

В 63.
6383

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ КРАСНОЙ АРМИИ

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ

Ж У Р Н А Л



№ 12
1—2—6

ЯНВАРЬ — ФЕВРАЛЬ

МЕДГИЗ · 1946

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
КРАСНОЙ АРМИИ

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ

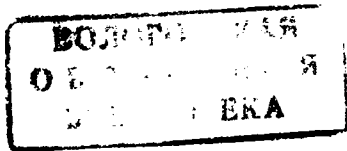
Ответственный секретарь
полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ

Члены редколлегии:

генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-полковник медицинской службы Н. Н. БУРДЕНКО,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал-лейтенант медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН

1—2

ЯНВАРЬ—ФЕВРАЛЬ



6383
\$

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 140

Отв. редактор Е. И. Смирнов

Издается с 1823 г. Сдано в производство 14/Ш 1946 г. Подписано к печати 29/171 1946г.
А 05187 Форм. б. 70X108/16. Печ. л. 4. Уч.-изд. л. 6,95. Знаков в 1 п. л. 69 ОСО тыс.
Тираж 8800 экз. Цена 4 р. Заказ 151

13-я тип. треста „Полиграфкнига“ ОГИЗа при СНК РСФСР. Москва, Денисовский, ^30

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Полковник мед. службы В. М. ШУСТОВ

О ЗАДАЧАХ ЛЕЧЕБНОЙ РАБОТЫ В КРАСНОЙ АРМИИ

«Нам нужно больше всего думать о том, как правильнее организовать труд..., чтобы производительность труда советского человека и качество его работы давали наилучшие результаты!»

В. М. Молотов

(из доклада о 28-й годовщине Октября)

■

Полной победой над фашистскими империалистическими захватчиками Красная Армия завершила борьбу на фронтах Великой отечественной войны. Народы Советского Союза вернулись к мирному труду. Красная Армия перешла к мирной учебе и охране свободной трудовой жизни народов великой родины.

Медицинская служба Красной Армии с честью справилась со своими задачами в дни Отечественной войны. Самоотверженным трудом и героической борьбой за жизнь и здоровье воинов-защитников родины санитары, медицинские сестры, фельдшеры и врачи покрыли себя неувядаемой славой и заслужили искреннее уважение и любовь бойцов и офицеров Красной Армии.

Никогда еще в истории войн медицинская наука и ее люди не принимали столь широкого и непосредственного участия на полях сражений, как в Великую отечественную войну советского народа в 1941—1945 гг. Мужественный труд медицинских работников Красной Армии явил в тяжелые годы войны подлинное величие человеколюбия и беззаветной преданности родине и народу. Сотнями тысяч спасенных жизней и возвращенных в строй бойцов и офицеров — лучших резервов Красной Армии — военная медицина завоевала в глазах командующих войсками военных округов, армий и фронтов авторитет верного и надежного помощника в достижении победы. Теперь необходимо закрепить заслуженный авторитет, чтобы роль и значение медицинской службы в охране и укреплении здоровья воинов, в повышении боевой мощи Красной Армии были подняты еще выше.

После окончания войны перед медицинской службой Красной Армии в области лечебного и профилактического обслуживания войск возник ряд сложных и ответственных задач, которые можно разбить на две группы: одна группа относится к вопросам ликвидации санитарных последствий войны, вторая связана с мероприятиями по реорганизации системы, лечебно-профилактической работы.

Обе эти группы тесно и неразрывно связаны между собой и не могут осуществляться порознь; обе должны решаться с учетом богатейшего исторического опыта как довоенного, так и приобретенного в период Великой отечественной войны и на основе современных достижений медицинской науки. Для успешного решения этих вопросов нужна огромная, напряженная работа, использование всех творческих сил, опыта, знаний и патриотического энтузиазма всех работников медицинской службы. •

К главнейшим и первоочередным задачам первой группы по ликвидации санитарных последствий войны должны быть отнесены следующие:

1. Успешное завершение лечения раненых и больных, эвакуированных с фронтов Отечественной войны.

2. Ликвидация в кратчайшие сроки венерических заболеваний и туберкулеза, распространившихся в местностях, бывших во временной оккупации врага.

3. Восстановление здоровья и физического состояния личного состава Красной Армии, особенно генералов, офицеров, сержантов и бойцов, перенесших тяжелые ранения, контузии и заболевания, связанные с тяжелыми условиями на фронтах и напряженной работой в тылу.

Все это, естественно, должно осуществляться в тесном контакте с гражданскими органами народного здравоохранения и с их деятельностью по лечению инвалидов Отечественной войны и по ликвидации заболеваемости среди населения.

Успешное решение этих вопросов полностью зависит от правильного и быстрого претворения в жизнь задач второй группы, из которых особое внимание должны привлечь следующие:

1. Реорганизация системы лечебно-профилактического обслуживания войск с учетом охвата новых для военно-медицинской службы контингентов—воспитанников суворовских училищ, членов семей генералов и офицеров (кадровых и ушедших в отставку), женщин, добровольно остающихся на службе в Красной Армии, а также вольнонаемных сотрудников частей и учреждений Красной Армии.

С этой целью необходимо: а) значительно расширить объем и повысить квалификацию лечебной работы подразделений медицинской службы в составе войсковых частей и соединений; б) перестроить и расширить объем и виды специализированного лечения в госпиталях, повысить роль последних в улучшении лечебной профилактической работы в войсках.

2. Организация лечебно-профилактической работы всех звеньев медицинской службы Красной Армии на уровне современных требований медицинской науки. Это возможно только при условии единого понимания и настойчивого, повседневного претворения в жизнь основных принципов советской медицины применительно к условиям Красной Армии.

Медицинские работники Красной Армии в своей деятельности должны прежде всего иметь в виду, что на физическое состояние, здоровье человеческого коллектива, любой войсковой части постоянно воздействует ряд специфических факторов, общих для всей Красной Армии. Без полного учета их невозможна правильная организация медицинского, лечебно-профилактического обслуживания войск. Факторы эти частью положительные, частью отрицательные.

Положительными являются:

а) общие социально-политические особенности и устои Красной Армии, обеспечивающие прочное и высокое политико-моральное состояние и сознательную дисциплину коллектива любой части;

б) весь комплекс боевой подготовки, физической тренировки, организации режима труда и быта, благоприятно воздействующий на организм;

в) возрастная однородность большинства коллектива и медицинский отбор при призыве в армию.

Из отрицательных факторов должны учитываться:

а) резкая перемена климата, обстановки, образа жизни, характера умственного напряжения;

б) совместное проживание контингентов, прибывших из районов с различными эпидемиологическими условиями;

в) постоянное общение и неизбежный контакт большого числа людей, облегчающие быстрое распространение инфекции и т. п.;

г) возможность отрицательного влияния на некоторых молодых

солдат с незаконченным физическим развитием высокой физической нагрузки, связанной с боевой подготовкой;

д) возможность возникновения заболеваний в результате воздействия некоторых неблагоприятных условий и факторов, учебных занятий и военной службы; солнечные и тепловые удары, отморожения в походах, кожные заболевания и травмы (в кавалерии, бронетанковых войсках) и т. д.

Указанные положительные условия и факторы ограничивают возможность возникновения и развития в армии заболеваний, свойственных гражданскому населению в молодом возрасте. Отрицательные же факторы создают почву и облегчают развитие других характерных для армии заболеваний, которые дают повод и основание специально изучать их как „войсковые болезни“.

Умелое использование положительных и нейтрализация отрицательных факторов в целях охраны и укрепления здоровья составляют одну из решающих предпосылок успешной деятельности медицинской службы Красной Армии.

Нужно также постоянно учитывать принципиальное положение советского здравоохранения о том, что лечение и профилактика неделимы и составляют две стороны одного целого, в котором профилактика служит основанием и содержанием как организации, так и методики лечения.

Основным, ведущим направлением в лечебном деле военной медицины должно быть профилактическое лечение.

Профилактическое направление в лечебном деле может и должно обеспечить наибольшие успехи в снижении заболеваемости в войсках. Необходимо настойчиво стремиться к распознаванию болезней в самых ранних стадиях, к раскрытию стертых и атипичных форм заболеваний, в особенности в преморбидном периоде их, до наступления подчас необратимых изменений в органах.

Изучать заболевания необходимо в их связи с конкретными условиями окружающей среды, трудом и бытом. В процессе лечения больного должны применяться не только средства и методы для местного, локального воздействия, на болезненный очаг, но в особенности средства и методы общего воздействия на организм: физиотерапия, лечебная физкультура, трудотерапия, лечебное и рациональное питание, длительный сон и т. д.

Лечебная работа военно-медицинских работников в стационаре, амбулатории не может проходить в отрыве от профилактической работы в самих войсках.

Таковы основные задачи и принципы организации лечебно-профилактической работы в Красной Армии. Они привели к необходимости покончить с совершенно недопустимым отрывом лечебного стационара от амбулатории и поликлиники; такой отрыв лишает врача возможности проводить динамическое наблюдение за больным, за эволюцией заболевания и устраняет преемственность в лечении, необходимую для большей его эффективности.

Вот почему в Красной Армии проведена реорганизация штатно-организационной структуры лечебно-профилактических учреждений, объединены госпитали с поликлиниками, усилен штат госпиталей мирного времени, расширена их специализация, предусмотрены новые отделения в госпиталях — лечебной физкультуры, трудотерапии, отделение выздоравливающих. Войсковые части и соединения получили свои лечебные стационары-лазареты, позволяющие значительно увеличить объем лечебной помощи.

Медицинские пункты части, войсковые лазареты, гарнизонные, окружные госпитали и, наконец, Главный военный госпиталь Красной Армии должны быть не только последовательными ступенями в сети

лечебных учреждений, но должны стать единой и строевой базой лечебно-профилактического обслуживания войск в мирное время. Эта база должна воспринять лучшие стороны и опыт системы лечебно-эвакуационного обслуживания войск в Отечественную войну, преемственное специализированное лечение.

От медицинских работников Красной Армии, в первую очередь от организаторов, руководителей медицинской службы и врачей, потребуется организовать лечебно-профилактическое обеспечение войск с учетом неизбежных и подчас глубоких изменений в состоянии здоровья, реактивности организма, вызванных потрясениями и условиями войны, как у военнослужащих — непосредственных участников военных действий, так и среди призывных контингентов. При этом следует учитывать, что тяжелые условия войны оставили следы в организме участников, что ее последствия будут еще долго сказываться на характере заболеваемости и особенностях течения болезней.

Поэтому последовательными звеньями единой стройной системы лечебно-профилактических мероприятий по обслуживанию войск Красной Армии должны стать: 1) регулярные (ежемесячные) профилактические осмотры всего личного состава войск, 2) периодические глубокие (весенние и осенние) медицинские обследования, сочетающиеся с диспансерным изучением условий труда и быта, 3) ранняя госпитализация, 4) проведение в госпитале исчерпывающего специализированного и комплексного лечения до максимального восстановления трудоспособности, боеспособности и 5) последующее конкретное решение вопроса о дальнейшем служебном использовании военнослужащего.

Практически это должно означать следующее: 1) врач части при правильной постановке работы будет хорошо знать состояние здоровья личного состава, во-время заметит всякие изменения, сумеет взять под особое наблюдение нуждающихся в этом (ослабленных, хроников и др.), своевременно госпитализирует заболевшего, своевременно доложит и предложит командиру части необходимые меры предупреждения заболеваемости, травматизма и т. д.; 2) врач госпиталя не будет выписывать закончившего стационарное лечение с заключением „отдых при части“, поскольку этот „отдых“ при части равнодушно не может быть обеспечен: введенные в штат госпиталей отделения выздоравливающих исключают необходимость таких ранее широко практиковавшихся заключений; 3) специалисты госпиталя при выписке выздоровевшего после тяжелой инфекционной или иной болезни не забудут дать соответствующие рекомендации врачу части о необходимом последующем врачебном наблюдении, повторном направлении в госпиталь, временном или постоянном ограничении объема служебных обязанностей или переводе на другую работу, в другой род войск и т. д.

В свете всего сказанного чрезвычайно актуальным становится вопрос о всемерном повышении лечебной квалификации медицинского состава и в первую очередь врачей. Совершенно естественно, что большая, самодовлеющая задача повышения квалификации, специализации медицинских работников не может быть быстро решена одними курсами усовершенствования. Она может быть осуществлена лишь при условии сочетания этого способа с повседневной, настойчивой работой самих медиков по повышению специальных знаний в процессе практической деятельности в госпиталях и лазаретах под руководством более опытных товарищей. Особо следует подчеркнуть необходимость всячески поощрять врачей, стремящихся овладеть смежными специальностями, а также методами функциональной диагностики и лечения. Повышение специальной лечебной квалификации необходимо сочетать с усвоением сведений о современных достижениях теоретической медицины — нормальной, патологической, клинической физиологии, нормальной и патологической анатомии.

Работа над повышением квалификации должна непременно сочетаться с овладением теорией и методологией диалектического материализма. Активное участие в консультациях, теоретических и практических научных конференциях, анатомио-клинических конференциях, постановка научных докладов, лекций, посещение заседаний научных обществ, работа в библиотеках — вот далеко не полный перечень форм и способов роста квалификации работников медицинской службы Красной Армии.

Повышение квалификации должно быть связано с развертыванием научно-исследовательской, изобретательской и рационализаторской работы. Госпитали Красной Армии по своему оснащению и штатным возможностям могут и должны стать подлинно клиническими учреждениями. Клиническое ведение исследования и лечения больных при хорошо поставленном учете результатов в историях болезней даст все необходимое для последующего научного обобщения и выводов.

В каждом госпитале, медицинском подразделении войсковой части, соединении должна быть мобилизована пытливая исследовательская мысль, для которой в условиях Красной Армии имеются широчайшие возможности. Объектами научно-исследовательской работы должны служить не только лечебно-методические вопросы, техническое оснащение, но обязательно также лечебно-организационные вопросы.

Таковы в кратких чертах главнейшие очередные задачи в области лечебной и лечебно-профилактической работы.

Для решения этих задач, конечно, необходимо создание определенных предпосылок и условий.

Одной из решающих предпосылок является правильная расстановка кадров врачей, фельдшеров, медицинских сестер и такая организация их труда, которая обеспечивала бы максимум времени для плодотворной лечебной работы и способствовала бы повышению лечебной квалификации их во всех звеньях медицинской службы. Создание таких условий должно стать первейшей заботой и обязанностью организаторов и руководителей медицинской службы всех рангов и степеней. Забота их о всемерном повышении культуры (внешней и по содержанию) труда медицинских работников и четкой организации лечебной помощи, забота о подлинно культурной обстановке на медицинском пункте, в амбулатории, лазарете, госпитале не должна ослабляться ни на один день.

Вторым обязательным условием успеха должно явиться большевистское воспитание кадров медицинских работников от мала до велика. Необходимо, чтобы все работники медицинской службы прониклись сознанием необходимости поднять на высшую ступень заботу о воинах Красной Армии, не щадивших своей крови и жизни для защиты свободы, чести и счастья народов нашей родины. Сознание почетной обязанности и высокой ответственности, возложенной на работников медицинской службы Красной Армии по охране здоровья и лечению бойца, воспитанника суворовского училища, слушателя академии, офицера, генерала и членов их семей, не должно покидать их ни на минуту. Это не только поможет им более полно и быстро решать указанные задачи, но и позволит предупредить ошибки, которые все еще имеют место в лечебной практике.

Одни из них происходят от нарушения принципа преемственности лечения больного. Чаще всего по этой причине медицинские ошибки совершаются в амбулаторной практике и при оказании помощи на дому. Врачи-поликлиник легко поддаются под влиянием „амбулаторной“ обстановки, где встречаются преимущественно „легко больных“, видя их не ежедневно. Оказав помощь больному при первом его обращении, амбулаторный врач нередко считает свою миссию законченной. Врач помощи на дому, оказав помощь больному при вызове на дом, не считает себя обязанным вести наблюдение до конца или

передать больного в порядке преемственности следующему дежурному врачу. В результате нередко оказывается, что больной на дому находится под наблюдением нескольких врачей. Ничего, кроме вреда, подобная практика принести не может.

Другого рода ошибки, наблюдаемые как в лечебных стационарах, так и у войсковых врачей, происходят в результате недооценки и непонимания значения и роли консультации. Консультация со специалистами нередко подменяется направлением больного или вызовом врача на „консультацию“¹¹, в которой лечащий, наблюдающий врач не только не принимает участия и не ставит на разрешение возникшие у него вопросы, но часто даже ничем не мотивирует приглашенные консультанта. Консультанта часто привлекают только потому, что больной указал на болезненные ощущения в области, лежащей вне „специальности“¹¹ лечащего врача.

Такое отношение к консультации следует осудить как следствие вредного увлечения узкой специализацией и стремления избежать работы „не по специальности“¹¹. Терапевт (интернист) считает себя правым, отказываясь вывернуть веко, осмотреть ухо, горло, нос, провести офтальмоскопию только потому, что это не его специальность; венерологи отказывают ошупать живот, перкутировать и выслушать органы грудной клетки на том основании, что это „не их область“¹¹, хотя больные только попутно предъявили новую жалобу. Такие врачи подчас по каждому незначительному мотиву направляют на консультацию „по поводу жалоб“¹¹. Подобному искажению идеи консультации в военной медицине не может быть места.

Опыт Великой отечественной войны показал неоценимое значение комплексных методов исследования и лечения раненых и больных. Этим методом в значительной мере обязаны мы успехами в лечебной работе в период войны. Поэтому мы должны всемерно совершенствовать организационные формы осуществления этих методов в работе госпиталей, лазаретов и поликлиник в мирных условиях. Никакой врач не может стать специалистом во всех областях медицины или даже в области лечебных дисциплин. Однако ни один практический врач, тем более военный, не вправе ограничивать свои знания и практическую деятельность узкой специальностью. Каждый военный врач должен стремиться стать прежде всего разносторонне образованным практическим врачом типа хорошего участкового врача, а его специальность должна быть дополнительной надстройкой на его фундаментальном высшем медицинском образовании. Такая установка на расширение рамок квалификации врачей отнюдь не исключает, а, наоборот, предполагает активное и широкое применение в лечебной практике активного метода работы.

Эта установка вместе с тем предполагает необходимость прибегать к консультации, консилиуму не чаще, а разумней, не по всякому незначительному поводу или жалобе больного, а по действительна основательному мотиву, вытекающему из плана ведения больного и затруднений при решении вопросов диагностики, лечения, исследования, так как врачи часто увлекаются последними. Увлечение лабораторными, техническими методами приводит нередко к отрыву от самого больного, к тому, что анализов много, а синтеза, т. е. основного в изучении картины болезни,—нет. Эти недостатки, вызывающие ошибки третьей группы, чаще можно отметить в поликлиниках, амбулаториях, но они встречаются и в тех госпиталях, где специальные методы исследования излишне строго централизованы.

Нельзя также признать полезным излишнюю централизацию специальных лечебных средств, например, физиотерапевтических, лечебно-физкультурных. Правильнее и целесообразнее будет приблизить к постели больного лабораторные, инструментальные и другие специаль-

ые средства и методы исследования и лечения и привлекать к участию в них всех врачей лечебного отделения. Непременным законом должно быть участие лечащих врачей в таких видах исследований, как рентгенологические, лабораторные, функциональные, патологоанатомические, и в таких методах лечения, как диетотерапия, физиотерапия, лечебная физкультура, трудотерапия. Всемерное приближение к постели больного современных лечебных и диагностических средств и методов и совместная консультативная работа специалистов будут вернее гарантировать нас от диагностических и лечебных ошибок.

Наконец, четвертая группа ошибок происходит от несоблюдения врачами правил деонтологии: соблюдать осторожность в общении с больным, не допускать пренебрежения, всячески щадить психику больного и избегать излишней откровенности с ним в отношении его состояния, прогноза и тому подобных вопросов. Это больше всего относится к молодым врачам, но и более опытным полезно помнить эти правила. Пренебрежение этими требованиями приводит к распространению так называемых ятрогенных заболеваний, а равно и к принижению авторитета врача. Эти ошибки можно и нужно изжить путем ознакомления широких кругов медицинских работников с вопросами деонтологии и воспитания в них высоких советских принципов врачебной этики и морали.

В заключение следует сказать о роли и значении ведущих специалистов. Отечественная война вызвала к жизни институт главных специалистов округов, армий, фронтов и ведущих специалистов в лечебных учреждениях. Начальникам медицинской службы округов, армий, групп необходимо этот опыт закрепить и развить.

Главные терапевты, хирурги и /другие специалисты округов и групп войск должны использовать приобретенный ими огромный организационный опыт для осуществления задач лечебно-профилактической работы в мирных условиях. Каждый из них должен быть подлинным организатором специализированной помощи в гарнизонах округа. Отличное знание кадров, забота о росте их квалификации, о правильной, четкой организации лечебно-профилактической помощи в госпитале, лазарете, в войсках, о внедрении современных методов и средств лечения и профилактики, о техническом оснащении специализированных отделений госпиталей — главные обязанности окружных специалистов. Некоторые из них (окулист, невропатолог, отоларинголог, стоматолог, физиотерапевт, рентгенолог) будут выполнять обязанности главных окружных специалистов, находясь на штатных должностях в окружных учреждениях. Окружные специалисты не могут работать в отрыве от лечебного стационара; с их помощью окружные военные госпитали должны стать клиническими и учебными базами для медицинской службы каждого округа.

Окружным специалистам необходимо быть тесно связанными с соответствующими специалистами периферических лечебных учреждений, консультировать, проверять и направлять их работу. Всем окружным специалистам нужно также хорошо связаться друг с другом, согласовать свои мероприятия в единый план и добиваться осуществления принципа комплексности и преемственности в постановке лечебного дела во всех звеньях медицинской службы.

В окружных госпиталях ведущие специалисты — терапевт и хирург — не вправе ограничивать свою деятельность рамками госпиталя. Они обязаны активно влиять на постановку лечебного дела в периферических госпиталях и лазаретах. Специалисты гарнизонного госпиталя, лазарета должны являться не только консультантами для других врачей госпиталя и медицинских работников гарнизона, но и организаторами лечебно-профилактического обеспечения в частях по своей специальности. Обеспечение возможности повышения квалифи-

кации медицинского состава госпиталя и войсковых частей на базе госпиталя, местных гражданских учебных, научных лечебных учреждений, на курсах усовершенствования, участие в работе научных обществ и т. д. должны быть постоянным предметом совместной заботы начальника госпиталя и гарнизонного врача. Госпитальные и гарнизонные медицинские научно-практические конференции могут также явиться эффективной формой усовершенствования медицинского состава. Начальнику госпиталя и гарнизонному врачу необходимо добиться, чтобы эти конференции были интересными, увлекательными, способствующими росту квалификации участников и практически полезными для войск гарнизона.

Продуманная и хорошо построенная организация труда, лечебно-процесса, лечебно-профилактических мероприятий во всех звеньях медицинской службы обеспечит быструю ликвидацию санитарных последствий войны и дальнейшее укрепление боевой мощи Красной Армии.

За работу, товарищи медицинские работники, так, как учит нас: товарищ Сталин



Подполковник мед. службы канд. мед. наук Е. М. МАРГОРИН

ОСТЕОМИЭЛИТЫ ЧЕРЕПА ПОСЛЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ

Опыт Отечественной войны показал, что современные огнестрельные ранения черепа довольно часто осложняются гнойным воспалением костной ткани, развитие которого является одной из главных причин длительного пребывания раненых в госпиталях и появления у них грозных заболеваний головного мозга и его оболочек. Однако наши знания в этом вопросе остаются пока явно недостаточными, что ведет к не всегда точной и своевременной диагностике, а вместе с тем и хирургическому лечению указанных осложнений. За исключением отдельных сообщений (Поленов, Орловский, Шефер и др.) наша хирургическая литература почти не располагает исследованиями по этому важному разделу военных поражений черепа.

Работая с начала войны в нейрохирургических отделениях госпиталей армейского и фронтового района, пропустивших более 5 000 раненных в голову, мы накопили значительный опыт по изучению остеомиелитов черепа, который и послужил основой настоящего сообщения.

Клинические наблюдения показывают, что все виды гнойного воспаления костной ткани черепа, развившегося после огнестрельных ранений, разделяются на две основные группы: 1) нагноение костей черепа и 2) нагноение костных осколков.

Первые могут быть отнесены к истинным остеомиелитам, при которых вторично инфицируется костный мозг диплоэтического слоя с последующим гнойным воспалением черепной кости и образованием типичных пластинчатых секвестров.

Вторые, наоборот, представляют собой первичное поражение преимущественно уже готовых свободно лежащих костных осколков — будущих ложных секвестров, образовавшихся в момент самого ранения. Эти так называемые „огнестрельные остеомиелиты осколков", или „секвестрирующиеся костные осколки", резко отличаются от первой группы воспалительных процессов черепа своим патогенезом, течением и исходом.

Нагноение костей черепа встречается редко и осложняет главным образом легкие ранения головы, сопровождавшиеся повреждением мягких тканей черепа или незначительным нарушением наружной костной пластинки в виде небольших ее трещин (без образования костных осколков). Нагноение же костных осколков наблюдается часто и сопутствует более тяжелым оскольчатым переломам свода черепа при непроникающих и проникающих ранениях. При этом происходит по существу лишь ложная секвестрация (гнойное расплавление) уже образованных и мертвых костных отломков, лишенных всякой связи с остальными костями свода черепа. Новые же истинные секвестры возникают как исключение и только при одновременном развитии остеомиелита краев костного дефекта, иначе говоря там, где имеется сочетание обеих рассматриваемых форм.

В настоящем сообщении представлены материалы о значительно менее изученных остеомиелитах черепа.

Остеомиелиты черепа при ранениях мягких покровов. Гнойное заболевание плоских костей черепа как следствие огнестрельных повреждений мягких тканей головы наблюдается главным образом при касательных ранениях, сопровождающихся потерей значительных участков покровов и обнажении поверхности кости (лоскутные, зияющие раны). Иногда они встречаются в результате неправильной хирургической обработки раны с овальными разрезами и шедрым иссечением мягких покровов, включая надкостницу. Потеря последней неминуемо влечет за собой расстройство питания наружной костной пластинки, кровоснабжение которой осуществляется преимущественно сосудами мягких тканей черепа.

Опыт показывает, что если участок оголенной кости более или менее значителен и кость на протяжении 1 — 2 недель остается в ране открытой, то в результате расстройства кровоснабжения и высыхания поверхности кости наступает асептический некроз верхней части кортикального слоя. Затем к измененному участку наружной пластинки присоединяется инфекция, всегда имеющаяся в ране, и развивается гнойное воспаление кости.

Дальнейшее течение осложнения может быть различным. Инфекция или поражает преимущественно поверхностный слой кости, почти не проникает в спонгиозное вещество и заметно не вовлекает костный мозг, и тогда развивается наружный, кортикальный остеомиелит черепа, или же инфекционное начало проникает в толщу кости, заражает костный мозг и вызывает картину выраженного остеомиелита черепа с образованием крупного центрального секвестра. Последняя форма в отличие от первой названа нами условно глубоким остеомиелитом черепа. Клиническое течение этих форм и их исходы различны.

Наружные остеомиелиты черепа. Кортикальные остеомиелиты черепа относятся к самой легкой и благоприятной форме рассматриваемого заболевания, но вместе с тем, ввиду вялого, хронического течения, они являются причиной долго не заживающих свищей, которые на длительное время выводят из строя легко раненных в мягкие покровы головы. Наблюдаются они сравнительно редко (по нашим данным, в 2 — 3% случаев).

Распознать кортикальный остеомиелит черепа нетрудно. К моменту развития процесса (в среднем через 3 — 4 недели после ранения) имеется обычно вяло гранулирующая рана с умеренным гнойным отделяемым. На дне ее иногда можно видеть обнаженную и гиперемированную поверхность кости, которая при исследовании представляется несколько разрыхленной. В части случаев к указанному сроку появляется уже молодой рубец с центральным свищом, при зондировании которого на кости определяется шероховатость. Свищ бывает

прикрыт грибовидными грануляциями, всегда выступающими над уровнем кожи.

Кортикальный остеомиелит черепа сопровождается приблизительно в половине случаев образованием мелких чешуйчатых секвестров. Последние представляют собой очень тонкие и легкие белые или желтоватые костные пластинки с мелко изъеденными острыми краями и состоят из поверхностного слоя коркового вещества. Они имеют удлиненную форму; длина их редко бывает больше 1 см, ширина — 0,3 — 0,5 см, толщина—около 0,1 см. Эти секвестры настолько тонки, что просвечивают и при высыхании изгибаются. Они никогда не захватывают всю толщу наружной пластинки. -

В отдельных случаях секвестры могут выделиться самопроизвольно, но чаще их приходится обнаруживать и удалять оперативно.

Только прицельные и притом удачно исполненные рентгенограммы могут выявить незначительные изменения, состоящие в нечеткости контуров наружной костной пластинки, некоторой разреженности подлежащего участка губчатого слоя и иногда наличия мельчайших свободно лежащих секвестров.

Кортикальные остеомиелиты черепа протекают доброкачественно и не сопровождаются общей реакцией организма. Температура тела, состав белой крови, РОЭ остаются нормальными. Со стороны центральной нервной системы никаких нарушений не наблюдается. В ряде случаев в той или иной степени отмечаются явления коммоционно-контузионного синдрома, вызванного самим ранением. Жалобы или вовсе отсутствуют, или указывают на незначительные головные боли без определенной локализации. Такие раненые — практически здоровые люди, задерживающиеся в госпиталях из-за незаживающей раны.

Данное осложнение, как отмечалось выше, характеризуется хроническим течением. Самопроизвольное излечение наступает редко. У нас были раненые, у которых периодически закрывавшийся и вновь открывавшийся точечный свищ оставался месяцами.

Лечение кортикального остеомиелита черепа—хирургическое. Практически каждая рана мягких тканей головы, не заживающая более 2—3 недель после ранения, должна быть подвергнута иссечению и ревизии кости с последующим наложением глухого шва.

Операция должна быть радикальной и состоять в тщательном удалении всего пораженного очага кости до внутренней стекловидной пластинки. Опыт показывает, что, хотя вскрытое диплоэтическое вещество и кажется при осмотре здоровым, нельзя ограничиваться очисткой только наружных участков кортикального слоя, так как очень часто наступают рецидивы заболевания, требующие повторных вмешательств. Мы встречали раненых, которым делалось по 3—4 операции и у которых все же оставался упорный свищ, потому что при операции не убирался весь инфицированный участок кости. Только полное удаление пораженной наружной костной пластинки и подлежащего диплоэтического слоя может обеспечить ликвидацию остеомиелитического очага. Если же внутренняя костная пластинка окажется разрыхленной, трепанационное отверстие надо продолжить до конца и обследовать эпидуральное пространство.

Образовавшийся костный дефект мы всегда выполняем стрептоцидом и придаем этой процедуре большое практическое значение. Операцию следует оканчивать наложением глухого шва на покровы черепа.

Исходы хирургических вмешательств надо признать вполне удовлетворительными. Обычно удается полностью прекратить воспалительный процесс и добиться стойкого заживления раны.

Раненый А. (история болезни № 2433). 23.VIII.1944 г. получил касательное осколчатое ранение мягких тканей межтеменной области. Через сутки поступил в XIII

где произведено иссечение раны и осмотр кости, которая оказалась неповрежденной. Контрольная рентгенография черепа также показала отсутствие костных повреждений

В нейрохирургическое отделение нашего ЭГ раненый прибыл 19.IX в хорошем состоянии с жалобами на незначительные и непостоянные головные боли без определенной локализации.

При обследовании: в межтеменной области косо расположенная гранулирующая рана мягких покровов 5x2 см с умеренным гнойным отделяемым. На дне раны виден в центре маленький участок поверхности от кости. Со стороны центральной нервной систем 1.1, а равно глазного дна, состава крови и ликвора никаких отклонений не обнаружено; температура тела все время нормальная. Рентгенография черепа (1.X) обнаружила в левой теменной области, вблизи стреловидного шва, две тончайшие, „тающие“ костные пластинки, отделившиеся от кортикального слоя, и небольшое просветление подлежащего участка диплоэтического вещества.

Операция кортикального остеомиелита левой теменной кости 7.X (через 6 недель после ранения). На 1 см от сагиттального шва обнаружены и удалены два свободно лежащих очень тонких пластинчатых секвестра поверхностного слоя наружной костной пластинки, каждый длиной до 1 см. Удаление нежных грануляций у* сквестрального ложа вместе с подлежащим участком диплоэ до внутренней костной пластинки, оказавшейся неизменной. После частичной трепанации образовавшийся костный дефект ладьевидной формы размером 2 >] см засыпан белым стрептоцидом. Сближающие швы на кожу. Гладкое послеоперационное течение. Постепенное заживление раны, которая через 3 недели полностью закрылась. 15.XI раненый выписан в часть.

Глубокие остеома э литы черепа. Редким, но более тяжелым последствием огнестрельного ранения мягких покровов головы является глубокий остеомиелит черепа, встречающийся по нашим данным в 1—2% случаев. На 611 случаев указанных ранений, прошедших за последние 4 месяца через наше отделение, они были отмечены только 9 раз. Это осложнение наблюдается преимущественно при ранах с большим дефектом мягких покровов и обнажением кости.

Оголенный участок кости через извездный промежуток времени почти неминуемо подвергается вторичной инфекции, и, если она проникает вглубь кости, развивается картина глубокого остеомиелита черепа. По своему происхождению и течению последняя форма воспаления имеет много общего с инфекционными и гематогенными остеомиелитами черепа, встречающимися в практике мирного времени.

Проникновение раневой инфекции в толщу неповрежденных снаружи костей черепа происходит, повидимому, через кровеносные сосуды, главным образом венозные. Процесс начинается, вероятно, с тромбофлебита поверхностных вен или непосредственно уу. епйззай и достигает по ним многочисленных костных каналов—уу. с!1р!оё. Этим путем инфекция проникает в губчатый слой, заражает костный мозг, и образуется первичный гнойный очаг. Дальнейшее распространение процесса происходит главным образом по периферии, т. е. по ходу многочисленных уу. <11р!оё. Тромбоз указанных сосудов окончательно выключает уже нарушенное ранее питание оголенного участка наружной костной пластинки, что ведет к ее омертвлению. Происходит довольно быстрое отграничение пораженной кости от здоровых отделов. Разрастающиеся внутри кости грануляции разрушают наружную костную пластинку в области демаркационной линии, выходят наружу и, таким образом, полностью отделяют ее.

Наличие крупных секвестров является типичным для рассматриваемых остеомиелитов черепа. Как правило, образуется только один секвестр, который, в противоположность секвестрам при кортикальном остеомиелите черепа, бывает более значительных размеров: до 4—5 см длины, 2—3 см ширины, 0,2—0,3 см толщины. Секвестры состоят из всей толщи коркового слоя и большей части губчатого. Величина омертвевшего участка наружной пластинки находится в известной связи с толщиной кости. В области тонких участков черепа (например, чешуи височной кости) размеры его меньше, чем в области толстых частей черепа.

Форма секвестров—пластинчатая, чешуйчатая, обычно удлиненная,

приближающаяся к овалу; края острые, зазубренные; наружная поверхность чаще гладкая, и на ней иногда видны явственные отверстия—эмиссарии; внутренняя—всегда характерно изъеденная, вследствие лакунарного расплавления кости. Секвестры эти хрупкие и легкие, белого или желтоватого цвета от пропитывания гноем (рис. 1).

На черепе секвестральной капсулы не образуется, а только секвестральное ложе, обычно ладьевидной формы, дно которого состоит из внутренней костной пластинки, в той или иной степени измененной, и выстлано нежной грануляционной тканью. Последняя может достигать в толщину 1 см, и отделившийся секвестр как бы покоится на мягкой подушке.

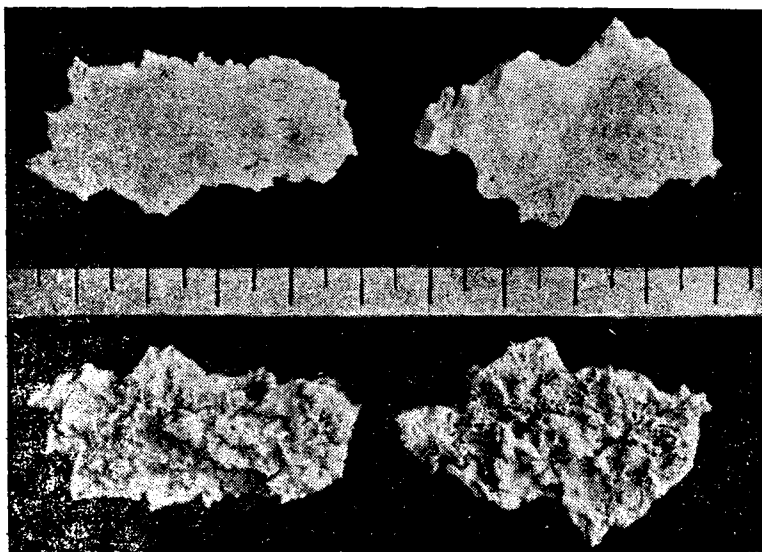


Рис. 1

Корковый слой кости страдает прежде всего, внутренняя стекловидная пластинка поражается в последнюю очередь и всегда в меньшей степени, вероятно, потому, что кровоснабжение ее осуществляется преимущественно сосудами твердой мозговой оболочки. Однако в далеко зашедших случаях могут образоваться дополнительно и секвестры внутренней костной пластинки, что наблюдалось у некоторых наших раненых. Эти параллельно располагающиеся один над другим секвестры обеих пластинок, удачно названные „двухэтажным секвестром“, представляют очень интересный вид омертвления кости, встречающийся, повидимому, только на черепе. Нижний секвестр своей формой напоминает верхний, но бывает меньших размеров и может состоять из 2—3 частей; обе его поверхности шероховатые.

Как видно на схеме рис. 2, секвестр внутренней костной пластинки, так же как и наружной, покоится на грануляциях, развивающихся на твердой мозговой оболочке. Двухэтажный секвестр нередко сочетается с наличием экстрадурального абсцесса и является поэтому наиболее опасной формой рассматриваемого остеомиелита черепа.

Следует отметить примечательный факт, наблюдающийся при остеомиелите черепа: включение в состав секвестра костного шва. При расположении раны в межтеменной области омертвевший участок кости часто захватывает обе теменные кости вместе с отрезком стреловидного шва между ними, и последний отчетливо выступает на поверхности секвестра (рис. 2). Это наглядно показывает, что костный шов не

•является препятствием к переходу воспалительного процесса с одной кости на другую.

Далее, необходимо подчеркнуть обычную локализацию очагов гнойного заболевания костей черепа. Клиника гематогенного остеомиелита трубчатых костей показывает существование несомненной связи остеомиелитического процесса с особенностями кровоснабжения различных отделов кости. Известно, что воспалительные очаги развиваются преимущественно в метафизах длинных костей, т. е. в местах, особенно богатых сосудами. Подобная связь отмечается и на костях черепа, частота поражения которых остеомиелитом в различных отделах неодинакова (рис. 2).

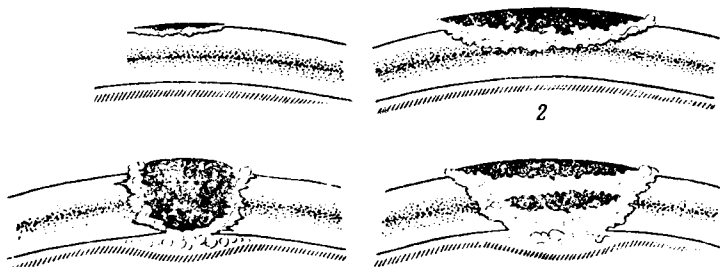


Рис. 2. Схема образования секвестров

Наш клинический материал убедительно доказывает, что там, где губчатое вещество наиболее хорошо выражено, где много развитых уу. еш13ага1а и каналов с1прлоё, чаще возникает при прочих равных условиях остеомиелитический фокус. Большая часть (65%) наблюдавшихся у нас случаев остеомиелита черепа падает на ранения межтеменной области и задне-наружных квадрантов теменных костей (районы теменных бугров), т. е. на отделы свода, особенно богатые выраженными костными сосудами. По частоте поражений остеомиелитом различных костей свода черепа на первом месте стоит теменная кость, затем лобная, затылочная и височная.

У молодых людей это осложнение встречается чаще, чем у пожилых, и большинство наших случаев приходится на раненых до 25-летнего возраста. У пожилых обычно развивается кортикальный остеомиелит черепа, оперируя который, мы неоднократно убеждались в слабом развитии у них, точнее в запустении диплоэтического слоя. Создавалось впечатление, что наружная костная пластинка непосредственно переходит во внутреннюю.

Частота поражения черепа остеомиелитом находится, повидимому, также в связи с индивидуальными различиями в строении костных сосудов. Известно, что в одних крайних случаях уу. еш18ага1а и <1прлоё бывают хорошо выражены, их количество и величина достигают большой степени развития, в других, наоборот, число и размеры их незначительны.

При огнестрельных ранениях мягких тканей черепа наблюдается ограниченная форма остеомиелита; распространенная, или так называемая ползучая, форма встречается как исключение. Объяснить это можно особенностями строения костных сосудов, в частности, венозных, заложенных в губчатом слое. Обилие последних способствует, повидимому, не только быстрому развитию инфекции, но и быстрому отграничению гнойного очага.

Практически, однако, остеомиелит черепа после ранения мягких тканей головы встречается редко. Наблюдения показывают, что, поми-

мо общих факторов, способствующих проявлению инфекции, для развития гнойного процесса в костях черепа необходимо еще известное сочетание ряда местных благоприятных моментов, к которым относятся прежде всего: 1) обнажение более или менее значительного участка кости на протяжении 1—2 недель и вызванное этим расстройство питания наружной пластинки; 2) наличие в области раны развитых костных сосудов, особенно *ch. et 183a 1a*, являющихся готовыми путями внедрения инфекции; 3) ушиб кости в момент ранения, сопровождающийся кровоизлияниями в губчатый слой.

Клиника рассматриваемой формы огнестрельных остеомиелитов черепа характеризуется в общем доброкачественным течением, в котором можно наметить следующие три стадии: подготовительную, острую и хроническую.

Подготовительная стадия характеризуется расстройством питания оголенного участка наружной костной пластинки, вследствие лишения ее надкостницы. Это период постепенного проникновения инфекции в толщу черепной кости, появления процессов тромбоза венозных сосудов. Начинается он с момента ранения и продолжается, в зависимости от размеров дефекта мягких тканей черепа, и различного сочетания других местных способствующих факторов, от нескольких дней до нескольких недель. Иногда глубокий остеомиелит развивается спустя 2—3 месяца после ранения, а вначале ему предшествует кортикальный процесс. В этой первой стадии имеется обычно гранулирующая рана с умеренным гнойным отде-



Рис. 3,

ляемым, в центре которой виден обнаженный участок неповрежденной кости черепа (рис. 3). Последняя отличается от здоровых отделов своим несколько более 'белым' цветом. Жалоб эти легко раненые не предъявляют, если у них не развились коммоционно-контузионные явления, вызванные ранением. В последнем случае могут иметь место общемозговые и очаговые симптомы.

Острая стадия характеризуется появлением внутри кости гнойного очага с последующим отграничением и омертвением пораженного участка. Длительность этого периода колеблется от 2 до 4 недель. Практическое значение имеют сроки, потребные на полную секвестрацию наружной костной пластинки. Наблюдения за раной и многократные рентгеновские снимки черепа показывают, что от момента расплавления в каком-либо месте кортикального слоя кости, т. е. от начала появления демаркационной линии до полного отделения секвестра, проходит в среднем от 10 до 15 дней. Наибольшее время отмечается при остеомиелите толстых отделов свода черепа (теменная, лобная кости), наименьшее — при поражении тонких (чешуя височной кости).

Местно со стороны, раны наблюдаются характерные изменения: появляются пышные, яркокрасного цвета грануляции, которые широким кольцом опоясывают рану и почти полностью покрывают оголенную кость. Они нависают над костью, не связаны с ней и легко приподнимаются. Кость вначале имеет вид воспаленной; она розового цвета, и на ее поверхности видны мелкие кровяные точки в местах вы-

хода костных сосудов. Однако вскоре, по мере секвестрации кости, поверхность ее снова бледнеет и затем принимает желтоватый, восковой оттенок.

При разведении краев такой раны по периферии обнаженного участка кости можно увидеть или -нащупать зондом очень характерную, еще прерывистую демаркационную линию, которая местами намечает границы будущего секвестра. Через эту тонкую с мелко изъеденными краями костную щель выступает красный гребешок грануляций, исходящий из диплоэтического слоя, постепенно отграничивающий омертвевший участок наружной пластинки от здоровой кости.

Начало секвестрации кости сопровождается значительным увеличением гнойного отделяемого, которое бывает так обильно, что вынуждает ежедневно перевязывать рану.

Несмотря на это, общих признаков проявления инфекции, как правило, не бывает, что резко отличает гнойное воспаление костей черепа от подобного заболевания трубчатых костей. Процесс носит преимущественно местный характер, самочувствие и общее состояние раненых заметно не ухудшаются; температура тела, состав крови, РОЭ остаются обычно нормальными. Изредка отмечается небольшой лейкоцитоз в крови. Со стороны центральной нервной системы каких-либо дополнительных расстройств также не отмечается. Появляется лишь чувство зуда в области раны и местная болезненность при постукивании по своду черепа.

Хроническая стадия начинается с момента отделения костного секвестра и может продолжаться месяцами, обычно до тех пор, пока проресс не прекращается активным хирургическим вмешательством. Образовавшийся секвестр поддерживает длительное нагноение и является источником незаживающей рань^ и последующих осложнений (экстрадуральный абсцесс).

Клиническое течение этого периода остеомиелита черепа, так же как и предыдущих, проявляется местными реакциями. Вид раны снова изменяется, количество гнойного отделяемого резко сокращается. Обильные грануляции постепенно уменьшаются и могут даже вовсе исчезнуть, эпителизация краев раны и ее заживление прекращаются. Она принимает округлую форму и застывает в своих размерах. Ее истонченные и синюшные края как бы натянуты в виде паруса над обнаженным участком мертвой кости. Края такой раны всегда подвижны и свободно приподнимаются от кости иногда на 1—2 см по ее окружности, что косвенно указывает на наличие секвестра. Однако размеры последнего больше величины раны, и увидеть его целиком при этом не удастся. По этой же причине самопроизвольное отхождение крупных секвестров обычно не наблюдается. При надавливании на кость часто ощущается подвижность секвестра (кость „пружинит”), а из-под краев раны появляется новая порция гноя.

Таким образом, основное отличие клиники остеомиелита черепа состоит в наличии преимущественно местных изменений со стороны раны и отсутствии общих реакций организма на внедрившуюся инфекцию, если не развиваются вторичные осложнения. Последние могут наступить в хронической и острой стадии в виде ограниченного наружного пахименингита и экстрадурального абсцесса.

Другие осложнения, как-то: лептоменингит, абсцесс мозга, тромбоз синусов, встречаются крайне редко. У нас наблюдался только один раз абсцесс мозга.

Диагностика остеомиелита черепа трудностей не представляет. В основе ее лежит тщательное наблюдение за раной мягких покровов головы и теми изменениями, которые она претерпевает.

Практически каждая рана ;мягких тканей черепа, на дне которой

видна оголенная кость, должна считаться подозрительной на остеомиелит и подлежать ревизии, особенно когда рана располагается по ходу костных швов, где при прочих равных условиях это осложнение наблюдается значительно чаще.

Признаки различных стадий остеомиелита описаны выше.

Важным подсобным диагностическим методом является рентгенография черепа, помогающая установить границы и степень поражения кости. На хороших серийных прицельных снимках, произведенных через определенный промежуток времени (через 3 — 5 дней), иногда удается проследить основные моменты секвестрации кости, начиная от появления участков демаркационной линии и кончая полным отделением омертвевшей кости. При помощи рентгена можно заранее уточнить размеры образовавшегося костного дефекта (секвестрального ложа) и его глубину, что имеет большое практическое значение.

В ряде случаев удастся выявить вид и величину самого секвестра, состоит ли последний из кортикального слоя или одновременно имеется отторжение внутренней пластинки (двухэтажный секвестр).

Однако ранние остеомиелитические изменения черепа уловить очень трудно, и рентгеновский метод применим главным образом в последней стадии процесса. Начальные проявления остеомиелита черепа состоят в возникновении небольшого очага разрежения диплоэтического слоя кости. В дальнейшем на боковых снимках обнаруживаются две вертикально-идущие через наружную костную пластинку параллельные линии просветления, намечающие границы будущего секвестра. При полном отделении омертвевшего участка кости обычно бывает виден свободно лежащий секвестр, наружная поверхность которого несколько выстоит над остальным уровнем свода черепа. В этих случаях иногда отмечается нечеткость контуров внутренней костной пластинки и секвестрирующиеся костные островки, расположенные над твердой мозговой оболочкой или приподнятые на уровень диплоэтического слоя. При перпендикулярном ходе лучей к пораженному участку свода черепа на рентгенограмме обнаруживается характерное замкнутое кольцо просветления кости, большей или меньшей ширины, отображающее щель между секвестром и здоровой костью, т. е. полосу демаркации.

Данные рентгенографии имеют диагностическое значение лишь при положительном результате, и ненахождение изменений не доказывает отсутствия остеомиелитического очага.

Известное значение имеют результаты неврологического обследования, главным образом для распознавания перехода гнойного воспаления на твердую мозговую оболочку и развития последующих осложнений. То же относится к исследованию белой крови, РОЭ и cerebro-спинальной жидкости. В частности, усиление общемозговых симптомов, появление оболочечных симптомов, наряду с гиперлейкоцитозом, всегда указывают на возникновение пахименингита.

Лечение остеомиелитов черепа чисто хирургическое и должно следовать за установлением диагноза. Оно состоит в тщательном удалении всего пораженного очага кости и, в ревизии подлежащего участка твердой мозговой оболочки. Только в подготовительной стадии процесса, в первые 7 — 10 суток после ранения, можно освежение края раны ограничить закрытием дефекта мягких покровов черепа вторичным швом. С этой целью приходится иногда производить дополнительные послабляющие боковые разрезы кожи, которые не должны проникать глубже апоневроза и повреждать надкостницу. Данная операция имеет целью закрытие обнаженного участка кости и является по существу профилактической. При больших и круглых ранах надо применять раннюю пластику кожей на ножке, взятой по соседству от раны.

Если не удастся прикрыть тканями оголенный участок кости, необ-

ходимо принять меры, предохраняющие кость от высыхания. С этой целью можно залить рану смесью, состоящей из равных количеств амбрина и ланолина с небольшим прибавлением порошка белого стрептоцида. Подогретая до 40° смесь в жидком виде выливается в рану и образует хорошо держащуюся парафиновую корку, которая изолирует кость от вредного влияния воздуха.

В острой стадии остеомиелита черепа, когда секвестра еще нет и только намечается демаркационная линия, операцию удобнее начинать с нанесения послойного трепанационного отверстия в центре обнаженной кости с последующим расширением его в стороны. Удалив разрыхленную наружную пластинку, обнажают измененное, проросшее грануляциями губчатое вещество. При этом появляется кровотечение, а фреза перестает встречать сопротивление. Дальнейшее удаление пораженных слоев кости (кортикального и диплоэтического) удобно производить острой ложечкой или долотом Воячека, применяемым в ушной практике. Пользоваться для этого кусачками Люэра неудобно.

Весь участок кости, проросший грануляциями, удаляется вместе с последними в пределах здоровой ткани. Практически приходится убирать довольно значительную площадь кости, равную нескольким сантиметрам. В результате образуется ладьевидной формы дефект, дном которого является внутренняя костная пластинка. Если последняя изменена (разрыхлена и не белого цвета), в центре ее следует нанести маленькое диагностическое отверстие и обследовать эпидуральное пространство. В случае наличия экстрадурального процесса отверстие расширяется почти до пределов остальной костной раны и удаляются грануляции с твердой мозговой оболочки.

В третьей, хронической, стадии остеомиелита черепа с полным отторжением мертвого участка кости операция представляет собой типичную секвестрэктомия, состоящую из трех моментов: 1) удаление секвестра, 2) удаление пораженного очага кости и 3) обязательная ревизия эпидурального пространства.

Операция начинается с широкого обнажения остеомиелитического очага дополнительными разрезами раны. При этом открывается весьма характерная картина: становится видным костный секвестр, свободно покоящийся на пышных грануляциях, которые приподнимают его над уровнем здоровой кости на 0,5 — 1 см. Секвестр легко снимается пинцетом, и обнажается красная, округлая шапка грануляций, выступающая из костного дефекта — секвестрального ложа. В противоположность грануляциям мягких тканей в ране, которые в хронической стадии постепенно исчезают, грануляции, произрастающие из внутрикостных сосудов, достигают в это время наибольшего развития и выталкивают мертвый участок кости наружу. Эти кровоточащие грануляции тщательно выскабливают острой ложечкой, после чего обнажается секвестральное ложе с изъеденными краями, границы которого приблизительно на 0,5 см больше секвестра. При этом иногда обнаруживается и второй, меньший, секвестр внутренней костной пластинки.

Удаление пораженного очага кости, т. е. секвестрального ложа, представляет самый важный момент операции, от тщательности выполнения которого зависит радикальность вмешательства и его исход. Хирургическая дезинфекция кости должна быть полной. Все измененные слои подлежат удалению в пределах здоровой ткани. Наши наблюдения показывают, что окружность костного дефекта, всегда пораженную в той или иной мере краевым остеомиелитом, нужно кусить до 1 см. Если же не обнаруживается здоровой кости, то границы иссечения увеличивают. В частности, участки губчатого вещества, проросшие грануляциями, следует убрать обязательно. На поражение кости гнойным процессом указывает также разрыхление ее слоев: кусачки почти не встречают препятствия, и кость не отрезается ими, а как

бы отдавливается. Изъеденный и разрыхленный участок внутренней костной пластинки, расположенный в центре секвестрального ложа, подлежит удалению. При этом над твердой мозговой оболочкой часто обнаруживаются развивающиеся грануляции, которые также тщательно соскабливают. Секвестрэктомия оканчивается введением в костную рану стрептоцида и наложением сближающих швов на покровы черепа.

Исходы хирургического лечения остеомиелита черепа, проведенного по радикальному плану, в общем удовлетворительны. Выздоровление с полным заживлением раны, по нашим данным, наблюдается в 75 — 80 %. В остальных случаях наступает рецидив заболевания, требующий повторных операций. У нас не имеется материалов, касающихся отдаленных результатов хирургического лечения. Весьма возможно, что при учете их процент полного выздоровления окажется ниже полученного нами. Заживление послеоперационных ран протекает обычно вторичным натяжением, часто с нагноением и очень медленно (в среднем в течение 1 — 1½ месяцев).

Остеомиелиты черепа при повреждении наружной костной пластинки. Гнойное воспаление костей свода черепа развивается чаще, если ранение мягких тканей головы сочетается с повреждением наружной костной пластинки. Здесь также отмечаются поверхностные и глубокие остеомиелиты. Первые наблюдаются обычно при повреждении только верхних слоев наружной пластинки, не проникающем в губчатое вещество. Вторые чаще встречаются при повреждениях, распространяющихся на всю толщу наружной пластинки со вскрытием диплоэтического слоя. Последние ранения осложняются глубоким остеомиелитом черепа приблизительно в 4% случаев. •

При сквозном нарушении целостности наружной костной пластинки создаются более благоприятные условия для развития воспалительного процесса кости. Вместе с частицами земли, волос или одежды инфекция через трещину проникает непосредственно в губчатое вещество и заражает костный мозг. Возникновению остеомиелитического очага способствует в этих случаях постоянное наличие внутрикостной гематомы, вызванной ушибом кости в момент ранения. Заболевание кости развивается быстрее, чем при ранении мягких покровов. Подготовительный период резко сокращается и может вовсе отсутствовать, и процесс начинается сразу с острой стадии.

В дополнение к ранее описанным видам секвестров черепа здесь наблюдается новая их разновидность, характеризующаяся включением в состав омертвевшего участка кости всех ее слоев, т. е. наружной и внутренней пластинок с заключенным между ними диплоэ. Эти сквозные или тотальные секвестры черепа, отмеченные у нас в нескольких случаях, имели удлиненную форму и достигали значительных размеров. Их происхождение объясняется, может быть, тем, что ранения наружной костной пластинки нередко сопровождаются одновременным растрескиванием внутренней пластинки, что облегчает формирование полного секвестра. При этом трещина наружной костной пластинки в дальнейшем может оказаться расположенной в центре секвестра или включается в полосу демаркации. Дном секвестрального ложа в таких случаях является твердая мозговая оболочка, покрытая грануляциями, что клинически сопровождается явлениями наружного пахименингита.

Остеомиелитический процесс в ряде случаев может не сопровождаться образованием секвестров. Гнойный очаг через трещину имеет постоянный отток содержимого наружу, и диплоэтическое вещество поражается по периферии на небольшом протяжении. Распознать эту форму заболевания помогает красный гребешок грануляций, выступающий из кости через трещину, и выделения из нее гноя при остром надавливании на кость рядом с дефектом.

В остальном течение остеомиелита, его распознавание и хирургическое лечение существенно не отличаются от такового при ранении мягких тканей головы.

⁴ Что касается остеомиелита черепа при вдавленных переломах наружной костной пластинки с образованием неподвижных отломков кости, то этот вопрос относится скорее к остеомиелитам костных осколков. В этих случаях могут наблюдаться не только нагноения костных отломков, но и нагноения костей черепа. Иногда костные отломки не подвергаются заметному гнойному расплавлению, а развивается типичный глубокий остеомиелит черепа с образованием крупного секвестра, в центре которого определяется вдавленный участок кости.

**

Рассматривая наш клинический материал в целом, нельзя не прийти к выводу, что остеомиелиты черепа в большинстве случаев являются результатом отсутствия первичной хирургической обработки раны или неправильного ее производства. При надлежащей и ранней операции на мягких тканях и наружной костной пластинке с обязательным закрытием образовавшегося дефекта покровов черепа мы не имели бы этих осложнений, превращающих иногда легко раненых в тяжело больных людей.

Оставление неприкрытого участка кости, обреченного в дальнейшем почти на верную гибель, является грубой хирургической ошибкой. Вместе с тем при известной настойчивости обычно всегда удастся добиться сближения краев раны. Иногда приходится прибегать к пластическим операциям. В отдельных случаях можно временно закрыть поверхность кости и предохранить ее от высыхания тонким слоем парафина в смеси с ланолином. Особенно необходимо бережное отношение к надкостнице; иссечение ран следует делать не сразу до кости, а обязательно послойно.

При операции наложения вторичных швов на покровы черепа надо хорошо осмотреть кость и тщательно очистить все мелкие повреждения наружной пластинки. Нам приходилось видеть раненых, неоднократно и без успеха оперированных по поводу наложения вторичных швов только потому, что у них просматривались и не обрабатывались незначительные и неопасные на первый взгляд нарушения черепной кости.

Особо внимательным надо быть при расположении раны в области костного шва. Инфекция может внедриться в едва заметные щели между костями черепа и длительное время поддерживать нагноение. При ревизии таких свищей по ходу костного шва обнаруживаются нежные грануляции и разрыхление краев соединяющихся костей. Этот интересный вид локализации инфекции, который можно назвать „сутурилом черепа“, представляет, вероятно, своеобразное проявление остеомиелитического процесса.

В заключение надо признать, что плоские кости черепа являются весьма устойчивыми к гнойной инфекции и поражаются остеомиелитом относительно редко. В частности, при огнестрельных переломах черепа (непроникающих и проникающих) в огромном большинстве случаев имеется лишь нагноение костных осколков, которое дает кажущуюся картину воспаления кости.

Так называемый краевой остеомиелит черепа наблюдается очень редко и чаще тогда, когда в ране виден оголенный край костного дефекта, который и подвергается секвестрации. При этом обычно заболевает небольшой участок кости. За все время работы нам встретились только 3 случая распространенного ползучего остеомиелита с гнойным пропитыванием обширных отделов свода черепа.

ЛЕЧЕНИЕ РАН УЛЬТРАФИОЛЕТОВЫМИ ЛУЧАМИ

Известно, что при рационально дозированном применении ультрафиолетовых лучей, действующих на рану, ускоряются процессы грануляции и эпителизации и сокращаются сроки заживления.

Применение гиперэритемных доз ультрафиолетовых лучей при лечении раны вызывает глубокую, стойкую гипереремию, усиливает образование раневого отделяемого, способствует образованию раневого барьера, ускоряет ферментативные процессы, снижает чувствительность нервных окончаний, создает покой в ране (Рахманов).

В результате облучения на месте воздействия появляются продукты распада белка, гистаминоподобные вещества. Эти продукты, всасываясь и разносясь током крови, производят также и отдаленное действие на поврежденные ткани. Они же являются мощными раздражителями нервных рецепторов в коже и оказывают рефлекторное действие по симпатическим и рефлекторным дугам. На раневую флору ультрафиолетовые лучи действуют бактериостатически, что подтверждено многими как экспериментальными, так и клиническими наблюдениями.

В задачу физиотерапевта не входит добиваться полного уничтожения микробов в ране, да это практически и невыполнимо. Однако применение интенсивных доз вызывает сразу же уменьшение числа колоний. С другой стороны, неправильная дозировка, т. е. применение малых доз продолжительное время, способствует развитию резистентных к ультрафиолетовым лучам микробов.

О действии этих лучей на бактерии говорит следующий эксперимент: у красноармейца У. взяты мазки из гнойной раны, давшие рост: гемолитического стрептококка — 520 колоний, золотистого стафилококка — 11 колоний, грамположительной палочки — 4 колонии. Посев после местного облучения раны в течение 8 минут при отстоянии горелки на 30 см дал рост: гемолитического стрептококка — 87 колоний, золотистого стафилококка — 4 колонии, грамположительной палочки — 2 колонии. Болеутоляющее действие ультрафиолетовых лучей при соответствующей дозировке часто имеет решающее значение в смысле улучшения состояния больного. В практике военного времени нередко недоучитывалось это замечательное свойство ультрафиолетовых лучей. А ведь военному врачу десятки и сотни раз приходилось встречаться с болевым синдромом у больных как в ранней стадии (еще при гнойной ране) за счет ирритации нервных проводников, так и в стадии рубцевания за счет сдавления и вовлечения в рубцовый процесс нервных элементов.

Из приводимых ниже примеров видно, как энергичное воздействие интенсивных доз ультрафиолетовых лучей резко изменяло картину болезненного процесса, благотворно влияя и местно, и на весь организм.

1. Красноармеец О. поступил в госпиталь 21.III.1942 г. с жалобой на боль жгучего, стреляющего характера в области подошвы правой стопы. Из-за болей — бессонница и потеря аппетита. Ранен 27.II.1942 г. пулей — в область правого бедра. Три раны размерами 11X3 см, 5 X 5 см, 6X2,5 см. От сквозного ранения мягких тканей бедра две раны: входное и выходное отверстие. Третья рана — разрез вследствие развившейся флегмоны бедра. Раны с обильным количеством очень вонючего зеленоватого гноя. В гное обнаружен гемолитический стрептококк. Стопа свисает, активных движений в ней не отмечается. Рефлекс с ахиллова сухожилия не вызывается. Иссечение кожи подошвы острием сопровождается лишь неприятным ощущением.

Из истории болезни видно, что больной был обследован невропатологом, но физиотерапия ему не назначена. Были рекомендованы лишь папатопоп, пирамидон, фиксирующая шина.

По поступлении в наш госпиталь температура держится в пределах 38 — 39°. После обследования сразу же назначены гиперэритемные дозы ультрафиолетовых лучей. 22.III — ультрафиолетовое облучение ран. Отпущено 4 биодозы. 24.III — спал хорошо. Появился аппетит. Облучение ран повторно — 4 биодозы. 26.III — ночь провел спокойно. Жгучая боль в подошве прекратилась. Чувствует себя значительно бодрее. Температура 36,8°, 37,3°. Размер ран соответственно: 10X2 см, 2,5 X 2,5 см, 6 X 1 > \$ см.

1.1 У — повышение температуры. Обострение болей в ноге. При обследовании ■оказалось, что резко уменьшившаяся рана на задней поверхности бедра закрыла выход гнойным массам, образовался затек. Установление свободного оттока гноя привело к падению температуры и исчезновению болевого синдрома. К 29.III размер ран 9 X 1,5 см, 2 X 2 см и 5 X 1 см. Раненый эвакуирован в тыл.

Помимо местного воздействия на рану, в свободные дни производились внеочаговые облучения корешковой зоны.

При облучении необходимо следить, чтобы в случае глубоких ран с узким входным отверстием не произошло преждевременного закрытия его. В таком случае местные облучения прекращают. Естественно, если такая закупорка вызвала образование гнойного затека, необходимо хирургическое вмешательство.

Следует отметить также, что как в приведенном, так и в других случаях флора ран качественно не изменялась, несмотря на быстрое ее уменьшение. Гемолитический стрептококк продолжал жить вплоть до заживления, количество же высеваемых колоний резко уменьшалось.

2. Красноармеец В., 1914 г. рождения. Ранен 6.II.1942 г. осколком мины в левое бедро.

21.III.1942 г. при поступлении в госпиталь жалуется на постоянную жгучую боль в области подошвы левой стопы (нога, как в огне*). Боль в ноге обостряется при посторонних шумах, распространяясь на всю левую нижнюю конечность. Бессонница, потеря аппетита, раздражительность. Объективно — бледен, изможден, левую ногу держит в согнутом и приведенном положении. Активные движения в левой стопе отсутствуют. Во время исследования левой ноги занимает оборонительную позу, не дает прикоснуться к подошве стопы. Острия не различает. Имеется симптом болезненной анестезии. Раны в верхней трети левого бедра: 13X3 см снаружи и по задней поверхности бедра 9X2,5 см (после разреза по поводу флегмоны); выделение из ран обильное, гнойное, зеленоватого цвета, с неприятным запахом. Бактериологически — обильный рост гемолитического стрептококка, слабый рост грамположительной палочки.

До поступления в наш госпиталь уже пользовался физиотерапевтическим лечением: принял 20 сеансов УВЧ, до 15 сеансов ионтофореза новокаина. Несмотря на принятые процедуры, жгучая боль в ноге продолжалась. Температура 38—38,5°.

22 .III назначены гиперэритемные дозы ультрафиолетовых лучей. При первом облучении отпущено 5 биодоз.

23 .III боль в ноге резко уменьшилась. Впервые за 2 недели хорошо выспался. Запах в ране почти исчез. Температура упала до 37,3—37,5°.

В дальнейшем получал эритемные дозы вначале на раны в дни перевязок, а затем и внеочагово — на корешковую зону. Раны начали быстро затягиваться, появился аппетит. Больной стал бодрым и жизнерадостным. Встает с кровати и передвигается на костылях. Болей каузалгического порядка не отмечает. Указывает лишь на умеренную болезненность в области внутренней лодыжки левой голени. Паралич стопы держится.

24.1У рана на задней поверхности бедра зарубцевалась, а на боковой поверхности уменьшилась до 3 см.

24.1У эвакуируется в тыл.

Применяя ультрафиолетовые лучи, следует учитывать стадию болезненного процесса; при наличии инфицированной раны применять гиперэритемные дозы. При начавшемся очищении и гранулировании раны пользоваться внеочаговыми облучениями, а рану облучать малыми дозами. Не передоверять дело ультрафиолетовой терапии ран среднему медперсоналу.

Каждый врач-хирург обязан изучать действие ультрафиолетовых лучей на ход раневого процесса.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ СОВМЕСТИМОСТИ КРОВИ ПО СПОСОБУ ГРАЧЕВА

Из всех существующих способов определения индивидуальной совместимости крови донора и реципиента наибольшей простотой отличается способ Грачева, предложившего пользоваться вместо крови реципиента слезой последнего (Советский врачебный журнал, № 22, 1939).

Способ Грачева заключается в следующем: к 1—2 каплям слезы реципиента добавляют в 10 раз меньшее количество крови донора и смешивают покачиванием. Отсутствие агглютинации указывает на совместимость крови донора и реципиента, наличие агглютинации—на несовместимость. Слезу получают закладывая на 1—2 минуты за нижнее веко реципиента шарик стерильной гигроскопической ваты величиной с маленькую горошину и отжимая затем его на предметное стекло.

Так как слеза прозрачна и бесцветна, результаты определения совместимости более четки и устанавливаются легче, чем при лакированной крови в пробе Клеменса.

С целью проверки опубликованных Грачевым данных и изучения агглютинирующих свойств слезы при различных условиях мы провели описанные ниже исследования.

Первая серия наших исследований имела целью проверку реакции Грачева при различной групповой принадлежности реципиента путем сопоставления с результатами одновременно проводимой пробы Клеменса.

Всего было проведено 160 проб, из них у реципиентов группы 0(1)—58, А(II)—40, В(III)—38, АВ(IV)—24.

Эти исследования проводились при температуре окружающей среды 18—20°. Совпадение результатов при способе Грачева и при пробе Клеменса было полное. При способе Грачева результаты получались в среднем в течение 43 секунд или в пределах от 5 секунд до 2 минут, при способе Клеменса—в течение 49 секунд или в пределах от 10 секунд до 3 минут, что говорит в пользу способа Грачева.

Вторая серия исследований касалась определения титра слезы при различной групповой принадлежности. Результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1

Титр слезы	Группа 0(1)	Группа А(II)	Группа В(III)	Всего
	число случаев			
1:4	—	1	2	3
1:8	—	4	1	5
1:16	6	11	5	22
1:32	8	3	4	15
1:64	1	1	3	5
Итого...	15	20	15	50

Из табл. 1 видно, что в 47 случаях из 50 титр слезы колебался между 1:8 и 1:64.

Чтобы выяснить, можно ли пользоваться реакцией Грачева у детей и с какого возраста, нами была проведена третья серия исследований. Мы определяли титр слезы у детей в возрасте до 15 лет. Результаты приведены в табл. 2.

Таблица 2

Возраст	Исследовано детей	Титр слезы						
		0	1:1	1:2	1:4	1:8	1:16	1:32
		Ч и с л (с л у ч а е в)						
До 1 года	6	5	1	—	—	—	—	—
До 3 лет	5	3	1	—	—	1	—	—
3-5.....	9	3	2	1	1	2	—	—
5-10.....	12	—	1	6	2	1	2	—
10-15', ...	13	—	—	4	5	3	—	1
Итого...	45	11	5	11	8	7	2	1

Из приведенных данных следует, что титр слезы у детей вообще ниже, чем у взрослых, а в возрасте до 5 лет встречается значительное число случаев, когда агглютинационные свойства слезы не выражены.

Следовательно, если и можно пользоваться реакцией Грачева у детей, то не ранее 5-летнего возраста и с учетом возможности относительно низкого ее титра.

Для выяснения вопроса, при какой температуре при реакции со слезой на совместимость можно получить явления так называемой холодной агглютинации, мы в четвертой серии наших исследований ставили пробу Грачева в одних случаях с заведомо совместимой кровью, в других—с одноименной кровью, в третьих—с собственной кровью реципиента. При этом получены результаты, представленные в табл. 3.

Таблица 3

Результат	Температура окружающей среды								Всего
	+13°	+12°	+5°	+9°	+6°	45°	+3°	+10°	
Число наблюдений 1 (холодной агглютинации не получено)	—	3	12	2	14	10	16	11	69
Излучено	1	3	12	2	14	9	10	8	59
Их холодная агглютинация наблюдалась . . .	—	—	—	—	—	1	6	3	10

Как видно из табл. 3, холодная агглютинация при реакции со слезой наступает при температуре окружающей среды +5°, тогда как при реакции с сывороткой холодная агглютинация наблюдается уже при +10°.

Таким образом, чрезвычайно выгодным преимуществом реакции Грачева перед другими реакциями на совместимость является то, что

ею можно пользоваться без подогревания при более низкой температуре окружающей среды.

Кроме того, сделанные нами отдельные наблюдения в случаях определений совместимости крови со слезой при некоторых патологических состояниях, как например, в легких формах шока, после обильной кровопотери, при септикопиемии и дистрофии, показали, что при этих состояниях титр слезы остается достаточным для пробы Грачева. Нам не удавалось получить слезы лишь в стадии глубокого наркоза.

При менее глубоком наркозе получить слезу было возможно, но титр ее оказывался низким. После пробуждения больного титр слезы повышался до нормы. ■ ;

На основании вышеизложенного мы приходим к следующим выводам:

1) реакция Грачева по сравнению с другими реакциями определения индивидуальной совместимости кро^и более проста по технике: она не требует никаких реактивов и может быть проведена в любой обстановке;

2) результаты при реакции Грачева не менее точны, чем при других реакциях, и определяются значительно легче благодаря бесцветности и прозрачности слезы;

3) реакцией на совместимость со слезой можно пользоваться без подогревания при предельно низкой температуре окружающей среды 4-6°, что дает ей значительное преимущество перед всеми другими реакциями на индивидуальную совместимость;

4) реакцией Грачева у детей до 5-летнего возраста пользоваться не следует.



ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВВС

Генерал-лейтенант медицинской службы Л. М. РАТГАУЗ

Гвардии полковник медицинской службы Б. БАМДАС

О РЕАКЦИЯХ ЛЕТЧИКА НА БОЕВОЙ ПОЛЕТ

Наблюдая за здоровьем и боеспособностью летного состава, врач авиачасти нередко сталкиваемся с двумя интересными фактами, на которые следует обратить особое внимание.

Здоровый и полноценный в нервно-психическом отношении летчик, охотно и успешно летавший на боевые задания, по окончании очередной боевой операции или в процессе ее, неожиданно, без видимых причин, теряет интерес к полетам, перестает проявлять достаточную активность и инициативу в воздушном бою, начинает хуже переносить перегрузки при пилотаже, чувствует недостаток кислорода на средних высотах, устает в полете и допускает ошибки пилотирования, связанные, как правило, с нарушением внимания, скорости реакции и т. п.; ошибки, приводящие подчас к поломкам, авариям и катастрофам.

Другой летчик, также физически и психически вполне здоровый, но чувствующий себя утомленным после ряда напряженных боевых вылетов, получает ответственное, захватившее его задание, охотно идет в полет, хорошо себя чувствует в воздухе, успешно выполняет задание и благополучно, в отличном состоянии возвращается на свой аэродром.

Нам вспоминаются два таких различных случая, относящихся к началу Отечественной войны.

1. Весьма опытный и рвущийся в бой летчик К., успешно выполнявший боевые задания, в конце операции получил относительно безопасное, но крайне неинтересное для него задание. Готовился к полету неохотно, волновался, мешали мелкие неполадки.

Неудачно взлетел, на маршруте вследствие недосмотра (недостаточного внимания) потерял ориентировку и сделал вынужденную посадку. Через три дня вернулся на свой аэродром в депрессивном состоянии и потом в течение долгого времени не мог приступить к работе.

2. Летчик П., совершавший в 1941—1942 гг. систематические полеты в глубокий тыл противника, обычно возвращался из этих полетов с чувством большой усталости. Ему было поручено подготовиться к выполнению важного правительственного задания. Так как метеообстановка и метеопрогноз для данного полета были неблагоприятны, то П. по окончании подготовительной работы продолжал обычные боевые полеты.

Однажды утром, когда он вернулся из дальнего ночного боевого вылета, поступили указания об ожидаемом улучшении в ближайшую ночь метеоусловий, которые может быть позволят ему проскочить к намеченной цели. Несмотря на то, что П., как обычно в последнее время, чувствовал себя крайне усталым после боевой работы, он весь день потратил на подготовку к предстоящему полету. С наступлением темноты, фактически не отдохнув, он вылетел, шел на большой высоте в течение 9 часов через линию фронта в тыл противника, в тяжелых метеоусловиях, даже не имея возможности регулярно пользоваться

радиосредствами, и на рассвете благополучно посадил машину на- незнакомый ему аэродром. Несмотря на чувство усталости перед вылетом, самочувствие в полете было отличное.

Итак, в летной, особенно боевой летной работе, как в любом другом виде профессиональной деятельности, отмечаются резкие колебания работоспособности, связанные с эмоциональными переживаниями. При этом понижение работоспособности летчика зачастую ошибочно относят за счет утомления.

Такая ошибочная точка зрения приводит к ряду отрицательных последствий: рамки понятия „утомление” все более расширяются, ухватывая ряд различных состояний, различной этиологии и патогенеза; правильный прогноз и принятие нужных лечебных и организационно-профилактических мер крайне затрудняется.

В настоящей статье мы делаем попытку выделить своеобразные реакции, возникающие у боевых летчиков, главным образом, в результате эмоционального перенапряжения, и ошибочно, с нашей точки зрения, относимые к утомлению.

В основе утомления лежит ряд причин, связанных с состоянием энергетического баланса организма, обменными процессами, состоянием центральной нервной системы и т. д. Все эти и многие другие причины утомления свойственны любой профессии и в том числе и профессии летчика. Кроме того, имеются некоторые специфические особенности летного труда, могущие привести к падению работоспособности летчика. К ним относится работа на больших высотах в условиях пониженного барометрического давления и уменьшенного парциального давления кислорода, пониженной температуры воздуха, так называемые перегрузки, возникающие при прямолинейных и угловых ускорениях, вибрации самолета и т. д.

Мы остановимся здесь только на одной из особенностей боевого полета и его последствиях. Байрлей называет эту особенность „летные напряжения”. Саймондс 99% причин, играющих роль в изменении состояния работоспособности и боеспособности, относит на счет психологических факторов полета. Грейбел сообщает, что при проведении им анкеты обследования причин падения работоспособности у летного состава он в 75% анкет получил указание на фактор ожидания полета.

В аналогичной анкете — обследовании, которую мы проводили в наших частях, факторы ожидания, подготовки к полету и эмоциональное напряжение в самом полете играют основную роль среди причин, травмирующих нервную систему летчика. Словом, мы имеем в виду эмоциональное напряжение и перенапряжение полета.

„Война есть натуральнейший импульс к страху”, — говорит великий русский физиолог Павлов. Подавление этого чувства страха, волевое торможение его при преодолении зенитного огня, особенно массового Заградительного, при атаке истребителей противника и т. п. требует огромного эмоционального напряжения.

Герой Советского Союза летчик Г. рассказывает, что в первом боевом вылете переживания его в значительной мере были сосредоточены на чувстве страха. Победив это чувство в первом полете, Г. потом летал успешно и уверенно. Он считает, что летчик, не сумевший подавить в себе чувство страха в первом боевом полете, не может стать хорошим боевым летчиком.

К чувству страха присоединяется эмоциональное напряжение, связанное с тем, что в полете все ново, необычайно и „противоестественно” для человека (особенно в начале летной деятельности). Передвижение в трехмерном пространстве связано с необходимостью подавления привычных сигналов органов чувств и замены их доверием к показаниям приборов. .

Известно, что в так называемом слепом и ночном полете возникают многочисленные иллюзорные ошибки положения в пространстве, исключают возможность самолетовождения по сигналам органов чувств и требующие полного доверия приборам.

Пехотинец, танкист, боец с любым видом оружия сохраняет на марше, в атаке, в оборонительном бою „чувство локтя“, близость соседа, обдаряющее ощущение коллектива, выполняющего вместе с ним боевую задачу, поддерживающего его морально и физически.

Летчик, особенно истребитель, находится в своеобразной изолированности от соратников в бою и одиночество его в боевом самолете рождает дополнительные эмоциональные нагрузки. ■

Подавление чувства страха столкновения с землей, которое испытывает летчик при пикировании, вызывает переживания большой эмоциональной насыщенности. Сложные метеословия, грозы, туманы, преодолеваемые в пути боевым летчиком, приводят в свою очередь к большому эмоциональному напряжению. Нередко дефекты в работе материальной части также служат источником эмоциональных напряжений. Необычные для человека соотношения пространственных и временных связей сопряжены с затруднением визуальной ориентировки днем и еще более сложными методами ориентировки ночью. .

Особенно ярко необычность соотношений связи времени и пространства выступает в стремительной смене зрительных образов при штурмовке противника на бреющем полете или при маневре в атаке истребителей, идущих встречным курсом. Если учесть, что на встречных курсах скорость сближения может достигать 1 200 км в час, а скорость зрительной реакции равна примерно 0,15—0,25 сек., то лишь за время этой реакции расстояние между противниками сокращается на 70—100 м, иногда решающих исход боя. Необходимость неизменно высокого уровня внимания, быстроты решений, немедленных действий также приводит к эмоциональному напряжению.

Таким образом, летный состав в боевом полете находится в условиях эмоциональных напряжений, непрерывно травмирующих психику. Особенно резко сказываются они на ведущей фигуре полета — летчике. Именно поэтому Саймондс, указывая на преобладание психических вредностей полета, отмечает что падение работоспособности, связанное с эмоциональным напряжением, чаще всего встречается у летчика. Стрелок, проводящий весь полет на ногах, затрачивающий определенную физическую энергию на вращение турели и пр., и понятно отнюдь не свободный от эмоционального напряжения боевого полета, обычно все же чувствует себя значительно лучше.

Из изложенных нами некоторых особенностей боевого полета, повидимому, следует в частности, что у летчика вырабатывается целый ряд совершенно новых с биологической точки зрения реакций и психологических навыков. Человеку, например, биологически свойственно считать пребывание на земле и связь с ней естественным и натуральным. Характер же работы летчика заставляет его стремиться уйти от земли возможно дальше. Самые опасные и напряженные моменты полета это — взлет, а затем посадка, т. е. момент! соприкосновения с землей. Высота всегда дает время для маневра, для расчета времени возможного прыжка с парашютом. Таким образом, многовековой биологический инстинкт самосохранения приводит в противоречие с профессиональными особенностями и требованиями полета.

Итак, все перечисленные особенности профессиональной деятельности летчика несут с собой огромный поток специфических эмоциональных напряжений, не свойственных никакой другой профессии мирного или боевого труда. Совершенно понятно, что со стороны психики летчика они могут вызывать определенного рода реакций,

которые могут возникать остро, например, после очень тяжелого боевого полета.

Врач одной американской воздушной армии описывает такие остро возникающие тяжелые реакции у летчиков после „веселой прогулки“, как называли американские летчики полеты через всю территорию противника в 1944 г. Но в подавляющем большинстве случаев эти реакции у здорового человека наступают не остро, а исподволь, в результате кумуляции эмоциональных напряжений.

Отсюда вытекает важность динамического наблюдения врача за состоянием здоровья летчика. При постепенном нарастающей реакции на эмоциональные перенапряжения вначале обычно отмечается незначительное снижение работоспособности. Если это состояние не уловлено врачами, к нему довольно быстро присоединяются некоторые другие явления. Сон не вполне освежает, иногда появляются головные боли, настроение неустойчивое, несколько сниженное, а отсюда некоторые затруднения в полете. Если врач не заметит и этого состояния и летчик будет продолжать свою боевую деятельность, его самочувствие в силу кумуляции эмоциональных напряжений будет ухудшаться; появится потливость, плохой сон, головные боли, раздражительность, тревожность и напряженность в полете, снижение активного стремления к полету, конфликты в быту и ряд вегетативных сдвигов.

Полет на высоту даже с полностью открытым аварийным краном кислородного прибора переносится таким летчиком тяжело; на выводе самолета из пике надолго темнеет в глазах, иногда состояние близко к потере сознания. Расчет на посадку стоит ему большого труда, промазы случаются значительно чаще прежнего, а в сознании все более упорно начинает доминировать нежелание летать, тревожное, неуверенное отношение к полету и даже прямо страх полета. Такие состояния летчика часто бывают причиной аварий, поломок и катастроф.

Грейбел сообщает, что из обследованных им летчиков, находившихся в подобном состоянии, $\frac{2}{3}$ отметили появление у себя элементов небрежности в полете, а 45% сообщили, что были в аварии или близко к ней.

Необходимо сделать следующую оговорку: развитие реакции, на эмоциональные напряжения летного труда вовсе не обязательно идет по только что описанной схеме, и нередко, в силу особенностей нервно-психических реакций летчика, вообще в схему не укладывается. Так, могут быть грубейшие нарушения „летных качеств“ без выраженных клинических симптомов описываемого состояния и, наоборот, может быть значительное количество клинических проявлений без чувства страха полета. Субъективные ощущения летчика при этом могут расходиться с объективно наблюдаемыми врачом изменениями его состояния. •

Поэтому важно постоянное, всестороннее, динамическое наблюдение врача за здоровьем летчика, его реакциями на полет, летными происшествиями и т. д.

Динамическое врачебное наблюдение должно решительно выйти за рамки периодических врачебных осмотров с формальной подчас оценкой—„существенных изменений в здоровье за контрольный период не произошло“.

Встреча боевого экипажа, интимная беседа о полете и реакциях на него, наблюдение за поведением прилетевшего летчика, за техникой его взлета на второй или третий вылет, оценки расхода и пользования кислородом, несомненно даст не меньше, чем „периодические мед-осмотры“.

Наблюдение за изменением настроения летчика, его реакциями на обстановку, поведением при получении боевого задания и подготовке

к нему, взаимоотношениями с командирами и товарищами могут вовремя сигнализировать полковому или дивизионному врачу об исподволь развивающейся реакции.

Наблюдение за сном, кривой работоспособности, аппетитом, весом летчика также даст богатый материал полковому врачу. Недисциплинированность, изменение поведения летчика должны быть во-время замечены и проанализированы врачом авиаполка. Венцом этих и многих других наблюдений должно являться вдумчивое клиническое обследование, с акцентуацией внимания на анамнестических данных, с учетом адаптационно-трофической роли в организме вегетативной нервной системы. Решение этой сложной задачи позволит уловить начальные формы реакций и следовательно предупредить кумулятивные явления.

Врач должен избегать двух крайностей.

Первая — это академически отвлеченный подход к летчику, пренебрежение к изучению содержания и формы его заданий, его боевой деятельности, отказ от интимного контакта с летчиком в пользу профессионально-врачебных отношений с ним.

Вторая, это панибратские отношения с летным составом, завоевание дешевой репутации „своего человека" за счет врачебного авторитета. Эта крайность приводит к тому, что летчик как будто уважает своего врача и делится с ним всем, однако, заболевая, готов обратиться к кому угодно, но не к нему, не веря в его диагностическую и терапевтическую эрудицию.

При должном подходе к наблюдаемому летному составу врач авиачасти сумеет правильно диагностировать начальные формы реакции и отсюда найти надлежащие организационные и лечебные меры, устраняя возможность нарастания этих реактивных изменений. Это одна из важнейших задач медицинской службы авиационных полков и соединений.

Дивизионным и корпусным врачам придется для решения этой задачи отказаться от стиля формального инспектирования подчиненных им служб.

Они должны приезжать в части прежде всего как старшие медицинские начальники, т. е. врачи с большим багажом специальных медицинских знаний, опытом в области авиационной медицины и т. д. Они должны приезжать в части со знанием летного состава, в первую очередь—имеющего элементы парциальной недостаточности. Они должны иметь ясное представление о летной нагрузке последнего периода и о предстоящей летной работе и в количественном (число вылетов, боевой налет), и в качественном отношении (сложность полета, длительность, напряженность его, защищенность объекта зенитной артиллерией и истребителями противника и т. п.). Только такое участие в динамическом наблюдении за летным составом будет ценным и нужным.

От каких моментов зависит скорость наступления описываемой реакции? Павлов на животных экспериментально показал наличие разных типов нервной системы с различными степенями преобладания в ней процессов возбуждения и торможения. Его данные можно в известной мере перенести на человека.

Состояние нервной системы, своеобразные конституциональные и приобретенные черты ее резко влияют на степень сопротивления психики влиянию описанных эмоциональных перенапряжений, на характер, глубину и стойкость их воздействия.

Конституциональные особенности психики летчика особенно выявляются после возвращения с боевого задания. У одного замечается возбуждение, известная эйфория, оживление моторики, говорливость, некоторое снижение критики. У другого — некоторая напряженность

поведения, замкнутость. У третьего — вялость, сонливость, нарушение внимания, замедление ассоциативных процессов и т. д.

Следовательно, реакции соматически и нервнополноценных летчиков на одинаково напряженную летную работу весьма различны.

Отсюда понятно, почему один летчик делает сто и более боевых вылетов, сохраняя боевой задор и отвагу, постоянно совершенствуя технику пилотирования, сохраняя бодрость духа, хорошее настроение» аппетит и сон, а другой, совершив при таких же условиях 7—8 вылетов, начинает возвращаться с невыполнением боевого задания, бомбит вместо основной запасную цель и часто ломает машину.

К сожалению, неправильный врачебный анализ таких случаев или просто незнание психических особенностей летчика приводит к тому, что врач относит второго летчика к разряду трусов и симулянтов, тем самым еще более усиливая развивающиеся у него реактивные сдвиги.

Не меньшее значение для сопротивляемости и устойчивости нервной системы летчика имеет^ полноценность его физического здоровья в данный период боевой деятельности. Совершенно ясно, что реакции на эмоциональные напряжения боевого полета развиваются быстрее и глубже у перенесшего травму или инфекцию, у летчика с нарушенной гемодинамикой, чем у полноценного здорового человека. Особенно велика здесь роль полноценности вегетативной и эндокринной сферы.

Количество факторов, влияющих на сопротивляемость нервно-психической сферы и определяющих развитие реакции на эмоциональные напряжения, не исчерпываются перечисленными выше.

Особо необходимо остановиться на одном ослабляющем факторе — алкоголе. Злоупотребление алкоголем сильно снижает сопротивляемость организма. Механизм действия алкоголя во многом сходен с таковым аноксемии. Алкоголь резко угнетает окислительные процессы, внося глубокий разнорой в течение тормозно-возбудительных процессов. Тем более алкоголь затрудняет высотный, дальний полет, высший пилотаж и пр.

Из всего изложенного можно, повидимому, сделать такой вывод. Реакции летчика на эмоциональные напряжения боевого полета не следует идентифицировать с явлениями утомления. Эти реакции имеют строго очерченную этиологию, могут не быть связаны с физическими факторами самого полета (может иметь место реакция на ожидание боевого вылета), могут развиваться постепенно и наступать остро (даже после одного-двух полетов) и легко купируются при правильном подходе и своевременной диагностике.

Реакции эти могут наступать у полноценного в нервном и соматическом отношении летчика, но, конечно, легче наступают при том или ином виде функциональной недостаточности.

Субъективное состояние при этих реакциях нередко резко расходится с объективной картиной, наблюдаемой врачом. Симптомы этих реакций состоят в изменении работоспособности, летных качеств летчика и в отдельных клинических расстройствах.

Своевременное распознавание этих реакций во многом способствует успеху лечебных и профилактических мер. В основе профилактики и лечения описанных состояний лежат различные формы эмоциональных переключений. Чрезвычайно важно для этой цели изменение привычной обстановки полка или дивизии, где все напоминает летчику о боевой работе, полете и связанных с ним эмоциях.

Для профилактики и лечения начальных форм описываемых реакций вовсе не обязательно помещать летчика в санаторий.

Обстановка лечебного учреждения не всегда создает нужные предпосылки для эмоциональных переключений. Спортивные лагеря, охот-

ничьи дома, экскурсии, горный туризм и т. п. могут при должной организации оказаться значительно более эффективными.

В других случаях окажется полезным пребывание в доме отдыха, или санатории. Отдых там должен быть активным, организованным[^] регулярным и своевременным. Только при этом условии летчик сможет переключиться и быстро и радикально изжить состояние эмоционального напряжения, которые несет с собой боевой полет.

Необходимо внедрить купанье, лодочный спорт, охоту, лыжи, экскурсии, туризм, особенно высокогорный, все виды спортивных состязаний, несущих с собой мощные положительные эмоциональные переключающие воздействия. Спорт и физкультура используются у нас слабо и нередко их внедряют казенными методами, лишаящими спорт существенных его факторов — элементов соревнования и личной заинтересованности.

Отец русской физиологии Сеченов отметил, что сила правой руки, истощенная тяжелой работой, восстанавливается быстрее, полнее и выше в том случае, если организм в целом или какой-либо его орган (например, левая рука) производит легкую физическую работу, нежели при полном отдыхе.

Сеченов назвал свойство легкой работы отдельных органов повышать работоспособность всего организма „зарядением нервных центров“. Одна из сторон физиологического смысла „активного отдыха“ основана на таком „зарядении“ и его надо ввести средствами физкультуры и спорта в повседневный быт летчика, в части, на аэродроме, в санатории.

Наряду с этим в профилактике описываемых реакций играет огромную роль организация надлежащих условий сна.

Необходимо также обратить серьезнейшее внимание на организацию полетов и особенно времени ожидания вылета. Ожидание вылета своей эмоциональной напряженностью, как указано выше, стоит в первых рядах истощающих факторов. Очень важно также дать возможность летчику после полета отреагировать эмоциональные напряжения. В этом отношении трудно переоценить значение интимного контакта врача и летчика, объем профилактического и лечебного отдыха для указанных эмоциональных переключений индивидуально различен.

В сопротивляемости организма большая роль принадлежит кислородному снабжению. Неправильное, недостаточное снабжение кислородом в полете отрицательно влияет на центральную нервную систему, ослабляет ее выносливость к эмоциональному перенапряжению. Отсюда вытекает значение кислородного режима в полете.

Мы говорили об отрицательной роли эмоциональных перенапряжений. Нельзя однако забывать, что многие эмоции, связанные с боевым полетом советского летчика, носят позитивный характер, тонизируют его нервную систему, улучшают его настроение и самочувствие в полете. К числу их относятся—любовь к родине, любовь к летной профессии, товарищеские чувства, элементы спортивного интереса в полете и пр.

Преобладание суммы этих положительных эмоций на базе правильного отдыха, режима рационального питания и т. п. помогает нашему летчику летать, драться и побеждать. Эти же положительные эмоции могут, как показано в случае с летчиком П., при наличии утомления или реакции на пережитые напряжения, резко поднять нервнопсихический тонус и способствовать выполнению полученного задания..

Умелое психотерапевтическое воздействие врача, устранение травмирующей ситуации, подчас просто предоставление возможности отреагировать, рассказать о гнетущих летчика переживаниях, способно предотвратить развивающиеся у летчика болезненные реакции. В этих

^психотерапевтических мерах большое значение имеет контакт врача с командиром.

Наконец, в некоторых случаях могут сыграть положительную роль в повышении сопротивляемости нервной системы различные стимуляторы.

Своевременное и правильное применение суммы изложенных мер поможет авиационному врачу эффективно бороться с описанными в настоящей статье реакциями летчика на эмоциональные перенапряжения боевого полета.

Данная статья имеет целью привлечь авиационных врачей к обсуждению важнейшего вопроса о сохранении боеспособности летного состава и изучению его реакций на боевой полет.

★

Майор медицинской службы А. А. ШМЕЛЕВ

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АВИАЦИИ В ОСОБЫХ ГЕОГРАФИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Организация оказания медицинской помощи экипажам самолетов, подбитых в бою противником, а также потерпевшим аварии и их эвакуация в условиях боевой деятельности Карельского фронта имела свои особенности, определявшиеся специфическими особенностями самого фронта.

Эти особенности Карельского фронта, зависевшие в первую очередь от его географических^ условий и создававшие известные трудности для действия авиации, были следующие.

Во-первых,, перед нами были обширные лесисто-озерные и болотистые, пересеченные сопками пространства, представлявшие довольно трудно доступную, местами непроходимую местность, в условиях бездорожья и малой населенности края и суровых зим. Необходимо отметить особенность грунта Карелии, который состоит главным образом из камня; рядом с камнем — болото.

Во-вторых, мы имели здесь ограниченное количество аэродромов, растянутых редкой цепью вдоль Кировской железной дороги и параллельно линии фронта, с удалением от последней на 30—60 и более километров. Самый фронт имел лишь отдельные оперативные направления, а в промежутках—цепь растянутых по строго определенным пунктам застав пограничных войск.

Фронт по своим действиям продолжительное время был стабилен наземные войска выполняли задачу обороны имеющихся рубежей, а авиация имела своими задачами прикрытие с воздуха наземных войск на оборонительных рубежах, прикрытие перевозок по Кировской железной дороге, действовала экипажами „охотников" и вела воздушную разведку.

Организации обычных поисковых групп для розыска подбитых в бою, а также аварийных экипажей и оказания им медицинской помощи со стороны наших наземных частей БАО были в этих условиях не всегда эффективны, так как часто не могли обеспечить оказание помощи пострадавшим экипажам в сроки в сколько-нибудь удовлетворительной форме, особенно в летнее время года, когда везде преграждали путь топкие болота и озера. Поиски иногда длились по нескольку суток и зачастую были уже бесполезными^.

В наших условиях имели место факты неоправданных потерь лет-

яного состава. Из таких положений выходила, чаще самостоятельно, иногда на вторые, третьи сутки и более,— это на своей территории— лишь часть летного состава: те лица, которые имели незначительные физические повреждения. Понятно, и физически, и морально они бывали истощены и* на известный срок теряли свою боеспособность.

Учитывая эти особенности, мы в нашем авиасоединении, начавшем действовать на Кандалакшском направлении Карельского фронта со середины 1943 г., выработали следующую систему организации медицинской помощи подбитым в бою и аварийным экипажам.

1. Быстро организовывали поиски пострадавших экипажей самолетами любого типа—места их падения (учитывались данные поданных сигналов экипажей и данные сообщений постов ВНОС и др.).

2. После установления места падения самолета или места приземления выбросившегося на парашютах экипажа туда направлялись в зимнее время самолеты связи (ПО-2) на лыжах, оборудованные подвесными Бакшаевскими кабинами-люльками, для посадки на ближайшем замерзшем озере. В летнее время привлекались самолеты гидроавиации (МБР-2), которые совершали посадку на ближайшем удобном озере, откуда и проводилось оказание соответствующей помощи пострадавшим экипажам и их эвакуация. На самолетах имелись портативные комплекты средств первой помощи.

3. Летный состав экипажей нашего соединения был инструктирован о поведении при аварийном положении и снабжен портативными средствами для подачи сигналов с земли в целях быстрого обнаружения себя с воздуха; каждый экипаж кроме того в зимний период года был снабжен лыжами.

В соединении действовало составленное нами „Краткое наставление о поведении экипажей при вынужденных посадках в условиях нашего фронта“, где в форме инструкций были даны положения о поведении перед вынужденной посадкой, при вынужденной посадке, после вынужденной посадки и о порядке действия поисковых самолетов; давались также указания о поведении в случаях вынужденной посадки на территории противника.

В организации системы оказания медицинской помощи подбитым в бою и аварийным экипажам в своеобразных и трудных условиях Карельского фронта мы руководились стремлением внушить уверенность потерпевшему летному составу, что его не оставят и придут к нему на помощь.

Летный состав действовал в соответствии с инструкцией и сообразно обстоятельствам.

После падения (приземления) экипажем давался для фиксирования места сигнал ракетой, если в воздухе в этом районе еще находились наши самолеты (в группе действующих самолетов основным требованием было взаимное наблюдение друг за другом и пары за парой); затем самостоятельно или по наведению с воздуха для самолета, идущего для оказания помощи, подыскивалась пригодная площадка (зимой) или водоем (летом). Наводящие самолеты поступали обычным способом: многократными полетами в одном направлении: „идите в этом направлении “у многократными снижениями к одному и тому же месту — „идите сюда“.

Если пострадавший экипаж не в состоянии был передвигаться самостоятельно ввиду тяжести полученных повреждений (ранений), он ожидал прилета поискового самолета, при появлении которого давал сигнал ракетой красного огня для обозначения места своего нахождения. Получив ответ с самолета — „вас вижу“,—многократным покачиванием плоскостей, давал сигнал дополнительной ракетой зеленого огня, что обозначало — „передвигаться не могу, придите на помощь“.

Если с земли в месте падения разыскиваемых экипажей поисковому самолету сигналов не поступало, в этот район перебрасывались самолетом или направлялись наведением с воздуха поисковые группы.

(На случай вынужденной посадки наших экипажей на территории противника, оказание помощи и эвакуацию пострадавших предполагалось производить теми же самолетами под прикрытием 2 — 3 пар истребителей; но подобных случаев в практике не было).

Учитывая, что в наших условиях летные экипажи чаще принимали решение на выбрасывание из подбитых самолетов на парашютах, так как безопасная вынужденная посадка на „землю" была почти, невозможна из-за географических особенностей района, а самолеты сгорали при падении, и что экипажи лишались бортового пайка, средств сигнализации и аптечки, нами была составлена специальная укладка, прикрепляемая к укладке парашюта, состоящая из запаса пищевых продуктов, аптечки и средств сигнализации.

Состав укладки:

а) Запас продуктов состоял из 6 плиток шоколада (600 г) как высококалорийного, полноценного и стимулирующего продукта и 300 г алкоголя, необходимого особенно зимой \ имеющего также значение противошокового средства при ранениях; ассортимент в сумке давал около 3 500 калорий, составляя примерно бортового пайка.

Пищевой рацион этой укладки позволял поддерживать существование летчика в течение 3 — 5 дней до нахождения его поисковой группой или самостоятельного выхода.

б) Аптечка состояла из 2 индивидуальных перевязочных пакетов, противоожогового порошка в коробочке —15 — 20 г (для присыпания мест ожога), стрептоцида белого в вязкой коробочке—8—12 г (для присыпания ран), 4 ампул с иодной настойкой и 2 ампул с нашатырным спиртом³.

в) Средства сигнализации состояли из портативной ракетницы из дюрала и 6 ракет (4 ракеты красного и 2 ракеты зеленого дыма). В этой же укладке имелась зажигалка.

Вес предметов комплекта

шоколад—6 плиток по 100 г	600 г
алкоголь.....*	300 .
противоожоговый горшок (коробка).....	25 »
стрептоцид белый, порошок (коробка).....	15 ,
ампулы иода и нашатыря: то спирта (коробка) .	25 ,
перевязочные пакеты—2 шт. по 80 г	160 »
ракетница . . *	120 ,
ракеты—6 шт. по 45 г.....*	270 .
фляга—тонкой жести	120 ,,
дюралевая коробка-укладка.....*	Е60 ,

Итого... 2200г

Указанные предметы укладывались в дюралевую коробку-укладку удобного габарита, вкладываемую в чехол, пристроенный к нижней поверхности накидной подушечки укладки парашюта.

1 Алкоголь в пищевой рацион нами был введен еще и по следующим соображениям: состояние психической аффектации, возникающее у летного состава в момент вынужденного выбрасывания на парашюте из подбитого самолета после проведенного воздушного боя, часто стоит, даже без наличия травмы, на грани некоторого шокового состояния, а именно эрэктивной фазы его—фазы возбуждения, которая может смениться через некоторое время обмороком. В таком состоянии прием алкоголя оказывает благотворное влияние.

« Противоожоговый порошок и белый стрептоцид в коробочках, сделанных в виде перечниц с обозначениями на отрывных бандеролях, были введены потому, что в травматизме летного состава ожоги занимают довольно высокий процент; значение второго ясно как средства, могущего предохранить полученные раны на некоторый, срок от воспалительных явлений.

■ Дюралевая коробка была легкой и достаточно прочной, выдерживала свободно 4 — 5-кратную перегрузку летчика на пилотаже. Дюралевые коробки-укладки изготовлялись из дюрала аварийных самолетов в наших ПАРМ; там же изготовлялись и ракетницы из дюралевых "трубок соответствующего диаметра.

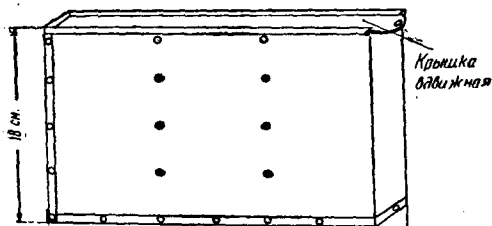


Рис. 1

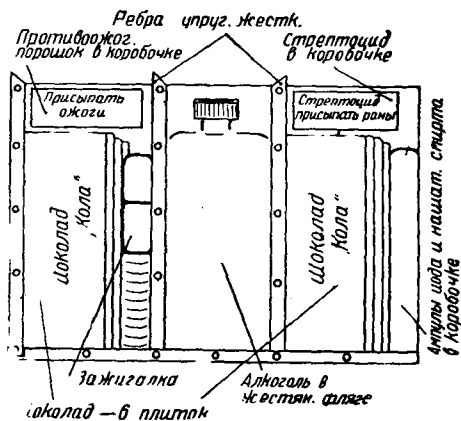


Рис. 2

Суммарный вес всей укладки не превышал 2,5 кг и на общий вес особенно отрицательного влияния не оказывал. В момент динамического удара, при раскрытии парашюта, эта укладка плотно прижималась к сиделищной части тела лямками парашюта, не вызывая ни-

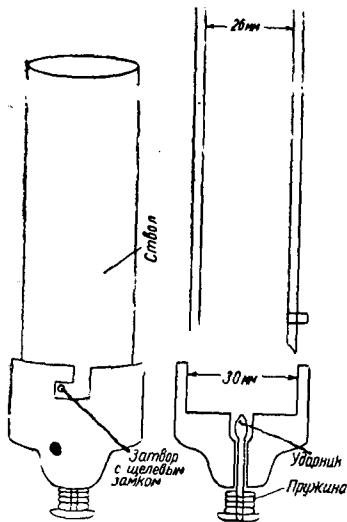


Рис. 3

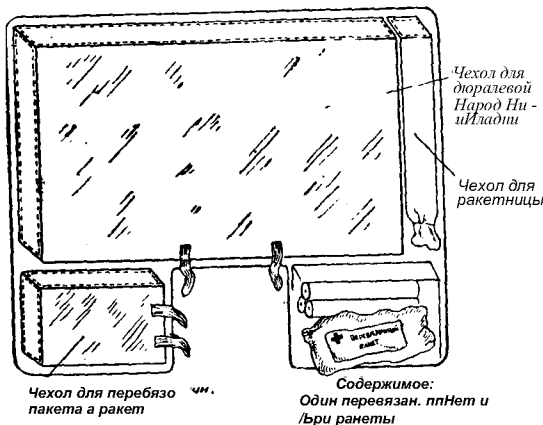


Рис. 4

каких повреждений (большая площадь соприкосновения). Увеличение роста на 3 см при сидении на укладке в кабине самолета регулировалось соответственным опусканием сидения кабины.

Помимо нашего авиасоединения, эти укладки индивидуального пользования, прикрепленные к парашюту, получили распространение особенно в отдельных разведывательных эскадрильях, где были высоко оценены летным составом.

При такой организации эффективность нашей работы повысилась. Приводим цифры за 1944 г.

За время воздушных операций март—апрель на Кандалакшском направлении нами была оказана быстрая по срокам медицинская помощь и произведена эвакуация 4 человек (из них 2 тяжело раненых); в Петсамо-Киркинесской операции в октябре были быстро найдены и эвакуированы 7 человек, совершившие вынужденные посадки. Одновременно, действиями наземных поисковых групп оказана медицинская помощь и эвакуировано 7 человек.

Самостоятельно вышло (большой частью с территории противника) через 1—4 суток 6 человек (укладки были ими использованы), причем необходимо отметить восстановление боеспособности после кратковременного отдыха при части. ,

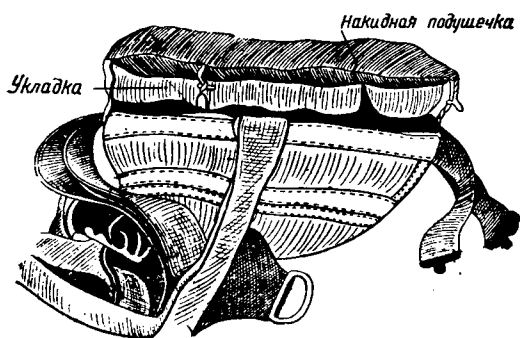


Рис. 5

Помимо поисков, мы всегда поддерживали также постоянную связь с этапами эвакуации наземной госпитальной сети, которые передали, нам 4 пострадавших летчиков.

В стабильные периоды действий нашего участка фронта нами через связь с погранвойсками нашего направления устанавливалась связь с партизанскими группами, оперировавшими на данном направлении.

В периоды наступательного продвижения наших войск (Свирская, Алакуртинская, Петсамо-Киркинеская. операции) мы имели постоянную связь через командный пункт нашего авиасоединения рациями с нашими постами наведения и вспомогательный пункт управления, что обеспечивало нам быструю информацию о месте, времени и характере случаев потерь экипажей и служило руководством к соответствующим действиям санитарной службы. Для непосредственной связи с этапами эвакуации наземной госпитальной сети выделялся медицинский работник.

Располагая этим сравнительно небольшим опытом работы в условиях горно-лесистой и озерной местности, считаю, что там, где при организации оказания помощи пострадавшим экипажам, наряду с проведением наземных поисков и связи с этапами наземной эвакуации, будет организована система поисков и эвакуации воздухом с применением указанных упаковок, будет улучшено дело обеспечения действий авиации в местах, аналогичных по географическим условиям с Карельским фронтом.

В МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ

Полковник мед. службы проф. А. Н. МАКСИМЕНКОВ?

В. Н. ШЕВКУНЕНКО

(К 50-летию научной и общественной деятельности)

28 ноября 1945 г. исполнилось 50 лет научно-педагогической и общественной деятельности выдающегося ученого нашей страны — Виктора Николаевича Шевкуненко.

По окончании с отличием Военно-медицинской академии 50 лет назад В. Н. Шевкуненко был пр конкурсу оставлен при академии для усовершенствования. Подготавливая диссертацию на тему „О косолапости“, молодой врач сразу проявил себя самостоятельным, оригинальным исследователем. Не ограничиваясь изучением клинической картины, анализом применявшихся методов лечения, он положил в основу изучение деструктивных анатомических изменений, характеризующих это страдание, и лишь после этого перешел к изучению клиники и лечения.

В 1899 г. он после защиты диссертации был по конкурсу отправлен за границу для усовершенствования на средства Пироговского фонда. В период 1899—1900 гг. и в 1902 г. он посетил хирургические и анатомические учреждения Нью-Йорка, Дондона, Парижа, Вюрцбурга, Вены, Бонна и др., прослушал курс у Лоренса в Вене, Кохера — в Берне, Фарабефа, Кеню, Шампионьера и Ланелонга — в Париже.

Особенно интересуясь хирургией, он по возвращении на родину работал в госпитальной хирургической клинике проф. Ратимова, а с 1908 г. — в клинике проф. Федорова. Параллельно с клинической деятельностью он занимался изучением теории под руководством профессора оперативной хирургии Делицина. В первые годы деятельности на клиническом и научном поприще Виктор Николаевич опубликовал следующие работы на актуальные и практически важные темы:

1) „К патологической анатомии рака прямой кишки“, 2) „К вопросу об оперативном лечении рака прямой кишки“, 3) „О дивертикулах мочевого пузыря и оперативном лечении их“, 4) „О положении гипофиза и удалении его через глотку“.

Разрабатывая любой вопрос, В. Н. Шевкуненко всегда стремился сочетать теорию и практику, не ограничиваясь только клиническими наблюдениями, но старательно изучая патологические процессы в связи с анатомическими особенностями строения, областей и патологоанатомическими изменениями, характеризующими данное заболевание.

Постоянная работа в клинике и наблюдения за течением патологических процессов порождали стремление изучить причины, определяющие клинические особенности заболеваний, и установить значение анатомических особенностей. В работе, посвященной вопросу анатомии и перевязке сосудов, В. Н. Шевкуненко пишет: „Новейшие сравнительно анатомические и эмбриологические изыскания, однако, позволяют установить способы образования, хода и ветвления этого сосуда“ и отмечает, что различный подход к данной артерии разных авторов обусловлен анатомическими особенностями.

Устанавливая наблюдаемые анатомические особенности органов и практическое значение их, В. Н. Шевкуненко ищет объяснение их в эмбриологии и сравнительной анатомии. В то время (1907 г.) это направление было совершенно оригинальным: вскрывалась сущность непостоянства строения, определялась изменчивость органов на основе онто- и филогенеза. С 1911 г. В. Н. Шевкуненко возглавляет кафедру оперативной хирургии и топографической анатомии и развивает направление в топографической

-анатомии, которое выявилось уже в первых его исследованиях. Под его руководством работают молодые врачи, изучая анатомические различия строения отдельных областей с точки зрения практического их значения.

Первая мировая, а затем гражданская война отвлекли В. Н. Шевкуненко и его сотрудников на практическую работу — оказание помощи раненым и организация медицинской помощи революционному пролетариату Ленинграда. Шевкуненко был одним из первых организаторов пунктов медицинской помощи при штурме Зимнего дворца.

Исследовательская деятельность все же не останавливалась. На первом же заседании Пироговского общества В. Н. Шевкуненко и его сотрудники выступили с рядом докладов, посвященных различным вопросам практической хирургии и вызвавших большой интерес: хирурги слышали факты, которые разрешали ряд недоуменных вопросов, рождавшихся в постоянной практической работе. Выяснились такие детали клиники, которые до познания анатомических различий не могли быть объяснены в достаточной мере.

Все исследования того периода имели целью определение анатомических различий в строении тех или иных областей, органов и их систем.

Опубликованные сотрудниками В. Н. Шевкуненко работы привлекли внимание врачей, и к нему на кафедру начали стекаться со всех концов Союза молодые врачи, опытные хирурги и представители других специальностей, чтобы работать над изучением анатомических различий с целью познания особенностей заболеваний. Ряд работ был посвящен изучению строения артериальной системы, костной системы, различий в строении отдельных областей головы, таза, брюшинного пространства и т. д.

Постепенно коллектив увеличивался, все шире становился круг изучаемых вопросов. Исследованию подвергались такие сложные системы, как симпатическая и парасимпатическая, головной мозг, периферическая нервная система, венозная система, иннервация сосудов и др.

Все шире привлекались к анализу анатомических различий сравнительные анатомические и эмбриологические данные, в результате чего выявлялся диапазон изменчивости органа или системы. Открывалась новая страница прикладной анатомии и определялась анатомическая база наблюдавшихся особенностей физиологических реакций; пошатнулось понятие нормы, потеряли свой смысл и содержание такие определения, как вариант, аномалия, отклонение от нормы. Нормой для человека становился диапазон изменчивости, который ограничивался крайними формами ее, имевшими в своей основе процесс формирования.

Обобщенные анатомические факты и различия, естественно, привлекали интерес не только практических хирургов, но терапевтов, физиологов и патологов, ибо открывались такие моменты, которые позволяли осветить вопросы патогенеза тех или иных заболеваний с новой точки зрения (тромбозы и тромбофлебиты, каузалгии, варикозы, кишечные, желудочные и пищеводные кровотечения, послеоперационные тромбозы и т. д.).

Результатом многолетних исследований явилось создание учения об изменчивости органов и систем. Оказалось возможным ближе подойти к проблеме индивидуальности, индивидуальной патологии, о которой писал еще Н. И. Пирогов в своих «Основах военно-полевой хирургии».

За истекшие годы из кафедры В. Н. Шевкуненко вышло около 450 работ, посвященных вопросам анатомии и хирургии, в том числе 150 докторских и кандидатских диссертаций. Десятки профессоров, занимающих кафедры в различных институтах и академиях нашей страны, были воспитаны в кафедре оперативной хирургии Военно-медицинской академии.

Приведенные данные характеризуют Шевкуненко как учителя и организатора научных исследований. Метод воспитания людей, умение поддержать инициативу и направить ее по должному руслу, форма обращения с помощниками, постоянное внимание к ним, отзывчивое участие к нуждам и затруднениям каждого из них — все это привлекало и располагало к нему окружающих его помощников.

Развивая в своих сотрудниках любовь к науке, к избранной специальности, подерживая постоянное стремление к дальнейшему совершенствованию, В. Н. Шевкуненко никогда не разрешал ограничиваться только узкими вопросами практической хирургии и воспитывал любовь к науке в широком смысле слова. Вместе с тем он постоянно обращал внимание на форму изложения мыслей, стиль докладов, характер описания наблюдений.

Навсегда останутся в памяти тренировочные выступления, многолюдные кафедральные совещания, на которых заслушивались доклады, не имевшие, казалось бы, прямого отношения к топографической анатомии и оперативной хирургии. Еженедельные кафедральные совещания являлись школой, где заострялась исследовательская мысль, округлялись и уточнялись формулировки обобщений, полученных в процессе исследования. На этих совещаниях каждый работающий по несколько раз подвергался критике своих товарищей, прежде чем выступать публично с докладом или защитой диссертации. Эти совещания сыграли огромную роль в воспитании большого количества врачей, впоследствии занявших кафедры в медицинских вузах, ибо они учили тому, о чем в свое время говорил Н. И. Пирогов, — не бояться критики, но и уметь отстаивать свои убеждения, основанные на личном исследовательском опыте. В работе с учениками Шевкуненко проявил себя исключительным педагогом, обладающим огромной эрудицией, большим тактом, принципиальностью и глубокой убежденностью в практической важности и научной ценности производимых исследований.

Врачи, слушавшие лекции В. Н. Шевкуненко, прошедшие курс оперативной хирургии под его руководством, навсегда сохраняют в памяти характер его изложения. Такой, казалось бы, сухой предмет, как топографическая анатомия, являлся увлекательной дисциплиной, потому что в процессе изложения В. Н. Шевкуненко характеризовал каждый анатомический факт с прикладной точки зрения, и в стиле его преподавания оправдывались слова Н. И. Пирогова о значении анатомических деталей для хирурга.

Постоянные клинические иллюстрации возбуждали живой интерес.

От молодых преподавателей Шевкуненко требовал умения уважать слушателей, возбуждал желание передавать свои знания в таких условиях, которые пробудили бы у студента живой интерес к предмету. Любовь Виктора Николаевича к литературе, глубокое знание философии, истории вообще и отечественной медицины, в частности, способствовали тому, что на лекциях анатомические данные освещались не только с узко практической* точки зрения, но также с исторической и философской. Лекции Шевкуненко являются примером блестящего сочетания теории с практикой, свидетельствующим о глубоком знании автора и умении применять диалектический метод в исследовании. Ни один анатомический факт, ни одна особенность строения той или иной области, ни один разработанный на кафедре оперативный доступ и прием не были основаны только на теоретических предпосылках. Разработке того или иного способа операции предшествовало длительное изучение предлагаемого метода в секционном зале, в эксперименте и затем только — в клинике.

Предложенные кафедрой оперативной хирургии оригинальные оперативные доступы и приемы отнюдь не вызваны стремлением к новшеству и желанием внести нечто оригинальное. В основе каждой разработанной операции лежит стремление индивидуализировать оперативный доступ и прием, отойти от принятой схемы оперирования, покоившейся на понятиях нормы, с тем чтобы в каждом отдельном случае применять прием, соответствующий особенностям строения данной системы или области у данного человека. В течение многих лет В. Н. Шевкуненко работал со своими учениками над основной, весьма важной для практического хирурга проблемой сочетания внутренних различий в строении с внешними очертаниями тела человека. Многие знают, что встречаются особенности строения того или иного нерва, различия в ветвлении того или иного сосуда, но еще не существует метода, позволяющего с достоверностью определить, каков характер строения, присущий данному человеку. В этом отношении работы В. Н. Шевкуненко над проблемой различий телосложения являются важным вкладом в практическую медицину.

Наличие огромного количества предложенных схем различий телосложения не облегчало положения практического врача. Виктор Николаевич и в этом направлении

пошел по оригинальному пути: в основу своей классификации типов телосложения он положил генетический метод анализа, в результате чего отошел от понятия «конституции»*.

Установление различий в телосложении человека, анализ строения отдельных органов, систем и областей в зависимости от типа телосложения, представляют собой нечто существенно новое, практически необходимое для врачей различных специальностей. Если на первом этапе развития учения об индивидуальности на кафедре Шевкуненко разрешался вопрос определения различий топографии областей, органов и систем с точки зрения частоты той или иной особенности строения в связи с типом телосложения, то в последующие годы внедрение генетического метода в анализ наблюдавшихся различий позволило открыть новую страницу практической медицины и анатомии. Применение генетического метода повело по пути выяснения изменчивости той или иной системы или органа, причем в основе изучения изменчивости лежит исторический процесс формирования данной системы.

Учение об изменчивости органов и систем представляет собой развитие идей Дарвина, изучившего изменчивость видов. В. Н. Шевкуненко встал на путь выяснения изменчивости отдельных систем человеческого организма.

Полученные данные об изменчивости спинальной и вегетативной нервной системы были в дальнейшем многократно подтверждены не только клиникой, не только анализом исходов отдельных операций на центральной и периферической нервной системе, но и путем эксперимента в физиологических и гистологической лабораториях.

Заслуги В. Н. Шевкуненко в этом отношении еще недостаточно оценены. Пройдут, может быть, многие годы, прежде чем разработанный им метод исследования и установления изменчивости всех органов и систем тела человека позволит значительно глубже проникнуть в течение патологического процесса ряда заболеваний.

В своей практической деятельности он никогда не ограничивался только вопросами своей специальности, не позволял окружающим его ученикам уходить от действительной жизни. Кроме любви к своей специальности, Виктор Николаевич воспитывал в своих учениках любовь к истории отечественной медицины, любовь к родине. Вся деятельность В. Н. Шевкуненко, вся его система преподавания и воспитания учеников являются исключительной глубины образом преданности и любви к родине. Ни одна война не проходила мимо коллектива, который возглавлял Виктор Николаевич. Сам он, еще будучи молодым врачом, принимал деятельное участие в русско-японской войне. Когда разразилась первая мировая война, все ассистенты Шевкуненко ушли в действующую армию, а сам он, не оставляя работы на кафедре, уделял огромное внимание эвакуации раненых, оказанию им помощи. Десятки госпиталей находились под его наблюдением. С утра до позднего вечера (да и ночью) Виктор Николаевич объезжал их, контролируя работу врачей, оперировал и учил.

С окончанием первой мировой войны ассистенты В. Н. Шевкуненко возвратились на кафедру, принеся с собой значительный хирургический военный опыт. В последовавшую гражданскую войну В. Н. Шевкуненко, снова отправив своих ассистентов на фронты, и сам принял в ней деятельное участие.

В Великую отечественную войну первое поколение учеников Виктора Николаевича занимало ответственные, руководящие посты в военно-медицинской службе. С самого начала этой войны все сотрудники Шевкуненко ушли в действующую армию, а сам он в числе главных специалистов организовал работу по накоплению и изучению опыта Отечественной войны при Главном военно-санитарном управлении Красной Армии, одновременно с этим ведя преподавание на вновь организованном командном факультете в Военно-медицинской академии. Его лекции отражали опыт войны и вооружали врачей, отправляющихся в действующую армию, актуальными материалами текущего дня.

Во всей работе Виктора Николаевича сквозит глубокая любовь к родине, патриотизм и гордость за русский народ. Этим отличалась и его деятельность по созданию авторских коллективов, работавших над учебниками и отдельными пособиями. Многие поколения студентов изучали топографическую анатомию по переводным иностранным руководствам, в которых очень мало отражены достижения отечественных

хирургов и не упоминаются работы, исследования и наблюдения, сделанные в наших институтах и клиниках. Это побудило Шевкуненко более 20 лет назад приступить к созданию первого оригинального многотомного руководства по оперативной хирургии и топографической анатомии, которое выдержало ряд изданий. В последующие годы менялся авторский коллектив: старшие товарищи уходили на самостоятельную работу и их места занимало повое поколение. Выпускались новые руководства: „Краткий курс топографической анатомии“, „Курс оперативной хирургии“, „Краткий курс оперативной хирургии с топографической анатомией“; наконец, в годы Отечественной войны была издана „Техника хирургических операций для врачей войскового района“. Можно с полным правом сказать, что В. Н. Шевкуненко является учителем трех поколений хирургов, а по стилю, направлению и содержанию работы — продолжателем великих идей Н. И. Пирогова.

В 1943 г. созданный под руководством Шевкуненко атлас, в котором сосредоточены все исследования, проведенные им и его учениками, посвященный вопросам изменчивости первой и второй системы, удостоен Сталинской премии первой степени.

Несмотря на большую работу в своей области, В. Н. Шевкуненко никогда не отходил от общественной деятельности. Он интересовался ею так же убежденно и последовательно, как своей специальностью.

Являясь в течение ряда лет членом Ленинградского совета, он систематически работал по вопросам организации и улучшения постановки дела в высших школах Ленинграда.

Труды В. Н. Шевкуненко на общественном, научном и педагогическом поприще высоко оценены родиной. Он получил ряд правительственных наград, свидетельствующих об его кипучей деятельности, которой он не оставляет на протяжении 50 лет. Редкое счастье — юбилей полувековой плодотворной деятельности на пользу человечества, на пользу родины — выпало на долю Виктора Николаевича.

Пятьдесят лет В. Н. Шевкуненко высоко несет знамя русской науки, и за эти годы много новых ярких страниц вписано им в историю отечественной медицины.

Пятьдесят лет в рядах Армии — это срок, на протяжении которого В. Н. Шевкуненко отдавал все силы на укрепление обороноспособности нашей родины, никогда не отступая от своей цели, отличаясь исключительной искренностью, последовательностью в суждениях, принципиальностью, честностью в отношении к труду, глубокой любовью к науке и беззаветной преданностью родине. Эти качества характеризуют весь его жизненный путь, который для всех врачей нашей родины может служить исключительным примером.

Пожелаем дорогому учителю еще много, много лет здравствовать и работать на пользу родины и науки!



ИЗ ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Засл. деят. науки пр оф. Д. М. РОССИЙСКИЙ

ПЕРВЫЙ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ЖУРНАЛ ПО ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Первая русская газета «Ведомости о военных и иных делах, достойных знания и памяти, случившихся в Московском государстве и во иных окрестных странах» была выпущена в Москве еще при Петре Великом, в самом начале XVIII века — 2 января 1703 г.; первая же отечественная врачебная газета появилась только в конце XVIII века. Первый номер русской медицинской газеты «С.-Петербургские врачебные ведомости» вышел в Петербурге в царствование Екатерины II, 2 ноября 1792 г. «С.-Петербургские врачебные ведомости», создателем и редактором которых является проф. Федор Иванович Уден, просуществовали всего около двух лет и 02-м номером, вышедшим 4 июня 1794 г., закончили свое существование.

После прекращения издания «С.-Петербургских врачебных ведомостей» русские врачи в течение ряда лет не имели своего печатного врачебного органа, и только спустя 14 лет после прекращения издания первой русской медицинской газеты, в 1808 г., в Москве начал выходить «Медико-физический журнал или Труды Общества соревнования врачебных и физических наук», издававшийся «Обществом соревнования врачебных и физических наук», именовавшимся также «Московским медико-физическим обществом» — первым научным медицинским обществом в России.

«Медико-физический журнал», по своему содержанию являвшийся полноценным для того времени научным журналом, выходил через большие промежутки времени: первый номер вышел в октябре 1808 г., второй — в 1812 г. (он почти весь погиб во время пожара Москвы), а третий — и последний — номер, с выходом в свет которого прекратилось издание «Медико-физического журнала», был отпечатан только в 1821 г.

Но примеру «Общества соревнования врачебных и физических наук» Медико-хирургическая академия в Петербурге с 1811 по 1816 г. издавала «Всеобщий журнал врачебной науки».

Журналов, специально посвященных вопросам военной медицины, до 20-х годов XIX столетия в России не было. Первым отечественным журналом, специально посвященным вопросам военной медицины, является вышедший в 1828 г. «Военно-медицинский журнал».

«Военно-медицинский журнал» основан по мысли баронета Я. В. Виллие в 1822 г. Издание его на основании доклада Военно-медицинского департамента, утвержденного 22 июля 1822 г., было предоставлено Медицинскому департаменту Военного министерства с целью «знакомить военных врачей со всеми новыми открытиями и усовершенствованиями врачебной науки». Журнал выходил книжками в 10 печатных листов через 2 месяца, всего 6 книжек в год.

Для редактирования журнала был составлен особый комитет из заслуженных врачей военного ведомства. Главными редакторами за первую четверть века существования журнала (с 1823 по 1846 г. включительно) были последовательно проф. П. А. Чаруковский, С. Ф. Хотовицкий и П. А. Наронович. За это время было выпущено 144 книжки журнала.

Цели и задачи «Военно-медицинского журнала» излагаются в «Предуведомлении» к первому выпуску журнала.

«Между тем как иностранные земли почти презыблительною врачевными сочинениями, между коими журналы занимают весьма значительное место, не издается в России ни одного, с нескольких лет, на отечественном языке.

Медицинский департамент Военного министерства, приняв в рассуждение необходимость доставить военным врачам способы ознакомиться с успехами врачебной науки, считает наиприличнейшим для него средством приступить к изданию журнала; на что по предначертанному плану и удостоился он получить высочайшее соизволение.

Русские военные врачи, находясь в разных, весьма отдаленных частях империи, если бы и могли употребить значительные для них издержки на выписку иностранных журналов и преодолеть затруднения, происходящие от отдаленности, остаются в неведении, что сделано в пользу врачебной науки в свете, потому что большая часть из них не знает иностранных языков.

Журнал сей заключать будет следующее:

1. Оригинальные рассуждения по всем частям внутреннего и наружного врачевания, имеющие целию клиническую пользу с приновлением, где нужно, к военной медицине.

2. Подобные же рассуждения, извлеченные из иностранных сочинений, и переводы небольших сочинений, есть ли они особенно полезны.

3. Таковые же рассуждения о ветеринарном врачебном искусстве.

4. Из вспомогательных наук то, что полезно для медицины.

5. Госпитальную часть.

6. Смесь (медицинского содержания).

7. Официальные известия для военных врачей, как-то: производство, особые награды, исключение умерших, показание вновь определенных чиновников, перемещение их и т. д.

Медицинский департамент Военного министерства приглашает всех врачей Российской империи Принять участие в издании сего журнала и в особенности в трудах, в I пункте означенных, и таким образом споспешествовать усовершенствованию врачебной науки в своем отечестве!

В первом номере журнала за 1823 г. помещены статьи д-ра медицины и хирургии Ф. Гейрота „О нервной горячке и ТурИо*“, главного д-ра Артиллерийской госпитали Аредта „О губчатом артериальном желваке*“ и д-ра О. Гейрота „Об египетском воспалении глаз*“.

Затем помещено описание случаев, доказывающих „несомнительную пользу обливания холодной водой при отравлении опиум*“. „Заметки по судебной медицине о способе ОТКРЫТИЯ присутствия опия при отравлении им* и смесь, в которой приводятся указания о лечении носовых и ушных полипов, сведения о ядовитых персидских клопах и о новых книгах,.

Во втором номере журнала, кроме продолжения статей о нервной горячке и об египетском воспалении глаз, помещены интересные наблюдения о Кавказских минеральных водах.

В третьем номере напечатаны статьи о холере и водобоязни.

Весьма богатый клинический материал дает „Военно-медицинский журнал*“ в 1824 г., в котором напечатаны следующие работы: д-ра Ремана „Появление восточной холеры на Средиземном и Каспийском море*“; д-ра Ф. Гейрота „О госпитальной изнурительной лихорадке, горячке и антоновом огне*“; проф. Савенкова „Описание излечения расприения подключичной боевой жилы через перевязывание сего сосуда*“; „Описание глазной болезни, господствовавшей между матоосами Кронштадтского порта в 1823 г.*“; „Операция аневризмы аг. Плас. ех(гнае*“; „О воспалении глаз, господствующем в Таврическом полуострове*“, „Новейшие известия о Кавказских минеральных водах*“; „Повивание овечьей осы*“; „Правила для руководства судебного врача при исследовании отравлений*“; „О грудной жабе*“; „История с успехом произведенного перевязывания подвздошной наружной аптерии в полости таза по случаю аневризмы в паху*“; „Впрыскивание рвотного в вены в поппадках от глистов*“; „Свойства и опасность укушения тарантула*“; „О пинхонине и хинине*“; „О цынге*“; „О черновике (Melano81з)*“; проф. Савенкова „Руководство врачам при осмотре мертвых человеческих тел*“; д-ра Буяльского „О венерических язвинах в гортани*“.

Большой интерес представляет напечатанное в „Военно-медицинском журнале*“ за 182-< г. (часть XI, № 1) сообщение д-ра медицины П. Чаруковского „О стетоскопе и признаках, помощью его открываемых*“.

Автор говорит, что в 1819 г. французский врач Леннек „предложил орудие, коего великая польза, касательно распознавания болезней грудных органов, подтверждена бесчисленными опытами*“. „Орудие сие, которое он назвал стетоскоп, есть цилиндр крупного, но не очень тяжелого дерева, длиною в фут, а толщиною в шестнадцать линий, в середине просверленный во всю длину, полостью в три линии*“. „Помощью стетоскопа, — пишет Чаруковский, — открываются следующие признаки ГРУДНЫХ болезней: 1) отражение голоса в груди, 2) изменение дыхания и 3) биение сердца*“.

Представляет интерес напечатанный в „Военно-медицинском журнале*“ за 1827 г. (часть IX, № 3) и за 1899 г. (часть XIV, № 3) обзор учения Ганемана о гомеопатии и мнения по поводу гомеопатии, высказываемые на страницах журнала. В заключение статьи „О гомеопатии*“ (1829, № 3) ГОВОРИТСЯ: „Опыт научает нас, что некоторые вещества и в самом малом количестве могут оказывать действие; но сего никак нельзя применять к гомеопатическим лекарствам, потому что биллионная или триллионная часть капли лекарства едва ли даже попадает в пищеприемное горло, а тем менее в желудок, и еще менее в кровь.“

Где нет ничего, там не может быть никакого действия; где нет ПРИЧИН, там не бывает следствий. Итак, очевидно, под именем гомеопатии во всех сих случаях должно разуметь не иное что, как целительную силу природы, а потому лечение такое есть, по всей справедливости, выжидательное.

И в сем том смысле гомеопатическое, или, лучше сказать, выжидательное, лечение достойно уважения, в котором однакож тотчас откажет ему истинный врач, как СКОРО видит, что миллионная часть капли лекарства почитается причиною выздоровления там, где одно отдохновение, хорошая пища и свежий воздух достаточны были для поправления ЗДОРОВЬЯ, — как скоро он удостоверется, что гомеопатики в критических случаях прибегают, более нежели смело и даже не краснея,

к сильнейшим приемам героических лекарств и, покрывая таковые поступки благовидного личного своей системы, причиняют несомненный вред обществу”.

Особенно много внимания уделялось в журнале вопросам военной хирургии, профилактике инфекционных болезней, вопросам организации медицинского обслуживания армии в мирное и военное время, военно-санитарной статистике и военной гигиене.

В 1846 г. Военно-медицинский ученый комитет передал журнал в распоряжение директора Военно-медицинского департамента, который реформировал журнал по новой программе.

Журнал должен был выходить 4 раза в год книжками в 8—10 печатных листов и включать следующие 8 отделов: практическая медицина и хирургия, военно-медицинская клиника и казуистика, военная гигиена и военно-медицинская полиция, судебная медицина, фармация и ветеринарная наука, библиография, военно-медицинская статистика, официальные известия и смесь.

Редакторами журнала в середине XIX столетия были сначала директор медицинского департамента Министерства внутренних дел проф. Е. В. Пеликан, а затем наш известный историк русской медицины проф. Я. А. Чистович.

В 1849 г. в целях улучшения журнала и предоставления военным врачам монографических сочинений по всем медицинским специальностям к журналу в виде отдельного приложения ежегодно прилагалось по одной наиболее выдающейся монографии по той или другой отрасли медицинской науки.

В 1857 г. по докладу редактора „Военно-медицинского журнала” проф. Я. А. Чистовича журнал вновь был реформирован, причем по новой программе журнал должен был состоять из шести отделов (официальная часть, практическая медицина, судебная медицина и гигиена, ветеринарная наука, библиография и смесь) и выходить ежемесячно отдельными книжками от 10 до 12 листов в каждой, причем к журналу в виде приложений давались также и отдельные монографии по различным медицинским специальностям.

С 1823 по 1864 г. вышло 224 книжки журнала, содержащие богатейший научный и научно-практический материал по всем медицинским специальностям.

Старейший русский военно-медицинский журнал, издававшийся Главным военно-санитарным управлением с 1823 по 1917 г., прекратил свой выход на ССХЫХ томе, на 95-м году издания, выпуском номера май—декабрь 1917 г.

В этом последнем номере имеется оповещение редакции о закрытии журнала, в котором говорится:

„Заканчивая издание „Военно-медицинского журнала” за 1917 г. настоящей книгой, являющейся вторым томом 95-го года издания, редакция считает долгом оповестить подписчиков и читателей журнала, что наступающий 1918 год является роковым в жизни нашего издания вследствие целого ряда причин, прежде всего экономического характера.

С возникновением настоящей мировой войны и по мере развития ее издание „Военно-медицинского журнала” представляло много осложнений и становилось все более и более затруднительным”.

Указывая на большие финансовые затруднения, препятствующие продолжению издания журнала, редакция заканчивает свое обращение к читателям следующими словами: „Мы твердо надеемся, что, пока будет существовать русская армия, пока наши военные врачи будут стремиться к научной работе и благородной цели — посвящать эту работу для благополучия русского гражданина и воина, до тех пор жизненной потребностью для них будет иметь свой научный орган и „Военно-медицинский журнал” не умрет, а если временно впадет в летаргию, то пробудится от нее”.

Выходившие после прекращения издания „Военно-медицинского журнала” различные военно-медицинские сборники и издававшийся Военно-медицинской академией, журнал „Архив медицинских наук”, носивший с 1930 г. наименование „Военно-медицинский журнал”, освещавший главным образом научно-исследовательскую деятельность Военно-медицинской академии, не могли удовлетворить полностью массу военных врачей, вследствие чего с 1929 г. стал выходить новый военно-медицинский журнал под названием „Военно-санитарное дело”, являвшийся органом Военно-санитарного управления РККА.

В предисловии к первому номеру журнала (январь—февраль 1929 г.) редакция обращается к читателям со следующими словами: „Приложение коллективных усилий всех военно-санитарных работников в деле повышения санитарного состояния Красной Армии и улучшения ее санитарного обслуживания встречало до настоящего времени значительное препятствие ввиду отсутствия соответствующего периодического издания.

Выходившие с большими перерывами военно-санитарные сборники и время от времени издаваемые на периферии другие материалы не были в состоянии удовлетворить все более возрастающие потребности.

Изданием журнала „Военно-санитарное дело” осуществляется уже давно высказываемое желание военно-санитарных работников иметь периодический орган как арену для обмена мнениями по вопросам здравоохранения Красной Армии.

„Военно-санитарное дело”, содержавшее до Великой отечественной войны ряд специальных разделов военной медицины (организация военно-санитарной службы,

физиология военного труда и военно-профессиональный обзоры, труд и быт военно-сапитарной службы и др.), во время войны значительно расширило свое содержание, включив ряд новых разделов (лечебно-эвакуационный, организация и тактика санитарной службы, вопросы противоэпидемической защиты войск, вопросы гигиены и санитарно-химической защиты войск и др.), и в целях продолжения лучших традиций первого русского военно-медицинского журнала, вышедшего в 1823 г., с 1944 г. получило наименование „Военно-медицинский журнал“.

Первый русский журнал по военной медицине, являющийся в то же время одним из первых и старейших врачебных журналов в нашем отечестве, сыграл большую роль в деле развития отечественной медицины, и из 700 медицинских периодических журналов, вышедших в XIX столетии, „Военно-медицинский журнал“ может гордиться своим более чем вековым существованием.



Полковник мед. службы Н. Н. ИВАШОВ и И. М. ГЕЙЗЕР

ЗАБОТА СУВОРОВА О ЗДОРОВЬЕ СОЛДАТ

В славной плеяде русских полководцев прошлого Александр Васильевич Суворов занимает одно из первых мест. Свыше 40 лет провел он в военных кампаниях и ни разу „баталии не проигрывал“. Суворов не знал поражений потому, что был гениальным полководцем, храбрым воином, упорным и настойчивым в достижении поставленной цели, патриотом, горячо любившим свою родину.

Но Суворов побеждал врагов еще потому, что заботился о солдатах, был для них „отцом-командиром“. Австрийский генерал Крейц как-то спросил Суворова, как это ему удается так легко поднимать солдат на ратные подвиги.

На это Суворов ему ответил: „Безделица! Люби солдата, и он будет любить тебя — в этом вся тайна...“

В настоящей статье мы постараемся рассказать об оздоровительных мероприятиях, которые проводил Суворов во вверенных ему частях. Большинство документов, которые приводятся в настоящей статье, публикуется впервые.

Для того чтобы полностью оценить роль Суворова в заботах о здоровье солдат, следует вспомнить о тех чрезвычайно тяжелых условиях, в которых находились русские войска в XVIII столетии.

Поклонник Фридриха II, Павел I с огромным рвением вводил в армии прусские порядки. Бессмысленная муштра и шагистика, узко затянутый мундир, наказание за малейшее отступление от формы делали солдат подлинными мучениками.

О том, как чувствовал себя солдат, красноречиво говорит следующий документ. В одном из писем генерал Ржевский писал: „Солдат чисто одет, но везде стянут так, что естественных нужд отправлять не может: ни стоять, ни сидеть, ни ходить ему нельзя“.

Каторжная жизнь солдат усугублялась еще тем, что их зачастую жестоко эксплуатировали, используя как даровую рабочую силу. В одном из приказов Румянцев обращает внимание генерала Эссена на то, что „... имел неудовольствие увидеть из дошедшего до него рапорта, что в местечке Бузее разных полков и в немалом числе находятся воинские чины частично при обозах, а частично для кошения и заготовки сена...“ Румянцев приказывает „наистрожайше запретить отлучать солдат от полков на услуги партикулярные ...“ (из приказа Румянцева генералу Эссену от 22. VIII. 1771 г.).

В результате тяжелых условий солдатской жизни и низкого уровня медико-санитарного дела заболеваемость и смертность в частях были очень высоки. Так, в 1757 г. в семи пехотных и одном гусарском полках, находившихся под командованием генерала Фермера и Литве, из наличного состава в 11 200 солдат 1 106 числились больными (или около 10%).

В расположенном в Крыму Полоцком пехотном полку с 25.11 по 10.11.1793 г. умерло 11 человек, и за 18 дней апреля того же года — 43 человека. В Троицком полку за 6 дней марта 1793 г. умерло 6 человек, а за 21 день апреля того же года — 18 человек.

Беспорывные войны, которые Россия вела в XVIII столетии, значительная убыль в личном составе армии от ранений, заболеваемости и смертности заставили Суворова со всей серьезностью отнестись к медико-санитарному обслуживанию солдат во вверенных ему частях. Так, в приказе от 6.V.1793 г. Суворов пишет: „К общему сожалению, усматриваю из рапортов... хотя ко всемерному сохранению здоровья, неоднократно от меня предписываемо было, но не токмо в том никакого успеха нет, но в ежечастном возрастании свирепствует смертельность“.

„Строго предписываю полковым начальникам войти в особое попечение и соблюдение солдатского здоровья и в примечательное уменьшение больных, преподавая все способы в излечение их, и отнюдь не допускать людей ни в малейшие

«рипадки: хотя бы где сие и не случилось, то строжайше начальникам разыскивать от какого небрежения оное последовать могло, и взыскивать с виновных неослабно, о чем я крайне смотреть не упущу*» (из приказа Суворова от 18.1.1793 г.).

В „Науке побеждать*» в чрезвычайно сжатой форме сформулировано воинское кредо Суворова: „Субординация, экзерциция, дисциплина, чистота, здоровье, опрятность, храбрость, победа*. Мы видим, таким образом, что „чистота, здоровье и опрятность*» являются в представлении великого полководца важнейшими элементами в достижении победы.

В приказе Суворова от 31.X.1793 г., в разделе „Здоровье*», читаем: „Драгоценность блюдения оно в естественных правилах. Питье — квас, для него двойная посуда, чтобы не было молодого и перекисло; коли вода, то здоровая или нечто приправленная. Еда — котлы вылуженные, припасы, здоровые, хлеб выпеченный, пища доверенная, не переваренная, не отстоянная, не подогретая, горячая и для того, кто к каше не послел, лишен ее. На тот раз. Воздух, — в теплое время отдыхать под тенью без обленения, ночью в палатках укрываться, в холодную, и отнюдь бы в них сквозь ветер не был. Чрез ротных фельдшеров довольный запас в артелях ботанических средств. Сие подробнее и для лазаретов описано в примечаниях искусного штаб-лекаря Белопольского*».

Суворов строго следил за тем, чтобы солдат получал все положенное ему по норме. В суворовских архивах можно найти много чрезвычайно интересных документов, иллюстрирующих борьбу, которую он вел в интендантских управлениях с „любителями пожитья за счет солдат*». Во время больших походов при отсутствии походных кухонь Суворов все же добивался, чтобы солдат копмил исправно. Приучая солдат к трудолюбию, он умело сочетал труд с необходимым отдыхом.

„Неприятель думает, что ты за сто, за двести верст, а ты, удвоив, утроив шаг богатырский, нагрянь на него быстро, внезапно...» Так не только учил, но и делал Суворов, часто сваливаясь на неприятеля, как снег на голову.

Но осуществлять огромные марши и часто бросать войска с хода прямо в бой Суворов мог потому, что тщательно обдумывал все стороны предстоящего похода, добиваясь, чтобы солдаты не выбивались из сил. Во время знаменитого похода Суворова из Италии во Францию войска проходили ежедневно по 28 км. Выступали они ночью, шли 7 км, потом делали привал на час; затем вновь проходили 7 км, после чего делали привал на 3—4 часа, варили пищу и обедали. После обеда войска шли 7 км и опять час отдыха. Наконец, шли последние 7 км и — ночлег.

Суворов требовал от подчиненных бережного отношения к солдату. В „Науке побеждать*» он пишет: „Кто не бережет людей, офицеру арест, унтер-офицеру и ефрейтору палочки, да и самому палочки, кто себя не бережет*».

В приказе по войскам Крымского и Кубанского корпусов от 16.X.1778 г. Суворов требует от медицинских работников честного и заботливого отношения к делу: „... надзиратели в лазаретах при слабых и больных должны быть люди честные, попечительные, трудолюбивые и бескорыстные...» ; „... ротным фельдшерам быть в их должности исправнейшими и строго к оным от лекарей и подлекарей приобученными...»*.

Суворов неослабно следил за движением заболеваемости и смертности в частях. Предельно допустимой заболеваемостью он считал 1%. Если больных оказывалось больше, он немедленно „учинял следствие*» для выяснения и устранения причин этой повышенной заболеваемости.

Так, „по исследованию посланных в марте месяце в полки, расположенные во вновь приобретенной области, а паче Полоцкой, по несообразному числу в оном против прочих умирающих, найдено, что таковая смертность свирепствует от сырости казарм, построением оконченных прошлого году в декабре месяце из сырого кирпича и камня, да также от нечистых глубоких и гнилых тогда же построенных землянок*».

В том же документе он отмечает, что заболеваемость и смертность являются также результатом „недостатка дров, как в свое время заготовлены не были, в расстоянии 75—30 верст доставляемы были солдатами пешком (хотя это от меня и запрещено было). Солдаты в холодное время почти через сутки имели только обогревание, да и от сырости не могли себя осушивать и от намерзания стен была непрестанная мокрота*».

Суворов направляет в Полоцкий, Троицкий и Алексопольский полки подполковника Корицкого и дивизионного врача для расследования на месте и донесения „о содержании как здоровых, так и больных*».

Суворов категорически требует от командиров принятия решительных мер „к укрошению той смертности, каковая несообразно всем правилам свирепствует, и привести людей в надлежащее сбережение, обозревая лично в полках каждому подчиненных содержание и соблюдение людей, и установить все то, что может быть к пользе здоровых*».

В результате принятых мер заболеваемость в полках снизилась, и Суворов в одном из последующих своих приказов отмечает, что „попечением господ полковника кавал-

лера Маркова, подполковника Корицкого, а паче искусством штаб-лекаря Белопольского Полоцкий пехотный полк приведен в совершенное благосостояние...".

Суворов считает своей „обязанностью свидетельствовать признательную благодарность. Усердие сие останется примером против всякого нерадения" (приказ № 858 от 6.V. 1793 г.).

■ Болезнь легче предупредить, нежели [#] лечить ее. Это прекрасно понимал Суворов, поэтому он и его штаб-лекарь Белопольский уделяют огромное внимание профилактическим и санитарно-оздоровительным мероприятиям. Суворов требует от подчиненных „иметь ежевременно попечение о соблюдении паче здоровья здоровых...".

В „Правилах медицинским чинам" штаб-лекарь Белопольский в и. 2 требует искать причины заболеваемости „не в лазаретах между больными, но между здоровыми в полках, батальонах, ротах, корпоральствах и разных отдельных командах...".

В приказе от 16.V.1778 г. Суворов рекомендует обращать внимание на качество пищи и питья: „Последнему принадлежит, где не лутчая вода, таковая отварная и отстоенная; слабым — сахарная или с укусом; к пище же — выпеченный хлеб, испривные сухари, теплое вареве и крепко полуженные котлы.

Застоенную, олуделую пишу отгудь не употреблять, но надлежаше варить, а по употреблении вымывать и выгирать котлы сухо. Обуви и мундирам быть не весьма тесным, дабы в обуви пести-ка употребляться могла. Наблюдать весьма чистоту в белье неленостным вымыванием оногo...".

В своих приказах Суворов часто ссылается на штаб-лекаря Ефима Белопольского, которого высоко ценил, считая крупным авторитетом в области медицины.

Нам, к сожалению, не удалось обнаружить „Полковой лечебник" Белопольского, который Суворов неоднократно упоминает. Но в архивах мы нашли „Правила медицинским чинам" (публикуется впервые), разосланные по подведомственным Суворову полкам. Документ, который мы полностью приводим, показывает, что для своего времени Белопольский был, действительно, выдающимся врачом-профилактиком.

ПРАВИЛА МЕДИЦИНСКИМ ЧИНАМ¹

1. Иметь всем непременно предписания его сиятельства г. генерал-аншефа и разных орденов кавалера графа Александра Васильевича Суворова Рымникского и оным чинить точные выполнения, отделивши от здоровых больных, слабых, хворых и льготных, всех особо.

2. Причины умножающихся болезней ведать непременно, и выискивать оные не в лазаретах между больными, но между здоровыми в полках, батальонах, ротах, корпоральствах и разных отдельных команд, исследовав их пишу, питье, строение казарм и землянок, время их построения, пространство и тесноту, чистоту, поварную посуду, все содержание, разные изнурения. О чем вам доносить полковнику или другому командиру, а в другой раз уже в главное дежурство.

3. Стараться, чтобы домашними простыми лекарствами запасены были все артели, которые и описаны в предписаниях его сиятельства, да еще и сверх оных, где можно, иметь корку молодой ракиты на место хины, дрок-траву, цветы донничные, водоперечник татарской (Бубгор1рег ипанши), корень чистотела или омана (йе1ештХ корень мыльной травы, шандру, дикую мяту, корень ирной и др.

4. Приводимых с маловажными, ничего не значащими болезнями, как-то: малыми вередями, малыми цинготными ранами и пятнами, дав им пластырь или другое лекарство, обратно отправлять в команды, не зирая ни на какие против сего роптания, ибо малая болезнь от обленения в лазарете превращается в ужасную и иногда смертоносную...

6. Днестровская вода хотя и не совершенной доброты, однако и не столь худа как с первого взгляду кажется, ибо она всегда быстрое течение имеет. Весь же происходящий от оной вред состоит в мутности иловойтой, который садится на желудке тяжело и производит разные болезни. Почему и нужно оную отстаивать в чанах с чопом на 7 вершков, сделанным по опыту господина полковника и кавалера Маркова. В сии чаны воду вливать в вечеру, которая через ночь совершенно отстаивается и поутру на варение и питье годною становится. Но в питье оную употреблять только в том случае нужды и во время похода, размочив еще в ней хлеб или сухари; в другое же время нужен хороший квас во всех артелях и в лазарете.

6. Здоровым рыбу днестровскую употреблять в пишу без всякого сомнения, но только чтобы она была свежая, либо приколотая, присоленная и хорошо уваренная.

7. Цинготная болезнь в сей стране более опасною оказалась и берет на себя маски разных других болезней, которую лечить наиболее чистотою, соблюдаемою во всем благоприятным истреблением всех причин, оную производящих, которые, усилившись, делаются иногда, наконец, непреоборимыми; свежую кислую пищу и питьем, с движением; иногда переменою лагерного места и ежедневным купанием в быстро-текущей реке; просторным расположением всех здоровых, больных, слабых, хворых, льготных,— всех особо; потом кислую капустой, хреном, капуаном, горчиною, водяным трилистником, дикую жерухою (егу81шит), табаком, полынем, кровавиком, холодными

¹ По поручению генерал-аншефа Суворова Правила разосланы по подведомственным ему войскам 3.VIII.1793 г.

ваннами, уксусом, которым, смешавши с водою, тереть и рот полоскать; дегтяным квасом и водою, водою, напоенную настоящим воздухом (адиа аЕПз 11х1), и лимонами, по возможности; курить казармы смолою и стружками дегтяных бочек. Купание в морской воде, где можно, исцеляет от пынги и чесотки; гуша красная из муки в сих болезнях весьма полезна. Лихорадки лечить, кроме слабосильных, рвотных, горьких, соленых, наконец, крепительных лекарств, наипаче воздержанием от пищи и питья и употреблением сначала распушенной в воде сибирской соли с сурмяным тартаром, положиа оно на прием 14 доль грана, не для рвоты, но для разжижения густой желчно-клейкой лихорадочной материи. На другие болезни данные от меня формул[^] Полоцкого пехотного полку господину лекарю Таницкому вам списать и оныя в пользу больных, по рассмотрению причины, времени, сложения, степеней, болезней, лет больного — употреблять. Су клея, июня 7 дня 1793 г. Подлинное подписал штаб-лекарь Ефим Белополюский".

Учитывая уровень медицинских и санитарно-гигиенических знаний того времени, следует признать, что Белополюский правильно намечает комплекс лечебных и профилактических мероприятий, направленных к оздоровлению условий жизни солдат и предупреждению среди них заболеваемости.

В своей лечебной и санитарно-оздоровительной работе Суворов столкнулся с чрезвычайно серьезным препятствием — острой нехваткой медицинских кадров.

Как обстояло с медицинскими кадрами в то время, видно из следующих данных: в 1771 г. на 101 пехотный полк было всего лишь 216 фельдшеров, или 2—3 фельдшера на полк. В 67 гарнизонных полках было всего 115 фельдшеров (при штате 10 пирюльников и 8 фельдшеров на полк), или 1—2 фельдшера на полк.

Суворов в данном случае находит следующий выход из положения: в одном из своих приказов он предлагает развернуть подготовку ротных фельдшеров:

«... Для сущей пользы всех военнотружущих нужно необходимо, чтобы ни одни только полевые и батальонные лекари и под ними подлекари отправляли всю врачебную должность, ибо часто бываюот роты и эскадроны за 50 и более верст от лазарета. На зимних квартирах лекаря и подлекаря ниже в 24 часа доставить не можно, а нужна скорая и весьма легкая помощь, но оной доставить некому по незнанию и не научению ротных (как в других европейских государствах) фельдшеров, которые самонужнейшие правила врачевства должны знать, то для сего и нужно:

1. Выбрать по одному из роты во образе ротных фельдшеров и к ним же по одному молодому солдату или средних лет, проворных, умных, твердых, трудо-человеколюбивых, понятных, из таких, сколько можно, кои прежде в их селениях некоторое исполнение в том имели, т. е. до определения их в службу; всего же нужнее им показывать врачебные, многократно дознанные в пользовании больных, растения. Медицинским полковым чинам, которые также обязаны самонужнейшим правилам хирургическим прилежно их обучать, и сих учеников полковой или батальонной командир содержит особо и отлично от других, из которых выходят в роты или эскадроны в 1⁸ — 2³/₄ года или в целый год, а чем ранее, тем лутче. Один будет фельдшер, лутчий успех оказавший, а другой менее его, помощник ему.

2. Полковые и батальонные медицинские чины обязаны их обучать показанием и истолкованием всех лекарств, очищающих желудок и кишки чрез рвотное и слабительное, изыясняя их силу и количество в приеме, по возрасту, temperamentу, привычке, временам года и степени болезни. Исправлением и очищением крови, сколько возможно, растениями; а наипаче еще такими, которые удобно можно набрать в России, не касаясь минеральных лекарств и иностранных.

3. На все наружные болезни, как-то; раны — разные и цинготные, ушибы, возжение, нарывы, антонов огонь, скулы — употребление спиртов, бальзамов, мазей, присыпок, припарок, пластырей и трений. Они должны уметь разнообразно кровь бросать, а наипаче из рук и ног, также и брить, но дело сие других под ними пирюльников. Полковые и батальонные медицинские чины им ввеляют в ротах все лекарства нужные по их званию для случая необходимо скорого вспоможения больному, також и другие простые, наипаче из растения лекарственные вещи".

Слабость экономики крепостной России, низкий уровень культуры и медицинских знаний, пренебрежительное отношение к солдату как к „крепостному в мундире", которое прочно жило в сознании многих офицеров, являлись тормозом в осуществлении ряда оздоровительных мероприятий, которые намечал Суворов. Но и то, что, по настоянию Суворова, было претворено в жизнь, дало положительные результаты, позволившие великому полководцу с гордостью заявить: „Где умирает от ста один человек, у нас и от пятисот в месяц меньше умрет" (из „Вахтпарада"). „У меня в полку умирало в год редко до полдюжины. От корпуса за Дунаем до Козлуджи три недели больных отправлять назад некого было, и все живы" (из записок Суворова).

В постоянной заботе о солдатах, любви к ним, в простоте обращения с ними и следует искать секрет того, что Суворов пользовался таким исключительным авторитетом и любовью солдат. С Суворовым не было трудностей, неприступных крепостей, непроходимых болот. Всюду, куда их звал отец-командир, шли его чудо-богатыри защищать родную землю от вражеского нашествия или приумножать славу и благоденствие своей отчизны.

БИБЛИОГРАФИЯ

БИБЛИОГРАФИЯ ПО ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ЗА ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941—1945 гг.)

За годы Великой отечественной войны по различным отраслям военно-медицинской науки опубликовано большое количество монографий, сборников, учебников, пособий, инструкций, указаний, наставлений и отдельных статей.

Учитывая потребность читателей в освоении опыта военной медицины, а также недостаток необходимых библиографических справочников, мы даем библиографию военно-медицинской литературы за 1941—1946 гг. *.

Полковник мед. службы И. Д. МАКАРОВ

1. ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Абрамов П. В., Сапитарное обеспечение Ростовской операции Красной Армии, ВСД, 12, стр. 41—49, 1941.

А в и о с о р М. Л., Ошибки и дефекты предшествующих этапов сапитарной эвакуации, в кн. Об. трудов 3-й конференции терапевтов фронта, Рига, стр. 163—171, 1945. Для служебного пользования.

Акодус Я., К вопросу об объеме медицинской помощи на полковом медицинском пункте, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 286—299, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Акодус Я., К вопросу об организации первой медицинской помощи на поле боя, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 280—285, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Александров А., Воздушные санитары, Санитарная оборона, 12, 1941.

Александров Г., Тыл армии в Белгородско-Харьковской операции, Тыл и снабжение Красной Армии, 2—3, 1944.

Алесковский П. А., Занадворов Н. П., Медсанбат во время прорыва блокады, ВМЖ, стр. 17, май 1942.

Аминев А. М., Научная (межгоспитальная) конференция врачей в Ростове, Медицинский работник, 20.У.1943.

Аминев А. М., Первая научная конференция санитарных начальников и хирургов М-ского фронта, ВСД, 10, стр. 58—60, 1943.

Амшинский М. М., За санитарное укрепление тыла. Опыт Рогачевского района БССР, М. — Л., Медгиз, стр. 30, 1941.

А м х а н и ц к и й Е., Санитарное обеспечение наступательной операции при бездорожье, Тыл и снабжение Красной Армии, 10, 1942.

Ананьев И. А., Основные этапы развития санитарной статистики и учета в Красной Армии, в мн. 2-я научная конференция, тезисы докладов, Куйбышев, ВМА, стр. 82—84, 1941.

Андреев В. А., Медико-санитарная служба Военно-Морского Флота за три года Отечественной войны, Военно-морской врач, 1, 1945.

Аншелевич Р. А., К вопросу организации работы военно-санитарных поездов во фронтовом районе (по материалам войны с белофиннами), в кн. Тр. ВМА, т. 29, стр. 133—165, 1941.

Арапов Д. А., Опыт работы медсанроты в десанте, в кн. Тр. УМСЛ при начальнике ВМФ, т. II, в. 1, № 2 б. м., 89 стр. 1943.

Аролович С. М., Работа врача, в военно-санитарном поезде, ВСД, 3, стр. 50—51, 1942.

Арупонов А. И., Очередные "задачи в организации и оказании хирургической помощи в медико-санитарных учреждениях Западного фронта, в кн. Сб. руководящих материалов по лечебно-эвакуационной работе, Тбилиси, стр. 82—88, 1942. (СУ Закавказского фронта). Для служебного пользования.

Архангельский С. В., Медобслуживание раненых во временных военно-санитарных поездах, в кн. Медицинский сборник, № 1, б. м., стр. 35—36, 1942.

Арьев Т. Я., Некоторые вопросы работы хирургов в войсковом, армейском и фронтовом районах о сужении круга лечебно-диагностических задач и о специальностях внутри военно-полевой хирургии, ВСД, 7, стр. 27—38, 1942.

¹ Библиография составлена по данным Фундаментальной библиотеки Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, ГЦМБ Министерства здравоохранения СССР, Государственной библиотеки им. Ленина, Книжной палаты СССР и материалов МЭИ, ФЭП, сануправлений (санотделов) фронтов, округов и армий.

Ахутин М. Н., Неразрешенные задачи военно-полевой хирургии, Врачебный журнал, 2, 1941.

Ахутин М. Н., Организация нейрохирургической помощи в армиях и на фронте в наступательной операции, Вопросы нейрохирургии, 8—9, стр. 11—18, 1944.

Ахутин М. Н., Полевые госпитальные коллекторы. Тыл и снабжение Красной Армии, 9, 1942.

Ашурбаев Х. Р., Опыт организации санитарного обеспечения стрелкового полка в наступлении, в кн. 1-я научная конференция медиков М-ской армии, б. м., стр. 29—30, 1943. Для служебного пользования.

Багдасарьян С. М., Военная медицина на Ленинградском фронте, ВМЖ, март-апрель, 1944.

Багдасарьян С. М., Всесторонне изучать и уметь использовать опыт войны, ВМЖ, январь-февраль, 1944.

Багдасарьян С. М., 25 лет советской военной медицины, ВСД, 2—3, 1943.

Багдасарьян С. М., Забота о раненых бойцах Красной Армии, М., Медгиз, 60 стр. с илл., 1942 (ГВСУ Красной Армии).

Багдасарьян С. М., Санитарная служба в боях за родину, ВСД, 2, 1941.

Багдасарьян С. М., Санитарная служба русской армии в войне 1914—1917. ВСД, 7, 1943.

Багдасарьян С. М., Сталинская забота о красных воинах, В кн. Медицинские работники в Отечественной войне, М., стр. 41—47, 1942.

Банайтис С. И., Лечение и эвакуация раненых на Западном фронте, в кн. Тр. 5-го пленума УМС при начальнике ГВСУ Красной Армии, М., Медгиз, стр. 79, 1942. Для служебного пользования.

Барабанов А. Я., Санитарное обеспечение стрелковой роты в обороне, ВСД, 2, 1941.

Барабанов А. Я. и Солодилов Е. В., Санитарное обеспечение батальона, действующего в авангарде при преодолении полосы инженерно-химических заграждений, ВСД, 4, 1941.

Баркалава Н. К., Некоторые итоги работы эвакуогоспиталей НКЗдрава Грузинской ССР, В помощь медработникам эвакуогоспиталей, 6—7, стр. 9—16, 1942.

Баркалава Н. К., Работа эвакуогоспиталей Грузинской ССР, в кн. Тр. 1-го пленума Госпитального совета, М., стр. 56—66, 1942 (НКЗдрав СССР).

Баркман Э., По госпиталям Куйбышевской области, Госпитальное дело, 1—2, стр. 49—51, 1942.

Барсуков М. И., Советский Красный крест на фронтах гражданской войны, Санитарная оборона, 4, 1941.

Бару Э. С., Санитарные летучки в армейском районе, ВСД, 5—6, 1943.

Басис Л. Я., Об истории госпиталя, Госпитальное дело, 9, 1944.

Баткис Б. А., Таблица для вычисления длительности периода лечения, М 4 стр., 1943 (НКО СССР, Военфак при П ММИ).

Батцев П. М., Из опыта работы БМП и ГМП, ВСД, 4, 1943.

Беленький Р. Ю., Красный крест столицы в дни войны, Санитарная оборона, 12—13, 1941.

Белицкая Е. Я., Система учетно-статистических показателей санслужбы действующей армии, М. — Л., 132 стр., 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Белкин В. А., Медицинская помощь в партизанских отрядах, ВМЖ, 5, стр. 57, 1944.

Белоголовова Н. Н., Опыт работы подземного госпиталя на полуострове Ханко, в кн. Тр. УМС при начальнике МСУ ВМФ, т. II, в. 2, № 3, М., стр. 8, 1943.

Белоголовова Н. Н., Подземные медико-санитарные сооружения, Военно-морской врач, 3, 3, стр. 13—21, 1944. Библиогр.

Беляев М. А., Санитарная эвакуация морем на временно используемых и попутно следующих судах, в кн. Тр. УМС при начальнике МСУ ВМФ, т. II, в. 1, № 2, М., стр. 66—71, 1943.

Беляев М. А. и Иванов В. М., Использование кораблей для эвакуации раненых, Военно-морской врач, 3, 1, 1944.

Беляев П. Д., Медицинское обеспечение танковой бригады при вводе ее в про-рыв, ВМЖ, апрель—май, стр. 48—49, 1945.

Бердив А. О., Санитарно-тактическая обстановка и объем медицинской помощи на этапах эвакуации, в кн. Тр. 1-й хирургической конференции Гб-ского РЭП 27—30 июля 1942 г., б. м., -стр. 42—47, 1943.

Бердыклычев М. Г., Итоги работы и предстоящие задачи эвакуогоспиталей НКЗдрава Туркменской ССР, в кн. Тр. оборонной республиканской сессии Туркменской научной сессии медицинского общества и Госпитального совета НКЗдрава; Туркменской ССР, Ашхабад, стр. 7—13, 1942.

Берлинский, Специализированная помощь в армии в период декабрьско-февральской операции, в кн. Военная медицина на; 3-м Белорусском фронте в Великой отечественной войне, № 9—10, Вильнюс, стр. 46—49, 1944.

Берюшев К. Г., Медико-санитарное обслуживание Сталинграда! и Сталинградской области после освобождения их от оккупации, Гигиена-я санитария, 11—12, 1943..

Блюмин И. Ш., Основные вопросы хирургического обеспечения при планирова>-

■нии армейской наступательной операции, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 256—273, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Блюмин И. М., Транспортировка) раненых с поля боя в зимних условиях, ВМЖ, январь — февраль, стр. 55—61, 1944.

Богагырев М. Ф., Медицинская помощь в войсковом районе, Советская медицина, 1, 1943.

Богагырев М. Ф., Работа фронтового санитарного поезда в дни Великой отечественной войны, Советская медицина, 10, стр. 29, 1942.

Богаченко П. Я., К вопросу лечебно-эвакуационного обслуживания раненых госпитальным судном, в кн. Военно-морской мед. сб., в. 5, М. — Л., стр. 20—22, 1945.

Богданов Г! М., Госпиталь в тылу противника, ВМЖ, май, стр. 61—62, 1944.

Боевые задачи обществ Красного креста и Красного полумесяца (передовая), Санитарная оборона, 12—13, 1941.

Большакова М., Состояние детского здравоохранения в областях, освобожденных от немецких оккупантов, и задачи органов здравоохранения, Педиатрия, 1, 1944.

Борисов Я. Н., Опыт организации летнего лагеря выздоравливающих в условиях гарнизонного госпиталя, в кн. Сан. служба в дни Отечественной войны, в. 7, Челябинск, стр. 123—125, 1945.

Б о р и сов Я. Н., Роль гарнизонного госпиталя глубокого тыла в дни Отечественной войны, в кн. Сан. служба в дни Отечественной войны, в. 7, Челябинск, стр. 3—5, 1945.

Б р о в е р Б. И., Характеристика хирургической работы военно-морского госпиталя в осажденной Одессе, в кн. Некоторые вопросы медико-санитарной службы Черноморского флота в Отечественной войне, М. — Л., стр. 21—27, 1945 (Военно-морской мед. сб., в. 3).

Бродский Э. М. и Артемьев А. И., Утепление автогрузовых машин для эвакуации раненых в зимних условиях, ВСД, 9, стр. 63—64, 1941.

Брусилевский Л. Я., Как увеличить оборачиваемость коечного фонда в госпиталях, в кн. Сб. научных работ эвакуогоспиталей, М., стр. 11—13, 1942 (Сан. отдел СибВО).

Б р у с и л о в с к и й Л. Я. и Очкин А. Д., Долечивание раненых как неотложная проблема, в кн. Сб. работ сан. службы СибВО, 2, М., стр. 1—8, 1943.

Брюхов А. А., Работа санитарного взвода батальона во время прорыва блокады, ВМЖ, май, стр. 40—43, 1944.

Буков В., Головной полевой эвакуационный пункт, Тыл и снабжение Красной Армии, 5—6, 1944.

Буков В. А., Некоторые вопросы лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий войск, в кн. Опыт лечебно-эвакуационной работы войскового и армейского районов, б. м., действ. армия, стр. 5—21, 1944. (Сан. отдел М-ской армии 1-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Буков В. А., Об организации эвакуации по назначению раненых и больных из медсанбатов, ВМЖ, июнь, стр. 18—24, 1944.

Буков В. А., Основные вопросы медицинского обеспечения Орловско-Курской операции М-ской армии, в кн. Опыт лечебно-эвакуационной работы войскового и армейского районов, б. м., действ. армия, стр. 22—52, 1944. (Сан. отдел М-ской армии 1-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Бурденко Н. Н./ Боевой опыт врачей. Несколько мыслей хирурга, Известия, 132, 6. У1. 1941.

Бурденко Н. Н., Исторический этап в развитии советской медицины, Правда, 8-9. XII. 1944.

Бурденко Н. Н., Место нейрохирургии в общей организации военно-полевой советской хирургии в Отечественную войну, Вопросы нейрохирургии, 6, 6, стр. 3—6, 1942.

Бурденко Н. Н., На страже здоровья красных бойцов, в кн. Медицинские работники в Отечественной войне, М., стр. 14—18, 1942.

Бурденко Н. Н., Современная фаза военной хирургии (организация специальной помощи раненым), Госпитальное дело, 1—2, стр. 7—11, 1942.

Бурингольд С., К вопросу об организации приема больших партий раненых, Военно-морской врач, 3, 1943.

Б у р н а з я н А. И., Задачи Ученого медицинского совета (вступительное слово начальника ВСУ 1-го Прибалтийского фронта), в кн. Материалы 1-го УМС 1-го Прибалтийского фронта, б. м., стр. 4—5, 1944.

Бурназян А. И., Некоторые вопросы организации сортировки раненых и больных в войсковом и армейском районах, стр. 66—71, 2, ВСД, 1941.

Бурназян А. И., Эвакуация и лечение легко раненых, Тыл и снабжение Красной Армии, 10, стр. 23—24, 1943.

Б у ш м а ч Д. Г., Организационные формы массовых мероприятий оздоровления призывников, Вестник офтальмологии, 22, 6, 1943.

Бызов К. П., Опыт годовой работы инфекционного госпиталя, в кн. 1-я научная медицинская конференция М-ской армии, б. м., стр. 82—83, 1943. Для служебного пользования.

Быков Ф. С., Дефекты эвакуации раненых и больных, Госпитальное дело, 11—12, стр. 39—41, 1942.

Вавилов А., Подвоз и эвакуация при форсировании Днепра, Тыл и снабжение Красной Армии, 5—6, 1944.

Варшавская Д. Я., Опыт работы специального отделения фронтового эвакуогоспиталя, в кн. Военная медицина на 3-м Белорусском фронте в Великой отечественной войне, № 9—10, Вильнюс, стр. 100—103, 1944; Вопросы нейрохирургии, 1, 1945.

Варшавский К. М., Лечение легко раненых и больных в армейском тылу, Тыл и снабжение Квасной Армии, 4, 1944.

Варшавский К. М., О практическом значении медицинской отчетности, ВСД, 12, стр. 24—28, 1941.

Васильев А. А., Анализ причин смертности, в кн. Тр. 5-го пленума УМС при начальнике ГВСУ Красной Армии, М., стр. 204—214, 1942. Для служебного пользования.

Васильев Н. Ф., Отдаленные результаты лечения раненых по материалам госпиталя, в кн. Сэн. служба в дни Отечественной войны, 7, Челябинск, стр. 12—15, 1945.

Векслер С. И., Полковой медицинский пункт в Великой отечественной войне, в кн. Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя, М., стр. 24—31, 1943.

Векслер Г. Я. и Файвищенко Э. Л., Анализ причин смертности в эвакуогоспиталях, в кн. Сан. служба в дни Отечественной войны, Свердловск, стр. 123—135, 1942 (материалы научных работ ЭГ УралВО).

Венхавалдзе К. Ф., Итоги хирургической работы в эвакуогоспиталях НКЗдрава Грузинской ССР, В помощь медработникам эвакуогоспиталей, 6—7, стр. 18—25, 1942.

Веревкин М. Д., Работа эвакуогоспиталей Москвы за 1943 г., Госпитальное дело, 7—8, стр. 11—18, 1944.

Веригина А. С., Некоторые итоги госпиталя выздоравливающих офицеров, в кн. Сб. трудов медсанслужбы КБФ, в. 1, Л., стр. 78—80, 1944.

Верховский Д. Н., Медицинское обеспечение войск Ленинградского фронта, ВМЖ, март—апрель, стр. 8—16, 1944.

Верховский И. М., Применение аэросаней в санитарной эвакуации, ВСД, 9, стр. 65, 1941.

Викулenco Н. М., Медицинское обеспечение М-ского стрелкового полка в наступлении, ВМЖ, май, стр. 32—36, 1944.

Виленский М. М., Охрана здоровья детства в условиях военного времени, в кн. Вопросы педиатрии, сб. 4, Хабаровск, стр. 3—12, 1943 (Хабаровская детская, клиническая больница).

Винокуров В. А. и др., Возимые носилки для ротного санитаря, ВСД, 2—3, 1943.

Вишневецкий А. Ф., Организация и тактика сан. службы Красной Армии, М., Медгиз, 180 стр., 1941.

Вишневецкий А. А., Некоторые итоги хирургической работы санитарной службы Волховского фронта и задачи на ближайший период, в кн. Тр. совещания хирургов Волховского фронта 9—10 июля 1942, б. м., стр. 1—27, 1942.

Вишневецкий Р. В., Опыт организации работы по приему и сортировке раненых в условиях эвакуогоспиталя, в кн. Сан. служба в Отечественной войне, в. 1, М.; стр. 73—76 (ГВСУ Красной Армии, Опыт работы врачей Северо-Западного фронта). Для служебного пользования.

Владимиров Б. Д. и др., Устройство и оборудование пищевых блоков госпиталей, развертываемых в школьных зданиях, Гигиена и здоровье, 3—4, стр. 53—58, 1942.

Вовс и М. С., Советская терапия за 25 лет, Фельдшер и акушерка, 11—12, 1942.

Военно-санитарная служба немецко-фашистской армии, под ред. А. И. Бурназин, б. м., 32 стр., 1943 (ВСУ Калининского фронта).

Войт емко М. Ф., Использование порожняка для эвакуации раненых (опыт Белгородской операции), Тыл и снабжение Красной Армии, 2—3, 1945.

Войтенко М. Ф., Особенность медицинского обслуживания боевых действий в населенных пунктах, Медицинская сестра, 4—5, 1944.

Войтенко М. Ф., Переправа раненых через мелкие водные преграды, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, ?Л., стр. 290—298, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Волков С. П., Санитарное обеспечение сторожевого охранения, ВМЖ, 9—10, стр. 43, 1944. I

Волченко М. С., Особенности ухода за ранеными при их эвакуации санитарным транспортом, Фельдшер и акушерка, 5, 1941.

Волосевич И. А., Использование роты собачьих нартовых упряжек, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 303—305, 1945- (ГВСУ Красной Армии).

Вопросы организации санитарной службы (по опыту последних боев Красной Армии). Сб. статей под ред. Н. Н. Еланского, в кн. Тр. ВМА Красной Армии им. С. М. Кирова, т. 29, Л., 288 стр. с илл. и черт: 1 вкл. л.; схем, 1941 I

Воробьев В. Н., Организация восстановления лечебно-профилактических зда-

- пий в освобожденном от немецкой оккупации городе, Советское здравоохранение, Т, стр. 37—38, 1942.
- Воронин С. А., Отработка медицинской документации в эвакогоспиталях, Молотов, ЭП № 44, 6 стр., 1942 (листок обмена госпитальным опытом, Кэ, 1).
- Ворончихин С. И., Эвакогоспитали Удмуртской АССР, в кн. Тр. 1-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР, М., стр. 90—95, 1942.
- Встретим зиму во всеоружии, ВСД, 10, 1942.
- Галактионов А. И. и Кисин С. В., Опыт работы Сталинградского эвакогоспиталя, Госпитальное дело, 10, 1943.
- Галенок А., Опыт армейского эвакоприемника. Тыл и снабжение Красной Армии, 1, 1944.
- Гиарер И. А., Организация и состояние специализированной помощи в армии,, в кн. Военная медицина на 3-м Белорусском фронте в Великой отечественной войне, № 9—10, Вильнюс, стр. 50—51, 1945.
- Гарвин Л. И. и Могучий М. А., Автохирургический отряд. Из опыта работы во время Советско-финляндской войны, М., Воениздат, 45 стр., 1941.
- Георгиевский А. С., Медицинские распределительные посты и пункты, Тыл и снабжение Красной Армии, 10, стр. 13—16, 1944.
- Георгиевский А. С., Несколько слов о санитарном маневре в ходе боя, ВСД, 11—12, 1943.
- Георгиевский А. С., О первой помощи на поле боя зимой, ВСД, 10, стр. 5—11, 1941.
- Георгиевский А. С., Основы организации и тактики санитарной службы в войсковом тылу, М.—Л., Медгиз, 118 стр., 1941; 2-е перераб. и доп. изд., Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, 111 стр. с илл., 1942.
- Георгиевский А. С., Основы организации санитарного обеспечения эшелона развития прорыва ударной армии, ВСД, 4, 1941.
- Георгиевский А. С., Отдельная рота медицинского усиления, ВМЖ, июль — август, стр. 45—51, 1944.
- Георгиевский А. С., Санитарное обеспечение эшелона развития прорыва ударной армии, в кн. 2-я научная конференция, тезисы доклада, Куйбышев, ВМА, стр. 9—11, 1941.
- Георгиевский А. С. и Кричевский Я. Я., Медицинское обеспечение фронтовой операции, Военная мысль, 8—9, 1943.
- Георгиевский А. С. и Тарханов С. И., Опыт организации санитарного обеспечения наступления стрелковой дивизии на узком фронте, ВСД, 10, стр. 33—40, 1943.
- Герасименко В., Санитарное обеспечение армейской наступательной операции (из опыта боев под Москвой зимой 1941—1942 гг.), Тыл и снабжение, 4, 1943.
- Герасимов А. А., Санитарно-тактическое обеспечение М-ской армии, в кн. Тр. лечебных учреждений 4-го Украинского фронта, сб. 3, Курск, стр. 31—40, 1944. Для служебного пользования.
- Гиллер В. Е., Работа и структура сортировочно-эвакуационного госпиталя, б. м., 150 стр*, с илл., 1945. (СУ 3-го Белорусского фронта). Библиогр.
- Гильденскиолд С. Н., Как и когда делить ПМП, ВСД, 1, стр. 41—46, 1943.
- Гильденскиолд С. Н., Передовые этапы санитарной эвакуации зимой, ВСД, 11, стр. 39—48, 1941.
- Гильденскиолд С. Н., Санитарное обеспечение ночных действий войск (батальон, полк), Куйбышев, ВМА Красной Армии, 66 стр. с ил л., 1942 (ГВСУ Красной Армии).
- Год Великой отечественной войны и советское здравоохранение, Советская медицина, 7, 1942.
- Гольдовский И. Д., Организация этапного лечения раненых ВМФ, Военно-морской врач, 3, 1, 1944.
- Горелов Л. И., Опыт лечебно-эвакуационного обеспечения десанта на Керченский полуостров, в кн. Военно-морской медицинский сборник, 3, Л., стр. 14—20, 1945.
- Горелов Л. И., Особенности организации медицинской помощи в дневном бою на льду, ВСД, 2, стр. 63—66, 1941.
- Гориневская В. В., Госпитали для легко раненых в армейском и фронтовом тылу, ВСД, 11, стр. 9—12, 1941.
- Городецкий Б. М., Анализ результатов нейрохирургических вмешательств, произведенных в армейском и фронтовом районе, Вопросы нейрохирургии, 6, 8, стр. 47—51, 1944.
- Гранов, О подготовке армейских врачей к оказанию специализированной помощи на фронте, в кн. Военная медицина на 3-м Белорусском фронте в Великой отечественной войне, № 9—10, Вильнюс, стр. 44—45, 1944.
- Грачев С. Д., Санитарный патруль, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 302—303, 1945 (ГВСУ Красной Армии).
- Гращенков Н. И., Советская медицина в Отечественной войне. Стенограмма, лекции, М., 34 стр., 1944. (на правах рукописи).

Григорьев А. Н., Некоторые вопросы организации санитарного обеспечения боевых действий Красной Армии на Карельском перешейке, ВСД, 2, 1941.

Г р и г о р ь е в, М. И., О маневре терапевтическими инфекционными госпиталями в обороне и наступлении, в кн. Опыт лечебно-эвакуационной работы войскового и армейского районов, б. м., действ. армия, стр. 52—58, 1944 (сан. отдел М-ской армии 1-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Григорьев М. И., Опыт проведения профилактических осмотров, в кн. Опыт лечебно-эвакуационной работы войскового и армейского района, б. м., действ. армия, стр. 127—132, 1944 (сан. отдел М-ской армии 1-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Гришман В. И. и Шворин Б. И., Опыт организации медицинской работы на М-ском участке строительства укрепленных рубежей, Советская медицина, 8, стр. 27—29, 1942.

Гуков А. П., Медико-санитарное обеспечение железнодорожной артиллерии морских укрепленных районов, в кн. Тр. ВМА, т. I, М.—Л., стр. ПО—118, 1941.

Гуков А. П., О лечебно-эвакуационном обеспечении частей береговой обороны, Военно-морской врач, 1—2, стр. 38—42, 1942.

Гурвич Г. М. и Маточкин Н. Г., Опыт работы с индивидуальными планами лечения в госпитале, Молотов, ЭП № 44, 6 стр., 1942.

Г у с ь и н В., Роль главного хирурга в борьбе за качество лечебной помощи в ЭГ, Госпитальное дело, 1—2, 1942.

Г у т к и н А. И., Гигиеническое оборудование специализированных палат госпиталей, Гигиена и санитария, 8—9, стр. 23—27, 1943.

Гушин А. М., Медицинское обеспечение войск при форсировании реки Днепр, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 299—301, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Далин Н. П., Вопросы военно-санитарной эвакуации в глубоком тылу, Советская медицина, 1, стр. 43—45, 1941.

Данилевский И. А., Об эффективности лечения в эвакогоспиталях. В помощь медработникам эвакогоспиталей, 4—5, стр. 10—14, 1942.

Данков С. С., О работе врачей эвакуаторов М-ского фронтового эвакопункта, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 324—329, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Данович Ф. М., Хирургическая работа военно-морского госпиталя в январские дни 1944 г., в кн. Военно-морской мед. сб., в. 5, М.—Л., стр. 11—15, 1945 (Военно-морская медицинская академия).

Денисов Н. С., Основные положения при развертывании эвакогоспиталя, Больничное дело, 5—6, стр. 24—32, 1941.

Десятое М. М., О профилях работы хирурга в полевом подвижном ЭГ, Советская медицина, 17—18, 1941.

Джанелидзе Ю. Ю., Опыт изучения данных операционных журналов эвакогоспиталей, в кн. Тр. 1-го пленума Госпитального совета, М., стр. 95—100, 1942; Хирургия, 9, 1942.

Джанелидзе Ю. Ю., От адмиралтейского гошпиталей до Кроунштадтского ордена Ленина Военного морского госпиталя, Военно-морской врач, 4, стр. 4—16, 1942.

Добычин Б. Д., Хирургическое обеспечение фронта в наступательных операциях, в кн. Тр. лечебных учреждений 4-го Украинского фронта, сб. 3, Курск, стр. 21—30, 1944.

Домбровский В. В., Переводы и рефераты иностранной литературы по вопросам организации и тактики санитарной службы армии и флота, Л., 44 стр., 1945 (МСУ ВМФ и ВМА).

Достижения советской медицины в годы Отечественной войны, М., Медгиз, 167 стр., 1943; Экспериментальная медицина, сб. 2, М., Медгиз, 180 стр., 1944.

Доценко, Конференция хирургов М-ской армии, ВСД, 8—9, стр. 56—57, 1943.

Драгун Б. Г., Опыт массовой авиа-эвакуации раненых на фронте, в кн. Сб. научных трудов эвакогоспиталей фронтового М-ского МЭП, б. м., действ. армия, стр. 18—23, 1944.

Драгун Б. Г., Основные недочеты и ошибки в лечебно-эвакуационной работе этапов войскового и армейского районов, в кн. Сб. научных трудов эвакогоспиталей фронтового М-ского МЭП, б. м., стр. 3—5, 1944.

Д р у к а р е в И. Л., Опыт работы полевого подвижного госпиталя за год Отечественной войны, в кн. 1-я научная медицинская конференция М-ской армии, б. м., стр. 39—40, 1943. Для служебного пользования.

Дубовский В. Г., Методика изучения показателей работы госпиталя, Госпитальное дело, 7—8, 1944.

Дунин В., Передовой отряд медико-санитарного батальона в маневренной войне, в кн. Военная медицина в Великую Отечественную войну, в. 2, М., стр. 309, 311, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Дымный М., Санитарно-эпидемиологические отряды Красного креста, Медицинская сестра, 12, 1944.

Ежов Н. Н., К вопросу об организации сортировочного госпиталя, Госпитальное дело, 1—2, 1942.

Ежов Н. Н., Принципы работы сортировочного эвакогоспиталя, в кн. Тр. 1-го пленума Госпитального совета, М., стр. 279—281, стр. 36—38, 1942.

Еланский Н. Н., Основные положения по военно-полевой хирургии в современной войне, в кн. Сан. служба в Отечественной войне, в. 1, М., стр. 51—63, 1943 (ГВСУ Красной Армии, опыт работы врачей Северо-Западного фронта). Для служебного пользования.

Ермолаев В. Г., Здравсохранение Казахстана на службе обороны страны, Советское здравоохранение, 12, 1943.

Ермолаев В. Г., Некоторые вопросы хозяйственно-организационной и политико-массовой работы эвакогоспиталей Казахской ССР, Госпитальное дело, 5—6, стр. 40—42, 1942.

Ермолаев В. Г., Работа эвакогоспиталей Казахской ССР и стоящие перед ними задачи, в кн. Тр. 1-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР, М., стр. 60—68, 1942.

Ермолаев П. Е., Транспортная шина из ивовых прутьев, в кн. Сан. служба в Отечественной войне, в. 1, М., стр. 211—212, 1943 (ГВСУ Красной Армии, опыт работы врачей Северо-Западного фронта). Для служебного пользования.

Ермоленко А. И., Опыт работы медико-санитарного батальона во время войны с белофиннами 1939—1940 гг., в кн. Сб. работ по военно-полевой и общей хирургии, посвященный 30-летию научной деятельности А. В. Смирнова, Л., стр. 1—7, 1944.

Есипов, Опыт развертывания ПМП в условиях позиционной обороны, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 320—321, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Жабин В. Е., Аппарат активно-пассивной гимнастики нижней челюсти, Стоматология, 1, 55, 1945.

Жигин А. И., Организация работы отделений для выздоравливающих в госпиталях НКЗдрава СССР, в кн. Тр. 3-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР и РСФСР, М., стр. 50—54, 1944.

Жигин А. И., Работа эвакогоспиталей РСФСР, в кн. Тр. 1-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР, М., стр. 51—53, 1942.

Забота о раненых (передовая газеты «Правда»), в кн. Медицинские работники в Отечественной войне, М., стр. 53—55, 1942.

Завалишин Н. И., Военная медицина в Отечественную войну, ВМЖ, ноябрь—декабрь, стр. 6—11, 1944.

Завалишин Н. И., Головной полевой эвакуационный пункт, М., Медгаз, 142 стр., 1942.

Завалишин Н. И., Медицинский распределительный пост как орган управления эвакуацией, ВМЖ, январь — февраль, стр. 38—46, 1945.

Завалишин Н. И., Контрольно-эвакуационный госпиталь, ВМЖ, декабрь, 1945.

Завалишин Н. И., Санитарная служба в Великой отечественной войне, Тыл и снабжение Красной Армии, 7, стр. 67, 1942.

Завалишин Н. И. и Сельцовский П. С., Лечебно-эвакуационное обеспечение десантной операции, М., Медгиз, 56 стр., 1945 (ГВСУ Красной Армии). Для служебного пользования.

Заветы Пирогова Н. И. и современные задачи госпитального дела, Госпитальное дело, 1, стр. 3—11, 1945.

Задачи зимнего периода (передовая), ВСД, 10, стр. 1, 1941.

Задачи санитарной службы на зимний период 1942—1943 гг. (директива начальника СУ Закавказского фронта бригадному т. Мойжес), в кн. Сб. руководящих материалов по лечебно-эвакуационной работе, Тбилиси, стр. 25—38, 1942. (СУ Закавказского фронта). Для служебного пользования.

Захаров В. С. и Шматков М. Д., Военно-медицинская полевая доктрина и санитарная тактика, ВСД, 8, 1941.

Захаров М., Медико-санитарное обеспечение войск, Красная звезда, № 138, 1941.

Зворыкин И. А., Армейский специализированный госпиталь, в кн. Указания по военной медицине, в. 3, б. м., Воениздат, стр. 3—14, 1944 (СУ 2-го Украинского фронта).

Зворыкин И. А., Некоторые вопросы хирургического обеспечения войск в наступательных операциях фронта, в кн. Сб. работ по военной медицине 3-го Прибалтийского фронта, Рига, стр. 78—97, 1945.

Зеленский Н. М., Предварительные итоги работы комплексного профильного нейрохирургического и нервно-психиатрического госпиталя и Украинского психоневрологического института за 1941—1942 г., в кн. Сан. служба в дни Отечественной войны, т. XII, Тюмень, стр. 5—30, 1943 (травматические поражения центральной и периферической нервной системы).

Зеленский Н. М., Кварт Е. И. и Брандис С. А., Планирование лечебной работы в эвакогоспиталях, Врачебное дело, 3—4, стр. 177—180, 1945.

Зеленский Н. М., Лечебно-эвакуационная сортировка раненых в ДМП, в кн. Тр. ВМА Красной Армии, т. 29, М.—Л., стр. 65—81, 1941.

Зеленский Н. М., Опыт медико-санитарного обеспечения кораблей малого тоннажа в Отечественную войну, в кн. Военно-морской сб., в. 5, М.—Л., стр. 6—10, 1945 (Военно-морская медицинская академия).

Зимние средства санитарной эвакуации, М., Медгиз, 75 стр., 1941 (ГВСУ ■Красной Армии).

Злотвер Е. З., Итоги лечебной работы эвакогоспиталей Туркменской ССР и современные задачи обеспечения лечебной помощью при боевой травме, в кн. Тр. оборонной республиканской сессии Туркменистанского научно-медицинского общества и Госпитального совета НКЗдрава Туркменской ССР, Ашхабад, стр. 14—21, 1942.

Зотов А. М., Санитарный маневр по передислокации военно-морских госпиталей Черноморского флота, в кн. Тр. УМС при начальнике МСУ ВМФ, т. II, в. 2, № 3, М., стр. 36, 1943.

Зотов В. А., Организация лечения легко раненых и выздоравливающих (доклад), в кн. Опыт постановки функционального лечения в эвакогоспиталях, М., стр. 35—39, 1944.

Ибрагимов Б. Н., Работа сортировочного госпиталя, ВСД, 4—5, стр. 41—43, 1942.

Иванов А. И., Медико-санитарная служба Тихоокеанского флота при обеспечении Хасанской боевой операции, в кн. Сан. служба Тихоокеанского флота в Хасанской операции, Л., стр. 5—43, 1941.

Иванов В. П., Анализ работы санитарных транспортов, Военно-морской врач, 5—6, 1942.

Иванов Г. В., Некоторые вопросы санитарного обеспечения боевых действий летного батальона на льду, в кн. Тр. ВММА, в. 1, Л., стр. 119—130, 1941;

Ивановский П. М., Основные задачи медицинского обслуживания школы в условиях военного времени, Педиатрия, 11—12, 1941.

Инюшин И. Ф., Медико-санитарный планшет, Госпитальное дело, 8—9, стр. 51—52, 1943.

Ионин И. Д., Ближайшие задачи противэпидемической службы Красной Армии, в кн. Тр. УМС при начальнике ГВСУ Красной Армии, М., Медгиз, стр. 215—221, 1942; ТГСД, 1—2, 1942.

Иориш Н. П., Аппарат для витаминизации хлеба, ВСД, 6, 1942.

Исмаилов А., Здоровый тыл — опора фронта, Бакинский рабочий, 1, 1942.

Ихелевич, Фильтровальная установка из подручных материалов (для очистки воды из открытых водоемов), ВСД, 9, 1942.

Каин А. М., Санитарное отделение роты при форсировании реки, ВМЖ, май, 1944.

К а к т ы ш П. И., Работа санитарной авиации на фронте, ВСД, 10, 1942.

Кактыш П. И., Санитарная авиация, Тыл и снабжение Красной Армии, 8, 1942, Тыл и снабжение Красной Армии, 3, 1943.

Калашников Б. П., Некоторые данные о лечебной работе эвакогоспиталя, в кн. Опыт работы эвакогоспиталей за год Отечественной войны, Горький, стр. 147—155, 1942.

Калиничева И. Г., Организация массового приема раненых в эвакогоспитале, Здравоохранение Казахстана, 7—8, 1943.

Калиновский И. А., Работа военно-морского госпиталя в период наступательных операций 1944 г. на Ленинградском фронте, в кн. Военно-морской мед. Сб., в. 5, М.—Л., стр. 16—17, 1945.

Каминский Л. С., О подготовке материалов по составлению истории советского здравоохранения во время Отечественной войны, Советское здравоохранение, 5—6, 1942.

Карлик А. М., К вопросу о тактике медико-санитарных сил) и средств села ■в условиях ПВО, Фельдшер и акушерка, И—12, 1941.

Карлинский М. Г., Некоторый анализ работы КЭГ, Госпитальное дело, 4—5, 1945.

(Продолжение следует)

★

КРАТКИЙ ОБЗОР СОДЕРЖАНИЯ ЖУРНАЛОВ:

ЛО1ЛКМАЕ ОР ТНЕ КОТАЕ АКМТ МЕШСАБ СОКР5
- воЕ 84, И. 1—3, Лапиагу — Марси, 1945

ЖУРНАЛ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ АНГЛИЙСКОЙ АРМИИ

№ 1, январь

Н. М. П. ЗберЪегб, Действие высокой температуры в Ираке, стр. 1—8.

Описаны клинические явления и лечение.

Н. Л. ВеН, Гоноррея в Италии, стр. 21.

Рассмотрены трудности лечения гонорреи в английских войсках в Италии: недействительность сульфамидных препаратов.

В. С. Т. Е1 ш е 8 а. С. М. Г1 п <11 а у, Малярия и серологические реакции на сифилис у английских солдат, стр. 29—30.

Произведено исследование 80 больных малярией солдат. Реакция Кана была положительной у 23 человек, реакция Уде только у 4 человек, проявления сифилиса наблюдались только у 1 больного. В прежнее время, до обследования, ни у одного из больных явлений сифилиса никогда не наблюдалось.

К. С. В1 х о п а. АУ. Г и 11 е г, Кольцевидная форма 5p1гопета per81ca, стр. 31—32'

Наблюдения при возвратном тифе в войсках на о. Кипре. ■

Л. Маскау-В1ск, О реакции на введение противочумной сыворотки.

Описание наблюдений автора.

№ 2, февраль

„А11еп18Г („Психиатр“). Воспоминания военного психиатра, стр. 47—50.

Общий очерк условий жизни войсковых частей в Индии и изменений, происшедших за последние 15 лет.

С. АУ. В. Л а ш е 8 а, Будущность психиатрии в медицинской службе армии, стр. 51—53
Рассуждение о задачах психиатра в армии и необходимости психиатрической подготовки военных врачей.

Е. М11ег, Восстановление здоровья с точки зрения психиатра, стр. 54—65
Приведена литература — 21 номер.

О важном значении психических факторов в процессе восстановления здоровья и трудоспособности. Рассмотрены случаи потери конечностей, глухота, туберкулез легких, некоторые заболевания кожи, неврозы, повреждения головы, трудотерия, применение физических методов лечения.

„Психиатрия в Бирме“—под этим заголовком помещены следующие четыре кратких сообщения дивизионных психиатров, выступивших в числе других врачей «а конференции по психиатрии в передовых районах, состоявшейся в конце 1944 г. в Калькутте.

1. Р. Л. К. В а V18, Психиатрия в дивизии на Бирманском фронте, стр. 66—67.

Краткие сведения об организации и деятельности психиатрической службы.

2. Л. АУ. М111 е г. Психиатрия в дивизии, стр. 67—68.

Краткий обзор 53 случаев.

3. А. Н. АУ 1111 а т 8, Психиатрия в дивизии, стр. 68—69.

Об условиях лечения и моральном состоянии войск.

4. Л. М а 1 а 8, Заметка о психиатрии в индийских войсках, стр. 69.

О заболеваемости среди различных по национальности войсковых частей.

М. ВешьоуКг, Психиатрия в западноафриканских войсках, стр. 70—74.

Характеристика двух главных национальных групп; заболеваемость среди них, уход, лечение.

О. РШраВ1ск, Комиссии по отбору кандидатов на офицерские должности и роль психиатра в них, стр. 75—78.

Очерк организации комиссий и методики исследований.

8. А. Мас К е Ий, Проблема противомаларийных мероприятий в психологическом отношении, стр. 79—80.

О значении дисциплины, привычки, примера и убеждения.

Редакционная статья — „Психиатрия“, стр. 81—82.

Подчеркивается важное значение психиатрической службы и необходимости тесной связи ее с другими отраслями медицинской деятельности.

Е. С г е у Тигпег, Здоровье солдат за морем. Статистические данные за год, стр. 83—85.

Г. П. Но»Ш, Корреляция медицинской науки и физического воспитания, стр. 85—86.

Краткое содержание лекции общего характера.

Н. А. Р а 1 ш е г, Снятие психической реакции эфиром, стр. 86—87.

Успешное применение эфира для устранения амнезии. Описание методики.

№ 3, март

Л. М- В е а 1 е 8, Организация передовых хирургических учреждений в Новой Гвинее, стр. 97—104, 1 рис.

Л. АУ. Н1 г 81, Отчет о медицинской службе в национальной освободительной югославской армии и о помощи, оказанной медицинской службой английской армии стр. 105—114, 1 диаграмма.

К. Е. В., „Образ грядущего“, стр. 115—118.

Автор возбуждает вопрос о необходимости объединения медицинской службы армии, флота и воздушных сил и организации специального военно-медицинского колледжа, выпускающего военных врачей, При этом автор (к зывает иа СССР, где имеется подобное высшее военно-медицинское учебное заведение.

- К. 8- Оагдеп, Иссечение мениска у солдат, стр. 119—124.
 Очерк, составленный на основании 325 случаев повреждения мениска, в 206 из которых была произведена операция.
- К. К. Пебепѣт а. А. В. Кегг, Сортировка раненых, стр. 125—129.
 Краткий очерк работы портового врача-хирурга по приему эвакуируемых с французского побережья раненых во время высадки союзных войск на материк. -
- В. Ъ. (3 г 11111Ь 8 а. Т. С г а V/ (о г б, Невромы ладонной фасции, симулирующие контрактуру Дюпоитрена, стр. 130—131, 1 рис. Приведена литература — 4 номера.
 Описание одного случая. <<
1. О XV у п п е М о г § а п, Организация контрольного пункта при проведении сортировки раненых при следовании их между передовыми и базовыми госпиталями, стр. 132—133, 1 рис. .
- Очерк по эвакуации раненых в Италию.
 Л. В. К1 п 1 а у 8 о п а. Е. К. В и п с а п, Пловучие носилки Джерикена, стр. 134, 1 рис.
- Описание применения приспособления для транспортировки лежащих больных и раненых через водную преграду.
- Н. М и 11 е г, Аспирация гемоторакса посредством аппарата для переливания крови, стр. 134—135.
- С. Б. К а ей у ар, Импровизированные носилки из одеяла, стр. 135—136.
 Описание устройства.
- К. Е. 1Ма(ег8(о11, Самопроизвольное излечение артериальной гематомы, стр. 136—137.
 Случай самопроизвольного излечения аневризмы наружной огибающей бедренную артерию.

THE MSHТАКУ ЗиНОЕОМ, vol. 96, Ы. 1—3, Запиагу — МарсЬ, 1945
 Военный врач (США)

№ 1, январь

- А. Р. С о Б и г п, Борьба с гемолитическим стрептококком, стр. 17—40, 4 таблицы диаграмм. Приведена литература — 18 номеров.
- Отмечена высокая заболеваемость в военно-морском флоте, вызванная гемолитическим стрептококком, которая причинила особое беспокойство в 1943 г. Была предпринята попытка ограничить развитие микроба в организме, так как все меры борьбы, с распространением стрептококка оказались безрезультатными. В качестве профилактического мероприятия, уменьшающего опасность заражения, было решено давать ежедневно 1 г сульфадиазина, начиная с декабря 1943 г. Такому профилактическому лечению подверглись за время с ноября 1944 г. по июнь 1944 г. 6(Д)000 человек; около 400 000 человек служили контрольными. Химиопрофилактика оказалась действительной в 85% случаев. Однако были обнаружены также штаммы гемолитического стрептококка, резистентные к профилактическим дозам сульфадиазина.
- С. АУ. С Ъ г 1 8 11 а п 8 е п, Пенициллин в хирургии полости рта и челюстно-лицевой, стр. 51—54. Приведена литература — 3 номера.
- Краткий перечень заболеваний, при которых пенициллин применялся с успехом
- О. Е. Ле 11 с о И, Проблема зубо врачевания на Средне-Восточном театре военных действий, стр. 54 — 58.
- Очерк условий работы зубных врачей.
- АУ. О. 8 {и с к, Переломы бедра как проблема военной хирургии, стр. 58—64, 5 рис. Приведена литература—16 номеров.
- Общий очерк лечения переломов бедра как ранений военного времени. Автор предлагает различать четыре общих типа переломов бедра, чем облегчается определение наиболее подходящего плана лечения: 1) огнестрельные переломы, осложненные и часто раздробленные, 2) неосложненные переломы, й) неосложненные переломы, шейки бедра, 4) неосложненные переломы в области вертела.
8. 8. 8 с й е г 11 п § апд К- К. В1 оп 61 8, Действие химических боевых веществ на человеческий глаз, стр. 70—78. Приведена литература — 14 номеров.
- Клиническое описание 7 случаев поражения глаз парами иприта, лозизита, белого фосфора, термита.
- Н. М. П1, Лечение гонококковой инфекции, стр. 78—80.
- Г. Р1аха, Программа восстановления в постоянном госпитале, стр. 81 — 84.
8. А. ЗапНег, Армия и плохо приспособленный солдат, стр. 89—92.
5. Кауе апс! Сг. 1. ОатпНц, Устойчивость алкоголя в крови; средство для поддержания концентрации алкоголя в извлеченной крови, стр. 93—95.

Прибавление к образцу крови фтористого натрия и лимоннокислого натрия дает возможность определять бывшее при взятии крови содержание алкоголя в течение 3 суток со времени взятия пробы крови.

Н. Е. МсО а п I е 18, Резистентность дифтерийных бактерий к пенициллину, стр. 95—96.

Описание случая.

Х В. Р а г г I п § (о п, Приспособление переносного стола для наложения шин при переломе плеча, стр. 96, 2 рис.

Л. С. С г I в р, Описание, устройства, действия и применения аспирационного аппарата с механизмом внутреннего сгорания, стр. 97—99, 4 рис.

Редакционная статья (I. М. Р.) «Потребность в цельной крови*», стр. 100.

№ 2, февраль

О. В. СЫ8кoт, Проблема морального состояния, стр. 121—123.

Небольшое рассуждение на тему об условиях, способствующих хорошему моральному состоянию военнослужащих, об изменении душевных свойств за время состояния в войсках и при возвращении по демобилизации в среду гражданского населения.

1. 8. 8 I ттoп?, Профилактика малярии в североамериканской армии, стр. 123—126, 2 диаграммы.

Перед второй мировой войной в США были начаты поиски лучших средств и методов предупреждения и лечения малярии, борьбы с малярийным комаром и отпугивания его. Испытывались тысячи средств. Истинное профилактическое вещество не найдено, но разработаны наиболее эффективные методы применения самого надежного в этом отношении средства — атебрина. Репеллентов найдено три; сочетание их в одном препарате оказалось очень действенным отпугивающим средством. Для истребления комаров разработан способ применения пиретриновых препаратов в виде аэрозоля, об-азующегося при распылении пиретры из небольших бомб посредством инертного газа — неона. Для личинок комара наиболее токсично новое средство ВВТ (дихлор-дифенил-трихлорэтан).

Описана организация противомаларийной борьбы в армии.

Н. Х М о г п а п, Лечение гонорреи и сифилиса в североамериканской армии стр. 12^—131. Приведена литература — 6 номеров.

Рассмотрено лечение гонорреи сульфамидными препаратами и пенициллином и лечение сифилиса внутривенным или внутримышечным введением мафарсена и внутримышечными инъекциями пенициллина.

"V. С. М е п I п й е г, Связь невропсихиатрии с общей медициной и хирургией в армии, стр. 134—138.

Указав, что все заболевания можно разделить на пять групп по степени относительного участия в них психических Факторов, ягтор отмечает недостаточное умение и желание многих военных врачей (армии США) правильно оценивать значение этих факторов и происходящие вследствие этого ошибки, которых можно избежать.

Р. Б. С о п к I I п, Пэмoшь ши ожoгах, стр. 139—142.

Рассматривается организация медицинской помощи обожженным военным морякам во время военных действий на Тихом океане и способы лечения ожогов: 1) немедленного, 2) после шока, 3) в госпитале. Необходима возможно быстрая первая помощь, а затем скорая эвакуация пострадавших.

Е. IV. С о IV а п, Североафриканский и итальянский театры военных действий, стр. 142—145.

Краткий обзор деятельности зубоврачебной службы.

Л. С. В г а и е г, Восстановительная деятельность зубоврачебного корпуса армии США, стр. 145—148. Указаны 2 литературных источника.

Обзор деятельности зубоврачебной службы армии С;ША с ноября 1940 г. по апрель 1945 г. (55 млн. пломбирований, 13,5 млн. экстракций, 1,92 млн. искусственных челюстей и т. д.).

14. X K I гк, Острый аппендицит на Среднем Востоке, стр. 156—159.

Отчет о 104 случаях аппендицита. Обращено особое внимание на дифференциальную диагностику.

В. IV. А I с Б е 8 о п. Лечение острой гонорреи без перерыва службы, стр. 159—163, 1 диаграмма. Указаны 2 литературных источника.

Анализ Iечения сульфатиазолом и сульфадиазином 236 случаев острой гонорреи у военнослужащих, продолжающих исполнять служебные обязанности.

Р. В I п § I I а т, Лечение растяжений связок распылением хлорэтила, стр. 170—174, 2 рис. Приведена литература — 4 номера.

Описание пгедложенного Краузом (Н. Кгяия) лечения растяжений связок распылением хлорэтила на кожу большой области. Пользуясь этим способом, автор вместе с тем применял активные движения под наблюдением врача. Лечение более ICO слу-

чаев, из которых описано шесть, показало значительные преимущества этого способа® перед другими. Детально описана техника метода.

Л. УУ. Бе\m18, Распознавание переломов ребер, лопатки, грудины и нижней челюсти, стр. 175—177, 3 рис., 3 диаграммы.

Практические указания по методике рентгеновского исследования при указанных переломах.

Л. НагНеу, Походка и солдат; важное значение походки при предупреждении, и лечении растяжений ножных связок и при лечении симптоматической плоской стопы, стр. 177—182, 18 рис.

Разобрано воздействие положения тела при различных моментах процесса ходьбы на продольную дугу стопы и указано значение правильной походки. Последняя является необходимой помощью при лечении плоскостопия.

Редакционная статья (Л. М. Р.), —, 'Часть цены', стр. 183.

Обращается внимание на весьма значительное количество пострадавших от военных действий среди врачей армии и флота США. Указано, что отсутствуют материалы для сравнения потерь среди военных врачей убитыми, умершими от болезней, пострадавшими от ран и болезней, с потерями среди офицерского состава других родов службы в войсках. Эти санитарные потери среди врачей — значительная часть цены такой эффективной медицинской помощи раненым, которой не было никогда, в прежние войны.

№ 3, март

Т. В. Ма\a111 а. Р. Т. Кплев, Современные взгляды на международный-карантин, в особенности в отношении военных перевозок, стр. 209—222.

Рассмотрев существующие способы предупреждения заноса инфекционных болезней морским и воздушным транспортом и данные последних двух десятилетий, авторы заключают, что военные перевозки не оказали вредного влияния.

А. Ткопн <11 к е, Программа восстановления здоровья больных и раненых в армии США, стр. 227—229. Приведена литература — 11 номеров.

Описание успешно действующей в течение двух лет программы, выработанной. Управлением санитарной службы армии США.

IV. 8. В а л п Б г л <1 § е, Значение кислорода в брюшной хирургии, стр. 229—232. Приведены более ранние работы автора (9).

Очерк экспериментального и практического применения введения кислорода, в брюшную полость. Краткое описание 6 случаев.

Р. С. Натт, Надлобковая цистотомия, стр. 241—244. 4 рис. Приведена литература— 2 номера.

Описаны показания, техника и послеоперационный уход.

XV. В л311 е г, Недержание мочи у взрослых, стр. 244—246.

Общий очерк.

К. 8. Ы1 о у <1, Деятельность во время войны зубоврачебного корпуса службы общественного здоровья США, стр. 246—250.

Очерк возникновения и развития организации зубоврачебной помощи для войск береговой охраны, моряков торгового флота и др.

Б. У. Вее г 8, Деятельность Управления по социальному обеспечению участников войны в области зубоврачебной помощи, стр. 251—254.

Очерк деятельности названной организации в области зубоврачебной помощи, и чрезвычайно возросшей потребности в ней.

С. К- 81гаа 18та. Пластическая и восстановительная хирургия, стр. 255—257.

О задачах и возможностях пластической хирургии.

А. X Нет\бег\ег, Хирургия полости рта, стр. 257—259.

О задачах и практической деятельности зубоврачебного корпуса армии США в связи с большим количеством челюстно-лицевых повреждений.

Н. Р. К о Б е г 18 о п а. ТВ. Л. П о п о V а п, ЕгуШеша тиКиогте ехибаНушп или ЫиПозит, стр. 259—262. Приведена литература — 9 номеров.

Клиническое описание двух случаев.

А. С. О а 11 и с с 1 о, Преимущества дополнительного радиографического исследования при принятии на военную службу, стр. 262—265.

Приведены некоторые цифровые данные в подтверждение положения автора, о целесообразности введения дополнительного рентгеновского исследования призывников.

Л. М. Р1 и т е г! е11, Моральные факторы в небоевой службе экспедиционных войск, стр. 265—269.

Приведено указание на 1 работу.

Разобраны причины плохого морального состояния небоевых частей за морем, и предложены соответствующие меры.

М. М. О г е е п Б е г Применение акриловых временных протезов после энуклеации глаза, стр. 269—271. Приведена 1 работа.

Описание применения полых акриловых шариков для вставления в тенонову капсулу при энуклеации и. временных акриловых протезов.
, 8. 8. К и Ы1 п, Эффективное лечение чесотки в три часа, стр. 271—273.

Предлагается следующий способ. Больной 15 минут втирает в кожу туловища и конечностей мыло <3. I посредством щетки для мытья рук; затем моется теплой, водой под душем или в ванне ненова втирает щеткой мыло С. I. в течение получаса. Тщательно обсушив тело, покрывает его от шеи до пальцев ног мазью, состоящей из осажденной серы (48 г), углекислого калия (19, 2 г), ланолина (24 г) и вазелинового масла (до общего количества 240 г). Такого количества мази обычно достаточно для одного человека. После этого больной, завернутый в простыню и в 2 шерстяных одеяла, лежит в постели в теплой комнате 2 часа. Смыв затем под душем с мылом всю мазь и хорошо обсушив тело, больной покрывает всю поверхность своего тела тонким слоем лассаровской пасты. Вся одежда больного обеззараживается в паровой камере. Леченные по этому способу 266 больных выздоровели; 217 из них были прослежены достаточно долго, в 2 случаях потребовалось повторное лечение. У 5 больных развился умеренный дерматит.

Р. А. К о Ы1 п, Простой аппарат для рентгенографии сечений тела, стр. 273—275.
2 рис. Приведена литература — о номеров^

Описание недорогого и легко изготовляемого приспособления.

Д-р мед. наук Л. М. Старокадомский.



ВНИМАНИЮ ПОДПИСЧИКОВ ЖУРНАЛА
„ВЕСТНИК ОФТАЛМОЛОГИИ“ 1945 года

В связи с начавшейся рассылкой журнала „Вестник офтальмологии“ за 1946 год издательство уведомляет подписчиков, что задержавшиеся выпуском последние номера за 1945 год будут дополнительно разосланы по мере выхода из печати.

Медгиз

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

- Полковник мед. службы В. М. Шустов. О задачах лечебной работы в Красной Армии..... 3
- Подполковник мед. службы, канд. мед. наук Е. М. Маргори. Остеомизлиты черепа после , огнестрельных ранений 10
- Майор мед. службы А. М. Логинов. Лечение ран ультрафиолетовыми лучами..... 22
- Ст. лейтенант мед. службы М. С. Пятигорская. Определение индивидуальной совместимости крови по способу Грачева . . 24

ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВВС

- Генерал-лейтенант мед. службы Л. М. Ратгауз, гвардии полковник мед. службы Б. Бамдас. О реакциях летчика на боевой полет..... 27
- Майор мед. службы А. А. Шмелев. Организация медицинской помощи в авиации в особых географических условиях ... 34

В МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ

- Полковник мед. службы А. Н. Максименков. Проф. В. Н. Шевкуненко, к 50-летию научной и общественной деятельности . 39

ИЗ ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

- Засл. деят. науки проф. Д. М. Российский. Первый отечественный журнал по военной медицине 44
- Полковник мед. службы Н. Н. Ивашов и И. М. Гейзер. Забота Суворова о здоровье солдат..... 47

БИБЛИОГРАФИЯ

- Полковник мед. службы И. Д. Макаров. Библиография по военной медицине за годы Великой отечественной войны (1941 — 1945 гг.) 51
- Доктор мед. наук Л. М. Старокадо мски. Библиографический обзор. (Военный врач США, 1945, т. 96, № 1-3)..... 60

СОБЫТИЯ

МЕДИЦИНА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ

- Colonel, Medical Corps, V. M. Shustov. On the tasks of medical work in the Red Army 3
- Caplt. In med. ac! Blenep-colonel, 'Medical Corps, E. M. Margori. Osteomyelitis of the skull after , gunshot wounds 10
- Major, Medical Corps, A. M. Loginov. Treatment of wounds with ultraviolet rays 22
- Plt. Lt. Pentegor, Medical Corps M. S. Pятигорская. Determination of individual compatibility of blood by the Grachev method 24

THE QUESTIONS OF THE AVIATION MEDICINE

- Blenep-(general, Medical Corps, B. M. Kamdas. On reactions of a pilot to a combat flight..... 27
- Major, Medical Corps, A. A. Shmelyev. Organization of medical assistance in aviation in special geographical conditions 34

THE MEDICAL ASSOCIATIONS AND CONFERENCES

- Colonel, Medical Corps, P. M. Maximenkov. Prof. V. N. Shevkunenko, on the 50th anniversary of his scientific and public activity 39

FROM THE HISTORY OF THE MILITARY MEDICINE

- Podparuprotolergot' z'lenes. Prof. D. M. Rosсийский. The first Russian medical journal on military medicine 44
- Blenep-colonel, Medical Corps, K. G. Ivashov and I. M. Geizer. The care of soldiers by Suvorov 47

THE BIBLIOGRAPHY

- Colonel, Medical Corps, I. D. Makarov. Bibliography on military medicine for the years of the Great Patriotic War (1941 — 1945) 51
- B. M. Starokado mskiy. Bibliographic review. (Military Doctor USA, 1945, vol. 96, no. 1-3)..... 60