

© Team of authors, 2025 / © Коллектив авторов, 2025

3.1.2. Maxillofacial surgery, 3.1.3. Otorhinolaryngology, 3.1.9. Surgery /

3.1.2. Челюстно-лицевая хирургия, 3.1.3. Оториноларингология, 3.1.9. Хирургия

Organization of care for Soviet soldiers wounded in the maxillofacial region during World War II

A.A. Matchin

Department of Dentistry and Maxillofacial Surgery, Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia

“Of the heroes of bygone times, There are no names left.
They who fought the battle to the death, have turned into mere earth and grass...”
E.G. Agronovich

Организация оказания помощи советским раненым в челюстно-лицевую область во время Второй мировой войны

A.A. Матчин

Кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия

«От героев былых времен не осталось порой имен.
Те, кто приняли смертный бой, стали просто землей и травой...»
Е.Г. Агранович

二战期间苏联士兵颌面部战伤救治体系的构建

A.A. Matchin

俄罗斯奥伦堡州立医科大学牙科与颌面外科教研室，奥伦堡，俄罗斯

““往昔英雄的名姓已消逝无闻，那些战至最后一刻的人，
如今化作了泥土与草茵.....”
——E.G. 阿格拉诺维奇

The article shows the role of the Main Military Medical Directorate of the Red Army headed by E.I. Smirnov, the Chief Surgeon N.N. Burdenko and his deputies in the treatment and evacuation of troops and the organization of specialized care for the wounded in the maxillofacial region (MFR) during the Second World War. Facial wounds were diagnosed in about 4% of the servicemen who received gunshot wounds, with injuries to the bones of the facial skeleton occurring 1.5 times more often than isolated soft tissue wounds. Each MFR wound had its own peculiarities formed by several factors, the combination of which determined the clinical course, complications and outcome of mine-explosive, through and blind, bullet and shrapnel wounds of the head and neck. Gunshot injuries of facial bones were accompanied by simultaneous damage to the adjacent and distant body regions in 32.5%; almost half of such wounds were multiple. In patients with multiple wounds, the face and neck (17.3%), upper extremities (8.6%), lower extremities (4.6%), followed by the chest (3.3%) were most often injured. Among those wounded in the face and jaws, 13.6% had simultaneous wounds to the eyelids and eyes (4.6%), nose (3.7%), forehead (3.4%), and ear (1.9%). During the whole period of the war, the total number of fully recovered wounded with injuries of the face and jaws amounted to 85.1%. For isolated facial soft tissue injuries, this number reached 95.5%. Such a large number of experienced and trained soldiers and officers returned to service had not been seen in any of the armies of the nations involved in World War II.

Keywords: history of military medicine, World War II, maxillofacial surgery, medical care of the wounded, facial wounds, jaw wounds

Conflicts of interest. The authors have no conflicts of interest to declare.

Funding. There was no funding for this study

For citation: Matchin A.A. Organization of care for Soviet soldiers wounded in the maxillofacial region during World War II. Head and neck. Russian Journal. 2025;13(2):175–181

Doi: 10.25792/HN.2025.13.2.175-181

The author is responsible for the originality of the data presented and the possibility of publishing illustrative material – tables, drawings, photographs of patients.

В статье показана роль Главного военно-санитарного управления Красной армии во главе с Е.И. Смирновым, главного хирурга Н.Н. Бурденко, его заместителей в лечебно-эвакуационном обеспечении войск и организации специализированной помощи раненым в челюстно-лицевую область (ЧЛО) во время Второй мировой войны. Ранения лица были диагностированы примерно у 4% военнослужащих из числа получивших огнестрельные ранения, при этом повреждения костей лицевого скелета встречались в 1,5 раза чаще, чем изолированные ранения мягких тканей. Каждое ранение ЧЛО имело свои особенности, складывающиеся из целого ряда факторов, совокупность которых определяла клиническое течение, осложнения и исход минно-взрывных, сквозных и слепых, пулевых и осколочных ранений головы и шеи. Огнестрельные повреждения костей лица в 32,5% сопровождались одновременным повреждением соседних и отдаленных областей тела; почти половина таких ранений были множественными. У больных с множественными ранениями чаще всего повреждались лицо и шея (17,3%), верхние конечности (8,6%), нижние конечности (4,6%), затем грудь (3,3%). У 13,6% раненых в лицо и челюсти имелись одновременно ранения век и глаз (4,6%), носа (3,7%), лба (3,4%) и уха (1,9%). За весь период войны общее число полностью выздоровевших раненых с повреждениями лица и челюстей составило 85,1%. При изолированных повреждениях мягких тканей лица это число достигло 95,5%. Такого большого числа вернувшихся в строй «обстрелянных» и обученных солдат и офицеров не было ни в одной из армий государств, участвовавших во Второй мировой войне.

Ключевые слова: история военной медицины, Вторая мировая война, челюстно-лицевая хирургия, медицинское обеспечение раненых, ранения лица, челюстей

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа выполнена без спонсорской поддержки.

Для цитирования: Матчин А.А. Организация оказания помощи советским раненым в челюстно-лицевую область во время Второй мировой войны. *Head and neck. Голова и шея. Российский журнал.* 2025;13(2):175–181

Doi: 10.25792/HN.2025.13.2.175-181

Автор несет ответственность за оригинальность представленных данных и возможность публикации иллюстративного материала – таблиц, рисунков, фотографий пациентов.

本文介绍了二战期间，由E.I. Smirnov领导的红军总军医局、首席外科医生N.N. Burdenko及其副手在部队救治和后送以及颌面部（MFR）伤员专科护理方面所发挥的作用。约4%的枪伤军人被诊断为面部损伤，

其中面部骨骼损伤的发生率是单纯软组织损伤的1.5倍。每种MFR损伤都有其自身的特点，这些特点由多种因素构成，这些因素共同决定了头颈部地雷爆炸伤、贯穿伤、盲伤、枪伤和弹片伤的临床病程、并发症和预后。32.5%的面部骨枪伤同时伴有邻近和远处身体部位的损伤；其中近一半的损伤是多发性的。在多发伤住院患者中，受伤部位以颌面部（17.3%）、上肢（8.6%）、下肢（4.6%）以及胸部（3.3%）最为常见。在面部及下颌受伤的患者中，13.6%的患者同时受伤于眼睑及眼部（4.6%）、鼻部（3.7%）、前额（3.4%）和耳部（1.9%）。在整个战争期间，面部及下颌受伤的伤员完全康复的比例高达85.1%。对于单独的面部软组织损伤，这一比例高达95.5%。如此众多经验丰富、训练有素的士兵和军官重返军队，在二战各国军队中尚属首次。

关键词: 军事医学史；第二次世界大战；颌面外科；伤员救治；面部创伤；颌骨创伤

利益冲突声明: 作者声明不存在利益冲突。

资助声明: 本研究未获外部资金支持。

引用格式: Matchin A.A. Organization of care for Soviet soldiers wounded in the maxillofacial region during World War II. *Head and neck. Russian Journal.* 2025;13(2):175–181

Doi: 10.25792/HN.2025.13.2.175-181

作者声明: 作者对所提供数据的原创性及插图（表格、图片、患者照片）的发表合法性负责。

Несмотря на, казалось бы, огромное количество книг, мемуаров, монографий, научных статей, военно-исторических сборников, диссертационных исследований, посвященных величайшей трагедии XX в. Второй мировой войне (ВМВ), публикации, отражающие уникальный опыт советской медицины в военное

время и годы послевоенного восстановления разрушенной войной экономики Советского Союза, никогда не утратят своей актуальности как в отечественной, так и в зарубежной историографии [1–3]. Это обусловлено тем, что до настоящего времени при изучении истории ВМВ (1.09.1939–3.09.1945)

остаются неизвестными множество фактов, не рассекречены многие документы. Детально не исследованы, полноценно не проанализированы и скудно освещены в периодической печати многие события из жизни Красной армии, включая человеческие судьбы и неоценимый вклад в победу тех, кто ежедневно отчаянно бился с войной за любую человеческую жизнь, без всякого исключения; за каждого заболевшего или раненого бойца, солдата или офицера, вынесенного санитарями под огнем с поля боя.

В России хорошо помнят те героические годы. Но сколько достижений военно-полевой медицины до сих пор не получило должной оценки. Просто невозможно перечислить всех медиков, участвовавших во ВМВ. В великом подвиге советского народа в военное лихолетье особое место занимает беззаветный и благородный труд санитаров, санинструкторов, фельдшеров, медицинских сестер, врачей различных специальностей, призванных в действующую армию. По официальным статистическим данным, в 1940 г. число врачей в СССР (без зубных врачей и врачей-военнослужащих) исчислялось 141,8 тыс. человек, что составляло 7,2 врача на 10 000 населения [4]. Значительное число из них с началом войны было призвано в ряды Красной армии для оказания медицинской помощи на поле боя, в полевых подвижных госпиталях войскового района и последующих этапах медицинской эвакуации, в медицинских подразделениях госпитальных баз армии, фронтов, тыла страны.

В системе лечебно-эвакуационного обеспечения действующей армии ведущую роль сыграли отечественные военно-полевые хирурги, поскольку наиболее массовыми жертвами боевых сражений были раненые бойцы Красной армии. Советская военно-полевая хирургия и ее выдающиеся представители смогли успешно решить сложнейшие задачи организации хирургического лечения раненых военнослужащих, в т.ч. имевших повреждения челюстно-лицевой области (ЧЛО) [5–9]. При повреждениях мягких тканей и костей лица первую, квалифицированную и специализированную виды помощи самоотверженно оказывали зубные врачи, врачи-стоматологи, военно-полевые и челюстно-лицевые хирурги.

Уже в предвоенные годы работниками Санитарного управления Красной армии (с августа 1941 г. – Главное военно-санитарное управление) была проведена большая организационная работа по совершенствованию организации оказания помощи раненым и больным в условиях возможной войны. Данное управление с 1939 по 1947 г. возглавлял Ефим Иванович Смирнов – крупный советский военный и государственный деятель; генерал-полковник медицинской службы (1943), доктор медицинских наук (1943), профессор, академик АМН СССР (1948), Герой Социалистического Труда (1978) (рис. 1).

Был тщательно проанализирован опыт оказания специализированной помощи раненым в ЧЛО в ходе боевых операций между советско-монгольскими войсками и Японской императорской армией у озера Хасан (1938), у реки Халхин-Гол (1939), при вооруженном конфликте между СССР и Финляндией (1939–1940). Анализ работы военных стоматологов и челюстно-лицевых хирургов, стоматологов гражданского здравоохранения по оказанию специализированной помощи на указанных театрах военных действий был представлен 25–27 июня 1940 г. на Всесоюзном совещании по челюстно-лицевой хирургии, где с основными докладами выступили ведущие военные и гражданские специалисты СССР (Д.А. Энтин, А.А. Лимберг, А.А. Кьяндский, К.И. Бердыгин, В.В. Фиалковский,

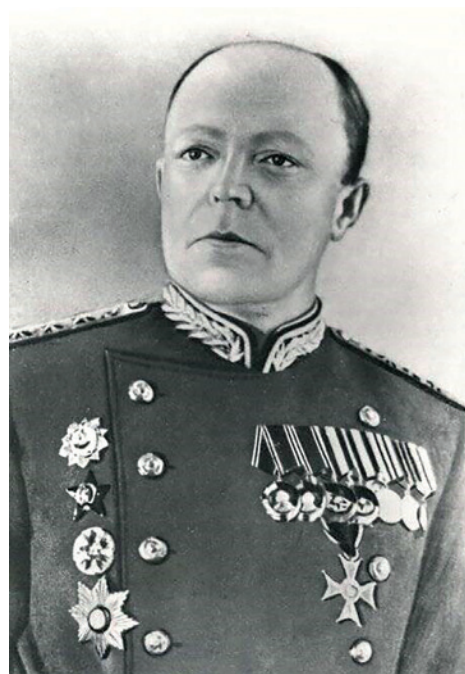


Рис. 1. Начальник Главного военно-санитарного управления Ефим Иванович Смирнов (1904–1989)

Fig. 1. Efim Ivanovich Smirnov (1904–1989), Head of the Main Military Medical Directorate.

И.П. Калинейко, Е.Е. Бабицкая и др.). Материалы совещания были опубликованы в 1940 г. в журнале «Стоматология». Это было весьма своевременно, т.к. они сыграли исключительно важную роль в подготовке квалифицированных стоматологических кадров и оказали реальную помощь врачам, призванным после начала войны в армию. Тогда же были выпущены массовым тиражом учебное пособие Д.А. Энтина «Доврачебная помощь челюстно-лицевым раненым» (1939, 1941), книга А.А. Лимберга «Шинирование при переломах челюстей» (1940), учебник Д.А. Энтина «Военная челюстно-лицевая хирургия» (1941, 1945) (рис. 2).

Перед войной Учеными медицинскими советами Народного комиссариата здравоохранения СССР и Санитарного управления Красной армии утверждена «Инструкция об оказании неотложной и первой специализированной помощи челюстно-лицевым раненым и эвакуация их в военное время», а также разработаны и введены на снабжение специальные пайки диетического питания челюстно-лицевых раненых. Принято решение о более активной хирургической обработке огнестрельных ранений лица, раннем удалении секвестров при огнестрельных остеомиелитах челюстей. Пересмотрены вопросы о пластических операциях на мягких тканях лица и показаниях к применению первичных швов. Проведенные в предвоенный период мероприятия способствовали улучшению организации специализированной медицинской помощи челюстно-лицевым раненым на фронте и в тылу [10–12]. Ранения лица во время войны были диагностированы примерно у 4% военнослужащих из числа получивших огнестрельные ранения, при этом повреждения костей лицевого скелета встречались в 1,5 раза чаще, чем изолированные ранения мягких тканей. Каждое ранение ЧЛО имело свои особенности, складывающиеся из целого ряда факторов, совокупность которых определяла клиническое течение, осложнения и исход

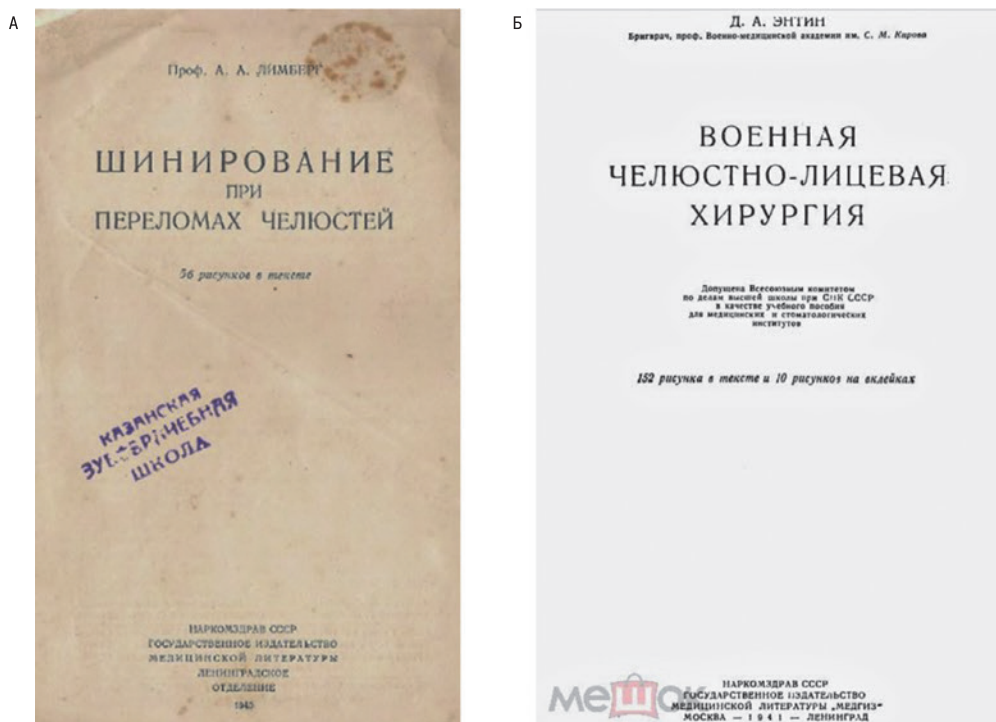


Рис. 2. А.А. Лимберг. Шинирование при переломах челюстей (а), Д.А. Энтин. Военная челюстно-лицевая хирургия (б)
Fig. 2. A.A. Limberg. Splinting in jaw fractures (a), D.A. Entin. Military maxillofacial surgery (b)

минно-взрывных, сквозных и слепых, пулевых и осколочных ранений ЧЛО.

С началом войны многие госпитали в короткий срок были перемещены в безопасные районы страны. Для действующих фронтов сформировано необходимое число полевых медучреждений оказания помощи раненым. Приближение к полю боя полевых медицинских учреждений позволило проводить в массовом порядке хирургические вмешательства с оказанием рациональной хирургической помощи в широком масштабе. Несмотря на значительную нехватку сил и средств, уже в первый год боевых действий удалось развернуть широкую сеть специализированных лечебных учреждений не только на фронте, но и в тылу.

Особо следует отметить хорошую организацию в Красной армии выноса раненых с поля боя и их доставку на соответствующие этапы эвакуации, где они могли получить квалифицированную помощь. Именно от сроков выноса раненых с поля боя и доставки их с одного этапа эвакуации на другой и времени выполнения первого оперативного вмешательства во многом зависели исходы лечения. Медицинская помощь оказывалась в любых условиях, в любое время суток, невзирая на огонь противника.

Проявлением особого внимания к судьбе раненых военнослужащих служит приказ Верховного главнокомандующего И.В. Сталина от 23 августа 1941 г. о представлении военных санитаров и носильщиков к правительственным наградам за вынос с поля боя раненых вместе с их оружием. Этот приказ дополнительно подтверждает, что спасение раненых бойцов Красной армии впервые в истории всех войн было приравнено к проявлению воинской доблести, достойных правительственных наград (рис. 3).

Значительную роль в достижениях военной медицины сыграло Главное военно-санитарное управление Красной армии.

Сотрудниками управления обоснована, разработана и последовательно внедрена система этапного лечения раненых с их последующей эвакуацией по назначению [13, 14]. По Смирнову «сущность этапного лечения... заключается в организации последовательных лечебных мероприятий на медицинских этапах в сочетании с эвакуацией раненых и больных по показаниям, по назначению и в зависимости от боевой и медико-санитарной обстановки». Советская медицина в годы ВМВ продемонстрировала способность решать сложнейшие задачи организации хирургической помощи всем раненым, включая ранения в ЧЛО, хотя задачи эти были весьма непростыми.

Медицинское обеспечение действующей армии в этот период характеризовалось многообразием форм и методов организационно-тактического применения сил и средств медицинской службы в зависимости от боевой и медицинской обстановки.



Рис. 3. Вынос раненого с поля боя
Fig. 3. Carrying a wounded man off the battlefield



Рис. 4. Перевязка в военно-санитарном поезде №111

Fig. 4. Dressing in military medical train No. 111.

Такое многообразие определялось небывалым в истории войн размахом боевых операций, разнообразием оперативно-тактических приемов боевых сражений в различных климато-географических ландшафтах театров военных действий. Центральное звено в организации оказания квалифицированной и специализированной помощи раненым занимали главный хирург Красной армии, генерал-полковник медицинской службы, нейрохирург Николай Нилович Бурденко (1876–1946) и его заместители профессора С.С. Григолав, В.С. Левит, В.Н. Шамов. Под их руководством и при их активном участии разрабатывались: организация лечебно-эвакуационного обеспечения войск на фронтах и в тылу, важнейшие инструкции и указания по военно-полевой хирургии, единые установки в отношении объема и характера медицинской помощи на различных этапах медицинской эвакуации. Они внесли достойный вклад в развитие теории и практики военно-полевой хирургии.

В руководстве работой хирургов действующей армии наиболее важная и ответственная роль принадлежала фронтовому звену. Приказом Наркома обороны СССР от 9 мая 1941 г. был введен институт главных хирургов фронтов, которые обеспечивали руководство всей хирургической работой на фронте, включая разработку указаний по объему и содержанию квалифицированной и специализированной помощи раненым и их сортировке. Они занимались подбором и расстановкой врачебных кадров хирургического профиля; осуществляли контроль за качеством хирургической помощи и лечением раненых, проводили усовершенствование работы хирургов, анализировали и обобщали опыт работы по оказанию хирургической помощи раненым в медико-санитарных батальонах и лечебных учреждениях армейских и фронтовых госпитальных баз.

На третий день войны 24 июня 1941 г. Народный комиссариат путей сообщения СССР дал указание железным дорогам сформировать 288 военно-санитарных поездов (150 постоянных и 138 временных), было выделено 6000 вагонов. Двадцать шестого июня 1941 г. приказом Народного комиссариата обороны СССР (НКО СССР), которым с 7 мая 1940 по 19 июля 1941 г. руководил С.К. Тимошенко, а с 19 июля 1941 г. возглавил И.В. Сталин, введено «Положение о военно-санитарных поездах». Поезда были предназначены для перевозки раненых и больных, оказания им в пути следования необходимой медицинской помощи. Были созданы постоянные и временные военно-санитарные поезда.

Постоянный поезд предназначался для перевозки раненых и больных из госпитальных баз армий в госпитальные базы фрон-

тов и внутренние районы страны и состоял из 17–18 вагонов с плановой емкостью 374–507 мест, в т.ч. 147 для тяжелораненых. В нем имелась электростанция, вещевой цейхгауз, кухня, аптека-перевязочная, вагон для тяжелораненых.

Временный военно-санитарный поезд использовался для эвакуации раненых и больных от прифронтовых железнодорожных станций до госпитальных баз армий. Он имел постоянную часть и переменную. Постоянная часть состояла из 4 вагонов. Переменная часть включала примерно 40 вагонов товарного порожняка, в 20 вагонах размещались носилки на пружинах для тяжелораненых, остальные вагоны имели типовое оборудование, предназначенное для перевозки людей. В местах разгрузки переменная часть поезда могла быть расформирована, а постоянная вновь следовать к месту погрузки раненых. Емкость поезда составляла 598–857 мест, в т.ч. 350 для тяжелораненых (рис. 4).

Специализированные постоянные военно-санитарные поезда могли находиться в пути по несколько дней, в них выделялись специализированные вагоны для раненых в череп, челюсти, грудную клетку, глаза. К началу 1942 г. было организовано около 700 военно-санитарных поездов и 300 военно-санитарных летучек. Санитарные летучки стали формироваться в 1942 г. в соответствии с приказом №48 НКО СССР. Они курсировали на небольшие расстояния. Это были крытые грузовые вагоны, оборудованные под перевозку преимущественно легкораненых и больных из головных армейских госпиталей в госпитальные базы армий, но не далее фронтовой приемно-сортировочной базы. Было 10–12 вагонов, в каждом вагоне размещали по 250–300 раненых, из них 2–3 вагона предназначались для лежащих раненых.

За годы войны в перевозках по эвакуации раненых было задействовано 11 863 поезда. Общее число вывезенных железнодорожным транспортом составило порядка 5 млн человек. Создание и функционирование таких поездов позволило успешно решать задачи лечения раненых красноармейцев [15].

В годы войны изолированные ранения мягких тканей лица чаще всего наносились мелкими осколками при взрыве бомб, ручных гранат, мин, артиллерийских снарядов. Этим объясняется большое число слепых (57,1%) и множественных (29,0%) ранений среди изолированных повреждений. И тем не менее большинство проникающих ранений ЧЛО, несомненно, наиболее тяжелых, при своевременной и правильно оказанной помощи протекали вполне благоприятно с развитием сравнительно небольшого числа осложнений. Хорошая организация оказания помощи в специализированных лечебных учреждениях действующей армии и в тылу страны позволила, начиная с третьего года войны, существенно улучшить исходы лечения огнестрельных повреждений ЧЛО [16–18].

При повреждениях лица и челюстей показатели летальности постепенно снижались с первого года войны к последнему. Так, на 4-й год войны летальность была в 2 раза ниже, чем в первом. Хотя показатели летальности рассчитаны относительно всех раненых в лицо, не следует забывать, что более чем у 30,0% из них одновременно имелись повреждения других областей тела или заболевания внутренних органов, а огнестрельные повреждения костей лица превышали в 1,5 раза изолированные ранения мягких тканей (таблица).

Ранения лица в 32,5% сопровождалась одновременным повреждением соседних и отдаленных областей тела, почти половина таких ранений были множественными. У бойцов с множественными ранениями чаще всего повреждались лицо

и шея (17,3%), верхние конечности (8,6%), нижние конечности (4,6%), затем грудь (3,3%). У 13,6% раненых в лицо и челюсти имелись одновременно ранения век и глаз (4,6%), носа (3,7%), лба (3,4%) и уха (1,9%). При огнестрельных ранениях костей лица около 30% раненых теряли сознание. Продолжительность потери сознания была от нескольких минут до 8 часов, иногда до 1 суток и более, а у 0,7% раненных был шок [17].

Подавляющую часть врачебного состава Красной армии составляли офицеры медицинской службы, до войны находившиеся в запасе и влившиеся по призыву из системы гражданского здравоохранения в армию. Вместе с выпускниками медицинских вузов военных лет и с кадровыми военными врачами, призванные в армию медики вынесли всю тяжесть военных лет. Этому способствовала, прежде всего, хорошо организованная доподготовка и переподготовка военных медиков, постоянно проводившаяся на фронте и в тылу. От квалификации и опыта медицинских работников во многом зависела не только деятельность медицинской службы в целом, но и сохранение кадрового состава армии. Своими успехами военная челюстно-лицевая хирургия в значительной мере обязана медицинской науке. В короткий срок были подготовлены и изданы книги «Пластические операции на лице» [19], «Кожная пластика при травматических повреждениях» [20], «Устранение дефектов уха, горла и носа после огнестрельных ранений» [21] и многие другие публикации в периодической печати [22] (рис. 5).

В связи с вынужденным отходом Красной армии в первые годы войны ведущая задача медицинской службы сводилась к выносу раненых в кратчайшие сроки с поля боя с последующей незамедлительной транспортировки их в тыл. Успешному решению этой задачи способствовала хорошая организация помощи на поле боя, в ротах и батальонах, героизм санитаров и санитаров-носильщиков, выносивших раненых в ближайшие укрытия, в распоряжение поста санитарного транспорта или на ближайший медицинский пункт, где оказывалась первая медицинская помощь. Начиная с ноября 1942 по декабрь 1943

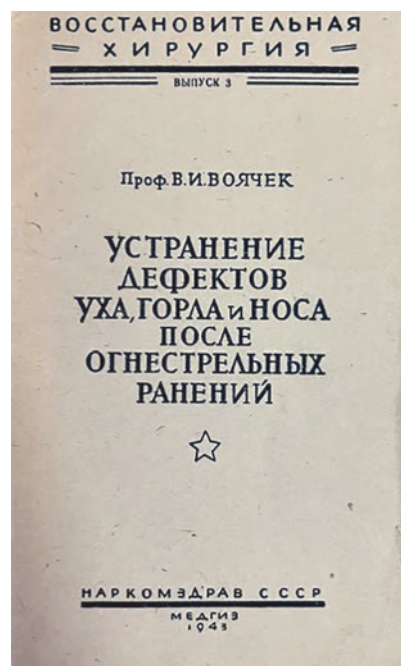


Рис. 5. В.И. Воячек. Устранение дефектов уха, горла и носа после огнестрельных ранений. Медгиз, 1943

Fig. 5. V.I. Voyachek. Management of ear, throat and nose defects after gunshot wounds. Medgiz, 1943

г. при проведении наступательных операций значительно шире стали реализовываться принципы лечебно-эвакуационного обеспечения войск и организации специализированной помощи всем раненым бойцам. Для этого широко стали применяться быстрые перегруппировки, маневр сил и средств медицинской службы, создание резервов с их усилением в ходе военных операций. Для управления потоками раненых разворачивались медицинские распределительные посты на путях эвакуации, проводилась четкая медицинская сортировка, значительно чаще для эвакуационных целей стала применяться авиация. Успешно перемещались госпитали на запад страны в освобожденные районы, а в прифронтовой полосе дополнительно формировались новые лечебные учреждения. Период с декабря 1943 г. и до окончания войны ознаменовался окончательным разгромом фашистской Германии и ее сателлитов и победой над Японией. Этот период характеризуется созданием подвижных эшелонов фронтовых госпитальных баз, предельным приближением фронтовых госпиталей к линии фронта, резервированием госпиталей армии для своевременного их перемещения вслед за наступающими войсками, групповым расположением медицинских учреждений госпитальных баз. Медицинская служба приобрела опыт лечения раненых с использованием антибиотиков, более широко стала проводиться обработка ран в любые сроки с наложением швов, а также с использованием первично-отсроченных и вторичных швов на раны. В 1944 г. была создана академия медицинских наук СССР, а Н.Н. Бурденко избран ее Президентом.

За весь период войны общее число полностью выздоровевших раненых с повреждениями лица и челюстей составило 85,1%. При изолированных повреждениях мягких тканей лица это число достигло 95,5%. Такого большого числа вернувшихся в строй «обстрелянных» и обученных солдат и офицеров не было ни в одной из армий государств, участвовавших во Второй мировой войне.

Таблица. Распределение ранений лица и челюстей по характеру поврежденных тканей (к общему числу раненных в лицо и челюсти)
Table. Distribution of facial and jaw wounds by the nature of damaged tissues (to the total number of wounds to the face and jaws)

Характер поврежденных тканей <i>The injured tissues</i>	Процент <i>Proportion</i>
Изолированные ранения мягких тканей <i>Isolated soft tissue injuries</i>	40,2
Ранения нижней челюсти <i>Injuries to the mandible</i>	28,5
Ранения верхней челюсти <i>Injuries to the maxilla</i>	14,3
Ранения обеих челюстей <i>Injuries to both jaws</i>	6,8
Ранения скуловой кости <i>Injuries to the zygomatic bone</i>	4,1
Ранения верхних зубов и нижней челюсти <i>Injuries to the upper teeth and lower jaw</i>	3,4
Ранения нижних зубов и верхней челюсти <i>Injuries to the lower teeth and upper jaw</i>	1,4
Ранения зубов обеих челюстей <i>Injuries to the teeth of both jaws</i>	1,3
Итого <i>Total</i>	100,0

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Черчилль У. Вторая мировая война. М., 1955. В 6 томах. [Churchill W. The Second World War. M., 1955. In 6 volumes. (In Russ.)]
2. Clarkson J., Kirkpatrick J.J., Lawrie R. Prevention by organization: the story of no. 4 maxillofacial surgical unit in North Africa and Italy during the Second World War. *Plast. Reconstr. Surg.* 2008. P. 657–68.
3. Haddock N., McCarthy J.G. Key textbooks in the development of modern american plastic surgery: the first half of the twentieth century. *Plast. Reconstr. Surg.* 2013. P. 130–8.
4. Медицинские кадры. БМЭ. 1963;30(2-е изд.):1059–77. [Medical human resources. BME. 1963;30(2nd ed.):1059–77. (In Russ.)]
5. Захаров А.В., Суетенков Д.Е. О работе эвакуогоспиталей для раненых в голову и шею. *Бюлл. медицинских интернет-конференций.* 2013;3(9):1065–8. [Zakharov A.V., Suetenkov D.E. On the work of evacuation hospitals for the wounded in the head and neck. *Bulletin of medical internet-conferences.* 2013;3(9):1065–8. (In Russ.)]
6. Кнопов М.Ш., Тарануха В.К. Хирурги на фронтах Великой Отечественной войны (к 70-летию Великой Победы. Хирургия. 2015;5:86–91. [Knopov M.S., Taranukha V.K. Surgeons at the fronts of the Great Patriotic War (to the 70th anniversary of the Great Victory. *Khirurgiya.* 2015;5:86–91 (In Russ.)]
7. Губин, М.А., Кравчук Е.В. Роль врачей-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов в годы Великой Отечественной войны. *Вестник новых медицинских технологий.* 2015;2. Doi: 10.12737/11523. [Gubin, M.A., Kravchuk E.V. Role of dentists and maxillofacial surgeons during the Great Patriotic War. *Journal of new medical technologies.* 2015;2. doi: 10.12737/11523. (In Russ.)]
8. Матчин А.А. Восстановительная хирургия в лечении последствий огнестрельных ранений лица в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. *Военно-медицинский журнал.* 2021;342(5):85–91. [Matchin A.A. Reconstructive surgery to treat the consequences of gunshot wounds to the face during the Great Patriotic War of 1941–1945 // *Voenno-meditsinskij žurnal.* 2021;342(5):85–91. doi: 10.17816/RMMJ82632 (In Russ.)]
9. Матчин А.А., Матчина О.И. «Раненый получает хирургическое пособие, когда обнаружена потребность». Челюстно-лицевая хирургия в годы Великой Отечественной войны. *Военно-исторический журнал.* 2021; - №6. — С. 24–29. [Matchin A.A., Matchina O.I. “The wounded gets surgical assistance as required”. *Maxillofacial Surgery during the Great Patriotic War. Voenno-istoricheskii zhurnal.* 2021; 6:24–29. (In Russ.)]
10. Смирнов Е.И. Вопросы организации и тактики санитарной службы. М., 1942. 88 с. [Smirnov E.I. *Issues of organization and tactics of medical service.* M., 1942. 88 p. (In Russ.)]
11. Смирнов Е.И. Советские военные врачи в Отечественную войну. М., 1945. 99 с. [Smirnov E.I. *Soviet military physicians during the Patriotic War.* M., 1945. 99 p. (In Russ.)]
12. Смирнов Е.И. Война и военная медицина: Мысли и воспоминания 1939–1945. М., 1976. 463 с. [Smirnov E.I. *War and Military Medicine: Thoughts and Memories 1939–1945.* M., 1976. 463 p. (In Russ.)]
13. Инструкция по методам хирургического лечения в тыловых госпиталях. Сан. упр. Красной Армии. Под ред. Е.И. Смирнова, Н.Н. Бурденко; ред. А.М. Геселевич, Е.И. Смирнов, Н.Н. Бурденко, А.М. Геселевич. 1900–1976. СССР Главное военно-санитарное управление Красной Армии. [Instruction on methods of surgical treatment in home front hospitals. Medical Directorate of the Red Army. Edited by E.I. Smirnov, N.N. Burdenko; ed. by A.M. Geselevich, E.I. Smirnov, N.N. Burdenko, A.M. Geselevich. 1900–1976. USSR Main Military Medical Directorate of the Red Army. (In Russ.)]
14. Инструкция по лечению ранений в тыловых госпиталях. Сан. упр. Красной Армии; сост. при участии: Ф.Ф. Березкина. Под ред. Н.Н. Бурденко, Ф.Ф. Березкина. В.Н. Бирулин [ответственный за выпуск]. СССР Санитарное управление Красной Армии. [Instructions for treatment of wounds in rear hospitals. Medical Directorate of the Red Army; compiled with the participation of F.F. Berezkin. Edited by N.N. Burdenko, F.F. Berezkin. V.N. Biriulin [responsible for the issue]. USSR Main Military Medical Directorate of the Red Army. (In Russ.)]
15. Поезд военно-санитарный. Советская военная энциклопедия в 8 томах. Т. 6. М., 1978. 391 с. [Military medical train. Soviet Military Encyclopedia in 8 volumes. T. 6. M., 1978. 391 p. (In Russ.)]
16. Энтин Д.А., Кабаков Б.Д. Исходы ранений лица и челюстей. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. М., 1951;6(V):88–93. [Entin D.A., Kabakov B.D. Outcomes of wounds of the face and jaws. Experience of Soviet medicine in the Great Patriotic War of 1941–1945. M., 1951;6(V):88–93. (In Russ.)]
17. Энтин Д.А., Кабаков Б.Д., Кьяндский А.А. и др. Ранения и повреждения мягких тканей лица. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. М., 1951;6(VI):93–124. [Entin D.A., Kabakov B.D., Kjandsky A.A., et al. Wounds and injuries of soft tissues of the face. Experience of Soviet medicine in the Great Patriotic War of 1941–1945. M., 1951;6(VI):93–124. (In Russ.)]
18. Энтин Д.А. Заключение. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. М., 1951;6:374–90. [Entin D.A. Conclusion. The experience of Soviet medicine in the Great Patriotic War of 1941–1945. M., 1951;6:374–90. (In Russ.)]
19. Рауэр А.Э., Михельсон Н.М. Пластические операции на лице. М., 1943. 255 с. [Rauer A.E., Mikhelson N.M. Plastic operations on the face. M., 1943. 255 p. (In Russ.)]
20. Парин Б.В. Кожная пластика при травматических повреждениях. М., 1943. 44 с. [Parin B.V. Skin plasty for traumatic injuries. M., 1943. 44 p. (In Russ.)]
21. Воячек В.И. Устранение дефектов уха, горла и носа после огнестрельных ранений. М., 1943. 26 с. [Voyachek V.I. Repair of ear, throat and nose defects after gunshot wounds. M., 1943. 26 p. (In Russ.)]
22. Михельсон М.И. Ранения языка. Советская медицина. 1943;1:6–7. [Mikhelson M.I. Wounds of the tongue. Soviet Medicine. 1943;1:6–7. (In Russ.)]

Поступила 28.02.2024

Получены положительные рецензии 17.01.25

Принята в печать 24.03.25

Received 28.02.2024

Positive reviews received 17.01.25

Accepted 24.03.25

Информация об авторе:

Матчин Александр Артемьевич — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО Оренбургский государственный медицинский университет. Адрес: 460014 Оренбург, ул. Советская, д. 6; e-mail: k_stomat@orgma.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5301-4455>.

Information about the author:

Aleksandr Artemyevich Matchin — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Dentistry and Maxillofacial Surgery, Orenburg State Medical University. Address: 6 Sovetskaya St., 460014 Orenburg, Russia; e-mail: k_stomat@orgma.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5301-4455>.