

ГЛАВА 16. ЛЕГКОРАНЕННЫЕ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ. РЕАБИЛИТАЦИЯ РАНЕННЫХ

16.1. Общие положения

К *легкораненым* относятся разнообразные группы пострадавших с легкой механической, термической или иной травмой, состояние которых, как правило, не угрожает возникновением опасных для жизни осложнений. Своевременное, полноценное и относительно недорогостоящее лечение легкораненных в кратчайшие сроки (до 1,5 мес) приводит к полному восстановлению их бое- и трудоспособности.

К этой категории нельзя относить пострадавших с ранениями и закрытыми повреждениями внутренних органов, магистральных сосудов и нервных стволов, длинных трубчатых костей и крупных суставов, с тяжелыми повреждениями кисти, стопы, а также обширными дефектами покровных тканей вследствие ранений и термических поражений.

При комбинированных радиационных поражениях доза облучения у легкораненных не должна превышать 1,5 Гр (150 рад).

В Великой Отечественной войне и локальных военных конфликтах в структуре санитарных потерь легкораненные составляли от 30 до 55%.

У легкораненных осколочные ранения регистрировались в 68% и пулевые — в 32% случаев. Изолированные ранения составили 2/3, множественные — 1/3. Преобладали ранения конечностей — 63%, в том числе нижних — 38%, верхних — 25%. Ранения мягких тканей головы составляли 20% и ранения другой локализации — 17%.

Наиболее частым осложнением у легкораненных (до 20%) было нагноение ран. Значительно реже регистрировали другие осложнения (пневмонии, контрактуры, анкилозы, *нейродистрофии* и др.).

Среди закрытых повреждений также преобладали изолированные (82%). Более половины составляли травмы головы, среди которых преобладали ушибы мягких тканей головы, реже встречались переломы костей лицевого черепа. Повреждения конечностей сопровождались растяжением связочного аппарата, вывихами суставов, ушибами мягких тканей и переломами костей кисти, стопы.

К *легкообожженным* относятся пострадавшие с ожогами I и II степени до 10% поверхности тела или с более глубокими ожогами небольшой площади (до 1-2%), исключая ожоги лица, глаз, верхних дыхательных путей, кистей, промежности и ягодиц.

Столь значительное разнообразие повреждений у легкораненных выдвигает особые требования к организации их лечения. Задача состоит в раннем выделении

легкораненных, адекватном распределении их по этапам медицинской эвакуации в соответствии со сроками возвращения в строй и в организации специализированного лечения в госпитальном звене. Первостепенное значение приобретает медицинская сортировка. Применительно к легкораненым ее осуществляет хирург или врач общей практики, прошедший специальную подготовку. Легкораненные со сроками лечения до 5 дней завершают лечение в МПП; со сроками до 10 дней направляются в отделения для легкораненных медицинской роты, *омедб (омо)*; со сроком лечения свыше 10 дней — в ВПГЛР.

16.2. Помощь легкораненым на этапах медицинской эвакуации

Первая медицинская помощь, оказываемая санитарным инструктором (фельдшером) подразделения или в виде само- и взаимопомощи, включает введение раствора **промедола** из шприц-тюбика, наложение асептической повязки на рану и транспортную иммобилизацию; внутрь дают антибиотики. Ослабить психоэмоциональные расстройства и боль у раненых можно с помощью 40-70% этилового спирта, который дают выпить.

На этапе оказания первой врачебной помощи легко раненым вводят обезболивающие средства, антибиотики, столбнячный анатоксин, накладывают или исправляют повязки на ранах, контролируют правильность иммобилизации конечностей. Осуществляется лечение раненых со сроками выздоровления до **5 сут.** Остальные пораженные эвакуируются в омедб или госпиталь.

Квалифицированная хирургическая помощь оказывается хирургами общего профиля и **анестезиологами-реаниматологами** в передовых полевых лечебных учреждениях войскового и армейского районов.

На сортировочном посту санинструктор выделяет группу ходячих раненых, которую направляет в сортировочную палатку отделения для легко раненых. Как правило, это половина всех раненых. Вторая половина поступает в отделение легко раненых из сортировочной для тяжело раненых. В сортировочной палатке методом выборочной сортировки выделяют раненых со жгутами на конечностях, со сбившимися или обильно промокшими кровью повязками, с выраженным болевым синдромом. Их направляют в перевязочную в первую очередь. Намечается очередность поступления в перевязочную остальных раненых.

В перевязочной проводится так называемая *хирургическая сортировка*, т.е.

раненых осматривают со снятием повязок с последующим оказанием первой врачебной и квалифицированной хирургической помощи по показаниям.

В ходе хирургической сортировки выделяют следующие группы раненых:

— ходячие раненые, но не относящиеся к категории легко раненых (с переломами костей предплечья, с признаками повреждения магистральных сосудов и нервов, проникающими ранениями глаз и т.д.). Их направляют в другие функциональные подразделения;

— легко раненые, нуждающиеся в квалифицированной хирургической помощи

(первичная хирургическая обработка ран, окончательная остановка наружного кровотечения, удаление поверхностно расположенных инородных тел глаза, **вправление** вывихов);

— легко раненые, которые после оказания медицинской помощи подлежат возвращению в строй;

— легко раненые со сроками лечения до **10 сут.**, которые остаются в команде

выздоровливающих. К данной группе относятся пострадавшие со следующими ранениями и травмами: поверхностные раны и ссадины, не подлежащие хирургической обработке; ушибы мягких тканей без выраженных подкожных гематом; повреждения связочного аппарата, не препятствующие активным движениям; поверхностные ожоги туловища и конечностей (до 5% поверхности тела) I-II степени и отморожения I степени функционально неактивных областей; легкие повреждения органа зрения — поверхностные непроникающие ранения глаз.

Лечение легкораненых осуществляется в одноименном отделении. Размещение казарменное. Внутренний распорядок устанавливается применительно к строевой части. Ответственным за лечение назначается один из хирургов. Лечение предусматривает оказание квалифицированной хирургической помощи в полном объеме и реабилитацию раненых. При этом лечение сочетается с боевой и физической подготовкой, трудотерапией в комплексе с применением хирургических методов, физиотерапевтических процедур и лечебной гимнастики. В распорядок дня раненых должны входить ежедневные утренние физические упражнения (зарядка), дозированный физический труд. В план занятий по боевой подготовке включаются занятия по физической подготовке.

На легкораненых, выделенных в отдельное подразделение, могут возлагаться задачи по охране и обороне лечебных подразделений.

Роль *специализированной помощи* в системе этапного лечения легкораненых повышается. Становится все более очевидным, что их лечение и реабилитация далеко не всегда могут проводиться с использованием универсальных приемов в **ВПГЛР** общего типа. Это относится не только к легкораненым, но и к военнослужащим с более тяжелыми ранениями, перспективным для возвращения в строй.

Так, восстановительные и реконструктивные вмешательства у раненных в кисть нередко требуют специальных навыков и прецизионной техники, а **консервативное** восстановительное лечение — применения специальных функциональных методов, что значительно повышает эффективность лечения и сокращает восстановительный период. Лечение раненных в **челюстно-лицевую** область, проводимое **специалистом-ортодонтологом**, существенно улучшает исходы и ускоряет возвращение в строй. Восстановление профессиональных навыков у ряда военных специалистов (летчики, водители, операторы, связисты) требует специальных методов реабилитации. Следовательно, нужна организация типовых специализированных центров на базе **ВПГЛР** путем их усиления специалистами и дополнительным оснащением.

ВПГЛР предназначен для лечения легкораненых и **легкобольных** до полного выздоровления. Штатная емкость **ВПГЛР** составляет 1000 мест, из них 800 предназначены для раненых и 200 — для больных.

На **ВПГЛР** могут возлагаться задачи оказания специализированной медицинской помощи легкораненым и их лечения, а также реабилитации раненых, переведенных из других специализированных госпиталей, с целью восстановления их боеспособности и последующего возвращения в строй.

В **ВПГЛР** подлежат направлению раненые и пострадавшие со следующими повреждениями:

- с открытыми и закрытыми травмами мягких тканей без повреждения внутренних органов, длинных трубчатых костей, черепа, позвоночника и таза, крупных суставов, сухожилий, нервных стволов и магистральных сосудов;
- с растяжениями связочного аппарата конечностей;
- с изолированными переломами костей фаланг пальцев, костей пясти или плюсны без повреждения составляющих сухожилий и нервов;
- с неполными краевыми переломами костей, а также с переломами ключицы, малоберцовой кости, если эти переломы не сопровождаются

обширными повреждениями мягких тканей;

- с частичным или полным отрывом одного пальца;
- с вывихом верхней конечности после **вправления**;
- с закрытым переломом 1, 2 ребер без гемоторакса и подкожной эмфиземы;
- с легкими повреждениями глаз (поверхностный ожог, несквозное ранение век и т.п.);
- с ожогами **II-IIIa** степени, площадь которых не превышает 10% поверхности тела, а также с ограниченными (не более 30-50 см²) ожогами IIIb степени, расположенными вне функционально активных областей;
- с комбинированными радиационными поражениями при наличии одного из перечисленных выше механических или термических повреждений в сочетании с поражением проникающей радиацией в дозе, не превышающей 1,5 Гр (150 рад).

Специализированная хирургическая помощь легко раненым в ВПГЛР состоит в одновременном или последовательном применении хирургических **методов**, физиотерапии, лечебной физкультуры и закаливания, боевой, физической и специальной подготовки.

Хирургическое лечение в ВПГЛР предусматривает первичную (раннюю или отсроченную) или повторную хирургическую обработку ран по показаниям, профилактику раневой инфекции, лечение осложнений раневого процесса и мероприятия по ускорению заживления ран, широкое применение различных методов закрытия ран с использованием элементов кожной пластики, **остеосинтез** и другие методы иммобилизации переломов. При этом допустимо более широкое применение первичных, первичных отсроченных швов и кожной пластики.

Сроки лечения легко раненых являются ориентировочными, их устанавливаются с учетом особенностей боевой и медицинской обстановки. В частности, в оборонительной операции фронта срок лечения раненых в ВПГЛР может быть продлен до 2 **мес.**

Лечение легко раненых в ВПГЛР имеет ряд особенностей. Лечебные отделения госпиталя формируются по принципу строевых подразделений, которые комплектуются в соответствии с анатомической локализацией травмы и их характером, а отделения — по периодам заживления ран или по срокам выздоровления раненых. Это создает возможности для одновременного массового применения лечебных и **реабилитационных** мероприятий. В штате госпиталя специально предусмотрены строевые офицеры, заместители начальников лечебных отделений по боевой подготовке.

Госпитальный режим назначается только по медицинским показаниям. Для нуждающихся в постельном режиме в каждом лечебном отделении госпиталя создаются палаты — стационары. Все легко раненые, кроме временно нуждающихся в госпитальном режиме, находятся на казарменном положении. Лечение раненых должно сочетаться с занятиями по боевой подготовке. Назначение раненого в караульную службу и для выполнения хозяйственных работ согласовывается с хирургом, ответственным за лечение этого раненого.

В составе ВПГЛР имеются 2 хирургических и 2 травматологических отделения, специализация которых определяется локализацией и характером повреждений у раненых.

Одно из травматологических отделений целесообразно профилировать для раненных в кисть, число которых достигает 25-30%, а лечение требует особой специализации хирургов.

Кроме того, травматологическое отделение госпиталя способно не только оказывать соответствующую специализированную помощь раненым в **челюстно-лицевую** область, но и проводить санацию полости рта и при необходимости протезирование зубов.

В госпитале развертываются также терапевтическое отделение для больных и психоневрологическое отделение для контуженых и пораженных с реактивными **состояниями, сурдомутизмом** и неврозами.

В схеме развертывания **ВПГЛР** предусматривается создание центрального **операционно-перевязочного** блока, где проводится **внутригоспитальная** сортировка раненых.

В ВПГЛР осуществляется рентгенологическое обследование раненых. Имеются хорошо оснащенные отделения лечебной физкультуры и физиотерапии, из которых формируется центральный лечебный блок. Кроме того, в каждом медицинском отделении хирургического профиля целесообразно развертывать филиалы отделений физиотерапии и лечебной физкультуры.

В комплексном лечении легкораненых важное значение имеют методы реабилитации, которые также требуют соответствующей специализации.

Кроме того, перед ВПГЛР может быть поставлена задача реабилитации раненых, переведенных из других госпиталей на определенной стадии лечения. В этом случае требуются некоторые **штатно-организационные** преобразования в соответствии со специальными задачами по реабилитации различных **КОНТИНГЕНТОВ**.

16.3. Реабилитация легкораненых

Под реабилитацией раненых в военное время понимается комплекс мероприятий, направленных на скорейшее восстановление утраченных функций и возвращение в строй действующей армии или к общественно полезному труду в тылу страны.

В комплекс **реабилитационных** мероприятий входят медицинская реабилитация (восстановительное лечение), профессиональная реабилитация (восстановление боеспособности и трудоспособности) и социально-психологическая реабилитация раненых. Реабилитация раненых приобретает особое значение в современных условиях, когда быстрое восполнение людских потерь может определить общий исход войны.

В основу реабилитации раненых как системы положены следующие организационные принципы:

- возможно раннее начало реабилитационных мероприятий, которые должны органически включаться в процесс лечения;
- строгая последовательность и преемственность реабилитационных мероприятий;
- адекватность интенсивности функционально-тренировочных мероприятий

адаптационно-резервным возможностям организма раненого;

— систематический контроль адекватности и соответствующая коррекция реабилитационных программ.

Реабилитация раненых осуществляется как в войсковом звене медицинской службы, так и на всех последующих этапах медицинской эвакуации.

Легкораненые с короткими сроками лечения (до 10 дней) остаются до полной реабилитации в **омедб** и **омедр**.

Реабилитация раненых со сроками лечения от 10 дней до 2 **мес** завершается

в лечебных учреждениях госпитальных баз фронта. Раненые со сроками лечения более 60 дней, а также увольняемые из армии по состоянию здоровья подлежат окончательному лечению и реабилитации в госпиталях тыла страны.

Для реабилитации раненых в каждой госпитальной базе фронта создаются **реабилитационные** центры. Для этого используют один из штатных **ВПГЛР** или расположенный в тыловой зоне фронта санаторий общего типа.

В реабилитации нуждаются прежде всего легкораненые, большинство которых с этапа оказания квалифицированной медицинской помощи сразу поступает в **ВПГЛР** (первичный контингент реабилитируемых), и те из более тяжелораненых, которые первоначально лечились в других специализированных и общехирургических госпиталях **ГБФ** (вторичный контингент реабилитируемых).

Вторичный контингент реабилитируемых будет формироваться из раненых других специализированных госпиталей хирургического профиля ориентировочно через 3-4 **нед** лечения. Общими критериями для перевода раненых из других лечебных учреждений в центр реабилитации следует считать заживление ран и снятие швов, благоприятное течение раневого процесса.

Сосредоточение раненых в одном центре целесообразно для достижения лучших функциональных результатов и наиболее быстрого их возвращения в строй.

Кроме того, создание **реабилитационных** центров позволяет значительно увеличить оборот дорогостоящих специализированных коек (на 30-40 %), более рационально использовать врачей-специалистов.

В центр реабилитации переводятся раненые с последствиями повреждений мягких тканей головы и сотрясением головного мозга без выраженных клинических проявлений; области глазницы и век без повреждения глазного яблока;

челюстей и других костей лицевого скелета без дефектов костной ткани и при-

знаков остеомиелита; уха, горла, носа без повреждения костей, требующего оперативного вмешательства, и без проникновения в полости **ЛОР-органов**; груди средней тяжести без реберного клапана, без значительного повреждения легкого, с

полным его **расправлением**, ликвидацией **пневмогемоторакса**; живота с незначительным повреждением органов, с гладким послеоперационным течением, быстрым улучшением общего состояния и без расстройств функции **желудочно-кишечного** тракта; мягких тканей конечностей, туловища без значительного нарушения функции и с тенденцией к быстрому заживлению; кисти и стопы без существенного нарушения функции органа; с последствиями ожогов II-IIIa степени не более 20% поверхности тела и ограниченных до 5% ожогов IIIb степени, за исключением ожогов лица и кисти.

Все перечисленные виды ранений и поражений могут сочетаться с лучевой болезнью I степени.

В процессе реабилитации раненых широко применяют лечебную

физкультуру

с использованием площадок и гимнастических снарядов, специально оборудованного спортивного городка и полосы препятствий.

Для обеспечения **лечебно-реабилитационных** трудовых процессов в **ВПГЛР** создают нештатные мастерские различного профиля (слесарные, сапожные, столярные, гончарные и др.). В качестве лечебного фактора необходимо использовать

боевую и физическую подготовку с обязательным учетом военно-профессиональной принадлежности раненых.

Экспертное решение о пригодности раненых к дальнейшей службе в армии по результатам лечения и реабилитации выносит военно-врачебная комиссия.