

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	5
РОЗДІЛ 1.АНАТОМІЧНА КАРТИНА ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ У ВОЄННІЙ СТОМАТОЛОГІЇ	6
1.1. Історичний екскурс щодо щелепно-лицевої хірургії у воєнній стоматології	6
1.2. Класифікаційно-категоріальне формування Державної служби медицини катастроф	10
1.2.1. Категоріальна здатність стоматологічної допомоги у воєнному стані України	20
1.2.2. Категоріальна особливість патогенезу та якості оцінювання балістично-вогнепальних ран щелепно-лицевої локалізації	52
1.2.3. Різновиди травматичних ушкоджень щелепно-лицевої локалізації	58
Контрольні запитання.....	62
Теми рефератів	62
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСНОВИ ВОЄННОЇ СТОМАТОЛОГІЇ	63
2.1. Оперативно-тактична медицина як невідкладний засіб допомоги із зони бойових дій для осіб із щелепно-лицевими ушкодженнями	63
2.2. Прийоми та інструменти медичної допомоги в комбінованій системі щелепно-лицевого ураження	89
2.3. Організаційні методи проведення медико-експертного догляду та харчування поранених осіб.....	97
Контрольні запитання.....	104
Теми рефератів	104
РОЗДІЛ 3.МЕХАНІЗМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ВОЄННОЇ СТОМАТОЛОГІЇ У ФРОНТОВИХ РЕГІОНАХ УКРАЇНИ	105
3.1. Воєнна стоматологія як комплексна протидія ускладненому характері при щелепно-лицевому ушкодженні.....	105

3.2. Зубне протезування військовослужбовцям як практичний інструмент ортопедичної стоматологічної допомоги в умовах воєнного стану	114
3.3. Військово-лікарська експертиза як прерогатива спецслужб щодо правової норми у забезпеченні воєнної стоматології	127
3.4. Філософія як формула мудрості щодо розвитку стоматологічної допомоги у поствоєнній Україні	233
Контрольні запитання.....	234
Теми рефератів	234
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	235

ПЕРЕДМОВА

Сучасна збройна агресія російської федерації проти України ще з 2014 року показує нам значну кількість постраждалих як осіб із числа військовослужбовців, так і з числа цивільних осіб, що потребують медичної допомоги, зокрема і стоматологічної.

На характерні особливості та організацію допомоги таким пораненим указував ще М.І. Пирогов. А за останні десятиріччя відбулися значні соціальні перетворення і, таким чином, стрімкими темпами фундаментально вдосконалилась методологія як сукупність новітніх діагностично-лікувальних методів та організації проведення медичної допомоги у Збройних Силах України. *За таких обставин воєнна стоматологія постає комплексною медичною наукою війни міжвідомчо-експертного характеру.*

Адже воєнна стоматологія – це специфічна складна та міжгалузєва науково-навчальна дисципліна, що є прерогативою спецслужб саме під час війни. **Метою** цієї зовсім нової медичної дисципліни є генеративно-цілісне вивчення ентропійного процесу організації і системного надання усіх необхідних видів стоматологічної допомоги пораненим і хворим у воєнний час.

Адже пізнавати фундаментальні основи методологічної організації і вміти негайно надати відповідну медичну допомогу в конкретних екстремальних умовах життя – обов'язок кожного стоматолога. Це один із перших навчальних посібників, що написаний авторським колективом на другому році повномасштабної фази війни нашої України з російською агресією. Тому, автори з вдячністю приймуть конструктивні зауваження, поради і побажання.

За сприяння значної кількості авторських досліджень варто завдячити практичному реабілітологу, клінічному фізіотерапевту у сфері воєнної медицини Марценківській Златі Володимирівні за її професіоналізм, сумлінну та невтомну медичну допомогу під час війни в Україні.

Від авторів

РОЗДІЛ 1.

АНАТОМІЧНА КАРТИНА ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ У ВОЄННІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

1.1. Історичний екскурс щодо щелепно-лицевої хірургії у воєнній стоматології

В кіберсучасних умовах воєнного стану України варто висвітлити описовий характер щодо історичного екскурсу воєнної стоматології. *Це полягає в наступному.*

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.

На наш погляд, можливо, що збережена традиція перед боєм перевдягатися у все чисте містить у собі зародки само- і взаємодопомоги, коли для перев'язки використовувалася чиста білизна [6, с. 9].

У цьому сенсі необхідно зазначити, що епоха раннього християнства, хрестові походи і часи Середньовіччя залишили мало даних про організацію медичної допомоги у військах. При цьому, низький рівень розвитку науки, поява значної кількості шарлатанів, нехтування солдатами не сприяли прогресивному розвитку медицини в армії. Адже можна лише назвати прізвище відомого французького хірурга Амбруаза Паре, відомого тим, що цей хірург відмовився використовувати для лікування поранених випалювання ран. Напроти, означений лікар запропонував щадну тактику, а саме: говорячи в контексті воєнної стоматології, була вперше проведена операція алотрансплантації зуба.

За таких обставин поява професійних армій, створення нових різновидів зброї, участь значної кількості людей у бойових діях на по-

тужних площах протягом тривалого часу стали стимулом для розвитку воєнної медицини. Це припало на середину XVIII і XIX століть.

Як свідчить історія, 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 там 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) [6, с. 10-11].

З огляду на це, 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.

Також необхідно історично зазначити, що закордонні хірурги, зокрема, головний хірург Наполеона Ларрей (1829), підтримували радикалізм в обробці вогнепальних поранень щелеп, то і вітчизняні хірурги пропонували обережну, щадну 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 вилікування найскладніших переломів цієї кістки (нижньої щелепи), що можу відхиляти ранню резекцію як загальний захід».

Завдяки зусиллям М.І. Пирогова, 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 лікарів у армії. Такі погляди мали досить вагому підставу. Адже до 70 % поранених в обличчя і щелепу не отримували достатньої допомоги, залишаючись 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 [6, с. 11].

У цьому змісті варто розкрити, що сумний досвід російсько-японської війни і початкового періоду Першої світової війни, 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 створювались у Петрограді, Києві, Смоленську, інших містах, куди евакуювалися поранені в лице.

Незважаючи на це, за свідченням В.О. Оппеля, 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 у вигляді гнутих алюмінієвих шин. Однак, у польових умовах вони майже не отримали поширення, оскільки їх широке використання прийшло пізніше і триває донині.

При цьому, В.О. Оппель 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.

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

демії було відкрито кафедру щелепно-лицевої хірургії і стоматології як одне органічне ціле, що стала провідною в розробці засобів і методів допомоги пораненим в обличчя і щелепи на довгі роки. А в 1940 році було введено військово-облікову спеціальність: «щелепно-лицевий хірург» [6, с. 12].

Таким чином, 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 на той час Великої Вітчизняної війни як складової Другої світової війни, була створена та 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 р.). На Військово-морському флоті цей напрямок очолював головний стоматолог ВМФ, професор, полковник В.М. Уваров.

З початку і до кінця на той час Великої Вітчизняної війни у діючій армії, фронтових і тилових 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 та 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. Ці дослідники розробили нові види операцій при обробці вогнепальних ран, запропонували методи ранніх відновлювальних, пластичних і реконструктивних операцій, нові види фіксуєючих засобів і ортопедичних апаратів. Протягом війни були введені посади заступників головного хірурга з щелепно-лицевої хірургії – головних щелепно-лицевих хірургів армій і фронту [6, с. 13].

Адже 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 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 професора Д.А. Ентіна.

З огляду на це, 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.

Адже 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 кінця ХХ століття в Афганістані, Нагорному Карабаху, Абхазії, Чечні, а також у наданні допомоги під час катастроф і терористичних актів.

Крім того, 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 кафедрах 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) [6, с. 14].

Отже, в умовах російсько-української війни, починаючи з 2014 року, розвивається новий напрямок вітчизняної стоматології – воєнної, як стоматологія екстремальних ситуацій, що генеративно-цілісно присвячена організації та оперативно-тактичному наданню всіх видів спеціалізованої допомоги пораненим, постраждалим і хворим в кіберсучасних умовах воєнного стану України.

1.2. Класифікаційно-категоріальне формування Державної служби медицини катастроф

Для повоєнної України особливе значення має класифікаційно-категоріальне формування Державної служби медицини катастроф, в якій воєнна стоматологія як багатогранне явище відіграє пріоритетну роль. Згідно Постанови Кабінету Міністрів України від 09 червня 2023 р. № 586 «Деякі питання виконання функцій медицини катастроф» виконуються наступні класифікаційно-категоріальні настанови [4]:

- догоспітальний етап надання медичної допомоги (далі – догоспітальний етап) – період надання медичної допомоги з моменту виявлення постраждалого у повсякденних умовах, в особливий період та в разі виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації наслідків

таких надзвичайних ситуацій або звернення пацієнта за медичною допомогою до його госпіталізації у заклад охорони здоров'я або відмови від такої госпіталізації;

- госпітальний етап надання медичної допомоги (далі – госпітальний етап) – період надання медичної допомоги пацієнту з моменту його прибуття до профільного відділення закладу охорони здоров'я до моменту його виписки або смерті;

- заходи медицини катастроф – заходи, що здійснюються з метою зниження негативного впливу надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я, визначені пунктами 8 і 9 цього Порядку;

- команди медицини катастроф – формування, які можуть створюватись у складі центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, уповноваженого закладу з питань координації функціонування служби медицини катастроф, а також залучених службою медицини катастроф закладів охорони здоров'я з метою здійснення заходів медицини катастроф, що включають медичних та немедичних працівників [4];

- медичне рекогносцирування – класифікаційний комплекс заходів щодо аналізу доступності медичних послуг в прифронтовому та фронттовому районі бойових дій, що здійснюються з метою подальшого залучення необхідних сил та засобів для забезпечення потреб населення у медичному обслуговуванні на відповідній території;

- мобільний госпіталь – спеціалізований багатопрофільний медичний комплекс, що містить команди медицини катастроф відповідної категорії і чисельності з відповідним обладнанням, призначений для надання медичної допомоги постраждалим в особливий період воєнного стану [4];

- план реагування внаслідок воєнної ситуації службою медицини катастроф (далі – план реагування) – документ щодо організації реагування службою медицини катастроф на надзвичайні ситуації на національному і регіональному рівні, який містить заплановані заходи медицини катастроф у регіоні або на національному рівні, що здійснюються з метою прогнозування ритмодинаміки війни та їх наслідків у сфері охорони здоров'я, готовності служби медицини катастроф та реагування на такі воєнно-загрозливі ситуації, надання службою медицини катастроф постраждалим безоплатної медичної допомоги та їх медичної евакуації, участі служби медицини катастроф у рятувальних невідкладних роботах з ліквідації наслідків во-

енно-небезпечних ситуацій, та який на національному рівні розробляється уповноваженим закладом і затверджується МОЗ;

- ранній госпітальний етап надання медичної допомоги (далі – ранній госпітальний етап) – період надання медичної допомоги військовослужбовцю з моменту його привезення до відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги [4];

- суб'єкт національного рівня координації функціонування служби медицини катастроф – уповноважений заклад з питань координації функціонування служби медицини катастроф, яким є державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України» (далі – уповноважений заклад);

- служба медицини катастроф – особливий вид аварійно-рятувальних служб у складі центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, формування та працівники яких атестовані для надання екстреної медичної допомоги постраждалим безпосередньо в прифронтовій чи фронтовій зоні бойових дій;

- транспортні засоби медицини катастроф – мобільні транспортні засоби, зокрема спеціалізовані, які належать або залучаються центрами екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, а також уповноваженим закладом та використовуються для здійснення заходів медицини катастроф;

- функції медицини катастроф – мінімізація втрат та наслідків екстремальних ситуацій в результаті бойових дій шляхом надання службою медицини катастроф постраждалим безоплатної медичної допомоги та їх медичної евакуації.

Інші терміни вживаються у значенні, наведеному в Кодексі цивільного захисту України, Основах законодавства України про охорону здоров'я, Законі України «Про екстрену медичну допомогу» [1].

У цьому класифікаційно-категоріальному змісті державна служба медицини катастроф (далі – ДСМК) створена на двох рівнях: державному і територіальному. На державному рівні ДСМК організується в системі МОЗ України, на територіальному – в системі управління 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 при надзвичайних ситуаціях (далі – НС) медичних сил і засобів МОЗ, МНС, Міноборони, МВС, Мінтрансу.

Головними оперативними закладами є:

- на державному рівні – Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України;
- на територіальному рівні – територіальні центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. [3]

Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України» (далі – УНПЦ ЕМД та МК МОЗ України) є головним науково-практичним закладом Державної служби медицини катастроф України, який здійснює діяльність з надання громадянам екстреної медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях. Виконує функції щодо наукового, аналітичного, організаційно-методичного забезпечення Державної служби медицини катастроф, проведення науково-дослідної роботи з проблем екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, надання методичної допомоги лікувальним закладам та формуванням, що входять до складу Державної служби медицини катастроф, з питань організації та надання екстреної медичної допомоги. Заклад створений у відповідності до Постанови Кабінету Міністрів України від 14.04.1997 р. № 343 «Про утворення державної служби медицини катастроф» Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 04.06.1997 р. № 171 «Про утворення Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» [2].

Робота команд медицини катастроф з надання кваліфікованої медичної допомоги на деокупованих територіях.

Після деокупації Київської області у квітні 2022 р. команда медичних працівників бригади постійної готовності Закладу працювала на двох локаціях: смт Бородянка (на базі Пункту невідкладної медичної допомоги Бородянського центру первинної медико-санітарної допомоги) та смт Макарів (на базі Державного підприємства «Мака-

рівське лісове господарство»). Всього було надано медичну допомогу (далі – МД) хворим/постраждалим в зоні НС:

- перша лікарська та кваліфікована медична допомога при самостійному зверненні пацієнтів в амбулаторних умовах (1 224 осіб), в т. ч. при повторному зверненні до фахівців (106 осіб);
- кваліфікована та спеціалізована МД постраждалим з невідкладними станами (9 осіб);
- виїзна консультативна МД (16 осіб) [2].

Робота проводилась в координації з структурними підрозділами з питань охорони здоров'я Київської міської, Київської обласної військових адміністрацій та безпосередньо з місцевою владою й керівництвом закладів охорони здоров'я смт Макарів та смт Бородянка, а також, представниками Територіальної оборони, ДСНС, поліцією та волонтерами вказаних регіонів.

Проводилась постійне співробітництво бригад з волонтерськими організаціями щодо додаткового матеріально-технічного забезпечення та медичними виробами, у т. ч. лікарськими засобами, дезінфекційними засобами та особистої гігієни, що були використані в процесі надання МД.

Додатково проводились навчання з питань надання екстреної МД (при критичній кровотечі на догоспітальному етапі в умовах бойових дій) в складі 10 осіб з числа місцевих жителів, які були залучені до волонтерської діяльності та представниками Територіальної оборони.

У вересні 2022 року для надання медичної допомоги населенню Балаклійської об'єднаної територіальної громади (далі – ОТГ) Харківської області було організовано територіальний підрозділ медичних працівників із постійним місцем дислокації на базі поліклінічного відділення Балаклійської клінічної багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування. Команди медичних працівників надавали спеціалізовану амбулаторну допомогу на виїзді безпосередньо у населених пунктах сільської місцевості ОТГ та організували стаціонарну допомогу на базі пристосованих приміщень поліклінічного відділення Балаклійської лікарні. Бригада була забезпечена медичними виробами за рахунок запасів та резервів Закладу, а також належним спецавтотранспортом з високою прохідністю для транспортування та евакуації постраждалих/хворих. Робота проводилась в координації з структурними підрозділами з питань охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації та безпосередньо з місцевою владою й керівництвом ЗОЗ м. Балаклія, а також, представниками ДСНС, поліцією та волонтерами вказаних регіонів. З метою безпеки