

ФГБОУ «Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения российской Федерации

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Реферат

Тема: «Военная челюстно-лицевая хирургия и стоматология.
Предмет и задачи».

Выполнила: студентка 6 группы 5 курса

Стоматологического факультета

Титова А.В.

Волгоград, 2023

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 биливерхивковимы процессами, усиливают инфицирования раны и протекания раневого процесса.

При ранении осколком снаряда, мины или пульей 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 индивидуальни 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.

Общие принципы организации оказания хирургической стоматологической помощи раненым на войне и в мирное время.

Организация помощи раненым в действующей армии осуществляется по системе этапного лечения с эвакуацией по назначению, то есть последовательно в нескольких лечебных учреждениях с одновременной эвакуацией в тыл.

Этапом медицинской эвакуации называется развернутый на путях эвакуации медицинское подразделение, часть или учреждение,

предназначенное для приема и оказания медицинской помощи пострадавшим в боях. Для каждого этапа, согласно его назначения, штатных и материальных возможностей, определенный объем медицинской помощи - перечень лечебных мероприятий, которые могут и должны выполняться в данном медицинском подразделении, части или учреждении.

В условиях этапного лечения различают последовательно пять видов медицинской помощи раненым: первая помощь, доврачебная, первая врачебная, квалифицированная и специализированная. Оказание первой помощи раненым осуществляется на поле или месте ранения главным образом в порядке само-и взаимопомощи с использованием индивидуального перевязочного пакета (ППИ) и индивидуальной аптечки (АИ). Прежде всего принимаются меры для остановки артериального кровотечения наложением импровизированного жгута или закрутки. На огнестрельную рану накладывается защитная асептическая повязка индивидуальным перевязочным пакетом. Ватно-марлевые подушечки прикладывают к ране поверхностью, противоположной расположению цветных нитей, и фиксируют циркулярными турами бинта, конец которого укрепляется шпилькой. Одежда и обувь над раной обычно не снимают, а вскрывают.

При травматическом шоке, обширных повреждениях, переломах костей и ожогах вводят промедол из шприц-тюбика, имеющегося в индивидуальной аптечке. В неотложных случаях на поле боя допустимо введение промедола через обмундирование. При тяжелых огнестрельных ранениях и загрязнениях ран землей показано применение на поле боя таблетированных антибиотиков из индивидуальной аптечки. Одновременно принимают 8 таблеток. Первая помощь на поле боя может предоставляться также санитаром или санитарным инструктором, которые имеют для этой цели сумку медицинскую военную с набором перевязочных материалов, ампульных и таблетированных медикаментозных средств, шины пневматические, дыхательную трубку-воздухопровод для осуществления искусственного дыхания и предупреждения западения языка. Сумка рассчитана на оказание помощи 20-25 раненым.

Фельдшером батальона предоставляется доврачебная помощь с использованием сумки медицинской военной, комплект Б-1 (стерильные перевязочные средства), комплект Б-2 (шины), кислородного ингалятора, полевого фельдшерского

комплекта (ПФ) и другого имущества. В медицинском пункте батальона (МПБ) или в «гнездах раненых» есть возможность применить табельные средства иммобилизации, расширить противошоковые мероприятия, обеспечить ингаляцию кислорода, поправить ранее наложенные повязки, заменить импровизированный жгут на стандартный. В медицинском пункте полка (МПП) проводится сортировка раненых и оказывается первая врачебная помощь. В зависимости от количества раненых, поступивших боевой и медицинской обстановки объем помощи в МПП может изменяться. При сокращенном объеме проводятся только неотложные меры для устранения непосредственной угрозы жизни раненых:

1. Временная остановка наружного кровотечения, контроль ранее наложенного жгута.
2. Устранение всех видов асфиксии.
3. Наложение герметизирующей (окклюзионной) повязки при открытом пневмотораксе; пункция плевры широкой иглой при напряженном пневмотораксе.
4. Вливание полиглюкина и других плазмозаменителей при тяжелом травматическом шоке; переливания крови при массивной кровопотере, угрожающей жизни.
5. Введение обезболивающих средств при шоке; новокаиновые блокады раненым в состоянии тяжелого травматического шока.
6. Исправление или замена недостаточной транспортной иммобилизации при шоке или явной угрозе его развития.
7. При острой остановке сердца и дыхания, возникшие в МЧП - проведение внешнего (закрытого) массажа сердца и искусственного дыхания методом рот в рот, рот в трубку или ручным дыхательным аппаратом.
8. Отсечение конечности, висящей на лоскуте (транспортная ампутация).
9. Катетеризация или пункция мочевого пузыря при задержке мочеиспускания.

Вынужденно могут быть отсрочены следующие мероприятия первой врачебной помощи:

1. Устранение недостатков транспортной иммобилизации при травмах, не сопровождающихся шоком и без угрозы его развития.
2. Новокаиновые блокады для профилактики шока и при травматическом шоке I и II степени.
3. Введение антибиотиков и столбнячного анатоксина при наличии ран и ожогов, замена повязки и введение антибиотиков в окружающие ткани при ранах, зараженных радиоактивными веществами и сильно загрязненных землей.
4. Введение плазмозаменителей при шоке II степени.

Из медицинского пункта полка ранены направляются в отдельный медицинский батальон дивизии (ОмедБ) или в отдельный медицинский отряд (ОМО), где им оказывается квалифицированная медицинская помощь, включая хирургические операции. При массовом поступлении раненых обеспечения помощи им определяется прежде всего, правильно проведенным медицинским сортировкой. Суть сортировки составляет распределение раненых на группы по признаку потребности в лечебно-эвакуационных и профилактических мероприятиях согласно медицинских показаний и объема помощи, предоставляемой на данном этапе эвакуации в боевой и медицинской обстановке, создавшейся.

Сортировка производится обычно бригадным методом. В состав сортировочной бригады (ОмедБ) входят врач-хирург, две медицинских сестры, два регистратора (обычно выделяются из команды видужуваних), санитар. Санитары-носители работают в составе бригады или самостоятельно, руководствуясь сортировочными марками. Работа сортировочной бригады производится следующим образом.

Врач осматривает раненого и диктует регистратору диагноз, назначения, решение о направлении раненого в соответствующее подразделение (ОмедБ) или эвакуации. Эти данные заносятся в первичную медицинскую карточку. Назначение выполняются медсестрой на сортировочном площадке или в сортировочном палатке (инъекции медикаментозных средств, исправление повязок, транспортных шин и т. п.). Если раненый направляется в другие подразделения (ОмедБ), то к его одежде прикрепляется соответствующая сортировочная марка. Дальнейшая помощь оказывается этим раненым в перевязочной, противошоковой, операционной и других подразделениях.

Сортировка раненых начинается с сортировочного поста, где санинструктор разделяет безопасных для окружающих раненых на два

основных потока: носилочни (тяжелораненые) и ходячие (легкораненые). Последние направляются отдельным потоком в сортировочную для легкораненых. Носилочных на носилках снимают с машин на сортировочную площадку или в палатки.

При массовом поступлении раненых врач сортировочной бригады проводит сначала выборочное сортировки непосредственно на машинах или на сортировочной площадке с целью выявления наиболее тяжелых раненых, находящихся в критическом состоянии. Их вне очереди направляются в соответствующие функциональные подразделения (ОмедБ) (операционную, перевязочную, противошоковое). Выборочное сортировки обеспечивает максимально быстрое проведение неотложных мероприятий по непосредственному спасения жизни раненым, помощь которым при проведении последовательного сортировка будет сознательно запоздалой и не отвлечет летальному исходу.

Остальные носилочных раненых при систематическом сортировке разделяется на следующие сортировочные группы.

1. Нуждающиеся хирургической помощи в операционной - раненые с проникающими ранениями живота и груди, сопровождающиеся массивным кровотечением, а также раненые с травмами черепа и симптомами выраженной компрессии головного мозга направляются в операционную в первую очередь, если ранее они не были выбраны при выборочном сортировке; раненые с проникающими ранениями живота с забрюшинной ранениями мочевого пузыря, прямой кишки разрывом уретры без признаков массивной внутреннего кровотечения и шока направляются в операционную во вторую очередь.

1. Нуждающиеся противошоковой терапии - ранены в состоянии травматического шока без признаков массивной внутреннего кровотечения направляются в противошоковое для раненых; обожженные в состоянии ожогового шока направляются в противошоковое для обожженных.
2. Нуждающиеся хирургической помощи в условиях перевязочной в первую очередь - ранены из наружным кровотечением, продолжающегося с наложенными жгутами, с открытым пневмотораксом, с напряженным пневмотораксом (если нет показаний к широкой торакотомии) с ранениями лица и шеи, осложненной асфиксией и кровотечением; во вторую очередь - с ишемическим некрозом, а также с резким отеком конечности при синдроме длительного сдавления, с обширными ранами, сильно загрязненными

землей или зараженными радиоактивными веществами, с сдавливая циркулярным струпом груди и конечностей.

3. Раненые с анаэробной инфекцией направляются в специально развернут в составе (ОмедБ) анаэробный палатку со своей перевязочной.
4. Остальные тяжелораненых с компенсацией жизненно важных функций и таких, которые не подлежат хирургическому лечению в (ОмедБ) получают необходимую помощь в сортировочно-эвакуационном отделении и направляются на эвакуацию.
5. Агонизирующие направляются в госпитальное отделение для симптоматической терапии.

Легкораненые подвергаются медицинскому сортировке отдельным потоком с выделением следующих сортировочных групп.

Легкораненые со сроками лечения до 10 суток остаются в команде выздоравливающих и направляются в перевязочную во вторую очередь.

1. Непрофильные, такие, которые не относятся к категории легкораненых, направляются в сортировочную для посылочным.
2. Легкораненые со сроками лечения 10-60 суток получают эвакуационное назначение в госпиталь для легкораненых. Им предоставляется в сортировочной или перевязочной помощь в объеме первой врачебной. К категории легкораненых относятся лица, способные самостоятельно передвигаться, сами себя обслуживать, но не имеют проникающих ранений грудной, брюшной полостей, черепа, глазного яблока, а также переломов длинных трубчатых костей, магистральных сосудов и нервов.

В зависимости от условий боевой и медицинской обстановки объем помощи в (ОмедБ) может меняться - сокращаться или расширяться. В связи с этим определены три группы мероприятий квалифицированной медицинской помощи.

К первой группе относятся неотложных мерах относительно жизненных показаний, отказ от выполнения которых создает угрозу летального исхода:

1. Операции, предпринимаемые для окончательной остановки наружного и внутреннего кровотечения.
2. Меры по борьбе с асфиксией-очищение дыхательных путей, введение воздухопровода, трахеостомия.
3. Комплексная шокотерапия, острой кровопотери, синдрома длительного сдавления.

4. Ушивание открытого пневмоторакса; дренирование плевральной полости при напряженном пневмотораксе.
5. Вскрытие брюшной полости при проникающих ранениях живота и закрытых повреждениях брюшных органов.
6. Операции по поводу анаэробной инфекции.
7. Декомпрессивная трепанация черепа при травмах и ранениях со сдавлением головного мозга.

Ко второй группе относятся мероприятия, отказ от выполнения которых ведет к развитию тяжелых осложнений:

1. Первичные ампутации конечности при ее ишемическом некрозе.
2. Наложение надлобковой свищи при ранениях и закрытых повреждениях уретры.
3. Наложение противоестественного заднего прохода при ранениях и закрытых повреждениях прямой кишки.
4. Первичная хирургическая обработка ран и туалет ожогов, зараженных отруйными веществами, или сильно загрязненных землей и при обширном повреждении мягких тканей.

К третьей группе мероприятий квалифицированной хирургической помощи относятся:

1. Первичная хирургическая обработка остальных огнестрельных ран, подлежащих хирургическому лечению.
2. Первичный туалет ожогов.

Отказ от проведения мероприятий третьей группы не обязательно ведет к развитию тяжелых осложнений, при

необходимости сокращения объема помощи исключают меры третьей или третьей и второй групп. При массовом поступлении раненых, как правило, третья группа мероприятий не проводится.

На этапе квалифицированной хирургической помощи определяется эвакуационное назначения, то есть профиль хоз тала, в который ранен подлежит эвакуации в соответствии с характером, тяжести и локализации ранения.

Устанавливается также, каким транспортом, в каком положении и в какую очередь ранены подлежат дальнейшей эвакуации.

В передовой госпитальной базе ранены получают специализированную помощь, которая предоставляется врачами-специалистами узкого профиля в учреждениях, предназначенных для определенных групп раненых и оснащенных специальным оборудованием и инструментарием. Предоставление специализированной хирургической помощи способствует значительному повышению качества лечения и улучшению результатов.

При въезде в госпитальную базу обычно разворачивается сортировочный госпиталь для определения эвакуационного назначения раненым, которые его не имеют, то есть для решения вопроса, в который специализированный госпиталь данного раненого направлять. Здесь также оказывается неотложная помощь по жизненным показаниям раненым, в которых появились осложнения в пути и нетранспортабельным.

Обычно в составе госпитальной базы разворачиваются специализированные госпитали для раненых в голову, шею, позвоночник; для раненых в грудь, живот, таз, для раненых повреждениями длинных трубчатых костей и суставов, для обожженных, военные полевые хирургические госпитали общего профиля (ВПХГ), госпитали для легкораненых. Сроки лечения в передовой госпитальной базе устанавливаются специальным указанием, обычно в пределах 60 суток. В тыловой госпитальной базе разворачиваются специализированные эвакуационные госпитали.

Большинство раненых остаются в госпитальной базе к выздоровлению, после которого возвращаются в строй. Лица, сознательно непригодны к военной службе или требующие длительных сроков лечения, заранее эвакуируются в госпитале тылу. В госпитале для легкораненых преимущественно используются физиотерапевтические методы и лечебная физкультура, направленные на скорейшее восстановление функций и возвращение раненых в строй. Кроме того, лечение, как правило, сочетается с одновременным проведением боевой и политической подготовки.

Сортировка и объем помощи на этапах медицинской эвакуации.

Первая и доврачебная помощь заключается в наложении асептической повязки на рану. При возникновении рвоты при потере сознания ротовую полость очищают от рвотного масс, раненого поворачивают на бок и в таком положении выносят с поля боя. При западении языка вводят трубку - воздухопровод, имеющуюся в медицинской сумке у штатного санитаря и санитарного инструктора.

Транспортировка таких раненых осуществляется на носилках, а для обеспечения иммобилизации под голову подкладывают скатанные шинель.

При одновременном ранении сонной артерии и ее внешних ветвей кровотечение останавливается временно пальцевым прижатием общей сонной артерии к поперечным отросткам шейных позвонков

с последующим наложением давящей повязки на шею с поврежденной стороны по Каплану: в проекции сонной артерии туго прибинтовывают индивидуальный перевязочный пакет, один-два скатанные бинты; противопорою со здоровой стороны служит поднят вверх плечо. Артерия валиком прижимается плотно к поперечным отросткам шейных позвонков, и кровотечение останавливается.

Как противопора могут использоваться также кусок доски, лестничная шина. Надежнее прижимает валик резиновый жгут, который накладывается на шею с жесткой противопорою на здоровой стороне по Микулич.

Кровоснабжение мозга осуществляется по сонной артерии на здоровой стороне и коллатерального сосудами. При транспортировке необходимо постоянно следить, чтобы жгут (повязка) НЕ сполз (а), поскольку иначе возобновится кровотечение с реальной угрозой летального исхода.

Первая врачебная помощь заключается прежде всего в обеспечении поддержания жизненно важных функций организма и подготовке к скорейшей эвакуации на следующий этап. При кровотечении из сонной артерии и ее ветвей накладывается либо исправляется повязка (жгут) по Микулич. Применяют неотложных мерах по обеспечению дыхания: очищают дыхательные пути от рвотного масс, при западании языка вводят воздуховод или прошивают язык толстой ниткой, которую фиксируют к одежде или вокруг шеи;

при постоянном затекании крови в трахею (некоторые переломы основания черепа, соединенные ранения лицевого скелета) накладывается трахеостома.

На этапе квалифицированной помощи (ОмедБ, ОМО) при медицинской сортировке раненых разделяют на следующие основные группы.

1. Нуждающиеся немедленного оперативного вмешательства . К ним относятся раненые с симптомами нарастающего сдавления мозга внутричерепной гематомой и при вдавленных переломах черепа, с массивным истечением цереброспинальной жидкости из раны, с

непрестанного значительной наружным кровотечением, с выраженным нарушением дыхания при постоянном затекании крови в трахею. Направляются эти раненые для трепанации черепа в операционную, а если она занята другими полостными операциями, то в перевязочную для тяжелораненых.

2. Раненые с выраженным отеком и набуханием головного мозга направляются в противошоковое для проведения интенсивной дегидратационной терапии. В отличие от сдавления мозга гематомой компрессионный синдром у них развивается мягче, нет нарастания очаговых симптомов.

3. Раненые с тяжелыми травмами головного мозга в преагональном и агональном состоянии направляются в госпитальное отделение для проведения симптоматической терапии.

4. Остальные тяжелораненых (носилочных) получают необходимую для помощи в условиях сортировочной и подлежат эвакуации. Им исправляют повязку, вводят внутримышечно антибиотики (канамицин, ампициллин, цепорин и др.)..

5. Легкораненые с повреждением мягких тканей и сроками лечения до 10 суток направляются в перевязочную для проведения первичной хирургической обработки раны, наложение повязки с последующим оставлением в команде выздоравливающих.

6. Остальные легкораненых со сроком лечения 10-60 суток, а также с легким сотрясением головного мозга получают необходимую помощь в условиях сортировочной или реже - в перевязочной для легкораненых (исправление повязки, введение антибиотиков и симптоматических средств) и эвакуируются во вторую очередь в ВПГЛР.

В операционной первой сортировочной группе раненых проводится хирургическая обработка с расширением костной раны черепа или выполняется типичная трепанация черепа над местом предполагаемой гематомы. Последнюю удаляют, останавливают кровотечение прошивкой и лигированием оболочечных артерий и вен.

Кровотечение из мелких сосудов останавливается диатермокоагуляцией или тампонами с перекисью водорода, гемостатической губкой. Поврежденный венозный синус мозга прошивают или тампонируют мышцей. При вдавленных переломах со значительным смещением отломков в полость черепа эти обломки поднимают до нормального уровня или удаляют.

Массивное вытекание из ран цереброспинальной жидкости останавливают после хирургической обработки раны прилежным ушиванием мягких тканей. При наружном кровотечении из артерий покровов черепа лигируют сосуды в ране или на ее протяжении. При постоянном затекании крови в трахею и выраженном в связи с этим нарушении дыхания накладывают в перевязочной трахеотоме и отсасывают кровь и слизь из трахей и бронхов.

В противошоковой раненым с выраженным отеком и набуханием головного мозга проводят интенсивную дегидратационную терапию: внутривенно 60 мл 40% раствора глюкозы, 10 мл 10% хлорида натрия, 40 мл 15% раствора маннитола, лазикс и другие средства. Если эти средства не приводят к положительному результату, раненого переводят в операционную для декомпрессионной трепанации черепа и поисков возможного внутричерепной гематомы.

После трепанации черепа ранены переводятся в госпитальное отделение. Они нетранспортабельны течение 3 недель. Остальные тяжелораненые подлежат эвакуации в специализированный госпиталь для раненых в голову, шею, позвоночник. Эвакуация проводится санитарным транспортом, лучше авиационным. Пострадавших с тяжелым сотрясением, а также с ушибами мозга, но без переломов костей черепа и признаков или подозрения на внутричерепной гематомы, направляют в неврологический госпиталь.

Предоставление специализированной медицинской помощи осуществляется преимущественно в госпиталях для по раненых в голову, шею, позвоночник, в которых впервые проводится рентгенография черепа в двух проекциях, обзор не только нейрохирурга, но при необходимости также консультации и участие в операциях окулиста, отоларинголога, челюстно-лицевого хирурга. Первичная хирургическая обработка ран черепа и головного мозга в большинстве по раненых проводится в специализированном госпитале, что дает лучшие результаты, чем вмешательство без рентгеноконтроля в (ОмедБ).

Первичная хирургическая обработка проводится обычно под местной анестезией 0,5% раствором новокаина. Рану рассекают и иссекают края ее до апоневроза. Удаляют ложечкой подапоневротической гематому. Края кистковой раны скусуют во все стороны, особенно острые выступы.

Мелкие костные отломки с эпидурального пространства (под костью) извлекают изогнутым гудзикоподибним зондом. Экономно иссекают края твердой мозговой оболочки.

С раневого канала мозга удаляют поверхностно расположенные инородные тела, сгустки крови. Заставляют раненого потужиться или пережимают яремные вены - повышается внутричерепное давление и с раневого канала выдавливается раневой детрит и инородные тела. Остатки детрита вымывают струей жидкости.

Кровотечение из мелких мозговых сосудов останавливают марлевым шариком, смоченным перекисью водорода.

Твердую мозговую оболочку следует попробовать зашить или сблизить ее края. Это же относится к мягким тканям покровов черепа. В сомнительных случаях к твердой мозговой оболочке вставляют между швами резиновую полоску для обеспечения оттока раневого экссудата или накладывают повязку по Микулич.

Операцию заканчивают введением в ткани покровов черепа 50.000 ед. канамицина.

Микробное загрязнение мозговой раны, особенно при оставлении инородных тел, приводит к возникновению тяжелых осложнений; менингита, менинго-энцефалитов и абсцессов мозга. Состояние таких раненых значительно ухудшается, повышаются температура, лейкоцитоз, появляются симптомы раздражения мозговых оболочек, в ликворе - навоз. С лечебной целью эндолюмбально вводят канамицин по 150.000 ед., Мономицин по 75. 000 ед. Антибиотики вводят также в сонную артерию на стороне поражения. Если возникли абсцессы мозга их раскрывают.

При оценке характера и тяжести повреждения необходимо учитывать вышеперечисленные особенности этого участка.

Непосредственная близость головного мозга, магистральных кровеносных сосудов, трахеи, пищевода, глазных яблок нередко является причиной, отягощает состояние пострадавшего.

По данным статистики второй мировой войны, примерно в 20% раненых повреждения лицевого скелета сочеталось с сотрясением или ушибом головного мозга. Однако в настоящее время можно утверждать, что сотрясение головного мозга сопровождается повреждениями костного скелета лица значительно чаще. Анализ электроэнцефалограмм при травмах мирного времени свидетельствует о том, что при переломах нижней и особенно верхней челюсти сотрясение мозга имеет место и в тех случаях, когда классическая симптоматика (потеря сознания, тошнота, рвота, брадикардия и т.д.) отсутствуют. Этот факт

обуславливает особый режим лечения больных, одним из главных условий которого является создание покоя в условиях стационара.

Попадание инородного тела или сдавления воспалительным отеком трахеи резко ухудшает состояние больных, будучи иногда причиной смерти.

Ранения крупных сосудов (а. Carotis externa, а. Lingualis и др.). Может быть причиной быстрой смерти раненого при отсутствии неотложной квалифицированной помощи.

Переломы челюстей, ранения мягких тканей приротовой участки обычно приводят к нарушению акта жевания, нормального приема пищи, затрудняют речь, дыхание. Повышенная саливация, обусловлена раздражением рецепторов полости рта кровью, раневым секретом, способствует возникновению обезвоживания организма. В связи с разнообразием микрофлоры полости рта проникающие в нее раны характеризуются массивным инфицированием. Наличие гнилостных бактерий может вызвать быстрое развитие гнилостного процесса. В результате этого такие раны при отсутствии надлежащего ухода выделяют специфический резкий запах гниющего мяса. Этот запах настолько характерен для ранений челюстно-лицевой области, что в прошлые войны санитары в ночное время только по специфическому запаху находили раненых на поле боя. Такая особенность проникающих в полость рта ранений диктует проведение специальных гигиенических мероприятий.

Характерной особенностью ранения челюстно-лицевой области является несоответствие между видом раны лица и общим состоянием раненого. При предварительном осмотре может возникнуть ложное впечатление обширности раны, в результате чего все лица выдается обширной раневой поверхностью.

Однако не всегда такой вид раны лица объясняется действительными размерами раны. Нередко в результате быстрого отека мягких тканей, развивающейся сокращения и смещения кожно-мышечных лоскутов складывается ложное впечатление обширности повреждения. Вместе с тем при распрямлении лоскутов мягких тканей и укладке их на место размер раны становится незначительным, лицо раненого восстанавливается.

Этим обстоятельством следует руководствоваться в тех случаях, когда при обширности раны лица раненый находится без сознания и не проявляет признаков жизни, создает впечатление безнадежности или

смерти. Однако при восстановлении сознания такие ранены с помощью товарищей или даже самостоятельно прибывали в пункты медицинской помощи.

Правильно оказана медицинская помощь при ранениях и повреждениях челюстно-лицевой области способствует более раннему выходу пострадавшего из тяжелого состояния, предупреждает тяжелые осложнения и в значительной степени предопределяет эффективность конечного лечения.

Непосредственные и ранние осложнения повреждений ЧЛО (кровотечение, асфиксия, шок, и др..) И их профилактика.

Травматические повреждения челюстно-лицевой области могут сопровождаться различными осложнениями в момент травмы (непосредственные осложнения), в период транспортировки и оказания первой или специализированной помощи (ранние осложнения) или в процессе лечения больного (поздние осложнения).

К непосредственным осложнениям относят асфиксию, острую дыхательную недостаточность, кровотечение, коллапс и шок. Ранние осложнения - асфиксия, дыхательная недостаточность, ранние кровотечения, синдром острого расстройства водно-электролитного баланса организма больного.

Хирург-стоматолог должен знать способы борьбы с осложнениями, обусловленными особенностями челюстно-лицевых повреждений.

Асфиксия.

Асфиксия (*asphyxia* - греч., от *a-*+ *sphyxis* - пульс, пульсация; сын. удушье) - патологическое состояние, обусловленное остро или подостро протекающей гипоксией и гиперкапнией, проявляющееся тяжелыми расстройствами дыхания, кровообращения и деятельности нервной системы.

Это осложнение, которое непосредственно угрожает жизни пострадавшего. Более характерно для огнестрельных переломов. Однако развитие асфиксии вполне вероятно и при неогнестрельной травме, полученной в дорожно-транспортном происшествии, когда переломы костей лица сопровождаются значительным смещением отломков и разрывом окружающих мягких тканей, выраженным кровотечением, травмой головного мозга.

В челюстно-лицевой области чаще встречается асфиксия механическая - асфиксия, обусловленная механическим препятствием для дыхания.

Иващенко Г.М. (1951) в зависимости от причин их развития выделяет пять видов (форм) механических асфиксий: дислокационная, obturационная, СТЕНОТИЧЕСКИМ, клапанная, аспирационная.

1. Дислокационная асфиксия - возникает при западании языка у больных с двусторонним переломом нижней челюсти (особенно в подбородочном отделе). Смещенный назад корень языка давит на надгортанник и закрывает вход в гортань.

Неотложная помощь при дислокационной асфиксии заключается в том, что пострадавшего в кладают сторону (на сторону повреждения) или лицом вниз так, чтобы рот и нос его не касались твердой основы (земли, носилок и др.). При необходимости следует прошить язык (в горизонтальной плоскости) и фиксировать концы нитей вокруг шеи или к надежно наложенной повязки.

Язык не должен перекрывать режущие края зубов во избежание травмы его во время транспортировки больного. Фиксация языка может быть осуществлена булавкой и кусочком прикрепленного бинта, который закрепляют вокруг шеи. Иногда стандартная транспортная повязка, фиксируя отломки нижней челюсти в оптимальном положении, предотвращает смещение корня языка и устраняет угрозу дислокационной асфиксии. Перелом нижней челюсти огнестрельного происхождения может сопровождаться ранением языка. При наличии двух, а тем более трех фрагментов (при поперечных ранах) прошивка языка в области его кончика неэффективна. Такого раненого следует уложить лицом вниз. В дальнейшем показано наложение трахеостомы, поскольку в положении лежа на спине обеспечить проходимость дыхательных путей крайне сложно, а иногда невозможно.

Пострадавших, находящихся в бессознательном состоянии, эвакуируют в положении на боку, а лиц, которые находятся в сознании, - в положении полулежа или полусидя.

2. Obturационная асфиксия - развивается вследствие закрытия верхних дыхательных путей инородным телом, рвотными массами или кровяным сгустком.

При obturационной асфиксии следует пальцем (обернутым марлей или бинтом) удалить из ротоглотки все сгустки крови и инородные тела.

По возможности, вакуум-отсосом очистить полость ротоглотки, что обеспечит свободное прохождение воздуха. Нельзя при обтурационной асфиксии прошивать язык, поскольку это способствует продвижению инородного тела в нижние отделы верхних дыхательных путей.

3. **СТЕНОТИЧЕСКИМ** асфиксия - возникает при отеке гортани, голосовых связок и тканей подсвязочного пространства, при сдавлении задних отделов гортани гематомой.

Диагностика и устранение ее возможны только в клинических условиях после соответствующего обследования. Лигирование кровоточащего сосуда, на шее с удалением излившейся и проведению противоотечной терапии предотвращают прогрессирование дыхательной недостаточности. При нарастании ее можно сделать крикотомию, толстой иглой пунктировать трахею через щитоперсневидную связку или ее кольца, при показаниях - наложить трахеостому. Прошивка языка не показана.

4. Клапанная асфиксия - развивается при закрытии входа в гортань лоскутом из разорванных мягких тканей с задней стенки неба (при вдохе присасывается свисающий лоскут и в виде клапана перекрывает доступ воздуха через голосовую щель в трахею и бронхи).

Этот вид асфиксии может быть принят за обтурационная. Однако при попытке удалить пальцем инородное тело из ротоглотки выявляются лоскут мягких тканей. В таких случаях больных с клапанной асфиксией следует транспортировать в положении на боку (на стороне повреждения) или в положении сидя с опущенной вниз лицом. В экстремальной ситуации, когда невозможно наложить трахеостому, жизнь пострадавшего может быть спасена, если сделать крикотомию или пунктировать трахею толстой иглой через щитоперсневидную связку или между кольцами трахеи. Радикальная помощь заключается в подшивке лоскута мягких тканей в правильное положение или отсечении его при невозможности сохранения. Проводит ее хирург-стоматолог.

5. Аспирационная асфиксия - наблюдается при попадании (аспирации) в трахею и бронхи рвотных масс, сгустков крови и содержимого полости рта.

При аспирации крови, слюны, рвотных масс раненому необходимо добавить положение, способствующее истечению жидкости из дыхательных путей.

При аспирационной асфиксии через трахеостому следует санировать (очистить) трахеобронхиальное дерево с помощью трахеобронхоскопа - медицинского эндоскопа для визуального исследования трахеи и бронхов. Проводится бронхоскопия, т.е. исследование нижних дыхательных путей, основанное на осмотре внутренней поверхности трахеи и бронхов. При отсутствии данного инструмента санация дыхательных путей проводится вакуум-отсосом.

Для борьбы с асфиксией может быть использована интубация трахеи, если для этого есть соответствующие условия.

Если не удастся устранить причину возникновения обтурационной и аспирационной асфиксий, а также при СТЕНОТИЧЕСКИМ и клапанной асфиксии проводятся хирургические вмешательства, направленные на нормализацию функции дыхания.

Крикотомия - вскрытие гортани путем обнажения и вскрытия перстневидного хряща.

Крикотрахеотомия - обнажение и вскрытие перстневидного хряща и верхних колец трахеи.

Коникотомия - вскрытие гортани в промежутке между перстневидным и щитовидными хрящами (в области эластичного конуса).

Коникоцентез - пункция толстыми иглами (3 или 4 шт., в зависимости от ширины просвета) участка гортани в промежутке между перстневидным и щитовидными хрящами.

Трахеоцентез - пункция толстыми иглами трахеи.

Трахеотомия - хирургическая операция, при которой проводят вскрытие трахеи с введением в ее просвет специальной трубки.

Различают верхнюю и нижнюю трахеотомию. Верхняя - проводится выше перешеек щитовидной железы. - Нижняя - под перешейком щитовидной железы.

Необходимо разобраться в понятиях "трахеостома" и "трахеотомия". Трахеостома - искусственная внешняя свищ трахеи. Трахеотомия - хирургическая операция вскрытия просвета трахеи с подшивкой краев разреза трахеи к краям разреза кожи, которые образуются при проведении трахеостомы.

При трахеотомии разрез (длиной 6-7 см у взрослых или 3-4-5 см - у детей) делают по средней линии шеи вверх от щитовидного хряща (верхняя трахеотомия) или вниз от щитовидного хряща (нижняя трахеотомия). Режут кожу, подкожную клетчатку и поверхностную фасцию. Под последней находится сросшиеся между собой (белая линия шеи) вторая и третья фасции. Режут ее, тупо разводят мышцы гортани и

обнажают *spacium praetracheale*. Выявляют перешеек щитовидной железы. Верхняя трахеотомия делается выше, а нижняя - ниже перешеек железы. При верхней трахеотомии фиксируют капсулу перешейка к перстневидного хряща, отсепааровывают перешеек, оттягивают его вниз тупым крючком и освобождают верхние кольца трахеи. При нижней трахеотомии следует тщательно лигировать сосуды и осторожно манипулировать вблизи грудины из-за возможности повреждения сосудов (*Plexus venosus subthyreoideus*, а иногда и *a.thyreoidea mayora*). Обнажив кольца трахеи следует тщательно остановить кровотечение. Затем острым однозубым крючком, путем прокалывания стенки трахеи, при поднимают ее. Скальпелем пересекают 2-3 кольца трахеи. Кончик скальпеля нельзя погружать в просвет трахеи на глубину более чем на 0,5-1,0 см. из-за опасности повреждения задней стенки трахеи. После вскрытия последней возникает кашлевой рефлекс из-за раздражения слизистой оболочки. Для подавления кашлевого рефлекса закапывают в просвет трахеи 2% раствор дикаина. Трахеорозширювачем раздвигают края трахеи. Трахеотомическую трубку сначала погружают в просвет трахеи в поперечном направлении, а затем переводят в вертикальное и продвигают до соприкосновения щитка трубки кожей. Трубку фиксируют марлей за ушки к шее. На углы раны накладывают несколько швов для создания герметичности.

Трахеостому следует вести по общим канонам хирургии, есть обязательный тщательный уход за кожей с помощью антисептических средств, на рану (под щиток трубки) накладывается антисептическая марлевая повязка. При мацерации и раздражении кожи используют мази с антибиотиками и кортикостероидами. Требуется систематическая очистка внутренней трубки трахеостомической канюли. Швы снимают на 6-7 день после их наложения.

Сроки деканюляции зависят от причины асфиксии и степени восстановления проходимости дыхательных путей. После устранения причин асфиксии проводят деканюляции.

Кровотечение.

Кровотечение, т.е. истечение крови из кровеносного сосуда бывает первичная (непосредственно после травмы) и вторичная (ранняя и поздняя), такая, что возникает через некоторое время после травмы. Первичная кровотечение возникает сразу после повреждения сосуда. Вторичная - возникает через некоторое время после повреждения сосуда. Вторичная кровотечение может быть ранней, поздней и рецидивирующей. Ранняя вторичная кровотечение возникает через 1-3 дня после травмы в

связи с выталкиванием тромба из поврежденного сосуда в результате повышения кровяного давления (например, при транспортировке пострадавшего или вследствие разрыва сосудов при отсутствии надежной транспортной иммобилизации отломков челюсти, при ликвидации шока). Поздняя вторичная кровотечение возникает через 5-6 дней после травмы и позже, она обусловлена гнойным расплавлением тромба или стенки травматического аневризмы. Вторичная рецидивирующая кровотечение, которое возникает много раз, наблюдается при гнойно-некротических процессах. Вторичные кровотечения возникают внезапно, могут быть достаточно выраженными и привести к летальному исходу.

Кровь человека составляет 6-8% от массы тела, или 4,5-6 литров, или $\frac{1}{16}$ его веса. Состояние больного определяется объемом кровопотери. При 20% кровопотери от объема циркулирующей крови (ОЦК-показатель, является суммарным объемом крови, находящейся в функционирующих кровеносных сосудах) - это умеренная кровопотеря, при 20-35% кровопотери от ОЦК - массивная (сопровождается шоком средней тяжести или тяжелым) при 35-50% кровопотери и более от ОЦК - смертельная (сопровождается преагональным или агональным состоянием).

В результате кровопотери может развиваться геморрагический коллапс, а затем и геморрагический шок. (Коллапс - это сосудистая недостаточность, остро развивается, характеризуется падением сосудистого тонуса и уменьшением массы циркулирующей крови проявляется резким снижением артериального и венозного давления, признаками гипоксии головного мозга и угнетением жизненно важных функций организма. Шок - это острый, угрожающий жизни патологический процесс, характеризующееся тяжелым нарушением деятельности центральной нервной системы, кровообращения, дыхания и обмена веществ. Шок определяют следующие основные клинические признаки: холодная, влажная, бледно-цианотичного или мраморного окраса кожа; резко замедлен кровоток в области ногтевого ложа; беспокойство, иногда омрачено сознание; диспноэ (одышка), олигурия, тахикардия, уменьшение амплитуды артериального давления и его снижение).

При падении гемоглобина в крови ниже 80 г / л. и гематокритного числа ниже 30% (норма гематокрита: у ребенка - 36-44%, у женщины - 36-47%, у мужчины - 40-50%) показано переливание эритроцитарной массы или крови. Следует помнить, что

показатели гематокрита начинают соответствовать действительной кровопотере только через 8-10 часов после нее.

При острой кровопотере кровь (или другая трансфузионная жидкость) вливается струйно и только после подъема АД выше критического уровня (80 мм. рт. ст.) - капельно. Состояние больного не вызывает опасений после того, как гематокритное число достигнет не менее 30%, а число эритроцитов в крови $-3,5 \times 10^{12} / \text{л}$.

Первая помощь при первичной кровотечения заключается в наложении давящей повязки на кровоточащую рану. При профузной кровотечения показано пальцевое прижатие сосуда, обеспечивающего кровью эту анатомическую область. Лицевую артерию прижимают несколько кпереди от места пересечения переднего края жевательной мышцы с нижним краем нижней челюсти. Поверхностные височную артерию прижимают на 1 см. кпереди и вверх от козелка уха. Общую сонную артерию прижимают пальцем к поперечному отростку шестого шейного позвонка (это место пересечения грудино-ключично-сосцевидной мышцы и горизонтальной линии, проведенной на уровне верхнего края щитовидного хряща). В этой точке большим пальцем руки прижимают артерию к позвоночнику. При этом остальные пальцы руки располагается на задней поверхности шеи.

На общую сонную артерию можно наложить давящую повязку. Руку больного с неповрежденной стороны укладывают на голову так, чтобы предплечье находилось на ней, а плечевая кость располагалась вдоль шейного отдела позвоночника. На шею в проекции общей сонной артерии на стороне повреждения накладывают плотный вал из марли или ваты и туго прибинтовывают круговыми турами бинта, проходящих через руку, защищает гортань, трахею и общую сонную артерию на неповрежденной стороне от сдавления.

При оказании квалифицированной врачебной помощи нужно перевязать сосуд не только в ране, но по показаниям и в течение сосуда.

Перевязка лицевой артерии проводится через разрез длиной 5-6 см. в поднижнечелюстной области, параллельно нижнему краю нижней челюсти и отступив от него на 2 см. Начало разреза должен располагаться на 1 см. кпереди от угла нижней челюсти. Режут кожу, подкожную жировую клетчатку, поверхностную фасцию шеи, подкожная мышца. У переднего края жевательной мышцы через нижний край нижней челюсти проходит лицевая артерия. В этом месте ее находят, выделяют и перевязывают. Следует помнить, что лицевую артерию сопровождает

лицевая вена, которая находится позади артерии, то есть между ней и передним краем жевательной мышцы.

Перевязка языковой артерии. Делают разрез длиной 6 см. в поднижнечелюстной области параллельно нижнему краю нижней челюсти и отступив от него вниз на 2 см. Режут кожу, подкожную жировую клетчатку, поверхностную фасцию шеи, подкожная мышца, наружный листок собственной фасции шеи. Обнажают и мобилизуют поднижнечелюстную слюнную железу, которую затем отводят вверх и внутрь. Ориентируются относительно треугольника Пирогова, расположенного между задним краем челюстно-подъязычной мышцы (спереди), сухожилием заднего брюшка двубрюшной мышцы (сзади) и подъязычным нервом (сверху). В пределах треугольника располагается подъязычно-язычная мышца, внутри от которой проходит языковая артерия. Волокна этой мышцы аккуратно розсепаровывают зажимом и обнажают языковую артерию, которую лигируют и перевязывают. При грубых манипуляциях существует опасность раскрыть стенку глотки.

Перевязку поверхностной височной артерии ведут в месте ее роташування через разрез длиной 2 см. в передувушний складке перед козелком ушной раковины. В переднем отделе раны расположена артерия, а сзади поверхностная височная вена.

Перевязка наружной сонной артерии. Больной лежит на спине с подложенной под лопатки валом. Председатель запрокинута назад и повернута в противоположную сторону. Делается разрез длиной 5-6 см. вдоль по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы, проведенного от уровня угла нижней челюсти до уровня щитовидного хряща. Режут кожу, подкожную жировую клетчатку и подкожную мышцу. В верхнем отделе раны под этой мышцей находится наружная яремная вена, которую можно перевязать и пересечь или отодвинуть в сторону. Раскрывается передняя стенка влагалища грудино-ключично-сосцевидной мышцы, освобождается ее передний край. Тупой крючком мышца вытягивается наружу. Затем рассекается задняя стенка влагалища этой мышцы. Пропальпуется пальцем пульсация сонной артерии. Над сонной артерией расположена общая лицевая вена с венозными стволами, впадающих в нее, и подъязычный нерв. Если не удастся отвести в сторону общую лицевую вену, ее перевязывают и пересекают. Между общей сонной артерией и внутренней яремной веной находится блуждающий нерв. Пропальпуют пальцем и находят щитовидный хрящ. По его уровню находится бифуркация общей сонной артерии. Следует знать, что от внутренней сонной артерии никаких сосудов не

отходит. От наружной сонной артерии отходят верхняя щитовидная и языковая артерии. После выделения наружной сонной артерии от внутренней яремной вены и блуждающего нерва под нее подводят со стороны внутренней яремной вены 2-е лигатуры, которые завязывают на расстоянии 1 см. друг от друга между верхней щитовидной и язычной артериями. Артерии пересекают между лигатурами. На центральный конец артерии целесообразно наложить вторую лигатуру. Прежде чем завязать лигатуры, необходимо пережать перевязывану артерию и убедиться в исчезновении пульсации поверхностной височной артерии с этой же стороны.

По данным Т. Робустова и В.С. Стародубцева (1990) перевязка общей и внутренней сонной артерии крайне нежелательна, поскольку у 50% больных наступают грубые патологические изменения в центральной нервной системе, 25% больных умирают на операционном столе и только у 25% больных это вмешательство проходит без тяжелых осложнений.

Репозиция отломков и их иммобилизация нередко является эффективными способами остановки кровотечения из внутрикостных сосудов, а также с нижней альвеолярной артерии (при переломе нижней челюсти). Больные с реальной опасностью вторичного кровотечения должны находиться поблизости от операционной, за ними устанавливают особенно тщательное наблюдение.

Острая дыхательная недостаточность.

Острая дыхательная недостаточность - частое осложнение у пострадавших с челюстно-лицевой травмой. Она может возникать как в ранние, так и поздние сроки после травмы. Принято различать расстройства дыхания по центральному, периферическим и смешанному типу.

При нарушении дыхания по периферическому типу происходит obturация дыхательных путей рвотными массами, кровью или слизью, которые попадают в результате нарушения тонуса мышц нижней челюсти, языка и глотки, а также в результате снижения глоточного рефлекса. Это может наблюдаться как при челюстно-лицевой травме в чистом виде, так и при сочетании ее с черепно-мозговой травмой или повреждением груди.

Расстройства дыхания по центральному типу встречаются у больных с челюстно-лицевой травмой, сочетается с черепно-мозговыми повреждениями. При этом типе нарушения дыхания является полная проходимость дыхательных путей на фоне выраженного цианоза и одышки, нарушения ритма, частоты и амплитуды дыхания, иногда -

спонтанной его остановки, которые происходят вследствие нарушений в центральной нервной системе. Помощь больному состоит в интубации больного и проведении ему вспомогательного дыхания (при невозможности интубации - через маску наркозного аппарата). При отсутствии специального оборудования следует проводить искусственное дыхание по методу «изо рта в рот» или «изо рта в нос». Лечение при расстройствах дыхания по центральному типу проводят реаниматологи в специализированном отделении.

При расстройстве дыхания по смешанному типу основные мероприятия врача должны быть направлены на устранение окклюзии и восстановление проходимости трахеобронхиального дерева.

Лечение больного должно проходить в отделении интенсивной терапии (анестезиологии и реанимации).

Шок.

Наличие развитой сети нервных окончаний в тканях и органах челюстно-лицевой области обуславливает возможность болевого шока, даже при повреждениях, не отличающихся обширностью. Поэтому при оказании первой помощи раненым в челюстно-лицевую область необходимо использовать известные из практики общей хирургии меры, направленные на предупреждение болевых ощущений и стимулирования деятельности сердечно-сосудистой системы.

Транспортная иммобилизация.

Иммобилизация отломков поврежденных челюстей является обязательным видом оказания первой помощи. Даже простая, но своевременная иммобилизация предупреждает осложнения переломов челюстей, уменьшает возможность кровотечения при повреждении сосудов острыми краями отломков, снижает болевые ощущения. Иммобилизация предотвращает возможность развития дислокационной асфиксии и является важной предпосылкой для наилучшего эффекта лечения. При оказании первой помощи наиболее доступным способом временной иммобилизации является обычная пращевидной повязка. При отсутствии бинта (индивидуального пакета) используется лоскут материи, составленный в виде треугольной косынки.

Пращевидной повязка может быть применена при повреждении как нижней, так и верхней челюсти. В последнем случае (нижняя челюсть фиксируется повязкой в положении сомкнутых зубов, чем достигается поддержание отвисающими фрагментов верхней челюсти и предупреждения их смещения

Для временной иммобилизации отломков нижней челюсти может быть использована изогнутая по форме челюсти шина-праща, изготовленная из картона, тонкой жести. Фиксированная бинтом или лентой к своду черепа стандартная шина-праща достаточно хорошо удерживает отломки от смещения.

При переломах верхней челюсти, если нижняя челюсть не может быть использована для ее поддержки, для временной иммобилизации можно применить узкую (в виде линейки) деревянную планку или другие предметы, напоминающие по форме и размеру шпатель (шпатель, столовая ложка). Такая импровизированная шина подводится под зубы верхней челюсти и фиксируется за выступающие изо рта концы бинтом или веревкой к своду черепа.

Наиболее эффективна временная иммобилизация отломков верхней челюсти достигается при использовании стандартной шины-ложки.

Стандартная верхнечелюстная Метелева шина-ложка с зовдошноротовыми стержнями (по А.А. Лимбергу).

Для укрепления стандартной шины-ложки накладывают главную опорную шапку, укрепляя ее специальными лентами. Затем выстилают шину-ложку ватно-марлевой прокладкой и с помощью резинок фиксируют ее к главной шапочке. Меняя силу резиновой тяги (удлинение или укорочение резинок), можно использовать такую повязку и как поддерживающую и как давящую.

Список литературы:

1. Агапов В.

С. Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МИА ,2005.

2. Амбулаторная хирургическая стоматология: Современные методы: Руководство для врачей / В. М. Безруков и др.- М.: МИД, 2005 г. 112 с.

3. Анатомия человека. Учебник для стоматологических факультетов медицинских вузов. 4-е изд. Под ред. . 2008. 816с.

4. Атлас анатомии человека для стоматологов. 2009 г. 600с.

5. Атлас заболеваний полости рта. 3-е издание Лангле Миллер. Перевод с английского под ред. . 2008 г. 224 с.

6. Атлас онкологических операций . Под ред. . 2008 г. 632 с.

7. Барер Г.

М. Рациональная фармакотерапия в стоматологии руководство. Литтерра 2006.

8. Бернадский Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. М., Мед. литература, 3-е изд. 2007. 408 с.

9. Биохимия тканей и жидкостей полостей рта. 2-е изд. 2008 г. 208 с.

10. Военная стоматология и челюстно-лицевая хирургия 9 г. 240 с.
11. Грудянов А.
И. Хирургическое лечение заболеваний пародонта М:МИА 2006.
12. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия:
учебник 2008 г. 208 с.
13. Клиническая лингвология 2007 г. 288 с.
14. Клиническая фармакология для студентов стоматологических
факультетов. 2007 г. 464с.
15. Лучевая диагностика в стоматологии: учебное пособие 2007 г. 176 с.
16. Островерхов Г. Е., Бомаш Ю. М., Лубоцкий Д.
Н. Оперативная хирургия и топографическая анатомия 5-е изд МИА 2005.