

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГЕМОПНЕВМОТОРАКСЕ ОГНЕСТРЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

*Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
Минск, Республика Беларусь<sup>1</sup>,  
Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург, Россия<sup>2</sup>*

---

Несмотря на сложившийся опыт хирургического лечения огнестрельных ранений груди за время первой мировой войны и событий на Халхин-Голе, многие вопросы оставались еще нерешенными.

Надлежащие способы обезболивания еще не были разработаны. При ушивании открытого пневмоторакса в медико-санитарном батальоне почти исключительно проводили местное обезболивание тканей грудной стенки. В ряде случаев в госпиталях при операциях по поводу возникших осложнений использовали простой масочный наркоз, не позволявший управлять легочным этапом газообмена.

С этим наши медики вступили в Великую Отечественную войну 1941-1945 гг.

В практике лечения раненых с закрытым гемопневмотораксом сформировалась твердая убежденность в необходимости полного удаления крови из плевральной полости. В большинстве лечебных учреждений, опасаясь повторного кровотечения из расправленного легкого, удаление крови производили пункционным способом. При этом аспирировали не более 300-500 мл, заполняя освободившуюся полость плевры воздухом (Банайтис С.И., 1945; Беркутов А.Н., 1945 и др.).

В противоположность подобной сдержанной тактике выделялось предложение И.И. Дубинкина (1944) при большом гемотораксе устанавливать дренаж в плевральную полость уже в первый день поступления

раненого. В случаях же средних и малых гемотораксов он рекомендовал ограничиться пункциями плевры.

К концу Великой Отечественной войны все настойчивее стала проявляться тенденция обязательного пункционного удаления всей крови из полости плевры с целью расправления легкого вслед за ушиванием открытого пневмоторакса (Линберг Б.Э., 1944; Куприянов П.А., 1944; Колесников И.С., 1945).

В ряде случаев при больших раневых дефектах грудной стенки в плевральной полости оставляли дренажные трубки на 3 – 4 дня (Дубинкин Н.Н., 1945), что позволило снизить летальность у этой категории раненых в 1,5 – 2 раза.

Однако дренирование полости плевры выполняли еще очень редко – в 2,5% случаев.

Лишь при клапанном пневмотораксе не было особых расхождений в оценке необходимости срочной декомпрессии путем дренирования полости плевры с применением дренажа по Бюлау-Петрову.

Своеобразным итогом работы военных медиков явился обобщенный в 9-м и 10-м томах под руководством П.А. Куприянова «Опыт Советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг.» (1950), в котором достаточно четко вырисовывается построение общих принципов оказания помощи и хирургического лечения пострадавших с огнестрельным гемопневмотораксом в военно-полевых условиях.

*Поступила 8.11.2012 г.*