

Это даст нам возможность осуществить сталинскую заботу о людях и обеспечить в любой обстановке высокое качество лечебной помощи нашим славным бойцам и командирам, отважным защитникам нашей великой социалистической родины.

Москва 2, Глазовский пер., д. 10, кв. 14.

Военврач 3 ранга Г. Ф. НИКОЛАЕВ

Некоторые наблюдения хирурга в войсковом районе (из опыта работы на ДПМ)

Из санслужбы №-го соединения (нач. санслужбы военврач II ранга М. И. Кондратов)

В настоящем сообщении мы хотим поделиться опытом хирургической работы в войсковом районе во время войны с белофиннами. Обстановка, в которой протекала работа, представляет ряд особенностей. В Заполярье, в сильные морозы, при абсолютном отсутствии жилых помещений, пригодных для размещения медицинских учреждений, в условиях маневренной войны, нужно было организовать квалифицированную помощь раненым бойцам героической Красной армии. Операционная, перевязочная, палаты для оперированных и ожидающих эвакуации развертывались в отепленных палатках, с печами временками.

По времени поступления на ДПМ раненые распределяются следующим образом: в первые 8 часов поступило 38% раненых, до 16 часов—20%. Остальные раненые поступили через 24—36 часов. В первые 8 часов доставлены были раненые, поступившие в развертываемый для обслуживания боевой операции ДПМ. Из разведок обычно раненые доставлялись через 18—24—30 часов, что объяснялось дальностью перевозки, порой на 30—40 километров. Раненые весь этот длинный путь проделывали на лыжно-носилочных установках или в трюфейных лодочках, реже—на санях.

На нашем материале пулевых ранений было 58,6%, осколчатых (мины, гранаты по преимуществу)—41,4%. По литературным сведениям в последних войнах преобладали осколочные ранения над пулевыми; значительное преобладание пулевых ранений в нашем материале находит свое объяснение в тактике ведения боя в горно-лесистой местности, в малом применении артиллерийского огня противником, в распространении минометов, этого вида „лесной артиллерии“, и автоматов. Поражения от этого рода оружия были часто множественными (в 22,4% нашего материала).

По областям тела ранения распределялись следующим образом.

Область повреждения	В проц.	Область повреждения	В проц.	
Ранения головы	3,1	Ранения плеча	4,7	} 23,2%
„ „ с поврежд. мозга	1,6	„ предплечья	7,4	
Повреждение лица	3,7	„ кисти	6,4	
„ челюстей	0,5	„ пальцев	4,7	
„ шеи	0,5			
Ранение грудной клетки	13,8	Ранения бедра	17,0	} 35,4%
„ живота	2,1	„ кол. сустава	2,1	
		„ голени	9,5	
		„ гол. сустава и стопы	6,8	

В этот материал не вошли легкие ранения, обрабатываемые на ПСЛ.

Из таблицы видно, что ранения головы не столь уж часты. Это находит свое объяснение в ношении бойцами металлических касок и в маневренности боев. Видимо, голова поражается чаще при позиционных условиях ведения боя. В нашем материале ранения лица встретились в 3,7% случаев, в том числе 0,5% с осложнением ранения в челюсть. Ранения в шею наблюдались всего в 0,5% случаев. Ранения в живот, по нашим данным, встречаются в 2,1%. По большей части это множественные ранения печени, желудка, кишок, очень тяжело протекающие. Почти все раненые этой группы доставлены к нам с явлениями тяжелого шока. Длительная перевозка в холодное время года чрезвычайно вредно отражается на состоянии подобных раненых. Мы имели возможность в этой группе раненых наблюдать редкий случай замерзания кишок при эвентрации их.

Приводим краткую историю болезни этого случая.

П. 30 лет. Будучи в разведке в тылу противника, получил ранение пулей в живот в тот момент, когда приподнимался для перебежки. Сразу заметил, что из раны что-то выпало. Вместе с санитаром, оказавшим ему первую помощь, пытался вправить руками выпавшие петли кишок. По окончании боя был транспортирован при 40° морозе на лыжно-носилочной установке в течение 20 часов. По прибытии на ДПМ оказалось, что сальник и выпавшие петли кишок смерзлись с повязкой. Кишечные петли бледно розового цвета, местами имеют участки как бы покрытые „инеем“. На выпавшем куске сальника черные налеты и кусочки льда. Рвано-ушибленная рана, идущая в косом направлении слева направо на 3 поперечных пальца выше пупка, величиной до 20 см. Через рану брюшной стенки выпали 3 петли тонких кишок и сальник. Согревание этих участков кишок полотенцем, смоченным горячим физиологическим раствором. Через 15 минут петли кишок приняли обычный цвет. Сальник остается с черными участками. Резекция выпавшей части сальника. Иссечение краев раны. Осмотр брюшной полости. Гнойно-фибринозные налеты на петлях кишок. Повреждений желудка, печени, селезенки, кишечных петель не найдено. Подведены тампоны в предбрюшинную клетчатку. Брюшина стянута швами. Частичные швы на брюшную стенку. Явления раздражения брюшины в течение 2 дней. Эвакуирован в ППГ на 5-й день в удовлетворительном состоянии. В дальнейшем нагноение кожной раны. Осмотрен через 5 месяцев после ранения. Окрепший рубец брюшной стенки. Работоспособен, болей нет. Вернулся к прежней профессии.

Ранения грудной клетки составляют 13,8%; в 6,9% они сопровождались явлениями открытого пневмоторакса или ранением органов грудной полости. Основная масса ранений падает на конечности. Ранения верхней конечности наблюдались в 23%, ранения нижней—в 35,4%.

Повреждение сосудов было отмечено в 1,3% случаев. Однако, и на нашем материале были случаи ненужного наложения жгута. По материалам перевязочной нашего ДПМ в 50% жгуты были наложены напрасно. Среди вредных последствий жгута, особенно лежащего свыше 2 часов, кроме ишемической контрактуры, венозного кровотечения, следует указать на возможность осложнения ран инфекцией, в том числе и газовой.

Необходимо отметить еще плохую эффективность матерчатых жгутов; наложенные на одежду с ватной подкладкой, они не способны сдавить сосуд и только усиливают венозное кровотечение из раны.

Среди ранений конечностей преобладают ранения левой стороны. На верхней конечности чаще подвергается травме предплечье, кисть. На нижней конечности—бедро, голень. Ранения суставов встретились нам в 4,7% на плечевом и в 2,1% на коленном. Ранения нервных стволов и сплетений обычно наблюдались нами в комбинации с ог-

нестрельными переломами. Изолированные ранения нервных стволов встретились нам в единичных случаях.

Огнестрельные раны конечностей в большинстве своем требовали транспортной иммобилизации. Последняя производилась при помощи шин Крамера для верхней конечности, голени и стопы. При переломах бедра и ранах с большой зоной повреждения конечность укладывалась в шину Дитерихса. Последняя оказалась очень удобной и дающей достаточную иммобилизацию. Гипсовыми повязками для целей иммобилизации мы не пользовались.

Обработка раненых производилась в операционной и перевязочной. Перевязочная развешивалась в палатке ДПМ, операционная помещалась в палатке ППМ. Работа производилась на двух столах при большом потоке раненых. Освещение электрическое от АЭС или от аккумуляторов автомашины. Обработка рук производилась по Спасокукоцкому. Реже пользовались перчатками, стерилизованными в автоклаве. Набор инструментов был вполне достаточным, за исключением кровоостанавливающих зажимов. Один из санитаров операционной занимался точкой и правкой режущих инструментов, и мы всегда имели острые скальпели и ножницы; 78% операций произведено под местной анестезией по Вишневскому.

При лапаротомиях, торакотомиях, ампутациях применяли общий наркоз эфиром из маски Садовенкова. Хорошее впечатление осталось от применения вводного наркоза хлор-этилом. Ампула хлорэтила и последующий переход на эфир давали при малом периоде возбуждения хороший, полный сон.

Оперативная работа, проводимая на ДПМ, может быть представлена в следующем виде:

Наименование вмешательств	% операций	Наименование вмешательств	% операций
Операции при повреждениях головы и шеи	7	Операции на грудной клетке по поводу открытого пневмоторакса	6
Из них шкирование челюстей	1	На легком и диафрагме	3
Трахеотомия	1	Ампутаций	1
Лапаротомия при ранениях живота и органов б. таза .	4	Экзартик. фаланг пальцев . .	2
Оперативная обработка огнестрельных переломов	13	Извлечение осколков и пуль .	5
Операции на сосудах	4	Иссечение ран верхних конечностей . .	25
„ на суставах	4	„ „ нижн. „	25

Из ранений головы нами обрабатывались лишь ранения покровов черепа. Все раненые с повреждением мозга направлялись на следующий этап эвакуации, который мог обеспечить длительный покой раненому после операции трепанации черепа. Как это видно из таблицы, основным видом оперативного вмешательства была первичная обработка раны. Мы строго придерживались положений Ахутина, что „ранняя хирургическая обработка раны, в виде полного по возможности иссечения поврежденных тканей, является лучшим видом профилактики тяжелой раневой инфекции и должна широко применяться в хирургических учреждениях войскового района“. Первичный шов при таких обработках раны противопоказан, и допустим только в исключительных случаях при ранениях лица,

Некоторые замечания по вопросу о первичной обработке раны. В тех случаях, где это было возможно, мы старались при иссечении раны обязательно достичь дна ее, так как там мы чаще всего обнаруживали инородные тела, осколки костей, обрывки одежды. Размозженные мышцы иссекались. Покрывающая их фасция широко отсекалась. Иссечение кожи производилось таким образом, что рана имела вид овала. Самое серьезное внимание обращалось на лигирование сосудов в ране. Мы имели возможность наблюдать случаи вторичных кровотечений при недостаточно тщательном гемостазе. Малая зона повреждений кожи в виде незначительных размеров входного и выходного отверстий не всегда свидетельствует о таком же характере повреждения подлежащих тканей. Особенно часто это наблюдается при ранениях осколками мин. Едва видимые на поверхности кожи ранения в глубине оказывались ранами с большой зоной повреждения с размятыми и размозженными мышцами. Только оперативное рассечение таких ранений спасает рану от развития инфекции. Особенно тщательной обработки требуют огнестрельные переломы костей, где раны после иссечения рыхло выполнялись тампонами с риванолом, хлорамином или мазью Вишневского. При больших разрушениях и при нарушении костей конечность подвергалась иммобилизации в шине Крамера. Особой разницы в течении ран, обработанных в первые 8 часов и 12-24 часа после ранения, мы не наблюдали.

Следующая по численности группа операций—это операции при ранениях грудной клетки. Все эти ранения, за исключением ран с точечными входными и выходными отверстиями, требовали оперативной обработки. Иссечение кожи и размозженных мышц, удаление осколков ребер, осмотр легкого и диафрагмы, закрытие пневмоторакса путем наложения шва на мышцы без зашивания кожи,—вот методика операций у этих раненых. При зияющей ране грудной клетки, при раздроблении нескольких ребер дважды наблюдались случаи выпадения легкого в рану. Эти повреждения протекают крайне тяжело, и такие раненые особенно плохо переносят транспортировку. При обширном открытом пневмотораксе всегда при операции осматривалось легкое и диафрагма.

Чрезвычайно эффективна операция закрытия открытого пневмоторакса, производимая в первые часы после ранения. Доставленный в тяжелом состоянии раненый с резкой одышкой, через несколько часов после операции преобразуется на глазах.

Несколько замечаний о технике операции при открытом пневмотораксе. Наложить швы на плевру возможно лишь в тех случаях, где ранение сопровождается оскольчатим переломом ребра, и разбитое ребро резецируется. В остальных случаях рану в плевральной полости приходилось закрывать путем наложения на мышцы грудной стенки швов, накладываемых в несколько этажей. Герметичность закрытия раны зависит в основном от шва мышечных пластов. Кожа не зашивается. Рыхлая тампонада и массивная давящая повязка на грудную клетку.

Ранения в живот были самыми тяжелыми; раненые находились в состоянии шока. Это были множественные ранения тонкого и толстого кишечника, желудка, печени. Отверстия в полых органах закрывались швами. Ранения сосудов во всех случаях были нанесены пулей с полным перерывом сосудистой стенки, вызывавшим необхо-

димось перевязки сосуда. Операция осложняется большой гематомой окружающих тканей, затрудняющей ориентировку. При проникающих ранениях суставов отверстие в синовиальной сумке иссекалось и зашивалось наглухо. Кожа не зашивалась. При большом раздроблении суставных концов костей предпринималась первичная резекция сустава. При этих ранениях производилась особенно тщательная иммобилизация. Первичные ампутации предпринимались нами только при полном размозжении конечности. При открытых огнестрельных переломах фаланг производилось иссечение раны, репозиция перелома и вытяжение за ноготь по принципу Белера. Таким образом полностью соблюдался принцип борьбы за сохранение не только конечности, но и пальцев.

Особо остановимся на борьбе с травматическим шоком у раненых. Холодное время года, множественные ранения, тяжелые условия эвакуации с поля боя — обусловили большое количество раненых в состоянии травматического шока. В одной из боевых операций приблизительно 59% раненых находились в состоянии травматического шока той или иной степени. Это дало нам основание использовать опыт санитарной службы США и выделить этих раненых в специальной палатке, названной нами „шоковой“. Отопленная палатка ППМ нагревалась до 40°—43°, и сюда помещались раненые, находящиеся в состоянии шока. Помещенные в такую палатку раненые быстро засыпали, пульс у них часто выравнивался и без инъекций глюкозы и физиологического раствора со спиртом (Образцов), применявшегося нами для лечения шока. Мы предполагаем, что такое общее согревание раненых способствует выравниванию сосудистого тонуса. Особенно тяжелы случаи травматического шока при множественных ранениях из автомата или осколками мины, комбинирующиеся с общим охлаждением раненого.

Переливание крови применялось не особенно широко. Кровь доставлялась преимущественно в стандартных банках ЦИПК, в последнее время — в ампуле Ленинградского ИПК. Все 100% раненых получили у нас или в ППМ инъекции противостолбнячной сыворотки. 32% раненых, прошедших операционную, получили и противогангренозную сыворотку в количестве 1-2 комплектов. В одном случае наблюдалась сывороточная болезнь, как результат введения сывороток. Случай столбняка у раненых, прошедших через ДПМ, нам неизвестны. Газовая инфекция отмечена в 2 случаях при ранении прямой кишки и при длительном нахождении жгута на плече по поводу ранения *art. subitalis*.

Непосредственная смертность на ДПМ равна 2,1%, падает на случаи множественного ранения органов брюшной полости, грудной полости с выпадением легкого, множественные ранения конечностей, осложненные тяжелым шоком. Отдаленные результаты работы войскового района выводятся из сборной статистики тыловых санитарных учреждений. Нам удалось получить сведения о 50 раненых, оперированных нами. 32 человека осмотрены нами лично, 13 ответили подробно на поставленные в нашем письме вопросы. О 5 получены сведения на последующих этапах эвакуации. Раненые осмотрены через 5—8 месяцев после ранения. Результаты лечения могут быть представлены в следующем виде:

Вид оперативного вмешательства	Отдаленные результаты			
	Количество случаев	Вернулись в строй или к прежней профессии	Нестроевой или смена профессии	Инвалидность
Операции при повреждении шеи, лица, головы	5	5	—	—
Операции на грудной клетке	4	4	—	—
Ранения живота	3	2	1	—
Операции на сосудах	4	1	1	2
При огнестрельных переломах	12	8	2	2
Обработка ран верхней конечности	9	8	—	1
Обработка ран нижней конечности	13	11	—	2
	50	39	4	7

В группе ранений лица, шеи, челюстей все раненые по окончании лечения признаны годными к строевой службе. Все оперированные нами по поводу повреждения органов грудной клетки (4 чел.) вернулись в строй; трое из них имели открытый пневмоторакс, один — ранение легкого и диафрагмы. Из числа раненых в живот, подвергшихся нашему вмешательству, осмотрены впоследствии трое. У двоих полное восстановление трудоспособности; один, оперированный по поводу эквентрации кишок, переменял свою профессию на более легкую.

Из числа подвергшихся операции на сосудах осмотрено 4 человека. В 2 случаях при перевязках *art. femoralis* и *art. cubitalis* наступила гангрена конечности, потребовавшая ампутации конечности. В одном случае при перевязке *art. cubitalis* раненый был вынужден переменить свою профессию на более легкую в связи с парестезиями кисти. В одном случае после ранения *art. ulnaris* и ее перевязки раненый вернулся в строй.

После огнестрельных переломов конечностей было осмотрено и получены сведения от 22 человек. Двое из них остались инвалидами, один по поводу остеомиелита плеча, другой по поводу псевдоартроза лучевой кости. Двое сменили свою профессию на другую — один после ранения бедра, другой после ранения плеча, осложнившегося остеомиелитом. 8 остальных раненых этой группы возвратились в строй или к прежней профессии. В группе раненых после операций иссечения ран верхней и нижней конечности в 22 человека, инвалидность получили трое вследствие травматического воспаления малоберцового, седалищного и локтевого нервов. После произведенной у нас операции раненые лечились вначале в полевых подвижных госпиталях, затем — в эвакуогоспиталях тыла. Многие из них были направлены на курорты.

Этот скромный в численном отношении материал дает однако основание считать, что наиболее серьезными повреждениями в отношении последующего восстановления трудоспособности являются огнестрельные переломы, ранения сосудов и ранения мягких тканей, осложненные повреждением нервных стволов.