

ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАНЕНИЯХ ЛОР-ОРГАНОВ В ПЕРИОД ВЕДЕНИЯ ЛОКАЛЬНЫХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

*Военно-медицинский клинический центр Северного региона,
г. Харьков, Украина*

Введение. Рассмотрение вопросов оказания хирургической помощи при ранениях ЛОР-органов на этапах медицинской эвакуации (МЭ) - это один небольшой, но очень важный, раздел военно-полевой хирургии (ВПХ), неуверенность в знаниях которого может привести к неправильной оценке тяжести полученного ранения, к ошибкам в проведении медицинской сортировки, к несвоевременному оказанию первой медицинской, доврачебной помощи и потери самого драгоценного на войне – времени.

Хотелось бы акцентировать внимание на том, что военно-медицинская служба ВСУ подошла к началу участия в боевых действиях в состоянии реформирования в управленческих структурах, в период проведения очередной волны сокращения численности личного состава и количества госпиталей, с не укомплектованной медициной войскового звена, при дефиците медицинской техники, современного оборудования, медикаментов. Всё это усугубилось отсутствием информации о характере предполагаемых боевых действий, сроках их проведения, составе привлекаемых частей и подразделений, как самой медицинской службы, так и боевых частей.

Цель работы: рассмотреть некоторые положения Указаний по военно-полевой хирургии, раздел 13 «Травмы ЛОР - органов» и сопоставить их с истинным положением, которое сложилось в военной медицине в первые месяцы проведения боевых действий.

Материал и методы

1. Классификация боевых повреждений ЛОР-органов

Классификация боевых повреждений ЛОР-органов(1) соответствует классификационным характеристикам боевой хирургической травмы с указанием этиологического фактора (огнестрельные, минно-взрывные, комбинированные ранения); количества повреждений (единичные, множественные, сочетанные); механизма ранения (открытые, закрытые, проникающие, слепые, касательные).

По локализации выделяют:

- ранения, ушиб, термическое поражение наружного носа, структур полости носа,
- околоносовых пазух (верхнечелюстной, лобной, клиновидной, решетчатого лабиринта);
- ранения, ушиб, термическое поражение наружного и среднего уха, области сосцевидного отростка, внутреннего уха;
- ранения, ушиб, термическое поражение шеи с повреждением глотки, гортани, трахеи, пищевода;
- ЛОР-контузии с повреждением структур среднего и внутреннего уха (акубаротравма).

По тяжести выделяют:

- ранения (повреждение) *легкой степени* тяжести: поверхностные ранения (повреждение) мягких тканей; поверхностные ожоги (до III-а ст.) уха, носа, шеи;
- ранения (повреждение) *средней степени* тяжести: ранения и закрытая травма лобной, верхнечелюстной пазухи, клеток решетчатого лабиринта, среднего уха; ушиб мягких тканей шеи без повреждения гортани, трахеи, глотки;

- ранения (повреждение) *тяжелой степени*: ранения и закрытая травма внутреннего уха, основной пазухи, шеи (глотки, гортани, трахеи), обуславливающие функциональные нарушения слуха, дыхания, глотания, речи; ранения ЛОР-органов, непроникающие в полость черепа, но с тяжелыми повреждениями головного мозга; ранения ЛОР-органов, проникающие в полость черепа с незначительным повреждением головного мозга;

- ранения (повреждение) *крайне тяжелой степени*: ранения шеи с повреждением гортани и трахеи, угрожающего жизни раненого; ранения ЛОР-органов, проникающие в полость черепа с тяжелыми повреждениями головного мозга.

Комментарий: на практике знание выше изложенной классификации позволяет реально оценить характер и тяжесть полученного ранения, предположить вероятность повреждения глубоких анатомических структур и крупных кровеносных сосудов, определить целесообразность и объём оказания медицинской помощи на данном этапе медицинской эвакуации (МЭ), определить очерёдность оказания помощи эвакуации. Весь этот алгоритм происходит в голове врача, который принимает раненого, и, почти мгновенно, он должен сформулировать диагноз и принять правильное решение.

Пример: на сортировочную площадку медицинского пункта (МП) попутным грузовым транспортом полусидя без сопровождения медицинского персонала был доставлен раненый с циркулярной повязкой на голове, которая обильно промокла кровью области уха справа. Первичной медицинской документации нет. Со слов сопровождающих – с момента ранения прошло более 6 часов, ранения получил от взрыва мины, первая медицинская помощь оказана санинструктором (вводилось обезболивающее, наложена циркулярная повязка на голову), эвакуирован первым возможным попутным транспортом. Раненый выгружен из кузова грузового КАМАЗа и размещён на сортировочной площадке. Сознание – сопор. Дыхание самостоятельное, поверхностное, 12–14 в 1 мин., АД 80/40 мм рт. ст., пульс 110 ударов в 1 мин, слабого наполнения и напряжения. Реакция зрачков на свет вялая, анизокория. При беглом осмотре и ощупывании конечностей, грудной клетки, передней брюшной стенки, спины других повреждений не выявлены. Раненому в кубитальную вену введен катетер, начато введение раствора рефортана. Параллельно внутримышечно введен раствор бутарфанола. Повязка на голове рассечена и аккуратно приподнята. В области сосцевидного отростка справа определялась огнестрельная рана округлой формы диаметром до 8 см которая заполнена застрявшим снарядом в виде клубка металлической стружки, спрессованной в тугой комок, глубоко входящий в кости черепа. Из раны и правого наружного слухового хода медленное подтекает тёмная кровь. Тут же был сформирован предварительный диагноз: тяжёлая минно-взрывная травма. ОЧМТ. Огнестрельное проникающее ранение сосцевидно - височной области справа. Перелом правой височной кости и сосцевидного отростка с повреждением сигмовидного синуса, продолжающееся наружное кровотечение. Ушиб мозга тяжёлой степени. Травматический и геморрагический шок II ст.

Принято решение немедленно эвакуировать раненого в ближайшую ЦРЛ города И. (удаление до 20 км), лёжа, санитарным транспортом, в сопровождении врача, продолжая противошоковые мероприятия. О раненом доложено по команде, получено разрешение на эвакуацию в ночное время в сопровождении бронеконвоя. По телефону предупреждён главврач ЦРЛ, вызвана нейрохирургическая бригада.

Медицинская помощь оказывалась тремя врачами-хирургами высшей категории, один из которых ЛОР - врач. Время пребывания раненого в МП составило 10 минут. Раненый доставлен в ЦРЛ через 30 минут, прооперирован, остался жив.

Вывод: быстрая оценка тяжести состояния раненого и тяжести полученного ранения, принятие решения о *минимально достаточном* объёме оказания медицинской помощи, активная эвакуация от себя, с продолжающимися противошоковыми мероприятиями – дали возможность сократить время пребывания на этом этапе МЭ и доставить раненого в ближайшее лечебное учреждение, где ему было оказано необходимое специализированное медицинское пособие.

2. Медицинская помощь на этапах МЭ

Все раненые с ранениями ЛОР - органов должны быть эвакуированы на этап специализированной медицинской помощи (1).

А) Базовый уровень медицинской помощи на поле боя (первая медицинская и доврачебная помощь) при ранениях и травмах ЛОР - органов включает в себя:

- устранение асфиксии или причин, которые могут привести к ней (очистки полости рта, носа, глотки);
- остановка наружного кровотечения (тугая повязка, использование местных гемостатиков);
- остановка носового кровотечения путем тампонады полости носа;
- обезболивание;
- прием перорального антибиотика.

Раненых в бессознательном состоянии эвакуируют в положении лежа на животе или на боку, что предотвращает аспирацию кровью и желудочным содержимым при возможной регургитации.

Комментарий: Силы и средства медицинской службы на поле боя это:

- стрелок-санитар, назначаемый командиром подразделения солдат, который должен иметь при себе медицинскую сумку (МС), не всегда укомплектованную (лишний вес) и в случае возникновения в подразделении раненого он должен оказать ему первую медицинскую помощь (4);

- санитар инструктор роты (на начало конфликта штатные должности были сокращены);

- фельдшер батальона - оснащён сумкой медицинской войсковой (СМВ), реже комплектом полевым фельдшерским (ПФ), как правило, непосредственно в боестолкновении не участвует, оказывает помощь после боя в санитарных гнёздах, на блок - постах, в расположениях подразделений.

Исходя из изложенного трудно представить, что в первые минуты после ранения будут выполнены такие мероприятия как тампонада носа, устранение западения языка и его фиксация или введение воздуховода и, тем более, наложение трахеостомы. Максимум медицинской помощи – повязка на рану и введение обезболивающего.

Раненых после (вовремя) боя группировали в санитарные гнёзда сами военнослужащие. Эвакуация проводилась в медицинскую роту (МР) или медицинскую группу (МГ) усиления, чаще попутным транспортом (грузовик, БТР), реже санитарным (УАЗ 452, «Газель»). Бронированный санитарный транспорт был в единичный. Авиационным транспортом (вертолёт МИ 8) эвакуация проводилась сразу в ВМКЦ региона, если позволяла боевая обстановка. В таких случаях борт усиливался врачом из медицинской группы усиления, который продолжал (или начинал) проводить раненым противошоковые мероприятия.

Вывод – основным видом оказания неотложной помощи на поле боя был и остаётся метод само- и взаимопомощи. В этой связи трудно переоценить значение медицинской подготовки в войсковом звене как в мирное, так и в военное время.

Б) Первый уровень медицинской помощи (первая врачебная помощь), предусматривает:

- временную остановку наружного кровотечения из ран на голове путем наложения повязки или тугой тампонадой раны, местное и общее введение гемостатиков;

- устранение асфиксии (открытый рот, устранение западения нижней челюсти, очистка полости рта и глотки, установка воздуховода через ротовую полость, коникотомия специальным набором, атипичная трахеостомия с введением канюли в рану гортани или трахеи);

- профилактика раневой инфекции введением внутримышечно антибиотика, подкожным введением столбнячного анатоксина 0,5 мл.

При отсутствии или резком ослаблении дыхания осуществляется ингаляция кислорода, искусственная вентиляция легких ручным дыхательным аппаратом. При ранениях лица, шеи с повреждением пищевода, признаках контузии или поражения внутреннего уха, для уменьшения слюноотделения и для ликвидации вестибуло - вегетативных проявлений вводят внутримышечно 1 мл 0,1% раствора атропина. При признаках шока начинают инфузионную терапию.

Эвакуация тяжелораненых в голову с полностью остановленным наружным кровотечением и без признаков асфиксии должна осуществляться в первую очередь (желательно вертолетом) непосредственно в учреждение, где возможно оказание специализированной медицинской помощи. Раненых эвакуируют в полусидячем положении или на боку, что позволяет исключить попадание слюны, крови, инородных тел в

дыхательные пути.

Комментарий: 1. Первая врачебная помощь оказывалась врачом медицинской роты или медицинской группы усиления. Оказание этого вида помощи, как правило, осуществлялось в сокращённом объёме (недостаток времени). 2. Оказание помощи осуществлялось через 2-6 часов после ранений. Если на предыдущих этапах МЭ не была выполнена надёжная остановка наружного кровотечения, не проведена тампонада носа, не наложена правильно тугая повязка (или жгут) на шею, не устранена асфиксия, не наложена трахеостома – то оказывать дальнейшую помощь уже было некому. 3. Профилактика столбняка путём введения столбнячного анатоксина на этом этапе также не проводилась потому, что столбнячный анатоксин должен храниться при температуре не более $+2-6\text{ }^{\circ}\text{C}$. Таких условий хранения в районах ведения боевых действий нет и это мероприятие, как правило, подлежало отсрочке. 4. Нет никакого специального набора для выполнения трахеостомии или коникостомии. Чаще всего опытные врачи (фельдшера), выезжая на боевое обеспечение, всегда имеют при с собой остроконечный скальпель или острый перочинный нож и металлическую трахеостомическую трубку из набора. Эти инструменты не стерильны и обычно в единственном числе.

В 80-х годах прошлого столетия начальником ЛОР - клиники Киевского окружного военного госпиталя полковником медицинской службы В.Н.Ткаченко был разработан и запатентован ларинготом, выполненный на основе стандартной металлической трахеотомической трубки (Рис.1). Ларинготом содержит трубчатый нож–1, трахеотомическую трубку–2, ограничитель глубины введения в гортань ножа – 3. На трубке 2 и ноже 1 у рабочего конца выполнены поперечные отверстия 4 для ограничителя 3.

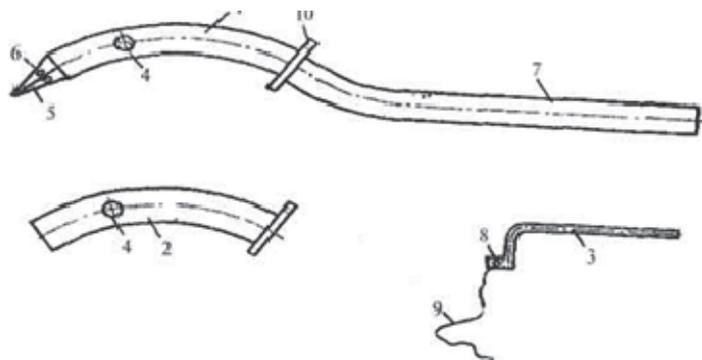


Рис. 1. Ларинготом (коникотом)

Режущий конец 5 ножа 1 выполнен с тремя острыми гранями и шпорами 6 между гранями. Противоположный конец 10 трубчатого ножа 1 жестко соединен с трубкой 7. Ограничитель ножа 3 выполнен в виде штифта с ручкой 8. Трубка 7, которая согнута по радиусу, служит рукояткой (2).

Острый рассекающий конец стилета ларинготома легко прокалывает кожу и коническую связку гортани, проходя в её просвет. Затем стилет извлекается, а сама трахеотомическая трубка остаётся в ране и фиксируется к шее тесьмой (бинтом). Ларинготом прост в применении. Манипуляция практически бескровная, время проведения такой трахеостомии 5–10 сек., манипуляцию можно проводить без предварительного местного обезболивания. Методикой проведения такой манипуляции может владеть как врач, так и фельдшер, подготовленный санинструктор. В наборе к одной рукоятке прилагалось 5–6 трахеотомических трубок.

После стабилизации состояния раненого и (или) при необходимости перейти на ИВЛ, а также при продолжающемся затекании крови из верхних отделов ротоглотки, металлическую трубку можно заменить на короткую пластиковую эндотрахеальную с раздувной манжетой.

К сожалению, до серийного производства ларинготом доведен не был, а жаль – это чьи-то не спасённые жизни.

В) Второй уровень медицинской помощи – квалифицированная медицинская помощь, оказывается врачами-хирургами в военных мобильных госпиталях (ВМГ) с целью

устранения тяжелых осложнений, последствий повреждений, угрожающих жизни и создание благоприятных условий для эвакуации по назначению в лечебные учреждения территориальных госпитальных баз.

В ходе медицинской сортировки на этом этапе выделяют следующие группы раненых: П-а – раненые с продолжающимся наружным кровотечением и асфиксией (требующие неотложных мероприятий в перевязочной); раненые и контуженные в тяжелом состоянии (помощь может быть оказана на сортировочной площадке с последующей эвакуацией в первую очередь);

П-б – раненые с нетяжелыми повреждениями ЛОР-органов (помощь может быть оказана на сортировочной площадке с последующей эвакуацией во вторую очередь).

В составе хирургического отделения ВМГ уже есть штатные ЛОР - врач, врач-офтальмолог, челюстно-лицевой хирург (смежные области поражения). На этом этапе развёртывается операционная, противошоковая, проводятся рентгенологические и лабораторные исследования. В операционной есть набор специальный–ЛОР, который предназначен для проведения операций на ЛОР-органах. Лучше иметь 2–3 набора из которых можно сформировать «выносные укладки» для проведения трахеостомии (лучше 2–3), набор для задней тампонады носа. Эти переносные укладки следует готовить заранее (стерилизация, упаковка, хранение), их можно использовать на сортировочной площадке, в перевязочной, эвакуационной, брать с собой на выезд.

Раненым с кровотечением в полость носо- и ротоглотки в обязательном порядке необходимо проводить переднюю и (или) заднюю тампонаду носа и восстанавливать проходимость верхних дыхательных путей. В случае неуверенной (невозможной) остановки кровотечения необходимо провести интубацию трахеи (раздутая манжетка дыхательной трубки исключает возможность аспирации кровью). При неэффективном самостоятельном дыхании и при невозможности интубации трахеи - выполняют типовую или атипичную (через рану шеи) трахеостомию. При неуверенной остановке кровотечения необходимо, также, установить желудочный зонд для контроля за количеством крови попавшей в желудок (оценка кровотечения) и возможности эвакуации кровяных сгустков путём промывания. Желудочный зонд должен быть большого диаметра и его лучше вводить через ноздрю.

Временную остановку кровотечения выполняют путем наложения, замены или исправления наложенной ранее повязки. При неэффективности повязки проводят тугую тампонаду раны или перевязку кровоточащего сосуда в ране. Если не удастся перевязать сосуд в глубине раны, допустимо наложения сосудистого зажим, который оставляют в ране под повязкой при условии надежной его фиксации на время эвакуации. Следует учитывать, что для профилактики попадания воздуха в кровеносное русло при повреждении вен шеи (отрицательное давление в венах шеи на вдохе) зажимы накладывают на оба конца поврежденной вены. Контуженным в тяжелом состоянии вводят сердечно-сосудистые средства, дыхательные analeптики, препараты нормализующие внутричерепное давление.

Комментарии: 1. Второй уровень медицинской помощи будет эффективен если специалистами имеют опыт практической работы по специальности не менее 5 лет.

Хирургическое отделение ВМГ должно являться «основной военно-полевой операционной». Здесь должна проводиться «львиная доля» первичных хирургических обработок ран, устраняться угрожающие жизни состояния, должна проводиться надёжная подготовка к последующей эвакуации. На следующих этапах МЭ должны выполняться только повторные хирургические обработки ран, реконструктивные операции, пластики и т.д.

Из опыта: в ряде ВМГ комплектация такими специалистами была не удовлетворительная. На должности были отобилизованы общие врачи-хирурги или врачи других специальностей (даже патологоанатомы!). ЛОР-врач одного из ВМГ был назначен на должность начмеда, практическую помощь оказывал редко. За всё время проведения боевых действий в ВМКЦ Северного региона были доставлены двое раненых с атипичной трахеостомией через рану трахеи, один с передней тампонадой носа и один раненый с зажимом на кровоточащем сосудах ране на шее под повязкой. А где остальные? Этот факт свидетельствует о том, что хирурги на предыдущих этапах МЭ не принимали попыток надёжной остановки носового и глоточного кровотечения, предотвращения затекания крови в трахею и в желудок. Так же в большинстве случаев не проводилась постановка

желудочного зонда при ранениях носоглотки, челюстей и шеи.

2. Объем оказания помощи при ранениях ЛОР-органов сводится к надёжной остановке наружного кровотечения и восстановлению адекватного дыхания (вентиляции лёгких) с последующей максимально быстрой эвакуацией на следующий этап медицинской помощи. Здесь актуальным остаётся вопрос об обеспечении и этого этапа МЭ ларинготомом В.Н. Ткаченко. Применение его на сортировочной площадке или в перевязочной сократит очередь в операционную, обеспечит надёжное и адекватное дыхание или ИВЛ. Необходимо учитывать и то обстоятельство, что на этот этап МЭ часто доставляются раненые непосредственно с поля боя, минуя предыдущие этапы.

Г) Третий уровень медицинской помощи – специализированная медицинская помощь, является высшей формой медицинской помощи, должна носить исчерпывающий характер и оказывается соответствующими специалистами, имеющими специальную подготовку. Специализированную медицинскую помощь раненым с повреждениями ЛОР-органов оказывали в ЛОР-отделениях ВМКЦ. При сочетанных и комбинированных поражениях раненые могут лечиться в других отделениях, в зависимости от ведущего повреждения. Чаще всего это нейрохирургия, травматология, челюстно-лицевая хирургия, глазное или отделение сосудистой хирургии, неврология.

Этот вид помощи может проводиться в минимальном (III-а) и в полном объеме, в зависимости от медико-тактических обстоятельств:

III-а – раненые с продолжающимся наружным кровотечением и асфиксией; раненые и контуженные в тяжелом и крайне тяжелом состоянии (ранения и закрытая травма внутреннего уха, шеи, глотки, гортани, трахеи, обуславливающие функциональные нарушения дыхания, глотания, речи); ранения ЛОР-органов, непроникающие в полость черепа, но с тяжелым повреждением головного мозга, проникающие в полость черепа с незначительным повреждением головного мозга, проникающие в полость черепа с тяжелыми повреждениями головного мозга.

При повреждениях околоносовых пазух проводили ревизию поврежденных пазух с удалением инородных тел с использованием медицинских магнитов. При ранениях шеи с повреждением глотки и гортани выполняли нижнюю трахеостомию, ревизию ран, удаление инородных тел, хирургическую обработку ран с элементами первично реконструкции. Рану зашивали при обязательном её дренировании. Назначали антибактериальную, противовоспалительную терапию, анальгетики.

При травмах и ранениях наружного носа, как следствие, может формироваться приобретенная деформация наружного носа и перегородки носа с синдромом дыхательной обструкции. В таких случаях выполняли реконструктивную риносептопластику. При ранениях ушной раковины проводили первичную хирургическую обработку с элементами пластики.

При акубаротравмах назначают лечение как при острой сенсоневральной тугоухости. При баротравмах с разрывом барабанной перепонки раненые подлежали консервативному лечению и подготовке к миринопластике.

Комментарии: 1. В первые дни и месяцы военного конфликта объем оказания помощи на первых этапах МЭ фактически постоянно выполнялся в сокращённом варианте. Раненые доставлялись в ВМКЦ непосредственно с поля боя минуя первые этапы. Медицинскую помощь приходилось оказывать в объёме квалифицированной и специализированной.

ЛОР-врачам неоднократно приходилось работать в составе хирургических бригад при проведении хирургической обработки сочетанных ранений.

Пример: в приёмное отделение ВМКЦ реанимобилем в сопровождении анестезиологической бригады был доставлен солдат К., 1984 года рождения. Из анамнеза: во время боя находился на бруствере, перед которым разорвался снаряд. В результате взрыва солдат К. получил ранение нижней челюсти, подчелюстной области, передней поверхности шеи с повреждением трахеи, отрыв левой верхней конечности на уровне средней трети предплечья. Первая помощь была оказана сослуживцами в виде введения раствора бутарфанола внутримышечно, наложения кровоостанавливающего жгута на левое плечо (время наложения не указано), наложения циркулярной повязки на раны шеи, головы, на левое предплечье. Раненый около 6 часов оставался на поле боя и более 6 часов проводилась эвакуация до ближайшей ЦРБ, где ему была оказана первая

квалифицированная медицинская помощь, начаты противошоковые мероприятия. В ЦРБ выполнено: нижняя трахеостомия, наложены провизорные швы на раны шеи и подбородка, после прикрытия ран лоскутом искусственной кожи; выполнена транспортная иммобилизация повреждённой конечности, жгут не перекалывался, полная первичная хирургическая обработка ран не проводилась.



Рис. 2. Внешний вид раны подчелюстной области и передней поверхности шеи при поступлении.

При осмотре: уровень сознания – кома II, дыхание – ИВЛ через трахеостомическую трубку. А/Д 100/60 мм рт. ст., пульс 100 в 1 мин., слабого наполнения и напряжения. Повязки на голове, шее обильно промокли кровью. Открытые участки лица покрыты копотью, на лице и шеи множественные мелкие осколочные ранения мягких тканей. Язык дислоцирован кзади. Умеренное кровотоечение и слюнотечение из полости рта и носа (рис.2). Левая верхняя конечность иммобилизована лестничной шиной. На нижней трети левого плеча наложен резиновый жгут, ниже жгута бинтовая повязка, умеренно пропитанная кровью. Левая кисть весит на лоскуте, прибинтована к левому предплечью. Мягкие ткани левого предплечья ниже жгута сине-серого цвета, разможены, не жизнеспособны (рис. 3).

При обследовании: на СКТ головы и шеи выявлено отсутствие кости тела нижней челюсти до уровней углов с обеих сторон, наличие мелких инородных тел металлической и костной плотности в корне языка и мягких тканях глотки, переломы подъязычной кости (рис. 4). Открытые переломы щитовидного, перстневидного хрящей, первого и второго колец трахеи.

Под повязкой на шее: рана передней поверхности шеи распахнутая в виде креста от края нижней губы, с её повреждением, до яремной вырезки грудины и от угла нижней челюсти слева до мочки уха справа. Края раны рваные, вся раневая поверхность покрыта копотью, загрязнена фрагментами ткани. Кость тела нижней челюсти отсутствуют до уровня углов с обеих сторон, в ране свободно лежат мелкие костные фрагменты. На передней поверхности гортани зияющая рана с открытыми переломами передней стенки щитовидного, перстневидного хрящей и начального отдела трахеи с дефектом тканей 6х3 см. Рана шеи прикрыта лоскутом искусственной кожи, поверх которой наложены провизорные швы.



Рис. 3. Вид минно-взрывной раны левого предплечья с висющим на лоскуте фрагментом предплечья и кистью.

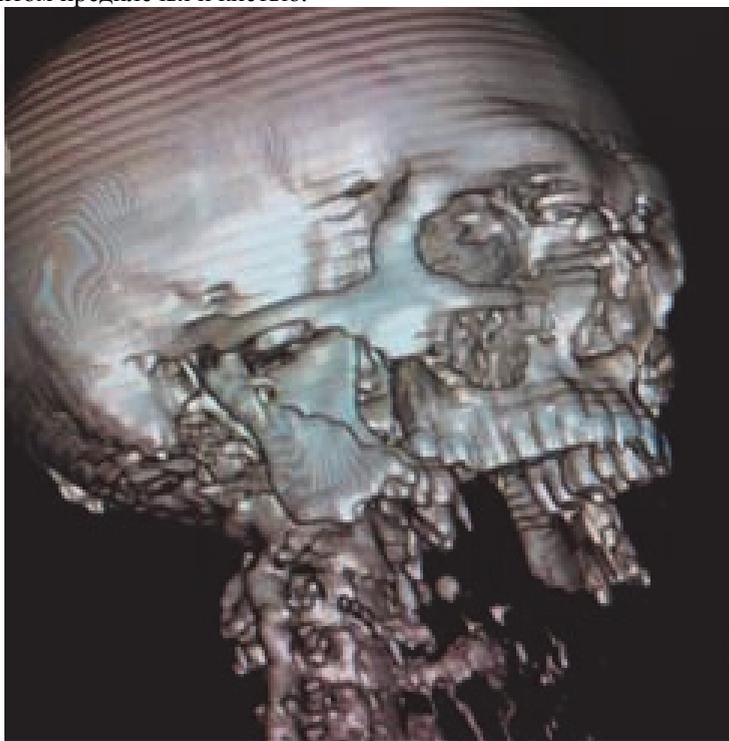


Рис. 4. СКТ черепа (3D). Определяется травматическая ампутация тела нижней челюсти до уровня углов с обеих сторон, множественные костные отломки мягких тканей шеи.

После кратковременной предоперационной подготовки раненый направлен в операционную. Принято решение проводить операции в следующем порядке:

1. ПХО раны нижней челюсти, подчелюстной области, передней поверхности шеи и гортани с закрытием дефекта гортани;
2. хирургическая обработка левой верхней конечности с ампутацией до уровня верхней трети левого предплечья;
3. наложение гастростомы.

Решено операции проводить тремя бригадами хирургов параллельно: первая бригада челюстно-лицевой хирург и ЛОР - врач, вторая бригада – травматолог и хирург, третья бригада – два хирурга.

Первый этап – первичная хирургическая обработка раны гортанно - глотки начата с ревизии начального отдела пищевода через боковую рану ротоглотки справа - надгортанник и пищевод не повреждены. Проведено ушивание ран слизистой оболочки гипофарингуса и преддверия гортани. Через рот введена интубационная трубка в трахею до уровня наложенной нижней трахеостомы и установлен назогастральный зонд (рис. 5).

На трахеостомической трубке, как на каркасе, восстановлена слизистая оболочка гортани, п-образными швами сшит щитовидный хрящ (3). Закрытие дефекта передней стенки перстневидного хряща и первого кольца трахеи выполнено иммобилизованными с боковой поверхности фасцией и мышцами шеи (рис. 6).



Рис.5. Этап п.х.о. раны гортани. Через рот в просвет трахеи введена интубационная трубка до места наложения нижней трахеостомы.

Манжета дыхательной трубки умеренно раздута тем самым создан каркас повреждённого участка гортани и достигнут гемостаз и отграничено пространство для профилактики затекания слюны из ротовой полости. Проведена широкая некрэктомия мягких тканей раны. Раны дна полости рта, шеи и подбородочной области послойно ушиты. Поставлены активные трубчатые дренажи в парафарингеальное пространство с обеих сторон (рис. 7). Каркасная трубка трахеи укорочена и фиксирована швом к щеке слева.

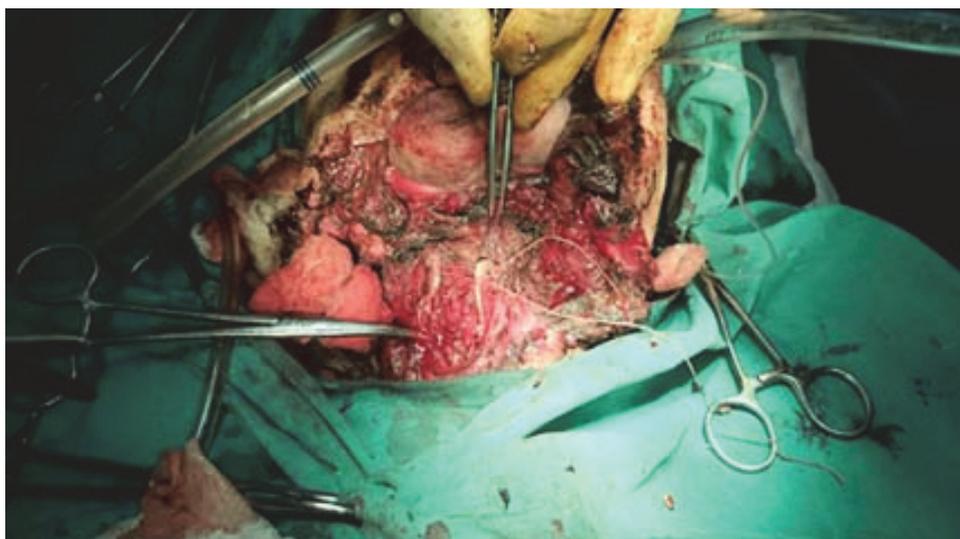


Рис. 6. Передняя стенка трахеи восстановлена путём перемещения мягких тканей. Перелом щитовидного хряща восстановлен п-образным швом.

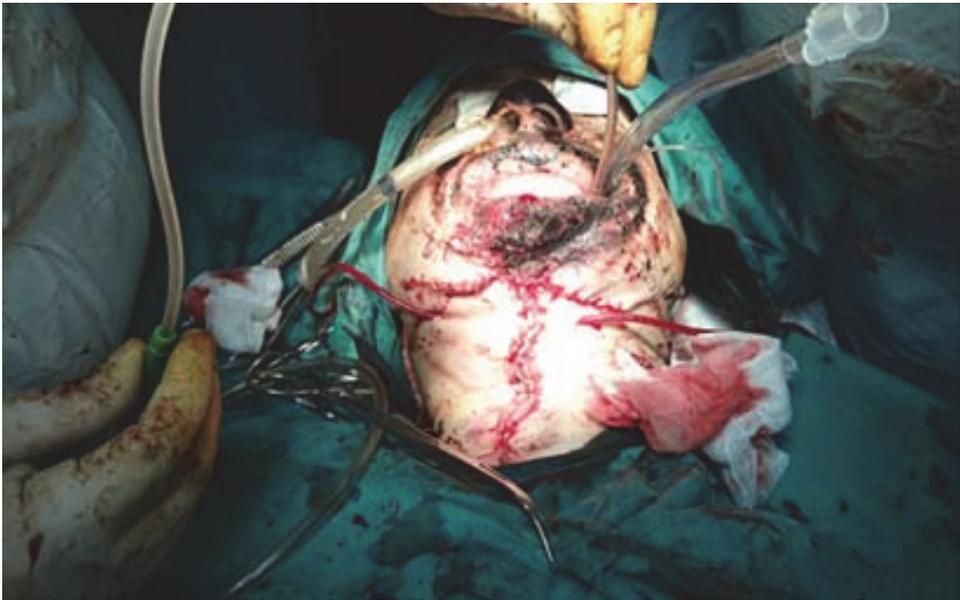


Рис. 7. Окончательный вид операционной раны. Парафарингеально введены дренажные трубки для активной аспирации.

Второй этап (проводился параллельно с первым) – обработка минно-взрывной раны левого предплечья с формированием культи на уровне верхней трети предплечья. Третий этап – наложена гастростома по Кадеру.

Общая длительность операции - 6 часов. Раненый помещён в реанимационное отделение. Состояние стабилизировано. На четвёртые сутки авиационным медицинским транспортом раненый эвакуирован в клинику челюстно-лицевой хирургии ВМКЦ «ГВКГ» г. Киев.

Д) Четвёртый уровень медицинской помощи – специализированное лечение. Проводится в ЛОР - клинике ВМКЦ «ГВКГ», ЛОР - отделениях ВМКЦ тыловых районов, научно-исследовательских институтах АМН Украины с использованием высокотехнологичного оборудования для окончательного восстановления поврежденных структур и функций организма. Все мероприятия носят плановый характер.

Комментарии: 1. На четвёртый уровень оказания медицинской помощи, кроме перечисленного, должна ложиться более широкая экспертная работа, работа по согласованию лечения раненых в учреждения МОЗ и за рубежом. 2. Специалисты этого уровня должны усиливать ВМКЦ или ВМГ на направлениях с массовым потоком раненых. Была необходимость в создании специализированной медицинской группы для оказания помощи раненым в голову и шею с размещением в одном из гарнизонных госпиталей и перепрофилированием этого госпиталя в госпиталь для раненых с этой патологией.

3) Пятый уровень медицинской помощи (медицинская реабилитация) – это комплекс организационных, лечебных и медико-психологических мероприятий раненым военнослужащим с целью быстрого восстановления их боеспособности (работоспособности) по окончании специализированного лечения в реабилитационных центрах и санаториях.

Комментарий: 1. Этот вид помощи практически не работал. Не были определены центры реабилитации и санатории, куда необходимо направлять военнослужащих, которые прошли все этапы МЭ, но у которых восстановление утраченных функций на наступило.

Выводы:

1. Военно-медицинская служба ВСУ столкнулась с рядом сложностей в планировании, организации и проведении мероприятий по оказанию неотложной медицинской помощи раненым и травмированным с поражением ЛОР - органов. Эти сложности наблюдались на всех этапах МЭ и были связаны как с объективными, так и с субъективными причинами. Необходимым является контроль за системой комплектования медицинских частей и подразделений, участвующих в боевых действиях, специализированными кадрами с реальным практическим опытом работы.

2. В кардинальном улучшении нуждается материально-техническое обеспечение отоларингологической службы, особенно ВМГ и ВМКЦ. Комплектовать необходимо как современными аппаратами диагностики (аудиометры, коагуляторы, осветители), так смотровым и операционным инструментарием.

Необходимо возобновить ходатайство перед МО Украины об рассмотрении возможности оформления заказа на выпуск ларинготомы В. Н. Ткаченко.

3. С целью повышения эффективности в оказании неотложной медицинской помощи раненым на поле боя необходимо восстановить учебные подразделения по подготовке санитарных инструкторов, санитаров, возобновить систему подготовки (до подготовки) специалистов ЛОР - профиля в УВМА.

Литература:

1. Воячек В. И., Хиллов К. Л. Военная оториноларингология. Учебник.- Ленинград, 1963. –С. 254-263.

2. Комаров Ф. И. Военно - медицинская подготовка. Учебная литература.- Москва, 1983. –С. 80-82.

3. Компанієць О. А., Кузьмук І. О. Травма ЛОР - органів // Вказівки з воєнно - польової хірургії.-Київ, 2014.-С. 190-209.

4. Ткаченко В. М. Питання отоларингології в роботі лікаря загальної практики – сімейної медицини., Київ, 2005.-С. 91-92.

References:

1. Voyachek V. I., Khilov K. L. Military otorhinolaryngology: Manual.-Leningrad: Medicine, 1963. – P. 254 – 263 (Rus.).

2. Komarov F. I. Military-medical training. - Moscow: Educational literature, 1983. –P. 80 – 82 (Rus.).

3. Kompaniets O. A., Kuzmuck I. O. Trauma of E.T.N.- organs // Recommendations on Military Field Surgery. - Kiev, 2014. - P. 190 – 209 (Ukr.).

4. Tkachenko V. M. Problems of otorhinolaryngology in the job of general practitioner – doctor of family medicine. - Kiev, 2005. - P. 91 – 92 (Ukr.).