

Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
Волгоградский государственный медицинский университет  
Министерства Здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра хирургической стоматологии и ЧЛХ

Реферат на тему:  
« Военная ЧЛХ и стоматология.Предмет и задачи».

Выполнила: студентка 5 курса  
Стоматологического факультета  
11 группы Шамахаева Сауле

Волгоград, 2023

## **Введение.**

Военная стоматология и ЧЛХ, в частности челюстно-лицевая травматология, являются частью общей хирургии и травматологии. Это большой и сложный раздел ЧЛХ и хирургической стоматологии, касающихся повреждений мягких и костных тканей ЧЛЮ и прилегающих областей (ЛОР органы, зрения, череп, мозг) с которыми она тесно связана.

Характеристика основных разделов военной стоматологии.

Военная терапевтическая стоматология занимается изучением причин, диагностики и лечения патологии зубов и слизистой оболочки полости рта у военнослужащих. Терапевтическая стоматологическая помощь оказывается в отдельной воинской части (МПП), в соединении (Омедб), в гарнизонном или окружном госпитале. Оснащение: зубо врачебное кресло, бормашина, рабочий столик врача, шкаф для инструментов, стол для стерильного инструментария, письменный стол, стулья и кушетка.

Хирургическая стоматологическая помощь оказывается в воинских частях, соединениях, гарнизонных и окружных госпиталях, в военной обстановке в ВПХГ. Объем хирургической помощи зависит от медицинского учреждения, квалификации врача. В МПП - удаление зубов, вскрытие абсцессов, лечение перикоронитов, удаление ретенционных кист. В Омедб - лечение несложных травм (переломов зубов, альвеолярного отростка) зубочелюстной системы и сшивание небольших ран мягких тканей. В гарнизонной (окружной) поликлинике или госпитале операции на альвеолярных отростках, удаление доброкачественных опухолей и т.д. В окружном госпитале, в СВПХГ - оказывают специализированную помощь в полном объеме, вплоть до пластических операций.

Ортопедическая помощь заключается в восстановлении функции жевательного аппарата вследствие потери зубов, а также устранение деформации лица вследствие перенесенных заболеваний и ранений лица. Ортопедическая помощь в военное время оказывается во фронтовых стоматологических поликлиниках, в СВПХГ (голова, шея, позвоночник) - ортопедическое отделение и ПСО.

## **Предмет и задачи военной стоматологии.**

Военно-полевая стоматология является разделом стоматологии, предмет изучения которого - боевые повреждения ЧЛЮ, организация медицинской помощи и этапного лечения раненых с повреждениями ЧЛЮ в условиях военных действий и мирного времени. Травматология челюстно-лицевой области, составляя один из главных разделов стоматологии, является одной из неотъемлемых частей военно-полевой хирургии. Студенты медицинских вузов имеют практическую возможность изучать стоматологические заболевания и травмы, наблюдая в клинике соответствующих больных. Но с боевыми повреждениями они не встречаются. Поэтому проведение практических занятий по военно-полевой стоматологии и усвоения студентами программных вопросов несколько затруднено. Данный материал призван в известной степени облегчить решение этой важной задачи.

Военная стоматология изучает основы сортировки и объем помощи на этапах медицинской эвакуации при боевых повреждениях ЧЛЮ. Освещает оперативные вмешательства и врачебные манипуляции что чаще всего выполняются в военно-полевых условиях, особенно в объеме первой врачебной помощи.

Опыт войн показал, что лечение раненых с повреждениями лица и челюстей требует участия врачей, имеющих не только хирургическую, но и стоматологическую подготовку. При оказании неотложной помощи необходимо не только знание особенностей челюстно-лицевой области, но и соблюдение специфических принципов этой помощи.

Повреждения лица и челюстей в период военных действий в среднем составляет около 5% от числа всех ранений. В мирное время травма челюстно-лицевой области составляет в среднем 3% от общего количества травматических больных.

Следует отметить, что частота ранений в челюстно-лицевую область зависит от характера боя. В наступательном бою, когда пехота, атакуя противника, покидает места дислокации, процент ранений в челюстно-лицевую область соответствует процентному соотношению площади участки

лица к площади всего тела и составляет в среднем 3%. Когда военные действия носят оборонительный характер, при котором все тело спрятано в глаза пи и только для ведения огня боец выставляет голову, ранение лица встречаются в 2 раза чаще и составляют в среднем 7,4%.

Опыт Великой Отечественной войны позволил выработать классификацию повреждений челюстно-лицевой области. По виду повреждения различают ранения только мягких тканей и ранения с повреждением костей лицевого скелета. Кроме того, различают неогнестрельные повреждения, ожоги, отморожения, комбинированные, радиационные поражения.

Ранения только мягких тканей челюстно-лицевой области встречается значительно чаще, чем повреждения лицевого скелета (2:1). При огнестрельных ранениях челюстно-лицевой области с повреждением костей лицевого скелета наибольший процент приходится на повреждения нижней челюсти 54,5%, на повреждение верхней челюсти 26,9%, на повреждение обеих челюстей 11,6% на повреждение скуловой кости 7%.

Менее частые поражения верхней челюсти объясняется тем, что она почти в 2 раза меньше, чем нижняя челюсть, а также тем, что верхняя челюсть в боевой ситуации защищена козырьком металлической каски.

Наибольшее количество огнестрельных ранений в период второй мировой войны было вызвано осколками мин, авиабомб, снарядов (65,3%).

В мирное время повреждения костей лицевого скелета преобладает над повреждениями мягких тканей. Причем переломы нижней челюсти встречаются значительно чаще, чем повреждения верхней челюсти (70-80%). Это объясняется как соотношением размера верхней и нижней челюсти, так и тем обстоятельством, что ее подбородочный отдел выступает вперед и при различных условиях попадания повреждающего предмета чаще всего принимает на себя основное усилие.

Во время войн, включая период первой мировой войны, раненые с повреждением лица и челюстей лечились в общехирургических госпиталях, где их обслуживали врачи-хирурги. Отсутствие в таких врачей необходимых знаний особенностей челюстно-лицевой области приводило к

неправильному хирургического вмешательства, иногда явно противопоказанного к эвакуации в тыл, запоздалая к недооценке особенностей воспалительных осложнений огнестрельных переломов челюстей, связанных с патологией зубов и т.д. В результате отсутствия специализированной помощи раненым в челюстно-лицевую область лечебный эффект достигался далеко не всегда. Так по данным, которые относятся к первой мировой войны, С 11 9936 раненых в лицо и челюсти 48000, т.е. 1%, были освобождены из армии из-за "весомые недостатки лица" и значительное нарушение функции жевания, речи.

В годы гражданской войны был накоплен опыт лечения челюстно-лицевых ранений, появились зачатки военно-полевой челюстно-лицевой хирургии. Руководство медицинской службой в Советской Армии впервые было поручено медицинским работникам, в то время как раньше медицинскую службу армии возглавляли люди без медицинского образования. Эта мера позволила поставить медицинскую службу на более правильный путь. В период боевых действий в районе озера Хасан и реки Халхин-Гол (1938-1939) уже были специальные стоматологические бригады, которые предоставляли специализированную помощь раненым в челюстно-лицевой участок. Несмотря на то организация этих бригад была далека от достаточного, специализированная стоматологическая служба резко снизила по сравнению с периодом первой мировой войны инвалидность - с 41 до 21%.

Совершенствование организационных и лечебных задач по возможности предоставления специализированной медицинской помощи раненым в лицо и челюсти обусловило высокую эффективность лечения раненых в период второй мировой войны (1941-1946). Несмотря на значительное количество раненых с тяжелыми повреждениями еще лепной-лицевой области, только 15% общего числа были освобождены из армии в результате инвалидности. Это позволило 85% раненым в челюстно-лицевую область вернуться в строй и пополнить действующую армию.

Своевременная и квалифицированная помощь при ранениях лица и челюстей определяет не только конечный результат лечения раненых но и играет основную роль в предупреждении смертельных последствий.

По данным основоположника военно-полевой хирургии Н. И. Пирогова, который сделал много для развития челюстно-лицевой хирургии, во время Крымской войны (1854-1855). на этапах эвакуации погибло по разным причинам 48% раненых в челюстно-лицевую область. Даже в период первой мировой войны летальность от челюстно-лицевых ранений колебалась от 3,5 до 9,2%.

Рациональная организация специализированной стоматологической службы в период второй мировой войны (1941-1945). обусловила низкий процент летальных случаев (1,1), несмотря на большое количество тяжелораненых. Своевременно и правильно оказанная первая помощь больным с повреждением лица и челюстей в мирное время также является одной из основных условий предупреждения тяжелых осложнений травм и достижения наилучшего результата лечения.

При оказании первой помощи и тем более при лечении больных с повреждениями лица и челюстей необходимо учитывать особенности челюстно-лицевой области.

Высокая регенеративная способность тканей челюстно-лицевой области, обусловлена наличием густой сетки кровеносных сосудов и нервных образований, составляет некоторые особенности течения раневого процесса при повреждении как мягких тканей, так и костей лица. Наличие большого количества кровеносных сосудов способствует возникновению сильного кровотечения.

В результате массивной васкуляризации мягких тканей лица возникновения реактивного отека наблюдается в период значительно более ранний, чем при ранениях других участков. При этом быстрое развитие травматического отека мягких тканей лица может привести к большому разведению краев и зияние раны и создать видимость значительного дефекта.

Характерной особенностью мягких тканей лица является их иммунологическая резистентность к различным видам бактерий, задерживает развитие воспалительного процесса. В этот период создаются наиболее выгодные условия для хирургической обработки раны и наложения первичных швов.

Высокая регенеративная способность тканей челюстно-лицевой области позволяет рассчитывать на приживание даже мелких костных фрагментов челюстей при сохранении хотя бы незначительного связи их надкостницей. Эта особенность объясняет также возможность приживания отдельных, потерявших в результате ранения почти полностью связь с окружающими тканями органов и отделов лица (кончик носа, ушная раковина, часть губы, лоскут щеки и др..

Таким образом, исключительная жизнеспособность тканей челюстно-лицевой области и возможность сохранить их позволяет в отдельных случаях предупреждать возникновение значительных дефектов или ограничивать размеры дефектов. Характерные особенности челюстно-лицевой области обусловлены также наличием зубов. Зубы с хроническим биливерхивковыми процессами, усиливают инфицирования раны и протекания раневого процесса.

При ранении осколком снаряда, мины или пулей осколки зубов становятся повторно пораняющими снарядами, которые, проникая в окружающие мягкие ткани, не только вызывают их повреждение, но и инфицируют их, особенно в тех случаях, когда повторно пораняющим снарядом оказывается кариозный зуб или зуб с пульпитом или периодонтитом.

Зуб, находящийся в линии перелома, в ряде случаев затрудняет правильное сопоставление фрагментов челюсти при репонуванні и иммобилизации и может оказаться (при развитии некроза пульпы в результате разрыва сосудисто-нервного пучка зуба) причиной возникновения остеомиелита челюстей. Однако наличие зубов играет и большую положительную роль, обеспечивая выполнение иммобилизации фрагментом челюсти путем Назубные шинирование.

Необходимо отметить и социальную функцию лица, которая обусловлена особой ролью лица в общении человека с другими людьми, окружающими ее в быту, в обществе. Выражение лица, мимика является средством общения людей, дополняющим а иногда заменяющим словесное выражение мыслей и чувств. Потеря этой особенности в результате ранений лица или патологического процесса лишает человека столь необходимой для нее функции. Для каждого лица есть характерная целостность формы и функции,

присущих только данному человеку. Эти и индивидуальные особенности формы и функции отличают лица каждого человека. Даже очень похожи лица близнецов имеют те или иные различия, подчеркивая индивидуальные особенности. Поэтому даже незначительное изменение формы или функции лица, возникающие в результате различных причин (ранения, болезнь), нарушает присущие данному человеку природные особенности.

### **Список литературы.**

1. Челюстно-лицевая хирургия. Учебник. / Под ред. Дробышева А.Ю., Янушевича О.О.. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018.
2. Военная челюстно–лицевая хирургия. Учебно–методическое пособие / сост.: Самедов Т.И., Несмеянов А.А., Иванов Ю.В. — СПб, 2002.
3. Травматология челюстно–лицевой области (часть I) Травматические повреждения зубов (клиника, диагностика, лечение). Учебное пособие для студентов 4–5 курсов стоматологического факультета и врачей–стоматологов

последипломного образования / сост.: Алехова Т.М., Яременко А.И.,  
Федосенко Т.Д., Прохорова О.В.

4. Военная стоматология и ЧЛХ. Учебник. / Под ред. Афанасьева  
В.В., Останина А.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.