

зенитные 76-мм пушки образца 1914 г. системы Лендера и Тарновского были изготовлены на Путиловском заводе в марте 1915 г. [3. с. 8].

Зенитная позиция в Коробчицах является уникальным примером полевой фортификации времен Первой мировой войны, и может быть, единственной на территории Беларуси. Она является примером солдатской смекалки и находчивости, а так же качества работ при использовании подручных материалов. Есть сведения, что данная позиция использовалась войсками в ходе Гражданской войны, а так же в ходе Великой Отечественной войны.

В настоящее время в нескольких десятках метров от зенитной позиции располагаются копии землянок партизанского лагеря и демонстрационная площадка, с образцами военной техники, участвовавшей в Великой Отечественной войне. Так же имеется землянка, оборудованная под партизанский медицинский пункт. Историко-культурный комплекс «Гродненская крепость – Партизанский лагерь» ежегодно посещают десятки тысяч туристов. На его территории созданы условия для проведения занятий с военнослужащими и призывниками. Ежегодно на майские праздники в партизанском лагере проводятся мероприятия, посвященные Великой Отечественной войне, на которых присутствуют ветераны и молодое поколение. Зенитная позиция и партизанский лагерь, в рамках учебного процесса, представляют интерес для школьников, проходящих обучение по программе допризывной подготовки, а так же студентов, проходящих обучение по программе подготовки младших командиров и офицеров запаса.

Литература

1. Барсуков Е.З. Артиллерия русской армии (1900 – 1917 гг.). Том 1.. М.: Воениздат, 1948. – 392 с.
2. Пивоварчик, С. А. Белорусские земли в системе фортификационного строительства Российской империи и СССР (1772-1941): монография / С. А. Пивоварчик. – Гродно: ГрГУ, 2006. 252 с.
3. Справочник офицера противовоздушной обороны / Г.В.Бурмистров. Б.М.Букин и др. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Воениздат, 1987. – 512 с.

ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ МОЗГОВОГО ОТДЕЛА ЧЕРЕПА ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВО ВРЕМЯ ВОВ. ВСТРЕЧАЕМОСТЬ. ОСЛОЖНЕНИЯ. ИСХОДЫ

Бекиш В.А., Цымбалистый А.В.

*Гродненский государственный медицинский университет
Научный руководитель – майор м/с Соловьёв А.В.*

Введение. Под боевыми повреждениями черепа и головного мозга принято понимать всю совокупность травм и ранений, возникающих у пострадавших в ходе ведения боевых действий. До последнего времени при анализе структуры боевых повреждений основное внимание нейрохирургов уделялось огнестрельным ранениям, к которым по существу сводилось все

многообразие повреждений, возникавших в боевой обстановке.

Огнестрельные ранения представляют собой открытые повреждения, нанесенные пулями, первичными и вторичными ранящими снарядами взрывных устройств.

Классификация.

Огнестрельные ранения бывают: слепые, сквозные, касательные, рикошетирующие.

По предложению И.С.Бабчина и Н.С.Косинской принято деление слепых ранений черепа и мозга на 4 подвиды:

- простые ранения – раневой канал и инородное тело расположены в той же доле мозга к которой прилежит дефект;
- радиальное – ранящий снаряд достигает серповидного отростка и останавливается у него;
- сегментарное – ранящий снаряд поражает одну или две соседние доли мозга, составляя как бы сегмент по отношению к окружности черепа;
- диаметральное – инородное тело проходит через мозговое вещество по диаметру и останавливается у внутренней пластинки кости.

Сквозные ранения черепа могут быть сегментарными и диагональными. Редкой их разновидностью могут быть сквозные диагональные ранения, при которых ранящий снаряд проходит через челюстно-лицевую область или шею, основание черепа и по диагонали через мозговое вещество. Касательные (тангенциальные) ранения характеризуются поверхностным ходом раневого канала. В зависимости от направления полета ранящего снаряда могут возникать ранения мягких тканей и непроникающие ранения. Особую опасность представляют касательные пулевые ранения, при которых непроникающие черепно-мозговые ранения или даже ранения мягких тканей могут сопровождаться грубыми внутричерепными изменениями – формированием внутричерепных гематом, очагов разможнения головного мозга. По локализации огнестрельные ранения делятся на ранения свода черепа: лобной, теменной, затылочной долей и парабазальные ранения. Они бывают передние: лобно-орбитальные, височно-орбитальные; средние: височно-сосцевидные; и задние: задней черепной ямки и краниоспинальные. Выделяют одиночные, множественные и сочетанные ранения. Множественными принято называть несколько (более одного) ранений одной анатомической области, сочетанными – одновременное поражение нескольких анатомических областей: мозгового черепа и лица, черепа и конечностей и т.д.

Встречаемость. По опыту Великой Отечественной войны огнестрельные ранения составили 67,9% всех боевых повреждений черепа и головного мозга, закрытые травмы мозга имели место в 10,9%, прочие повреждения (ранения холодным оружием, открытые повреждения тупым орудием, транспортные травмы) составили 21,2%.

Частота огнестрельных ранений черепа за период Великой отечественной войны была неодинакова. Так, при оборонительных боях первого года войны, а также при позиционном характере боевых действий процент ранений черепа

был невелик, при наступательных боях и преследовании разгромленного противника возрастал в основном за счет игнорирования многими бойцами защитных касок.

Из всех повреждений, нанесенных солдатам во время Великой Отечественной войны, закрытые травмы головы и шеи имелись у 11,4% раненых. Закрытые травмы только мозгового черепа с повреждением кости составляли 2,4% по отношению к общему числу закрытых травм. Сюда относятся травмы, полученные в результате при обвалах блиндажей и зданий, при авариях на транспорте, в результате завалов камнями землей, бревнами и т.д.

Более половины (54,6%) всех раненных в мозговой отдел головы имели повреждения только мягких тканей, которые характеризовались легким течением, и основная масса раненых полностью выздоравливала

Чуть более четверти раненных в голову (28,1%) пострадавших имели тяжелые проникающие повреждения черепа и головного мозга. В связи со сложностью и длительностью лечения у таких пострадавших, возникала необходимость создания широкой сети специализированных врачебных учреждений.

Оставшуюся часть (17,3%) составляли раненные с непроникающей травмой, но с повреждением костей черепа, при которых твердая мозговая оболочка оставалась целой. Очевидно, процесс восстановления протекал у них значительно лучше, чем у бойцов с проникающим повреждением головного мозга, однако они так же нуждались в оказании им специализированной помощи.

Таким образом, ранения черепа, как проникающие, так и не проникающие, составили 45,4% среди всех повреждений мозгового отдела головы. В связи с большим разнообразием использовавшейся техники в период Великой Отечественной войны, характер огнестрельных ранений черепа был крайне вариативным. Одиночные ранения черепа наблюдались в 62,2% случаев. Остальные же 37,8% случаев приходились на множественные ранения.

Кроме того множественные ранения черепа распределялись по степени тяжести следующим образом:

- Ранения мягких тканей – 8,2%;
- Непроникающие ранения – 7,9%;
- Проникающие ранения – 6,7%.

Тенденция к уменьшению количества множественных ранений более тяжелой степени по сравнению с легкой степенью свидетельствует о том, что данные тяжелые ранения чаще всего были несовместимы с жизнью и раненые погибали еще на поле боя, не попав на этап эвакуации.

Сочетанные повреждения мозгового отдела головы встречались так же достаточно часто, причем множественные сочетания (поражение нескольких анатомических областей) встречались наиболее часто (9,2%) среди всех сочетанных повреждений. Множественные сочетания чаще всего относились к одновременным ранениям мелкими осколками мин черепа, лица, шеи, уха,

глаза и плечевого пояса. Далее по частоте следуют сочетанные ранения черепа и верхних конечностей, затем нижних конечностей, грудной клетки и т.д.

По виду снаряда, которым было нанесено повреждение, была собрана следующая статистика: осколочные повреждения – 82,7%; пулевые ранения – 17,3%.

Множественные ранения мозгового черепа чаще всего были вызваны осколочным поражением, однако, в отличие от предыдущих войн, появилось и немалое количество множественных пулевых ранений, связанных в основном с ведением пулеметного и автоматного огня.

В зависимости от характера раневого канала ранения были:

- Касательные – 45,9%;
- Слепые – 38,5%;
- Рикошетирующие – 11,1%;
- Сквозные – 4,5%.

Причем наиболее легкими были касательные ранения, на втором месте были слепые. Рикошетирующие ранения чаще всего встречались при непроникающих повреждениях.

Среди проникающих ранений наиболее типичными были слепые ранения, а затем уже касательные, и в самую последнюю очередь – сквозные. Касательные повреждения более характерны для пулевых ранений. По мере возрастания тяжести повреждения, частота встречаемости касательных повреждений снижалась, особенно при осколочных ранениях.

При осколочных же ранениях преобладают слепые повреждения и наблюдаются тем чаще, чем тяжелее степень поражения.

Сквозные пулевые ранения встречаются в 9 раз чаще таких же ранений осколками. Частота их нарастает по мере увеличения степени тяжести повреждения. Так, среди всех проникающих пулевых ранений, сквозные повреждения занимают 37,1%, несмотря на то, что во время Великой Отечественной войны количество всех пулевых ранений резко сократилось, по сравнению с предыдущими войнами.

По локализации непроникающих повреждений собраны следующие данные:

- Теменная доля – 29,8%;
- Лобная доля – 14,5%;
- Затылочная доля – 11,7%;
- Височная доля – 10,5%;
- Более двух областей – 4,0% и др.

По локализации проникающих повреждений собраны следующие данные:

- Теменная доля – 24,0%;
- Лобная доля – 11,9%;
- Височная доля – 10,3%;
- Затылочная доля – 11,1%;
- Более двух областей – 7,5% и др.

Клинически при ранениях мозгового отдела головы наблюдались следующие симптомы:

- Нарушения сознания – 75,9%;
- Нарушения слуха – 33,0%;
- Изменения в показателях крови – 24,9%;
- Нарушения зрения – 17,6%;
- Двигательные нарушения – 17,2% и др.

Стоит отметить что внутрочерепные и внутримозговые гематомы являлись редким явлением и появлялись только в 0,9% и в 4,5% случаев соответственно.

Осложнения. Инфекционные осложнения ранений мозгового отдела головы среди всех ранений черепа появлялись в 17,0% случаев, причем почти половина (45,7%) проникающих ранений сопровождалось развитием инфекционных осложнений. Такие осложнения протекали тяжело, чаще всего сопровождалось разрушением вещества мозга и обычно не удавалось их вылечить. Среди таких осложнений выделяли менинго-энцефалит, менингиты, абсцессы головного мозга.

При непроникающих ранениях инфекционные осложнения появлялись у каждого пятого (19,8%) солдата. Среди таких осложнений самыми частыми были остеомиелит и гнойные свищевые ходы. Большую часть удалось вылечить. Это связано с широким снабжением армии антисептическими растворами и сульфаниламидами, которые были крайне широко распространены как в случае проникающих (94,1%), так и непроникающих (81,7%) повреждениях. Однако у каждого двадцатого раненого с непроникающим ранением черепа развивались тяжелые осложнения как при проникающих ранениях.

Так же большое значение имело применение дегидратирующих средств для борьбы с травматическим отеком и набуханием мозга. В случае проникающих повреждений 82,1% получали дегидратирующие средства, при непроникающих повреждениях их получали 69,2% раненых.

У солдат с проникающим повреждением головного отдела головы в 2,6% случаев развивалась ранняя эпилепсия. Она не была самостоятельным заболеванием, а являлась лишь симптомом.

Исходы. Исходами повреждений мозгового отдела являлись полное выздоровление, утрата трудо- и боеспособности (как временная, так и полная) и смерть:

- Полностью выздоровели – 68,5%;
- Утратили трудоспособность – 14,9%;
- Умерли – 16,6%.

Любопытно, что процент смертности при увеличении степени тяжести повреждения резко возрастает (с 0,4% при повреждении мягких тканей и 3,6% при непроникающем повреждении до 53,2% при проникающем повреждении).

Заключение. Таким образом, в годы Второй мировой войны, огнестрельные ранения были наиболее распространённым видом повреждений

мозгового отдела головы. По характеру раневого канала преобладали касательные и слепые ранения, а по локализации-ранения теменной области.

В связи с большим разнообразием использовавшейся техники в период Великой Отечественной войны, характер огнестрельных ранений черепа был крайне вариативным. Однако более половины всех ранений были непроникающими, что значительно облегчало их лечение и в большинстве случаев завершалось полным выздоровлением раненого.

Осложнения огнестрельных ранений мозгового отдела головы чаще всего носили инфекционный характер. Однако, в следствии того, что большинство ранений были непроникающими, частота осложнений значительно сокращалась.

Исход же таких ранений чаще всего был благоприятным и более 2/3 раненых полностью выздоравливали.

Литература

1. Ефим, С. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг / С. Гирголав, Л. Орбели. - Москва: Книга по требованию, 1952. - 540 с.

2. Бабчин, И. С. Классификация огнестрельных проникающих ранений черепа и статистические данные / И. С. Бабчин // Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. - М.: Медгиз, 1950. - Т.4. - С.326-331.

3. Полищук, Н. Е. Огнестрельные ранения головы / Н. Е. Полищук, В. И. Старча. – К.: изд-во ТОВ «ТоН», 1996. – 117 с.

ДОНОРСКОЕ ДЕЛО ВО ВРЕМЕНА ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Бондар К.Д.

*Гродненский государственный медицинский университет
Научный руководитель – подполковник м/с Флюрик С.В.*

В период Великой Отечественной войны интерес к практическому применению переливания крови значительно возрос. Оно получило широкое использование в лечебных учреждениях – как на фронте, так и в тыловых условиях. Выявилась необходимость создания в действующей армии специальной организации, руководящей переливанием крови в лечебных учреждениях. Были созданы внештатные «группы переливания крови», отделения и отделы переливания крови при санитарных отделах армий на всех фронтах, на флотах и при госпиталях военно-морских баз – пункты переливания крови. Во всех лечебных учреждениях фронта и эвакогоспиталях были выделены врачи, ответственные за переливание крови [1].

Во время Великой Отечественной войны Служба крови прошла три основных этапа развития.

Первый этап связан с ее развитием и формированием. В июле 1941 года Главное военно-санитарное управление (ГВСУ) направляет в войска