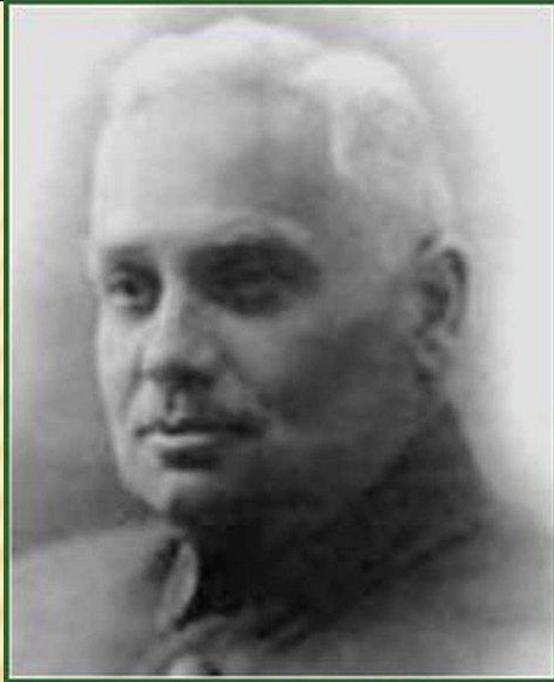


Лекция:

**Огнестрельные и
закрытые повреждения
конечностей и
суставов.**



Семён Семёнович
Гирголав
(1881—1957)



Николай Николаевич
Еланский
(1894-1964)



Александр
Николаевич
Беркутов
(1906 – 1992)

Во время Великой Отечественной войны огнестрельные ранения конечностей и суставов составили от 60 до 85% всех ранений (С.С. Гирголав). По Н.Н. Еланскому 1952 г. - 70%. В среднем это около 75% от общего числа санитарных потерь (А.Н.Беркутов).

Частота огнестрельных переломов костей

Верхняя конечность	Нижняя конечность
Плечевая кость - 20,3%	Бедренная кость - 13,0%
Лучевая кость - 14,4%	Большеберцовая - 13,1%
Локтевая кость - 13,6%	Малоберцовая - 6,8%
Обе кости предплечья - 21%	Обе кости голени - 8,7%
Неизвестно - 2,5%	Неизвестно - 1,4%
Итого: 57,0 %	Итого: 43,0%

Частота ранений и травм конечностей в войнах и вооруженных конфликтах XX века в %

Вторая мировая война 1939-1945 гг.	Война в Афганистане 1978-1989 гг.	Вооруженный конфликт в Чеченской Республике 1994-1996 гг.	Контртеррористические операции 1999-2002 г.г.
70,8	58,9	47	53,3

КЛАССИФИКАЦИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

(Ю.Г. Шапошников 1995 г.)

1. По виду ранящего снаряда (пулевые, осколочные).
2. По характеру ранения (сквозные, слепые, касательные).
3. По виду перелома: неполные (дырчатые и краевые), полные (поперечные, продольные, косые, вколоченные, крупнооскольчатые, мелкооскольчатые, раздробленные).
4. По локализации ранения кости (верхняя, средняя и нижняя треть).
5. По сопутствующим повреждениям:
 - а) с обширным повреждением мягких тканей
 - б) с незначительным повреждением мягких тканей
 - в) с повреждением крупных суставов
 - г) с повреждением нервов
 - д) без повреждения нервов
 - е) с повреждением сосудов
 - ж) без повреждения сосудов.

Огнестрельные ранения конечностей с переломами костей в структуре ранений конечностей составляют 38%.

Делятся на две группы:

1) Неполные (дырчатые, краевые) -7,3%

2) Полные :

А) простые (поперечные, косые) -16,3%

Б) оскольчатые (крупно- и мелкооскольчатые, раздробленные) -76,4%

Объем помощи на этапах медицинской эвакуации при огнестрельных переломах костей.

Первая помощь.

На поле боя (в очаге поражения) накладывают защитную повязку и производят иммобилизацию перелома подручными средствами. Вводят анальгетики, осуществляют временную остановку кровотечения. (доски, ветви деревьев и т. п.).



Раненые бойцы перевязывают раны друг другу



Санитар перевязывает раненого кавалериста. Южный фронт, зима 1941 г.



После взрыва. Долина реки Аргандаб, Афганистан. 7 июня 2010 года. Сослуживцы оказывают помощь раненым при взрыве.

Доврачебная помощь.

На МПБ заменяют импровизированные шины табельными контролируют и исправляют повязки, шины и кровоостанавливающие жгуты. Применяют анальгетики.

Первая врачебная помощь.

На МПП (в мед.роте) контролируют, исправляют или заменяют повязки, шины и кровоостанавливающие жгуты. Отсекают полностью разрушенную конечность (транспортная ампутация). Вводят антибиотики, противостолбнячную сыворотку и анатоксин. Проводят противошоковые мероприятия, обеспечивающие безопасность транспортировки. Применяют анальгетики.

Квалифицированная помощь.

В ОмедБ (ОМО, медицинский батальон) при полном объеме хирургической помощи первичную хирургическую обработку ран производят по показаниям, при сокращенном объеме помощи — только неотложным показаниям (продолжающееся кровотечение, наличие наложенного жгута, анаэробная инфекция).

Выводят из состояния шока.

Заменяют импровизированные шины табельными. Укрепляют шины Дитерихса гипсовыми кольцами.

Вводят антибиотики в рану, ее окружность и внутримышечно.

Раненых эвакуируют в специализированные или общехирургические госпитали в зависимости от характера повреждения.

Специализированная помощь.

В госпиталях производят рентгенологическое исследование области перелома, по показаниям— первичную, повторную и вторичную хирургическую обработку ран.

При наличии показаний в соответствующих условиях применяют интрамедуллярный, накостный, спицевой, спице-стержневой или стержневой остеосинтез.

Проводят лечение инфекционных и других осложнений.

Во время Великой Отечественной войны огнестрельные ранения суставов составили около 8% по отношению ко всем раненым.

Наиболее часто повреждается коленный сустав, несколько реже - плечевой и локтевой, еще реже - голеностопный; ранения тазобедренного сустава наблюдаются почти в 5 раз реже коленного и в 3-4 раза реже локтевого и плечевого.

Плечевой сустав - 24,0%,

Локтевой сустав - 22,9%,

Тазобедренный сустав - 6,6%,

Коленный сустав - 31,0%,

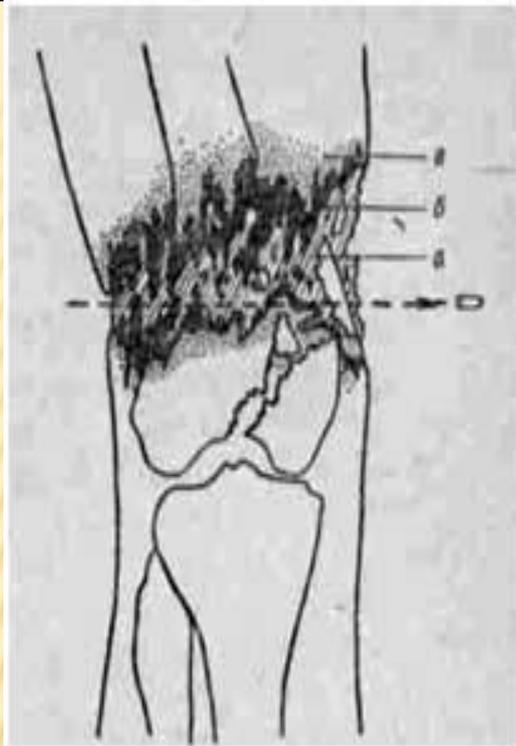
Голеностопный сустав - 13,8%,

Несколько суставов - 1,7%.

Особенность огнестрельных внутрисуставных переломов

Зоны повреждения в огнестрельной ране

а — первичный раневой канал;
б — зона контузии (первичный травматический некроз);
в — зона сотрясения (коммоции) тканей.



Классификация ранений суставов

1. По виду ранящего снаряда: пулевые, осколочные, вторичными снарядами.
2. По характеру ранения: проникающие, непроникающие, сквозные, слепые, касательные.
3. По степени повреждения мягких тканей и кости: точечная рана мягких тканей без повреждения кости; рана мягких тканей, требующая хирургической обработки, с небольшим повреждением кости; обширный дефект мягких тканей со значительным повреждением костей.
4. По сопутствующим повреждениям: с повреждением крупных кровеносных сосудов; с повреждением нервов.

Различают следующие виды клинического течения огнестрельных ранений сустава:

1. Асептическое - по типу закрытого перелома. Такое течение характерно при ранениях мелкими осколками с точечными входными и выходными отверстиями. В этих случаях показано консервативное лечение.
2. По типу закрытого перелома с последующим присоединением инфекции - показано оперативное лечение.
3. Острое течение с развитием в ранние сроки после ранения гнойной инфекции - необходимо оперативное лечение.