

шением, то полученные нами ближайшие результаты лечения можно считать вполне удовлетворительными. Вместе с тем необходимо отметить, что годность к службе в армии нельзя отождествлять с полным восстановлением *restitutio ad integrum* поврежденного пальца и восстановлением полного объема его функций. Здесь имеется обширное поле для дальнейших усовершенствований и изысканий рациональных методов лечения.

В целях лучшего обслуживания и лечения раненых мы считаем весьма целесообразным проводить в тыловых госпиталях возможно более детальную сортировку раненых по признаку органного поражения. Узкая специализация по отделениям даст лечащим врачам возможность более детального изучения данных форм поражений, устраним разноречивость в лечении и позволит шире проводить в плановом порядке наиболее рациональные методы терапии.

Казань, ул. Олькеницкого, д. 14, кв. 1.

Г. М. ШАЛУНОВ

О лечении огнестрельных ранений кистей и стоп

Из N-го госпиталя БМНР (нач. госпиталя Божедомов)

От общего количества огнестрельных ранений в условиях современного боя, насыщенного множеством пуль и осколков от разрывающихся снарядов, авиа-бомб, мин, гранат и разрывных пуль, значительный процент составляют поражения кистей и стоп. В случае нецелесообразного лечения таких повреждений раненые выбывают из строя на продолжительный срок. При неправильном лечении могут развиться большие костные мозоли из-за значительного расхождения костных отломков, анкилозы суставов, неподвижность пальцев и искривление их вследствие повреждения нервов и сухожилий и т. д. По статистике Кауфмана потеря большого пальца на руке снижает трудоспособность человека на $\frac{1}{3}$, II и V пальцев на $\frac{1}{5}$, III пальца — на $\frac{1}{6}$, IV п. — на $\frac{1}{7}$. Правильная организация помощи в огневой зоне и дальнейшей этапной эвакуации в тыл, квалифицированная первичная обработка ран, соответствующая фиксация пораженных участков в физиологически выгодном положении и максимальном покое их и своевременная профилактика анаэробной и столбнячной инфекции — все это как известно в значительной мере предупреждает потерю трудоспособности при ранении кистей и стоп. С этой точки зрения мы и хотели поделиться своими наблюдениями.

Раненые с огнестрельным повреждением кистей и стоп составили 16,2% общего числа раненых, прошедших через госпиталь. В разбираемом нами материале на долю ранений стоп приходится 31% (правая стопа — 18%, левая — 13%, на ранение кистей 69% (правая кисть 27%, левая — 42%).

По характеру повреждений наш материал распределяется следующим образом: огнестрельные ранения стоп с переломом кости — 18%, ранения кистей с переломами кости — 46%. Ранения стоп с пораже-

нием только мягких тканей — 13%. Ранения кистей с поражением только мягких тканей — 23%. Ранения пульей стоп — 18%. Ранения кистей пульей — 32%. Ранение кисти осколками — 32%. Приведем более подробно данные о локализации ранений.

Левая кисть. Область метакарпальных костей, пясти — 12%, 1 пальца — 7%, 2 пальца — 7%, 3 пальца — 3%, 4 пальца — 0%, 5 пальца — 1%. Область запястья и лучезапястного сустава — 3%.

Правая кисть. Область метакарпальных костей — 3%, область запястья и лучезапястного сустава — 3%, 1 пальца — 6%, 2 пальца — 7%, 3 пальца — 6%, 4 пальца — 2%, 5 пальца — 1%.

Правая стопа. Область плюсневых костей — 10%. Левая стопа — 4%. На пальцах обеих стоп — 3%.

Повреждения, носящие характер ампутаций: II, III, V пальца на левой руке — 1 случай, V п. — на левой руке — 3 случая, IV п. на правой руке — 1 случай, IV, V п. на пр. руке — 1 сл., IV, II п. на пр. руке — 1 сл., I п. на пр. руке — 2 сл., I, II и III пальца на правой руке — 1 случай, II п. на пр. руке — 1 сл., левой кисти — 1 случай, левой стопы — 2 случая.

Таким образом огнестрельные ранения кистей встречаются примерно в 3 раза чаще, чем ранения стоп. При этом характерно, что левая кисть повреждалась чаще, чем правая. Правая стопа поражается более часто, чем левая.

Огнестрельные повреждения кистей и стоп с переломами костей превалируют над ранениями мягких тканей. Из данных о локализации ранений видно, что больше всего поражаются участки кисти в области костей пясти, затем первого и второго пальца и незначительный процент приходится на ранения I, IV и V пальцев; стопы чаще всего поражаются в области костей плюсны. Ранения с большой зоной повреждений кистей и стоп с переломами костей, сопровождающиеся повреждением сухожилий, сосудов и нервов, мы наблюдали в 10%. Из них 6% падает на кисти, 4% на стопы.

Что касается лечения, то прежде всего обращала на себя внимание изумительно быстрая регенерация тканей при заживлении ран. Это мы ставим в связь с хорошим моральным и физическим состоянием наших раненных бойцов. Раны с малой зоной повреждения тканей восстанавливались в несколько дней, не сопровождаясь какими-либо воспалительными процессами. Раны с большой зоной повреждения тканей, подвергавшиеся первичному иссечению на ППМ, также в большинстве случаев протекали гладко, без вторичных осложнений.

Мы должны отметить хорошо налаженную работу на ППМ по первичной обработке ран и профилактике анаэробной и столбнячной инфекции. Все прошедшие у нас раненные немедленно получили необходимую помощь в огневой зоне от санинструктора или санитаров и в первые же часы после ранения от врача.

При лечении наблюдавшихся нами огнестрельных переломов костей пясти, запястья, плюсневых, мелких суставов, кистей и стоп, мы совершенно не применяли вытягиваний и гипсовых повязок, а пользовались фиксирующими мягкими повязками с шинами Крамера, укладывая конечность в выгодном физиологическом положении, мы рассчитывали на то, что при наличии в этих областях коротких мышц, фиброзных образований, служащих плотным футляром для отломков костей, нет условий для большого расхождения последних. С другой стороны, при ранении кисти и стопы осколком или пульей, чаще по-

лучаются раздробления кости, чем смещение отломков. Иммобилизация же конечности в необходимом физиологическом положении нами применялась сравнительно ненадолго, до исчезновения острых воспалительных явлений, после чего приступали к физическим упражнениям, теплым ваннам, гимнастике и массажу.

Последнее особенно важно при ранениях суставов в целях ускоренного восстановления движений. При лечении ран мы пользовались антисептическими растворами и мазями: гипертоническим раствором NaCl, перекисью водорода, риванолом, рыбьим жиром, жидким вазелином и мазью Вишневского. Последняя, по нашим наблюдениям, производит весьма благоприятное действие — раны скорее очищались от гноя и некротических участков тканей, что способствовало хорошему росту грануляций. О результатах лечения раненных в кисти и стопы красноречиво говорит тот факт, что 90% из них возвратились в строй.

Однако нельзя обойти молчанием и недостатки работы отдельных этапов эвакуации. Не всегда была четко выполнена запись на медицинских карточках, нередко диагнозы и процедуры отмечались не точно и небрежно (простым карандашом). Иногда раненные доставлялись с плохой или неправильной фиксацией, что при поздней их доставке приводило к развитию анкилозов, рубцовых сращений и т. п. На первичных этапах эвакуации применялись Крамеровские или деревянные шины с тыльной стороны, фиксирующие кости пальцев и суставов в развернутом и в вытянутом положении; тем самым создавалась трудность для последующего корригирования неправильно ранее установленных костных отломков. Указанные недостатки усугублялись тем, что больные поступали в госпиталь примерно через 10 дней после ранения, когда уже наступала мышечная ретракция. Правда, эти случаи мы по возможности старались исправить эластической тягой по Клаппу или Беллеру, но осложнения в некоторых случаях все же оставались неисправимыми; таких больных было 10% общего числа леченных.

В ы в о д ы

1. Своевременная иммобилизация конечности в функционально-выгодном положении при огнестрельных ранениях кистей и стоп с переломами является необходимой предпосылкой для благоприятного исхода ранений.

2. При огнестрельных ранениях кисти и стоп с переломами костей пясти, запястья и плюсневых благоприятные результаты дает лечение мягкими фиксирующими повязками.

3. При лечении огнестрельных ранений кистей и стоп с повреждением костей пясти, запястья, плюсневых, а также и мелких суставов, по исчезновении острых воспалительных процессов, необходим быстрое переход к функциональным методам лечения: теплым ваннам, массажу и гимнастике.

4. По нашим наблюдениям, наиболее часто ранению подвергаются I, II и III пальцы левой руки. Поэтому желательна разработка методов защиты левой кисти.

Казань, ул. Комлева. д. 17, кв. 24.