

355:61631—089

K PROBLEMATICE STOMATOCHIRURGICKÉ POMOCI V POLI

Podplukovník MUDr. Josef KUFNER, CSc.
odd. čelistní a obličejové chirurgie, Ústřední vojenská nemocnice, Praha

Za Velké vlastenecké války převládala v oblasti čelistí a obličeje především střelná poranění. Poranění mírového typu byla dosti řídká. Podle známých statistik tvořila poranění čelistí a obličeje 3,5 % všech poranění. Jiné statistiky uvádějí čísla blízká, v rozsahu od 3,4—6 %. Toto číslo je především závislé na druhu převládajícího boje. V zákopové válce byla poranění čelistí a obličeje značně častější.

Za podmínek soudobé války by střelná poranění čelistí a obličeje byla v menšině, mnohonásobně by převládala mohutná, kombinovaná poranění čelistí a obličeje především mírového typu (následky převrácení vozidel, zavalení troskami, vymrštění proti pevným předmětům), ovšem často kombinovaná s popálením a radioaktivním zamořením obličeje.

Léčení těchto kombinovaných poranění je velmi náročné a svízelné především vzhledem k tomu, že tato poranění mají celou řadu specifických léčebných odchylek a ošetření je nutno vést se zřetelem na další ošetřování na vyšších etapách.

Tato práce je pokusem o přehodnocení klasických zkušeností léčení čelistních a obličejových poranění vzhledem k nové organizaci zdravotnické služby a vzhledem k podmínkám soudobé války.

Raněným do obličeje a čelistí při systému eta-

pového léčení s odsunem podle určení je poskytována zdravotnická pomoc v tomto pořadí:

Na stupni rota — sám raněný či jeho spolubojovník, jindy zdravotnický instruktor nebo sběrač raněných soustředí své zákroky především proti dušení a krvácení. Hlavními zásadami tohoto úsilí je najít vyhovující polohu poraněného.

Nejčastěji vyhovuje poloha obličejem dolů, ať již v poloze vleže, na břiše nebo na boku, nebo vsedě s předkloněnou hlavou. U raněných otřesených nebo v bezvědomí je nutno odstranit z dutiny ústní krevní sraženiny, cizí tělesa, tkáňové cáry, což se na tomto stupni nejlépe provede vytřením dutiny ústní obvazem či mulovými čtverci. Přiložení kapesního obvazu na poraněné měkké tkáně či též na obnažené kostní části je jednak prostředkem proti krvácení, jednak obranou proti vniknutí sekundární infekce. Obvazy nesmějí být utahovány, aby nedošlo k dalšímu ztížení dýchání. Konečným zákrokem na tomto stupni je příprava pro šetrný odsun ve vhodné poloze.

Na stupni prapor se zdravotník praporečnického obvazistě opět soustředí na uvedené zásady boje proti dušení a krvácení. Je to především kontrola obvazu, jeho úprava, jindy přiložení nového, někdy i kompresivně působícího obvazu a nakonec velmi důležité upravení raněného do

správné polohy a šetrný odsun. I digitální komprese krvácejících cév obličeje v jejich průběhu, a to platí zvláště o společné krkavici poraněné strany, může, alespoň dočasně, na tomto stupni zdravotnické pomoci přispět k záchraně raněného. Ve výbavě praporního obvaziště jsou standardní odsunové čelistní dlahy, skládající se z hlavové členky a bradové peloty. Při rozsáhlých, především otevřených zlomeninách čelistí a obličeje, mohou být tyto transportní dlahy s úspěchem užity nejen jako fixační, ale spolu s obvazem i jako prostředek proti krvácení. Jejich aplikace je lehká, předpokládá však školení ošetřujícího zdravotnického personálu. Při střelných zlomeninách čelistí se zapadáním jazyka je možno provést vytažení jazyka spínacím špendlíkem a tkanicí či jiným vláknem. Připevnění tkanice na šat poraněného je neúčinné, nejlepší možností udržení jazyka ve vytažené poloze je přidržování samotným raněným, jeho spolubojovníkem nebo příslušníkem zdravotnické služby. Výživa raněných na této etapě nepřichází v úvahu, tekutiny se podávají pomocí lžičky, nádobky s hubičí, event. polní lahvi s odkapávací mulovou zátkou.

Na plukovním obvazišti je raněných do obličeje a čelistí poskytována první lékařská pomoc. Jelikož zde, podle současné organizace, pracuje zubní lékař, může u čelistních úrazů jít i do určité míry o pomoc odbornou. Je však nutno uvážit, že zde, na převazovně plukovního obvaziště pracující stomatolog musí ošetřovat raněné všech druhů, a proto většinou nebude moci věnovat čelistním úrazům více pozornosti a péče než ostatním profilům raněných.

Jeho prvním úsilím bude úplné uvolnění dýchacích cest. Nebude-li si jist, zda toto jeho úsilí je úplné a trvalé, provede koniotomii, či raději tracheotomii. U současného těžkého krvácení může připojit vytamponování dutiny ústní, nosní, hypofaryngu a vlastní rány, jako tak zvanou tracheotomii odsunovou. Jindy u silného tepeného krvácení podchytí krvácející tepny přímo v ráně. Je schopen odborně a účinně přiložit standardní odsunovou fixační dlahu či jiný druh fixačního obvazu. Je třeba uvést, že traumatický šok je u čistých izolovaných čelistních a obličejových úrazů řídký a že častěji jsou přítomny projevy současného poranění centrálního nervstva. U současného poranění jiných částí těla je pochopitelně šok častější a úsilí o jeho zvládnutí pokračuje na této etapě podle obecných pravidel, když předtím již na stupni rota byla provedena prvotní protišoková opatření. Velkou pozornost věnuje stomatolog na plukovním obvazišti přípravě raněných pro odsun, jejich správné poloze, způsobu a pořadí odsunu. Výživa raněných ani na této etapě nepřichází většinou v úvahu a podávání tekutin bude prováděno stejně jako na praporním obvazišti.

Na divizním obvazišti v převazovně pro lehce raněné pracuje stomatolog, který bude ošetřovat všechna čelistní a obličejová poranění. Soustředí se především na neodkladnou odbornou pomoc. Je to opět uvolnění dýchacích cest, tento-

kráte definitivního charakteru. Při dýchacích potížích bude provádět zásadně tracheotomii. Rovněž stavení krvácení na tomto stupni musí být úplné, to jest vyhledání a podvaz nebo opích krvácejících cév přímo v ráně. Tomuto způsobu stavení krvácení je nutno dát přednost před podvazem společné či zevní krkavice v typických místech, jelikož tento zákrok u obličejových úrazů bývá nedostačující (krvácení z druhé strany) a pro raněného může být nebezpečným. Dále se zde provádějí běžná protišoková opatření, aplikace antibiotik, léčebných sér, ganglioplegik a podobně. Pokud se tak nestalo dříve, je nutno na této etapě provést úplnou hygienickou očistu raněného, eventuálně odmoření, či dezaktivaci jeho rány. Nezbytně je nutno zde založit dokumentaci raněného, pokud nebyla již založena na dřívějších etapách.

Další nesmírně závažnou povinností divizního obvaziště je třídění raněných a jejich příprava na odsun. U raněných do čelistí a obličeje má být hlavním třídícím organizátorem stomatolog, pracující na divizním obvazišti. Jaké skupiny raněných do čelistí a obličeje vytrídí?

Je to především skupina zcela lehce raněných, z nichž někteří mohou zůstat kromě na divizním obvazišti již na obvazišti plukovním. Jsou to izolovaná poranění zubů, malé rány měkkých částí obličeje a drobné popáleniny obličeje. Tato poranění ošetří stomatolog po zvládnutí hlavního proudu raněných. Jsou to především extrakce poraněných zubů, steh drobných ran, ošetření drobných popálenin. Tyto raněné po ošetření ponechá na své etapě několik dnů. Ve vojskovém týlu zůstane asi pět až deset procent lehce raněných z celkového počtu raněných stomatologicko-chirurgického profilu. Další skupinu raněných, kteří zůstávají na divizním obvazišti, tvoří nejtěžší ranění do čelisti a obličeje s dalšími přidruženými závažnými poraněními, jejichž vážný celkový stav je kontraindikací dalšího odsunu. Jejich stav se vhodným léčením může upravit natolik, že po několika hodinách nebo dnech bude možno odsun provést. U všech raněných nelehčího i (zcela) závažného stupně je třeba na divizním obvazišti zajistit stravování. Ranění do čelistí a obličeje vyžadují stravu tekuté konzistence, kterou na této etapě je nutno připravovat buď rozředěním a rozšleháním potravinových koncentrátů, nebo je nutno tekutou stravu připravovat přímo ze surovin. K úpravě do tekutého stavu slouží prošlehávání sítím či turmixování. Podávání tekutin stejným způsobem jako na nižších etapách.

Největší skupina raněných bude odeslána z divizního obvaziště do nemocniční základny. Tito ranění do obličeje a čelistí mohou být léčeni ve specializované chirurgické polní pohyblivé nemocnici typu hlava, v nemocnici pro lehce raněné nebo v chirurgické odsunové nemocnici.

Třídění na divizním obvazišti bude mít tato kritéria:

Do CHPPN spec. typu hlava budou odeslány nejtěžší čelistní a obličejové úrazy, často spojené s dalšími poraněními hlavy a centrálního nerv-

stva. Čelistní a obličejové úrazy spojené s poraněními trupu a končetin budou odsunuty do CHON. Velká část úrazů, a to mnohdy závažných, ne však nebezpečných (asi 30—40 % všech obličejových úrazů v NZ) bude odeslána do NLR.

Zřídka bude možno odesílat raněné do čelistí a obličeje přímo z divizního obvodu do specializovaných nemocnic týlu státu.

Předpokládáme, že největší zátěž bude na nemocnici typu hlava — jejich čelistní části, a proto je třeba, aby tato oddělení uvolňovala včas a rychle svá lůžka, a to u zlepšených ošetřených raněných jejich přesunem do NLR, jindy u kombinovaných poranění do CHON. Raněné s nejrozsáhlejšími poraněními, jejichž zdravotní stav byl však zlepšen a odsun je možný, bude nutno odsunovat po několika málo dnech z těchto nemocnic přímo do specializovaných ústavů pro ošetřování poranění čelistí a obličeje týlu státu. Předpokládáme, že za současně organizace zdravotnické služby a v podmínkách použití zbraní hromadného ničení bude nutno odsunovat nejméně třetinu všech poraněných čelistí a obličeje do týlu státu. Obecnou zásadou je, aby v nemocnicích rozvinutých v nemocniční základně byla maximální léčebná doba do 45 dnů. Již z tohoto požadavku vyplývá, že většinu těžkých poranění čelistí a obličeje a všechna poranění s tkáňovým defektem bude nutno odsunout a léčit v ústavech v týlu státu.

Závažnou skutečností je, že nejen stomatolog v nemocnici typu hlava, ale i stomatologové v NLR a v CHON budou muset poskytovat specializovanou pomoc těmto raněným.

Jaký bude pravděpodobný rozsah a postup práce na stomatologických pracovištích v nemocnicích nemocniční základny?

Ve spec. CHPPN typu hlava se soustředí nejtěžší úrazy obličeje a čelistí. Stomatologická brigáda sama, nebo ve spolupráci s neurochirurgy, otorinolaryngology, oftalmology zde bude ošetřovat poranění měkkých i tvrdých tkání čelistí a obličejové oblasti. Po klinické a rtg. diagnóze bude provedena repozice a fixace čelistních úlomků především drátěnými dentálními dlahami z volné ruky nebo drátěnými čelistními vazbami. Nepočítáme s tím, že by v této nemocnici bylo možno provádět fixaci litými kovovými dlahami nebo jinými fixacemi laboratorně připravovanými. Velmi se zde bude používat chirurgických fixačních metod, především kostního stehu, kostního stehu a závěsu, akrylových podpěr a podobně. Za příznivých podmínek bude možno aplikovat i extraorální hřebové a čelenkové fixace. Měkké tkáně budou ošetřovány v přímé souvislosti s ošetřováním tkání kostních. Hlavní úsilí musí být věnováno obnovení slizničního a kožního krytu čelistních kostí i za cenu dočasněho kosmetického defektu. Rekonstrukce měkkých tkání bývá především u střelných a střepinových poranění svízelná. Je nutno se vyvarovat násilného uzavření defektních ran měkkých tkání, především okolí obličejových otvorů (očí, nozdry, ústa). Pro další pozdní kosmetické úpravy je daleko vhodnější provést primárně

prosté sešití kožního a slizničního okraje defektu bez snahy o uzavření. Ošetření měkkých tkání musí být šetrné, ve shodě se zásadami plastické chirurgie. Při současném podávání antibiotik budeme provádět daleko častěji úplný primární steh měkkých tkání, a to i odložený, maximálně s kapilární drenáží. Je pochopitelné, že v této nemocnici při zamoření operační rány bude provedeno současně konečné odmoření rány. Po tomto chirurgickém ošetření bude raněný ponechán na nemocničním oddělení jen nejnutnější dobu (několik dnů), potom bude odsunut do léčeni do nemocnice pro lehce raněné nebo u těžších poranění do ústavů týlu státu.

U defektních a rozsáhlých poranění bude stomatologické ošetřování především zaměřeno k tomu, abychom připravili co nejlepší podmínky pro celkový stav raněného, pro jeho odsun a nakonec pro pozdní rekonstrukční, kosmetické a rehabilitační léčení v nemocnicích týlu státu. Spolu s chirurgickým ošetřením je nezbytně spojena péče o výživu raněného, ošetřování celkové i místní, opatření proti komplikacím především zánětlivým a proti sekundárnímu krvácení a zvláštní péče o psychický stav poraněného do obličeje.

Úloha stomatologa v CHON se podstatně neliší od práce stomatologa ve spec. CHPPN typu hlava. Většina poraněných do obličeje a čelistí bude mít čelistní a obličejové úrazy menšího rozsahu. Bude proto jeho práce rozsahem i obsahem užší, avšak u některých kombinovaných poranění s ostatními úrazy bude nucen řešit samostatně i velmi rozsáhlá poranění čelistí, zvláště u raněných dočasně netransportabilních.

Práce stomatologa v nemocnici pro lehce raněné je poněkud odlišného charakteru. Profil jeho poraněných bude zde lehčí, ale jeho řešení musí být konečné. Bude proto léčit poranění jednotlivých zubů především jejich extrakcí, méně zaplněním, jednoduché čelistní zlomeniny bude fixovat drátěnými dlahami z volné ruky, nebo mezičelistními drátěnými vazbami. Jiných fixačních metod nebude moci prakticky užít. Rány měkkých tkání ošetří definitivně, kosmeticky vyhovujícím, úplným stehem. Velkou péčí je třeba věnovat výživě raněných, jejich ošetřování a především doléčování, rehabilitaci a přípravě pro návrat k útvaru.

Všichni stomatologové nemocnic nemocniční základny budou velmi často konziliárně zváni k ošetřování ústních projevů nemoci z ozáření a i na vlastních pracovištích se budou, především u raněných hospitalizovaných více dnů, touto problematikou zabývat. Musí včas podrobně diagnostikovat všechny ústní projevy nemoci ze záření a svou trvalou péčí přispět k zábráně šíření druhotné infekce v ústech. Svými odbornými znalostmi musí přispět k hodnocení těchto ústních projevů a při současných čelistních úrazech musí pečlivě volit fixační metody zlomenin, které v mnoha případech jsou značně rozdílné oproti běžným metodám léčby u neozářených raněných.

Z našich úvah vyplývá, že stomatologické síly nemocniční základny stěží postačí pro nej-

nutnější ošetřování stomatochirurgických poranění, a proto léčebné metody zde používané musí být co nejjednodušší a neefektivnější. Neočekáváme, že bychom naše laboratorní síly mohli použít v průběhu frontové útočné operace ve smyslu protetickém či čelistně ortopedickém. Spíše naši laboranti budou použiti pro přípravu dlah a většinou budou přímo dlahovat zlomeniny pod kontrolou stomatochirurga nebo stomatologa.

Do týlu státu odsunování ranění s nejrozsáhlejšími úrazy budou přijímáni do nemocnic a ústavů, které během války soustředí své úsilí především k přípravě rekonstrukčních, plastických a protetických zákroků. Bude zde proto kladen důraz především na léčebná opatření proti zánětlivým komplikacím, sekundárnímu krvácení, poúrazovým kontrakturám, deformacím a psychickým poruchám (zohyzdění). Nelze počítat s tím, že by během války bylo možno obecně přikročit k osteoplastickým, lalokovým, kožním, protetickým a jiným náhradám a úpravám.

Nová organizace polní zdravotnické služby dává naší stomatologii nepoměrně rozsáhlejší úkoly nejen ve vlastním oboru, ale i ve všeobecném úrazovém lékařství. Je třeba upozornit, že především na tyto všeobecné lékařské úkony většina našich stomatologů není připravena. Je proto nutno zaměřit tímto směrem mírovou výuku nejen vojenskou, ale i civilní. Dané úkoly vyžadují i doplnění nejzákladnějších stomatologických pracovišť dlahovacím materiálem.

Závěrem je nezbytné uvést, že mnohé naše úvahy jsou jen teoretické. Konečným výsledkem těchto úvah je však pocit nezbytnosti, že již během mírových podmínek je nutno podniknout všechna opatření, aby naše stomatologie byla připravena plnit své rozšířené úkoly za válečných podmínek.

Souhrn

V práci jsou probírány názory na poskytování zdravotnické pomoci raněným do obličeje a čelistí. Je kladen důraz na správná léčebná opatření již na nejnižších zdravotnických etapách. Značnou pozornost je nutno věnovat třídění raněných do čelistí a obličeje. Je poukazováno na to, že nejen stomatochirurgové, ale i stomatologové budou postaveni před úkol

ošetřovat čelistní a obličejová poranění, a je proto oprávněn požadavek, aby již v mírové době byli pro tento úkol v hlavních zásadách připravováni.

Резюме

В статье рассмотрена проблематика распределения раненых и сфера деятельности отдельных этапов военно-полевой стоматологии с учетом новой организации медицинской службы. Подчеркнуто, что уже на низших этапах медицинской эвакуации следует проводить все необходимые мероприятия: большое внимание должно быть уделено распределению раненых в лицо и челюсти, в особенности же следует тщательно проводить отбор лиц для оказания окончательной медицинской помощи. Предварительный расчет выявил, что не только стоматхирурги, но и стоматологи должны будут оказывать медицинскую помощь раненым в лицо и челюсти, а поэтому вполне законно требование, чтобы еще в мирное время стоматологи знакомились с главными принципами такой работы.

Summary

The article deals with the conceptions of the classification and activity of different stages of the military stomatology with regard to the new organization of the medical service. It is emphasised to start with the treatment already at the first aid post, it is necessary to pay a considerable attention to the differentiation of the jaw and face injuries, especially with regard to their definite treatment. The calculations show, that not only the stomatosurgeons, but also the stomatologists will have to deal with the jaw and face injuries and therefore is their claim, that they should be already at peacetime for this task trained, fully entitled.

Písemnictví

1. Sborníky Vojenských zdravotnických listů, r. 1961–62.
2. Válečná chirurgie. Sborník. NV 1950.
3. Entin, D. A.: Vojenaja čeljustno-licevaja chirurgija. Medgiz, Moskva 1946.
4. Entin, D. A., Balacenko, D. H., Kaminskij, L. S.: Ogněstrelnyje raněnijsja i povrežděnijsja lica i čeljustej. Opyt, Tom VI. Medgiz, Moskva 1951.
5. Rauer, A. E., Michelson, N. M.: Plastičeskije operacii na lice. Medgiz, Moskva 1954.
6. Urban-Sazama: Úrazy obličejových kostí. Státní zdravotnické nakladatelství, Praha 1960.
7. Halmoš: Traumatologie maxilofacialnej kostry. Slovenská akadémia vied, Bratislava 1956.
8. Karfík a spolupracovníci: Plastická chirurgie poraněného obličeje. Státní zdravotnické nakladatelství, Praha 1960.
9. Višněvskij, A. A.—Šrajber, M. I.: Vojeno polevaja chirurgija. Medgiz, Moskva 1962.