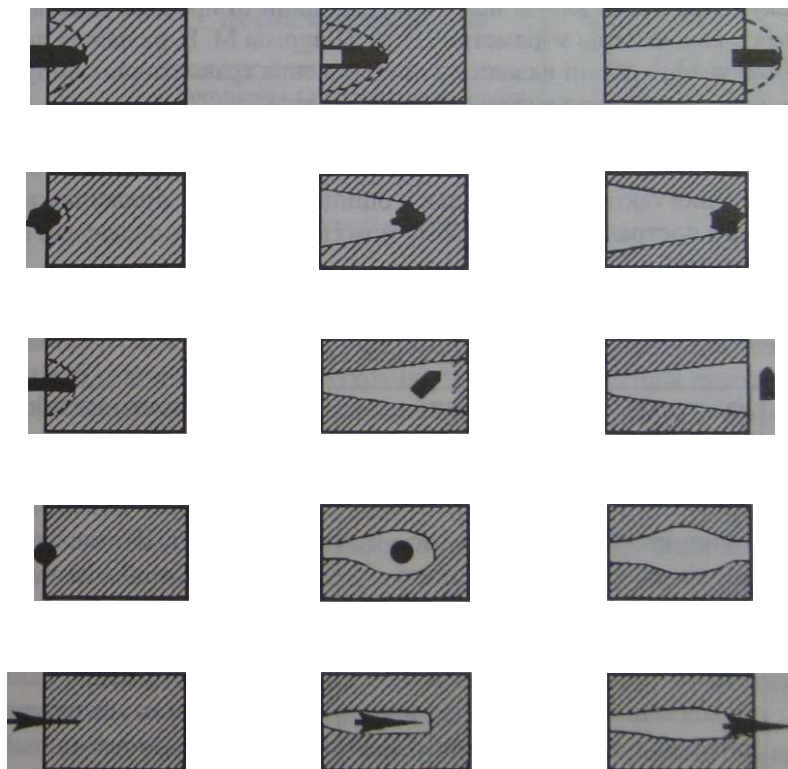


Рис. 18. Схема формування ранового каналу і тимчасової пульсуючої порожнини.

а - куля калібру 7,62; б - осколок; в - куля калібру 5.56;
а - куля калібру 5,56; д - стрілоподібний елемент.

30 % - на "боковий". При цьому ТПШ має невеликі розміри і не дуже впливає на стан прилеглих до ранового каналу тканин.

Розміри вхідного і вихідного отворів при наскрізних пораненнях практично не відрізняються.

При польоті кулі калібру 5,45 зі швидкістю до 1000 м/сек 30 % кінетичної енергії припадає на "прямий удар" і 70 % - на "боковий", при цьому ТПШ може більш ніж у 12-15 раз перевищувати розміри кулі. При швидкості понад 2000 м/сек можливе внутрішньотканинне руйнування кулі при співударі з твердішими тканинами. При цьому за мікросекунди виникає вибух, при якому вихідний отвір може досягати десятків сантиметрів у діаметрі. Проф. Швирков М. Б. на основі досвіду війни в Афганістані наводить спостереження травматичних ампутацій лицевих тканин при використанні таких куль.

Складна будова тканин щелепно-лицевої ділянки визначає багатогранність можливих ушкоджень і необхідність індивідуального вибору хірургічної тактики при ретельній оцінці стану рани, прилеглих тканин і самого постраждалого. У цьому можуть бути корисні наведені нижче таблиці (табл. №№ 5, 6).

Таблиця 5

Ранова балістика і стан тканин

1.	Балістичні характеристики снаряда: калібр, швидкість, маса, матеріал, відстань	Ступінь стійкості, здатність до деформації, руйнування
2.	Характер передачі енергії: рівномірний, вибуховий, час дії; хіміко-фізичні і механічні процеси, біологічні процеси в тканинах	Швидкість руху в тканинах, формуванні ТПШ, час існування і розміри, вплив на тканини і процеси в них (гемостаз, КЩР, білковий обмін та ін.)
3.	Характеристика тканин у зоні ушкодження: еластичність, товщина, щільність, однорідність, наявність порожнинних утворів із газом чи рідиною, наявність артеріальних магістралей і нервових стовбурів	Тяжкість ушкодження, нерівномірність ушкодження. Визначення можливих наслідків

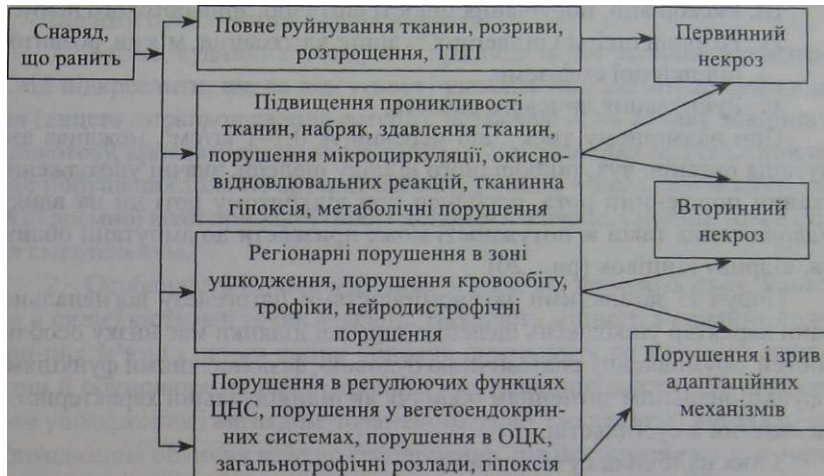


Рис. 19. Патогенез вогнепальної рани

Грунтуючись на наведених у таблиці даних, можна деякою мірою оцінити характер можливих руйнувань тканин. Так, від виду раничого снаряда (п. 1.) буде залежати розмір ВПП і час її існування, а звідси — обумовлені анатомічними структурами ушкоджених відділів щелепно-лицевої ділянки порушення в тканинах (п. 2.). Анатомо-фізіологічні особливості тканин обличчя будуть визначати ступінь тяжкості й обсяг ушкодження, що у свою чергу дасть можливість планування операції і прогнозування можливих ускладнень (п. 3.).

Для повнішого розуміння патогенезу вогнепальної рани можна скористатися рисунком 19.

Незважаючи на узагальненість схеми, вона може бути використана для оцінки тяжкості поранення та планування лікування з прогнозуванням можливих ускладнень з урахуванням анатомо-фізіологічних особливостей тканин щелепно-лицевої ділянки.

Закони ранової балістики визначають і характер інших ушкоджень, що виникають не тільки від безпосередньої дії снаряда, а й від ударної хвилі.

Г. М. Івашенко виділяє 5 стадій дії ударної хвилі залежно від її сили:

I. Гіперемія шкіри, висипи, точкові крововиливи.

II. Поява пухирів на шкірі за рахунок відшарування епідермісу.

III. Екскоріації, порушення цілості епітелію, зрив рогового шару.

IV. Розриви шкіри і підлеглих тканин: клітковини, м'язів, розвиток підшкірної емфіземи.

V. Руйнування лицевого скелета.

При надмірному тиску, що перевищує $0,7-1 \text{ кг/см}^2$, можлива ампутація органів: вух, підборідного відділу щелепи, значні uszkodження тканин порожнини рота, особливо при відкритому роті чи на вдиху. Ударна хвиля такої ж потужності може призвести до ампутації обличчя, відриву кінцівок (рис. 20).

Поруч із загальними закономірностями патогенезу вогнепальної рани характер uszkodжень щелепно-лицевої ділянки має низку особливостей, обумовлених анатомічною будовою, фізіологічними функціями і функціональним значенням обличчя як індивідуальної характеристики людини в суспільстві.

З них найбільш суттєвими є:



Рис. 20. Травматична ампутація частини обличчя ударом повітряної вибухової хвилі з великими руйнуваннями і вадами м'яких тканин обличчя, щелеп і лицевих кісток (Спостереження Г. М. Іващенко).

1. Близькість головного мозку і часті його uszkodження різного характеру і ступеня в поєднанні з uszkodженнями щелепно-лицевої ділянки.

2. Зосередження на голові практично всіх, крім тактильного, видів і органів чуття (зір, слух, нюх, смак) і часте їх поєднане uszkodження.

3. Безпосередня близькість до тканин і органів щелепно-лицевої ділянки великих судинних і нервових стовбурів, uszkodження яких може призвести до тяжких ускладнень, які виникають як безпосередньо (кровотеча), так і у віддалені періоди: параліч, контрактури, втрата чутливості та ін.

4. Початкові відділи дихальної (гортань, трахея) і травної (глотка, верхня третина стравоходу) систем, uszkodження яких так само викликають ускладнення різного ступеня.

Іншими особливостями слід вважати:

1. Багато судинних сіток, які призводять до великих кровотеч. Слід підкреслити, що за відсутності ушкодження магістральної судини (лицева, нижньощелепна артерії), незважаючи на велику зовнішню кровотечу, крововтрата не являє серйозної загрози для життя. У той же час порушення цілості артерій басейну сонної, ушкодження внутрішньої яремної вени при відсутності допомоги в перші хвилини може стати смертельним.

2. Особливість будови м'язів, які не мають двох, а інколи й однієї кісткової точки фіксації. Наявність міцного з'єднання волокон цих м'язів і дерми шкіри обличчя призводить до значного зяання рани й обумовлює, поряд із кровотечею, невідповідність між характером ушкодження і виглядом пораненого через "жахливий" вигляд рани. Ушкодження обличчя веде до спотворення, що поєднується з душевними переживаннями, особистим стражданням і муками (Е. І. Смирнов, 1943). Переживання з приводу потворності, як вказує Л. С. Лебединський (1947), нерідко мають катастрофічний характер.

3. Наявність зубів у порожнині рота має в собі як позитивні, так і негативні моменти. До перших слід віднести можливість використання зубів як опори для різних фіксуєчих та іммобілізуєчих переломи щелеп апаратів. До других - наявність патогенної мікрофлори в зубоясенних кишнях, каріозних порожнинах, навколоверхівкових тканинах; можливість перетворення ушкодженого зуба у вторинний інфікований травмувальний снаряд, що попадає в м'які тканини; перешкода загоєнню та інфікуванню щілини перелому при її локалізації в ділянці зуба.

4. Велика кількість клітинних елементів, що забезпечують високу резистентність тканин органів порожнини рота до інфекції за рахунок вираженого місцевого імунітету, з одного боку, і багатогранна умовно-патогенна і патогенна мікрофлора порожнини рота, часто з дуже низькою чутливістю до найбільш поширених антибіотиків, з іншого.

5. Наявність добре вираженої підшкірної клітковини, зокрема і грудки Біша, широка венозна сітка шкіри, наявність її анастомозів із судинами очних ямок і синусами мозку не виключає розповсюдження гнійного процесу на синуси, оболонки і тканини мозку при ускладненому перебігу поранення середньої зони обличчя.

6. При ушкодженні бокових відділів обличчя, особливо тканин навколо вушної залози, можливий, поряд із паралічем м'язової мускулатури, розвиток і формування стійких слинних нориць.

7. Наявність етико-соціальних функцій, які несе обличчя, визначає особливості обробки ушкоджених тканин, тактику лікування, вимоги до безпосередніх і віддалених результатів.

8. До позитивних особливостей тканин обличчя належить їх висока регенераторна здатність, стійкість до "місцевої" інфекції, загосння з утворенням рубців із невеликим вмістом грубоволокнистих елементів. Це обумовлено багатотою іннервацією і великим кровопостачанням, великою кількістю молодих формених елементів крові, високою напруженістю місцевого імунітету.

9. Необхідність організації спеціального харчування і догляду; при дії отруйних речовин — особлива конструкція протигаза.

10. Порушення можливостей спілкування з оточенням і орієнтування в просторі за рахунок ушкодження органів порожнини рота, слуху і зору.

Таким чином, для визначення обсягу і характеру ушкодження, складання плану лікування необхідно встановити й оцінити багато складових, з яких найсуттєвішими є:

1. Вид, характер та кількість ранихих снарядів. На полі бою у В'єтнамі виявлялися постраждалі, які мали до 100 вогнепальних поранень за рахунок застосування кулькових бомб, бомб зі стрілоподібними елементами, швидкісної зброї.

2. Локалізація, напрямок, характер ранових каналів, вид поранення: сліпе, наскрізне, проникаюче та ін.

3. Обсяг і вид ушкоджень окремих тканин і органів щелепно-лицевої ділянки.

4. Співвідношення рани з прилеглими органами і тканинами лицевої і мозкової частини голови.

5. Наявність чи відсутність комбінованих чи поєднаних ушкоджень.

6. Функціональний стан основних життєзабезпечувальних систем: система дихання, серцево-судинна система, ЦНС.

7. Психоемоційний стан постраждалого.

Знання особливостей сучасних вогнепальних поранень щелепно-лицевої ділянки, основних принципів надання допомоги на етапах лікування необхідні лікарям-стоматологам для виконання лікарського обов'язку.

Складність анатомічної будови тканин і органів порожнини рота, різноманітність можливих ушкоджень вимагають використання у практичній роботі певних класифікацій.

РОЗДІЛ IV

Класифікації травматичних ушкоджень щелепно-лицевої ділянки

Всі ушкодження тіла людини можуть бути визначені як:

1. Механічні, у тому числі вогнепальні та невогнепальні ушкодження.
2. Термічні: опіки, відмороження.
3. Хімічні опіки: кислотні та лужні.
4. Радіаційні ураження: забруднення рани радіоактивними речовинами чи дія проникаючої радіації.
5. Комбіновані поразення, які складаються з одночасної дії на пораненого, постраждалого двох чи більше травмуючих факторів (снарядів) з різними механізмами: механічна + РВ, хімічний опік + вогнепальна рана.
6. Поєднані ураження, тобто ушкодження декількох анатомічних ділянок тіла від дії одного травмуючого фактора (снарядів): перелом тазових кісток і перелом нижньої щелепи, закрита черепно-мозкова травма та перелом верхньої щелепи та ін.

За характером перебігу всі ушкодження досить умовно розподіляються на ушкодження легкого ступеня, середнього ступеня і тяжкого ступеня.

Нині існує безліч класифікацій, де за основу покладені: локалізація ушкодження, характеристика ушкодження, вид снаряда; ступінь ураження залежно від ушкоджувального агента та ін.

Наведена нижче класифікація є загальною та характеризує різні сторони вогнепальних поранень (табл. 6).

Використання цієї класифікації у практиці щелепно-лицевого хірурга неможливе, оскільки вона не відображає особливостей ушкоджень лицевої частини голови.

Найбільш уживаною донині є класифікація, запропонована Б. Д. Кабаковим (1956) (табл. 7).

Таблиця 6

По сполученно впливу різних видів зброї	Комбіновані	Рана + РР
		Рана + гострапроменева хвороба
		Рана + ОР
По характеру впливу снаряда	Поєднані	
	Множинні	
	Одиночні	
По супутнім ушкодженням	З ушкодженням органів	
	З ушкодженням нервів	
	З ушкодженням судин	
	З ушкодженням кісток	
По локалізації	Кінцівки, стегна, гомілка, плече, передпліччя	
	Груди, живіт, таз	
	Голова, шия	
Сто-совно порожнини тіла	Не проникаючі	
	Проникаючі	
По характеру раневого каналу	Дотичні	
	Сліпі	
	Наскрізні	
По виду рання-чого снаряду	Осколкові	Осколки, кульки, стрілки
	Кульові	Кулі, стріли

Таблиця 7

**Класифікація ушкоджень
щелепно-лицевої ділянки за Б. Д. Кабаковим**

I. Вогнепальні:

Тканини	Характер ушкодження	За видом раннячої зброї
1. М'які тканини	1. Наскрізне	1. Кульові
2. Ушкодження кісток	2. Сліпе	2. Осколкові
а) ушкодження нижньої щелепи;	3. Проникне	
б) ушкодження верхньої щелепи;	4. Непроникне	
в) ушкодження верхньої та нижньої щелеп	5. Дотичне	
г) ушкодження величних кісток і кісток носа д) численні ушкодження кісток обличчя	А - ізольовані Б — поєднані В - поодинокі Г- численні	

II. Невогнепальні

III. Комбіновані

IV. Опіки

V. Відмороження

У 1984 р. за пропозицією колективу авторів кафедри стоматології та щелепно-лицевої хірургії Військово-медичної академії ім. С. М. Кірова (Санкт-Петербург) Проблемною комісією МЗ СРСР "Питання хірургічної стоматології та знеболювання" було затверджено більш розширену та уточнену класифікацію:

I. Механічні ушкодження верхньої, середньої, нижньої третини та бічних відділів обличчя.

II. За локалізацією:

А - травми м'яких тканин з ушкодженням:

- а) язика;
- б) слинних залоз;

- в) нервових стовбурів;
- г) кісток носа;
- д) двох і більше кісток лицевого скелета.

III. За характером ушкодження: наскрізні, сліпі, дотичні, що проникають у порожнини обличчя: порожнину рота, носа, додаткові пазухи.

IV. За механізмом:

А — вогнепальні: кульові, осколкові, кулькові, стрілоподібні елементи.

Б - невогнепальні ушкодження.

В - комбіновані ушкодження.

Г - опіки.

Д - відмороження.

Як видно з наведених класифікацій, вони здебільшого стосуються умов бойових дій і їх створення ґрунтується на матеріалах Великої Вітчизняної війни з урахуванням подальших локальних військових конфліктів.

За даними матеріалів, наведених у VI томі "Досвід медицини у ВВВ", видно, що частіше виявлялися ізольовані ушкодження м'яких тканини (40,2 %), нижньої щелепи (28,2 %). Вогнепальні ушкодження двох щелеп склали 6,8 %.

Кількість сліпих поранень досягла 46,2 %. Опіки ж виявлені в 0,4 %. Під час аналізу ушкоджень кісток обличчя виявлено, що нижня щелепа була ушкоджена у 54,4 %, верхня - у 26,9 %.

Ураховуючи можливості сучасної вогнепальної зброї, характер бойових дій, широке використання бойових машин піхоти, бронетранспортерів, коли найбільш відкритою та уражуваною частиною залишається голова, слід очікувати більшої кількості поєднаних ушкоджень, наскрізних, проникаючих поранень з ушкодженням декількох кісток обличчя, збільшується й кількість поранених з опіками.

Унаслідок стихійних лих і катастроф будуть спостерігатися невогнепальні ушкодження м'яких тканин обличчя та кісток лицевого скелета, характеристика яких наведена в класифікаціях ушкоджень мирного часу.

I. *Ізольовані ушкодження м'яких тканин:*

- а) за локалізацією: ділянка повіки, підочноямкова, навколоушна та ін.;
- б) за характером ушкодження: різана, колота, рвана, рвано-забійна, роздроблена, клаптева, скальпована, вкушена та ін.

в) розташуванням щодо порожнини обличчя: що проникає у порожнину рота, у порожнину носа.

II. Переломи, вивихи зубів, переломи альвеолярних відростків.

III. Переломи нижньої щелепи:

- а) за локалізацією: тіло, гілка, кут тощо;
- б) за характером перелому: одно-, двосторонній, подвійний, численний, лінійний, крупно-, дрібноуламковий тощо.

IV Перелом верхньої щелепи:

- а) за локалізацією:
 - перелом типу Ле Фор I,
 - перелом типу Ле Фор II,
 - перелом типу Ле Фор III.
- б) за характером перелому:
 - ушкоджена одна верхньощелепна кістка, ушкоджені обидві верхньощелепні кістки.

Слід указати, що в останні роки у вітчизняній та зарубіжній літературі під переломом типу Ле Фор I розуміють так зване черепно-лицеве роз'єднання з ушкодженням основи черепа, тобто та локалізація ушкодження, яка за старими джерелами та підручниками розглядалась як перелом III типу.

На наш погляд, у цьому разі об'єктивнішою є класифікація за анатомічними ознаками:

- субназальний перелом - відповідає Ле Фор III (I) - Герена,
- суборбітальний перелом - відповідає Ле Фор II,
- суббазальний перелом - відповідає Ле Фор I (III) і часто супроводжується переломом основи черепа.

V Переломи виличної кістки (тіла, дуги) кісток носа.

VI. Ушкодження двох і більше кісток обличчя.

VII. Термічні ураження — опіки, відмороження.

VIII. Хімічні ураження.

IX. Комбіновані ураження.

Як показує досвід, жодна класифікація не може охопити всього різноманіття травматичних ушкоджень і завжди певною мірою умовна, але необхідна як у практичній діяльності для керівництва в роботі (діагностика, складання плану лікування), так і в науковій діяльності для аналізу й узагальнення досвіду лікування та розроблення методів лікування і діагностики. Імовірні варіанти ушкоджень подані на рис. 21-30.

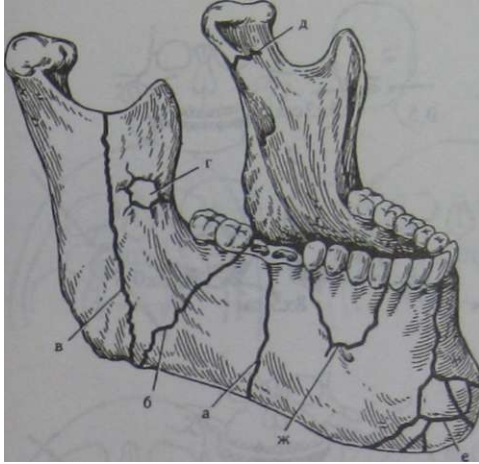


Рис. 21. Імовірні лінії переломів нижньої щелепи:

а - поперечний перелом; б - косий;
в - поздовжній; г - дірчастий; д - зигзагоподібний; е - уламковий; ж - аркоподібний.

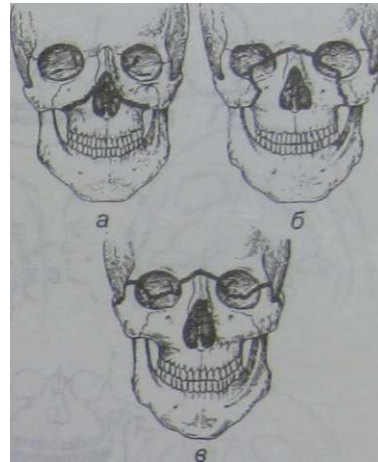


Рис. 22. Переломи верхнього відділу лицевого скелета:

а - Ле Фор I (III) - субназальний;
б - Ле Фор II - суборбітальний;
в - Ле Фор I (III) - суббазальний.



Рис. 23. Переломи виличної кістки за Низовою.

1 - перелом виличної кістки; 2 - перелом виличної дуги; 3 - одночасний перелом виличної кістки і дуги; 4 - перелом виличної кістки з дрібноуламковим ушкодженням стінок верхньощелепної пазухи; 5 - перелом виличної кістки з крупноосколковим ушкодженням стінок верхньощелепної пазухи.

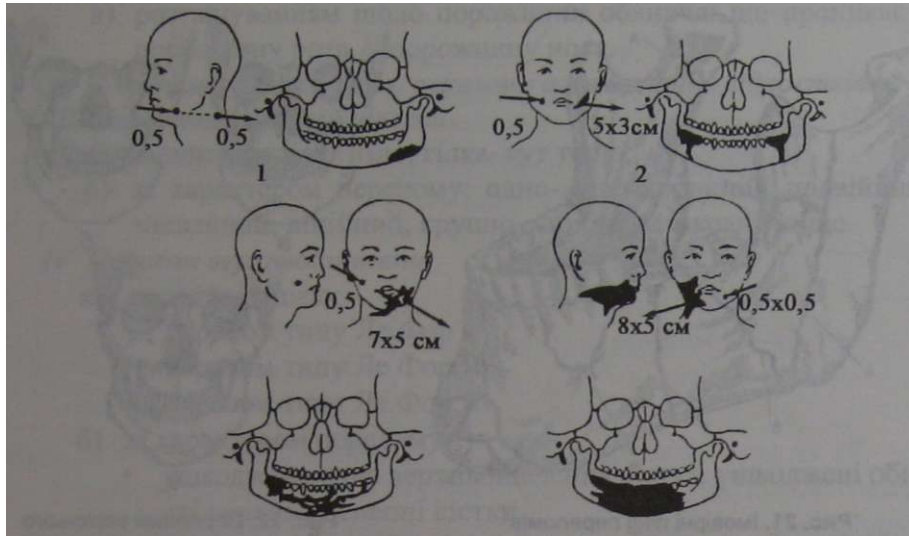


Рис. 24. Варіанти вогнепальних поранень з ушкодженням м'яких тканин обличчя і нижньої щелепи (спостереження Г. М. Іващенко):

- 1 - наскрізне кульове поранення обличчя і шиї зліва із крайовим переломом нижньої щелепи. Кінетична енергія кулі 180 кґм; 2- наскрізне кульове поранення обличчя з двостороннім переломом нижньої щелепи. Кінетична енергія кулі 180 кґм; 3- наскрізне кульове поранення обличчя з розтрощенням нижньої щелепи. Кінетична енергія кулі 180 кґм.

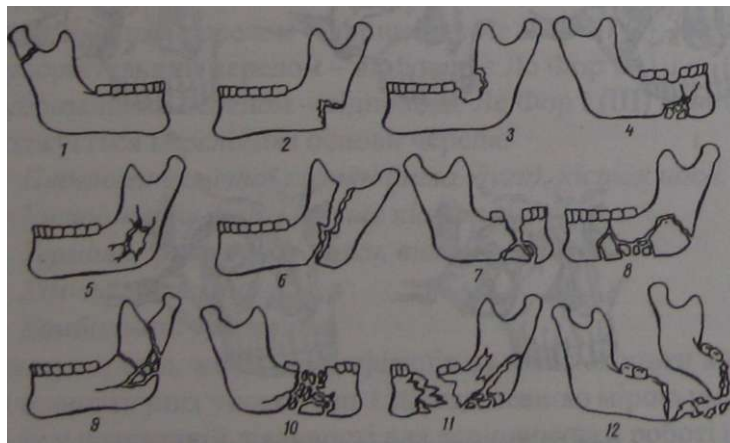


Рис. 25. Можливі варіанти вогнепальних переломів нижньої щелепи:

- 1 - лінійний перелом біля основи суглобового відростка; 2, 3, 4- крайові переломи; 5 - дірчастий перелом; 6 - поздовжній перелом гілки; 7, 8, 9 - крупноламкові переломи; 10, 11 - переломи з дефектами кістки; 12 - відстрелення підборіддя.

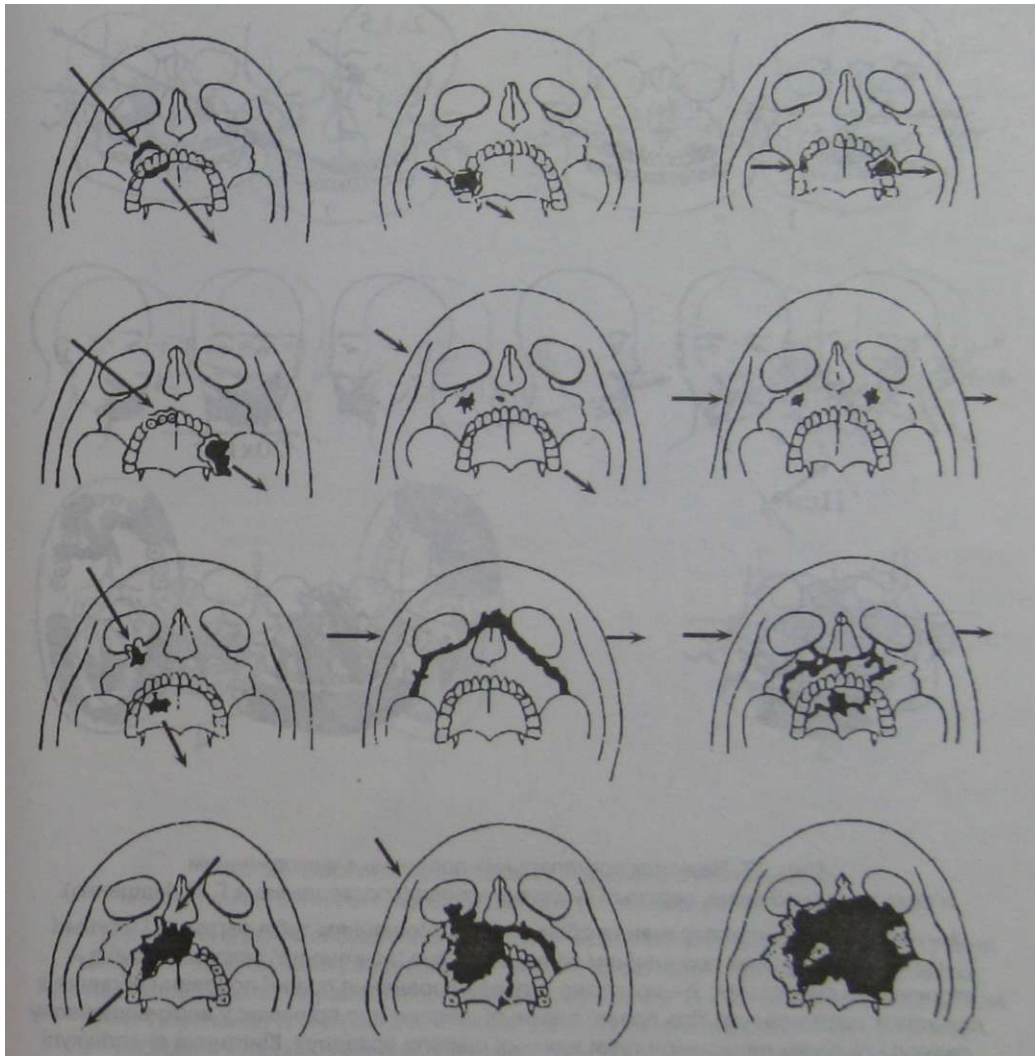


Рис. 26. Можливі варіанти вогнепальних поранень верхньої щелепи і напрямки ранових каналів (за Я. М. Збаржем).

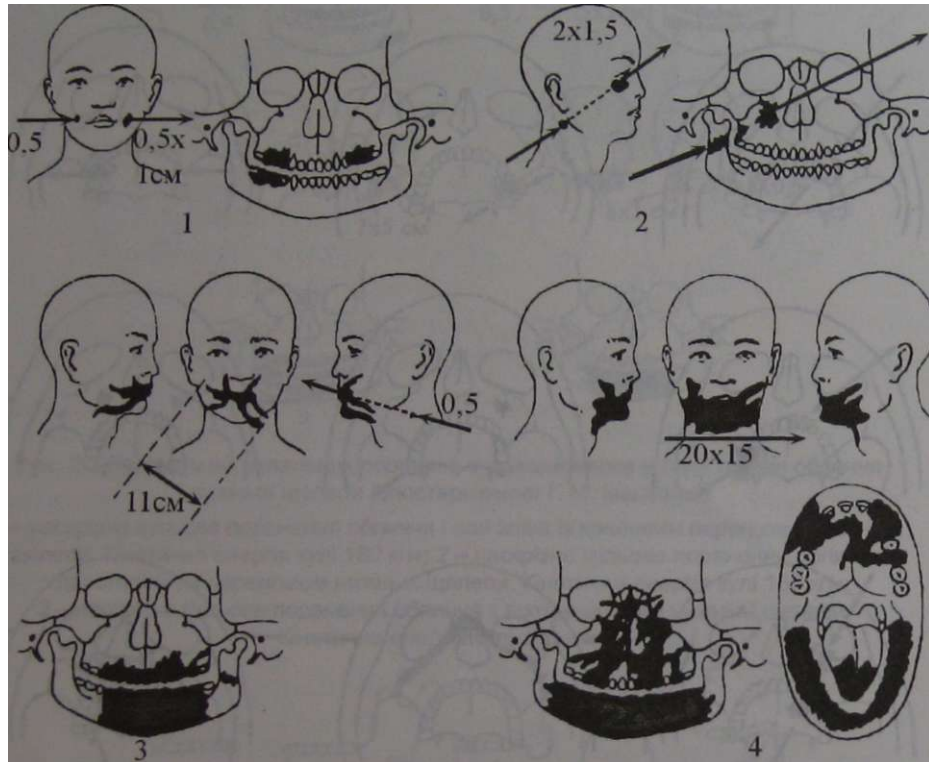


Рис. 27. Варіанти вогнепальних поранень з uszkodженням м'яких тканин обличчя, верхньої і нижньої щелеп (спостереження Г. М. Іващенко).
 1 - наскрізне кульове поранення обличчя з розтрощенням зубів верхньої і нижньої щелеп з наскрізним пораненням язика. Язик був "начинений" осколками зубів - вторинними снарядами; 2 - наскрізне кульове поранення правої половини обличчя з дірчастим uszkodженням тіла правої верхньої щелепи (що проникає у верхньощелепну пазуху) і лінійним переломом гілки нижньої щелепи праворуч. Кінетична енергія кулі 80 кгм; 3 - наскрізне кульове поранення шиї ліворуч і губ із "вибуховим" ефектом з великими радіальними розривами губ, щік і підборіддя, з uszkodженням верхньої щелепи, вадюю тіла і лінійним переломом лівої гілки нижньої щелепи. Кінетична енергія кулі 320 кгм; 4 - дотичне осколкове поранення з "вибуховим" ефектом, із травматичною ампутацією тіла нижньої щелепи і розтрощенням обох верхніх щелеп, лемеша, носових кісток, ґратчастої кістки, із тріщиною основи черепа, руйнуванням твердого піднебіння й ампутацією передньої третини язика. Помер через 6 год. після травми.

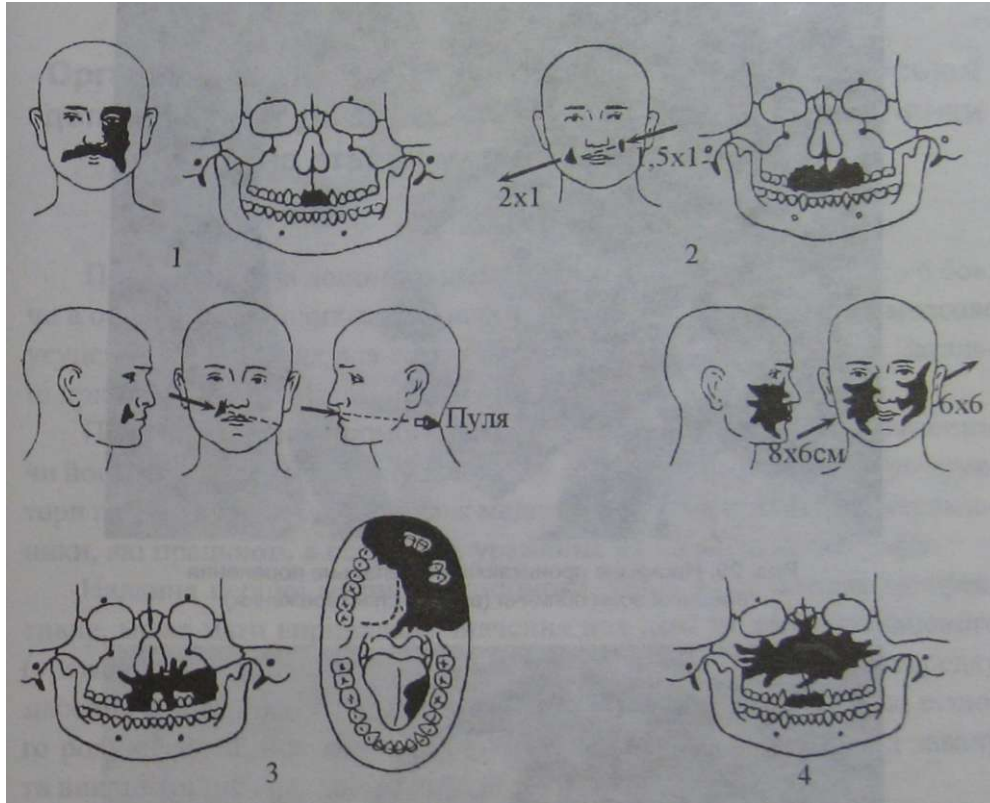


Рис. 28. Варіанти вогнепальних поранень з ушкодженням м'яких тканин обличчя і верхньої щелепи (спостереження П. М. Іващенко).

- 1 - поранення ударом вибухової хвилі вибуху наземної міни. Опік обличчя II ступеня і вибиті 11-12 зуби. Контузія лівого ока. Забите місце лівої половини грудної клітки;
- 2 - наскрізне кульове поранення обличчя з руйнуванням 11-12-13-14 та 21-22-23-24 зубів. Поранений із пістолета постріпом упритуп. Кінетична енергія кулі 44,4 кдж;
- 3 - наскрізне кульове поранення верхньої губи справа і шиї зліва (куля застрягла в шкірі шиї). Вепике руйнування верхньої щелепи, піднебінної кістки з розривом м'якого і твердого піднебіння, язика. Кінетична енергія кулі 180 кдж;
- 4 - наскрізне кульове поранення обличчя з великими розривами м'яких тканин і руйнуванням обох верхніх щелеп з "вибуховим" ефектом. Кінетична енергія кулі 290 кдж.



Рис. 29. Наскрізне проникаюче вогнепальне поранення середньої зони обличчя (власне спостереження)



Рис. 30. Скальпована рана м'яких тканин обличчя (власне спостереження)

РОЗДІЛ V

Організація та обсяг першої медичної та долікарської допомоги при ушкодженнях щелепно-лицевої ділянки на етапах медичної евакуації

Перша медична допомога являє собою систему заходів на полі бою чи в осередках масових санітарних втрат, яка спрямована на тимчасове усунення загрозливих для життя наслідків поранень і уражень. Загальні принципи її організації наведені у розділі II.

Перша медична допомога надається самим пораненим, ураженим чи його товаришем. Основну допомогу надають санітари та санінструктори під час бойових дій, а також медичні формування МНС і рятувальники, які працюють в осередках ураження чи на місці катастрофи.

Надання першої медичної допомоги, якщо воно швидке та ефективне, може мати вирішальне значення для долі та життя пораненого (ураженого). У більшості випадків смерті на полі бою чи в осередку масових санітарних утрат причиною є гостра крововтрата, шок, різного роду асфіксії, неможливість вибратись чи звільнитися з-під завалу та викликані цим психоемоційні порушення.

Якщо при пораненні тулуба, кінцівок поранений (уражений) може надати собі допомогу сам, тобто накласти джгут для зупинки кровотечі, накласти пов'язку на рану та ін., то поранений в обличчя чи щелепу зробити цього не зможе.

Значна кровотеча навіть із невеликої рани, втрата орієнтування через порушення зору, страх перед ураженням через невідомий його характер та обсяг практично виключають можливість самопомоги. Можна лише сподіватися на те, що при збереженні самовладання (свідомості) та орієнтування в просторі поранений чи уражений, який має рану лицевого відділу голови, може ввести собі зі шприц-тюбика анальгетик і вжити антибіотик. Тоді допомога надається тими, хто знаходиться поряд, чи санітарами.

Основні завдання першої медичної допомоги проводяться з метою:

I. Запобігання безпосередній загрозі смерті за рахунок підтримання і збереження життєзабезпечуючих систем: серцево-судинної та дихальної.

Вирішальним для досягнення цієї мети є звільнення пораненого, ураженого з-під завалів, стиснень, гасіння одягу. Потім необхідно провести тимчасову зупинку кровотечі накладанням давлячої пов'язки чи притисканням магістральної судини. Останнє завжди короткочасне і можливе тільки в разі знання розташування артеріальних стовбурів.

При кровотечі з ран обличчя можливе притискання загальної сонної артерії до пироговського горбика на VI шийному хребці чи притискання загальної сонної артерії до хребта пальцями, які вводяться з внутрішнього боку груднинно-ключично-соскоподібного м'яза в напрямку до бічної поверхні хребта на межі нижньої та середньої третини м'яза. При пораненнях тканин щоки, виличної, підочної ділянки можливе накладання давлячої пов'язки чи притискання поверхнево розташованих гілок зовнішньої сонної артерії: скроневої на рівні верхньої межі козелка, відступаючи від нього на 1-1,5 см до переду по верхньому краю виличної дуги.

Нижньощелепна артерія притискається до краю (передньої поверхні тіла) нижньої щелепи відразу біля переднього краю власне жувального м'яза. Край м'яза легко визначається при стисканні щелеп (рис. 31).

При наявності відкритих ран, окрім зупинки кровотечі, накладається асептична пов'язка за допомогою пакета перев'язного індивідуального (ППІ), який має кожен військовослужбовець.

З метою протишокової терапії використовуються анальгетики з аптечки індивідуальної (АІ) і антибіотик широкого спектру дії для профілактики ускладнень запального характеру.



При утрудненні дихання, ознаках його зупинки передусім необхідно звільнити ро-

Рис. 31. Тимчасова зупинка кровотечі за допомогою пальцевого притискання загальної сонної артерії до шийних хребців і гілок зовнішньої сонної артерії в ділянці козелка та краю тіла нижньої щелепи.

тову порожнину від можливого вмісту (блювотні маси, кров тощо). Якщо поранений непритомний, необхідно пальцями, обгорнутими марлею, вивести язик назовні, звільнити вхід у глотку, покласти постраждалого на живіт, підклавши під груди і лоб валики для запобігання асфіксії. При відсутності ефекту від зміни положення пораненого чи при збереженні загрози дислокаційної асфіксії необхідно язик вивести за зубний ряд, проколоти його безпечною шпилькою за зубним рядом і зафіксувати язик, приколовши шпильку до шкіри підборіддя в підборідній ділянці. У жодному разі не можна фіксувати шпильку до одягу (коміра) постраждалого, який знаходиться в непритомному стані. При можливості язик прошивається в поперечному напрямку (рис. 32).

При кровотечі з тканин щоки в порожнину рота необхідно накласти тиснучу пов'язку ззовні, ввести тампон у присінок порожнини рота та обов'язково вивести назовні фіксуючу нитку, закріпивши її навколо шиї чи за пов'язку.

При опіках обличчя і шиї перша допомога полягатиме насамперед у звільненні пораненого від палаючого одягу чи гасіння його з використанням щільної сирі (вогкої) землі та ін. Воду використовувати небажано, оскільки з деякими запалювальними речовинами вона може збільшити площу горіння. Необхідно обов'язково ввести знеболювальні засоби та антибіотики з АІ і накласти асептичну пов'язку на обпечену поверхню, не порушуючи цілість пухирів і не намагаючись забирати прилиплі ділянки матеріалу, одягу з обпеченої поверхні. Ураховуючи, що швидкий розвиток набряку приведе до порушення зору, таких поранених необхідно доставляти до місця збору у супроводі санітара.

Забезпечення знеболювання може досягатися за рахунок використання шприц-тюбика з анальгіном чи наркотиком або аерозольних балончиків з анестезуючою протизапальною дією ("Лідокаїн", "Цимезоль", "Гіпозоль"). Їх застосування дозволяє не тільки досягти знеболювального ефекту, але



Рис. 32. Закріплення язика за допомогою шовкової лігатури

й захистити опікову поверхню від ушкоджувальної дії факторів зовнішнього середовища (забруднення, температури, опадів та ін.), запобігти інфікуванню ранової поверхні за рахунок захисної плівки.

Разом з анестетиком необхідно з профілактичною метою ввести антигістамінний препарат (1—2 мл р-ну супрастину, піпольфену, діазоліну чи інших аналогічних засобів), антибіотики широкого спектру дії; це особливо важливо, якщо опікова поверхня закривається марлевою пов'язкою. За призначенням вводяться серцеві препарати, дихальні аналептики. Обов'язково необхідно втамувати спрагу, поповнити втрату рідини, особливо якщо опікова поверхня не обмежена лицем і шисю (морс, 10 % р-н глюкози, кислотнo-лужні розчини та ін.).

До етапу спеціалізованої допомоги постраждали з опіками обличчя потребують тільки контролю та заміни (за призначенням) пов'язок, введення знеболювальних засобів, антибактеріальної та симптоматичної терапії.

Під час надання першої медичної допомоги у вогнищі техногенної катастрофи (хімічне підприємство, виробниче підприємство, використання РР) необхідно якомога скоріше вивести (винести) постраждалих із вогнища ураження. При цьому надається тільки необхідна допомога: тимчасова зупинка кровотечі, забезпечення прохідності дихальних шляхів. Дезактивація одягу, обробка ран проводяться поза зоною ураження. При хімічних ураженнях тактика така сама.

Організація допомоги у вогнищі радіоактивного зараження передусім відрізняється тим, що рятувальники повинні працювати у спеціальних захисних костюмах під постійним дозиметричним контролем. Ці вимоги стосуються всіх етапів надання допомоги.

Основні завдання раних періодів такі: забезпечення і підтримання життєзабезпечувальних функцій серцево-судинної і дихальної систем, тимчасова зупинка зовнішньої кровотечі, введення знеболювальних засобів (боротьба з шоком), антибіотиків, радіопротекторів, антигістамінних препаратів, захист ранових поверхонь асептичними пов'язками, використання підручних чи стандартних засобів для іммобілізації відламків щелеп, евакуація постраждалих за межі ураженого району. Не менше значення має втамування спраги, годування і зігрівання постраждалих. По можливості, за межами цієї зони проводиться дозиметричний контроль і первинна спеціальна обробка одягу, за необхідності - його заміна, та обробка шкірних покривів. Під час на-

дання долікарської і першої лікарської допомоги контролюється якість накладених пов'язок, повторно вводяться знеболювальні та радіопротекторні засоби. На основі дозиметричного контролю знову необхідна по можливості спеціальна обробка, промивання шлунка. За наявності забруднених РР ран проводиться заміна пов'язок, бажано з використанням адсорбентів.

Уже під час надання першої медичної допомоги повинні виконуватися вимоги сортування. Насамперед підлягають евакуації поранені й уражені з тяжкими ушкодженнями щелепно-лицевої ділянки, поранені із загрозою кровотечі з магістральної судини, з вираженим порушенням дихання, із поєднаною черепно-щелепною травмою. Поранені зі збереженою свідомістю й здатністю орієнтуватись на місцевості можуть самостійно у супроводі санітара прямувати на наступний етап. Після накладання асептичних та фіксуючих пов'язок обов'язковим є втамування спраги пораненого.

Як уже зазначалось, наслідки подальшого лікування прямо залежать від строків і якості першої медичної допомоги. У роки ВВВ перша медична допомога до 3-х годин після поранення була надана понад 90 % військовослужбовцям, причому в перші 30 хвилин перша медична допомога надана в 65,4 % випадків.

У сучасних локальних військових конфліктах, при можливостях санітарного транспорту, наявності шпиталів, які знаходяться близько, існують реальні підстави для евакуації поранених чи уражених безпосередньо з поля бою (катастрофи) у спеціалізовані заклади.

Проте не слід виключати і ситуацію, в якій поранені будуть послідовно евакуйовані на медичний пункт для надання долікарської (фельдшерської) допомоги.

Цей вид допомоги також має на меті забезпечення дій, спрямованих на збереження життя пораненого (ураженого) і запобігання розвитку ускладнень. Він доповнює першу медичну допомогу.

Долікарська допомога надається фельдшером медичного пункту батальйону (МПБ), (ФАП). Табельне забезпечення фельдшера дозволяє надавати більший обсяг допомоги. Так, окрім стандартного польового фельдшерського комплексу (ПФ) перев'язувальних матеріалів і шин для іммобілізації кінцівок, фельдшер має дихальну приставку, кисневий інгалятор, а також набір підборідних шин із головними пов'язками.

До обсягу долікарської допомоги належать:

1. Заходи, спрямовані на підтримання функціонування життєзабезпечувальних систем (дихання, кровообігу).

Як доповнення до раніше проведених заходів контролюється прохідність верхніх дихальних шляхів, за необхідності вводиться повітровід чи проводиться інгаляція киснем, використовується дихальний апарат. При ослабленні серцево-судинної діяльності вводяться серцеві препарати, препарати, які стимулюють дихання.

2. Проводиться контроль і виправлення раніше накладених пов'язок, заходи для зупинки виниклої кровотечі, заміна пов'язок, рясно просочених кров'ю, чи підбинтовування раніше накладених. Пов'язки міняють у крайньому разі, коли пов'язка не відповідає своєму призначенню або продовжується кровотеча.

Долікарська допомога при опіках обличчя полягає в контролі пов'язок, додатковому введенні анальгетиків і антигістамінних препаратів. У разі незадовільності пов'язок чи за їх відсутності опікова поверхня може бути закрита пов'язкою з емульсією, яка містить антибіотики й анестетики. При наявності аерозольних засобів опікова поверхня захищається розпиленням аерозолію.

Ураховуючи, що опіки обличчя часто ускладнюються розвитком шоку, вводяться дихальні аналептики, серцеві глікозиди, спазмолітики терапевтичними дозами.

3. При загрозі чи при виниклій асфіксії, яка зберігається, фіксують язик за вищеописаною методикою чи контролюють якість фіксації, проведеної на попередньому етапі.
4. При переломах щелеп на МПБ для транспортної іммобілізації можуть бути використані стандартні шини-праці з головними шпильками чи виготовлені з підручних засобів (рис. 33-35).
5. Якщо при наданні першої медичної допомоги не були введені анальгетики й антибіотики, то під час надання долікарської допомоги вводяться зазначені препарати, а при необхідності вони вводяться повторно.
6. Надаючи допомогу в хімічних вогнищах чи вогнищах із РР-забрудненням, вводять необхідні антидоти, проводиться повторна, додаткова чи первинна дегазація й дезактивація одягу, взуття поранених (уражених), обробка відкритих ділянок тіла.



Рис. 33. Проста підборідно-тім'яна пов'язка.

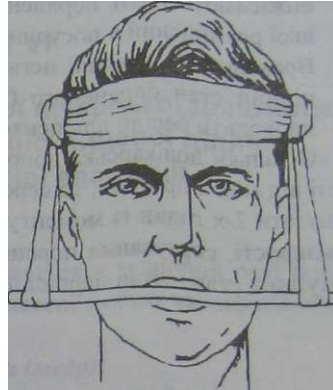


Рис. 34. Примітивна іммобілізація уламків верхньої щелепи.

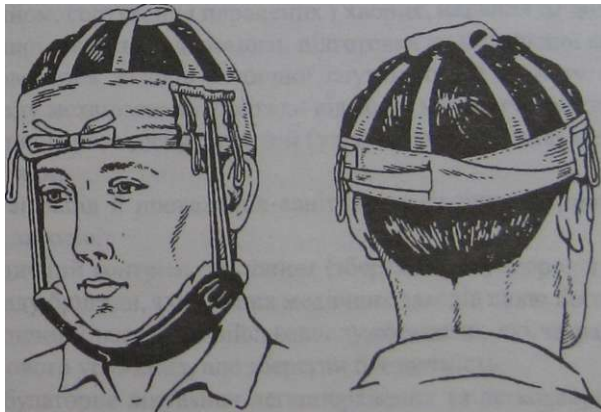


Рис. 35. Транспортна іммобілізація при переломах щелеп

1. У холодну пору року необхідно забезпечити зігрівання поранених (уражених).
У долікарській допомозі важливим завданням є втамування спраги поранених. Якщо неможливо втамувати спрагу звичайним шляхом, необхідно використовувати ватні кульки, змочені водою, які

вижимають у рот пораненому, чи марлеву серветку, один кінець якої розміщений в посудині з водою, а другий - у роті пораненого.

9. Враховуючи можливі негативні впливи поранення на психоемоційний стан пораненого (ураженого), по можливості необхідно проводити бесіди для психологічної підтримки пораненого.

Оскільки долікарська допомога надається в безпосередній близькості від місця пригоди, то середні строки її надання не повинні перевищувати 2-х годин із моменту поранення. Тут також проводиться, за можливості, сортування поранених і підготування їх до евакуації на наступний етап - етап першої лікарської допомоги.

РОЗДІЛ VI

Організація та обсяг першої лікарської допомоги при ушкодженнях щелепно-лицевої ділянки на етапах медичної евакуації

Перша лікарська допомога надається у медичній роті бригади (медр), але її елементи можуть бути внесені в обсяг кваліфікованої медичної допомоги.

Завдання медичної роти бригади (медр):

1. Участь у розшуку поранених і хворих, надання їм першої медичної допомоги, збір і вивезення (винесення) з поля бою (з підрозділів).
2. Евакуація поранених і хворих із підрозділів та МПБ на медр.
3. Прийом, сортування поранених і хворих, надання їм долікарської і першої лікарської допомоги, підготовка до подальшої евакуації.
4. Проведення заходів медичної служби щодо захисту особистого складу механізованої бригади від зброї масового ураження.
5. Медична розвідка у смузі дій (у районі розміщення) механізованої бригади.
6. Організація й проведення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів.
7. Медичний контроль за станом (збереженням) здоров'я особистого складу бригади, здійснення медичних заходів щодо його зміцнення.
8. Медичний нагляд за військовослужбовцями, які зазнали дії зброї масового ураження, але зберегли босздатність.
9. Амбулаторне лікування легкопоранених та легкохворих протягом 5 діб.
10. Забезпечення підрозділів медичним майном (медичне постачання). Підсилення МПБ силами й засобами медичної служби.
11. Військово-медична підготовка особистого складу бригади й спеціальна підготовка медичної служби.
12. Облік і звіт, узагальнення досвіду медичного забезпечення частини з метою його поліпшення.

Як видно зі схеми, наведеної в II розділі, організація праці медр починається із сортувального поста (СП), куди прибуває транспорт з пораненими (ураженими). Під час вивантаження поранених їх відразу оглядає сортувальна бригада у складі лікаря й 2-х фельдшерів (медсестер), причому найбільш досвідчених. Оскільки за штатним розкладом у медр передбачена посада лікаря-стоматолога, то він може працювати й на СП, а після завершення сортування - в перев'язочній. Якщо ж надходить велика кількість поранених, які потребують термінової хірургічної обробки, на СП повинен працювати досвідчений фельдшер.

Перш за все, на СП поранені (уражені) повинні розподілятися на дві групи:

1. Ті, які потребують спеціальної обробки; тобто доставлені з вогнища, де була небезпека впливу РР чи ОР; у сучасних умовах ці обставини можуть виникнути головним чином при техногенних катастрофах. Ця група направляється на відділення спеціальної обробки (ВСО).

На ВСО носилкових і ходячих обробляють окремо. Обмундирування знімають, чистять щітками, витрушують і т. п. Відкриті ділянки тіла багаторазово промивають водою, фурациліном, блідо-рожевим розчином КМпО. Носилковим усі ці процедури проводить санітар, ходячі виконують їх самі у разі, якщо при пораненні обличчя збережене орієнтування і здатність до самообслуговування. Після необхідної обробки поранені (уражені) направляються для подальшої допомоги в операційно-перев'язочне або сортувально-евакуаційне відділення. У разі відсутності необхідності в наданні допомоги на медр поранений повинен бути підготовлений до евакуації на наступний етап: у шпиталь легкопоранених (ВППРЛ) чи до ВППШ для надання кваліфікованої допомоги. У сучасних умовах він може бути направлений відразу в ПШБ чи ТШБ.

2. Ті, які не потребують спеціальної обробки. Ця група поранених сортується за декількома напрямками:

а) ті, які потребують невідкладної допомоги в станах, загрозливих для життя - шок, загроза кровотечі з магістральних судин, загроза асфіксії;

б) поранені, які потребують незначної за обсягом обробки ран м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки, виправлення пов'язок, корекції, усунення недоліків транспортної іммобілізації, введення анальгетиків, антибіотиків, правцевого анатоксину, протиправцевої сироватки;

в) поранені (уражені), які не потребують надання першої лікарської допомоги (переломи виличних кісток, кісток носа без кровотечі) і можуть бути евакуйовані на наступний етап;

г) поранені (уражені), які після уточнення діагнозу (забій, гематома, травма окремих зубів без їх перелому і без перелому альвеолярного відростка) можуть бути повернені до частини;

д) до цієї групи виокремлюють поранених (уражених), які мають травми, несумісні з життям (агонійних), частіше при тяжких поєднаних черепно-щелепних травмах з ушкодженням магістральних судин з масивною крововтратою, які потребують лише симптоматичної терапії.

У медр заводиться первинна медична документація, яка супроводжує пораненого (ураженого) до закінчення лікування на цьому і на всіх інших етапах медичної допомоги.

Основним таким документом, який оформляється в медр, є первинна медична картка (ПМК), яка містить усі необхідні відомості про пораненого (ураженого) (див. розділ II).

Первинний діагноз, встановлений у медр, може бути попереднім, оскільки певна кількість поранених, які мають якісну пов'язку, достатню транспортну іммобілізацію, підлягають подальшій евакуації без заміни останніх. Далі у ПМК містяться відомості про час і характер поранення, про час, обсяг наданої допомоги і про спосіб евакуації.

Заповнений корінець ПМК залишається на відповідному етапі евакуації. Усі графи заповнюються чітко, послідовно, повністю й розбірливо. На лицевому боці ставиться примітка: ЩЛ - "щелепно-лицевий". Усі поранені (уражені), які побували в медр, реєструються в "Журналі обліку поранених".

Окрім ПМК, у внутрішньопунктовому сортуванні використовуються спеціальні сортувальні марки, які прикріплюються до одягу пораненого і служать для орієнтування медичного персоналу (рис. 36).

Поранені (уражені), доставлені із зони радіаційного зараження, проходять радіометричний контроль з метою визначення дози. Одяг підлягає дезактивації; при необхідності, після санобробки шкіри проводиться промивання шлунка. Поранені з незадовільними пов'язками, ранами, забрудненими радіоактивними речовинами, після необхідної обробки направляються до перев'язочної, де рани рясно промиваються фізіологічним розчином з використанням ватно-марлевих тампонів,

проводиться остаточна зупинка зовнішньої кровотечі, накладається пов'язка і поранений готується до евакуації. Поранені, які перебувають у стані шоку, направляються до перев'язочної, де їм проводиться необ-

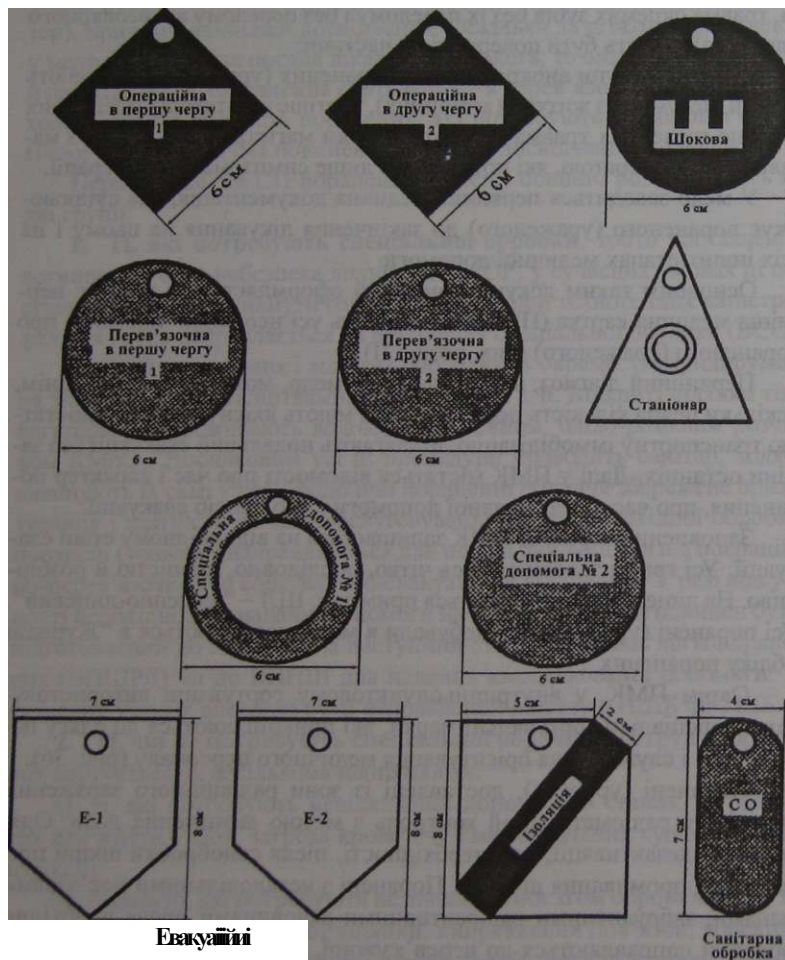


Рис. 36. Сортувальні марки

хідна терапія (введення знеболювальних, гіпосенсибілізуючих, серцевих препаратів, інфузії плазми й кровозамінних препаратів). Обов'язково додатково вводяться антибіотики широкого спектру дії, протиправцева і протигангренозна сироватки за призначенням.

Після наданої необхідної допомоги поранені (уражені) зосереджуються в евакуаційній.

Незважаючи на заборону використання хімічної зброї, ураження отруйними речовинами може виникнути в умовах мирного і воєнного часу внаслідок техногенних катастроф чи зруйнування яких-небудь хімічних промислових об'єктів, складів. Тому на СП у цьому разі передбачається виділення уражених дією ОР.

У медр допомога при цьому виді ураження буде надаватись за життєвими показаннями. Перш за все, необхідно використати відповідні антидоти за умови, якщо відома ОР; проводити необхідну санітарну обробку й дегазацію обмундирування, відкритих ділянок тіла. Рани щелепно-лицевої ділянки, на які не накладено пов'язки чи з незадовільними пов'язками, просякними кров'ю, рясно обробляються залежно від характеру ОР розчинами:

1. При ураженні ФОР (фосфорорганічними речовинами) використовується розчин, який готується *ex Tempore* і складається з однакової кількості 5 % перекису водню та 8 % розчину бікарбонату натрію.
2. Рани, забруднені іпритом, обробляються 5 % розчином хлораміну, а прилегла шкіра промивається 10 % розчином хлораміну.
3. Рани, забруднені люїзитом, обробляються 5 % розчином йоду чи 5 % розчином Люголя.
4. Рани, до яких потрапили кислотні продукти, промиваються слабким розчином лугу (соди).
5. Рани, забруднені сильними лугами, промиваються слабким розчином соляної кислоти.

За необхідності повторно вводяться анальгетики, антибіотики, серцеві препарати.

Поранені, які пройшли спеціальну обробку й отримали необхідну медичну допомогу, направляються для подальшої евакуації відповідно до обсягу отриманої травми і ступеня тяжкості дії ОР. Насамперед повинні евакуюватися поранені (уражені), які потребують кваліфікованої хірургічної допомоги.

Ураховуючи, що остаточний результат лікування механічного, вогнепального, термічного ушкодження тканин щелепно-лицевої ділянки при поєднаній і комбінованій травмі безпосередньо залежить від терміну між отриманням рани та її обробкою, одним із головних завдань медр є швидке сортування й евакуація за призначенням цих груп поранених і постраждалих.

У середньому допомога на медр надається протягом 4–5 годин після поранення і 2–4 годин після виникнення перших ознак ураження ОР.

Як зазначалося, під час сортування поранених і уражених виокремлюють групи, які не потребують спеціальної обробки, яким надається допомога по черзі, визначеній у СЕВ (сортувально-евакуаційному відділенні).

Розглянемо основні завдання медичної допомоги на медр залежно від характеру й обсягу ураження.

На етапі першої лікарської допомоги основним завданням є ліквідація безпосередньої загрози для життя за рахунок збереження і підтримання функціонування жиггезабезпечувальних систем дихання і кровообігу, профілактика розвитку можливих ускладнень, в основному загального характеру і, після проведення зазначених дій, підготовка до подальшої евакуації.

До основних заходів першої черги надання невідкладної допомоги належить зупинка кровотечі, яка на медр може бути остаточною, якщо судина, яка кровоточить, легко визначається в рані і може бути перев'язана. Як правило, це можливо за наявності клаптевих чи рваних ран м'яких тканин обличчя. В інших випадках проводиться тимчасова зупинка кровотечі за рахунок тугої тампонади рани чи накладання кровоспинного затискача з обов'язковою приміткою в ПМК пораненого. Крім цього, може бути використаний затискач Аржанцева (рис. 37).

Крім кровотечі, безпосередню загрозу для життя постраждалого можуть становити порушення функції дихання за рахунок асфіксії. Розрізняють п'ять видів асфіксії:

1. Дислокаційна;
2. Обтураційна;
3. Стенотична;
4. Клапанна;
5. Аспіраційна.

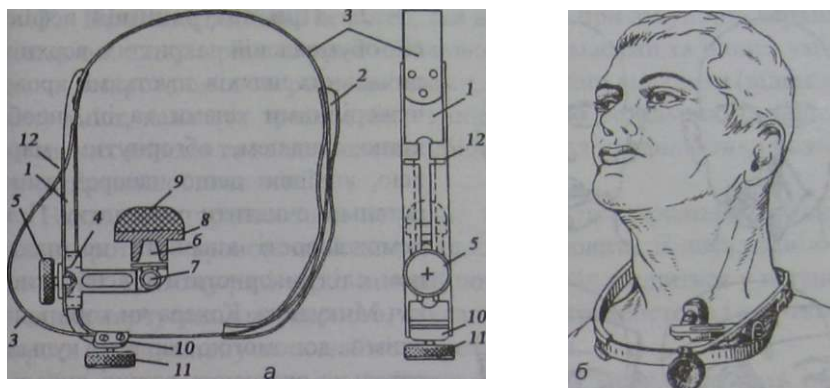


Рис. 37. Затискач Аржанцева для перетискання загальної сонної артерії:
 а - загальний вигляд затискача: 1 - планка, 2 - щока, 3 - стрічка, 4 - кронштейн,
 5 - гвинт, 6 - конус, 7 - вісь, 8 - фланець, 9 - упор, 10 - рамка, 11 - гвинт,
 12 - паз планки; б - затискач, накладений на шию потерпілого.

1. При дислокаційній асфіксії, обумовленій, як правило, западанням язика при переломах ментального відділу нижньої щелепи чи при черепно-щелепній травмі з втратою свідомості, необхідно вивести й зафіксувати язик і надати пораненому положення обличчям донизу.

Виведення і фіксація язика можуть бути проведені за допомогою прошивання його на межі передньої й середньої третини обов'язково у поперечному напрямку через усю товщу тканин. Нитка фіксується за шию чи підшивається до підпідборідної ділянки. Окрім прошивання, може бути використана шпилька Іващенко Г. М., якою язик після виведення його за межі зубного ряду проколюється також у поперечному напрямку (рис. 38).

Надмірне виведення язика небажане, оскільки це може викликати значне порушення ковтання, сухість у роті та можливість розвитку інших ускладнень.

Якщо фіксація язика була проведена раніше і загроза асфіксії не минула, можлива заміна фіксації безпечної шпильки, якщо вона була використана на прошивання язика. В інших випадках немає необхідності змінювати метод фіксації.

Ураховуючи, що остаточний результат лікування механічного, вогнепального, термічного ушкодження тканин щелепно-лицевої ділянки при поєднаній і комбінованій травмі безпосередньо залежить від терміну між отриманням рани та її обробкою, одним із головних завдань медр є швидке сортування й евакуація за призначенням цих груп поранених і постраждалих.

У середньому допомога на медр надається протягом 4-5 годин після поранення і 2-4 годин після виникнення перших ознак ураження ОР.

Як зазначалося, під час сортування поранених і уражених виокремлюють групи, які не потребують спеціальної обробки, яким надається допомога по черзі, визначеній у СЕВ (сортувально-евакуаційному відділенні).

Розглянемо основні завдання медичної допомоги на медр залежно від характеру й обсягу ураження.

На етапі першої лікарської допомоги основним завданням є ліквідація безпосередньої загрози для життя за рахунок збереження і підтримання функціонування життєзабезпечувальних систем дихання і кровообігу, профілактика розвитку можливих ускладнень, в основному загального характеру і, після проведення зазначених дій, підготовка до подальшої евакуації.

До основних заходів першої черги надання невідкладної допомоги належить зупинка кровотечі, яка на медр може бути остаточною, якщо судина, яка кровоточить, легко визначається в рані і може бути перев'язана. Як правило, це можливо за наявності клаптевих чи рваних ран м'яких тканин обличчя. В інших випадках проводиться тимчасова зупинка кровотечі за рахунок тугої тампонади рани чи накладання кровоспинного затискача з обов'язковою приміткою в ПМК пораненого. Крім цього, може бути використаний затискач Аржанцева (рис. 37).

Крім кровотечі, безпосередню загрозу для життя постраждалого можуть становити порушення функції дихання за рахунок асфіксії. Розрізняють п'ять видів асфіксії:

1. Дислокаційна;
2. Обтураційна;
3. Стенотична;
4. Клапанна;
5. Аспіраційна.

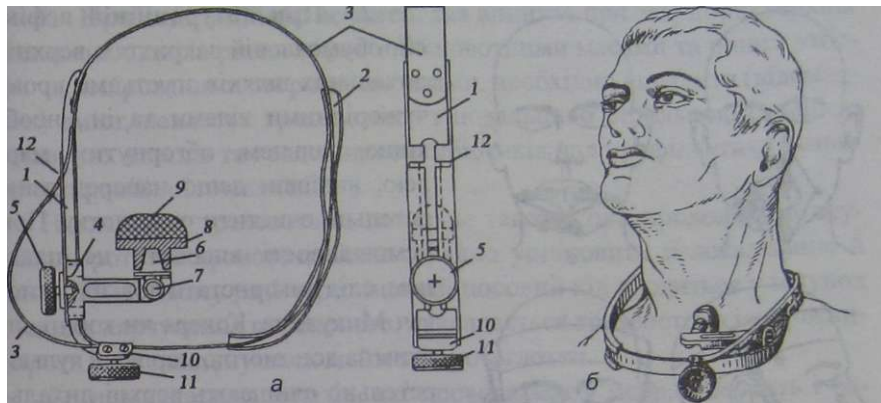


Рис. 37. Затискач Аржанцева для перетискання загальної сонної артерії:
 а - загальний вигляд затискача: 1 - планка, 2 - шока, 3 - стрічка, 4 - кронштейн,
 5-гвинт, 6-конус, 7-вісь, 8-фланець, 9-упор, 10-рамка, 11 - гвинт,
 12- паз планки; б - затискач, накладений на шию потерпілого.

1. При дислокаційній асфіксії, обумовленій, як правило, западанням язика при переломах ментального відділу нижньої щелепи чи при черепно-щелепній травмі з втратою свідомості, необхідно вивести й зафіксувати язик і надати пораненому положення обличчям донизу.

Виведення і фіксація язика можуть бути проведені за допомогою прошивання його на межі передньої й середньої третини обов'язково у поперечному напрямку через усю товщу тканин. Нитка фіксується за шию чи підшивається до підпідборідної ділянки. Окрім прошивання, може бути використана шпилька Іващенко Г. М., якою язик після виведення його за межі зубного ряду проколюється також у поперечному напрямку (рис. 38).

Надмірне виведення язика небажане, оскільки це може викликати значне порушення ковтання, сухість у роті та можливість розвитку інших ускладнень.

Якщо фіксація язика була проведена раніше і загроза асфіксії не минула, можлива заміна фіксації безпечної шпильки, якщо вона була використана на прошивання язика. В інших випадках немає необхідності змінювати метод фіксації.

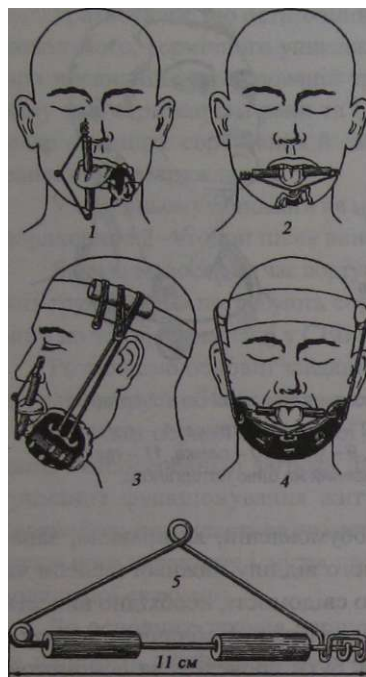


Рис. 38. Метод фіксації язика при травматичній дислокаційній асфіксії шпилькою конструкції Г. М. Іващенко

2. При обтураційній асфіксії, обумовленій закриттям верхніх дихальних шляхів згустками крові, чужорідними тілами та ін., необхідно пальцем, обгорнутим марлею, вивівши дещо наперед язик, ретельно очистити ротоглотку. При неможливості виконати це пальцем, слід використати довгий затискач Микулича, Кохера чи корнцанг, яким за допомогою марлевої кульки ретельно очищають верхні дихальні шляхи, порожнину рота і носа.

3. При стенотичній асфіксії, яка обумовлена звуженням просвіту верхніх дихальних шляхів (трахеї) за рахунок стиснення ззовні (розвиток гематоми, підшкірна емфізема, набряк, чужорідне тіло та ін.), показана невідкладна трахеостомія, переважно нижня, як найбільш звичайна та безпечна за технікою виконання з уведенням та фіксацією трахеостомічної трубки. В абсолютно невідкладних станах можливе проведення крикоконіко-

томії, тобто розтин зв'язки, яка з'єднує перснеподібний і щитоподібний хрящі, чи проколювання цієї зв'язки голкою з широким просвітом (Дюфо) на період до проведення трахеостомії.

4. При клапанній асфіксії, яка виникає через перекриття входу до верхніх дихальних шляхів відірваним клаптом (клапаном) м'яких тканин піднебіння, заднього, бічного відділу глотки, є декілька варіантів її усунення: а) відсічення клаптя при технічних труднощах його підшивання чи за відсутності ознак його життєздатності; б) повернення клаптя на місце й фіксація його декількома вузловими швами, що частіше можливо при розриві тканин м'якого піднебіння; в) проведення трахеостомії.

5. При аспіраційній асфіксії, яка виникає при закупорці верхніх дихальних шляхів рідкою кров'ю, бловотними масами та іншим умістом чи аспірованими сторонніми тілами, необхідно видалити (відсмоктати) вміст, накладати трахеостому з подальшою ретельною санацією дихальних шляхів та введенням антибіотиків для профілактики розвитку аспіраційної пневмонії.

Накладання трахеостоми показане також і при продовженні внутрішньоротової кровотечі, коли складно установити її локалізацію й зупинити. У цьому разі через нижній носовий хід вводиться у шлунок зонд для харчування пораненого, накладається трахеостома і порожнина рота туго тампонується майже до ротоглотки.

До невідкладних заходів, які проводяться у медр, належить і боротьба із шоком. Шок- "удар" - складна патофізіологічна реакція організму на травму, яка характеризується розладом життєво важливих функцій серцево-судинної й дихальної систем і пригніченням центральної нервової системи. Розвиток шоку обумовлений різноманітними патологічними змінами в організмі, пов'язаними з розвитком токсемії, гіпоксії тканин, перерозподілом обсягу циркулюючої крові (ОЦК), порушенням кислотно-лужної рівноваги, калій-натрієвого балансу.

У розвитку шоку розрізняють дві фази: еректильну- фазу збудження, яка дуже короткочасна, але у поранених в лице може бути виразнішою і проявлятися у вигляді рухового неспокою, переоцінки своїх можливостей, недооцінки отриманої травми. Друга фаза - торпідна - фаза гальмування, класичне описання якої подав М. І. Пирогов у записках лікаря про Кримську війну. У цій фазі розрізняють такі періоди: початковий, період стабілізації й завершальний.

Ступінь глибини шоку визначається клінічно за зміною частоти пульсу й АТ.

Так, I ступінь може спостерігатись за практично нормальних показників - частота пульсу 60-70 за 1 хвилину при АТ 120/60 мм рт. ст., при цьому крововтрата не перевищує 0,5 літра. Цей ступінь шоку частіше зустрічається при опіках обличчя.

II ступінь діагностується за частоти пульсу до 100 за 1 хвилину, АТ 90/50-60 мм рт. ст. Крововтрата може досягати 1 літра.

III ступінь- при пульсі 120 і більше за 1 хвилину й АТ 80/30-35 мм рт. ст., крововтрата при цьому може становити більше, ніж 1,5 літра.

IV ступінь розцінюється як термінальний чи передагональний, пульс не виявляється, температура тіла знижується до 35 °С, АТ не визначається.

Травматичний шок може бути первинним, тобто обумовленим самою травмою, пораненням, чи вторинним, який виникає частіше через недостатню іммобілізацію, тривалу кровотечу, неправильне транспортування та ін.

Ураховуючи, що можливості протишокових заходів на попередніх етапах медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим обмежені застосуванням анальгетиків, накладанням фіксуючих пов'язок, основна протишокова терапія повинна бути по можливості проведена у медр.

Основними її елементами є:

1. Боротьба з гострою дихальною і серцево-судинною недостатністю. При ознаках гіпоксії - інгаляція кисню. Для запобігання набряку легень - використання діуретиків прямої і непрямої дії.
2. Остаточна чи тимчасова зупинка кровотечі. В умовах медр при пораненнях ділянки слинної залози (паренхіматозна кровотеча) може бути використана стискаюча пов'язка. При артеріальній кровотечі - накладений затискач на рану. На ранніх строках при невиявленому місці кровотечі (внутрішньотканинна) - холод на цю ділянку. Крім того, можлива фіксація тампона швом у рані, туга тампонада рани, прошивання навколишніх тканин у зоні кровоточивої судини, введення гемостатичних препаратів.
3. Інфузійна терапія з використанням препаратів крові, кровозамінників, колоїдних та кристалоїдних розчинів для стабілізації і відновлення ОЦК, гемодинаміки та нормалізації КЛР. Усі ці заходи проводяться на фоні ефективного знеболювання і забезпечення достатньої транспортної іммобілізації.
4. На цьому етапі втамовують спрагу, годують та зігрівають поранених. Після виведення пораненого (ураженого) із шокового стану йому проводять заходи по лікуванню поранення.

У другу чергу в перев'язочній або в приймально-сортувальній надається допомога пораненим та ураженим зі значно просяклыми або незадовільними пов'язками, пораненим із нефіксованими відламками щелепних кісток, дуже забрудненими ранами м'яких тканин обличчя, опіками обличчя та шиї II—III ступеня.

Сильно забруднені рани обличчя, що не сполучаються з порожниною рота і носа, можуть бути рясно промиті дезрозчинами - фурациліном, перекисом водню, фізіологічним розчином - і закриті стерильними пов'язками. У певних випадках можлива укладка на місце і фіксація клаптиків вузловими швами при рваних і рвано-зabійних ранах. У разі наявності достатніх пов'язок і відсутності ознак кровотечі, задовільного стану поранених вони без надання допомоги направляються на наступний етап.

У зв'язку з тим, що у медр працює стоматолог, у його функції входить контроль і забезпечення транспортної іммобілізації при переломах кісток щелеп.

Найдоступнішими і простими методами тимчасової фіксації відламків є кругова бинтова тім'яно-підборідна пов'язка. Кругові тури бинта, що проходять через підборіддя і тім'яні кістки, не дозволяють відламкам зміщуватися під час транспортування хворого. З цією метою можна використовувати сітчастий еластичний бинт. При переломах нижньої щелепи пов'язка фіксує відламки до неушкодженої верхньої щелепи. При переломах двох щелеп пов'язка підтримує і запобігає зміщенню відламків ушкоджених щелеп, тим самим значно обмежуючи їхню рухомість (рис. 39). При ізольованих переломах верхньої щелепи найпростішою є пов'язка із застосуванням підручних засобів (олівець, шпатель та ін.), що утримує відламки верхньої щелепи (див. розділ V).

Ще краще цю роль виконують стандартні пращеподібні пов'язки, зокрема, стандартна пращеподібна пов'язка, запропонована Д. А. Ентіним, що складається із жорсткої підборідної пращі й опорної безрозмірної шапочки. Остання має три пари петель (рис. 40, 41).

Під петлями розташовані скатерчасті кишені для ватних вкладок, що дозволяють відвести гумові кільця від набряклих тканин обличчя і запобігти їх травмі. Шапочку накладають так, щоб вона щільно охоплювала потиличний горбок, а лишки її були зав'яза-



Рис. 39. Підборідно-тім'яна пов'язка

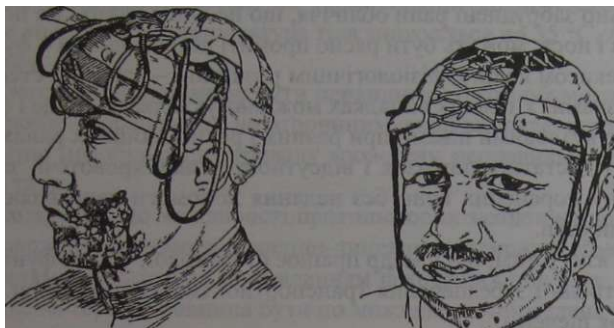


Рис. 40. Пращеподібна пов'язка Д. А. Ентіна

ні на лобі. Жорстку підборідну пращу покривають марлевым тампоном так, щоб він перекривав краї пращі по всьому її периметру, що запобігає безпосередньому жорсткому здавленню набряклих тканин, а також може служити захисною пов'язкою при ушкодженні шкірних покривів підборідної ділянки. Залежно від кількості пар гумових кілець, що використовуються в пов'язці, праща може утримувати відламки без тиску або тиснути на них. При переломах нижньої щелепи за зубним рядом або при переломі верхньої щелепи стандартну пов'язку можна накласти з використанням трьох пар гумових кілець (як стискну).

При переломах нижньої щелепи в межах зубного ряду підборідну пращу Д. А. Ентіна слід накладати лише для підтримки відламків. Надмірний тиск на зміщені відламки призведе до ще більшого їх зміщення з небезпекою розвитку асфіксії. Однак такий диференційований підхід

можливи лише у спеціалізованому відділенні, де є хірург-стоматолог. Неспеціалістам рекомендують накладати стандартну пращеподібну пов'язку як підтримуючу.

Простіша, але не менш надійна як засіб транспортної іммобілізації м'яка підборідна праща Померанцевої-Урбанської (рис. 42).

Підборідна частина її виготовле-

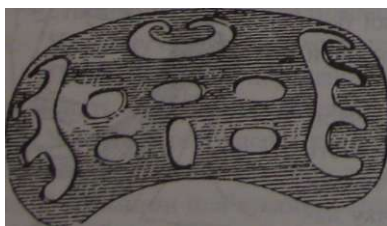


Рис. 41. Тверда підборідна праща Д. А. Ентіна

на з декількох шарів полотна або бязі, проміжна представлена двома широкими гумками (галантерейними), які переходять у периферичний відділ пов'язки, зробленої з того самого матеріалу, що й підборідна частина. Останній має шнурівку, що дозволяє регулювати ступінь натягнення гумових смуг праці. Ця пов'язка зручна для хворих, проста у використанні і забезпечує добру фіксацію відламків.

Транспортні пов'язки і праща можуть накладатися з тиском (стискні) і без тиску (підтримуючі).

Стискні пов'язки показані в таких випадках:

- а) дня зупинки кровотеч;
- б) при всіх переломах верхньої щелепи зі збереженням кількості зубів, які дозволяють поставити відламки у правильну артикуляцію;
- в) при переломах нижньої щелепи за межами зубної дуги.

При всіх інших переломах нижньої щелепи накладання стискних пов'язок протипоказане, для уникнення асфіксії. Основним їх призначенням є утримання масивних відвислих клаптів м'яких тканин і відламків у стані спокою, що важливо при транспортуванні.

Найпростіше закріплення нижньої щелепи на короткий термін можна здійснити шляхом застосування пращеподібних або гіпсових пов'язок. Така пов'язка вперше була застосована, як уже згадувалося, видатним хірургом М. І. Пироговим під час Кримської кампанії (1853—1856 рр.). Він застосовував підборідну пращу, яка не втратила свого призначення до наших днів.

Для тимчасової іммобілізації відламків, крім зовнішньоротових, використовуються внутрішньоротові лігатурні пов'язки з бронзо-алюмінієвого дроту діаметром 0,3-0,5 мм. їх накладають на бокові стійкі зуби для міжщелепнош ув'язування зубів верхньої і нижньої щелеп. Методики їх використання розроблені Айві, Куртісом, Гейкіним, Вільга (рис. 43,44).

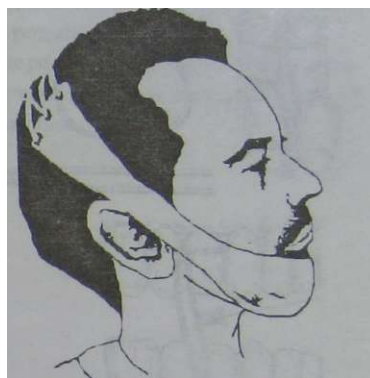


Рис. 42. Пращеподібна пов'язка Померанцевої-Урбанської

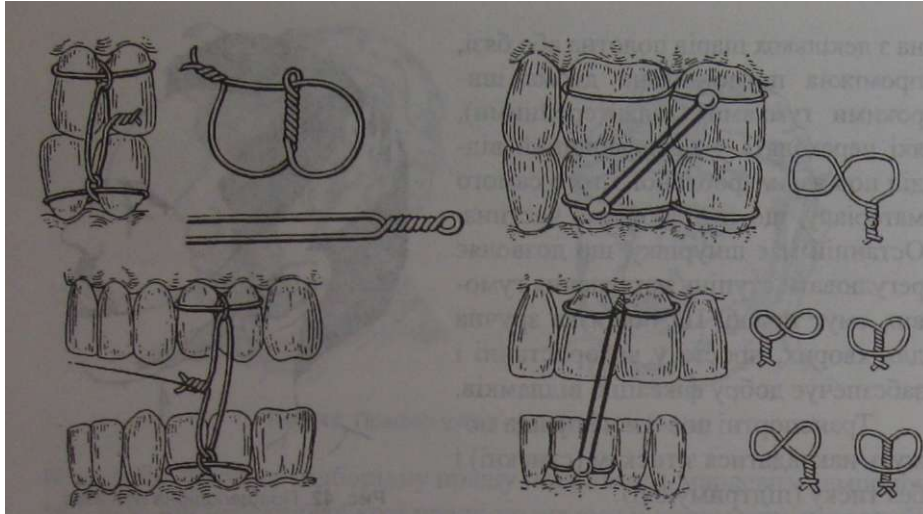


Рис. 43. Лігатурна пов'язка за Айві і Куртісом

Рис. 44. Міжщелепне зв'язування за Гейкіним і Вільга

Термін корисної дії міжщелепного ув'язування невеликий. Такі пов'язки накладають не більше ніж на 2-3 доби.

Лігатурне міжщелепне ув'язування протипоказане:

- 1) при переломі альвеолярних відростків щелеп;
- 2) для закріплення відламків нижньої щелепи при переломі верхньої;
- 3) при рухомих зубах.

Лігатурне зв'язування зубів застосовується з пращею.

При ушкодженні беззубих щелеп як транспортні шини можуть бути використані знімні протези хворих, якщо атрофія альвеолярних відростків помірна і є максимальний множинний контакт між штучними зубами. У цьому разі також обов'язкове використання праці. Як транспортні пов'язки при переломах верхньої щелепи використовують дощечки, палички, олівці та інші подібні предмети. Після встановлення відламків у правильному положенні їх накладають на жувальну поверхню зубного ряду і фіксують бинтом до голови.

Обсяг першої лікарської допомоги залежить від конкретної бойової обстановки, кількості поранених і характеру ушкоджень. У сприятливих умовах він може бути розширеним і складатися із дво- та однощелепного шинування при неускладнених лінійних переломах щелепи

з достатньою кількістю зубів на відламках, накладання швів на рани м'яких тканин обличчя при незначних розмірах та ін.

При великій кількості хворих із переважанням уражених з великими ушкодженнями та в шоківому стані медична допомога у медр надається тільки за життєвими показаннями.

РОЗДІЛ VII

Організація та обсяг кваліфікованої та спеціалізованої допомоги при ушкодженнях щелепно-лицевої ділянки на етапах медичної евакуації

Кваліфікована та спеціалізована допомога - це основні види допомоги в досягненні остаточного результату лікування та реабілітації пораненого (ураженого). Ці види допомоги надаються у спеціалізованих шпиталях, переважно двох типів — шпиталі для легкопоранених (ВПШЛР) і в спеціалізованому шпиталі "голова, шия, хребет" у ВПНхШ, який формується з ВПХШ шляхом створення в ньому групи спеціалістів відповідного профілю.

У спеціалізованому відділенні таких шпиталів надається повний обсяг усіх видів медичної стоматологічної допомоги, що вимагає при необхідності терапевтичного та ортопедичного лікування. Винятки складають випадки, коли пораненим потрібні довготривалі багатоетапні, складні, реконструктивні втручання. У цих випадках поранені після необхідних втручань (хірургічна обробка рани, закріплення відламків, досягнення транспортабельності пораненого) направляються у спеціалізовані заклади ТШБ МОЗ України.

В умовах ліквідації наслідків екстремальних випадків поранені госпіталізуються в спеціалізовані відділення, переважно в клініки ВНЗ.

Планування, визначення обсягу допомоги та першочерговості таке саме, як і на попередніх етапах.

У першу чергу, після необхідного сортування, проводиться остаточна зупинка кровотечі, відновлення і (або) забезпечення адекватного дихання (якщо це ще не було проведено на попередніх етапах).

Проводиться повна хірургічна обробка ран кісткових та м'яких тканин із фіксацією ортопедичними та хірургічними методами відламків щелеп та накладання необхідних видів швів на м'які тканини.

Забезпечується адекватна медикаментозна терапія, фізіотерапевтичні процедури, ЛФК, дієтичне харчування. Проводяться профілактичні заходи для запобігання і лікування ускладнень, що виникли.

Залежно від конкретних умов можливостей клініки, її обладнання лікувально-діагностичною, хірургічною апаратурою та кваліфікації хірургів можуть проводитись оперативні втручання різної складності, спрямовані на реабілітацію хворих (поранених) або підготовку їх до подальшої евакуації за двома напрямками: у ВПШЛР для долікування, у ІІБ або спеціалізовані клініки МОЗ для продовження і завершення лікування.

Плануючи першочерговість надання допомоги на всіх етапах, слід зважати на певні обставини. На етапі кваліфікованої допомоги вона в першу чергу повинна надаватись пораненим (ураженим), для яких вона найбільш необхідна, тобто пораненим зі значними ушкодженнями обличчя та щелеп, щоб після проведення хірургічної обробки вони могли бути в найкоротші строки евакуйовані в ПШБ і ТШБ для продовження та завершення лікування; особливо це стосується поранених із комбінованими радіаційними ураженнями.

У другу чергу допомога повинна надаватись пораненим із незначними ушкодженнями м'яких тканин обличчя і з неускладненими переломами щелеп для долікування в ВПШЛР.

Потім проводиться хірургічна обробка всіх інших поранених.

7.1. Ушкодження м'яких тканин обличчя

Результат лікування травматичних ушкоджень щелепно-лицевої ділянки в основному залежить від двох причин:

- 1) терміну, що минув від моменту травми до хірургічної обробки рани;
- 2) якості проведеної хірургічної обробки.

Нині при бойових діях і виникненні екстремальних ситуацій існує реальна можливість надання кваліфікованої допомоги в перші 6-12 годин після травми, тобто період ранового процесу, коли наявний виражений набряк тканин, практично відсутні ознаки запалення. Профілактичне введення антибіотиків, використання асептичних пов'язок та своєчасна доставка пораненого у спеціалізоване відділення забезпечує понад 50 % успішного завершення лікування.

Сформульоване на початку ХХ століття та неодноразово перевірене на практиці положення про значення ранньої первинної хірургічної обробки рани (ПХО) не втратило свого значення і на сучасному етапі.

ПХО — це одномоментна і радикальна обробка рани, а саме:

1) розсікання рани для ревізії всіх можливих кишень, видалення гематом, уточнення розмірів, глибини і напрямку ранового каналу, визначення і видалення чужорідних тіл;

2) висікання країв рани для видалення всіх некротизованих, розчавлених, нежиттєздатних тканин, що перетворює будь-яку рану в операційну (різану) рану;

3) накладання швів.

Анатомо-фізіологічні особливості та естетично-соціальне значення щелепно-лицевої ділянки дозволяють у більшості випадків, виконуючи основні вимоги ПХО, звести до мінімуму обсяг розсічених і особливо висічених тканин.

Нині, враховуючи, що в реальних умовах не завжди можна забезпечити хірургічну обробку в оптимальні строки, виділяють декілька варіантів ПХО:

1. Рання ПХО проводиться в перші 24 години після травми; як правило, закінчується накладанням глухих швів на рану; є оптимальним варіантом обробки.
2. Відстрочена ПХО проводиться протягом 36-72 годин після травми за відсутності наявних ознак запалення в рані або при початкових ознаках серозного запалення на фоні обов'язкового профілактичного і лікувального введення антибіотиків.
3. Пізня ПХО проводиться в терміни понад 72 години після травми на тлі запалення, що розвивається в рані, часто без накладання швів. Використання антибіотиків обов'язкове.

У разі неповної, неякісної ПХО чи відсутності її на етапах лікування, а також при розвиненому гнійно-некротичному процесі в рані проводиться **вторинна хірургічна обробка**, тобто втручання з приводу ускладнення перебігу ранового процесу, а не з приводу самої рани. Вторинна хірургічна обробка спрямована насамперед на розкриття і дренажування гнійних вогнищ, видалення некротизованих тканин. Вона може проводитися в різні терміни після ушкодження і бути першою за терміном хірургічного втручання.

Методика первинної хірургічної обробки м'яких тканин обличчя, крім відмінностей від класичних вимог військово-польової хірургії, має і свої особливості залежно від анатомічної зони обличчя й обсягу ушкодження.

Насамперед, будь-яка ПХО розпочинається після виведення потерпілого з шоку за відсутності легеневої і серцево-судинної недостатності, з механічної обробки шкіри навколо ушкодження, видалення залишків одягу, старанного гоління. Потім на фоні введення анальгетиків, наркотиків, під загальним знеболюванням або місцевою анестезією (при цьому анестезуючий розчин вводиться від здорових ділянок тканин і сприяє очищенню рани) проводиться старанне механічне очищення рани, зупинка кровотечі. Після цього починають старанний огляд і ревізію рани та ранового каналу.

Оглядаючи рану, хірург повинен пам'ятати про анатомо-фізіологічні особливості м'яких тканин обличчя, правильно оцінювати справжні розміри рани, наявність або відсутність дефектів тканин, стан мимічної мускулатури, вірогідність ушкодження гілок лицевого нерва, характер ушкодження великих слинних залоз, їхніх проток та ін.

Ураховуючи високі регенераторні властивості тканин обличчя і косметичні вимоги, слід по можливості зберегти клапти тканин, навіть тих, що мають вузьку ніжку, видаляючи тільки нежиттєздатні ділянки шкіри, м'язів, клітковини. Розсікання має проводитися тільки в ділянках з підозрою на заплив (гематому), широке відшарування клітковини (результат вибухової хвилі), наявність стороннього тіла. Розсікання проводиться з урахуванням напрямку гілок лицевого нерва і природних складок шкіри.

Особливі труднощі викликає лікування сліпих поранень обличчя. Близьке розташування життєво важливих центрів ЦНС, небезпека вторинних гнійних ускладнень вимагають радикальної тактики щодо чужорідних тіл. Водночас значні труднощі діагностики чужорідного тіла, навіть за сучасних можливостей, труднощі хірургічного доступу і необхідність нанесення додаткової травми, інколи більшої за первинну, серйозні косметичні порушення при видаленні численних чужорідних тіл змушують певною мірою обмежувати показання до їх видалення (рис. 45).

Показання до видалення чужорідних тіл можна звести до таких:

1. Видаленню підлягають усі чужорідні тіла, знайдені під час операції.
2. Видаленню підлягають чужорідні тіла, розташовані поряд із великими судинами і нервовими стовбурами.
3. Видаленню підлягають чужорідні тіла, що викликають або підтримують гнійно-некротичні процеси у тканинах.

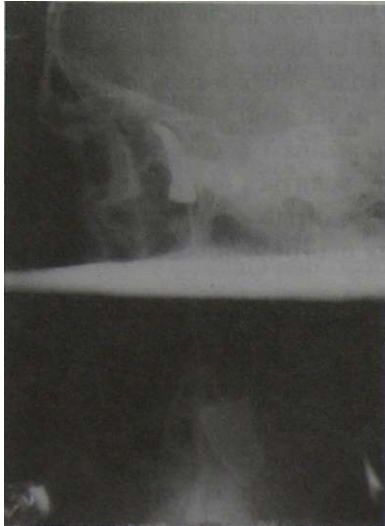


Рис. 45. Рентгенограма кісток лицевого і мозкового скелета у бічній і прямій проекції дозволяє уточнити локалізацію чужорідного тіла

До зондування сліпих поранень, яке нерідко рекомендують деякі автори, слід підходити з великою обережністю.

Це викликано тим, що сучасні ранаючі снаряди (кульки, стрілоподібні елементи, кулі зі зміщеним центром ваги або полегшені) часто у тканинах змінюють напрям свого руху. Хід ранового каналу може залежати від розташування голови в момент поранення, характеру і щільності тканин на шляху снаряда та ін. Тому зондування ранового каналу в ділянці шиї, підщелепних ділянках, середній зоні обличчя може призвести до вторинного ушкодження або стати причиною кровотечі.

Обробляючи рани приротової ділянки, особливу увагу необхідно приділити відновленню форми губ і колового м'яза рота. Після старанно-

го туалету рани слід першим швом відновити неперервність червоної облямівки губ, потім петлеподібним швом з'єднати тканини колового м'яза рота, а потім накладати шви на шкіру і слизову оболонку. При незначних наскрізних дефектах приротової ділянки рекомендується використовувати варіанти місцевого переміщення тканин. При значних дефектах кута рота і прилеглих відділів щоки слід по периферії рани обшити її краї, з'єднуючи шкіру і слизову оболонку. Це втручання припинить формування грубих рубців і деформацій і створить сприятливі умови для наступних етапів відновлювальних операцій (рис. 46).

При наскрізних ушкодженнях, що проникають у порожнину рота, розривах щоки в ділянці кута рота накладання швів необхідно починати з ушивання слизової оболонки з боку порожнини рота; при цьому слід контролювати взаємовідношення рани і слинної протоки для того, щоб не ушкодити її або не викликати її стискання накладанням шва. Після ізоляції рани від порожнини рота слід замінити рукавички й інструментарій і пошарово ушити рану ззовні.

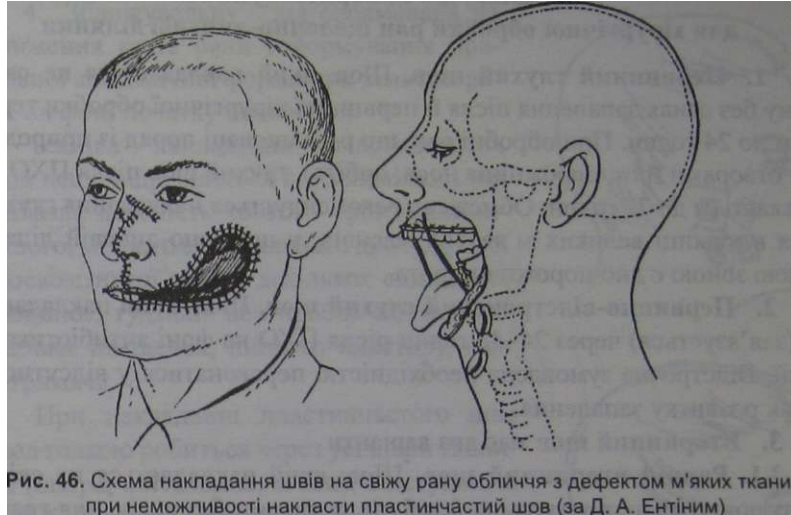


Рис. 46. Схема накладання швів на свіжу рану обличчя з дефектом м'яких тканин при неможливості накласти пластинчастий шов (за Д. А. Ентіним)

При ушкодженні паренхіми привушної залози, для запобігання можливому формуванню зовнішньої слинної нориці потрібно після пошарового ушивання залозистої тканини, капсули залози, клітковини і шкіри гострокінцевим скальпелем проколоти слизову оболонку щоки та вивести із зони ушкодження залози в порожнину рота рукавичковий або трубчастий дренаж на 6-8 діб для створення відпливу слини в порожнину рота.

При пораненнях, що супроводжуються ушкодженнями периферичних гілок лицевого нерва, оптимальною буде обробка рани в умовах спеціалізованого центру, що має необхідне оснащення: бінокулярні лупи, операційний мікроскоп, мікрохірургічний інструментарій, підготовлених спеціалістів. Тому постраждалих із такими ранами слід, після виведення з шоку і зупинки кровотечі, транспортувати за призначенням без проведення ПХО, яка може тільки ускладнити виділення і з'єднання ушкоджених гілок лицевого нерва.

Повноцінне і якісне проведення ПХО не завжди можливе, що залежить і від конкретних обставин, і від характеру, локалізації та обсягу ушкоджень. У зв'язку з цим у різні строки після ушкодження і залежно від стану рани використовують різні види швів.

**Види швів, що використовуються
для хірургічної обробки ран щелепно-лищевої ділянки**

1. Первинний глухий шов. Шов, який накладається на свіжу рану без ознак запалення після її первинної хірургічної обробки терміном до 24 годин. При обробці ран, що розташовані поряд із природними отворами (рот, порожнина носа, орбіта), глухий шов після ПХО допускається до 72 годин. Обмежено рекомендується накладання глухого шва в ділянці великих м'язових масивів, у щелепно-лищевої ділянці такою зоною є дно порожнини рота.

2. Первинно-відстрочений глухий шов. Шов, який накладається (зав'язується) через 24-48 годин після ПХО на фоні антибіотикотерапії. Відстрочка зумовлена необхідністю переконатися у відсутності ознак розвитку запалення.

3. Вторинний шов має два варіанти.

3.1. Ранній вторинний шов. Шов, який накладається на свіжу, гранулюючу рану протягом 6–8 діб після травми без висікання грануляцій.

3.2. Пізній вторинний шов. Шов, який накладається на гранулюючу рану або рану, що загоюється вторинним натягом із формуванням сполучнотканинного рубця. При накладанні шва на 12-14 добу після ушкодження висікають грануляції і рубцеві тканини.

Особливе місце в обробці ран щелепно-лищевої ділянки посідають так звані пластинчасті шви. Їх застосування виправдане при великих рвано-забитих, розчавлених ушкодженнях дна порожнини рота, приротової, щічної ділянки, а також на початкових стадіях запалення у вигляді набряку та інфільтрації тканин (рис. 47).

Пластинчасті шви мають низку функціонально-механічних особливостей, важливих для позитивного результату лікування:

1. Розвантажувальну - при виникненні натягування країв рани під час накладання глухих швів.

2. Утримувальну - використовуються для утримання в правильному положенні м'якотканинних клаптів, особливо при широкому відшаруванні тканин та їх інфільтрації.

3. Направляючу - використовуються для відновлення форми обличчя при великих рвано-забитих ранах на фоні приєднання набряку та інфільтрації.

4. Зближувальну - дія спрямована на зближення країв рани і формування правильної анатомічної форми при великих ранах на фоні початку оновлення.

Техніка накладання пластинчастих швів дещо відрізняється від звичайної і передбачає наявність тонкого бронзо-алюмінієвого, мідного або сталюого дроту, довгої плоскозигнутої голки, декількох свинцевих дробинок, гудзиків або пробок від пеніцилінових пляшечок, липкого пластиру, голкотримача.

При накладанні пластинчастого шва укол голкою робиться через усі шари тканини (шкіра, клітковина, м'язи), відступаючи на 1,5-2 см від краю рани для запобігання прорізуванню металевої нитки. Потім шкіра в ділянці проведеного шва захищається лейкопластирем. На нитки одягається гудзик (пробка) і 2-3 свинцеві дробинки. Після можливого підтягування шва верхні дробинки розплющуються і фіксують шов (рис. 48).

Через 3-5-7 днів набряк та інфільтрація країв рани зменшуються, шов послаблюється. Підтягуванням одного з кінців нитки зближують краї рани, і знову розплющування дробинки фіксує шов у новому положенні. При остаточному зближенні рани протягом 6-8 діб пластинчасті шви можуть виступати у ролі вторинних. У пізніші терміни функціонування, після зняття їх, накладають вторинні шви.

Як показує досвід надання допомоги пораненим у шелепно-лицеву ділянку, під час сучасних локальних бойових дій, техногенних і природних катастроф повноцінна допомога може бути надана тільки в умовах спеціалізованого стаціонару, обладнаного необхідним діагностично-лікувальними обладнаннями і з підготовленим персоналом. Тому перша лікарська і навіть кваліфікована допомога не повинна включати

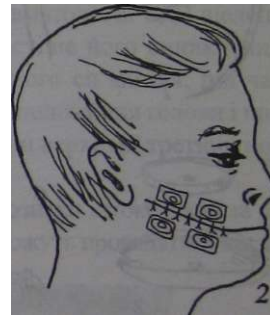
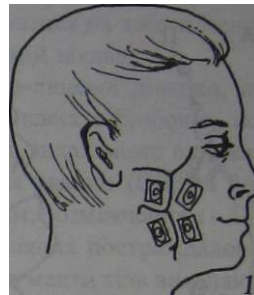


Рис. 47. Пластинчасті шви.
1 - направляючі пластинчасті шви; 2 - пластинчасті розвантажувальні шви.

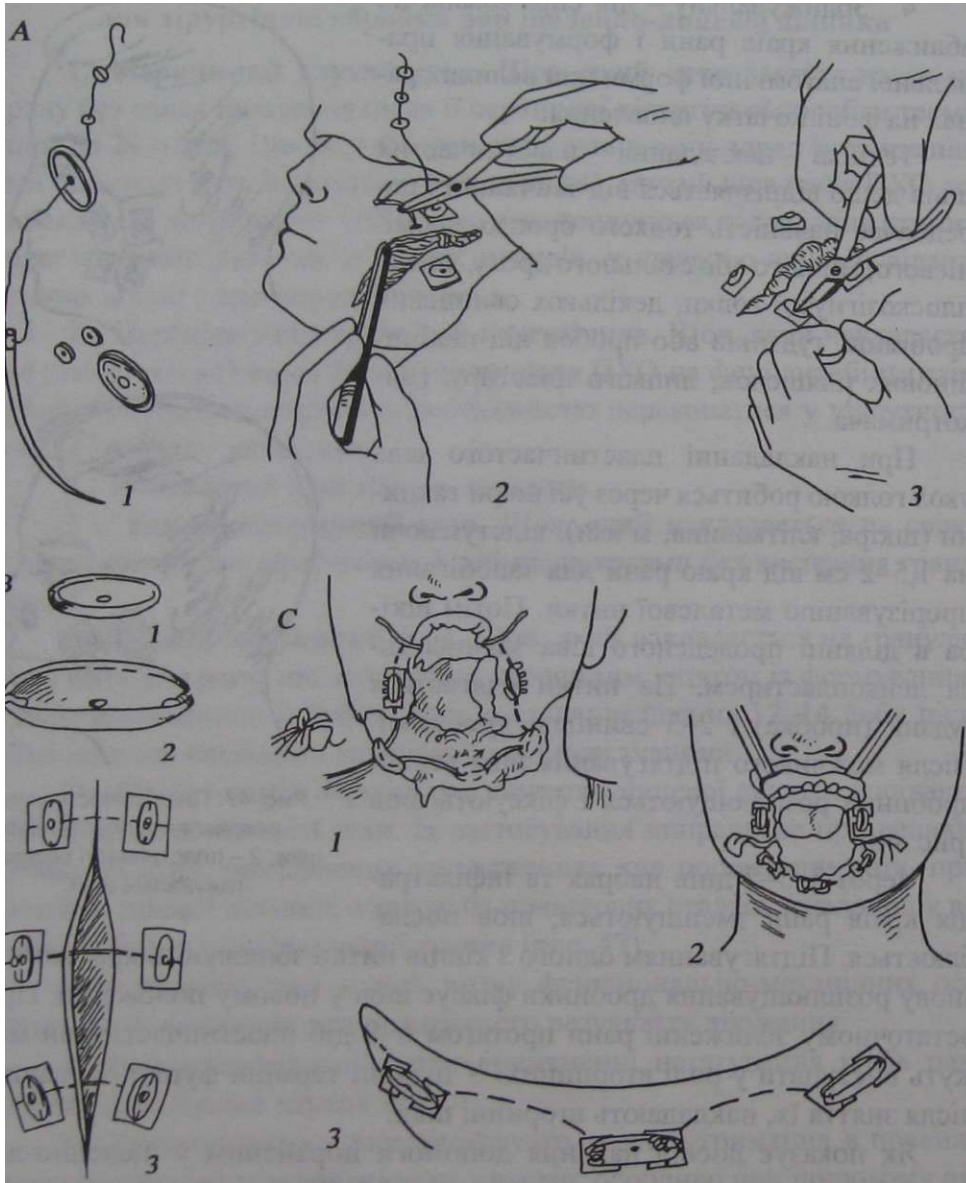


Рис. 48. Техніка накладання пластинчастого шва.

A - техніка накладання: 1 - голка, нитка, пластинка і дробинки;
 2, 3- техніка накладання; *B* - звичайний пластинчастий шов: 1, 2 - пластинки
 для пластинчастих швів; 3 - звичайний пластинчастий шов; *C* - кisetний
 пластинчастий шов: 1, 2, 3 - техніка накладання кisetного пластинчастого шва

хірургічні втручання, за винятком тих, що збережуть життя (зупинка кровотечі, трахеостомія та ін.), а має спрямовуватися на забезпечення умов якомога швидшої евакуації у спеціалізований заклад.

Крім ушкодження м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки, що супроводжуються порушенням цілості поверхневих і глибоких тканин, при техногенних катастрофах і стихійних лихах може виникати так званий синдром довготривалого здавлення тканин (СДЗ) з його крайнім проявом - довготривалим розчавленням, розміщенням - СДР ("Краш-синдром"). Він виникає у разі потрапляння постраждалого у завали, під уламки конструкцій, коли окремі сегменти тіла виявляються здавленими на великий термін. Тактика при СДЗ кінцівок, грудної стінки детально викладена в посібниках із травматології. СДЗ щелепно-лицевої ділянки зустрічається рідко. Найчастіше його виникнення зумовлене станом алкогольного або наркотичного сп'яніння, під час якого зберігається тривале незручне вимушене положення голови і шиї потерпілого. Це призводить до здавлення тканин верхньої третини шиї і нижніх відділів обличчя.

Залежно від терміну і характеру здавлення ознаки інтоксикації за рахунок усмоктування продуктів розпаду тканин можуть проявлятися від де-



Рис. 49. Зона некрозу м'яких тканин шиї за синдромом тривалого здавлення (власне спостереження)



Рис. 50. Результат пластики місцевими тканинами на етапі закриття дефекту за синдромом тривалого здавлення

кількох годин до 2—3 діб. Основними симптомами СДЗ є поява і зростання болючого набряку, що швидко переходить в інфільтрат без ознак запальної реакції, підвищення температури до 37—38 °С, тяжким станом з порушенням мозкового кровообігу, запамороченням, аж до втрати свідомості.

Найефективнішим методом лікування є нанесення численних розрізів 2—3 см по всій поверхні та периферії інфільтрату для створення відпливу рідини і токсичних продуктів на фоні масивної дезінтоксикаційної терапії з використанням контрольованого форсованого діурезу.

У віддалені строки проводиться нефректомія необхідних розмірів з подальшими пластичними операціями (рис. 49, 50).

7.2. Клініка та лікування ушкоджень кісток обличчя

7.2.1. Клініка та лікування переломів нижньої щелепи

Переломи кісток обличчя, особливо нижньої щелепи, належать до найчастіших ушкоджень мирного і воєнного часу.

У мирний час переважають лінійні або крупноосколкові переломи без значного ушкодження навколишніх м'яких тканин із локалізацією

в зонах слабкого опору: кут, ділянка ментального отвору, шийка суглобового відростка - і можуть бути одно-, двосторонні, подвійні (на одному боці щелепи), рідше - численні. Всі переломи щелеп у межах альвеолярного відростка і відкриті й первинно інфіковані.

Діагностика переломів нижньої щелепи не викликає особливих труднощів. Виявлення однієї з 4-х достовірних ознак перелому достатньо для встановлення попереднього діагнозу:

- 1) рухомість фрагментів нижньої щелепи;
- 2) зміщення відламків (порушення прикусу);
- 3) крепітація відламків;
- 4) симптом непрямого (відображеного) болю або позитивний симптом навантаження по осі.

Характер перелому, ступінь зміщення співвідношення відламків та інші показники виявляються рентгенологічним та більш ретельними і детальними клінічними обстеженнями.

Рентгенологічне дослідження має складатися з оглядової рентгенограми всіх кісток лицевого кістяка і рентгенограми щелеп у бічних проєкціях. У мирний час лікування переломів нижньої щелепи може проводитися в хірургічному відділенні стоматологічної поліклініки III—IV рівня чи у спеціалізованих стаціонарах і полягає в ортопедичному чи хірургічному закріпленні відламків у положенні правильного прикусу із запобіганням і обмеженням рухів нижньої щелепи. Лікування вимагає послідовного виконання 3-х основних принципів травматології:

- 1) репозиція відламків, яка може бути одномоментною або поступовою;
- 2) фіксація відламків в анатомічно відновленому стані;
- 3) іммобілізація нижньої щелепи.

Ортопедичне закріплення відламків може досягатися за допомогою шинуючих, виготовлених безпосередньо біля крісла постраждалого або стандартних пристроїв. У деяких випадках закріплення досягається за допомогою конструкцій і апаратів, що виготовляються в зуботехнічній лабораторії за участю лікаря-ортопеда і зубного техника.

Донині найпоширенішими ортопедичними методами закріплення відламків є шинування щелеп із використанням алюмінієвого і бронзово-алюмінієвого дроту. Із алюмінієвого або сталюого ортодонтичного дроту виготовляється шина, яка за допомогою бронзово-алюмінієво-

го (лігатурного) дроту фіксується до зубів верхньої і нижньої щелепи. Метод запропонований під час першої світової війни київським зубним лікарем С. С. Тігерштедтом у 1915-1916 рр. і до цього часу не втратив свого значення.

Розрізняють декілька видів шин:

1. Гладенька шина-скоба, що використовується для лікування поодиноких переломів без зміщення в межах зубного ряду за наявності не менше трьох стійких зубів на кожному з уламків.

2. Шина із зачіпними петлями, що виготовляється на дві щелепи. Петлі розташовуються на рівні коронок зубів під кутом 45^о і служать для фіксації на них гумових кілець, що виконують репонуєчу та іммобілізуєчу функції залежно від напрямку тяги кілець.

3. Шина з розпірковим вигином: розпірковий вигин створюється на рівні відсутнього в щілині перелому зуба. Використовується для лікування переломів із косою або косо-поперечною щілиною для профілактики вторинного зміщення відламків.

4. Шина із похилою площиною застосовується при необхідності утримати бокові відламки нижньої щелепи від зміщення їх у бік перелому. З цією метою в бокових ділянках шину вигинають у вигляді петель висотою у дві коронки. Петлі мають бути нахилені вестибулярно і торка-

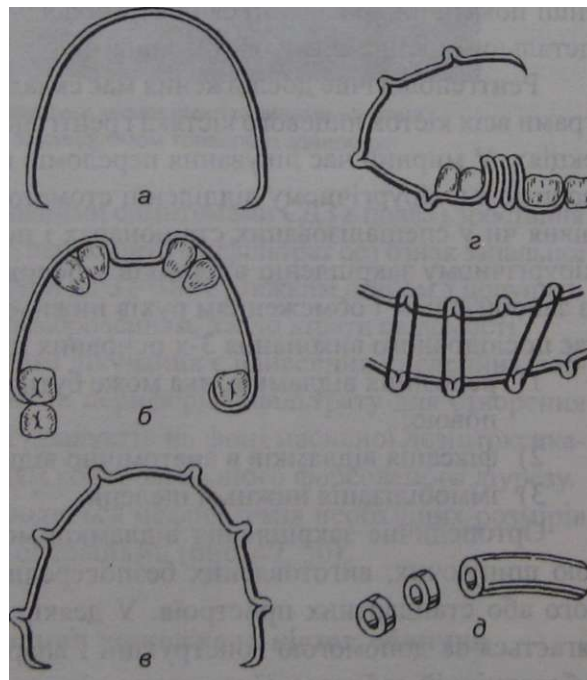


Рис. 51. Дротяні назубні шини за Тігерштедтом: а - гладка шина-скоба; б - гладка шина з розпірковим вигином; в - шина із зачіпними петлями; г - шина із зачіпними петлями і похилою площиною; д - шина із зачіпними петлями і міжщелепною тягою

тися вестибулярної поверхні зубів верхньої щелепи. Вони й утримують відламки від зміщення.

5. Шина з опорною площиною застосовується на верхню щелепу для утримання відвислих тканин твердого піднебіння, для захисту ранової поверхні або швів і утримання тампонів. Її вигинають таким чином, щоб утримувальна частина мала вигляд петель, направлених у бік піднебіння. На нижній щелепі така шина використовується для утримання йодоформного тампона або пов'язки, що ізолює рану слизової оболонки від порожнини рота (рис. 51, 52).

Для виготовлення алюмінієвих шин необхідні: клямпові щипці, голкотримач, тонкий напильник, яким заокруглюються тонкі краї шини, алюмінієвий і бронзо-алюмінієвий дріт, гумові кільця. Техніка виготовлення шини і методика її закріплення в порожнині рота детально викладені

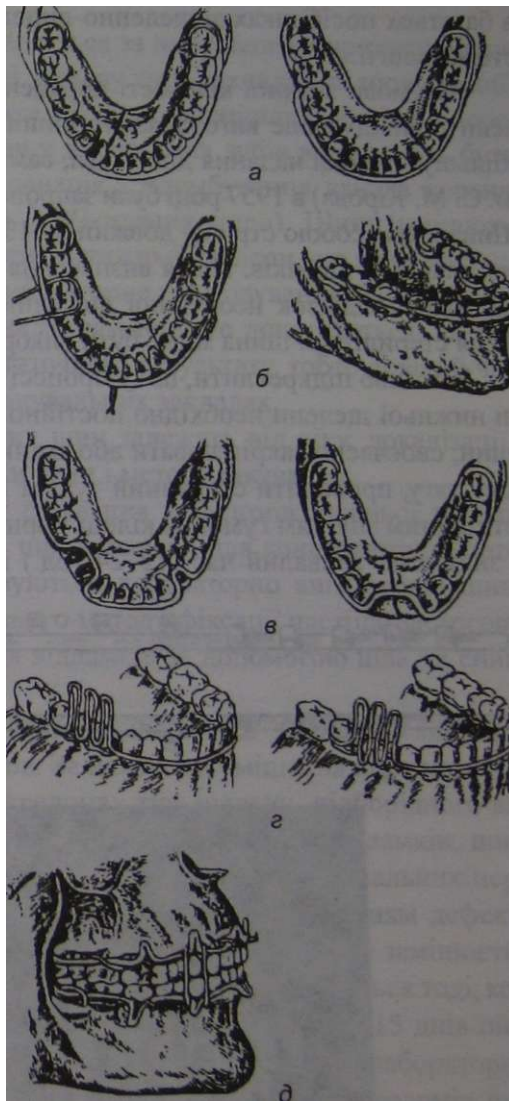


Рис. 52. Види дротяних шин:
 і - гладенька шина-скоба; б - фіксація шини лігатурним дротом; і - гладенька шина з розпірковим вигином; з - шина з похилою площиною: ліворуч - вигнута правильно, праворуч - неправильно; д - шина із зачіпними петлями

в багатьох посібниках зі щелепно-лицевої травматології та хірургічної стоматології.

За умови значної кількості поранених із переломами нижньої щелепи індивідуальне виготовлення шини потребує багато часу і значно збільшує строки надання допомоги, саме тому В. С. Васильєвим (ВМА ім. С. М. Кірова) в 1957 році були запропоновані сталеві стрічкові шини. Шина являє собою стрічку довжиною 134 мм \times 2,5 мм, яка має 14 готових зачіпних кріпків. Після визначення розмірів зубної дуги від шини відсікають відрізок необхідної довжини і фіксують до зубів щелепи. Після стерилізації шина може бути використана повторно (рис. 53).

Важливо підкреслити, що у процесі лікування хворих із переломами нижньої щелепи необхідно постійно слідкувати за станом прикусу і шин, своєчасно закріплювати або змінювати послаблені лігатури, гумову тягу, проводити старанний туалет порожнини рота і шин. Перед остаточним зняттям гумових кілець корисно спочатку провести пробне їх зняття на тривалий час (12-24 год.) і виявити, чи немає тенденції

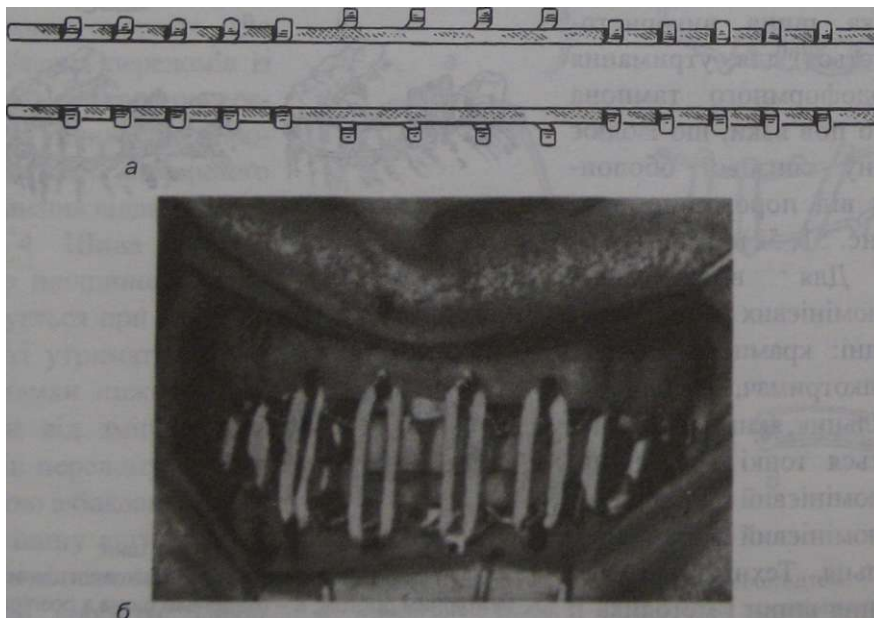


Рис. 53. Назубно-стрічкова шина Васильєва:
а - загальний вид шини; б - шини, закріплені на зубах

до зміщення відламків, що виявляється за порушенням прикусу. Якщо такі порушення будуть виявлені, гумову тягу накладають знову. Необхідно ретельно стежити за станом зубів, що залишилися в щілині перелому. При появі запальних явищ у ділянці цих зубів вони мають бути видалені або проліковані (трепанція і пломбування каналу кореня, місцеве введення антибіотиків, УВЧ-терапія тощо). Шини знімають, коли настане консолідація відламків нижньої щелепи, що визначається клінічно. Зважаючи на те, що амбулаторне доліковування осіб рядового і сержантського складу із накладанням шин не допускається, хворих затримують у стаціонарі до остаточного результату, тобто довший час, ніж це прийнято у цивільних лікувальних закладах.

Терміни зняття алюмінієвих шин залежать від віку, локалізації і виду переломів, строку обробки рани і методу лікування.

Певні труднощі викликає лікування переломів нижньої щелепи за повної відсутності зубів. У цих випадках для консервативно-ортопедичного методу використовуються лабораторно виготовлені шини Порта, Ванкевич. Для хірургічного методу фіксації частіше застосовується обвивний шов, з'єднання відламків за допомогою шва чи спиць інших конструкцій.

При переломах гілки нижньої щелепи без зміщення відламків шину можна зняти через 10 днів. За наявності зміщення відламків - на 20—25-й день. При лінійних переломах тіла щелепи, підборідного відділу, кута нижньої щелепи, особливо при зміщенні відламків, шина з нижньої щелепи знімається на 35-40 добу. При вогнепальних переломах нижньої щелепи, які супроводжуються виникненням дефектів кісткової тканини, шина з алюмінієвого (стального) дроту замінюється на постійну шину, виготовлену лабораторно. Це відбувається тоді, коли м'які тканини дозволяють отримати відбиток (через 10-15 днів після обробки ран). Поряд із використанням індивідуальних і лабораторних шин, тобто консервативно-ортопедичним лікуванням переломів нижньої щелепи, широко використовується хірургічний метод з'єднання кісток - остеосинтез.

Як свідчить клінічний досвід останніх десятиріч, до 30 % поранених із переломами щелеп потребують хірургічного лікування - остеосинтезу. Остеосинтез показаний у тих випадках, коли неможлива або утруднена репозиція і фіксація відламків ортопедичними пристроями, відсутні зуби

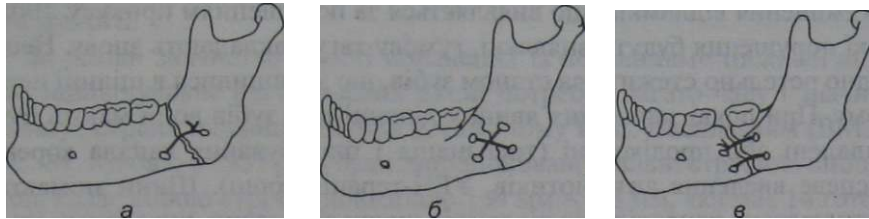


Рис. 54. Види кісткового шва:
 а - петлеподібний кістковий шов; б - хрестоподібний кістковий шов;
 в - подвійний рівнобіжний кістковий шов

або недостатня кількість зубів на відламках. Відносно щілини перелому всі види остеосинтезу поділяються на прямі й непрямі. Прямий остеосинтез передбачає проходження (розташування) фіксуючих елементів у зоні перелому. За непрямого остеосинтезу фіксувальні, скріпні, утримувальні елементи (конструкції) знаходяться поза зоною перелому.

Виділяють такі найпоширеніші види остеосинтезу:

1. Надкісний - різного роду рамки, пластинки.
2. Внутрішньокістковий - стержні, гвинти, спиці, штифти.
3. Крізькістковий - різні варіанти шва кістки.
4. Комбіновані способи, що передбачають застосування різних пристроїв - спиці і кістковий шов та ін.
5. Компресійний остеосинтез, який забезпечує жорстку фіксацію і взаємне стискання відламків:
 - а) одномоментна компресія - пластинки, шрифти,
 - б) із дозованою компресією - позаротові, позаосередкові апарати.

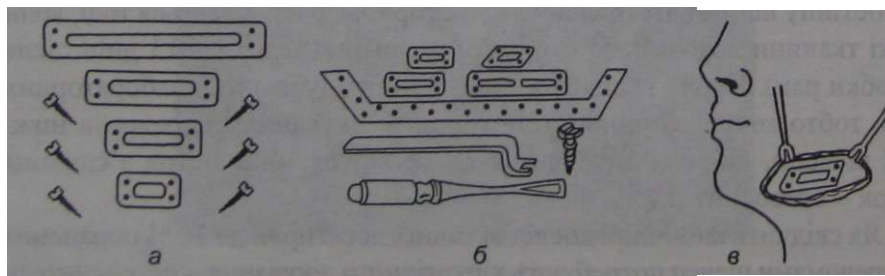


Рис. 55. Техніка остеосинтезу нижньої щелепи рамками Павлова:
 а, б - набір для остеосинтезу рамками Павлова; в - фіксація рамки Павлова на щелепі

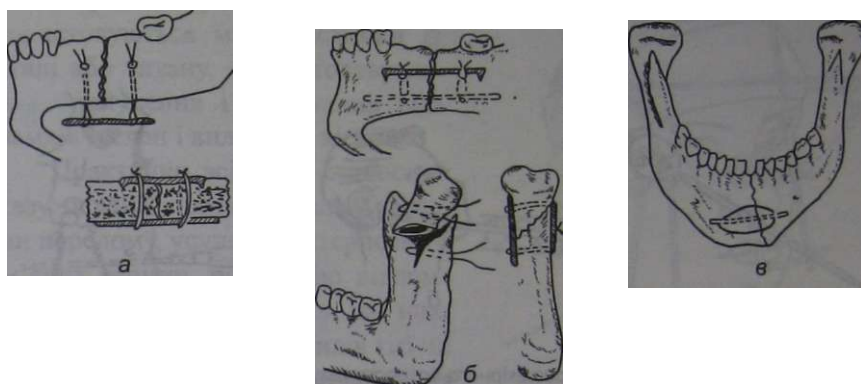


Рис. 56. Техніка черезкістково-накістного остеосинтезу:
 а - остеосинтез нижньої щелепи за Малишевим; б - остеосинтез виросткового відростка нижньої щелепи за Малишевим; в - остеосинтез підборідного відділу

6. Ортопедично-хірургічні методи сполучення внутрішньокісткового фіксуючого елемента і шини (за Кононенко, Донським), окружний шов за Блеком, Швирковим.
7. Остеосинтез міні-пластинками із внутрішньоротового і зовнішнього доступу.
8. Остеосинтез за допомогою позаротових, позаосередкових апаратів (рис. 54-60).

Переважає більшість засобів і пристроїв для остеосинтезу (їх нараховується понад 100) призначені для лікування переломів нижньої щелепи.

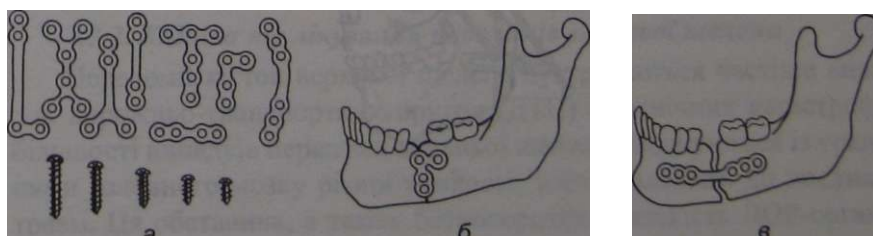


Рис. 57. Техніка остеосинтезу нижньої щелепи міні-пластинками:
 а - набір міні-пластинок і шурупів; б, в - відламки, фіксовані міні-пластинками

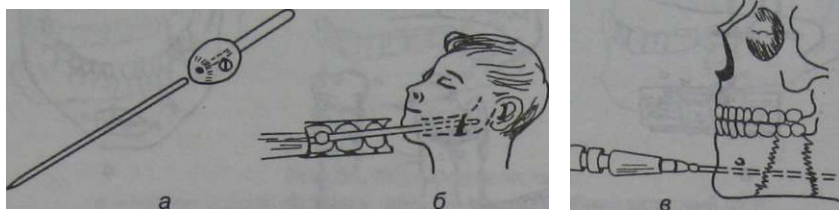


Рис. 58. Техніка черезшкірного остеосинтезу спицею Кіршнера:
 а - спиця Кіршнера і спеціальний перехідник (прямий наконечник);
 б - остеосинтез нижньої щелепи спицею Кіршнера за М. А. Макієнко;
 в - остеосинтез товстою спицею за П. З. Аржанцевим

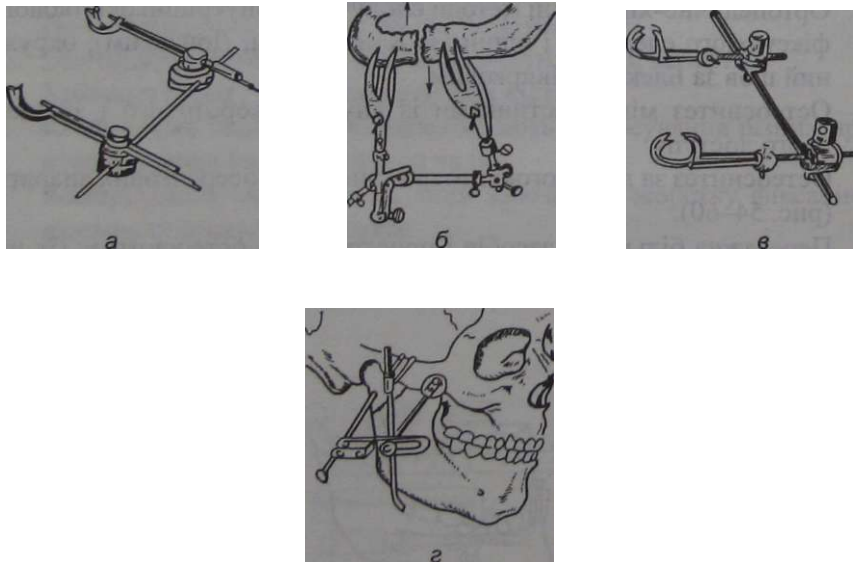


Рис. 59. Апарати для позаосередкового остеосинтезу:
 а - апарат В. Ф. Рудька; б - апарат Ю. І. Бернадського;
 в - апарат В.П. Панчохи; г - апарат Ходоровича - Маланчука

В сучасних умовах широко використовуються міні-пластинки із сталі або титану, які застосовують для сполучення і утримання відламків щелеп і виличних кісток.

Практично всі види остеосинтезу передбачають оголення щілини перелому, усунення інтерпозиції м'яких тканин, репозицію відламків, формування отворів на них, сприймальних лож, пропилив тієї чи іншої конфігурації для розміщення й утримання в них фіксуючих пристроїв. Усі втручання на кістці повинні проводитися з урахуванням топографо-анатомічних закономірностей співвідношень нижньощелепного нерва, коренів зубів і фіксувального пристрою.

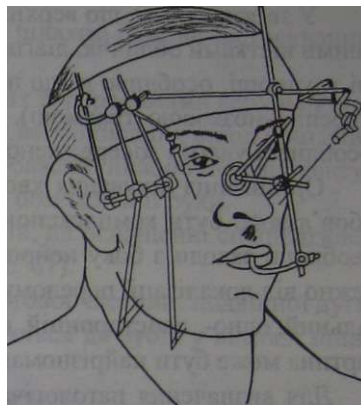


Рис. 60. Багатофункціональний позаосередковий апарат Галмоша для остеосинтезу кісток лицевого скелета

Остеосинтез спицями Кіршнера може проводитися без оголення щілини перелому (так званий перкутанний доступ), але його застосування обмежене ментальним відділом нижньої щелепи і не завжди забезпечує точну репозицію відламків, оскільки спиця вводиться "всліпу".

Позаротові апарати можуть використовуватись як при оголенні ділянок перелому, так і "всліпу". Конструкція більшості апаратів дозволяє проводити як одномоментну, так і поступову репозицію відламків.

Ураховуючи, що не всі конструкції для остеосинтезу забезпечують жорстку фіксацію відламків, по можливості слід використовувати додаткові ортопедичні методи.

7.2.2. Клініка та лікування переломів верхньої щелепи

Переломи кісток верхньої щелепи зустрічаються частіше внаслідок дорожньо-транспортних пригод (ДТП) і технічних катастроф. У більшості випадків переломи верхньої щелепи поєднуються із ураженнями головного мозку різної тяжкості, тобто належать до поєднаних травм. Ця обставина, а також безпосередня близькість ЛОР-органів і очних яблук накладають свій відбиток на клініку, діагностику і принципи надання допомоги при цих ушкодженнях.

У зв'язку з тим, що верхньощелепні кістки нерухомо з'єднані з іншими кістками обличчя, діагностика перелому іноді становить серйозні труднощі, особливо якщо перелом ускладнюється ЗЧМТ (закритою черепно-мозковою травмою). Тому ця категорія поранених потребує особливої уваги і зосередженості.

Організація лікування хворих із переломом верхньої щелепи має обов'язково бути комплексною, тобто містити в собі консультації чи необхідні заходи з боку нейрохірурга, ЛОР-лікаря, офтальмолога. Залежно від локалізації перелому (субназальний, суборбітальний, суббазальний, одно-, двосторонній, симетричний, несиметричний), клінічна картина може бути найрізноманітнішою.

Для визначення патологічної рухомості відламків лікар великим і вказівним пальцями захвачує стійкі зуби і визначає наявність перелому, про що свідчить рухомість зубів разом із фрагментом щелепи. Крім цього, при надавлюванні на тверде піднебіння вказівним і середнім пальцями (симптом непрямой болючості) у потерпілого з'являються больові відчуття у місці перелому кістки. Одна із серйозних ознак поєднаної травми - це "симптом окулярів", який свідчить про перелом основи черепа. На відміну від гематом орбітальної ділянки, що виникають у результаті прямої травми, "симптом окулярів" зобов'язаний своєю появою повільному прониканню крові у тканини передньої черепної ямки і поздовж зорового нерва, у клітковину орбіти. Це синюшно-багряне "коло" не виходить за межі орбіти і з'являється через 8-12-16 год. після травми. Крім нього, свідчення поєднаної травми ушкодження кісткових структур основи черепа такі:

1) симптом подвійної плями: після висихання на марлі краплі крові з носового ходу утворюються два круги - кров, що висихає, і по периферії блідо-рожевого кольору мозкова рідина, що висохла (ліквор);

2) симптом носової хустки - при висиханні виділення з носових ходів за наявності в ньому ліквору не виникає "хрусту" носової хустинки.

Визначення одного з таких симптомів навіть за умови збереженої свідомості постраждалого застерігає від застосування фіксуєчих та іммобілізуєчих пристроїв, які утруднюють відкривання рота. Транспортування таких хворих проводиться в положенні на животі або на боці для профілактики аспірації блювотних мас або виділень із рани. При

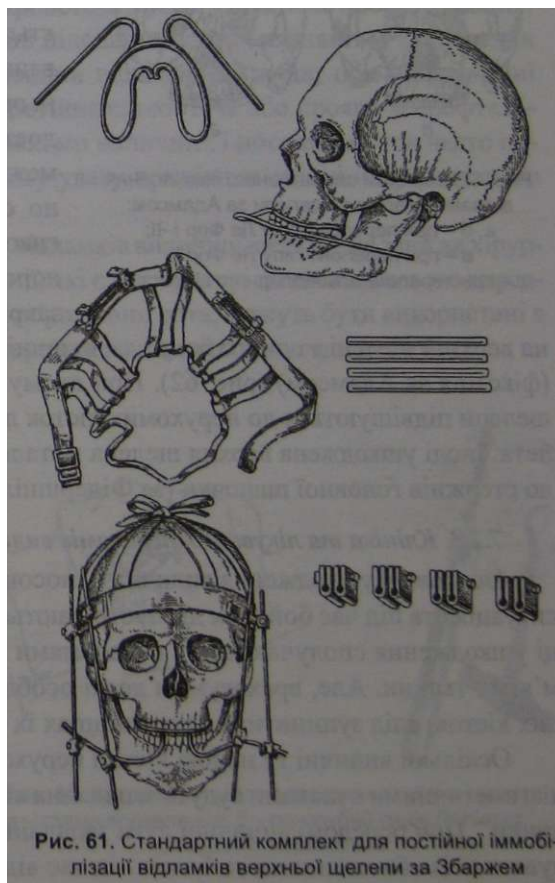
транспортуванні повітряним або водним шляхом бажане застосування протиблювотних препаратів.

Ортопедичне лікування постраждалих із переломами верхньої щелепи може проводитися з використанням всіх описаних видів шин. Використовуючи міжщелепну гумову тягу, бажано нижню щелепу фіксувати підборідною пращею для того, щоб обмежити її рухи.

Крім внутрішньоротових конструкцій, на оснащенні спеціалізованих відділень є апарат Я. М. Збаржа (рис. 61).

Апарат складається із внутрішньоротової частини: подвійної дуги, яка після підгонки до зубної дуги фіксується до зубів у вигляді шини та в позаротовій частині - до двох зігнутих стержнів, які відходять від дуги; головної фіксуючої шапочки з металевими пластинками та фіксуючими елементами, чотирьох стержнів та фіксуючих "хомутів". Після закріплення дуги на зубах верхньої щелепи на стержні і фіксуючі планки головної шапочки одягаються хомутики на обидві частини апарата, з'єднуються стержнями, які жорстко закріплюються хомутиками. Переміщення стержнів і хомутиків позаротовою частиною дуги дозволяє проводити не тільки репозицію, а й компресію відламків.

Перевага цього апарата полягає в тому, що



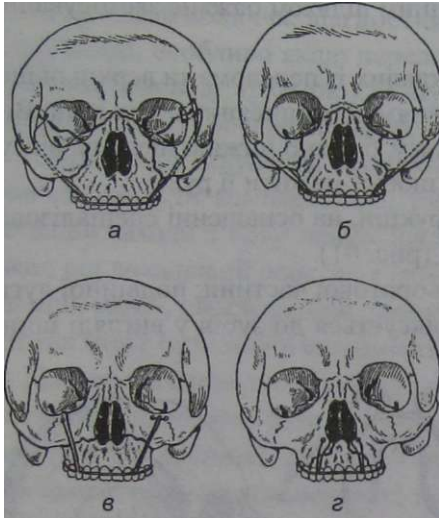


Рис. 62. Варіанти оперативного закріплення відламків верхньої щелепи за Адамсом:
 а, б - при переломі типу Ле Фор I-II;
 в - при переломі типу Ле Фор I;
 г - при переломі альвеолярного відростка

на верхній щелепі з одного боку і за виличні чи лобні кістки - з іншого (фіксація за Адамсом) (рис. 62). При цьому рухомі відламки верхньої щелепи підвішуються до нерухомих кісток лицевого чи мозкового скелета. Іноді ушкоджена верхня щелепа металеву петлею підвішується до стержнів головної шапочки (за Фідершпілем).

7.2.3. Клініка та лікування переломів виличних кісток і кісток носа

Ізольовані ушкодження виличних і носових кісток в екстремальних ситуаціях та під час бойових дій зустрічаються дуже рідко. Як правило, ці ушкодження сполучаються з переломами інших кісток обличчя або м'яких тканин. Але, враховуючи деякі особливості будови та функцій цих кісток, слід зупинитися на принципах їх лікування.

Оскільки виличні та носові кістки нерухомі та випуклі, основними діагностичними ознаками будуть западання відламків та наявність "сходінки". При переломі виличної дуги западання в цій ділянці буде поєднуватись із обмеженнями та болем під час відкривання рота за рахунок

забезпечуючи міцну і жорстку фіксацію відламків верхньої щелепи, він залишає можливими рухи нижньої щелепи, що полегшує догляд за порожниною рота, харчування постраждалого і запобігає можливості розвитку аспіраційної асфіксії при такій травмі.

Остеосинтез при переломах верхньої щелепи виконується за допомогою застосування міні-пластин із внутрішньоротового чи зовнішнього доступу. Іншими варіантами може бути введення черезшкірно спиць Кіршнера (за Макієнко) чи фіксація відламків за допомогою сталевого дрота, закріпленого за назубну шину

подразнення та болю в ділянці скроневого м'яза. При переломі тіла виличної кістки, окрім западання, буде визначатися "сходинка" по нижньоочному краю, кровотеча з відповідного носового ходу, інколи екзо- та ендофтальм, диплопія за рахунок зміщення очного яблука.



Рис. 63. Вправлення виличної кістки гачком Пімберга

При переломі кісток носа виявляються западання та крепітація в ділянці перенісся, кровотеча з носа, утруднене носове дихання. Окрім цього, при ушкодженні підочного нерва виявляється порушення чутливості відповідної половини щоки, ясен, зубів; при ушкодженні носо-сльозового каналу — постійна сльозотеча або прояви кеерофтальмії. Зважаючи на те, що переломи виличних і носових кісток часто поєднані із ЗЧМТ, слід особливу увагу приділити оцінці неврологічного статусу пораненого.

Репозиція (вправлення) відламків виличної кістки — це завжди хірургічне втручання. Рекомендації, які є в літературі щодо пальцевого вправлення відламків із присінку порожнини рота, можуть бути використані в рідкісних випадках, якщо перелом настав декілька годин тому.

Операція проводиться під місцевим знеболюванням і складається з переміщення зміщених фрагментів за допомогою гачка Лімберга, кровоспинного затискача або лопатки Буяльського (рис. 63,64,65).

Через невеликий розріз у підвиличній ділянці або

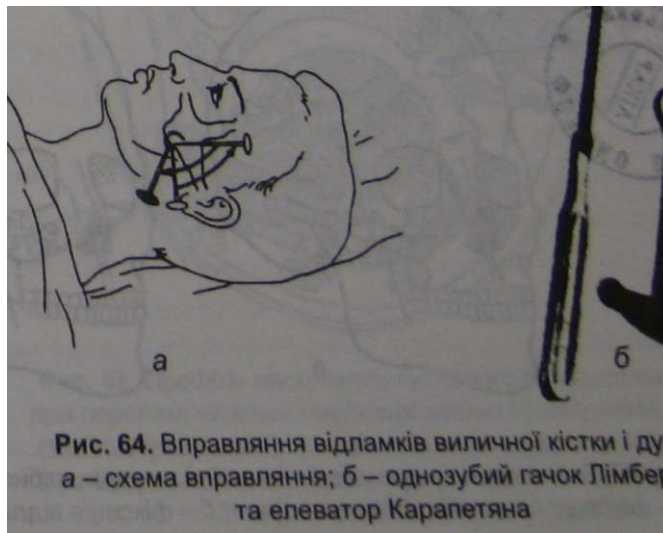


Рис. 64. Вправлення відламків виличної кістки і дуги
а – схема вправлення; б – однозубий гачок Лімберга та елеватор Карапетяна



Рис. 65. Вправлення відламків виличної дуги "кульовими" щипцями

в ділянці виличної дуги ПІД НИЖНІЙ край тіла кістки або дуги підводиться інструмент. Під контролем пальця обережно, повільно зміщують фрагменти до правильного положення; за відсутності дрібноосколкових ушкоджень вони добре утримуються без додаткової іммобілізації.

При дрібноосколкових переломах або за неефективної спроби вправлення із зовнішнього доступу репозиція відламків проводиться через синус верхньої щелепи. Після оголення доступу за Колдуел — Люком передньої стінки пазухи, яка часто ушкоджена в

цій ділянці, проводиться ревізія і санація пазухи, створюється співустья із нижнім носовим ходом. Відламки репонується й утримуються введенням у пазуху йодоформного тампона, кінець якого виводиться через нижній носовий хід. Тампон залишають у пазусі на 8-10-14 діб, постійно зволожуючи гліцериновим або вазеліновим маслом.

Останнім часом набуває поширення остеосинтез виличних кісток за допомогою міні-пластинок, що фіксуються міні-шурупами (рис. 66).

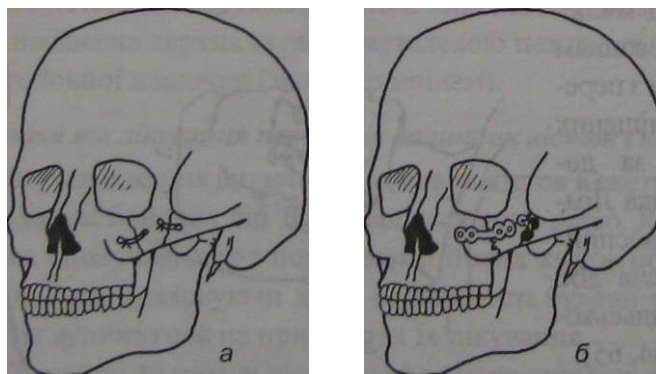


Рис. 66. Закріплення відламків виличної кістки при дрібноосколкових переломах: а - фіксація відламків кістковим швом; б - фіксація відламків міні-пластинками

При переломах кісток носа репозиція відламків проводиться ендоназальним доступом за допомогою затискача Кохера або Більрота, щічки якого завернуті в марлю. Натисканням (затискачем із внутрішнього боку, а пальцем іззовні) відламки встановлюють у правильне положення. Для запобігання повторному зміщенню носову порожнину щільно тампують йодоформною турундою, змоченою у вазеліновому або гліцериновому маслі. Для збереження носового дихання в нижні носові ходи вводять гумові трубочки, також обгорнуті йодоформною марлею.

7.3. Вогнепальні переломи кісток обличчя і принципи обробки вогнепальної кісткової рани

Вогнепальні переломи нижньої щелепи під час бойових дій найчастіші і належать до тяжких травм. Ураховуючи кінетичні властивості сучасних снарядів і закони ранової балістики, слід підкреслити, що існує багато варіантів ушкоджень, які важко піддаються систематизації. Як показує досвід ВВВ і сучасних локальних воєнних конфліктів, переважно зустрічаються крупно- і дрібно-осколкові переломи щелепи однієї або декількох локалізацій (рис. 67).

При цьому вони часто супроводжуються значними ушкодженнями навколишніх м'яких тканин і дефектами кісткової тканини. При осколкових пораненнях, при пораненні кулями з високою початковою швидкістю можуть виникати часткові

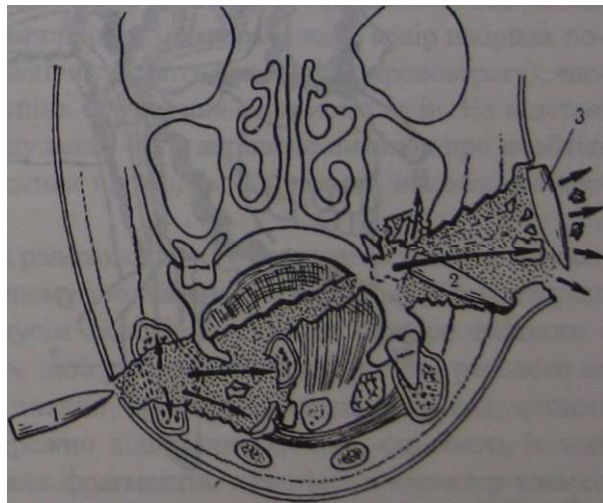


Рис. 67. Профіль наскрізного кульового ранового каналу при переломі нижньої і верхньої щелеп і ушкодженні язика (за Г. М. Іващенко): 1 - куля при наближенні до обличчя; 2 - поворот кулі внаслідок удару об верхню щелепу і зуби; 3 - куля при виході з обличчя

відриви підборідного або бокового відділів нижньої щелепи. Значне зміщення відламків, поранення язика, тканин дна порожнини рота можуть викликати серйозні порушення основних фізіологічних функцій. Тому основне завдання на ранніх етапах надання допомоги - збереження життєзабезпечувальних функцій дихання і кровообігу. Дихання підтримується введенням повітроводу, виведенням і фіксацією язика.

Вогнепальні переломи середньої зони обличчя також належать до тяжких. Слід мати на увазі те, що вони часто поєднуються з ушкодженням ЛОР-органів, очної орбіти і мозкового черепа (рис. 68). Тому поряд із симптомами, характерними для ушкодження кісток обличчя, можуть

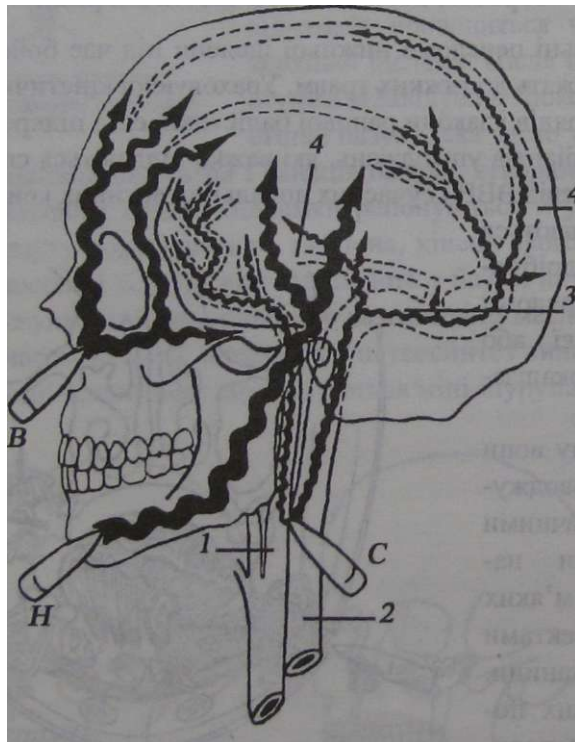


Рис. 68. Схема передачі струсів у головний мозок при вогнепальних пораненнях обличчя і ший (за Г. М. Іващенко): *B* - поширення ударної хвилі по кістках верхньої щелепи і *H* - нижньої щелепи (широкі хвилясті стрілки); *C* - удар кулі по великих шийних кровоносних судинах: внутрішній сонній артерії (1) і внутрішній яремній вені (2), при цьому ударна хвиля поширюється по руслу крові через венозні пазухи (3) і печерні пазухи (4), досягаючи мозку і твердої мозкової оболонки

бути наявні симптоми ураження очного яблука, черепно-мозкових нервів (блукаючого, язикоглоткового та ін.) або ушкодження можуть викликати порушення серцевого ритму, частоти дихання, слиновиділення та ін. Поранення середньої зони обличчя супроводжуються швидким розвитком набряку, який при ушкодженнях м'якого піднебіння може викликати утруднене дихання, що потребує невідкладної трахеостомії.

Як правило, вогнепальні переломи верхньої щелепи - осколкові - супроводжуються ушкодженнями гайморової порожнини (можливий розвиток підшкірної емфіземи), виличної кістки, носової порожнини, також можливі травматичні ампутації відділів середньої зони обличчя.

Діагностика самого факту вогнепального поранення нескладна. Але діагностика характеру й обсягу ушкодження, визначення обсягу, тактики хірургічного втручання при вогнепальних пораненнях бувають досить складними і потребують певного досвіду, добрих знань з топографічної анатомії, основних положень терапії і воєнно-польової хірургії.

Для об'єктивної оцінки стану пораненого першочерговим завданням його лікування у спеціалізованому відділенні є старанний і послідовний огляд, пальцеве та інструментальне обстеження. Зовнішній огляд дозволяє оцінити загальний стан пораненого, колір шкірних покривів (блідість, сірість шкіри свідчить про значну крововтрату), частоту пульсу, дихання, ступінь порушення свідомості та ін. На підставі тільки зовнішнього огляду може бути вирішене питання про необхідність термінового проведення протишокової терапії, поновлення крововтрати, трахеостомії.

Огляд стану рани та ранового каналу проводиться на тлі адекватного знеболювання за допомогою пінцетів, затискачів, зубних дзеркал, шпатель, зондів. Передусім необхідно оцінити розміри вхідного і, якщо є, вихідного отвору, щоб уявити можливий напрям ранового каналу, стан навколишніх тканин, наявність клаптів, розривів, кишень, гематом, кровотечі. Обережно відводячи тканини, оцінюють їх життєздатність, стан кісткових фрагментів, наявність і характер уламків, зміщення відламків. Рухомість відламків, можливість їх репозиції перевіряють двома пальцями, якими захвачують стійкі зуби. Пінцетом і зондом перевіряють стійкість і стан зубів, можливість їх використання для фіксації шини. При ранах середньої зони необхідно оглянути тканини твердого і м'якого піднебіння, виявити наявність або відсутність ушко-

джені придаткових пазух носа. Виявивши симптоми поєднаних ушкоджень, необхідно проконсультуватися з відповідними спеціалістами (нейрохірургом, ЛОР-лікарем, окулістом) для вирішення питання про можливість, строки і послідовність необхідних оперативних втручань.

Остаточне уявлення про поранення дають поряд із клінічними обстеженнями додаткові методи: рентгенологічне дослідження в різних площинах, УЗД, лабораторні дослідження крові, сечі.

Після проведеного обстеження і встановлення діагнозу визначаються послідовність та обсяг хірургічного втручання з приводу вогнепальної рани.

Лікування вогнепальної рани щелепно-лицевої ділянки - надзвичайно складне завдання.

У спеціалізованому відділенні має бути проведена, як зазначалося раніше, повноцінна радикальна ПХО, завдання якої не змінювалось із часів М. І. Пирогова, який визначив її як "перетворення рани вогнепальної в рану різану". Іншим важливим завданням ПХО вогнепальної рани є запобігання розвитку ранової інфекції та пов'язаних з нею ускладнень.

На жаль, дія сучасних снарядів призводить до таких порушень життєдіяльності тканин, які не завжди можна виявити візуально та інструментально під час обробки рани. Тому часом виникає необхідність повторної обробки для усунення розвитку гнійно-запальних процесів.

Необхідно пам'ятати, що у зв'язку з особливостями будови різних тканин обличчя внаслідок дії снаряда зони вторинного некрозу можуть з'явитися і у віддалених від ранового каналу тканинах, особливо якщо у них знижений опір. Це має особливе значення при вогнепальних переломах щелепи за наявності в ній зубів із хронічними запальними процесами й відповідними змінами в періапикальних тканинах.

Обробляючи вогнепальну рану щелепи, необхідно виконати декілька умов:

1. Видалити з рани всі нежиттєздатні і некротизовані тканини.
2. Обробити кісткові відламки до життєздатної кістки, видалити всі дрібні й вільні уламки, чужорідні тіла, а також уламки, пов'язані з материнською кісткою тільки окістям.
3. По можливості розмежувати рану й порожнину рота, провести ортопедичну або хірургічну фіксацію відламків.

4. Спробувати повністю закрити кісткові фрагменти м'якими тканинами, використовуючи можливості зміщення клаптів.
5. Залежно від стану м'яких тканин, розмірів рани, строків після поранення закрити рану м'яких тканин, використовуючи різні види швів за показаннями.
6. У процесі ПХО вогнепальної рани для знешкодження функціональних і косметичних порушень використовують методи місцевої пластики.

Вважалося, що при вогнепальних пораненнях нижньої щелепи без дефектів кісткової тканини під час обробки рани уламки розміром більше 1,5-2 см, які зв'язані окістям з основним фрагментом, необхідно укласти на місце. При цьому життєздатність кісткової тканини визначалася за наявністю капілярної кровотечі з фрагмента при скушуванні кістки кусачками.

У той же час, оцінюючи досвід лікування поранених у локальних воєнних конфліктах (Афганістан, Карабах), де використовувалася сучасна швидкострільна зброя, хірурги дійшли висновку щодо необхідності радикального підходу до обробки кісткової рани (М. Б. Швирков та ін., 2000). Це пояснюється бажанням запобігти розвитку вогнепального остеомієліту за рахунок формування ділянок некрозу в нерозпізній зоні молекулярного струсу. При обробці кісткової рани необхідно уважно й старанно оцінити стан зубів. Розтрощені зуби з пломбованими каналами в щілині перелому мають бути видалені. Стійкі зуби можуть бути використані для фіксації шин.

Важливою умовою запобігання розвитку гнійних інфекцій є роз'єднання рани й порожнини рота. Якщо через розміри рани це не вдається, то можна для ізоляції тканин рани використати йодоформні тампони, які утримуються шиною з опорною площиною. Після обробки кісткових відламків вони закриваються м'якими тканинами і рана ушивається.

При пораненнях середньої зони обличчя, де переважають гладенькі кістки з малою кількістю губчастої речовини і, як правило, ушкоджується верхньощелепна пазуха, обробка рани починається з її ревізії. Видаляються згустки крові, вільні кісткові відламки, ушкоджена слизова оболонка. Обов'язково створюється співустя з нижнім носовим ходом.

Пазуха заповнюється йодоформним тампоном, який утримує репоновані відламки верхньощелепних і виличних кісток. Після обробки кісткової рани й санації пазухи остання ізолюється від порожнини рота переміщенням слизово-окісних клаптів, зовнішня рана пошарово вшивається, ушкоджені виличні кістки після репозиції фіксуються кістковим швом або міні-пластинками.

Серйозною проблемою є лікування вогнепальних переломів нижньої щелепи з дефектами кісткової тканини. Спеціалізована допомога при таких ушкодженнях може закінчуватися первинною кістковою ауто- або алопластикою свіжого вогнепального дефекту. Це можливо лише за повної впевненості хірурга в якості обробки фрагментів, що виключає ризик розвитку остеомієліту. Іншою обов'язковою умовою є повна ізоляція рани від порожнини рота й вктування транспланта м'якими тканинами. За неможливості виконання цих умов відламки в правильному положенні фіксуються шинами із розпірковим згином або утримуються позаротовими апаратами (Рудько, Уварова, Бернадського та ін.). Нині швидко розвивається метод компресійно-дистракційного остеосинтезу, який дозволяє, використовуючи внутрішньо- і позаротові компресійно-дистракційні апарати (КДА), усувати дефекти нижньої щелепи за рахунок "виращування" нової кістки в зоні дефекту (М. Б. Швирков та ін., 2000).

Зближення кісткових відламків при дефектах кісткової тканини до їх стикання дозволяє покращити умови закриття рани м'яких тканин. Після досягнення компресії відламків на ранніх стадіях формування кісткової мозолі відламки починають розводити за допомогою КДА, досягаючи цим формування нового регенерату аж до відновлення форм і розмірів щелепи.

Ортопедичне закріплення відламків щелеп за допомогою різного виду шин (Тігерштедта, Васильєва, інших модифікацій) при вогнепальних переломах проводиться за тим же принципом і з виконанням тих самих вимог, що і в лікуванні переломів, викликаних механічною травмою.

У деяких випадках надання спеціалізованої допомоги виникає необхідність виготовлення ортопедичних апаратів лабораторним шляхом.

Показання, види ортопедичних конструкцій, що виготовляються лабораторним шляхом, і технологія їх застосування викладені в розділі 11.

7.4. Клініка та лікування термічних ушкоджень щелепно-лицевої ділянки

Діагностика й лікування опіків у зв'язку з багатьма факторами, що стосуються цієї патології, виділяються в самостійний розділ травматології - комбустіологію.

Організовані в останні десятиріччя опікові (комбустіологічні) центри, де була зосереджена спеціалізована допомога потерпілим з опіками будь-якої локалізації, дозволили значно покращити якість лікування таких поранених.

Однак в екстремальних ситуаціях і під час бойових дій не буде можливості надати допомогу всім потерпілим з опіками тільки у спеціалізованих центрах. Тому поранені з опіками щелепно-лицевої ділянки будуть госпіталізовані у відповідні відділення. У зв'язку з цим знання основних положень організації допомоги при опіках, особливостей їх перебігу й лікування необхідні стоматологові.

Залежно від етіологічного моменту опіки поділяють на чотири групи:

1. Термічні - опіки полум'ям, розпеченими предметами, рідинами, парами.
2. Хімічні - опіки кислотами й іншими хімічними реактивами.
3. Електричні - опіки, викликані дією струму.
4. Променеві - опіки, викликані дією променевої енергії.

У мирний час переважають опіки внаслідок будь-яких технологічних катастроф, стихійних лих (лісові, степові пожежі), порушення техніки безпеки у побуті та на виробництві.

Під час бойових дій опіки щелепно-лицевої ділянки, за даними ВВВ, особливо часто зустрічались у льотчиків і танкістів. Зважаючи на те, що в сучасних умовах війни практично незахищеними залишаються тільки обличчя і кисті рук, слід чекати значного збільшення кількості опікових поранених із вказаною локалізацією ураження. Частка опіків обличчя та кистей рук може складати від 15-17 % до 27-32 % опіків усіх локалізацій.

Стан пораненого, прогноз результату його лікування залежать від двох основних показників опіків:

- 1) глибина опіку;
- 2) поширеність (площа) опіку.

За глибиною ураження опіки поділяються на 4 ступені (рис. 69):

1. Опік I ступеня - виражена гіперемія шкіри, незначний набряк, різкий біль на ураженій ділянці; найбільш характерний приклад: люди з півночі, що захоплюються південним сонцем.

Явища ураження ліквідуються за 8 днів, період одужання характеризується свербінням уражених ділянок шкіри, більш або менш вираженим злущуванням, остаточною гіперпігментацією, підвищеною чутливістю до термічних і тактильних подразників протягом 4—6 місяців.

2. Опік II ступеня - на фоні гіперемії виникають різного розміру пухирі за рахунок відшарування поверхневого шару епідермісу, які заповнені прозорою серозною рідиною. При порушенні цілості пухиря під ним виявляється ерозивна, різко болюча поверхня. Процес загоєння триває 8-12 днів, і за відсутності інфекції на шкірі не залишаються сліди, за винятком підвищеної чутливості до температурних і тактильних подразників та зрідка - гіперпігментація.

При приєднанні інфекції, бактеріального "забруднення" пухирців рідина в них мутніє, іноді перетворюється у гній. У результаті наслідком загоєння можуть бути плоскі гіпертрофічні рубці.

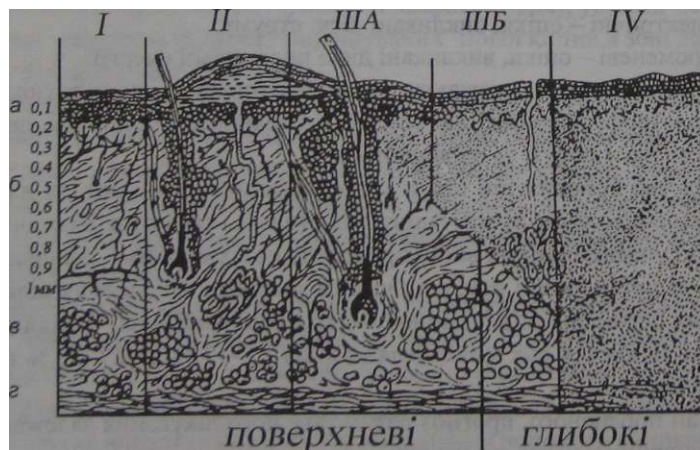


Рис. 69. Схема класифікації опіків:

I, II, III, IV- ступені опіку.

а - епідерміс; б - дерма; в - підшкірна жирова клітковина; з - фасція

3. Опік **III ступеня** поділяється на:

- опік **III-А ступеня**, який характеризується загибеллю поверхневих і середніх прошарків шкіри, але при цьому зберігаються неушкоджені деривати епітелію: потові, сальні залози, волосяні фолікули. На цьому ступені опіку за своєчасно наданої допомоги можлива епітелізація ушкоджених ділянок шкіри за рахунок збережених глибоких острівців епітелію. У зв'язку з частим приєднанням інфекцій процес закінчується формуванням рубців різної форми і складу, аж до келоїдних. Можуть виникати деформації, які важко видалити, вивороти повік, крил носа, губ;
- опік **III-Б ступеня** характеризується загибеллю всіх шарів шкіри. Відновлення втрачених шкірних покривів без пластичної операції неможливе. Остаточний результат без відповідних пластичних операцій завжди характеризується формуванням грубих рубців.

4. Опік **IV ступеня**. При опіках IV ступеня дія ушкоджувального фактора поширюється на глибокі тканини: клітковину, м'язи, хрящову тканину. Потерпілі потребують довготривалого, багатоетапного лікування.

Однією з суттєвих особливостей опіків обличчя є те, що у зв'язку з анатомічною будовою органів обличчя внаслідок дії термічного або іншого ушкоджувального фактора на тканини обличчя виникають усі ступені ушкодження. Так, від дії відкритого полум'я можуть виникати опіки щік I—II ступеня, опіки губ II—III ступеня, а опіки кінчика й крил носа, вушної раковини - IV ступеня.

Цю особливість обов'язково має враховувати лікар, оглядаючи пораненого й оцінюючи глибину ураження.

Площу опікової поверхні можна визначити різними способами. Найточнішим є метод підрахунку за Постниковим. На опікову поверхню накладається прозора плівка, визначаються контури опіку і підраховується їх кількість на см². Цей результат порівнюють із загальною площею шкіри тіла, яка в середньому складає до 16000 см², і обчислюється відсоток ураження. Існує також методика "дев'яток". Голова, шия - 9 %, нижні кінцівки, спина, передня поверхня тулуба - по 18 %, руки —9%, промежина - 1 %. У цьому варіанті підрахунку щелепно-лицева ділянка окремо не виділена. Тому щелепно-лицевий хірург

переважно користується правилом долоні. Поверхня долоні складає близько 1 % поверхні тіла.

Таким чином, площа опіку обличчя і шиї складає від 2 % до 2,5-3 %. Незважаючи на таку невелику площу, опіки обличчя належать до тяжких. Це пов'язано з тим, що на обличчі зосереджена велика кількість чутливих нервових закінчень, можливий больовий шок, швидко зростає набряк, що призводить до порушення зору (тимчасова сліпота). Виражений больовий синдром ускладнюється станом страху і безпорадності, опік приротової ділянки ускладнює вживання їжі і мовлення. Крім того, має значення і страх перед наступними рубцями і деформаціями тканин обличчя.

На етапі кваліфікованої і (або) спеціалізованої допомоги в першу чергу визначаються поранені, які потребують протишокової терапії, невідкладних заходів з покращення та відновлення дихання (набряк гортані та ін.) - трахеостомії. Цих поранених затримують до досягнення транспортабельного стану.

Під час сортування виділяється група з опіками I-II ступеня, яка не потребує хірургічного лікування і, після обробки ураженої поверхні анестезуючим протизапальним аерозолем (I ступінь) або після підсікання (розтину) великих пухирів та обробки опікової поверхні аерозолем, відправляється до шпиталю для легкопоранених або в команду одужуючих.

Усі інші постраждалі направляються до спеціалізованих опікового або щелепно-лицевого відділень.

Нині в лікуванні опіків обличчя перевага віддається відкритому методу. Його переваги: немає необхідності у болючих перев'язках із відмочуванням присохлого бинта; полегшується догляд за природними отворами обличчя; неможливе намокання пов'язок за рахунок виділень із носа, очей, рота, зменшується небезпека вторинного інфікування опікової поверхні, покращуються і прискорюються можливості впливу і контролю за строками демаркації здорової та ушкодженої тканини при опіках III-Б, IV ступеня.

Для надання спеціалізованої допомоги пораненим з опіками обличчя III-А ступеня використовують захисні емульсії та препарати, що стимулюють регенерацію епітелію. Некротичні тканини видаляються за показаннями з максимальною обережністю, щоб запобігти ушкодженню росткового шару та грануляції.

При опіках III-Б ступеня проводиться обробка опікової поверхні дезінфікуючими розчинами: 3 % розчином перекису водню, риванолом, фурациліном, відсікаються ділянки некротизованої шкіри. Після обробки опікової рани можливі кілька шляхів її подальшого ведення: при невеликих розмірах слід відразу використати методи пластики місцевими тканинами - клапоть на ніжці, ротаційні клапті, переміщення зустрічних трикутних клаптів за Лімбергом.

При неможливості місцевопластичних операцій показана вільна шкірна аутопластика розщепленим, а краще - повношаровим клаптем, узятим на внутрішній поверхні плеча, бічній поверхні грудної клітки. Розміри трансплантата мають на 50 % перевищувати розміри дефекту для запобігання деформації та зморщуванню клаптя. Слід урахувати, що при шкірній аутопластиці трансплантати відрізняються від навколишньої шкіри. Для згладжування цієї різниці через 6-8 місяців після пересадки проводиться дермоабразія. Кращі результати досягаються при пересадці трансплантата на грануляції в ділянці опікової рани, які за відсутності вторинного інфікування при використанні захисних біополімерних плівок розвиваються на 8-10 добу.

Особливо складне лікування опіків IV ступеня при оголенні хрящів крил та перетинки носа, вушної раковини. У цих випадках необхідне обережне відсікання некротичних тканин та закриття оголених хрящових поверхонь біополімерними плівками або переміщенням, якщо це можливо, клаптів на ніжці. Ця група поранених потребує довготривалого, багатоетапного, спеціалізованого лікування, яке можливе в небагатьох спеціально оснащених стаціонарах.

На відміну від термічних опіків, які зустрічаються і в мирний, і у воєнний час, хімічні опіки переважно пов'язані з техногенними катастрофами.

Опіки речовинами кислотного походження викликають сухий некроз за рахунок коагуляції білка зі швидким утворенням сухого, чітко відмежованого струпа (рис. 70). При цьому важко визначити глибину ураження тканини. При опіку лужними речовинами спостерігається вологий (коліквацийний) некроз шкіри та глибше розташованих шарів без чітких меж. Змертвілі тканини набувають желеподібного характеру і можуть розташовуватись під зовні не зміненою шкірою, що ускладнює визначення площі та глибини опіку.

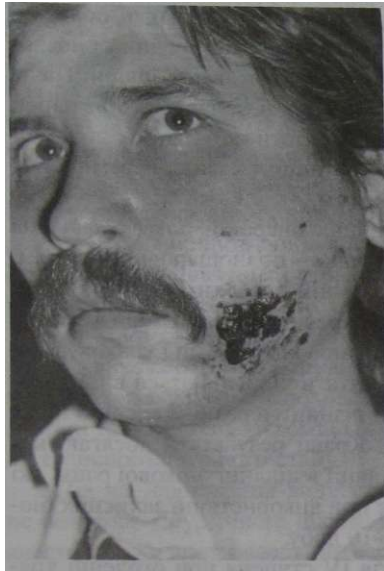


Рис. 70. Опік кислотою, сухий коагуляційний некроз на стадії струпа

Спеціалізована допомога складається із серії відновлювальних та пластичних операцій, які бажано проводити відразу після некректомії у ранні строки, щоб запобігти розвитку грубих пігментованих деформуючих рубців, особливо в ділянці природних отворів.

Електроопіки струмом малої потужності викликають зміни, характерні для термічних опіків III-A-B, IV ступеня. Відповідно їх лікування не відрізняється від уже описаної тактики; звичайно, першою вимогою допомоги є звільнення постраждалого від струму.

При дії струму високої потужності на перший план виступають гострі розлади дихання, серцево-судинної та центральної нервової системи. Тому надання допомоги на ранніх стадіях полягає у від-

новленні функціонування життєзабезпечувальних систем: зовнішній масаж серця, дихання рот у рот та ін. Оскільки опіки при цьому бувають найчастіше IV ступеня, то спеціалізована допомога надалі визначається залежно від локалізації та поширення опіку, який може викликати зміни навіть до обуглювання окремих сегментів обличчя.

При електротравмі, крім порушення діяльності серцево-судинної та нервової систем, можуть виникати опіки різного ступеня, як правило, у вигляді коагуляційного некрозу. Особливості перебігу таких опіків такі: слабо виражена болючість ділянки ураження та прилеглих тканин; відсутність вираженої гіперемії в цій зоні; рідкі випадки нагноювання при виражених трофічних розладах та уповільненні регенераторних процесів.

Променеві опіки ізолювано практично не зустрічаються, і тактика при них розглядатиметься у розділі комбінованих уражень.

Відмороження органів і тканин щелепно-лицевої ділянки зустрічаються рідко. Дія низької температури не призводить до первинного некрозу, а частіше спостерігається відмороження вух, носа I-II ступеня, що проявляється у вигляді різкої блідості тканин, втрати тактильної чутливості, при II-му ступені формуються пухирі з прозорим серозним умістом, з'являється різкий біль у зоні відмороження.

III ступінь відмороження характеризується загибеллю шкіри, вираженим болем. Тканини темні, тверді. Після відторгнення некротичних тканин формуються грубі рубці. При IV ступені відмороження спостерігається загибель глибше розташованих тканин з їх муміфікацією та подальшим повільним відторгненням із формуванням грубих рубців. При III—IV ступені відмороження спостерігаються тяжкі розлади життєзабезпечувальних систем через виражену інтоксикацію.

На обличчі відмороження III—IV ступеня хоч і рідко, але зустрічаються в ділянці носа, вух, вилиць. Може бути змертвіння хрящів носа, вушної раковини з розвитком довготривалих перихондритів.

При відмороженні I ступеня ефективним є зігрівання ураженого з використанням компресів із теплої води, що через 30-60 хв. приводить до відновлення чутливості, гіперемії шкіри та різкої короткочасної болючості.

Розтирання, особливо снігом або жорсткою тканиною, протипоказане, бо може викликати мікротравми, їх інфікування з подальшим розвитком запальних ускладнень (Т. Я. Ар'єв). При відмороженні II ступеня, після відігрівання пухирі підсікаються, евакуюється серозна рідина, а оболонка пухиря використовується як біологічна пов'язка. Відморожені ділянки обробляються анестезуючими емульсіями. Хірургічного лікування ці ураження не потребують.

Строк реконвалесценції звичайно не перевищує 8-10 діб. Після відмороження II ступеня може на 5-6 місяців зберігтися гіперпігментація шкіри, гіпогіперестезія, особливо до температурних подразнень.

При відмороженнях III—IV ступеня основними завданнями лікування є заходи щодо запобігання інфікуванню уражених відділів, заходи щодо створення умов для швидкого відторгнення загиблих тканин із поступовим усуненням дефекту за допомогою пластичних операцій. Загальне детоксикаційне та стимулююче лікування особливостей не має.

7.5. Комбіновані ураження щелепно-лицевої ділянки

Комбіновані ураження — найтяжчий вид уражень, які зустрічаються в бойовій обстановці і в екстремальних ситуаціях.

Комбінованими називають поранення (ураження), викликані одномоментною або з незначним інтервалом часу дією різних видів зброї, або різних ушкоджуючих факторів однієї й тієї ж зброї.

Оцінюючи тяжкість, обсяг і характер комбінованого ураження, слід мати на увазі, що це ураження становить собою не просте поєднання, тобто суму патологічних факторів, які визначають закономірність перебігу кожного ушкодження, а зовсім новий патологічний процес зі своїми особливостями, до яких у першу чергу належить "синдром взаємного обтяження", який призводить до збільшення часу надання медичної допомоги, підвищеного використання медичного майна, підготовки кадрів та ін.

У сучасних умовах бойових дій, під час техногенних та стихійних катастроф комбіновані ураження будуть зустрічатися в різних поєднаннях у значній кількості потерпілих.

До організації й надання кваліфікованої та спеціалізованої допомоги необхідно залучати спеціалістів різноманітного профілю.

Одним із головних завдань організації допомоги цій групі постраждалих є сортування уражених з урахуванням необхідності ізоляції або проведення спеціальної обробки; визначення провідного ушкоджувального фактора в комбінованому ураженні та вирішення питання щодо місця та обсягу допомоги залежно від характеру ушкодження.

Серед усіх можливих уражень найбільш реальними поєднаннями є такі:

- 1) механотермічні;
- 2) механопроменеві;
- 3) механохімічні;
- 4) ушкодження, при яких на організм діють три та більше факторів - механічна травма, опік полум'ям і проникаюча радіація та ін.

Механотермічні ураження

Поєднання механічної, зокрема й вогнепальної травми, з термічним ураженням відбуваються найчастіше і в мирний, і у воєнний час.

На ранніх стадіях надання допомоги необхідне проведення стандартних заходів: тимчасова зупинка кровотечі, накладання фіксуєчих та захисних пов'язок, введення анестетиків, антигістамінних та антибактеріальних препаратів.

На етапі кваліфікованої допомоги, насамперед, визначається провідний ушкоджуючий фактор. При поєднанні опіків I-II ступеня, які займають до 5-8 % шкіри, із численними переломами кісток обличчя, звичайно, провідною буде механічна травма й основні лікувальні заходи будуть спрямовані на репозицію та фіксацію кісток обличчя. У разі опіку III-IV ступеня щелепно-лицевої ділянки в поєднанні з переломами кісток обличчя без зміщення основну увагу слід приділити лікуванню опіку; при значних опікових ураженнях, які поєднуються з механічною (вогнепальною) травмою щелепно-лицевої ділянки, лікування таких поранених має проводитись у загально-травматологічних, опікових відділеннях, де хірург-стоматолог буде залучатися як консультант. Слід урахувати, що наявність опікових ушкоджень обличчя, особливо приротової ділянки, значно ускладнить або повністю виключить використання ортопедичних методів лікування переломів. Хірургічні методи фіксації відламків у цих випадках мають бути мінімально травматичні та прості. Перевагу слід віддати перкутанному (закритому) остеосинтезу спицями Кіршнера або остеосинтезу міні-пластинами.

Ураховуючи небезпеку вторинного інфікування опікових поверхонь, можливість нагноювання кісткових ран, особливу увагу слід приділяти раціональній та адекватній антибіотикотерапії, підвищенню реактивності організму, нормалізації метаболічних процесів, використовуючи відповідну інфузійну терапію.

Під час обробки ран м'яких тканин обличчя, розташованих у зоні опіку, необхідно видалити всі некротичні тканини та, використовуючи методи пластики місцевими тканинами, закрити виниклі дефекти за допомогою глухих первинних швів. За відсутності такої можливості можна використати пластинчасті шви.

Як правило, при механотермічних ураженнях в умовах спеціалізованого стаціонару вдається досягти гарних результатів лікування при наявності чіткої роботи попередніх етапів та кваліфікованого сортування.

Механопроменеві ураження

Комбіновані ураження, пов'язані з дією проникаючої радіації, на фоні механічної травми можуть зустрічатися під час аварій на підприємствах та НДІ, що мають ядерні установки, на криголамах та атомних кораблях, що мають ядерні реактори, на атомних електростанціях (ЧАЕС - 1986 р.). В умовах бойових дій, у сучасній обстановці у світі та зважаючи на заходи, спрямовані на повну заборону випробувань та використання ядерної зброї, навряд чи слід очікувати ядерних уражень від вибуху бомби.

Дія ядерної енергії складається з кількох уражуючих факторів, які можуть діяти одночасно або окремо. Так, під час вибуху ядерного обладнання уражуючими факторами будуть:

- ударна хвиля;
- проникаюча радіація (іонізуюче випромінювання);
- світлове випромінювання;
- радіоактивне зараження навколишнього середовища;
- електромагнітний імпульс.

При порушенні техніки безпеки, поломці захисних механізмів обладнання, які не супроводжуються вибухом, можливе лише радіоактивне випромінювання, забруднення РР та електромагнітний імпульс. При інших порушеннях роботи можливе лише радіоактивне випромінювання (РВ).

Ударна хвиля викликає звичні ушкодження, характерні для механічної травми. Крім цього, можливі: баротравма з ушкодженням слухового апарату, травма головного мозку (струс, здавлення (1 кг/см^2 - смерть)) та ін.

Проникаюча радіація зумовлена розпадом радіоактивних елементів, появою гамма-випромінювання та швидких нейтронів. Радіоактивні елементи, поширюючись в усіх середовищах (повітря, вода, земля, рослини тощо), викликають радіоактивне забруднення місцевості, а потрапляючи з повітрям, водою, продуктами харчування в організм людини, затримуються в легенях, шлунково-кишковому тракті, всмоктуються в кров. Проникаюча радіація негативно діє на організм навіть через неушкоджену шкіру та слизові оболонки.

За наявності механічних ушкоджень тканин в ураженого, що перебуває в районі ядерної аварії, виникає радіоактивне забруднення

рани. При цьому сам він є загрозою для оточення як джерело вторинної радіації.

Крім радіоактивних забруднень ран щелепно-лицевої ділянки, під час безпосереднього контакту з радіоактивними речовинами відкритих неушкоджених поверхонь тіла можуть виникнути так звані променеві опіки за рахунок безпосередньої дії іонізуючого випромінювання.

Відновлювальний період та епітелізація з утворенням ділянок гіперпігментації тривають від 2-3 місяців до півроку. На ділянках променевого опіку у віддалені строки навіть за незначних ушкоджень, під дією сонячних променів можливий розвиток злоякісних пухлин, поява довго не загоєваних виразок.

Світлове випромінювання виникає тільки у разі вибуху, триває недовго і має вигляд ультрафіолетового, видимого та інфрачервоного випромінювання. Уражуюча дія світлового випромінювання залежить від потужності вибуху, виду вибуху (повітряний, наземний та ін.), відстані, на якій знаходиться постраждалий, і навіть від положення, в якому він був у момент світлового спалаху. Видима та інфрачервона частина спектру викликають опіки різної глибини та площі, які можуть виникати і під одягом.

Для променевих опіків характерні чіткі межі між ураженими і не-ураженими тканинами.

Таким чином, комбіновані радіаційно-механічні, у тому числі вогнепальні, ураження щелепно-лицевої ділянки становлять собою різного виду механічні ушкодження, опіки даної локалізації у комбінації із забрудненням їх радіоактивними елементами, зовнішнім та внутрішнім опроміненням органів і систем ураженого.

Звичайно, патогенетичні механізми цих процесів не можуть існувати самостійно та ізольовано один від одного. Механічна (вогнепальна) травма викликає порушення метаболічних, імунних реакцій організму, ускладнює перебіг променевої хвороби, яка виникає як реакція на опромінення. У свою чергу, радіоактивне випромінювання призводить до порушення кровотворення, що знижує пластичну і захисну функцію крові, погіршує її реологічні якості. Через це уповільнюються репаративні процеси, знижується рівень реактивності організму, розширюються можливості розвитку вторинної інфекції. При цьому часто відбувається формування гнійних джерел різної локалізації, у тому числі й активування хронічних джерел одонтогенної інфекції.

Цей своєрідний варіант патологічного процесу дістав назву "Синдром взаємного обтяження" (СВО). Звичайно, існування цього синдрому можливе при будь-яких поєднаннях кількох патологічних процесів в організмі, але найяскравіше він проявляється саме в цій ситуації.

Ступінь прояву СВО залежить від тяжкості радіаційного ураження (променевої хвороби), обсягу і характеру механічного ушкодження.

Зовнішнє і внутрішнє опромінення залежно від строку, виду ізотопу, інтенсивності опромінення викликає променеви хворобу гострого чи хронічного перебігу, сприяє розвитку злоякісних пухлин, імунодепресії.

У розвитку променевої хвороби виокремлюють чотири періоди:

- I. Період первинних реакцій.
- II. Період прихованих реакцій.
- III. Період розпалу променевої хвороби.
- IV. Період зворотного розвитку процесу, період одужування.

За тяжкістю променеви хвороба поділяється на чотири ступені:

I ступінь (легкий) — доза загального опромінення не перевищує 100-200 рад (1-2 Гр), СВО виражений слабо, особливо негативної дії на строки загоювання ран не виявляє.

II ступінь (середньої тяжкості) - доза загального опромінення від 200 до 400 рад (2—4 Гр). СВО виражений за неадекватної та несвоєчасної спеціалізованої допомоги і призводить до значного уповільнення загоювання ран і зрощення переломів, до розвитку гнійних ускладнень, вторинних кровотеч, формування грубих рубців.

III ступінь (тяжка форма) - доза загального опромінення - від 400 до 600 рад (4—6 Гр). СВО значно виражений, виявляються різкі порушення у системі крові, можливий розвиток лейкопенії, виражена анемія, різко уповільнені відновлювальні процеси, розвивається виразки на слизових оболонках, виникають кровотечі, формуються численні метастатичні гнійні джерела.

IV ступінь (вкрай тяжка форма) - одноразова доза опромінення — понад 600 рад (6 Гр). Усі перелічені вище патологічні зміни мають яскраво виражений характер. Прогноз при дозах опромінення понад 600 рад у багатьох випадках сумнівний.

Залежно від дози опромінення клінічні прояви та тривалість кожного з періодів можуть бути різні. При короткочасній дії невеликої дози

(I ступінь) клінічних проявів у I періоді практично не помічається. II період може тривати до 2-х тижнів. У III періоді виявляються незначні зміни загального стану - втрата апетиту, сонливість, незначно виражена лейкопенія, алергія. Ураження закінчується повним одужанням.

За інших ступенів променевої хвороби вже у I періоді виникають виражені порушення з боку слизових оболонок у вигляді ерозій, тріщин, на фоні яких розвиваються запально-некротичні процеси, які супроводжуються набряком, кровотечами різної інтенсивності, з'являються патологічні зсуви у структурі клінічних елементів крові.

Другий період скорочується до 5-8 діб; у цей час затихають гострі прояви променевого ураження, стабілізується стан постраждалого, покращуються клініко-лабораторні показники.

Третій період, особливо за тяжких форм променевої хвороби, характеризується бурхливим прогресуванням метаболічних процесів із розвитком гнійно-некротичних змін, особливо у тканинах, які безпосередньо контактували з радіоактивними речовинами (РР). Тут повністю порушуються репаративні процеси за рахунок порушення клітинного поділу, можливі ерозивні кровотечі із вторинно уражених гнійним розплавленням судин. У зв'язку з порушенням клітинного поділу значно уповільнюється або зовсім не відбувається консолідація відламків кісток обличчя, формуються несправжні суглоби, часто - тривалі хронічні остеомиєліти внаслідок радіонекрозу кістки.

Саме у третьому періоді променевої хвороби найбільше проявляється СВО.

Четвертий період тривалий, може супроводжуватись рецидивами як із боку прояву патологічних змін, пов'язаних із дією проникаючої радіації, так і з боку тканин, що постраждали в результаті механічного (термічного) ураження.

На етапі кваліфікованої медичної допомоги під дозиметричним контролем проводиться сортування постраждалих. Особи зі значним радіоактивним забрудненням одягу, шкіри, з наявністю РР у кишково-шлункових та дихальних шляхах направляються на спеціальну обробку. Інші, залежно від характеру й тяжкості механічних (вогнепальних) і термічних ушкоджень оглядаються у перев'язочній. Сюди в першу чергу надходять поранені, які потребують зупинки кровотечі, протишокової терапії, з порушеннями дихання. Під час огляду ран шелепно-

лицевої ділянки, якщо визначається наявність у них РР, то вони багатозазово промиваються розчинами новокаїну, фізіологічним, розчинами риванолу, фурациліну, видаляються поверхнево розташовані сторонні тіла. Проводиться остаточна зупинка кровотечі, накладаються асептичні пов'язки з адсорбентами, коректується іммобілізація відламків. Пораненим, що пройшли спецобробку, подальша допомога надається за цими ж принципами.

На етапі кваліфікованої допомоги евакуаційно-транспортного сортування визначається остаточний пункт лікування пораненого: залежно від тяжкості, обсягу, провідного фактора ураження: шпиталь легкопоранених, терапевтичні відділення, опікові центри, щелепно-лицеві відділення. Враховуючи, що в більшості випадків комбіновані ураження зустрічаються і в мирний час, можна вважати, що всі види медичної допомоги, крім першої, будуть організовані на базі багатопрофільних лікарень із залученням необхідних спеціалістів. Це значно прискорить та покращить організацію і якість надання допомоги в цілому.

Спеціалізована допомога пораненим (ураженим), у яких провідним є механічне (вогнепальне), термічне ураження щелепно-лицевої ділянки, у повному обсязі повинна надаватися у відділеннях щелепно-лицевої хірургії.

Хірургічну обробку ран і фіксацію відламків щелеп необхідно провести в II періоді променевої хвороби. При цьому потрібний обов'язковий дозиметричний контроль рани до і після обробки. За наявності радіоактивного забруднення рани проводиться її рясне промивання, більш радикальне висічення тканин, обов'язкове видалення сторонніх, особливо металевих, тіл.

За можливості необхідно прагнути до завершення обробки накладанням глухого первинного шва, у крайньому разі - первинно-відстрошеного. У разі використання пластинчастих швів рана пухко тампонується тампонами з адсорбентом. Якщо після операції, до накладання швів, виявлено в рані РР, обробка повторюється.

Велике значення для результату лікування й профілактики гнійно-запальних ускладнень має раціональна антибіотикотерапія, корекція метаболізму, повноцінне харчування, імуностимулююча терапія.

При хірургічній обробці кісткової рани та при переломах щелеп без порушення їх неперервності перевага надається остеосинтезу. Це

запобігає травмуючій дії шинувальних засобів на слизову оболонку ясен та порожнини рота.

У період розпалу променевої хвороби (III період) небажані жодні хірургічні втручання. Операції можливі лише за життєвими показаннями: зупинка кровотечі, трахеостомія, розтин флегмон. Ураховуючи геморагічний синдром, що розвивається на цій стадії, операція повинна проводитися під прикриттям потужної гемостатичної терапії.

Усі відновлювальні та реконструктивні втручання проводяться під кінець IV періоду.

Механохімічні ураження

Оскільки використання хімічної зброї нині заборонено міжнародними конвенціями, то механохімічні ураження можуть наставати внаслідок аварій різного походження на хімічних підприємствах, транспортних катастроф, під час перевезення хімічних реактивів, під час контактів з продуктами ракетного пального.

Синдром взаємного обтяження (СВО) при таких комбінованих ушкодженнях може проявлятися у двох напрямках. По-перше, при загальнорезорбтивній дії хімічних речовин, що потрапили в організм через дихальні і травні шляхи. При цьому виникають відповідні токсичні зміни систем і органів, характерні для Дії отруйного агента. По-друге, при забрудненні рани хімічним агентом, коли, крім безпосередньої токсичної дії на ушкоджені тканини, за рахунок усмоктування можлива аналогічна дія на організм у цілому.

Організація допомоги постраждалим передусім повинна передбачати, крім уже вказаних, заходи, спрямовані на підтримання й збереження функцій життєзабезпечувальних систем, швидку евакуацію постраждалого за межі отруєної зони та припинення дії агента. Від газоподібних хімічних продуктів необхідний захист дихальних шляхів за допомогою респіраторів, багатошарової вологої марлі. Після ідентифікації ОР - уведення антидотів на всіх етапах евакуації.

Загальні положення, що регламентують обсяг допомоги на етапах евакуації, залишаються визначальними при комбінованих механохімічних ушкодженнях (МХП). На початкових етапах одним із головних заходів є сортування й спеціальна обробка постраждалих для швидшого при-

пинення дії отруйних речовин. Залишаються незмінними завдання щодо знеболювання, профілактики запальних ускладнень, симптоматичної терапії, крім того, необхідно проводити заходи щодо дегазації, видалення видимих частинок, крапель хімічних речовин з одягу, поверхні тіла.

На етапах першої лікарської та кваліфікованої допомоги продовжуються вказані вище заходи — уражених сортують і направляють за необхідності на спецобробку. Стоматолог у перев'язочній оглядає всіх поранених, що мають рани щелепно-лищевої ділянки та переломи кісток обличчя. Визначається необхідність і черговість надання допомоги за принципами, які вже були наведені вище. У процесі сортування з'ясовується остаточний пункт евакуації, залежно від провідного уражуючого фактора, обсягу і характеру ушкодження.

За переваги загальнорезорбтивної токсичної дії хімічних отруйних речовин на перше місце виступають терапевтичні заходи, спрямовані на ліквідацію токсичної дії на організм і стабілізацію його функцій. У цьому випадку обсяг хірургічної допомоги мінімальний і за відсутності забруднення рани щелепно-лищевої ділянки отруйними речовинами, зводиться до невідкладних втручань: зупинка кровотечі, іммобілізація відламків, накладання пластинчастих швів при обширних ранах тощо. Основна хірургічна обробка ран, остаточна фіксація відламків проводиться після ліквідації гострих проявів дії ОР.

Якщо провідним фактором є рани щелепно-лищевої ділянки, забрудненої ОР, то результат лікування в основному залежить від строку та якості обробки ран, тому що через ушкоджені тканини всмоктування ОР відбувається з більшою швидкістю, а від цього залежить їх загальнотоксична дія.

Тому при обробці механічних (вогнепальних) ран, забруднених ОР, велике значення надається ретельній та багаторазовій обробці рани та прилеглих тканин різними м'якими та дезінфікуючими засобами, видаленню всіх видимих слідів ОР, сторонніх тіл та ін. При дії хімічних речовин різної природи в рані можуть виникати некробіотичні процеси вже в перші години після ураження. Шкіра, клітковина, м'язові тканини набувають буро-сірого кольору, припиняється кровотеча за рахунок некрозу й тромбозу судин, зникає скоротлива здатність м'язів при їх пересіканні, кінці кісткових відламків - сіруватого кольору, не кровоточать при скушуванні. У процесі ПХО такої рани проводиться

широке висічення всіх уражених тканин до макроскопічно незмінних. При обробці кісткових відламків видаляються всі фрагменти зміненого кольору, зокрема зв'язані окістям з материнською кісткою. Краї відламків скусуються або відпилюються до явної капілярної кровотечі з фрагмента. По можливості, операція повинна закінчитися накладанням глухого первинного шва, відламки краще фіксувати хірургічними методами. При значних дефектах кісткової тканини використовують позаротові фіксуючі апарати або ортопедичні конструкції.

РОЗДІЛ VII!

Ускладнення при ушкодженнях щелепно-лицевої ділянки, їх профілактика та лікування на етапах медичної евакуації

Ускладнення травматичних уражень щелепно-лицевої ділянки обумовлені численністю причин, серед яких можна виділити три основні:

- 1) причини, пов'язані з індивідуальними особливостями організму (генетичні, вроджені та ін.);
- 2) причини, пов'язані з характером ушкодження;
- 3) причини, пов'язані зі строками та якістю надання допомоги на етапах евакуації.

У зв'язку з цим запобігти розвитку того чи іншого ускладнення іноді або дуже складно, або неможливо. Тому разом із профілактичними заходами необхідні знання з лікування ускладнень, які зустрічаються найчастіше.

Всі ускладнення певною мірою умовно можна поділити на дві групи:

1. Ускладнення загального характеру, тобто пов'язані з функціональними та органічними порушеннями систем і органів: шок, колапс, гостра дихальна, серцева недостатність, порушення ниркової, печінкової функцій при комбінованих ураженнях, психоневрологічні розлади та ін.
2. Ускладнення місцевого характеру, тобто безпосередньо пов'язані з видом, характером та обсягом ушкодження, якістю, строками обробки рани: асфіксії, кровотечі, різні гнійно-некротичні процеси, ушкодження репаративних процесів, дефекти й деформації органів і тканин обличчя, зокрема й ті, що розвиваються у віддалені строки.

За строками виникнення всі ускладнення поділяються на чотири групи:

1. Безпосередні (до доби) - загальні: шок, колапс, гостра серцева, дихальна недостатність. Місцеві: кровотеча, асфіксія.

2. Ранні (6-8-10 діб) - загальні: гостра дихальна, серцева недостатність, порушення водно-сольового балансу та кислотно-лужної рівноваги, пневмонії. Місцеві: ранні вторинні кровотечі, асфіксії, нагноювальні процеси м'яких тканин.
3. Пізні (12—40 діб) - загальні: пневмонії, ранні психоневрологічні порушення, гіповітамінози. Місцеві: пізні вторинні кровотечі, нагноювальні процеси у м'яких тканинах, травматичний остеомієліт кісток обличчя, травматичний гайморит, слинні нориці, порушення консолідації відламків: переломи, що не зрослися, контрактури різної етіології.
4. Віддалені ускладнення (понад 2,5 міс.) - загальні: вторинні психоневрологічні порушення. Місцеві: несправжні суглоби, деформуючі та келоїдні рубці, контрактури, хронічний травматичний остеомієліт, слинні нориці, дефекти й деформації кісток та м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.

Як уже зазначалося в попередніх розділах, головним завданням надання допомоги на всіх її етапах є відновлення, збереження й підтримання життєзабезпечувальних функцій організму. Тому на перше місце виходить профілактика й боротьба з шоком, усунення гострої дихальної, серцево-судинної недостатності, попередження та усунення асфіксії, зупинка кровотечі.

Одним із найбільш небезпечних безпосередніх ускладнень травматичного походження є шок, без ліквідації явищ якого подальші заходи неможливі.

Травматичний шок - різке порушення та пригнічення всіх життєво важливих функцій організму у відповідь на травму.

Основні прояви шокowego стану:

1. Значне гальмування центральної нервової системи.
2. Зниження кров'яного тиску, тахікардія.
3. Гіповолемія за рахунок депонування крові та порушення мікроциркуляції.
4. Вторинні порушення кисневого обміну, гіпоксія тканин, у тому числі й головного мозку.

Сукупність цих порушень є безпосередньою загрозою життю хворого. Ніяких втручань, крім заходів для зупинки кровотечі та трахеостомії до виведення постраждалого з шоку, проводити не можна.

Основним завданням протишокової терапії є відновлення обсягу циркулюючої крові (відновлення крововтрати), припинення дії болювих подразників, уведення анальгетиків, наркотиків; іммобілізація ушкоджених кісток, стабілізація кров'яного тиску. При відновленні кров'яного тиску на рівні 110—120 та 55—65 мм рт. ст. протягом не менше 5-6 годин можна говорити про виведення пораненого з шоку.

На фоні введення знеболювальних засобів необхідна інфузійна терапія кровозамінниками, препаратами крові, білковими гідролізатами, 5 % глюкозою з адреналіном, фізіологічним розчином, гепарином. У тяжких випадках внутрішньовенно вводиться до 100 мг гідрокортизону або преднізолону. Для збереження кислотно-лужної рівноваги показане введення 100 мл 4 % розчину бікарбонату натрію. Контроль за показниками артеріального тиску та ОЦК проводиться постійно (див. розділ VI).

Гостра серцево-судинна та дихальна недостатність при ушкодженнях щелепно-лицевої ділянки часто виникає як один із симптомів шоку або обумовлена комбінованою чи поєднаною травмою. Профілактикою її є адекватне знеболювання та іммобілізація відламків, контроль за прохідністю дихальних шляхів, забезпечення достатнього надходження кисню, введення дихальних анальгетиків та серцевих глікозидів. Можна використовувати різні апарати для забезпечення штучної вентиляції легень.

Первинна кровотеча є наслідком будь-якого механічного ушкодження тканин. Принципи зупинки таких кровотеч були викладені у відповідних розділах. Тут слід лише вказати, що в обробці ран при комбінованих променевих та хімічних ураженнях для профілактики вторинних кровотеч рекомендовано проводити перев'язку судин по довжині, тобто перев'язку зовнішньої сонної, язикової, нижньощелепної артерії, зовнішньої яремної вени. Це усуває можливість виникнення вторинної кровотечі внаслідок розплавлення, відриву тромбу, розплавлення стінки судини в рані.

Вторинна кровотеча може бути ранньою (в перші 3-5 діб після травми) та пізньою (через 10-25 діб). У першому випадку кровотеча може зумовлюватися відривом тромбу, зміщенням стискної пов'язки, ушкодженням судини кістковим відламком за відсутності іммобілізації, нагноюванням гематоми, зісковзуванням лігатури. У другому випадку кровотеча виникає, як правило, у зв'язку з гнійно-некротичним проце-

сом у рані, який призводить до розплавлення тромбу або стінки судини. При пізніх кровотечах часто помічаються так звані "передвісники": поява тягучого болю в глибині рани, поява чи зменшення набряку прилеглих м'яких тканин, виділення з рани та ін. Постраждали зі значними ранами, особливо при комбінованих ураженнях, які надійшли у строки понад 48 год., яким не були накладені первинні глухі шви, мають знаходитися в палатах біля перев'язочної та під постійним медичним контролем. При виникненні вторинної кровотечі перша допомога надається притисканням магістральної судини (сонної, скроневої, нижньощелепної артерії) або тугою тампонадою рани і терміновою доставкою хворого в перев'язочну, де мають бути проведені перев'язка з прошиванням судин по довжині або, за можливості її виділення, в рані.

Одним із небезпечних безпосередніх та ранніх ускладнень є асфіксія. Діагностика й лікарська тактика при асфіксіях різного генезу була ретельно розглянута раніше.

Пізніші ускладнення проявляються найчастіше у вигляді різного роду гнійних процесів. Ці ускладнення зумовлені недостатньо радикально проведеною хірургічною обробкою рани, відсутністю профілактичної та лікувальної антибактеріальної терапії, ослабленням захисних сил організму, особливо при комбінованих ураженнях.

Спочатку гнійні процеси розвиваються у м'яких тканинах у вигляді абсцесів та флегмон. Абсцеси виникають у ділянці непомічених набряків, недренованих кишень, неспорожнених гематом. На 3–4—5 добу після травми в такій ділянці зростає набряк, з'являється біль, виникає чітко окреслена гіперемія, у центрі якої визначається флуктуація. При флегмонах з'являється розлита припухлість, формується інфільтрат, підвищується температура, погіршується загальний стан, виникають характерні для запального процесу зміни у формулі крові, у сечі. Іноді у зв'язку з глибокою локалізацією гнійного процесу зовнішні клінічні прояви не виражені. Тому, якщо у пораненого з ушитою первинними глухими швами раною з'являються незрозумілої природи болі в рані, підвищується температура, то необхідно розпустити шви і провести ревізію рани з її подальшим дрениванням. Розтин, дренивання та післяопераційне ведення гнійної рани проводяться за загальноприйнятими методиками.

При комбінованих ураженнях потрібно надати перевагу загальнозміцнювальній та імуностимулюючій терапії. Для швидкого очищення

рани та стимуляції регенерації доцільно для перев'язок використовувати іммобілізовані ферменти, адсорбенти, опромінення рани лазером.

У разі неадекватної обробки кісткової рани, збереження нежиттєздатних кісткових ферментів, зубів у щілині перелому, сполучення з порожниною рота, недостатньої фіксації відламків можливий розвиток травматичного остеомієліту. Цей гнійно-некротичний процес розвивається як при механічній, так і при вогнепальній травмі щелеп.

На відміну від одонтогенного остеомієліту травматичний розвивається в неушкодженій кістці, без первинної сенсibiliзації і хронічного джерела пері апікальної інфекції.

Однією з причин вогнепального остеомієліту можуть бути вторинні некротичні зміни в кістковій тканині, пов'язані з її молекулярним струсом.

Тому нині більшість хірургів як один з етапів профілактики розвитку вогнепального травматичного остеомієліту розглядають необхідність радикальної обробки кісткової рани та видалення зубів не тільки безпосередньо зі щілини перелому, але й пломбованих - по краях відламків.

Травматичний остеомієліт звичайно розвивається на 3—4-му тижні від моменту травми й може мати гостру або хронічну фазу. У першому випадку через відсутність відтоку ексудату можуть формуватися флегмони й абсцеси у прилеглих тканинах з можливим самовільним розкриттям та функціонуванням нориці. Найчастіше через збереження можливості відтоку процес набуває первинно-хронічного перебігу. Рентгенологічним дослідженням можна виявити як первинні, так і вторинні секвестри (які втратили зв'язок з материнською кісткою, дрібні осколки). Причому процес секвестрації може відбуватися паралельно з формуванням кісткової мозолі, у якій "замуровуються" секвестри.

Щодо хірургічного лікування гострої фази остеомієліту немає розбіжностей. Це розтин і дренажування гнійних джерел у поєднанні з протизапальною, загальнозміцнювальною терапією на фоні жорсткої фіксації відламків.

У тактиці хірургічного лікування хронічного травматичного остеомієліту можна виділити два напрямки - консервативне й активне.

У першому разі оперативне втручання (некросеквестректомія) проводиться на основі рентгенологічного контролю за завершальним формуванням і відокремленням секвестру. З погляду прибічників цієї

позиції, очікувальна тактика запобігає рецидиву захворювання і забезпечує надійніший результат.

У другому разі, зважаючи на те, що травматичний остеомієліт, на відміну від одонтогенного й гематогенного, дуже рідко має тенденцію поширюватись по довжині кістки, можливе радикальне видалення некротично зміненої кістки до здорових тканин з одночасною жорсткою фіксацією відламків на фоні відповідної терапії незалежно від тривалості процесу.

Як видно з викладеного, основою профілактики більшості ускладнень гнійного характеру є рання радикальна хірургічна обробка м'яких тканин і кісткових фрагментів щелеп з обов'язковою їх ізоляцією з порожнини рота.

При ушкодженні паренхіми або протоків привушної залози або в результаті вторинних нагноювальних процесів у цій ділянці можуть формуватися слинні нориці. Нориці, які відкриваються в порожнину рота (внутрішні нориці), можна розглядати як додаткову слинну протоку. Лікування внутрішні нориці не потребують.

Зовнішні нориці паренхіми або протоки, повні чи неповні, формуються в кінці 5-7 тижня після травми. Нориці виглядають як точкові отвори, розташовані на шкірі в ділянці залози, жувального м'яза або досередини від нього. З отвору виділяється деяка кількість слини, причому виділення різко збільшується під час вживання їжі, дії смакових та харчових подразників, під час розмови. Навколо нориці спостерігається мацерація шкіри, іноді гіперемія, виразкування за недостатньої гігієни. Больових відчуттів при відсутності запалення нориця не викликає.

Лікування слинної нориці потрібно розпочинати зі спроб її консервативного закриття. Для цього на фоні введення 0,5 мл 0,1 % розчину атропіну за 30 хвилин до вживання їжі проводиться припалювання устя норичного ходу ляпісом, молочною кислотою, діатермокоагулятором з накладанням стискної пов'язки. При відсутності позитивного ефекту протягом 10-12 днів показане пластичне закриття норичного ходу одним із таких методів:

1. Пластика зустрічними трикутними клаптями за Лімбергом. Причому норичний отвір перекривається незмінним шкірно-жировим клаптем.
2. Можливе висікання норичного ходу на всю глибину з накладанням кількох кисетних швів на різних рівнях за Сапожковим.

3. При повній слинній нориці рекомендується виведення нориці в ротову порожнину з пластичним формуванням нової протоки з язикоподібного клаптя слизової оболонки щоки за Васильєвим. У післяопераційний період також призначається для зниження слиновиділення протягом 3-5 діб 0,1 % розчин атропіну по 0,5 мл.

Профілактика утворення слинних нориць полягає в ретельній ревізії рани, пошаровому вшиванні тканин залози й капсули, дренажуванні рани залози з рота.

Механічні та вогнепальні uszkodження кісток середньої зони обличчя, завдяки їх анатомічним особливостям, значно рідше ускладнюються травматичним остеомієлітом, ніж uszkodження нижньої щелепи. Тут потрібно мати на увазі можливість розвитку травматичного гаймориту, параорбітальних флегмон та абсцесів. Причиною такого роду ускладнень найчастіше є неповноцінна хірургічна обробка рани, яка має сполучення з пазухою. Це особливо важливо для обробки вогнепальних ран, коли в пазусі можуть залишатись чужорідні тіла, дрібні осколки тонких кортикальних пластинок стінок пазухи, оголені корені зубів, зокрема з періапикальними інфекційними вогнищами, клапті слизової оболонки тощо. Це може створювати умови для розвитку хронічного запального процесу.

Для діагностики травматичного гаймориту можливе використання рентгенологічного обстеження, УЗД, скловолоконної оптики. Останнє дозволяє візуально оцінити зміни в пазусі. Якщо первинною обробкою було зроблене сполучення з нижнім носовим ходом, то, перевіривши його прохідність, можна кілька разів промити пазуху. Іноді цього буває достатньо для ліквідації процесу. Але в більшості випадків єдиним методом лікування є радикальна гайморотомія за Колдуелом - Люком з ревізією та санацією пазухи, обов'язковим накладанням або відновленням співустя з нижнім носовим ходом та тампонадою пазухи йодоформним тампоном.

На кінець другого місяця після травми можливе виявлення порушень процесів консолідації у вигляді перелому, що не зрісся, формування післяопікових рубців, контрактур.

Порушення консолідації залежить від багатьох причин як загального, так і місцевого характеру.

У цьому випадку репаративні процеси можуть страждати через порушення білкового метаболізму, гіповітамінозу, зміни медико-географічних умов, характеру харчування та ін. У цих випадках на основі проведеного обстеження та виявлення причини уповільненого зрощення відламків проводиться необхідна коригуюча та стимулююча терапія з використанням білкових анаболіків, полівітамінів, білкових гідролізатів, біогенних стимуляторів, адаптогенів.

Частіше в основі порушення утворення кісткової мозолі лежать місцеві причини: довготривалий хронічний остеомієліт, недостатньо міцна фіксація відламків та іммобілізація щелепи, наявність зубів у щілині перелому, інтерпозиція м'яких тканин, недостатня площа стикання відламків, неусунене сполучення щілини перелому з порожниною рота.

Перелом, що не зрісся та не зростається, має відмінності лише за строками, оскільки клінічних та рентгенологічних відмінностей практично немає. Клінічно визначаються на 3-4 тижні після травми при переломі, що не зростається, значна рухомість відламків, іноді сукровично-гнійні виділення через норицю зовні або в порожнину рота. Збереження аналогічних симптомів на кінець 2-го місяця після травми, тобто в подвійний строк лікування, свідчить про незрощений перелом. Рентгенологічне дослідження часто допомагає уточнити діагноз.

Лікування переломів з порушеною консолидацією може бути консервативним, коли використовують уведення в щілину перелому різних стимулюючих речовин: завис кісткового аутомозку, клітинні екстракти фетальних тканин, 70° етиловий спирт та ін. При оперативних методах лікування проводиться видалення рубцевої тканини, усунення інтерпозиції м'яких тканин, замуrowаних секвестрів, освіжаються кінці фрагментів. Для фіксації у цих випадках переважно використовуються різні якісні та позавогнищеві компресійні пристрої, що забезпечують жорстку, стабільну та міцну фіксацію відламків.

Якщо рентгенологічним дослідженням незрощеного перелому нижньої щелепи на кінцях відламків визначаються чітко виражені замикаючі пластинки, що спостерігаються на кінець 2-3-го місяця після травми, то йдеться вже про утворення справжнього суглоба. Для цього виду патології характерна обов'язкова наявність замикаючих кортикальних пластинок, які, власне, і формують справжній суглоб.

Формування несправжнього суглоба пов'язане з наявністю дефекту кісткової тканини довжиною 1-2 см за недостатньої фіксації відламків або інтерпозиції м'язів.

Лікування несправжніх суглобів — лише хірургічне. Під час операції необхідно повністю видалити новоутворену кортикальну пластинку, висікти рубцеві тканини та тканини, що формують суглобову капсулу. При дефектах кісткової тканини до 1,5 см можливе використання компресійного остеосинтезу. При дефектах 1,5 см і більше слід використовувати компресійно-дистракційний апарат для "виращування" кісткової тканини або кісткову пластику ауто-, алотрансплантатом, або остеоіндуктивні небіологічні препарати (похідні гідроксіапатиту) для заміщення дефекту кістки ("Кергап", "Коллапол").

Формування рубців після опіку та в результаті вторинного загоєння ран, крім естетико-косметичних, призводить до значних функціональних порушень. Вони проявляються у вигляді обмеження рухів щелепи через рубцеві контрактури, рубцевих виворотів повік із постійною сльозотечею, губів — з витіканням слини. Лікування на всіх стадіях їх формування — складне завдання, бо в основі формування рубця лежать загальні порушення метаболічних процесів.

На ранніх стадіях формування рубців у строки до 6-8 місяців значного ефекту можна досягти, використовуючи механотерапію, ЛФК в поєднанні з використанням розсмоктувальних засобів: ін'єкції або форецу ферментів (лідази, ронідази), форецу йодистого калію, лазеротерапії, бальнеологічних процедур, масажу.

У пізніші строки та за відсутності ефекту консервативного лікування рубці та рубцеві деформації видаляються хірургічним шляхом. Невеликих розмірів рубці в ділянці повік, кутів рота, крил носа можна усунути шляхом переміщення зустрічних трикутних клаптів за Лімбергом. При рубцевих контрактурах нижньої щелепи, залежно від характеру та розміру рубця, можна використати переміщення кількох трикутних клаптів і, поступово переміщуючи тканини, отримати бажаний приріст. Іншим варіантом є повне висікання рубців із закриттям ранової поверхні повношаровим шкірним ауто-трансплантатом або клаптем на ніжці із сусідньої ділянки. При значних рубцях можливе використання стеблових клаптів за Філатовим або пересадка складних багатокомпонентних клаптів із використанням мікрохірургічної техніки.

Ліквідація віддалених ускладнень або наслідків різних травматичних ушкоджень вимагає багатоетапного, тривалого лікування з використанням сучасної мікрохірургічної техніки, різних ало-, трансплантатів та імплантатів (артропластика), складного щелепно-лицевого протезування.

Реабілітація таких щелепно-лицевих поранених проводиться, як правило, у високоспеціалізованих клініках і є окремим самостійним розділом організації медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим в умовах мирного та воєнного часу.

РОЗДІЛ ІХ

Організація догляду і харчування поранених та уражених на етапах медичної евакуації

Одним із важливих завдань організації допомоги щелепно-лицевим пораненим і постраждалим є забезпечення адекватного харчування та догляду.

Вогнепальні та інші ушкодження м'яких тканин і кісток лицевого скелета викликають серйозні порушення вживання їжі, її розжовування, формування харчової грудки і ковтання. Навіть втамування спраги може стати для пораненого складним завданням.

Залежно від локалізації, характеру та обсягу ушкоджень тканин обличчя, порушення вживання їжі можуть варіювати від труднощів у відкушуванні та пережовуванні їжі до повної неможливості харчування.

Крім психоемоційних розладів, пов'язаних із наявністю самого поранення, складність у забезпеченні організму необхідними живильними компонентами та рідиною може викликати зневоднення тканин, порушення білкового, вуглеводного, жирового, мінерального та іншого видів обміну. Ці порушення особливо яскраво виявляються в перші 5-7 днів після поранення. При несвоєчасно вжитих заходах для забезпечення харчування, зміни в обмінних процесах стають більш вираженими і позначаються на термінах і результатах лікування. Треба мати на увазі, що вживання їжі може бути ускладнене через наявність різних фіксуючих пристроїв у порожнині рота та міжщелепішої фіксації.

Неможливість відкушування, пережовування їжі вимагає спеціального її приготування, тому на перших етапах медичної допомоги головним є втамування спраги. На етапі кваліфікованої допомоги (ОПМЗ, ПШБ) годування поранених обов'язкове.

Уведення в організм живильних речовин і забезпечення необхідної їх кількості можуть бути різними, залежно від обсягу та локалізації ушкодження.

У більшості випадків це звичайне пероральне вживання їжі, але з використанням спеціальних методів чи пристосувань. За відсутності

такої можливості, у випадках значних ушкоджень тканин порожнини рота, язика, кісткових структур живильні речовини вводять у шлунок, кишківник через зонд, уведений через нижній носовий хід. Ентеральним вважається також уведення живильних речовин через пряму кишку за допомогою клізм. У крайніх випадках насичення організму їжею може проводитися через гастростому - тобто штучно створену фістулу шлунка, єюностому - фістулу в тонкому кишечнику.

При неможливості достатнього подрібнення свіжих продуктів чи за їх відсутності мають бути приготовлені живильні суміші з харчових концентратів.

При неможливості забезпечення перорального чи зондового введення живильних речовин, останні вводяться парентерально: внутрішньовенно, підшкірним чи внутрішньокістковим шляхом.

Визначаючи необхідну кількість живильних речовин, до складу яких входять білки як основний пластичний елемент, вуглеводи і жири - енергетичні компоненти харчування, мінеральні солі, вітаміни, необхідно керуватися добовими потребами організму в них.

З огляду на це, дорослій людині, за даними Інституту харчування АМН (1971), потрібно в середньому 1,5 г білка, до 1 г жирів на 1 кг маси тіла за добу, 350-500 г вуглеводів. Білки та жири тваринного походження мають складати 30-60 % від їх загальної кількості.

Залежно від ваги, характеру травми, стану хворого, періоду ранового процесу ці співвідношення можуть змінюватися.

Забезпеченість вітамінами, що беруть участь у більшості обмінних, ферментативних, репаративних процесів, повинна бути за добу не нижча за існуючі норми: вітаміну С - 60-80 мг; В₁ 1,5-2,0 мг; В₂ 1,9-2,5 мг; В₆ - 1,5-2,5 мг.

Важливу роль у забезпеченні основних біохімічних процесів відіграють мінеральні речовини, так звані макро- і мікроелементи.

Середньодобова потреба організму в них подана у табл. 8.

Нарешті, потреба у воді, яка є найважливішим структурним елементом усіх складових організму, повинна забезпечуватися з розрахунку 2-2,5 літра на добу.

При травматичних ушкодженнях щелепно-лицевої ділянки, за відсутності супутніх хвороб, асортимент продуктів відповідає такому для здорової людини. Однак утруднення чи неможливість вживання

Таблиця 8

**Добова потреба людини у найголовніших
мінеральних речовинах (за А. А. Покровським)**

Найменування	Кількість (у г)	Найменування	Кількість (у мг)
Кальцій	0,8-1,0	Марганець	5,0-10,0
Фосфор	1,0-1,5	Цинк	10,0-15,0
Натрій	4,0-6,0	Мідь	2,0
Калій	2,5-5,0	Кобальт	0,1-0,2
Магній	0,3-0,5	Молібден	0,5
Хлор	5,0-7,0	Хром	2,0-2,5
Сірка	0,8-1,2	Йод	0,1-0,2
Залізо	15,0 (мг)	Фтор	0,5-1,0

їжі звичайного приготування (риба, м'ясо) чи в сирому вигляді (овочі, фрукти), вимагають її спеціальної кулінарної обробки, тобто мова йде про спеціальну лікувальну дієту, що містить необхідну кількість живильних речовин у продуктах, які піддавалися відповідній обробці.

Основним видом такої обробки є механічне подрібнення продуктів харчування. Так, м'ясні, рибні продукти, картопля готуються у вигляді фаршу або пюре; овочі, фрукти подрібнюються та готуються в розтертому чи шинкованому вигляді. Шляхом додавання до них м'ясних, рибних бульйонів, овочевих відварів можна приготувати живильні суміші будь-якої консистенції. При необхідності у сучасних умовах з цією метою можуть бути використані різні концентрати.

Для харчування поранених в обличчя та щелепи нині використовують дві дієти.

Перша щелепна дієта призначена для поранених (уражених), у яких повністю відсутня можливість активного пережовування та ковтання їжі. Для цієї категорії поранених продукти після необхідного кулінарного оброблення максимально подрібнюються через м'ясорубку, протираються через сито, а потім розводяться бульйонами, овочевими, фруктовими відварами, водою чи молоком до гомогенної вершкоподібної консистенції, що дозволяє вводити ці продукти за допомогою поїльника або зонда.

Друга щелепна дієта відрізняється ступенем механічної обробки, що обмежується її подрібненням до кашкоподібного стану - "рідка ді-

ета". Ця дієта призначається пораненим, у яких збережена можливість смоктання їжі, руху язика та акту ковтання. Потерпілі можуть уживати таку їжу за допомогою поїльника і за допомогою звичайної ложки.

За умови відновлення рухів нижньої щелепи, акту жування поранені можуть переводитися на "загальний" стіл, який є фізіологічно повноцінною дієтою з усіма необхідними компонентами харчування за існуючими клінічними нормами, приготовлений з продуктів, які піддано звичайній кулінарній обробці.

Природно, що за важких ушкоджень щелепно-лицевої ділянки можуть виникати ситуації, у яких поранений не може сам уживати їжу.

Необхідно підкреслити, що збереження перорального харчування має велике психологічне значення, тому за найменшої можливості необхідно, особливо в перші дні після поранення, навчити пораненого самостійно вживати їжу.

Ще під час Кримської війни (1853-1856) М. І. Пирогов запропонував спеціальний поїльник для годування поранених у щелепно-лицеву ділянку, який і донині зберігає свою роль (рис. 71).

Перші кілька годувань із поїльника повинна провести медсестра, після чого хворий (поранений) може без особливих труднощів харчуватися сам. Для полегшення надходження їжі в порожнину рота на носик поїльника надягається гумова трубка довжиною 20-25 см, кінець якої вводиться в рот - у защічний простір або за відсутності зуба (зубів) - у міжзубний проміжок (рис. 72).

Годування проводять у напів- або сидячому положенні хворого. Після введення трубки в рот, поїльник піднімають таким чином, щоб через трубку надійшла оптимальна для ковтка (8-10 мл) кількість рідкої їжі. Менша кількість може викликати біль при скороченні м'язів, що забезпечують акт ковтання.



Рис. 71. Поїльник, запропонований М. І. Пироговим



Рис. 72. Самостійне харчування хворого з поїльника з еластичною трубкою (за Іващенко)

в рот. При збереженні можливості підсмоктування їжі, її вживання значно полегшується. Потрібно мати на увазі, що після кожного вживання їжі необхідно ретельно промивати порожнину рота, щоб звільнити її від залишків їжі, які можуть затримуватися в бічних відділах присінка рота, під язиком, у складках слизової оболонки щоки, між елементами фіксуєчих конструкцій.

Незважаючи на позитивні якості поїльника, хворі після накладання шин із міжщелепною гумовою тягою для вживання їжі віддають перевагу звичайній ложці або смокчуть їжу зі склянки (кухля). Для зручності надходження рідкої їжі в рот запропоновано знімні та незнімні конструкції у вигляді лійкоподібної насадки на ложку (ВМА ім. Кірова) (рис. 73, 74).

Харчування за допомогою ложки чи склянки звичне для поранених і поліпшує їх психоемоційний стан.

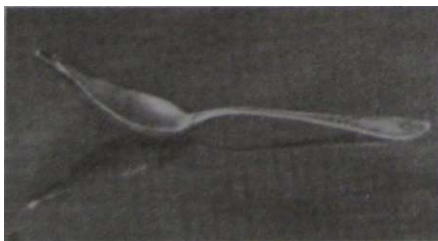


Рис. 73. Спеціальна ложка для вживання рідкої їжі лів

ня. За більшої кількості виникає ризик поглинання пораненого через переповнення порожнини рота чи виникнення тривалого кашлю, що також супроводжується болями. Надалі хворі швидко звикають до такої методики годування і самі регулюють оптимальне надходження їжі

Харчування за допомогою гумового чи полівінілового зонда, уведеного в шлунок через нижній носовий хід, використовують у тих випадках, коли немає можливості нагодувати пораненого за допомогою поїльника або ложки. Така ситуація виникає при пораненнях ротоглотки, верхніх відділів стравоходу, кореня язика та ін.

Переконавшись у прохідності нижнього носового ходу, змазаний гліцерином зонд вводять через нього в носоглотку (15-17 см), потім за допомогою ковтальних рухів хворого поступово проводять у стравохід (30-35 см), потім у шлунок (45-47 см). (рис. 75, 76).



Рис. 74. Харчування хворого зі спеціальної ложки

Ці відмітки анатомічних орієнтирів звичайно наносяться на зонд. Поява кашлю, утруднення дихання свідчать про те, що зонд

потрапив не у стравохід, а в трахею. Щоб уникнути цього, введення зонда слід проводити під контролем ларингоскопа. Переконавшись, що зонд у шлунок, його фіксують пластиром або пов'язкою.

Уведення рідкої їжі через зонд найзручніше проводити за допомогою шприца Жане, коли кінчик шприца вводять у зонд і повільно невеликими порціями видавлюють вершкоподібної консистенції харчову суміш у шлунок, після чого через зонд обов'язково вводиться яке-небудь питво: чай, компот, морс, що, крім поповнення втрати рідини, промиває зонд. Полівініловий зонд може без ускладнень бути залишений від 6-8 до 10-12 діб, тобто практично на весь період зондового годування.

У тих випадках, коли неможливо забезпечити потреби організму в живильних речовинах перорально і виникає необхідність у введенні де-

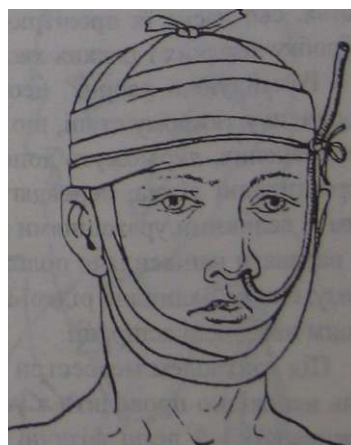


Рис. 75. Зонд (еластична трубка) введено через ніс у стравохід для харчування, прив'язується до голови хворого (за Іващенко)

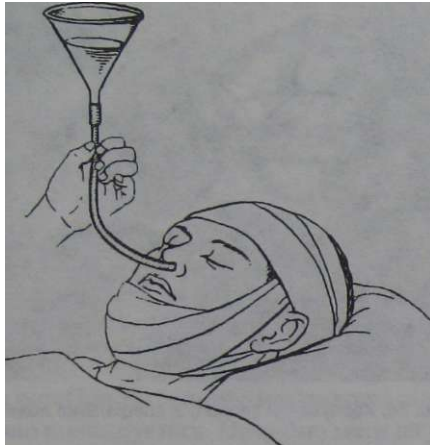


Рис. 76. Харчування важкого хворого з лійки (поїльника й ін.) з еластичною трубкою, що введена через ніс у стравохід (за Івашенком)

яких додаткових живильних препаратів, використовується парентеральний шлях введення. Найбільш поширене внутрішньовенне введення вуглеводів, жирових емульсій, білкових препаратів, вітамінів, трансфузійних рідин, що містять різні мінеральні речовини та солі.

Одним із важливих компонентів лікування поранених і уражених із травматичними ушкодженнями щелепно-лицевої ділянки є організація догляду за ними. Умовне його розділяють на загальний і спеціальний догляд.

Загальний догляд передбачає підтримку гігієнічного режиму в палатах, своєчасне їх провітрювання, прибирання, необхідну гігієнічну обробку лежачих і тяжких хворих, зміну натільної і постільної білизни.

Розміщуючи хворих, необхідно в палаті, де перебувають лежачі поранені у тяжкому стані, що потребують допомоги, розміщувати легкопоранених, які можуть допомогти медсестрі, санітарці у годуванні, перестиланні ліжка, перевдяганні таких поранених. Тяжким пораненим із великими ураженнями щелепно-лицевої ділянки рекомендується надавати напівсидяче положення. Це запобігає небезпеці затікання слизу, слини, залишків рідкої їжі у верхні дихальні шляхи і пов'язаній із цим небезпеці аспірації.

Під контролем медсестри чи інструктора з ЛФК один-два рази на день необхідно проводити з усіма хворими дихальну гімнастику, а за можливості — й легкі фізичні вправи, спрямовані на збереження загального м'язового тону, поліпшення кровообігу в легенях, верхніх відділах тулуба, голови. Спеціальні вправи щодо запобігання м'язових контрактур жувальних м'язів, профілактики утворення рубців і спайок у щелепно-лицевій ділянці проводяться в післяопераційний, реабілі-

таційний період. їх характер і обсяг залежать від виду ушкодження, термінів і виду оперативного втручання.

Не менш важливим є спеціальний догляд за пораненими в обличчя і щелепи. Особливості цього догляду обумовлені як об'єктивними (наявність слинотечі з порожнини рота, промокання пов'язок, подразнення навколишніх тканин слиною, ускладнення очищення рота за наявності шин, тампонів, загроза розвитку гнійної інфекції тощо), так і суб'єктивними причинами (психологічна травма, пов'язана з постійними думками про спотворене обличчя, ускладнення або неможливість самостійного вживання їжі, самообслуговування, порушення мовлення та можливості звичного спілкування тощо).

Для захисту оточуючих шкірних покривів від слини, крові, ексудату підборіддя, шия, груди потерпілого мають бути закриті нагрудниками з поліетилену чи клейонки. При ушкодженнях, що супроводжуються рясною слинотечею, необхідно використовувати слиноприймач (рис. 77), а для того щоб зменшити слиновиділення, можна призначити пораненому

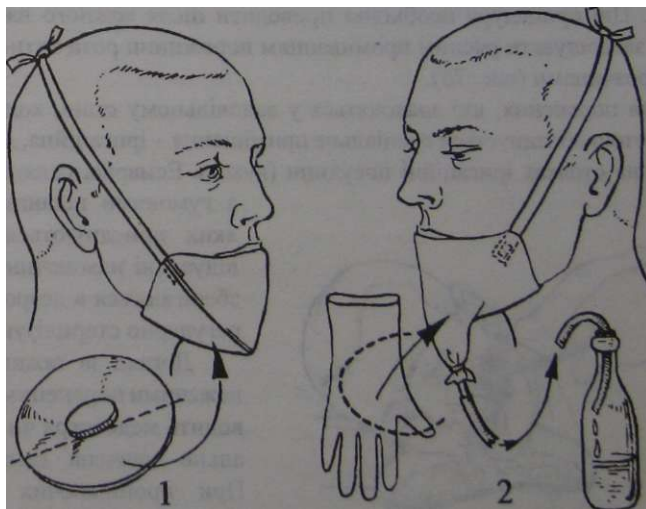


Рис. 77. Підборідні пристосування для збирання слини (за Іващенко).
1 - з гумової грілки чи поліетиленового мішечка;
2 - з гумової рукавички з приймачем (пляшкою) для слини

підшкірно по 0,5 мл 0,1 % розчину атропіну 2 рази на день протягом 3–4 днів (за відсутності протипоказань) чи використовувати інші препарати.

Основне завдання спеціального догляду полягає в забезпеченні оптимальної гігієни порожнини рота, тому що за неможливості чи недостатності самоочищення ротової порожнини через залишки їжі, які швидко розкладаються, згустків крові, тканин, які некротизуються за наявності мікробної флори, у порожнині рота з'являється різкий гнильний запах, можливий розвиток вторинних гнильних процесів. Такі процеси можуть призвести до розплавлення судин і виникнення вторинних кровотеч.

Тому догляду за порожниною рота приділяється значна увага. У задовільному стані поранений сам 8-10 разів на добу повинен промивати порожнину рота антисептичними розчинами струменем під тиском. Цього можна досягти за допомогою спринцівки, шприца Жане, іригаційного кухля Есмарха зі змінними наконечниками. Струмінь має проникати й у защічні простори і промивати власне порожнину рота. Для очищення шин і міжзубних проміжків можуть використовуватися зубочистки, пінцети, зонди для зняття зубних відкладень, м'які зубні щітки. Цю процедуру необхідно проводити після кожного вживання їжі та завершувати рясним промиванням порожнини рота антисептичними розчинами (рис. 78).

Для поранених, що знаходяться у задовільному стані, ходячих із цією метою обладнається спеціальне приміщення - іригаційна, де є підвішені на стояках іригаційні посудини (кухоль Есмарха, скляні банки з гумовими шлангами, до яких присьднуються індивідуальні наконечники, що зберігаються в дезрозчині і регулярно стерилізуються).



Рис. 78. Промивання зубів, назубних шин, ран рота та обличчя у лежачих хворих у ліжку

Догляд за тяжкими та лежачими пораненими проводить медсестра чи спеціально навчена санітарка. При проникаючих пораненнях щоки, ушкодженні губ, мацерації навколишньої шкіри, тканини обро-

бляються індиферентними мазями. За наявності у пораненого трахеостоми необхідно, крім регулярного відсмоктування слизу з трахеї, 3–4 рази на день витягати, ретельно промивати і стерилізувати внутрішню канюлю, обробляти шкіру і шви навколо зовнішньої канюлі, регулярно змінюючи пов'язку.

З огляду на психологічні наслідки поранення в обличчя, необхідно забезпечити поранених папером і олівцем для можливості спілкування з оточуючими; спілкування з ними персоналу має бути доброзичливим, витриманим. У бесідах із ними необхідно фіксувати їхню увагу на позитивних змінах їхнього стану, підтримувати і вселяти в них упевненість у повному одужанні, у можливій ліквідації наявних порушень і в повноцінному поверненні до всіх видів діяльності в майбутньому. Для проведення цієї роботи із щелепно-лицевими пораненими залучається психотерапевт.

РОЗДІЛ X

Організація та обсяг терапевтичної стоматологічної допомоги на етапах медичної евакуації

Стоматологічна терапевтична допомога у військових частинах, на кораблях, у лікувальних установах військово-навчальних закладів передбачає насамперед оздоровлення (санацію) порожнини рота особового складу шляхом проведення спеціальних профілактичних і лікувальних заходів як у мирний, так і у воєнний час.

Для проведення цих заходів у військових частинах (на кораблях), з'єднаннях і в лікувальних установах організуються постійні, пересувні чи тимчасові стоматологічні кабінети і відділення. Крім того, в оперативних командуваннях (на флоті), а також у великих гарнізонах (військово-морських базах) наявні центральні (флотські) і гарнізонні (базові) стоматологічні поліклініки оперативних командувань.

Стоматологічні кабінети мають розміщуватися в сухих ізольованих приміщеннях із гарним природним і штучним освітленням, а також бути забезпечені пристроями для миття рук і стерилізації інструментів. Кабінет терапевта-стоматолога має відповідати санітарно-гігієнічним вимогам (одне крісло розгортається в кімнаті площею не менше 14 м², при розгортанні двох крісел і площа має бути збільшена на 7 м², на кораблях першого рангу розгортання стоматологічного кабінету площею не менше 8 м²), що дозволяє працювати в умовах суворої асептики.

За відсутності окремих кабінетів для терапевтичного та хірургічного прийому хворих, він повинен вестися роздільно в різні дні або окремі години дня — з обов'язковим вологим прибиранням кабінету перед хірургічним прийомом хворих. Хірургічні втручання під час терапевтичного прийому допустимі лише при невідкладних станах.

Відводити під стоматологічні кабінети прохідні кімнати чи розміщувати їх у загальних приміщеннях (разом із процедурною, перев'язочною тощо) категорично забороняється.

Кабінет терапевта-стоматолога має бути оснащений: стоматологічним кріслом, бормашиною, робочим столиком лікаря, шафою для збереження інструментів, шафою для медикаментів, столом для збереження стерильних інструментів, письмовим столом і стільцями. Варто мати також апарат для електроодонтодіагностики, стоматологічний електрокоагулятор, апарат для електрофорезу лікарських речовин та ін. Кабінет обов'язково має бути оснащений і деякими предметами загальної лікарської техніки (термометри, апарат для вимірювання артеріального тиску тощо). У стоматологічних кабінетах, розгорнутих при лікувальних установах (ОПМЗ, шпиталі), мають бути портативний набір інструментів, матеріалів і медикаментів, а також портативна бормашина для надання стоматологічної допомоги, особливо невідкладної, лежачим (носилковим) хворим безпосередньо в палаті (ліжку).

За відсутності другої кімнати, необхідне устаткування й оснащення розміщуються в одній кімнаті стоматологічного кабінету. При цьому устаткування в ньому має бути розставлене таким чином, щоб створити лікареві найбільш сприятливі умови для роботи та підтримки достатньої чистоти в кабінеті. Зокрема, недопустимо розміщувати стіл для стерильних інструментів і матеріалів так, щоб хворі, які приходять на лікування, стикалися з ним. Стоматологічне крісло має бути розташоване так, щоб за необхідності можна було надати хворому лежаче положення і були вільні підходи до крісла з усіх боків. Біля кожного крісла розташовуються закрита плювальниця, краще з постійним зливом, і підставка для склянки (чашки), з якої полощуть рот. У кабінеті має бути також графин (кухоль) з охолодженою кип'яченою водою. Приміщення кабінету має бути забезпечене відповідною вентиляцією.

Крім того, для приготування амальгами в кімнаті, призначеній для терапевтичного прийому, обладнується примусова витяжна вентиляція (витяжна шафа).

Для надання невідкладної стоматологічної допомоги особовому складу підводних човнів, що перебувають у тривалому автономному плаванні, використовуються портативні стоматологічні набори, в яких передбачена мінімальна кількість інструментарію і медикаментів для надання допомоги при гострому зубному болі, гострих запальних процесах і травмах щелепно-лицевої ділянки.

Рекомендації щодо організації стоматологічного кабінету деталізуються тому, що стоматологічний кабінет в екстремальних ситуаціях зазвичай доводиться розгортати в непристосованих приміщеннях - у житлових і адміністративних будинках, наметах, землянках та інших місцях, тобто в різних умовах, особливо в період навчань, маневрів військ, у польових умовах.

У мирний час, коли війська перебувають у казармах і військових містечках, робота стоматологічного кабінету, як правило, здійснюється у пристосованих приміщеннях: у казармах, окремих будиночках, у військовому містечку — у наметах.

ДОЗМО (департамент охорони здоров'я Міноборони)

Пересувні стоматологічні кабінети призначені для надання стоматологічної допомоги та санації порожнини рота особовому складу військових частин, що не мають у штаті стоматолога чи зубного лікаря.

Для прийому хворих у пересувному стоматологічному кабінеті обладнуються робочі місця лікарів за загальними правилами. Для цього начальник медичної служби частини виділяє відповідне приміщення для розгортання кабінету, а також виділяє допоміжний персонал. Пересувні кабінети мають бути оснащені штатним устаткуванням, інструментарієм, транспортними засобами.

Для формування пересувних стоматологічних кабінетів і забезпечення їх медичними кадрами начальники центральної і базових стоматологічних поліклінік чи начальники стоматологічних відділень виділяють лікарів-стоматологів у бригади за рахунок сил і засобів свого відділення.

План виїзду пересувних стоматологічних кабінетів в окремі частини складається та затверджується головним стоматологом і начальником медичної служби оперативного командування.

Завдання пересувного стоматологічного кабінету такі:

- Амбулаторна стоматологічна допомога і проведення санації порожнини рота військовослужбовцям частин.
- Направлення хворих на стаціонарне лікування у шпиталі.
- Ведення обліку роботи лікаря-стоматолога пересувного кабінету.

Робота стоматологічного кабінету у медичних ротах чи ВППШ практично мало відрізняється від обсягу роботи лікаря стоматолога-те-

рапевта в мирний час. Великий обсяг роботи лікаря стоматолога-терапевта припадає на період надходження в частину нового поповнення особового складу. Лікар стоматолог-терапевт оглядає їх на предмет виявлення осіб, що потребують санації та лікування порожнини рота. Огляд прибулого в частину особового складу проводиться не пізніше ніж у перші 14 днів із дня надходження. Отримані під час огляду дані записуються у медичні книжки, а особи, що не потребують санації порожнини рота, реєструються в журналах профілактичного огляду. Повторні огляди особового складу проводяться регулярно в терміни, передбачені загальним планом диспансеризації, але не рідше ніж 1 раз на 6 місяців.

При наданні терапевтичної стоматологічної допомоги стоматологи проводять санацію порожнини рота усім хворим, що перебувають на стаціонарному лікуванні у медичній роті або ВППШ.

Вони також надають амбулаторну допомогу особовому складу підрозділів, прикріплених до з'єднання. Стоматологи здійснюють підготовку порожнини рота до протезування і направляють хворого на зубопротезування в базу чи центральну стоматологічну поліклініку. Крім того, вони проводять оперативні втручання в порожнині рота при лікуванні хвороб пародонта (кюретаж та ін.), що не можуть бути виконані в стоматологічних кабінетах частин.

Лікарі терапевти-стоматологи медичної роти зобов'язані надати кваліфіковану допомогу при травмах щелепно-лицевої ділянки, а також контролювати роботу лікарів-стоматологів і зубних лікарів військових частин, що входять у з'єднання.

Лікарі-стоматологи з'єднання ведуть облік і звітність по своїй роботі, а також складають зведений звіт про роботу всіх лікарів-стоматологів частин, що входять у з'єднання, і представляють його у вищі органи, тобто в медичний відділ оперативного командування, де їх одержує і аналізує військовий стоматолог оперативного командування.

Базові і центральні стоматологічні поліклініки розміщуються в спеціальних будинках із достатнім природним і штучним освітленням. У них обладнуються кабінети для терапевтичних і хірургічних хворих і обов'язково стерилізаційна. Рентгенологічний і фізіотерапевтичний кабінети загальні для всіх відділень стоматологічної поліклініки. У поліклініці має бути приміщення для пацієнтів, що очікують прийому.

У терапевтичних кабінетах стоматологічної поліклініки обладнуються робочі місця для лікарів-стоматологів: стоматологічне крісло, стоматологічна установка, робочий столик лікаря, гвинтовий стілець і т. п. за кількістю штатних лікарських посад.

Порядок і час прийому хворих визначаються наказом начальника поліклініки на базі вказівок начальника медичної служби оперативного командування.

На базові стоматологічні поліклініки покладається:

1. Надання спеціалізованої стоматологічної терапевтичної поліклінічної допомоги особовому складу частин і установ оперативних командувань чи гарнізону.
2. Виконання амбулаторних втручань, що не можуть бути виконані у військових частинах чи ВППШ (ПШБ).
3. Консультації лікарів-стоматологів бригад, зубних лікарів зі спеціальних питань амбулаторної стоматологічної допомоги.
4. Надання стоматологічної допомоги військовослужбовцям частин, де немає штатних фахівців.
5. Ведення науково-практичної, раціоналізаторської та винахідницької роботи зі стоматології.
6. Організація вдосконалення за фахом лікарів-стоматологів і зубних лікарів частин.
7. Ведення обліку і звітності про виконану роботу.

Як уже зазначалося, оперативне командування складається з декількох гарнізонів, що мають військові (базові) шпиталі. У гарнізонних (базових) шпиталях розгортаються стоматологічні кабінети і стоматологічний стаціонар на 5-10 ліжок при хірургічному відділенні шпиталю. Стоматологічне відділення шпиталю призначене для надання стоматологічної допомоги хворим, що потребують стаціонарного лікування, а також для проведення санації порожнини рота усім хворим інших відділень цього шпиталю. Завданням відділення також є надання консультативної допомоги лікарям-стоматологам і зубним лікарям гарнізону зі спеціальних питань діагностики, профілактики і лікування хворих із різними хворобами зубощелепної системи.

На стоматологічне відділення центрального шпиталю оперативного командування покладається:

1. Надання спеціалізованої допомоги всім госпіталізованим стоматологічним хворим.

2. Проведення санації порожнини рота усім хворим, що знаходяться на лікуванні в інших відділеннях шпиталю, а за необхідності - консультація фахівців цих відділень.
3. Консультація лікарів-стоматологів, зубних лікарів гарнізонних шпиталів, стоматологічних поліклінік, стоматологів і зубних лікарів з'єднання і частин зі спеціальних питань, а також надання робочих місць для їх удосконалення за фахом, що проводяться за вказівкою начальника військово-медичного відділу оперативного командування.
4. Ведення науково-практичної, раціоналізаторської і винахідницької роботи зі стоматології.
5. Аналіз роботи лікарів-стоматологів частин і лікувальних установ оперативного командування.
6. Ведення обліку ускладнень і лікарських помилок та вживання заходів щодо їх усунення.
7. Ведення обліку та звітності про проведену роботу відповідно до установлених форм обліку та звітності ГВМУ МО України.

Санація порожнини рота належить до числа важливих лікувально-профілактичних заходів і повинна проводитися в плановому порядку і в максимально короткі строки. Ще в період приписки осіб допризовного віку до відповідного військкомату, на первинному медичному огляді відбувається огляд порожнини рота і зубів для виявлення тих, що потребують санації. Після прибуття в частину нового поповнення всіх, хто потребує стоматологічної допомоги, поділяють на такі групи:

- 1 група - особи з неускладненим карієсом і пульпітом, що підлягають лікуванню консервативними методами;
- 2 група - особи, яким показане видалення зруйнованих зубів і коренів, які не підлягають лікуванню; зуби з рухомістю III ступеня, зуби з наявністю кіст, гранульом;
- I 3 група — особи з каріозними зубами й ураженням тканин пародонта, у яких питання про збереження або видалення зуба може бути вирішене у процесі обстеження і лікування (періодонтит, пародонтит). Сюди ж належать особи з хворобами слизової оболонки порожнини рота, з доброякісними новоутворами і передраковими станами, аномаліями прикусу, яких беруть на спеціальний диспансерний облік;
- 4 група - особи, що потребують зубного протезування.

Для проведення планової санації лікар-стоматолог частини щодня виділяє половину свого часу (3 години); інший час приділяється для поточного прийому військовослужбовців і членів їх родин.

Особи, що потребують невідкладної стоматологічної допомоги (гострий пульпіт, періодонтит, остеомиєліт, травма зуба) мають отримати її негайно, незалежно від планових заходів.

Особи, що потребують за станом здоров'я стаціонарного лікування, негайно направляються в медичний батальйон з'єднання чи у шпиталь.

Отже, перед складанням плану санації порожнини рота особового складу лікар-стоматолог розраховує час для виконання всього обсягу роботи із санації в частині.

Потрібно прагнути до того, щоб санація порожнини рота була завершена вже до кінця 1-го року служби військовослужбовця, а в деяких спеціальних військах навіть раніше цих термінів (підводники, десантники, льотчики).

Санацію порожнини рота лікарі-стоматологи проводять особовому складу своєї частини, прикріплених військових частин і підрозділів, а також усім особам, направленим у лікувальну установу для надання стоматологічної допомоги чи спеціально для санації порожнини рота під час підготовки до планових хірургічних операцій.

У першу чергу сануються особи, спеціально направлені в поліклініку, а потім — всі інші.

Під час першого відвідування хворого необхідно виконати максимальну кількість лікувальних процедур, щоб скоротити повторну відвідуваність.

У процесі санації порожнини рота в поліклініках доцільно проводити під час першого відвідування як терапевтичні, так і хірургічні стоматологічні втручання. Наприклад, у терапевтичному кабінеті стоматологічної поліклініки видаляють зубні відкладення, пломбують усі зуби з неускладненим карієсом, а потім направляють хворого для видалення коренів, зруйнованих зубів у хірургічний кабінет.

Застосування сучасних видів знеболювання, зокрема наркозу, як при лікуванні, так і при видаленні зубів у поліклініці є обов'язковим. Усі дані про результати обстеження, проведеного лікування і його результати записуються в амбулаторні історії хвороби та медичні книжки військовослужбовців. У кінці робочого дня лікарі заносять дані про ви-

конану роботу в загальну відомість відділення; ці дані мають містити кількість первинних і повторних хворих.

Крім цього, санація порожнини рота має проводитися всім військово-вслужбовцям, що надійшли на стаціонарне обстеження та лікування у шпиталі чи медичні батальйони з'єднань, або знаходяться на санаторно-курортному лікуванні.

У шпиталі огляд лікарем-стоматологом узгоджується з лікарем-куратором. У першу чергу в шпиталях сануються хворі на хвороби шлунково-кишкового тракту, а також особи, у яких підозрюється одонтогенний хроніосепсис, тобто за наявності одонтогенних інфекційних вогнищ (субфебрильна температура, висока ШОЕ неясної етіології тощо). У санаторіях проводиться санація порожнини рота в межах термінів перебування в них військовослужбовців.

Робота із санації особового складу частин повинна поєднуватися із санітарно-просвітницькою роботою в підрозділах. Лікар-стоматолог або, за його дорученням, фельдшер чи санінструктор роти мають роз'яснити роль і значення санації порожнини рота для збереження здоров'я.

Санітарна освіта у військах має характеризуватися високим науковим рівнем. Усі матеріали щодо проведення санітарної освіти мають відповідати сучасному стану науки та її останніх досягнень. Необхідно, щоб усі теоретичні наукові питання, що будуть висвітлюватися в процесі санітарної освіти, підтверджувалися прикладами з практики, з військового життя.

Усі медичні працівники, військові лікарі-стоматологи, зубні лікарі, зубні техніки, військові фельдшери й санінструктори зобов'язані проводити санітарно-просвітню роботу у військах.

Для проведення санітарної освіти використовуються такі методи чи способи пропаганди: усна пропаганда, або живе слово; друкована пропаганда, або друковане слово; образотворча пропаганда або наочний метод, комбінована пропаганда, що користується всіма зазначеними методами.

До методу усної пропаганди належать такі засоби проведення санітарної освіти як лекції, бесіди, короткі агітаційні виступи, вечори або години питань і відповідей, голосне читання відповідної літератури, виступ по радіо тощо.

Цим методом лікарі-стоматологи та інші працівники стоматологічної служби можуть і зобов'язані проводити в ротах, батареях, вій-

ськових підрозділах бесіди на такі теми: гігієна порожнини рота, профілактика хвороб зубів і слизової оболонки порожнини рота, значення санації порожнини рота та ін.

Метод друкованої пропаганди передбачає такі форми як написані гасла, оформлення дошки питань і відповідей, санітарні бюлетені, санітарні стенди, стінна газета. Цей метод може широко застосовуватися для профілактики стоматологічних хвороб у всіх підрозділах військових частин.

Метод образотворчої пропаганди, або наочний — найрізноманітніший за засобами (муляжі, моделі, макети, барельєфи, плакати, фотолістівки, діапозитиви, діафільми, схеми, креслення тощо).

Комбінований метод масової інформації викликає одночасний вплив на слуховий і зоровий аналізатори, що активує сприйняття.

Існують прийняті й затверджені єдині форми обліку та звітності у всіх військово-медичних установах армії в мирний і воєнний час.

У мирний час кожен солдат і офіцер має медичну книжку, у якій записуються всі дні відвідування лікувальної установи, профілактичні щеплення.

У стоматологічних кабінетах повинна бути така медична документація:

1. Журнал реєстрації профілактичних оглядів.
2. Журнал обліку роботи стоматологічного кабінету.
3. Книги обліку медичного й санітарно-господарського майна.

У воєнний час у стоматологічних кабінетах з'єднання, шпиталю та інших військово-медичних установ ведуться такі облікові документи.

1. Книга обліку поранених і хворих, у якій реєструються всі, хто звернувся за медичною допомогою.
2. Книга обліку роботи стоматологічного кабінету. У цій книзі є такі графи:
 - а) порядковий номер;
 - б) дата надходження хворих;
 - в) П.І.Б.;
 - г) відвідування (первинне, повторне);
 - д) стаціонар — С, амбулаторія - А;
 - ж) що зроблено;
 - д) оцінка санації.

Крім облікових документів, у мирний час є затверджені форми звітних документів. Звітний документ, або медичне повідомлення, становить систематизовані загальні дані облікових документів. Вони складаються у визначеній формі й представляються в точно встановлений час вищому начальнику. Установлені медичні повідомлення щоденні, щомісячні, кварталні, позачергові, у них зазначаються дані про санітарні втрати (під час війни) і пересування поранених і хворих за минулу добу (з 20.00 попередньої доби до 20.00 поточної): складало, надійшли, повернуті в склад, евакуйовані, померли, складає на 20.00 поточної доби.

РОЗДІЛ XI

Організація ортопедичної стоматологічної допомоги на етапах медичної евакуації

Ортопедична стоматологічна допомога в мирний час полягає у відновленні функції жувального апарату, порушеної внаслідок втрати зубів, а також в усуненні деформацій обличчя й щелеп, що виникли після хвороб і травм, шляхом застосування різних ортопедичних і ортодонтичних апаратів, протезів та інших пристроїв.

В умовах воєнного часу, поряд із зубопротезуванням, різко зростає роль ортопедичних методів у комплексному лікуванні вогнепальних поранень і ушкоджень обличчя й щелеп та їх наслідків. Із цього випливає, що в умовах воєнного часу значення зубного протезування, як важливого ортопедичного стоматологічного втручання, не зменшується.

Для надання ортопедичної стоматологічної допомоги особовому складу Збройних сил України, членам родин військовослужбовців, а також робітникам та службовцям військових частин і установ організовані ортопедичні (зубопротезні) відділення й кабінети в центральних (флотських) і базових стоматологічних поліклініках, у зубопротезних кабінетах центральних (флотських) і базових шпиталів, у центральних санаторіях Міністерства оборони. Такі кабінети в окремих випадках створюються також при стоматологічних відділеннях медичної служби військових академій, військових інститутів, університетів і деяких інших закладів - за наявності в них штатних зубопротезних лабораторій.

Зубопротезну допомогу військовослужбовцям надають також пересувні стоматологічні кабінети, а також позаштатні (госпрозрахункові) зубопротезні відділення й кабінети, що організовані при деяких лікувальних закладах Збройних сил.

Зубопротезну допомогу військовослужбовцям можуть надавати також відповідні відділення й кабінети цивільних лікувальних установ (за домовленістю), якщо це буде визнано за доцільне старшим медичним начальником (начальником медичної служби оперативного коман-

дування, флоту, армії тощо). Така необхідність може виникнути в тому разі, коли за місцем дислокації військової частини немає близько розташованих військових зубопротезних лабораторій, і за обмеженої кількості осіб, що потребують зубопротезування. За наявності в частині значної кількості осіб, які потребують зубопротезування, але не менше 25, у такі частини направляють зубопротезні бригади, що складаються з лікарів-протезистів і зубних техніків з відповідним оснащенням для проведення зубопротезування безпосередньо на місці. Бригади організують центральні і гарнізонні стоматологічні поліклініки чи стоматологічні відділення центральних, гарнізонних (базових) шпиталів.

Якщо зубопротезування здійснюють цивільні лікувальні установи, оплату робіт для тих категорій військовослужбовців, які мають право на безкоштовне зубопротезування, здійснює медична служба оперативного командування (флоту) по рахунках лікувальних установ.

Прикріплення особового складу військових частин, установ і навчальних закладів на зубопротезування до тих чи інших зубопротезних відділень і кабінетів здійснюється наказом начальника військово-медичної служби оперативного командування (флоту) за представленням головного стоматолога оперативного командування (флоту).

План забезпечення особового складу зубопротезної допомоги, зокрема і шляхом виїзду зубопротезних бригад безпосередньо в частини, складається головним стоматологом оперативного командування флоту і затверджується начальником медичної служби оперативного командування (флоту). Такі ж плани складаються для великих гарнізонів і окремих великих з'єднань і об'єднань. Підставою для складання плану як по оперативному командуванню в цілому, так і по окремих великих гарнізонах, служать дані диспансеризації особового складу й заявки начальників медичної служби частин, з'єднань і кораблів, складені за результатами диспансеризації. Ці заявки направляються в медичну службу оперативного командування чи безпосередньо в стоматологічні поліклініки за місцем дислокації частини. До заявки додаються списки осіб, що підлягають зубопротезуванню, за установленою формою.

Після одержання відповідних списків безпосередньо з частини або через медичну службу командування стоматологічні поліклініки, відділення й кабінети шпиталів висилають у частини повідомлення на кожного військовослужбовця із вказанням терміну прибуття на зубо-

протезування. Про терміни прибуття на зубопротезування військово-службовці можуть бути оповіщені також через лікаря частини й іншим способом (листом, телефоном, усно та ін). Начальник медичної служби частини направляє військовослужбовців у відповідні лікувальні установи на зубопротезування в терміни, зазначені у повідомленні. Перед направленням повідомлення в частину у стоматологічній поліклініці мають бути ретельно проаналізовані списки осіб, які потребують зубопротезування, для визначення черги надання ортопедичної стоматологічної допомоги. Вирішуючи це питання, як у поліклініці, так і в частині, необхідно користуватися відповідними положеннями.

У першу чергу на зубопротезування та інші ортопедичні втручання слід направляти:

а) військовослужбовців після поранень та ушкоджень обличчя та щелеп, отриманих під час виконання обов'язків військової служби, особливо в боях на захист Батьківщини;

б) солдатів, сержантів, офіцерів, генералів та адміралів, які втратили зуби у зв'язку з оперативними втручаннями на щелепах;

в) осіб, що страждають на хронічні хвороби шлунково-кишкового тракту (виразкова хвороба шлунка й дванадцятипалої кишки, хронічний гастрит, хронічний коліт тощо);

г) особовий склад підводних човнів, водолазів, льотно-підйомний склад, особовий склад повітряно-десантних частин, а також танкістів - за наявності у них медичних показань до зубопротезування;

д) осіб, у яких втрата зубів заважає виконанню їхніх прямих службових обов'язків (музиканти, лектори тощо);

е) військовослужбовців, що страждають на хвороби пародонта та деформації прикусу.

У другу чергу на зубопротезування направляють усіх військово-службовців, у яких відсутні передні й бокові зуби без функціональних порушень з боку шлунково-кишкового тракту - за відповідними медичними показаннями.

У третю чергу на протезування направляють членів сімей військово-службовців, робітників і службовців Збройних сил. При цьому попередньо необхідно виявити можливості відповідних стоматологічних установ щодо надання зубопротезної допомоги цієї категорії потребуючих. У разі перевантаженості лабораторій обслуговуванням основно-

го контингенту зубопротезування членів сімей військовослужбовців, робітників і службовців проводиться в зубопротезних установах Міністерства охорони здоров'я за місцем проживання. Це правило не поширюється лише на віддалені гарнізони й деякі військові частини.

Потреба у протезуванні зубів та ортопедичних втручаннях визначається лікарем-стоматологом у процесі обстеження хворих з урахуванням стану як жувального апарату, так і загального стану організму, у першу чергу стану шлунково-кишкового тракту. При цьому необхідно брати до уваги військову професію військовослужбовця, функцію мовлення і, зрештою, косметичні фактори. Наприклад, відсутність передніх зубів у підводників і водолазів дуже ускладнює, а в деяких випадках робить неможливим користування загубником, який є важливою частиною водолазного або підводного спорядження. У той же час, вирішуючи питання про необхідність протезування, слід враховувати не тільки й не стільки відсутні зуби, скільки кількість і функціональну цінність наявних зубів, їх положення, форму, наявність антагоністів, характер прикусу, стан слизової оболонки порожнини рота та ін. Наприклад, за наявності відкритого прикусу дуже ускладнюється відкушування їжі. Разом з тим слід мати на увазі, що будь-який протез або ортопедичний апарат, як би добре не був він зроблений, завжди разом з користю наносить і певну шкоду наявним зубам, тканинам пародонта і слизовій оболонці порожнини рота. Тому слід заздалегідь зважити всі фактори, які свідчать як на користь, так і проти зубопротезування, і тільки потім приймати остаточне рішення.

Ортопедичну стоматологічну допомогу особовому складу військ у воєнний час (у діючій армії) надають зубопротезні відділення, ортопедичні кабінети спеціалізованих хірургічних військово-польових шпиталів для поранених у голову, шию і хребет, пересувних стоматологічних загонів (ПСЗ). Для роботи в польових умовах ці відділення, кабінети й загоны оснащуються табельним і нетабельним спеціальним оснащенням, інструментами й матеріалами. До табельного майна належать такі спеціальні комплекти:

ЗП - комплекти загальнолікарських, зуболікарських і зубопротезних інструментів, матеріалів, апаратів і приладів, необхідних лікарю-протезисту для потреби клінічного протезування;

ЗТ-1 - містить оснащення й апарати для зуботехнічної лабораторії;

ЗТ-2 - складається із зуботехнічних інструментів, аптечних і деяких інших предметів;

ЗТ-3 — містить витратні зуботехнічні матеріали: зуби штучні, пластичні маси, віск і т. ін., хімікалії.

Таким чином, усі комплекти ЗТ складають майно зуботехнічної лабораторії. Ці комплекти періодично оновлюються: застарілі інструменти й матеріали замінюються сучасними й найбільш перспективними. Крім того, кожна зуботехнічна лабораторія (зубопротезне відділення) забезпечується дротом, листовою сталлю й деякими іншими деталями, необхідними для ортопедичних втручань, лікування переломів щелеп, для виготовлення захисних пластинок, замісних та виправляючих апаратів, а також ортопедичних конструкцій. Усе це отримують з органів постачання (медичних складів), коли потрібно.

Першочерговим завданням стоматологів-ортопедів є надання ортопедичної допомоги постраждалим у боях за Батьківщину - як під час лікування їх у госпіталях, так і після виписки зі стаціонарів. Разом з тим звертається увага на забезпечення зубними протезами особового складу підрозділів спеціального призначення швидкого реагування і т. п. Слід ретельно дотримуватися такого правила: особовому складу підрозділу спеціального призначення має бути проведена не тільки санація порожнини рота, а й зубопротезування.

Забезпечення зубними протезами військовослужбовців в умовах діючої армії повинне проводитися в максимально скорочені терміни при мінімальній кількості відвідувань зубопротезного кабінету. Через ці причини деякі етапи зубопротезування, які в умовах мирного часу проводяться окремо, у польових умовах мають об'єднуватись (наприклад, зняття відбитка, відливання моделі й визначення центральної оклюзії в перше відвідування; виготовлення мостоподібних протезів без попередньої примірки коронок та ін.). Усе це потребує від стоматологів-ортопедів і зубних техніків використання найефективніших методів зубопротезування, а також найсучасніших технічних способів виготовлення зубних протезів та інших ортопедичних приладів.

План забезпечення особового складу діючої армії (фронту) зубопротезуванням складає головний стоматолог фронту за заявками начальників медичної служби частин і з'єднань фронту. Однак на відміну від

умов мирного часу зубопротезування має бути максимально наближене до військових частин. У період активних бойових дій і масового надходження поранених зі щелепно-лицевими ушкодженнями основні зусилля зосереджуються на наданні ортопедичної допомоги під час хірургічної обробки щелепно-лицевих поранень і подальшого їх лікування.

Як уже зазначалось, потреба в протезуванні зубів і щелеп визначається лікарем-стоматологом частини в процесі обстеження хворого під час первинного або повторного звернення. Одночасно з цим вирішується питання про підготовку порожнини рота до протезування, яка проводиться, як правило, в частині. Виняток складають лише ті хворі, яким для підготовки порожнини рота до протезування необхідні оперативні втручання, не здійснені в стоматологічному кабінеті частини (поглиблення присінка порожнини рота, висікання рубців слизової оболонки з вільною пересадкою шкіри тощо). Таких хворих направляють у відповідні стоматологічні установи.

Однак остаточне вирішення питання про показання та протипоказання до зубопротезування й ортопедичного лікування хвороб і травм щелепно-лицевої ділянки приймає стоматолог-ортопед установи, куди хворий направлений на зубопротезування. Він також визначає чи вибирає й відповідну конструкцію протеза. При цьому конструкцію тільки зубних протезів, ортодонтичних і деяких ортопедичних апаратів стоматолог-ортопед вибирає самостійно, а конструкцію ортопедичних пристроїв, необхідних для лікування хвороб і травм щелепно-лицевої ділянки, - разом зі стоматологом-хірургом. Позиція стоматолога-хірурга в цьому відношенні має переваги.

Основні медичні показання до зубопротезування військовослужбовців такі:

- відсутність усіх зубів на одній або обох щелепах;
- відсутність усіх бокових зубів (премолярів і молярів або тільки молярів) на одній або обох щелепах;
- відсутність не менше двох сусідніх бічних зубів (обох премолярів, премоляра й моляра й т. ін.) за наявності опорних зубів медіальніше й дистальніше дефекту зубного ряду;
- відсутність одного або декількох зубів на одній або обох щелепах при збереженні всіх бічних зубів;
- при хворобах пародонта залежно від стану тканин пародонта

(наявність кісткових кишень, ступеня рухомості зубів, форми патологічного процесу й т. ін.) питання вирішується тільки індивідуально;

- наявність дефектів оюнозії, які не підлягають виправленню хірургічним шляхом (відкритий прикус, травматична оклюзія, діастеми й т. ін.);
- ушкодження зубів і альвеолярних відростків щелеп - за відсутності показань до стаціонарного лікування.

Основними медичними протипоказаннями до зубопротезування є:

- запальні стани слизової оболонки порожнини рота, особливо в стадії загострення (гінгівіти, стоматити);
- I злаякісні новоутворення органів порожнини рота - до проведення радикального лікування, а також передракові стани;
- відсутність одного премоляра або моляра у випадках, коли сусідні зуби не потребують покривання коронкою. Якщо ж унаслідок розходження сусідніх зубів дефект у зубному ряді відповідає розміру двох бокових зубів або існує виражена тенденція до висування антагоніста в дефект на протилежній щелепі, то питання про необхідність протезування вирішується індивідуально.

У тісному зв'язку з показаннями й протипоказаннями до зубопротезування і використання інших ортопедичних, ортодонтичних апаратів або приладів знаходяться показання до вибору тієї чи іншої конструкції протеза або апарата. Ці показання, зрозуміло, не є абсолютними й можуть варіювати в достатньо широких межах. Нижче наводимо основні з них.

Основні показання до використання знімних пластинчастих протезів такі:

- повна відсутність зубів на одній або обох щелепах;
- повні односторонні дефекти зубів на одній або обох щелепах;
- при дефектах зубних рядів, які супроводжуються деформаціями щелеп або їхніх альвеолярних відростків, що потребують виправлення або заміщення;
- у тих випадках, коли використовувати наявні опорні зуби під мостоподібні протези неможливо або недоцільно внаслідок рухливості, конвергенції або дивергенції. У деяких випадках особам, яким показані знімні пластинчасті протези, останні можуть бути замінені бюгельними або опорними.

Незнімні протези показані в таких випадках:

- одиничні коронки (металеві й пластмасові) використовуються для відновлення зруйнованих коронок зубів, утримання пломб; при виготовленні протезів спеціальних конструкцій (опорних, складних) і для підвищення прикусу, для покривання зубів із підвищеною больовою чутливістю, яка не усувається обробкою пастами й розчинами фтористого натрію або хлористого стронцію та іншими медикаментозними засобами; при підвищеному стиранні емалі;
- І мостоподібні протези виготовляють для усунення часткових дефектів у зубному ряді за наявності не менше двох опорних зубів по боках. Опорні зуби мають бути стійкими. Відношення кількості опорних зубів до проміжних має бути 1:2, не менше. Наприклад, у мостоподібному протезі з опорою на двох зубах кількість проміжних зубів не повинна бути більше двох-третьох;
- штифтові зуби застосовують для відновлення зруйнованих передніх зубів. При цьому обов'язковою умовою є добра стійкість опорного кореня й відсутність осередків запалення в ділянці його верхівки. За наявності таких осередків закріплювати штифтові зуби можна тільки після вилікування кореня.

Незнімні протези виготовляються із золота, спеціальних сплавів або сталі, суцільнолиті конструкції, облицьовані фарфором, пластмасою або композитом, ліцензованими Міністерством охорони здоров'я.

Комбіновані незнімні протези рекомендовано виготовляти з металу та пластмаси. Виготовляти протези з різномірних металів забороняється.

Ортопедичні методи в комплексному лікуванні хвороб пародонта мають за мету функціональне розвантаження жувального апарата, перерозподіл такого навантаження, а також закріплення рухомих зубів заради запобігання їх подальшому розхитуванню. Це досягається виведенням окремих зубів з артикуляції, укороченням позаальвеолярної частини зубів, вирівнюванням жувальних поверхонь та зміною співвідношень між зубними рядами. Крім того, ці методи застосовують для закріплення рухомих зубів та запобігання їх розхитуванню.

Вибір конструкції ортопедичних апаратів, як і самого методу лікування, у кожному окремому разі має бути строго індивідуальним з урахуванням форми захворювання, ступеня ураження періодонта, ру-

хомості зубів, характеру прикусу та інших моментів. Терапевтичне значення вирівнювання оклюзійної площини полягає в утворенні більш рівномірного жувального навантаження на зуби. Укорочення зубів слід проводити з урахуванням перебігу процесу, вибірково. Рухомі зуби закріплюють за допомогою різних апаратів і шин, фіксованих на зубах за допомогою ковпаків, кільцеві, коронок і штифтів. Із стаціонарних апаратів і шин найдоступнішими для виготовлення в будь-якій зубопротезній лабораторії є капові апарати та шини. Складніші у технічному відношенні - ковпачкові, кільцеві, напівкільцеві шини та шини, що закріплюються на коронках, напівкоронках і штифтах, хоча вони й дають більший ефект.

Шинування й протезування при цих хворобах потрібно проводити особливо ретельно. Погано припасовані шини, апарати й протези можуть бути причиною подразнення тканин пародонта й цим погіршувати перебіг захворювання. Шини й апарати при пародонтиті можна накладати й закріплювати як до оперативного втручання, так і після нього. Краще, однак, це робити до оперативного втручання.

Показання до ортопедичного втручання в лікуванні травм щелепно-лицевої ділянки дуже різноманітні. Залежно від характеру й обсягу ушкоджень лицевого скелета, ускладнень перед ортопедами виникають завдання фіксації й репозиції відламків, фіксація відламків при значних дефектах щелеп, заміщення втрачених відділів щелеп і тканин обличчя, застосування приладів для профілактики й лікування контрактур різної етіології.

У зв'язку з цим в ортопедії застосовують різноманітні види апаратів та приладів, які поділяються за призначенням і функцією, конструкцією й місцем розташування.

А. Я. Катц поділяє апарати за функцією на фіксуючі, репонуючі й замісні.

Фіксуючі апарати застосовуються для фіксації, зв'язування відламків, тобто це шинуючі апарати.

Репонуючі апарати застосовуються для вправлення, витягування й виправлення неправильного положення відламків.

Замісні апарати служать для заміщення дефекту, який виник при пораненні, й для відновлення форми та функції жувального апарату. Вони ще можуть бути названі протезами.

А. І. Бетельман (1965) поділяє ортопедичні апарати за функцією, лікувальним значенням, місцем прикріплення; характером дії та за конструкцією, з чим майже збігається класифікація І. М. Оксмана (1968).

А) За функцією апарати поділяються на ті, що вправляють (що репонують - за Катцем) і замісні, фіксуючі, комбіновані, направляючі.

Формуючі застосовуються для пластичних операцій з метою підтримки, опори для м'яких тканин.

Комбіновані виконують декілька функцій: фіксуючу, формуючу й т. ін.

За наявності значних дефектів кісток обличчя і м'яких тканин використовують різноманітні види складних конструкцій.

Фіксуючі апарати застосовують для лікування переломів щелеп, за недостатньої кількості або відсутності зубів на відламках. До них належать:

- шини з дроту (Тігершtedта, Баронова, Васильєва, Степанова, Попудренко);
- шини на кільцях, коронках (з гачками для витягування відламків);
- шини-капи (металеві - литі, штамповані, паяні; пластмасові - за Мареем, Фригофом, Гардашниковим та ін.);
- знімні шини Порта, Гунінга, Лімберга, Вебера, Ванкевич, Степанова та ін. (рис. 79, 80, 81).

Репонуючі апарати використовуються для репозиції кісткових відламків, при переломах з тугорухомістю відламків щелеп; до них належать:

а) апарати з внутрішньоротовими та позаротовими важелями (Бруна, Понроя і Псома, Курляндського, Катца, Шура, Оксмана);



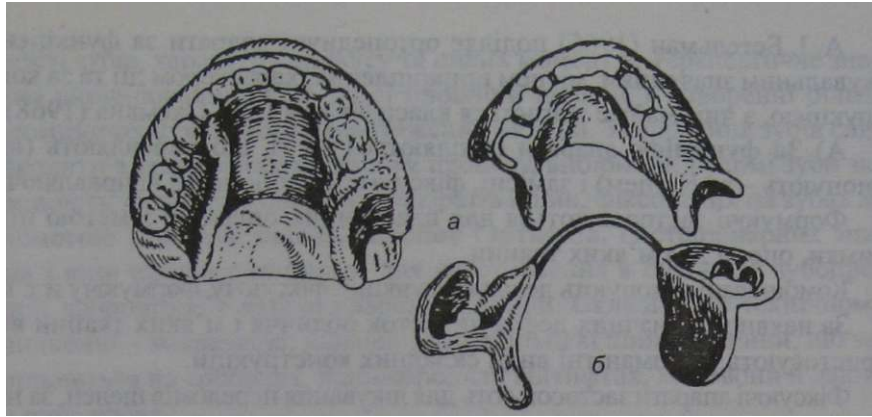


Рис. 81. Шини пластинкові з пластмаси для закріплення відламків нижньої щелепи:
а - за Ванкевич; б - за Степановим

б) репонуючі апарати з гвинтом і відштовхуючою площиною (Курляндського, Грозовського);

в) репонуючі апарати з пелотом на беззубий відламок (Курляндського та ін.);

Направляючі (коригуючі) - це апарати, що забезпечують кістковому відламку щелепи певний напрямок за допомогою похилої площини, пелота, ковзного шарніра та ін.

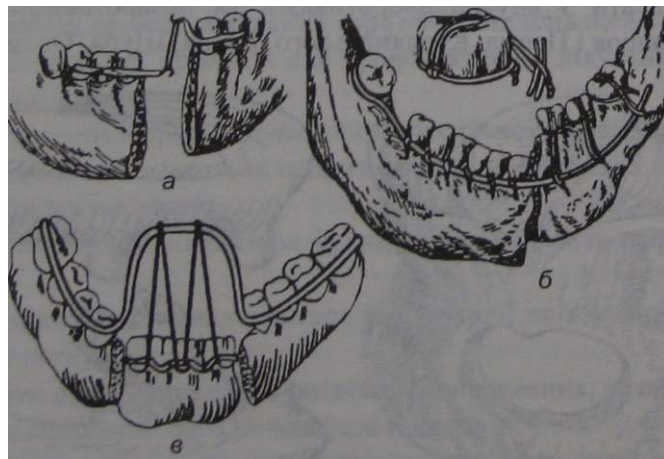


Рис. 82. Репонуючі апарати:
а - Понроя - Псома; б - Померанцевої - Урбанської; в - Поста

Формуючими називаються апарати, які є опорою пластичного матеріалу (шкіра, слизова оболонка), що утворюють ложе для протеза в післяопераційному періоді й запобігають виникненню рубцевих змін м'яких тканин та їх наслідків (зміщення фрагментів за рахунок стягуючих сил, деформацій протезного ложа та ін.) (рис. 82-87).

За конструкцією апарати можуть бути різноманітними залежно від ділянки ушкодження та її анатомо-фізіологічних особливостей. У конструкції формуючого апарата виділяють формуючу частину й фіксуючий пристрій.

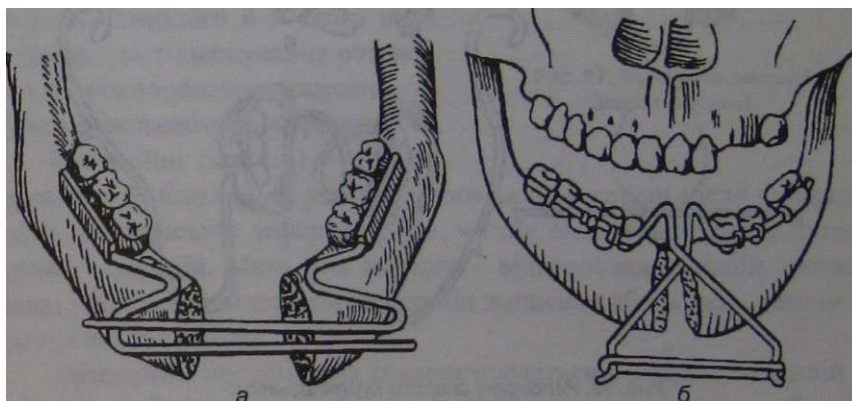


Рис. 83. Репонуючі апарати:
а - Катца; б - Бруна.

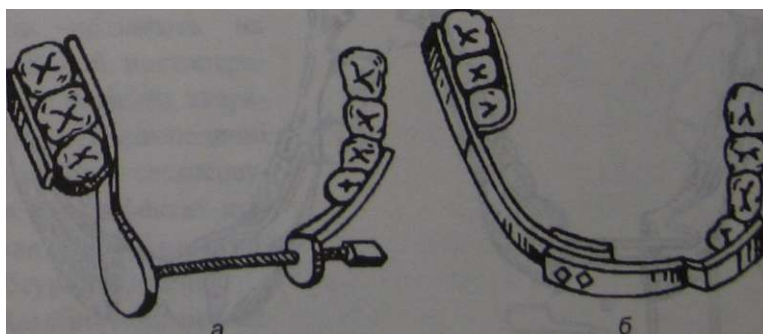


Рис. 84. Капово-штанговий репонуючий апарат Грозовського.
а - під час репозиції; б - під час фіксації.

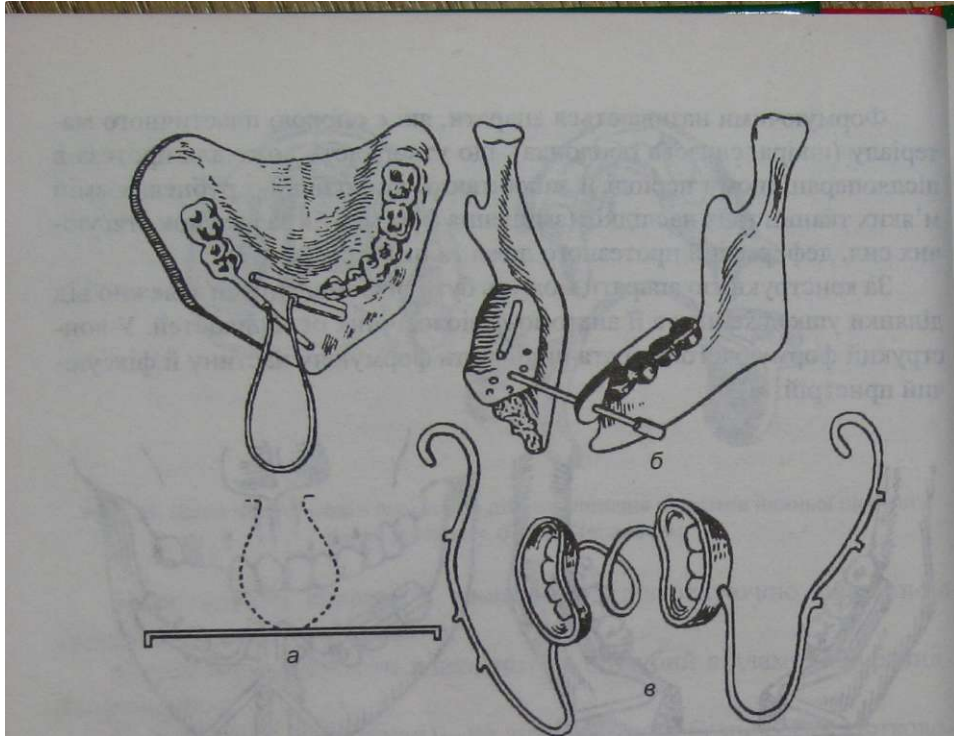


Рис. 85. Репонуючі апарати Курляндського:
 а - з дугою; б - з пелотом на беззубий відламок; в - з репонуючою петлею

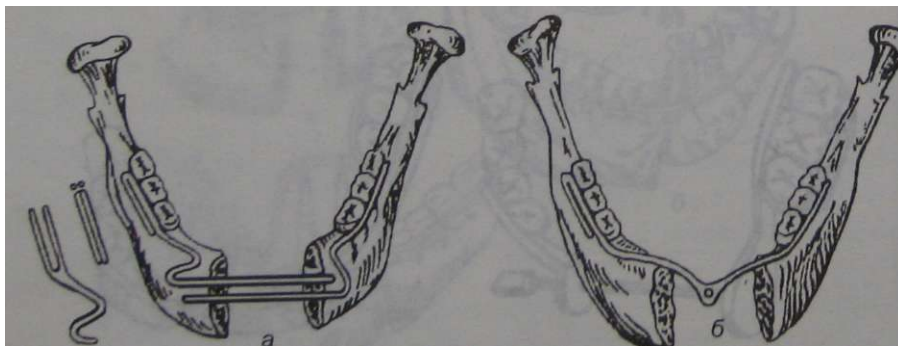


Рис. 86. Комбінований апарат Оксмана:
 а - репонуючий; б - фіксуючий

До формуючих апаратів належать: формуючий апарат Бетельмаїна на нижню і верхню щелепи, формуючі апарати Курляндського, Оксмана на нижню щелепу, для верхньої щелепи - формуючий апарат Шура з пальцевими відростками в задній його частині (рис. 88).

За наявності травматичних дефектів твердого й м'якого піднебіння для відмежування ротової та носової порожнин використовуються різноманітні obturatori.

Резекційні (замісні) - це апарати, що заміщають дефекти зубного ряду, утворені після видалення зубів, заповнюючи дефекти щелеп, частин обличчя, що виникли після травм, операцій. Мета цих апаратів - відновлення функцій органа, а іноді утримання відламків щелеп від зміщення або м'яких тканин обличчя від западання.

Резекційні протези, що використовуються в щелепно-лицевій ортопедії, поділяються на зубоальвеолярні, щелепні, лицеві, комбіновані. При резекції щелеп використовують протези, які називаються пострезекційними. Розрізняють безпосереднє, найближче та віддалене протезування. У зв'язку з цим протези поділяють на операційні й постопераційні. До замісних апаратів належать ортопедичні пристрої, що застосовуються при дефектах піднебіння: захисні пластинки, obturatori та ін.

Комбінованими називають апарати, що мають декілька призначень і виконують різноманітні

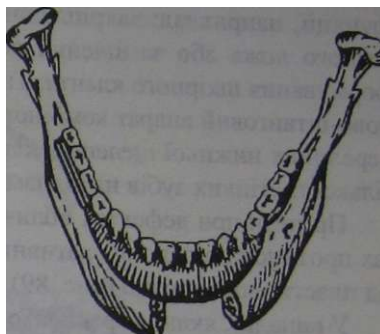


Рис. 87. Формуючо-замісний апарат Оксмана.

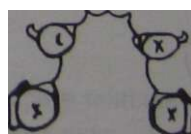


Рис. 88. Формуючий апарат Шура

функції, наприклад: закріплення відламків щелеп і формування протезного ложа або заміщення дефекту щелепної кістки й одночасне формування шкірного клаптя. Типовим представником цієї групи є капово-штанговий апарат комбінованої послідовної дії за Оксманом при переломах нижньої щелепи з дефектом кістки й наявністю достатньої кількості стійких зубів на відламках.

Протези при дефектах обличчя та щелеп виготовляються у випадках протипоказань до оперативних втручань або в разі відмови хворих від пластичної операції (рис. 89).

У випадку, якщо дефект захоплює декілька органів одночасно (ніс, щоки, губи, очі й т. ін.), протез обличчя виготовляється таким чином, щоб відновити всі втрачені частини. Протези обличчя можна фіксувати за допомогою оправу окулярів, зубного протеза, сталевий годинникової пружини, імплантатів та інших приладів.

Б) За лікувальним призначенням апарати поділяються на основні - ті, що мають самостійне лікувальне значення, або допоміжні, що слугують для успішного виконання оперативного втручання (рис. 81,90).

В) За місцем прикріплення - однощелепні й двощелепні. Крім цього, апарати поділяються на:

- внутрішньоротові,



Рис. 89. Лицевий протез

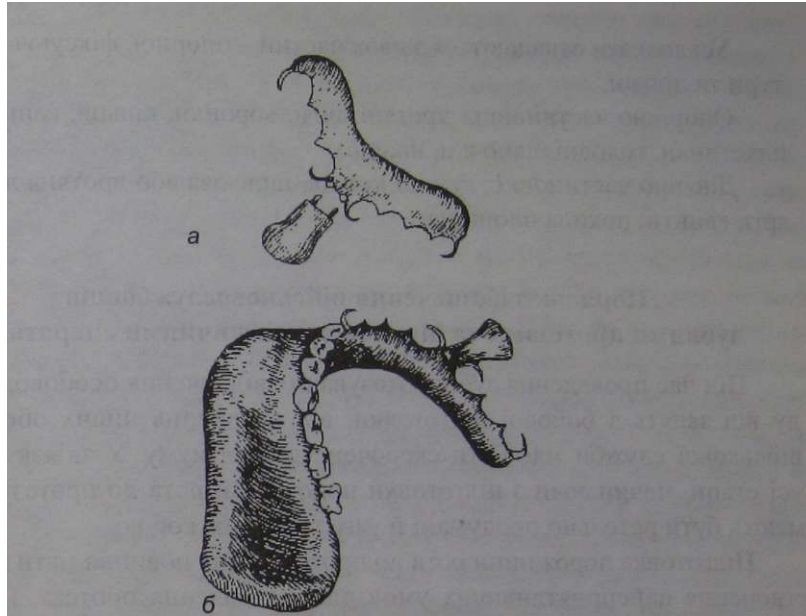


Рис. 90. Безпосереднє протезування при резекції половини нижньої щелепи:
 а - фіксуєча пластинка зі знімною похилою площиною;
 б - резекційний протез нижньої щелепи

- позаротові,
- комбіновані.

З них внутрішньоротові можуть бути:

- наясенні,
- назубоясенні,
- назубні.

Г) За характером дії апарати поділяються на:

- апарати з безперервною дією - гумові кільця, смужки, сталевий дріт;

дугою, гвинтові апарати, шовкова лігатура, спочатку суха, яка при набуханні діє безперервно.

Д) За конструкцією: апарати можуть бути знімними й незнімними, стандартними й індивідуальними, позалабораторними й лабораторними.

- апарати з перерв

Усі апарати складаються з двох частин - опорної, фіксуєчої апаратури та діючої.

Опорною частиною є: дротяні дуги, коронки, кільця, капи, знімні пластинки, головні шапочки, праща.

Діючою частиною є: гумові кільця, шовкова або дротяна лігатура, дріт, гвинти, похила площина.

Порядок забезпечення військовослужбовців зубними протезами та іншими ортопедичними апаратами

Під час проведення зубопротезування відлучення особового складу від занять з бойової підготовки, від виконання інших обов'язків військової служби має бути скорочене до мінімуму. У зв'язку з цим усі етапи, починаючи з підготовки порожнини рота до протезування, мають бути ретельно продумані й узгоджені між собою.

Підготовка порожнини рота до протезування повинна мати на меті створення найсприятливіших умов для закріплення протеза. Під час підготовки порожнини рота до протезування мають бути видалені всі зуби, які можуть сприяти закріпленню протеза. Зубні відкладення необхідно зняти й провести лікування слизової оболонки. Періапікальні тканини зубів, що обрані як опорні для незнімних протезів, обов'язково досліджуються рентгенологічно для виявлення прихованих вогнищ одонтогенної інфекції. Зуби й корені, які не підлягають лікуванню, потрібно видалити.

Видаляючи кілька сусідніх зубів або коренів, рекомендується одночасно виконати резекцію країв альвеолярного відростка, згладити гострі краї кістки й потім накласти шви. Рубцеві тяжі та складки слизової оболонки, які заважають протезуванню, усувають пластикою зустрічними трикутними клаптями або за допомогою вільної пересадки шкірних клаптів, особливо, коли йдеться про необхідність поглиблення присінка рота або підвищення висоти альвеолярного гребеня. В останньому випадку іноді використовують підсаджування під слизову оболонку альвеолярного відростка шматочків ліофілізованого алохряща та інших пластичних матеріалів. Видалення та препарування зубів під коронки слід проводити без болю, використовуючи місцеву анестезію або інші види знеболювання.

Направляти на зубопротезування слід після повного загоєння альвеоли, після видалення зуба та завершення процесу атрофії в альвеолярному відростку. Це дуже важливо в знімному протезуванні. Виняток складають тільки ті особи, яким відстрочка протезування дуже перешкоджає виконанню професійних обов'язків (наприклад, музикант, лектор тощо). У такому разі військовослужбовцям виготовляють тимчасові протези, а після закінчення перебудови тканин на місці операції виготовляють постійний протез. Направляти військовослужбовців на зубопротезування з невідготовленою порожниною рота за наявності в частині або гарнізоні лікаря-стоматолога категорично забороняється. Для цього військовослужбовець попередньо направляється на санацію порожнини рота й тільки потім - на зубопротезування. Військовослужбовцям, які знаходяться на стаціонарному лікуванні у шпиталях, за наявності в штаті шпиталю зубопротезного кабінету, проводиться не тільки санація порожнини рота, але й зубопротезування безпосередньо у шпиталі в межах строків перебування внаслідок основного захворювання. У таких випадках у першу чергу мають бути забезпечені відповідними протезами й ортопедичними апаратами хворі стоматологічного відділення. Хворі інших відділень забезпечуються в другу чергу, як зазначено вище, у межах строків стаціонарного лікування внаслідок основного захворювання. Якщо строки, необхідні для виготовлення протезів та інших апаратів, перевищують строки лікування у шпиталі внаслідок основного захворювання, то таким хворим протезування виконується амбулаторно.

Прибувши у стоматологічну установу, військовослужбовець пред'являє сповіщення на зубопротезування, а також документи, що засвідчують його особу.

Після огляду лікар-протезист визначає тип протеза, заповнює карту-замовлення, роз'яснює військовослужбовцю, чи має він право на безкоштовне протезування, чи повинен платити. Оплата за протези проводиться за розцінками, затвердженими начальником медичної служби оперативного командування (флоту). Зубопротезування членів родини військовослужбовців, робітників і службовців Збройних сил України проводиться тільки за плату за розцінками Міністерства охорони здоров'я. Виготовлення протезів із золота та інших дорогоцінних металів у всіх випадках виконується тільки за плату.

Безкоштовно забезпечуються зубними протезами та іншими ортопедичними апаратами такі категорії військовослужбовців:

а) солдати, матроси, сержанти й старшини строкової служби всіх родів військ, курсанти військових інститутів, військових академій, вихованці військових коледжів (за наявності у них прямих медичних показань до зубопротезування);

б) усі військовослужбовці, урахувуючи офіцерів, генералів, адміралів і тих, хто служить за кордоном, якщо вони втратили зуби в боях за Батьківщину або в результаті травми, отриманої під час виконання службових обов'язків;

в) усі військовослужбовці, яким показане виготовлення виправляючих, опорних або замісних протезів після складних втручань на щелепах, що тягнуть за собою втрату значної частини кістки, різке порушення функції жування або спотворення обличчя. Ремонт протезів військовослужбовцям строкової служби, а також офіцерам та генералам при показаннях до безкоштовного протезування проводиться також безкоштовно.

Після закінчення протезування стоматолог-ортопед повинен провести інструктаж хворого про правила користування протезами й догляду за порожниною рота. Звертають увагу на період адаптації хворих до протезів, особливо при знімному протезуванні. В останньому випадку після здачі протеза проводять контрольні огляди осіб, що протезувалися, у строки, визначені стоматологом-ортопедом.

Про характер проведеного протезування або інші ортопедичні втручання роблять відповідний запис в історії хвороби й у медичній книжці військовослужбовця. Крім того, за хворими з пародонтитом, деформацією прикусу й після деяких інших ортопедичних і ортодонтичних втручань устанавлюється динамічний нагляд для визначення ефективності проведених втручань і профілактики ускладнень.

РОЗДІЛ XII

Медична експертиза та медичний огляд поранених у щелепно-лицеву ділянку призовників, допризовників, військовослужбовців

I. Основи організації військово-лікарської експертизи

Військово-лікарська експертиза Збройних сил України керується "Положенням про військово-лікарську експертизу та медичний огляд у Збройних силах України", затвердженим наказом міністра оборони України № 2 від 4 січня 1994 року та зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 29 липня 1994р. за № 177/386, та наказом "Про надання змін та доповнень до наказу міністра оборони України" № 207 від 12 липня 1999 року.

1. Загальні положення

1. Положення про військово-лікарську експертизу та медичний огляд визначає організацію військово-лікарської експертизи на мирний та воєнний час у Збройних силах України.
2. Положення встановлює порядок медичного огляду призовників, військовослужбовців, членів їхніх сімей (крім членів сімей військовослужбовців строкової служби); військовозобов'язаних, громадян, які бажають вступити до військово-навчальних закладів Збройних сил України, учнів військових ліцеїв; колишніх військовослужбовців з проходженням військової служби; працівників Збройних сил України, які залучаються до роботи з радіоактивними речовинами (РР), джерелами іонізуючого випромінювання (ДІВ), компонентами ракетного палива (КРП) та іншими високотоксичними речовинами, радіотехнічними засобами, які утворюють електромагнітні поля (ЕМП).
3. Основні завдання військово-лікарської експертизи такі:

добір громадян, придатних за станом здоров'я до військової служби для укомплектування Збройних сил України, медичний огляд призовників, військовослужбовців, військовозобов'язаних із метою визначення придатності до військової служби, служби за військовим фахом, аналіз результатів медичного огляду та розробка заходів щодо виконання цієї роботи з метою покращення комплектування Збройних сил України;

контроль за організацією та станом лікувально-оздоровчої роботи серед призовників, огляд призовників, кандидатів, які вступають до військових закладів, військовозобов'язаних, аналіз результатів і розробка пропозицій щодо удосконалення цієї роботи;

контроль за організацією, проведенням і результатами лікувально-діагностичної роботи у військових лікувально-профілактичних закладах та військових частинах, надання методичної та практичної допомоги з питань військово-лікарської експертизи військово-лікарськими комісіями (надалі ВЛК) та лікувально-профілактичними установами, визначення причинного зв'язку хвороб, поранень, контузій, травм та каліцтва (надалі захворювання, поранення) у військовослужбовців, військовозобов'язаних, які призвані на збори, і колишніх військовослужбовців, а також причинного зв'язку хвороб, поранень, які заподіяли військовослужбовцям смерть;

розроблення спільно з головними медичними спеціалістами Міністерства охорони здоров'я й Міністерства оборони України вимог щодо стану здоров'я призовників, кандидатів, які вступають до ВНЗ, військовослужбовців, а також показань для найдоцільнішого використання їх на військовій службі за станом здоров'я;

організація огляду військовослужбовців та інших контингентів у військових частинах, закладах, ВНЗ, на підприємствах і в організаціях Міністерства оборони України (у подальшому - військова частина);

проведення наукової роботи з питань діяльності військово-лікарської експертизи;

підготовка кадрів для військово-лікарських комісій (ВЛК).

2. Органи військово-лікарської експертизи

Військово-лікарська експертиза у Збройних силах України здійснюється штатними та позаштатними (постійно і тимчасово діючими) ВЛК.

Органи військово-лікарської експертизи у своїй роботі керуються цим Положенням, іншими керівними документами, які стосуються питань військово-лікарської експертизи, а також вказівками Департаменту охорони здоров'я Міністерства оборони України, Центральної військово-лікарської комісії Міністерства оборони України.

Штатні ВЛК є військово-медичними установами спеціального призначення. Вони мають гербову печатку та кутовий штамп. Штатні ВЛК комплектуються лікарями з клінічною підготовкою за однією з лікарських спеціальностей (терапія, хірургія, неврологія, психіатрія, отоларингологія, офтальмологія, стоматологія та іншими), з досвідом роботи у військах і лікувально-профілактичних закладах. Права та обов'язки штатних та позаштатних ВЛК визначаються цим Положенням.

Залучати особовий склад штатних ВЛК для вирішення питань та завдань, не пов'язаних із військово-лікарською експертизою, забороняється.

Позаштатні ВЛК призначаються у складі голови, заступника голови (одного із членів комісії), членів комісії (у гарнізонних, шпитальних ВЛК не менше трьох лікарів, в останніх ВЛК - терапевта, хірурга, невропатолога, окуліста, стоматолога, отоларинголога, психіатра) і секретаря. По необхідності до складу ВЛК можуть призначатися лікарі інших спеціальностей. До складу ВЛК, що створюється у військовому комісаріаті, лікарі й секретар комісії залучаються з місцевих лікувально-профілактичних закладів рішенням Голови місцевої державної адміністрації.

Штатні й позаштатні ВЛК з питань військово-лікарської експертизи підпорядковуються вищим штатним ВЛК. У прийнятті висновків, рішень, постанов (надалі - постанова) вони незалежні, а у своїй роботі керуються цим Положенням, іншими документами, що стосуються питань військово-лікарської експертизи.

За необхідністю до участі в роботі штатних та позаштатних ВЛК на правах членів комісії можуть залучатися головні (провідні) ме-

дичні фахівці та інші лікарі-спеціалісти лікувально-профілактичних закладів, лікарі військових частин, представники командування (керівництва) та військові спеціалісти.

9. Постанови ВЛК приймаються колегіально, більшістю голосів. У разі незгоди голови або членів комісії з думкою інших членів їхня окрема думка заноситься до протоколу засідання ВЛК. Члени ВЛК зобов'язані дотримуватися вимог Положення.

За несумлінне або упереджене ставлення до вирішення питань з військово-лікарської експертизи голова та члени ВЛК, лікарі, які беруть участь у медичному огляді контингентів, зазначених у пункті 2 цього Положення, притягаються до відповідальності згідно з чинним законодавством.

10. Постанови ВЛК згідно з цим Положенням розглядаються, контролюються й затверджуються, а за необхідності переглядаються відповідною штатною ВЛК. За рішенням штатної комісії ВЛК може бути проведений повторний або контрольний медичний огляд.

А. Штатні військово-лікарські комісії

До штатних ВЛК належать:

- центральна військово-лікарська комісія Міністерства оборони України;
- лікарська льотна комісія ЦВЛК МО України;
- базова ВЛК командування оперативного напрямку (надалі ВЛК військового округу);
- ВЛК Військово-Морських сил;
- ВЛК евакуаційного пункту, місцевого евакуаційного пункту на воєнний час;
- ВЛК управління шпитальної бази.

Б. Позаштатні постійнодіючі військово-лікарські (лікарсько-льотні) комісії

До позаштатних постійнодіючих ВЛК належать:

- шпитальні ВЛК;
- гарнізонні ВЛК;
- лікарсько-льотні комісії;
- ВЛК з'єднання аеромобільних військ;

- ВЛК для медичного огляду особового складу підводних човнів з атомним енергетичним устаткуванням;
- ВЛК військових комісаріатів.

В. Позаштатні тимчасово діючі військово-лікарські комісії

До позаштатних тимчасово діючих ВЛК належать:

- ВЛК військово-навчальних закладів МО України;
- військово-лікарська підкомісія приймально-технічної комісії Військово-морських сил;
- ВЛК для медичного огляду особового складу дизель-електричних підводних човнів;
- ВЛК для медичного огляду водолазів;
- ВЛК для медичного огляду військовослужбовців, які залучаються до підводного керування танками чи іншими машинами;
- ВЛК військової частини аеромобільних військ;
- ВЛК для медичного огляду поповнення Збройних сил України.

II. Порядок медичного огляду у Збройних силах України

1. Загальні положення

Медичний огляд у Збройних силах України проводиться з метою виявлення:

- придатності до військової служби призовників, військовозобов'язаних та показань для правильного розподілу їх за видами Збройних сил України, родами військ і за військовою спеціальністю згідно зі станом здоров'я й фізичним розвитком;
- придатності до військової служби за військовою спеціальністю військовослужбовців;
- 1 придатності кандидатів для вступу до військових навчальних закладів;
- придатності військовослужбовців, військовозобов'язаних, працівників Збройних сил для роботи з РР, ДІВ, КРП, джерелами ЕМП;
- можливості проходження військової служби офіцерами, прапорщиками, мічманами, військовослужбовцями-жінками й проживання членів їх сімей за кордоном, а також потреби у тривалому спеціалізованому лікуванні й медичному спостереженні членів їх сімей, транспортабельності їх за станом здоров'я.

Постанови ВЛК приймаються на підставі розгляду хвороб і фізичних вад, що визначають ступінь придатності до військової служби й таблиці додаткових вимог до стану здоров'я призовників, військово-службовців, а також вступників до військово-навчальних закладів.

Кількість оглянутих за робочий день не повинна перевищувати в мирний час 50 осіб, у воєнний час - 100 осіб.

У воєнний час військовослужбовці, військовозобов'язані, працівники Збройних сил, крім комісій, які працюють у мирний час, проходять медичний огляд також ВЛК евакуаційних пунктів, управлінь шпитальних баз.

2. Медичний огляд військовослужбовців

На медичному огляді офіцерів, прапорщиків, мічманів і військовослужбовців-жінок метод індивідуальної оцінки придатності їх до військової служби повинен застосовуватись у кожному разі. ВЛК враховує їхній військовий фах, підготовку, досвід, освіту, вік, фактичну працездатність, спрямованість до військової служби, думки командування й лікаря, військової частини й можливість використання їх на посаді, яка найбільше відповідає стану здоров'я.

Постанова ВЛК про надання військовослужбовцям відпустки за станом здоров'я приймається після закінчення стаціонарного лікування у випадках, коли для повного відновлення функції працездатності необхідний термін не менше одного місяця. В інших випадках приймається постанова про потребу у звільненні від службових обов'язків (занять), а під час війни - про направлення в батальйон (команду) одужуючих.

У випадках, якщо є наявні, незаперечні дані про те, що здатність до несення військової служби не відновиться, постанова ВЛК про потребу військовослужбовців у відпустці за станом здоров'я не приймається, а вирішується питання про придатність їх до військової служби.

Направлення на медичний огляд проводиться:

а) військовослужбовців строкової служби - командирами військових частин, начальниками гарнізонів, штатних ВЛК, військових лікувально-профілактичних закладів, військовими комендантами гарнізонів, військовими комісарами, органами військової прокуратури або військовими судами, а осіб, які перебувають на обстеженні та лікуванні

в цивільному лікувально-профілактичному закладі, крім того - головними лікарями цих закладів;

б) офіцерів, прапорщиків, мічманів та військовослужбовців-жінок - прямими начальниками від командира окремої частини, йому рівними та вищими, органами військової прокуратури або військовими судами, начальниками гарнізонів, штатних ВЛК, військових лікувально-профілактичних закладів, військовими комендантами гарнізонів та військовими комісарами.

Направлення на огляд може бути підписане начальником штабу (від начальника штабу полку та вище) або начальником кадрового органу (від начальника відділу кадрів об'єднання та вище) з посиланням на рішення відповідного командира (начальника).

У воєнний час лікування військовослужбовців, як правило, має бути закінчене у військовому лікувально-профілактичному закладі; солдатів, матросів, сержантів і старшин - у батальйонах (командах) видужуючих. У виняткових випадках військовослужбовцям може бути надана відпустка за станом здоров'я на 30 днів. Після закінчення цього строку, за необхідності, за постановою ВЛК відпустка за станом здоров'я може бути продовжена на такий же строк, а за відповідних медичних показань - продовжена ще на 30 днів. Постанова ВЛК про продовження відпустки за станом здоров'я записується в книгу протоколів засідань військово-лікарської комісії та в довідку, на підставі якої була надана відпустка за станом здоров'я й підписується головою, членами комісії (не менше двох), секретарем комісії та засвідчується гербовою печаткою.

Якщо після продовження відпустки за станом здоров'я військовослужбовець не може розпочати виконання службових обов'язків, то його оглядає ВЛК для визначення придатності до військової **служби**.

Головним завданням військово-лікарської експертизи під час огляду поранених, які закінчили лікування, є правильне визначення їх боєздатності.

Досвід другої світової війни показав, що **найчастішими причинами непридатності до військової служби після закінчення лікування поранених у щелепно-лицеву область були:**

- 1) спотворення обличчя;
- 2) порушення прикусу;
- 3) порушення мовлення;

- 4) хронічний вогнепальний остеомієліт;
- 5) контрактури та анкілози скронево-нижньощелепного суглоба;
- 6) параліч м'язів;
- 7) відсутність зрощення переломів щелеп, несправжній суглоб;
- 8) слинна нориця (фістула).

Поняття придатності до військової служби не є постійним, воно змінюється від сукупності цілої низки умов:

- технічного оснащення військ;
- потреби військ у поповненні;
- досягнень медичної науки тощо.

Закінчення лікування поранених у щелепно-лицеву ділянку й повернення їх до виконання своїх обов'язків значно залежить від стану медичної науки, розвитку медичної техніки та організації спеціалізованої допомоги, що наочно підтверджують статистичні дані колишніх воєн:

Російсько-турецька війна 1877-1878 рр. - 9,7 %,
Перша світова війна 1914-1917 рр. - 21,7 %,
Велика Вітчизняна війна 1941-1945 рр. - 85,1 %.

Усі хірургічні втручання щодо наслідків поранень, які мають косметичну мету, якщо немає значного спотворення обличчя, мають бути відкладені на післявоєнний час. Особи з такими наслідками поранень, якщо ці дефекти не викликають великих розладів функцій та значного спотворення обличчя, мають повертатися у стрій.

Особи, що отримали поранення в щелепно-лицеву ділянку і знаходяться на лікуванні у шпиталях, але не потребують спеціалізованого лікування, для яких достатньо лише періодичного лікарського спостереження, направляються до команд (підрозділів) одужуючих.

Ушкодження нижньої щелепи

При переломах нижньої щелепи без дефектів або з невеликим дефектом кістки питання щодо придатності до військової служби таких поранених вирішується тільки після протезування та встановлення ступеня втрати жувальної функції. Разом з тим потрібно прагнути, щоб відновити безперервність щелепи вже на етапі спеціалізованого лікування. Це стосується також сповільненої консолідації перелому або навіть відсутності зрощення (несправжній суглоб). При великих дефектах щелепи після закінчення лікування у шпиталі такі поранені зазвичай непридатні до військової служби.

Поранення верхньої щелепи

Рішення про придатність до військової служби цієї категорії поранених після закінчення лікування у шпиталі залежить від характеру та розмірів анатомічних руйнувань щелепи й суміжних ділянок. Поранених зі значними спотвореннями середнього відділу обличчя, з великими дефектами піднебіння і стінок гайморової порожнини, з ушкодженням гілок лицевого нерва направляють до військово-лікарських комісій для прийняття експертного рішення щодо придатності до військової служби.

Однією з причин непридатності до військової служби в період минулих воєн були вогнепальний остеомієліт та гайморит. На сучасному етапі рішення про придатність таких поранених повинні прийматися тільки після додаткових хірургічних втручань з метою ліквідації остеомієліту та гаймориту; це стосується також інших кісток лицевого скелета.

Ушкодження альвеолярних відростків щелеп

У минулих війнах дуже часто спостерігались ізольовані або поєднані ушкодження альвеолярних відростків щелеп з утратою великої кількості зубів. Лікування таких поранених треба закінчувати відновленням утрачених зубів протезами.

Залежно від кількості та функціональної цінності зубів, що були втрачені, а також характеру протеза, питання щодо придатності до військової служби вирішується індивідуально з урахуванням військового фаху, віку потерпілого, його військового звання тощо.

Стійкі контрактури та анкілози нижньої щелепи

Майже кожне поранення нижньої щелепи, яке локалізується у задніх ділянках тіла, кута та гілки щелепи, супроводжується судомами щелеп. Судоми щелеп можуть бути тимчасовими й нестійкими або тривалими й стійкими. Стійкі судоми щелеп зумовлені контрактурою або анкілозом скронево-нижньощелепного суглоба. Експертне рішення щодо придатності пораненого до військової служби може бути прийняте тільки після хірургічного втручання і його результату.

Поранення язика

Якщо в результаті поранення язика утруднюється вживання їжі стає нерозбірливим мовлення, то питання щодо придатності до військової служби вирішується індивідуально залежно від характеру дефекту або деформації язика.

Ушкодження лицевого нерва

За своїми наслідками ушкодження основних гілок лицевого нерва потрібно розглядати як тяжке, тому що крім спотворення обличчя при цьому виникає багато функціональних розладів:

- 2) витікання слини, рідкої їжі;
- 3) утруднення при розжовуванні їжі;
- 4) не заплющуються очі.

Тому стійкий повний параліч м'язів обличчя як наслідок ушкодження стовбура або основних гілок лицевого нерва є підставою для прийняття експертного рішення щодо непридатності осіб рядового та сержантського складу до військової служби. Питання щодо придатності до військової служби офіцерів вирішується індивідуально.

Слинні фістули (нориці)

При пораненнях привушної слинної залози або її вивідної протоки можуть виникати стійкі слинні фістули. Нині розроблені методи хірургічного лікування таких фістул, які дозволяють надійно ліквідувати наслідки поранення.

Численні та поєднані поранення

У разі наявності численних та поєднаних поранень обличчя та інших ділянок тіла експертне рішення приймається залежно від переваги тяжкості поранення тієї чи іншої ділянки тіла із залученням до консультації інших спеціалістів.

III. Оформлення постанов військово-лікарських комісій

Дані про тих, хто пройшов медичний огляд (прізвище, ім'я та по батькові, рік народження, військове звання, військова частина, місяць та рік призову на військову службу і т. п.), стан їхнього здоров'я та постанови ВЛК записуються в книгу протоколів засідань військово-лікарської комісії.

Крім того, дані про стан здоров'я та постанови ВЛК записуються для військовослужбовців - у медичну книжку, при необхідності - у довідку.

На медичному огляді осіб, які знаходяться на стаціонарному лікуванні, подання на ВЛК та її постанови записуються до історії хвороби. Подання повинне мати дані, необхідні для заповнення усіх граф книги

протоколів засідань військово-лікарської комісії або свідоцтво про хворобу й довідки.

Книга протоколів засідань військово-лікарської комісії ведеться у всіх ВЛК секретарями цих комісій. Протоколи засідань ВЛК підписуються головою, членами комісії (не менше двох), які брали участь у засіданні, та секретарем комісії в день її засідання.

На медичному огляді військовослужбовців у протокол записується постанова ВЛК про причинний зв'язок хвороб (поранень), а в книзі протоколів засідань шпитальної ВЛК, крім того, у графі "скарги та анамнез" указується номер історії хвороби того, хто пройшов медичний огляд.

Постанови ВЛК, які не підлягають затвердженню (розгляду, контролю) штатною ВЛК, оформляються в день медичного огляду й видаються на руки тим, хто пройшов медичний огляд, або у встановленому порядку направляються у військову частину. Свідоцтво про хворобу, довідка з постановою, які підлягають затвердженню штатною ВЛК, направляються на затвердження (розгляд, контроль) не пізніше 5 днів після медичного огляду. Свідоцтво про хворобу, довідка з затверженою постановою не пізніше двох днів після їх затвердження (одержання їх штатного ВЛК) видаються командирі військової частини, у якій проходить службу той, хто пройшов медичний огляд, або начальнику, який направив його на медичний огляд, а при звільненні службовця строкової служби безпосередньо з військового лікувально-профілактичного закладу видаються йому на руки для подання в районний військовий комісаріат за місцем проживання.

Свідоцтво про хворобу у воєнний час складається:

- на всіх військовослужбовців, визнаних непридатними до військової служби зі зняттям з військового обліку, непридатними до військової служби з переглядом через 6-12 місяців;
- на офіцерів запасу, визнаних непридатними до військової служби зі зняттям з військового обліку.

У всіх інших випадках у воєнний час постанова ВЛК оформляється довідкою. У воєнний час довідка на контроль у штатну ВЛК не направляється.

Постанова ВЛК, яка не підлягає затвердженню штатною ВЛК, записується в книгу протоколів засідань військово-лікарської комісії,

медичну книгу того, хто пройшов медичний огляд, а за необхідності оформляється довідкою.

Свідоцтво про хворобу, довідка підлягають розгляду, а постанова ВЛК - затвердженню у воєнний час:

- на генералів, адміралів, а також на всіх тих, хто оглянутий у військових лікувально-профілактичних закладах, підпорядкованих безпосередньо Департаменту охорони здоров'я Міністерства оборони України - ЦВЛК Міністерства оборони України;
- на офіцерів, прапорщиків, мічманів, військовослужбовців-жінок, солдатів, матросів, сержантів і старшин усіх видів Збройних сил і родів військ, курсантів, військовозобов'язаних - ВЛК військового округу, евакуаційного пункту фронту (місцевого ВП, шпитальної бази).

У воєнний час свідоцтво про хворобу, довідка на всіх тих, кого оглянуто, складається у двох примірниках.

IV. Організаційні основи огляду військовослужбовців і військово-лікувальної експертизи

На підставі наказу Міністерства оборони України № 2 від 4 січня 1994р., де вказана послідовність (тобто методика) дослідження ротової порожнини та щелеп, указані статті хвороб цієї ділянки й вимоги до застосування окремих статей хвороб і фізичних недоліків. Ми даємо основні його положення.

Дослідження ротової порожнини та щелеп

Дослідження ротової порожнини та щелеп складається з виявлення скарг, оцінки їх характеру, збору анамнезу, клінічних і функціональних досліджень. Збираються дані про перенесені хворим захворювання, травми й операції щелепно-лицевої ділянки.

Об'єктивне дослідження починається з оцінки постави, положення тулуба, голови та ніг щодо вертикальної площини. Потім проводять зовнішній огляд обличчя з метою визначення можливих дефектів, деформацій, рубців, норниць, асиметрії. Дослідження лімфатичних вузлів голови та шиї проводиться пальпаторно при трохи нахиленій голові хворого, а також шляхом дотику до них у положенні лікаря позаду хворого. Функція і стан скронево-нижньощелепного суглоба досліджу-

ються пальпацією, а за необхідності - із застосуванням рентгенологічних і функціональних методів.

На медичному огляді досліджуються також основні функції органів зубощелепної системи: дихання, мовлення, ковтання, жування. Порушення функції ковтання виражається зміною фаз жування, нерівномірним розподілом жувального тиску, збільшенням кількості жувальних рухів і часу для пережовування їжі. У потрібних випадках встановлюється ступінь втрати жувальної ефективності за допомогою умовних коефіцієнтів за Агаповим. При цьому жувальна ефективність усіх зубів приймається за 100 відсотків, у тому числі ефективність кожного зуба виражається такими цифровими позначеннями: бічний різець - 1 %, центральний різець - 2 %, ікло - 3 %, премоляри - 4 %, перший моляр - 6 %, другий моляр - 5 %. Ступінь збереженої жувальної ефективності при частковій втраті зубів встановлюється шляхом віднімання із 100 % суми коефіцієнта відсутніх зубів та їх антагоністів. "Зуби мудрості" до уваги не беруться.

З метою оцінки жувальної ефективності після операцій, травм і складного протезування застосовуються методи С. Е. Гельмана, І. С. Рубінова, М. М. Соловйова, В. П. Ряховського.

Об'єктивне дослідження порожнини рота й зубів складається з огляду, пальпації і перкусії. При необхідності використовують електроодонтодіагностику, дослідження зубів і пародонта в денному світлі, аплікаційні проби Писарева - Шиллера та інших.

Змикання зубних рядів у центральній оклюзії (прикус) визначається у трьох взаємно перпендикулярних площинах - сагітальній, вертикальній, горизонтальній. При аномаліях прикусу встановлюють вид і ступінь аномалії за допомогою лінійних вимірювань зсуву зубних рядів. До аномалій прикусу першого ступеня належать випадки зсуву зубних рядів до 5 мм, другого ступеня - від 5 до 10 мм, третього ступеня - понад 10 мм. Ця величина в міліметрах указується в дужках після ступеня аномалії.

Наводимо статті наказу, в яких розглядається характер стоматологічної патології:

Стаття 51. До пункту "в" належить множинний ускладнений карієс зубів, у тому числі з клінічними або рентгенологічними ознаками хронічного запалення, з ураженням пульпи та пародонта, включаючи зуби із запломбованими кореневими каналами.

Стаття 52. Підставою для застосування пунктів "а", "б", "в" даної статті є наявність у оглянутих генералізованої форми пародонтиту, пародонтозу з частими загостреннями та абсцедуванням.

Діагноз пародонтиту, пародонтозу встановлюється після ретельного дослідження всієї зубощелепної системи з рентгенографією та виявленням супутніх хвороб. При пародонтиті, пародонтозі призовники при взятті на військовий облік призначаються на лікування.

До пункту "а" належить пародонтит із глибиною пародонтальної кишені 5 мм і вище, резорбцією кісткової тканини лунки зуба на % довжини кореня, рухомістю зуба II—III ступеня.

До пункту "б" належать захворювання слизової оболонки порожнини рота, зокрема преанцерози. Призовникам при взятті на військовий облік, а також військовослужбовцям призначають лікування.

До пункту "в" належить пародонтит легкого ступеня, при якому глибина зубоясенної кишені до 3-5 мм, переважно в ділянці міжзубних перегородок, зниження висоти міжзубних перегородок менше VI, рухомості зубів немає.

Стаття 53. До пункту "а" належать дефекти нижньої щелепи після хірургічного лікування, не замінені трансплантатами; дефекти та деформації щелепно-лицевої ділянки, а також хронічні, що часто загострюються (більше 2-х разів на рік для оглянутих за графою I—II, та більше 4-х разів на рік для оглянутих за графою III "Розкладу хвороб"), захворювання щелеп, слинних залоз, скронево-нижньощелепного суглоба, анкілози, контрактури та несправжні суглоби за відсутності ефекту від лікування, зокрема й хірургічного, або відмови від нього. До цього ж пункту належить актиномікоз щелепно-лицевої ділянки, який не піддається лікуванню.

В окремих випадках, залежно від фактичної працездатності, умов служби, думки командування та лікаря частини, офіцери з набутими дефектами та деформаціями щелепно-лицевої ділянки після ортопедичного лікування із задовільними результатами можуть бути оглянуті за пунктами "б", "в".

До пункту "б" належать аномалії прикусу II-III ступеня з роз'єднанням прикусу понад 5 мм або жувальною ефективністю менше 60 % за Агаповим; хронічні сіаладеніти з частими загостреннями; актиномікоз щелепно-лицевої ділянки із задовільними результатами лікування;

p=

хронічний остеомієліт щелеп із наявністю секвестральних порожнин та секвестрів. Беручи на облік призовників з указаними захворюваннями, їм призначають лікування. Щодо військовослужбовців, то після лікування постанова приймається за **статтею 58** "Розкладу хвороб". Якщо хірургічне лікування не застосовувалось, огляд проводиться за відповідними пунктами цієї статті.

До пункту "е" належать аномалії прикусу, що супроводжуються зміщенням зубних рядів на 5 мм і менше з жувальною ефективністю понад 60 % за Агаповим. Кандидати, які вступають у ВНЗ, та призовники з такою патологією призначаються на хірургічне або інше лікування, а в разі відмови від лікування за пунктом "б" приймається постанова про непридатність до військової служби. Огляд після лікування проводиться через 6-9 місяців залежно від методу та його результатів, а також ступеня порушення дихальної, жувальної, мовної та слиновидільної функції.

Пояснення до застосування окремих статей розкладу хвороб і фізичних недоліків.

Назва хвороб і фізичних вад (дефектів)	Контингенти, що проходять медичний огляд за графами розкладу хвороб			
	Громадяни при приписці до призовних дільниць при призові на строкову військову службу	Солдати, матроси, сержанти, старшини	Особи офіцерського складу, прапорщики, мічмани, військово-службовці – жінки	Призовники й військово-службовці, яких визнають придатними для служби і які проходять службу на військових човнах
Стаття розкладу	Графа I	Графа II	Графа III	Графа IV
51 Порушення розвитку й прорізування зубів: а) відсутність 10 і більше зубів на одній щелепі або заміна їх знімним протезом, відсутність 8-х кутніх зубів на одній щелепі, відсутність 4-х кутніх зубів на верхній щелепі з одного боку і 4-х кутніх зубів на нижній щелепі з другого боку або заміна їх знімними протезами;	Непридатні	Непридатні	Придатні. Придатність до служби в аеромобільних військах, спецпорудах і службі за спеціальністю визнається індивідуально	Непридатні
б) відсутність 4 і більше фронтальних зубів на одній щелепі	Непридатні до військової служби у мирний час, обмежено придатні у			
			Придатні. Придатність	Непридатні

<p>або відсутність другого різця, ікла, першого малого кутнього зуба підряд при неможливості заміни їх незнімними протезами;</p>	<p>воєнний час СО-7 Придатні</p>	<p>до служби у плавскладі, морській піхоті, спец- спорудах визначається індивідуально</p>	<p>Непридатні</p>
<p>в) множинний ускладнений карієс зубів.</p>	<p>Придатні СО-2 Непридатні до військової служби у мирний час, обмежено придатні у воєнний час СО-7</p>	<p>Придатні Придатні до служби в аеромобільних військах, плавскладі, морській піхоті. На спецспорудах – непридатні.</p>	<p>Непридатні</p>
<p>б) пародонтит, пародонтоз генералізований середнього ступеня, стоматити, гінгівіти, хейліти та інші захворювання слизової оболонки порожнини рота, слинних залоз і язика, що не підлягають лікуванню.</p>	<p>Придатні СО-4 Придатні</p>	<p>Придатні до служби в аеромобільних військах, плавскладі, морській піхоті. На спецспорудах – непридатні</p>	<p>Непридатні</p>
<p>в) пародонтит, пародонтоз генералізований легкого ступеня</p>	<p>Придатні СО-3 Придатні</p>	<p>Придатні</p>	<p>Непридатні. Придатність офіцерів і мічманів визначається індивідуально</p>

53	Щелепнолицеві аномалії (крім вроджених вад розвитку), інші хвороби та стани зубів і їх опорного апарату, хвороби щелеп: а) із значним порушенням дихальної, нюхової, жувальної, ковтальної та мовної функції; б) з помірним порушенням дихальної, нюхової, жувальної, ковтальної та мовної функції;	Непридатні до військової служби зі зняттям з обліку військового СО-8			Непридатні.
		Непридатні до військової служби у мирний час, обмежено непридатні у воєнний час СО-7		Придатність до військової служби і служби за військовою спеціальністю визначається індивідуально	Непридатні
	в) з незначним порушенням дихальної, нюхової, жувальної, ковтальної та мовної функції;	Придатні СО-5	Придатні	Придатність до служби в аеромобільних військах, у плавскладі, морській піхоті, спецпорудах визначається індивідуально	Непридатні
		Придатні СО-3	Придатні	Придатні	Непридатні. Придатність офіцерів і мічманів визначається індивідуально

Додаток 2

Вміст стоматологічних комплектів
Опис комплекту ЗЛ (зуболікарський)

<u>Найменування предметів майна</u>	<u>К-ть</u>
<u>Зуболікарські прилади й інструменти</u>	
<u>Дзеркала зубні увігнуті без ручок (1-1)</u>	<u>3</u>
<u>Зонди зубні зігнуті (1-1)</u>	<u>1</u>
<u>Крапельниця для ртуті (1-1)</u>	<u>1</u>
<u>Ложка для розігрівання амальгами (1-1)</u>	<u>1</u>
<u>Набір інструментів для пломбування зубів (1-1)</u>	<u>1</u>
<u>Наконечники до бормашини прями (1-2)</u>	<u>1</u>
<u>Наконечники до бормашини кутові (1-2)</u>	<u>1</u>
<u>Пінцети зубні зігнуті (1-1)</u>	<u>1</u>
<u>Ручки для зубних дзеркал (1-1)</u>	<u>1</u>
<u>Шпателі для цементу металеві (1-1)</u>	<u>2</u>
<u>Шпателі для цементу з пластмаси (1-1)</u>	<u>1</u>
<u>Щипці зубні № 17 для верхніх великих корінних зубів правих (1-2)</u>	<u>1</u>
<u>Тесама № 18 для верхніх великих корінних зубів лівих (1-2)</u>	<u>1</u>
<u>Тесама № 22 дзьобоподібні для нижніх великих корінних зубів (1-2)</u>	<u>1</u>
<u>Тесама № 33 дзьобоподібні для коренів нижніх зубів (1-2)</u>	<u>1</u>
<u>Те саме № 51-А штокоподібні з вузькими щічками для коріння верхніх зубів (1-2)</u>	<u>1</u>
<u>Дипці зубні № 51 штикоподібні із середніми щічками для коренів верхніх зубів (1-2)</u>	<u>1</u>
<u>Екскаватор двосторонній штикоподібний № 1 (1-1)</u>	<u>1</u>
<u>Тесама № 2 (1-1)</u>	<u>1</u>
<u>Тесама № 3 (1-1)</u>	<u>1</u>
<u>Елеватор зубний кутовий правий (1-1)</u>	<u>1</u>
<u>Тежлівий (1-1)</u>	<u>1</u>
<u>Елеватор зубний прямий (1-1)</u>	<u>1</u>

* Зміст комплектів може змінюватися у відповідності з включенням у перелік нового сучасного обладнання

Лікарсько-медичні та інші предмети

<u>Ванночки медичні емальовані з кришкою (1-1)</u>	<u>2</u>
<u>Лампочка спиртова (1-1)</u>	<u>1</u>

Найменування предметів майна	К-ть
Маслянка (1-1)	1
Мильниця з кришкою (1-1)	1
Ножичі хірургічні, зігнуті по площині (1-1)	1
Викрутка мала типу вартовий (1-1)	1
Пінцет анатомічний (1-1)	1
Примус однопальний (1-2) із запасним пальником (1-1)	1
Стерилізатор для інструментів із сіткою розміром 23,5 x 15,5 x 7 см (1-2)	1
Миски ниркоподібні емальовані (1-1)	2
Шприци "Рекорд" або комбіновані на 2 мл (1-1)	2
Зуболікарське обладнання і запасні частини (розхідні)	
Бори для прямого наконечника (набір)	1
Бори для кутового наконечника (набір)	1
Утримувачі для дисків і каменів до прямого наконечника	1
Те саме до кутового наконечника	1
Запасні частини до наконечників і рукава в наборах	1
Голки кореневі грановані у флаконах по 10 шт.	5
Круги карборундові для бормашини	2
Нервоекстрактори (пульпоекстрактори) у флаконах по 10 шт.	6
Пластинки скляні для замішування цементу	2
Смужки металеві сепараційні в коробочці	250
Смужки целулойдні в пачках по 100 шт.	2
Шнури дня бормашини запасні	2
Матеріали і медикаменти (Р)	
Амальгама мідна по 100,0 (коробка)	1
Азбест волокнистий, г	15
Гліцерин, г	50
Калій марганцевокислий, г	25
Кислота карболова кристалічна (фенол чистий), г	15
Кислота пірогалова, г	5
Масло камфорне 20 % в ампулах по 2 мл	10
Метиленовий синій, г	5
Настій йодний 10 %, г	25
Натрій вуглекислий кристалічний, г	75

<u>Найменування предметів майна</u>	К-ть
<u>Новокаїн, 2 % розчин в ампулах по 2 мл</u>	100
Паста миш'яковиста, г	20
<u>I Пеніцилін у флаконах по 200-500 тис. ОД (кристалічний) млн ОД</u>	
I Ртуть металева, г	100
<u>I Срібло азотнокисле (ляпіс), г</u>	5,0
<u>I Дентин штучний (коробка)</u>	
<u>I Спирт етиловий ректифікований, г</u>	80
<u>I Цемент силікат (коробка)</u>	
<u>I Цемент фосфат (коробка)</u>	
<u>I Цемент еркодонт (коробка)</u>	
Ефір етиловий, г	50

Інші предмети

Банка для медикаментів на 100 мл	
<u>Банки укладочні на 25 мл</u>	
<u>I Голки до шприців "Рекорд" № 1060</u>	10
Те саме №0840	10
<u>Клейонка підкладна двостороння, м</u>	15
<u>Книга обліку роботи зуболікарського кабінету</u>	
<u>I Мило туалетне (куски)</u>	
<u>I Склянки укладочні на 30 мл з білого скла</u>	
<u>I Склянки укладочні на 30 мл з оранжевого скла</u>	
Щітки для миття рук	

Укладання

<u>Банка укладочна на 100,0 (Р).....</u>	<u>1</u>
<u>I Те саме на 50,0 (Р).....</u>	<u>2</u>
<u>I Склянка укладочна на 150,0 (Р).....</u>	<u>1</u>
<u>I Те саме на 1 00,0 (Р).....</u>	<u>2</u>
<u>I Те саме на 50,0 (Р).....</u>	<u>2</u>
<u>I Те саме на 30,0 (Р).....</u>	<u>2</u>
<u>I Те саме на 20,0 (Р).....</u>	<u>3</u>
<u>I Чохли для інструментів (Р).....</u>	<u>2</u>
<u>I Ящик укладочний малий із замком (1-1).....</u>	<u>1</u>
<u>I Крісло зуболікарське.....</u>	<u>1</u>
<u>I Бормашина комбінована.....</u>	<u>1</u>

!•••• м и н ш и ї м а — т і і я—•ИШШКШІНІД,шіі

Зміст комплекту УЩ (щелепно-лицевої хірургії)

Найменування предметів майна	К-ть
Медикаменти	
Гідроперит у таблетках (може замінюватися пергідролем), г	100
Йодоформ, г	50
Перев'язувальні засоби та шовні матеріали (розхідні)	
Кетгут стерильний в амп. № 1	3
Те саме № 4	6
Клейонка підкладна двостороння, м	10
Клейонка медична компресна, м	3
Пластик липкий шириною 5 см в котушках	5
Трубка гумова дренажна (внутрішній діаметр 9 мм), м	1
Те саме, (внутрішній діаметр 12 мм), м	3
Шовк (капрон) хірургічний в мотках № 2 (мотки)	10
Те саме № 3 (мотки)	10
Шовк хірургічний стерильний в ампулах № 0	32
Те саме № 1	32
Те саме № 4	8
Те саме № 8	4
Лікарсько-медичні предмети (розхідні)	
Голки медичні трубчасті до шприців "Рекорд" № 0840	20
Те саме № 1060	20
Катетери циліндричні гумові № 12	2
Лампочки запасні до лампи лобової з трансформатором	50
Леза для безпечних бритв	10
Наконечники скляні для промивання	2
Рукавички хірургічні № 5, пара	2
Те саме № 6	2
Те саме № 7	2
Те саме № 8	2
Те саме № 0	1
Пов'язка голови до праць (шин) підборідних	10
Дріт із нержавіючої сталі м'який (діаметр 0,6...0,8 мм), м	10
Дріт алюмінієвий випалений (діаметр 2 мм), м	10
Дріт бронзо-алюмінієвий або латунний (діаметр 0,4...0,5 мм), котушку	4

Найменування предметів майна	1	К-ть
Спиця для скелетного витягування	1	30
Трубка медична іригаційна (відрізи довжиною 1,5 м, вагою 135 г), м	1	1,5
Щітка для миття рук	1	1
Лікарсько-медичні предмети та хірургічні інструменти (інвентарні)		
Апарат Рудька для фіксації кісток при переломах нижньої щелепи (набір з 2 шпук)	1	
Бритва безпечна	1	
Бритва з металевою ручкою	1	
Ванночка медична емальована з кришкою	2	i
Повікопідіймач Демара великий	1	
Долото вушне жолобкувате шириною 4 мм	1	i
Те саме, шириною 6 мм	1	
Долото вушне плоске шириною 4 мм	1	
Те саме, шириною 6 мм	1	
Джгут кровоспинний гумовий стрічковий	1	
Затиск кровоспинний зігнутий з насічкою і зубцями довжиною 16 см	1	Щ
Затиск пружинний для гумової трубки	-	1
Зонд шлунковий № 18	1	i
Голкотримач із зігненими ручками довжиною 17 см		
Голкотримач з кільцевими ручками прямою довжиною 20 см	1	
Корицанг зігнений довжиною 26 см	2	
Гачок хірургічний тупий чотиризубчастий середній	2	
Кухоль іригаційний емальований ємністю 1,5 л (може відпускатися кухоль іригаційний гумовий у комплекті)	1	
Кухоль металевий емальований ємністю 0,5 л	1	
Лампа лобова з трансформатором	1	
Лампочка спиртова	1	
Лампа настільна електрична типу "Грибок"	1	
Машинка для підстригання волосся	1	
Набір стоматологічний	1	
Пильник для металу напівкруглий	2	
Ножиці для розрізання пов'язок з гудзиком, довжиною 18,5 см	1	
Ножиці для підстригання волосся	1	
Поїльник емальований (або фарфоровий)	6	
Праця (шина підборідна)	8	

• І » І І И Ш І І Я І І ' « І И В І Ц М І Я — • М ^ — — м и

Найменування предметів майна	К-ть
Ручка для зубного дзеркала	1
Рефлектор лобовий Симановського	2
Трубка трахеотомічна нормальна № 3	1
Те саме № 4	1
Миска ниркоподібна емальована	6
Шпатель для відтиснення мозкової речовини жолобуватий великий	1
Шприц медичний "Рекорд" місткістю 2 мл	3
Те саме місткістю 10 мл	3
Те саме місткістю 20 мл	2
Шприц для промивання порожнин ємністю 150 мл	1
Щипці-кусачки кісткові штикоподібні з вузькими овальними губками	1
Язикоутримувач	1
Аптечні прилади	
Відро емальоване	3
Пальник до примуса (і)	2
Каструля емальована місткістю 1,5 л (і)	1
Глек емальований (і)	1
Мензурка конічна скляна місткістю 50 мл (і)	2
Примус (і)	1
Миска емальована, діаметр 40 см (і)	3
Укладання	
Ящик укладальний медичний № 1 із замком	2
Набір стоматологічний (опис набору)	
Найменування предметів майна	К-ть
Крапельниця до флакона для хлороформу і ефіру	1
Маска наркозна (каркас)	1
Укладання	
Стерилізатор для медичних інструментів розмірами 4300x196x100 мм	1
Укладання тканинне	5
Чохол для стерилізатора	1
Скальпель черевцевий середній	4
Скальпель очний черевцевий середній	2

Найменування предметів майна	К-ть
Пінцет хірургічний загального призначення довжиною 15 см	1
Пінцет анатомічний загального призначення довжиною 15 см	6
Пінцет зубний зігнений довжиною 15 см	2
Пінцет хірургічний очний малий прямий довжиною 72 мм	1
Ножі загальнохірургічні з одним гострим кінцем, прямі довжиною 14 см	1
Ножі загальнохірургічні тупокінцеві, зігнені по площині, довжиною 139 мм	2
Ножі очні, загострені прямі довжиною 10 см	1
Ножі для різання металу прямі довжиною 20 см	1
Ножі для коронок зігнені	
Распатор прямий	1
Распатор зігнений	1
Распатор Андогського	1
Долото вушне плоске шириною 4 мм	1
Долото вушне плоске шириною 6 мм	1
Долото вушне жолобкувате шириною 6 мм	1
Долото вушне жолобувате зігнене шириною 4 мм	1
Ложка медична кісткова, гостра, середня, діаметр робочої частини 15 мм	1
Ложка кісткова гостра двостороння, 200 мм	2
Ложка вушна пряма мала, 185 мм	1
Ложка вушна велика, 190 мм	1
Екскаватор двосторонній № 1 і 2	2
Зонд зубний зігнений	2
Дзеркало зубне (без ручки)	3
Ручка для зубного дзеркала	2
Набір інструментів з робочою частиною з твердого сплаву для зняття під'ясенного зубного відкладення (комплект)	1
Гачок для відтягання крил носа	1
Дзеркало носове для дорослих довжиною 35 мм	1
Гачок пластинчастий двосторонній, малі парні й великі (комплект з 3-х шт.)	1
Зонд циліндричний двосторонній для слезового каналу №	1
Зонд хірургічний жолобкуватий довжиною 17 см	1
Шпатель для язика з квадратними отворами	1

Найменування предметів майна	К-ть
Молоток стоматологічний з гумовою накладкою	1
Роторозширювач гвинтовий	1
Роторозширювач з кремальєрою середній 170 мм	1
Щипці-кусачки шарнірні з вузькими овальними губками, зігнені по площині, довжиною 180 мм	1
Щипці-кусачки штикоподібні з вузькими овальними губками довжиною 200 мм	1
Щипці зубні № 22 дзьобоподібні для нижніх великих кутніх зубів	1
Щипці зубні № 33 дзьобоподібні для коріння нижніх зубів	1
Щипці зубні №51-а штикоподібні з вузькими щічками для коренів верхніх зубів	1
Елеватор зубний прямий	1
Лопаточка Буяльського	2
Голка лігатурна тупа ліва й права	2
Гачок хірургічний гострий тризубчастий середній 200 мм	2
Корнцанг зігнений довжиною 256 мм	1
Затискач для операційної білизни з кремальєрою	8
Затискач кровоспинний зігнений з насічкою і зубцями довжиною 158 мм	
Дріт латунний, діаметр 0,3...0,4 мм (котушка)	4
Дріт алюмінієвий (1,5 мм), м	15
Дробинки металеві (0,5), г	300
Шини стрічкові назубні (Васильєва)	20
Щипці клямпові	2
Ножиці для розрізання коронок прямі	1
Трубка дренажна гумова (з натурального каучуку), діаметр (внутр.) 5 мм, м	1,5
Кусачки кісткові стоматологічні	1
Язикоутримувач пружинний	1
Распатор зігнений малий	1

ямі

Додаток 3

Склад 311
Опис зубопротезного комплексу ЗП

Найменування предметів майна	К-ть	1
Стоматологічне дзеркало зубне без ручки	5шт.	1
Зонд зігнутий під кутом	3 шт.	1
Ложки для зняття відбитків з н/щ № Н-1,2,3,4,5	1	0 шт. 1
Ложки для зняття відбитків з н/щ № Н-6,7,8	2 шт.	1
Ложки для зняття відбитків з в/щ № В-1,2,3,4,5,7	9 шт.	1
Молоточок стоматологічний сталевий	1	
Наконечник для бормашини прямий, швидкісний	2	
Ножиці для металу прямі довжиною 200 мм	1	
Ножиці коронкові, зігнуті по площині, довжиною 125 мм	2	
Пінцет зубний зігнутий	3	
Пустер	1	
Ручка для зубного дзеркала	3	
Чашка гумова для гіпсу		
Шпатель із пластмаси для цементу № 3	1	
Шпатель для цементу	2	
Щипці клямпові	2	
Щипці дзьобоподібні для коронок	1	
Головка алмазна стоматологічна зворотноконічна, $\theta = 3$ мм, для прямого наконечника	5 шт.	1
Головка алмазна стоматологічна дискова, $\Psi = 4$ мм, для прямого наконечника	5 шт.	
Головки шліфовані стоматологічні для прямого наконечника, 10 шт у комплекті	2	компл.
Диск вулканітовий (карборундовий) для санації зубів	1000	
Круги стоматологічні алмазні плоскі двосторонні, $\Psi = 16$ мм	3	
"Стомальгін" - альгінатний відтискний матеріал	4	
Р-н новокаїну 2 мл	50	
Голки ін'єкційні, № 06 25 мм	10	
Голки ін'єкційні, № 08 * 40 мм	10	
Стоматологічні та зуботехнічні матеріали та обладнання		
Бори в наборах для прямого наконечника	1 набір	

Найменування предметів майна	К-ть
Бори для прямого наконечника колесоподібні № 5	20 шт.
Віск моделювальний для моделювання протезів	0,1 кг
Віск зуботехнічний для базисів (по 500 гр. у коробці)	1 кор.
Дискотримач для прямого наконечника	10 шт.
Диск металічний сепараційний	250 шт.
Круг шліфувальний еластичний для бормашини	10 шт.
Пластинка скляна для цементу	2 шт.
Цемент "Вісфат" для фіксації зубних протезів (у коробці по 30 г)	6 шт.
Шнур для бормашини	2 шт.
Медикаменти й реактиви	
Спирт етиловий	
Пластир липкий шириною 5 см, довжиною 5 м у котушках	700 г
Лікарські предмети, апарати та хірургічні інструменти	
Ножиці загальнохірургічні з тупими кінцями, довжиною 170 мм	2
Лоток ниркоподібний емальований	1 шт.
Шприц "Рекорд" ємністю 2 мл	2 шт.
Шприц "Рекорд" ємністю 5 мл	2 шт.
Стерилізатор для інструментів з кришкою	3 шт.
Стоматологічні інструменти	
Коронкознімач Коппа	2 шт.
Освітлювач переносний, який кріпиться на робочому місці	1 шт.
Елеватор прямий № 1,2,3	1 шт.
Шпатель аптечний	3 шт.
Спиртівка	1 шт.
Книги обліку роботи стоматологічного кабінету	1 шт.

Склад комплекту ЗТ-1
Опис зуботехнічного комплекту (обладнання)

Найменування предметів майна	К-ть 1
Зубопротезні прилади, апарати, інструменти (інвентарні)	
Апарат для витяжки зубних коронок "Самсон"	1 шт. 1
Апарат для паяння зубних протезів	1 шт. 1
Зубило слюсарне шириною 15 мм, довжиною 150 мм	1 шт. 1
Лампа настільна електрична на гнучкому стержні	1 шт.
Наконечник для бормашини прямий	2 шт.
Наконечник зуботехнічний	1 шт.
Прес для зуботехнічних кювет	1 шт. 1
Паяльник малий електричний на 220 Вт	1 шт.
Лещата ручні	1 шт.
Щипці для тиглів	1 шт.
Оклюдатор для установки зубопротезних моделей	5 шт.
Гнучкий рукав	1 шт.
Пильник 3-гранний	1 шт.
Медикаменти і реактиви	
Укладка	
Ящик укладочний медичний № 1 із замком	1 шт.

Склад комплекту ЗТ-2
Опис зуботехнічного комплекту ЗТ-2 (інструменти)

Найменування предметів майна	К-ть
Зубопротезні інструменти (інвентарні)	
Бюгель двокуветний	1 шт.
Кювета зуботехнічна для вулканізації зубних протезів (бронзова)	4 шт.
Круглогубці зуботехнічні	2 шт.
Кусачки технічні 1	1 шт.
Ложка для розігрівання легкоплавких сплавів	1 шт.
Молоток стоматологічний сталевий	2 шт. 1
Наконечник для шліфмашини прямий	2 шт.
Надфілі тригранні, насічка Р-1, робоча частина 8 мм	5 шт.
Ковадлю зуботехнічне	1 шт.
Ножиці для металу прямі довжиною 20 мм	2 шт.

Найменування предметів майна	К-ть
Ножиці коронкові, зігнуті по площині довжиною 125 мм	1 шт.
Пінцет технічний типу "ПС 160 x 3 мм	2 шт.
Плоскогубці технічні нівельовані	1 шт.
Лещата ручні	1 шт.
Щипці клямпові	2 шт.
Щипці дзьобоподібні для коронок	1 шт.
Бори в наборах для прямого наконечника	1 набір
Головки алмазні стоматологічні зворотноконічні, $O = 5$ мм, для прямого наконечника	20 шт.
Головки алмазні стоматологічні дискові, $O = 8$ мм, для прямого наконечника	20 шт.
Головки шліфовані стоматологічні для прямого наконечника (10 шт. у комп.)	3 компл.
Дискотримач для прямого наконечника	2 шт.
Круг алмазний стоматологічний	5 шт.
Круг еластичний шліфувальний для бормашини	20 шт.
Круг шліфований карборундовий для бормашини	30 шт.
Круг шліфований карборундовий для шліфмашини	20 шт.
Фільц для полірування зубних протезів конусоподібний	3 шт.
Чашка для гіпсу гумова	1 шт.
Шпатель пластмасовий для цементу	2 шт.
Шнур для бормашини	2 шт.
Щітка щитоподібна для шліфмашини жорстка	10 шт.
Щітка нитяна для шліфмашини м'яка	10 шт.
Щітка медична для рук	10 шт.
Зуботехнічні матеріали і приладдя (інвентарні)	
Плитка електрична з закритим елементом (із запасним елементом)	1 шт.
Лоток ниркоподібний емальований	2 шт.
Спиртівка скляна	2 шт.
Примус туристичний "Шмель"	1 шт.
Укладка	
Ящик укладочний № 1	1 шт.
Ящик пакувальний медичний № 2 з замком	1 шт.

Склад комплекту ЗТ-3 (матеріали)
Опис зуботехнічного комплекту ЗТ-3 (матеріали)

Найменування предметів майна	К-ть 1
Бор для прямого наконечника фігурно-конусний з одинарною нарізкою № 9	20 шт.
Те саме, тврдосплавний № 7	20 шт.
Папір наждачний	10 лист.
Віск моделювальний для мостоподібних протезів	0,2 кг
Віск зуботехнічний для базисів	0,2 кг
Зуби литі з "НР" фронтальні верхні	240
Зуби литі з "НР" фронтальні нижні	240
Зуби фронтальні верхні й нижні в гарнітурах по 6 шт. Пластмасові	100
Зуби кутні жувальні верхні та нижні (в гарнітурах по 16 шт.)	
Зуби верхні й нижні (в гарнітурах по 28 шт.)	20
Кламер з "НР" круглий, Б = 1,2 і 1 мм	200 шт.
Лак роздільний для покриття гіпсових моделей (у флаконах по 150 г)	1
Сплав легкоплавкий	10 блоків
Паста з окису хрому для полірування сталі	1 кор.
Порошок полірувальний	1 кг
Припій зуботехнічний срібний для нержавіючої сталі	18 пакет.
Каркаси сталеві для фасеток до мостоподібних протезів	480 шт.
Дріт лігатурний, О = 0,5 мм	0,2 кг
Дріт круглий з нержавіючої сталі, Б = 0,8-1,5	2 пакети
Фреза зуботехнічна овальна з одинарною нарізкою	2 шт.
Фреза зуботехнічна конічна з одинарною нарізкою	2 шт.
Фреза зуботехнічна овальна з подвійною нарізкою	2 шт.
Фреза зуботехнічна конічна з циліндричною нарізкою	2 шт.
Лікарські засоби загальні	
Кальцію сульфат (гіпс)	5 кг
Спирт етиловий	0,7 кг
Реактиви	
Ацетон	0,075 кг
Бензин	1,5 кг
Кислота хлористоводнева технічна	100 г

Найменування предметів майна		К-ть
Масло вазелінове		100 г
Натрію тетраборат		100 г
Азотна кислота		ОД кг
Інвентарне майно		
Лійка пластмасова, Ø=15 мм		1 шт.
Укладка		
Ящик пакувальний медичний № 2 з замком		1 шт.

Для нотаток



Для нотаток



ОПМЗ- окремий полк медичного забезпечення (АК- армійського корпусу)
ОР - отруйні речовини
ПШБ - пересувна шпитальна база
ППП - пакет перев'язний індивідуальний
ПСО - площадка спеціальної обробки
РР - радіоактивні речовини
СДПІ стерилізаційно-дистиляційний причеп
СЗ В стоматологічний загін
ТБШ - територіальний багатопрофільний шпиталь
ТШБ - територіальна шпитальна база
ТШМОЗ - територіальний шпиталь Міністерства охорони здоров'я
У-2.У-3 - укладка універсальна
УШБ - управління шпитальної бази
УЩЛІ укладка щелепно-лицева
ЩЛПІ щелепно-лицеві поранені
ЩЛД1 щелепно-лицева ділянка
ЩЛВ і щелепно-лицеве відділення

Передмова

XX століття сумно відоме двома світовими війнами, що забрали десятки мільйонів життів і покалічили тіла і душі сотень мільйонів людей. Локальні війни і конфлікти, що тривають, численні терористичні акти, природні, техногенні, транспортні катастрофи призводять до одномоментного виникнення безлічі постраждалих, примушують розвивати й удосконалювати організацію медичної допомоги, зокрема і стоматологічної.

Статистичні дані матеріалів військового періоду і останніх десятиріч свідчать, що поранені в обличчя і щелепи становлять 4–7 % від загальної кількості санітарних втрат.

На особливості організації допомоги таким пораненим указував ще М. І Пирогов, а в 1945 році начальник Головного військового санітарного управління Червоної Армії генерал-полковник Є. І. Смирнов відзначував необхідність спеціалізованого підходу до цієї групи постраждалих. Завдяки чіткій організації допомоги постраждалим з ушкодженнями обличчя і щелеп у період Великої Вітчизняної війни до ладу вдалося повернути більше 85 % військовослужбовців, а вилікувати - більше 93 % хворих.

За останні десятиріччя відбулися значні соціальні зміни у світі, з'явилися нові форми і методи озброєної боротьби з використанням нових видів зброї, зокрема і зброї масового ураження, вдосконалилась організація медичної допомоги у Збройних силах, зокрема і стоматологічної.

Наявні на сьогоднішній день посібники з військової стоматології за редакцією академіка Кабакова Б. Д. (1973, 1979) застаріли і є бібліографічною рідкістю, посібники за редакцією Малійського А. Ю., Рибалова О. В. (Полтава, 1996, 1999); Донського Г. І. і співавт., 2002) випущені невеликими тиражами і не містять оптимальних рекомендацій щодо надання стоматологічної допомоги при численних поєднаних і комбінованих пораненнях щелепно-лицевої ділянки. Матеріали, наведені в загальних посібниках з військово-польової хірургії, уривчасті, стислі і не можуть забезпечити достатню підготовку з окремих розділів стоматології.

Військова стоматологія - це окрема дисципліна медицини екстремальних умов, яка вивчає організацію і надання усіх видів стоматологічної допомоги пораненим і хворим у воєнний та мирний час.

Знати основи цієї організації і вміти надати необхідну допомогу в конкретних специфічних умовах - обов'язок кожного стоматолога.

У запропонованому підручнику матеріал викладений на основі військової медичної доктрини, відповідно до принципів системи етапного лікування з евакуацією за призначенням, оскільки вони є провідними в організації медичного забезпечення в усіх арміях світу і наданні допомоги при стихійних лихах та інших катастрофах мирного і воєнного часу. Автори висловлюють щире подяку полковнику медичної служби О. А. Панасюку за підготовку матеріалів другого розділу.

Ми вирішили, що буде доцільно використовувати саме таку схему викладу для простоти засвоєння принципів надання допомоги на різних етапах.

Цей підручник для студентів з військової стоматології й стоматології екстремальних умов є одним із перших в Україні, і автори з вдячністю приймуть усі зауваження і побажання.

Підручник розрахований на студентів та інтернів стоматологічних факультетів, може використовуватись лікарями-стоматологами й іншими медичними спеціалістами при необхідності організації і надання допомоги хворим та пораненим у щелепно-лицеву ділянку.