

# РАЗВИТИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

**Аксамит Инна Валерьевна**

Гродненский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – старший преподаватель военной кафедры  
подполковник м/с Князев И. Н.

**Актуальность.** Во время военных действий часто люди получали ранения, которые обезображивали их тело, что мешало обычной социальной жизни, а также трудоустройству. Появилась острая нужда восстановления внешнего вида и при необходимости – протезирования конечностей для продолжения жизни человека. На сегодняшний день восстановительная хирургия также пользуется высоким спросом, принимая во внимание последствия аварий, пожаров, несчастных случаев.

**Цель:** изучить развитие восстановительной хирургии в годы Великой Отечественной войны.

**Задачи:** оценить состояние восстановительной хирургии до начала и после ВОВ; оценить вклад Виктора Кононова в развитие протезирования.

**Материалы и методы:** в исследовании использованы исторические данные, материалы исследований А. Б. Поволоцкого, а также применены статистические и общенаучные методы исследования.

**Результаты и их обсуждение.** Миллионы советских солдат пережили ранения, обморожение конечностей или гангрену. Несмотря на их заслуги, отношение государства к инвалидам Великой Отечественной было сложным и противоречивым. В культуре, в которой многие века формировалось негативное отношение к инвалидам, огромное количество безногих, безруких и обезображенных мужчин представляли существенную угрозу мифу о неуязвимости Советского Союза, культивируемому в разгар холодной войны.

Многие инвалиды после войны стали вести асоциальный образ жизни, ведь общество их страшилось, а многие из них просто физически не могли работать. В итоге регулярно арестовывавшихся за бродяжничество инвалидов размещали в специнтернаты.

Восстановительная хирургия до начала ВОВ существовала и при челюстно-лицевых травмах была уже неплохо отработана – по зарубежному опыту Первой Мировой и по отечественному – мототравмы и неудачные суициды, но, как правило, использовалась редко.

К началу войны важнейшим элементом пластической хирургии стал так называемый «мигрирующий стебель по Филатову». Из кожи, обычно с живота или бедра, делали трубку, и вшивали в кожу один ее конец, другой оставляя на месте. Когда кровеносные сосуды начинали питать стебель,

оставленный на месте конец отделяется и перемещается дальше – так можно в несколько приемов довести трансплантат с бедра на лицо.

Одним из направлений стала ринопластика – восстановление носа – по «индийскому способу», лоскутом из лба.

Еще одна задача пластических хирургов – последствия травм кисти. В отличие от ног, где нередко ампутация на удобном для протезирования уровне оказывается операцией выбора, на руках хирурги борются буквально за каждый миллиметр фаланги. Если же все усилия врачей оказывались бесполезными, на помощь приходила пластика. Операция мобилизации первой фаланги большого пальца (а кисть оказывается относительно работоспособной, если на ней сохранены большой палец и хотя бы один из остальных) делала руку пусть некрасивую, но пригодную к труду. Другой вариант – пересадка на руку большого пальца с ноги.

Одним из прорывов в СССР стало усовершенствование операции Крукенберга (В 1917 г. немецкий хирург Крукенберг предложил операцию, делающую из костей предплечья два «пальца», подвижных и чувствительных) – для покрытия «пальцев» использовалась кожа предплечья, а не пересаживаемый лоскут. В результате, операция получилась менее травматичной, а чувствительность появлялась гораздо быстрее.

И еще одна задача, крайне важная, хотя и редкая, решалась пластическими хирургами – фаллопластика. Ранения полового члена встречаются на войне редко – как правило, они сопровождаются ранением в живот и составляют 0,1%.

Однако для Великой Отечественной войны 0,1% раненых – это 15000 человек, в большинстве своем 18-22 лет. Большая часть ранений не сопровождалась травматической ампутацией, но несколько тысяч красноармейцев нуждались в операциях по поводу серьезных деформаций или частичной ампутации члена.

Академик Богораз еще до войны разработал операцию фаллопластики. Из реберного хряща и филатовского стебля изготовлялся вполне удовлетворительно действующий орган, способный к эрекции и достаточно чувствительный. В послевоенный период советские урологи начали активно использовать данную технологию и констатировали, что у раненых после операции стремительно исчезали явления депрессии и суицидальные мысли. Пациенты возвращались к полноценной жизни.

В послевоенное время, чтобы сохранить мировой образ советского человека – здорового, а главное трудоспособного – остро встал вопрос о восстановлении инвалидов. Открыт был вопрос о развитии протезирования в промышленных масштабах, а также о восстановлении обезображенного тела. Восстановительная хирургия за годы войны шагнула стремительно вперед, и стала как никогда актуальной и часто проводимой.

В решении этой задачи велико значение протезов, использование которых решало следующие проблемы: эстетического, политического и

культурного характера. Они позволяли инвалидам не чувствовать себя зависимыми от государства и окружающих, работать и скрывать свое увечье.

Виктор Кононов – лауреат Сталинской премии, разработавший первый в Советском Союзе активный протез – все пять пальцев протеза могли двигаться таким образом, что пользователь мог зажать и держать предмет. Кононов сам был инвалидом, потерявшим руку в 1928 г.

Специалисты из СССР высоко оценили изобретение Коконова, говоря, что оно превосходит американские аналоги по функциональности, простоте и стоимости. Подчеркивалось, что протез позволяет «изжить психологические страдания» калеки, позволяет вернуться к нормальной жизни.

**Выводы.** Восстановительная хирургия и протезирование сделали большой прорыв в своем развитии. Появилось много новых видов операций, более удобных и функциональных протезов. Инвалиды больше не были «ненужными» для общества, благодаря развитию этой отрасли, они могли нормально вести социальную жизнь, работать, создавать семью. Благодаря опыту и открытию прошлых лет, сегодня восстановительная хирургия показывает феноменальные результаты, а протезы – можно не отличить от реальных частей тела.

#### **Литература:**

1. Приоров, Н. Н. Ампутированные конечности и протезы / Н. Н. Приоров. – Москва, 1941. – 105 с.
2. Этапно-эвакуационная схема лечения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://samlib.ru/p/powolockij\\_a\\_b/msb.shtml](http://samlib.ru/p/powolockij_a_b/msb.shtml). – Дата доступа: 24.03.2021.
3. Еланский, Н. Н. Военно-полевая хирургия: пособие для военных врачей / Н. Н. Еланский. – 5-е изд., испр. и доп. – Л.: МЕДГИЗ, 1950. – 288 с.

## **АЛЕКСАНДРОВ НИКОЛАЙ НИКОЛАЕВИЧ**

### **Аль Абдаллах Валерия Хайссамовна**

Гродненский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – преподаватель военной кафедры  
подполковник м/с Соловьев А. В.

**Введение.** Николай Николаевич Александров (1917-1981) – советский хирург, организатор здравоохранения, член-корреспондент АМН СССР, профессор. Председатель Белорусского республиканского научного общества онкологов, член правлений Всесоюзных научных обществ онкологов, рентгенологов и радиологов, член научного совета по проблеме «Злокачественные новообразования» при президиуме АМН СССР. Герой Социалистического Труда (1977).