

ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЙН И ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТОВ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Под редакцией
Е.К. Гуманенко, И.М. Самохвалова



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2011

УДК [355.4:616-089](470.62/.67+581)(084.121)(091)(035.3)
ББК 54.5я81+58г(235.7)я81+58г(5Афн)я81
В63

Авторский коллектив:

Гуманенко Е.К., Самохвалов И.М., Бадалов В.И., Борисов М.Б., Бояринцев В.В., Верховский А.И., Воробьев В.В., Гаврилин С.В., Ганин В.Н., Говенько Ф.С., Головкин К.П., Гончаров А.В., Завражнов А.А., Иванов В.А., Лебедев В.Ф., Лукьяненко А.В., Мадай Д.Ю., Маркевич В.Ю., Озерецковский Л.Б., Петров А.Н., Полушин Ю.С., Рожков А.С., Рудь А.А., Самойлов А.С., Северин В.В., Семёнов А.В., Сингаевский А.Б., Сохранов М.В., Суворов В.В., Супрун Т.Ю., Трусов А.А., Тынянкин Н.А., Тюликов К.В., Тюрин М.В., Шулёв Ю.А.

В63 **Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов:** Руководство для врачей / Под ред. Е.К. Гуманенко, И.М. Самохвалова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 672 с.: ил.

ISBN 978-5-9704-1901-4

Настоящее издание является руководством по современной военно-полевой хирургии. В его основе — личный опыт авторов по оказанию хирургической помощи раненым в зоне боевых действий в Афганистане и на Северном Кавказе, а также последующему лечению раненых в клинике военно-полевой хирургии ВМедА им. С.М. Кирова. Для написания ряда разделов руководства были привлечены сотрудники кафедры военно-полевой хирургии и других кафедр академии, работавшие в составе многопрофильных групп медицинского усиления в передовых военных госпиталях и являющиеся известными специалистами в рассматриваемых вопросах.

Освещены общие вопросы военно-полевой хирургии (исторический очерк, боевая хирургическая патология, раневая баллистика, кровотечение и кровопотеря, травматический шок у раненых и др.); проблемы организации оказания хирургической помощи раненым; особенности хирургической помощи и лечения раненых с повреждениями различной локализации. Большое внимание уделено опыту применения в военно-полевых условиях новых технологий (эндовидеохирургия, запрограммированное многоэтапное хирургическое лечение, объективная оценка тяжести травмы и др.), лечению боевой политравмы, проведению интенсивной терапии у раненых, профилактике и лечению инфекционных осложнений ранений. Все разделы руководства снабжены обширным иллюстративным материалом — в основном оригинальными фотографиями раненых и полевых лечебных учреждений, схемами сложных манипуляций и оперативных вмешательств.

Руководство предназначено не только для военных хирургов, но и для широкого круга врачей хирургических специальностей.

УДК [355.4:616-089](470.62/.67+581)(084.121)(091)(035.3)
ББК 54.5я81+58г(235.7)я81+58г(5Афн)я81

Права на данное издание принадлежат ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде части или целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».

ISBN 978-5-9704-1901-4

© Коллектив авторов, 2010
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»,
оформление, 2010

Научно-практическое издание
ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЙН И ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТОВ

Под редакцией
Евгения Константиновича Гуманенко,
Игоря Маркелловича Самохвалова

Подписано в печать 15.09.10. Бумага офсетная. Печать офсетная.
Формат 60х90¹/₈. Объем 84 п.л. Тираж 1000 экз. Заказ № 2291

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».
119021, Москва, ул. Россолимо, д. 4,
тел.: (495) 921-39-07, факс: (499) 246-39-47,
e-mail: info@geotar.ru, http://www.geotar.ru

Отпечатано в ОАО «Типография «Новости»».
105005, Москва, ул. Ф. Энгельса, 46.

ISBN 978-5-9704-1901-4



9 785970 419014 >

ЧАСТЬ 1

ОБЩАЯ ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ

Глава 1

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК РАЗВИТИЯ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ

1.1. ЗАРОЖДЕНИЕ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ

На протяжении всей истории цивилизации развитие хирургии в целом определялось прогрессом военно-полевой хирургии. С древних времен хирурги приобретали опыт на полях сражений, оказывая помощь раненым. Еще Гиппократ указывал, что для обучения хирургии врач должен идти на войну. Вплоть до великих открытий XIX в. — обезболивания и антисептики — вся хирургия, по сути, развивалась как военно-полевая хирургия.

Принципы оказания медицинской помощи и лечения раненых на войне вырабатывались на протяжении тысячелетий. На золотой вазе, обнаруженной при раскопках кургана Куль-Оба возле г. Керчи (VII в. до н. э.), изображены скифы, оказывающие медицинскую помощь на поле боя (рис. 1.1, см. на вклейке).

В Древнем Египте рядом с полем боя развешивались перевязочные пункты. Египтяне умели накладывать повязки на раны, иммобилизовать переломы, удалять инородные тела, производить ампутации конечностей и трепанации черепа. В древних цивилизациях Индии, Китая и Греции существовали различные методики лечения ран с применением обширного перечня хирургических инструментов (лечили закрытые и открытые переломы, вывихи крупных суставов, колото-резаные ранения и др.). Военные врачи, обучавшиеся по типу ремесленного ученичества, достигали значительного мастерства в лечении боевых травм (их так и называли «раневые врачи»). В Древнем Риме впервые появились военные полевые госпитали (лазареты), в каждом отряде выделялись специальные невооруженные команды для выноса раненых.

В войсках Древней Руси для оказания помощи раненым состояли лекари. При царе Ярославе Мудром (XI в.) воины имели индивидуальное медицинское оснащение: для перевязки ран в колчанах носили платки, для остановки кровотечения применяли жгут. В 1616 г. в разрядных списках русской армии впервые упоминаются полковые врачи со специальным оснащением, в которое входили ножи, пилы, жгуты, лубки, навощенные нитки, шприцы, перевязочный материал, обезболивающие (мандрагора, морфий).

В своем самом длительном — **первом историческом периоде** развития (вплоть до XIX в.) **военно-полевая хирургия формировалась в отрыве от вопросов организации оказания медицинской помощи раненым**. Происходило накопление сведений о патологии и лечении неогнестрельных (до XIV в.) и огнестрельных ран, причем установки по лечению раненых на войне ничем не отличались от правил лечения ран в мирное время. Разрабатывать организационные аспекты военно-полевой хирургии не было необходимости в связи с ограниченным масштабом боевых сражений того времени. Медицинскую помощь раненым начинали оказывать по окончании сражения, «на месте», системы эвакуации раненых не существовало.

Появление в XIV в. огнестрельного оружия и его применение в войнах качественно изменили характер боевой травмы. Огнестрельные раны отличались от колото-резаных обширностью и тяжестью повреждения тканей, частым возникновением инфекционных осложнений. Для объяснения этого факта была выдвинута теория отравления раны порохов, в соответствии с которой огнестрельную рану стремились очистить от пороха, прижигая каленым железом или заливая кипящим маслом. Такие рекомендации приведены в наиболее раннем из сохра-

нившихся сочинений о лечении огнестрельных ран — «Книге лечения ран перевязками» Генриха фон Пфальспейндта (1460) и в трудах других известных военных врачей того времени: Пьетро Д'Аржелати (1480), Иеронима Брауншвейга (1497), Ганса фон Герсдорфа (1515), Джованни де Виги (1514, 1517). Возле палатки военного врача во время боевых действий постоянно горел костер с кипящим маслом в котле.

Только в XVI в. концепцию отравления огнестрельных ран порохом опроверг выдающийся французский военный хирург Амбруаз Паре (1509–1590), объяснив тяжесть ранений образованием в огнестрельных ранах большого количества разможенных тканей (рис. 1.2).



Рис. 1.2. Главный хирург госпиталя «Отель-Дье» Амбруаз Паре (1509–1590)

В своем труде «Способ лечить огнестрельные раны, а также раны, нанесенные стрелами и копьями» (1545) А. Паре впервые сформулировал требование о том, чтобы хирург незамедлительно «расширял» (т.е. рассекал) огнестрельную рану. Заслуги А. Паре в военно-полевой хирургии велики: он заменил кипящее масло в лечении огнестрельных ран щадящими бальзамическими повязками, заново ввел забытую в Средние века перевязку (вместо перекручивания) кровеносных сосудов при ампутации конечности, выдвинул идею полевых перевязочных отрядов, впоследствии подхваченную и блестяще реализованную Д.Ж. Ларреем.

В XVII в. французский военный хирург Анри-Франсуа Ледран (1685–1770) установил, что заживление огнестрельных ран происходит бла-

гоприятнее, если производить первичные разрезы (т.е. рассечение) ран и рекомендовал превращать рану в широкую конусообразную полость, создавая хорошие условия для оттока раневого отделяемого (рис. 1.3).

Он впервые употребил термин «debridement»⁴ (рассечение-иссечение раны), применяемый за рубежом и сегодня. А. Ледрану принадлежит также авторство термина «шок» для обозначения тяжелого состояния раненых, возникающего после ранений.

В XVIII в. известный французский хирург Пьер-Жозеф Дезо (1744–1795) впервые описал технику операции первичной хирургической обработки раны в ее современном понимании (рис. 1.4).

Русский военный врач А.А. Чаруковский (1798–1848) в книге «Военно-походная медицина» (1836) объяснял тяжесть огнестрельных ран тем, что «действие насилия при таких ранах простирается далеко кверху, сжимает, ушибает и разминает ближние цельные части и, вследствие чего, скоро развивается воспаление, переходящее в помертвение». Таким образом, Чаруковский считал **особенностью огнестрельной раны большой объем повреждения тканей и значительную распространенность повреждений от раневого канала**, чем высказывал вполне современный подход к строению огнестрельных ран. В руководстве также были даны рациональные рекомендации по хирургическому лечению огнестрельных ран.

Широкому внедрению активной хирургической тактики в лечении огнестрельных ран до XIX в. мешало отсутствие методов обезболивания при оперативных вмешательствах и средств профилактики ИО. Для предупреждения смертельных септических осложнений при огнестрельных переломах конечностей хирурги часто прибегали к первичным ампутациям, но и это не помогало. Летальность среди раненых после ампутации конечностей достигала 80–90%.

В доантисептический период хирургии одним из предтеч открытия Д. Листера (1867) был главный врач английской армии Джон Прингль (1707–1782), который в практической работе пользовался терминами «септический» и «антисептический», изучал различные вещества с целью определения их антисептических свойств (рис. 1.5).

В классическом труде «Наблюдения за болезнями в армии» (1752), выдержавшем 10 изданий,

⁴ Debridement (франц.) — дословно, «устранение перемычек, рассечение сращений». В последующем являлось аналогом русского термина «первичная хирургическая обработка».

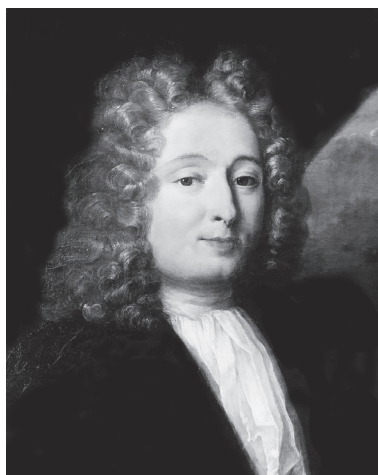


Рис. 1.3. Хирург-консультант армии короля Людовика IV Анри-Франсуа Ледран (1685–1770)

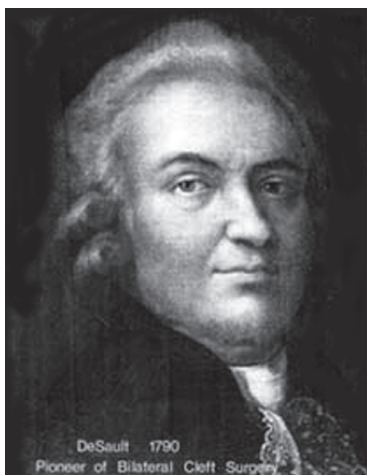


Рис. 1.4. Главный хирург госпиталя «Отель-Дье» в годы Великой французской революции Пьер-Жозеф Дезо (1744–1795)

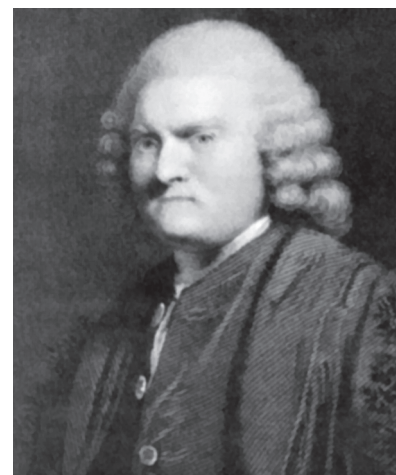


Рис. 1.5. Главный врач английской армии Джон Прингль (1707–1782)

Прингль изложил основные принципы военной медицины, за что признается зарубежными историками одним из ее родоначальников. Д. Прингль первым (за 100 лет до создания Международного комитета Красного Креста) предложил идею нейтралитета ВГ.

1.2. СТАНОВЛЕНИЕ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ КАК НАУКИ

В XIX в. войны приобрели более длительное течение, а боевые действия — маневренный характер. В военных сражениях стали участвовать многотысячные армии, во много раз возросло число раненых. Впервые возникла проблема восполнения действующей армии личным составом.

Второй период развития военно-полевой хирургии был ознаменован **разработкой научных основ лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий войск**. Военно-полевая хирургия, оставаясь «хирургией военно-полевых ранений», стала расширять свой предмет за счет разработки организации оказания медицинской помощи раненым.

Большое влияние на развитие военно-полевой хирургии в начале XIX в. оказали французские военные хирурги — Пьер-Франсуа Перси (1754–1825), и особенно Доминик Жан Ларрей (1766–1842) (рис. 1.6).

По предложению П. Перси для оказания помощи раненым были созданы и применялись пере-

довые подвижные госпитали, передвигавшиеся за войсками на повозках. Он ввел в практику военно-полевой хирургии санитаров с носилками, которые выносили раненых во время боя (до этого раненых выносили для оказания медицинской помощи только после окончания сражения).

Главный хирург Наполеоновской армии, выдающийся хирург и ученый Д. Ларрей (наравне с Я.В. Виллие и Н.И. Пироговым) является одним из основоположников современной военно-полевой хирургии. Д. Ларрей разработал стройную



Рис. 1.6. Лауреат премии Парижской академии наук, барон, командор ордена Почетного легиона, шевалье ордена Железной короны, кавалер креста за Аустерлицкое сражение, профессор Доминик Жан Ларрей (1766–1842)

систему оказания хирургической помощи раненым, приблизив ее к полю боя. При оказании помощи раненым Д. Ларрей применил принципы медицинской сортировки, блестяще развитые позже в трудах Н.И. Пирогова. Ларрей впервые создал полевые подвижные перевязочные лазареты — «летучие амбулансы». В составе каждого амбуланса работало 15 хирургов со вспомогательным медицинским персоналом (57 человек), инструментами, перевязочным материалом и специальными повозками (4 повозки для оборудования и 12 — для раненых) (рис. 1.7).

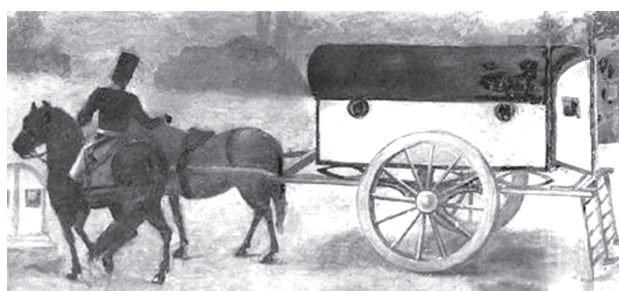


Рис. 1.7. Хирург амбуланса выезжает на поле боя для оказания медицинской помощи, сортировки и эвакуации тяжелораненых

Идея системы Д. Ларрея заключалась в приближении хирургической помощи к раненым. Хирурги на легких повозках с небольшим набором медикаментов и инструментария следовали на поле боя непосредственно за войсками и с ходу оказывали медицинскую помощь раненым. Тяжело раненных вывозили в развернутые поблизости лазареты, где их оперировали старшие хирурги (основной операцией при переломах была ампутация конечностей). В своих 4-томных «Записках по военно-полевой хирургии» (1812–1817) Д. Ларрей указывал: «Раненые получали от хирургов амбулансов самую быструю и действенную помощь. Ни один раненый не оставался без перевязки дольше четверти часа».

В те же годы в России наибольшую роль в организации оказания помощи раненым на войне сыграл выдающийся деятель отечественной медицины, создатель и первый руководитель военно-медицинской службы России, первый президент Императорской Медико-хирургической академии, блестящий военный хирург Яков Васильевич Виллие (1768–1854) (рис. 1.8).

Им были разработаны и внедрены в армии «Краткое наставление о важнейших хирургических операциях» (1806), «Положения для временных военных госпиталей при большой действующей

армии» (1812), «Положения о развозных и подвижных госпиталях» (1812), «Положения для корпусных и дивизионных госпиталей и полковых лазаретов» (1816) — первые отечественные руководства по хирургическому лечению раненных на войне и по организации работы ВГ. Медицинская помощь в русской армии в ходе сражения оказывалась на перевязочных пунктах, затем раненые доставлялись последовательно в подвижные и в главные госпитали. В отличие от лечебно-эвакуационной системы Д. Ларрея, где основой было стремление к ранним срокам хирургических вмешательств, система Я.В. Виллие переносила хирургическую деятельность несколько дальше в тыл (Виллие, несомненно, знал о «летучих амбулансах», но считал нецелесообразным их копировать). Зато Я.В. Виллие предусматривал эшелонирование и запас ВГ, впервые применил маневр госпиталей в ходе военных кампаний. Следует отметить, что в условиях огромных санитарных потерь в Бородинском сражении система Д. Ларрея, в отличие от организации медицинской помощи в русской армии, оказалась несостоятельной (Куприянов П.А., Банайтис С.И., 1942). Рациональность и прогрессивность системы оказания помощи раненым в русской армии были столь очевидными, что, по просьбе монархов Пруссии и Австрии, она была внедрена российскими военно-медицинскими специалистами в армиях этих дружественных стран. **Труды и практическая деятельность выдающихся военных хирургов Я.В. Виллие и Д.Ж. Ларрея**



Рис. 1.8. Директор Медицинского департамента Военного министерства, главный военно-медицинский инспектор армии, президент Медико-хирургической академии Яков Васильевич Виллие (1768–1854)