

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

# ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ

# Ж У Р Н А Л



10

ОКТЯБРЬ

МЕДГИЗ • 1946

## СОДЕРЖАНИЕ

### ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

- Полковник мед. службы Д. Н. Тихомиров. Заболевания желудочно-кишечного тракта по материалам гарнизонного госпиталя ... 3
- Капитан мед. службы Т. И. Степаневич. Проникающие ранения черепа по секционным материалам в Восточно-Прусскую боевую операцию..... 16
- Канд. мед. наук А. Н. Гольдман. Изменение сосудистого тонуса при военно-травматических поражениях периферических нервов ..... 24
- Капитан мед. службы В. Н. Лебедев. Лечение чесотки раствором Флеминга. . . . . 28
- Полковник мед. службы В. В. Скворцов. Организационные принципы медицинского контроля за питанием войск. . . . . 30

### ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

- В. А. Стефаду и В. В. Виоградов. Опыт организации армейских станций переливания крови 32
- Подполковник мед. службы М. А. Цукерман. Еще раз о сортировке раненых..... 34

### ВОПРОСЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

- Майор мед. службы С. Е. Шпиро. Особенности работы в полевом инфекционном госпитале ..... 37

### ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВВС

- Майор мед. службы М. П. Туманов. Оказание самопомощи и взаимопомощи на самолете Пе-2 при ранениях в воздухе . . . 41

### ОБМЕН ОПЫТОМ

- Полковник мед. службы П. С. Ковтурмаи. Применение пара с лечебной целью .....43.....

## СОКТЕХТ8

### ПРОБЛЕМ8 ОБ ТЕРАРУ АКБ ПРОРНУЕАХ18

- Colonel I). 14. T I kb ot 1 go V. 4)1-veavev o( Ite (Zavbo-IIIgeVIna! Prac1 Accogcйпb lo Iге Malerlal o( a MийIary Повриа!..... 3
- Cap1aп T. I. 8 I a п к е V I c 11. Репейийп§ Cгашa1 \УонпИ8 Accogcйп^ Ю сйвясЕоп МаГепа! Обляте3 Iгонт Нте ЕввРгивжап \Уар Оре-тайоп. . . . . 16
- Сапй. Iп пей. яс1. А. Ы. О о I б пт а п. Сйап§вев о( УавсйIаг Топив Iп \Уар Траиша о{ PeIПрьвга! Кепгев 24
- Cap1aп V. Г4. Ь е Ь е <1 е V. МосИЙеб TгеaIтeп4 o( 8cavlev XV ПИ Ele-П11ПЦ 8oIи0оп ..... 28
- Colonel V. V 8 к V o г г в о V. PгIпcI-рлев он TьЕвГaбВвйтеп! о( Ме-сЕса! CопIгоI Тог Iге MийIПI-оп о! I1Ie (гоурв..... 30

### ОРОАМ2АТЮИ АКБ ТАСТIС8 ОР МЕШСАТ 81-РУIСЕ8

- V. A. 8 I e I a б и аш! V. V. V I по & г а -c! o V. АНешр! о( Oгkаш7. Iп§ Ag-ту 8<aйоп8 (ог VloocI ТрапIцзюп 32
- [ДеЬепап! Colonel M. A. Твике г -т а п. Могe оп Tпаде о! \\\оиш-бей..... 34

### Р РОВ ТЕМ 8 ОР АМПЕР! БЕМЮ-ТООIСАЕ МЕА8ЦРЕ8 IX THE ARMY

- Ma]ot 8. E. 8 B a p I г o. PесийaПнев о{ Нте и'огк ИI а P1eI<1 НоврПа! Iог IлIecI Iоиз П^еавев .... 37

### ПРОБЛЕМ8 ОР МЕБIСАБ 8ЕРУIСЕ8 /А А/Р РОРСЕ8

- Март М. Р. Тишапо V. 8ellalcl апб MийIaI A1<4 оп а Нац. Ре-2 Iог Аоигк! OсигтйI2 Iп ИIе A1г 41

### ВРИЕР ПОТЕЗ

- Colonel Ц. 8. К о V I г ш а п. Изе о! У'арог I'ог Тйегару.....43

**ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ  
ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР**

# **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

**10**

**ОКТЯБРЬ**

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 20

Отв. редактор *Е. И. Смирнов*

Издается с 1823 г. А 10786. Сдано в производство 19/У1П 1946 г. Подп. к печати 22/Х1 1946 г. Форм. бум. 70 X Юв<sup>1</sup>/^ П. л. 4,0. Уч.-изд. л. 6,9. В 1 печ. л. 70 000 зн.  
Тир. 8800 экз. Цена 2 р. Заказ 336

13-я тип. треста .Полиграфкнига\* ОГИЗа при Совете министров РСФСР.  
Москва, Денисовский, 30

# ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Полковник мед. службы кандидат мед. наук Д. Н. ТИХОМИРОВ

## ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПО МАТЕРИАЛАМ ГАРНИЗОННОГО ГОСПИТАЛЯ

Больных, прошедших через хирургическое отделение нашего военного госпиталя, мы разбили на четыре группы: 1) оперированные при неосложненных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки (в эту же группу вошло несколько больных с кровотокающими язвами); 2) оперированные при прободных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки; 3) больные, у которых при операции язвы не были обнаружены; 4) больные раком и прочими опухолями желудка (полипы), оперированные и неоперированные.

Хирургическая деятельность в госпитале начала разворачиваться в 1933 г. Характеристика наших больных и движение их по годам показаны в табл. 1. Одновременно в ней отражена и смертность.

Таблица 1

Год	Количество больных с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки	Умерло	Количество больных с прободными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки	Умерло	Больные, у которых при операции язвы не найдены	Умерло	Больные раком и полипами желудка	Умерло
1927—1932. . . . .	2	—	1	—	—	—	1	1
1933 .....	13	—	2	1	4	—	1	1
1934 .....	8	1	4	—	3	—	3	3
1935 .....	9	2	4	2	4	—	3	—
1936 .....	10	1	6	3	3	—	4	2
1937 .....	8	—	5	1	3	—	2	1
1938 .....	14	2	6	1	3	1	5	1
1939 .....	9	—	7	—	1	—	4	2
1940 .....	15	2	5	2	2	—	4	1
Всего . . .	88	9	40	10	23	1	27	12

Распределение больных по категориям дано в табл. 2.

Таблица 2

Заболевания	Красноармейцы	Начсостав	Члены семей начсостава	Гражданские
Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки	59	16	4	9
Прободные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. . . . .	26	13	—	1
При операции язв не найдено. . . . .	15	6	1	1
	2	15	4	6

Из табл. 2 видно, что язвы желудка встречаются чаще у красноармейцев, чем у начсостава, а рак желудка наоборот. Это объясняется возрастными изменениями. Тем не менее 2 случая рака желудка мы встретили и у красноармейцев. Гражданские больные помещались в госпиталь в 1935—1938 гг. Локализация язвы желудка показана в табл. 3.

Таблица 3

	Эрозивный гастрит	Двенадцатиперстная кишка	Привратник	Малая кривизна
Прободные язвы .....	2	49	25	12
	—	19	18	3

Два случая эрозивного гастрита относятся к 1933—1934 гг., диагноз установлен макроскопически. Как видно из табл. 3, преобладают язвы двенадцатиперстной кишки, что соответствует литературным данным.

Характер оперативного вмешательства показан в табл. 4.

Таблица 4

	Локализация язвы						Не оперированы	Умерло	% смертности	
	Г	Я	К	П	С	Д				
Неосложненные язвы 78	8	—	—	1	—	1	—	9	10	
Прободные язвы . . . 12	—	7	—	—	—	—	1	10	25	
При операции язвы не найдены .... —	—	3	5	3	4	6	—	1	4,1	
Рак желудка .... И	—	1	—	—	7	—	—	3	12	44,4

Из 102 резекций 17 сделано по Финстереру для исключения язвы двенадцатиперстной кишки, 2 операции сделаны по Бильроту, остальные по Райхель-Полиа-Бальфуру. При 56 резекциях применено позадибодочное соединение желудка с тонкой кишкой, при 46 резекциях — впередибодочное. Каких-либо преимуществ одного способа перед другим в смысле снижения осложнений и лучших отдаленных результатов не отмечено. Такое же высказывание имеется и в сборной анкете 'Маянца на XXIV съезде хирургов. На 166 мужчин было 12 женщин. Возраст больных молодой и средний (последние в меньшинстве). Отдаленные результаты известны о 15 больных. При неосложненной язве здоровы: через 3 месяца после операции 1 больной, через 6 месяцев—1, через год — 3, через 5 лет— 1, через 6 лет — 2, через 7 лет— 1. При прободной язве: через 8 месяцев— 1, через 4 года— 1, через 6 лет—1. По третьей группе один больной через год был здоров, у второго через 1 год 3 месяца возобновились боли. После резекции при раке 1 больной умер через год, повидимому, от рецидива. Небольшое число отдаленных результатов объясняется текучестью основного состава наших больных. Характер применявшегося при операциях обезболивания указан в табл. 5.

Местная анестезия и анестезия чревного нерва проводилась 0,25% раствором новокаина с добавлением карболовой кислоты (1,0 на 800,0 раствора). Для общего наркоза применялся эфир (через маску Омбредана-Садовенко). Изредка мы применяли гексенал, эвипан. Два раза в дополнение к местной анестезии применен мнимый наркоз: больному давали в руки маску, в которую наливали несколько капель эфира, и предлагали дышать через маску. Оба больные вели себя спокойно и,

Таблица 5

	Местная анестезия	Общий наркоз
Неосложненные язвы.....	61	27
Прободные язвы.....	16	24
При операции язвы не найдены	20	3
Рак желудка.....	15	9

ожидавая наступления сна, дали закончить операцию. Один больной при эфирном наркозе (прободная язва) умер на операционном столе от паралича сердца (табл. 6). Переливание крови при неосложненных случаях сделано 28 больным, которым перелито в общей сложности 14,5 л крови. Переливание делалось для ликвидации послеоперационного шока, для борьбы с осложнениями и малокровием при кровоточащих язвах. При остальных желудочных заболеваниях кровь переливали единичным больным.

Переходим к изучению послеоперационных осложнений, которые в части случаев повлекли за собой смертельный исход. Материалы по этому поводу даны в табл. 6.

Для иллюстрации таблицы приведу несколько примеров.

Больной Ч. Болен 3 года. Резекция половины желудка и значительного участка горизонтальной части двенадцатиперстной кишки. Рана зажила первичным натяжением. Через 10—12 дней после операции постепенно развилась нарастающая желтуха. Релапаротомия: желчный пузырь растянут, шейка его в рубцах. Холецистогастростомия. Постепенное исчезновение желтухи, выздоровление.

Больной Б. Кровотоочащая язва двенадцатиперстной кишки, проникающая в поджелудочную железу. При резекции удалена часть поджелудочной железы и поражен общий желчный проток. Восстановить его проходимость не удалось. Смерть от истощения через 2 месяца после операции.

Больной Ш. Язва двенадцатиперстной кишки. Резекция. В течение 8 дней после операции рвота. При диагнозе «порочный круг» сделана релапаротомия. Анастомоз и оба колена тонкой кишки отечны и воспалены. Наложена передняя гастроэнтеростомия с длинной петлей. Перфорация при операции первичного анастомоза, шов его, тампонада. Выздоровление с образованием грыжи послеоперационного рубца. Рентгеноскопия через 2 месяца: контрастная масса периодически проходит через анастомоз; через один час в желудке остается  $\frac{2}{3}$  принятого контраста.

Больной О. При операции язвы не найдено. Рассечены спайки около привратника. Через полгода оперирован повторно с диагнозом «острый живот». Обнаружено прободение подвздошной кишки, сделана резекция кишки и илеосигмостомия. На секции обнаружена хроническая язва двенадцатиперстной кишки и тромбоз верхней брыжеечной артерии.

Больной Д. Прободная язва привратника. Резекция. Рана после операции зажила первичным натяжением. Смерть через полгода от множественных абсцессов печени.

Главные причины смертности при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки — поздняя доставка больных в отделение (после 42 часов с момента прободения) (5 случаев). При раке желудка большинство умерших погибло от кахексии (8 случаев). Все операции произведены 14 хирургами. Степень участия их в производстве операций указана в табл. 7.

Из табл. 7 видно, что наша оперативная работа отличается от работы клиник и больниц, где все крупные операции производятся шефом кли-

Таблица

ВИИГОСКПКВКЭ^	ГО 1 1	
наш экньиботя Ччнвб эинэгжохэаа	1 < 1 1	5
ИГЭОКО11 ион -шо^р РЯРПОН^ЛРХ	1 Г^ 1 1	5
викогэобэгнд	1^ 1 1	5
визннфэу	1 1 1	5
изкяонвюЛ эн еондвир^	1 1 1	5
ИЯГПИЯ ИЮНО1 и.ч -изжнбр еодиюд.ь	1 1 1	5
ВИЭНЭХР^	1 1 1^0	5
(ЮЭВЬ 5[ Э1Г -эон) ЭИНЭГЭГ1Т10 я ГПИВ1ЭО1^ ввнгеоц	1 Г^ 1 1	5
ИНОИЙЭЦ	1 1-^0	5
(ИИНЕОЯЙВН) спибээ ьквдвц	1 1	5
а.<бл иннюЛоц	0^ 1 1 1	5
вчгэХэз вйощп	1 1	5
ОЛОМЛЭК эээп -Эри ^виноияэнц (ИОНЕЭ1гХяб^0. <П неэвэж июньог ^ВЭЖГОЦ еобязц	1 1 1	5
еяяХк^эж СНО1ЧЛЭК*ф	1 1 1	5
ХбХгтлгп я оаз 1вяхве ^вмоюби озон -ьггэж сжэбэбэц	1 1 1	5
ЯиньЭШИЛ 9 эингэ^хояо	1 1 1	5
ШИЛШШИГ эинвяичввчэээ ^вингэюаояя	1 1 1	5
няшилионюЛэнп -ВИВнзай^ нюг-Кя ЧЮНОЬПгЮОГЭЦ	1 1	5
яощ	2? 1 1	5
Язва желудка и двенадцатиперстной кишки Прободные язвы ..... При операции язвы не найдено..... Рак желудка, полип.....		5

03

Хирургия	Умерло	ЭННХБЛ А1 он	<0 сч — 1 1 го	
		ЭИЛБЛ Ш ои	11111-	1
Операции	IV группа рак желудка	эпп^Чт 11 оп	-н см ГО 1   ГО	
		эпп.Ма 1 ои	» — « ■ « » — «	111,6
		БИНО1Э -оскэрл	-11111	
		вино1 -ос1вп1г венообп	СЧ~     ТГ	7
	виною -0ЙЭ1Н6 -осЬ.эвл	СЧ сч     —	5	
	ВИП -ЯЭЭЭб	111	1/1/1	
	III группа язва при операции не найдена	БИН -0И6 ' -ПГНЭННР	— 1 1 1 —	6
		ВИКО1 -ойхээл	сч   1   1 1	1А
		виною -обэше -обюсл	1 1 1 1 1 сч	2
		ВИНО1 -обшил ввндобн	- 1 1   ~ТМ	5
		яэпгэ эингэ -ЭЭЭБС!	сч         -	СО
		РМИХ •ЭРГИ -одоп^иц	Го         С1	
II группа прободная язва	необевб	- 1 1 1 1 1		
	ННЕН ЭНН -раитХ Энн НИША -р вин -л эо131 -И (■, оЛ	го 1 -)   го СЧ »М Т «-Ч 00	12, 20	
	БИН -яэсэд	сч О го 1 1		
I группа I язвы желудка и двенадцатиперстной кишки	виною -обэанб -обюва	ГО     +1 сч сч	8	
	ВНП -ЯЭСЭ-	со сч 4 о УА со Б> 1-1	76	
		.....	5	
		Н < О З С О	Всего . . 1	



ники или его помощником и где выводы из статистики носят более однородный характер. С другой стороны, следует отметить и положительный момент в нашей работе: несколько молодых хирургов произвели первые резекции под руководством старших и овладели техникой. Тем не менее мы считаем, что производство даже 10 резекций еще не дает хирургу права считать себя опытным резекционистом и оперировать без более опытного руководства.

О группе заболеваний, когда при операции язвы не было найдено, следует сказать, что она относится в основном к 1933—1938 гг. Тогда еще только вырабатывались показания к оперативному вмешательству и рентгеновское обследование не стояло на высоте.

Отделение отдало дань увлечению тех лет — пилоропластикам, расчечениям спаек и гастротомиям, которые производились во многих хирургических стационарах. В этом отношении характерна следующая история болезни:

Больной С., врач по профессии. Болен 8 лет. Язвенный симптомокомплекс. Лечение на курорте дало временное улучшение. Рентгеновские данные неопределенны. Лечился антирабическими прививками в 1935 г. без эффекта. При операции (лапаротомия, гастротомия) желудок нормален. Выздоровление.

Вероятно, значительное число таких больных страдает гиперацидным гастритом и составляет значительный процент гастритико-хроников в воинских частях. Эти больные периодически лежат в терапевтических отделениях, получают улучшение и через некоторое время снова попадают в госпиталь с рецидивом заболевания. За последние годы профессор Хабаровского медицинского института С. В. Гейнац предложил для лечения подобных больных производить перевязку желудочных сосудов по Витцелю. Эту операцию Гейнац назвал ангиоредукцией. Операция, по наблюдениям госпитальной клиники Хабаровского медицинского института, снижает кислотность и устраняет боли. Если при дальнейших наблюдениях эффект будет стойким, эту операцию можно рекомендовать при гиперацидных гастритах.

В некоторых случаях диагностика язвы очень трудна.

Больной С. поступал в терапевтическое отделение 7 раз с диагнозом «хронический гастрит»; 4 раза был на курорте. В 8-й раз больной поступил в хирургическое отделение и был оперирован. Найден рубец в привратнике, сделана гастроэнтеростомия. Через 1/2 года больной поступил с рецидивом боли. При рентгенологическом исследовании обнаружена язва малой кривизны.

В заключение приведу ряд примеров по случаям, не вошедшим в нашу статистику.

По первому разделу. Больному А. 3 года назад в одной из больниц сделали гастроэнтеростомию по поводу язвы. Боли. При рентгеноскопии контрастная масса идет через привратник и соустье. Через час желудок пуст. Признан негодным к службе. • Больному К. 12 лет назад сделана пилоропластика. Рентгеноскопия: перигастрит, подозрение на язву. От повторной операции отказался. Признан негодным к службе. Больному Б. 16 лет назад сделана задняя гастроэнтеростомия. По словам больного, уже через 1/2 года анастомоз закрылся, что было обнаружено при просвечивании. В настоящее время при рентгеноскопии найден гастроптоз.

По второму разделу. Двое больных оперированы в войсковом лазарете. Сделано ушивание и гастроэнтеростомия. Оба направлены в госпиталь на самолете с диагнозом «порочный круг». Один выздоровел без операции. У второго при операции оказалось, что задний анастомоз был наложен с длинной петлей. Сделан энтероанастомоз между приводящим и отводящим коленом. Выздоровление. Больной Б. оперирован в другом лечебном заведении через 70 часов после начала перфорации. Был осмотрен червеобразный отросток, потом сделан срединный разрез для осмотра желудка. Язвы не нашли, и хирург снова обратился к червеобразному отростку, а потом во второй раз к желудку. В этот раз удалось найти и ушить язву. Смертельный исход. Больному К. 11/2 года назад сделана операция по поводу прободной язвы желудка. Операция начата с аппендэктомии. Видя, что дело не в отростке, хирург продлил разрез от верхнего конца вверх и внутрь; таким образом, рубец на животе имел форму угла, открытого к пушку.

У 9 наших больных диагноз был поставлен на операционном столе. Операция начиналась с осмотра червеобразного отростка, Отмечены случаи консервативного лечения прободной язвы желудка, когда больные выздоравливали (1928). У больного И. (1932) была обнаружена и ушита готовящаяся, но еще не совершившаяся перфорация. У больного Б. при операции прободения не найдено. Впоследствии установлена пищевая интоксикация. Повышение качества работы в дальнейшем должно идти за счет: а) тщательной диагностики, б) такой же оценки показаний к операции, в) оперирования опытным хирургом или при его помощи, г) широкого применения переливания крови и д) ранней доставки в отделение больных с прободной язвой желудка'.

### Ошибки в диагностике и лечении острого аппендицита

За время с 1907 по 1939 г. в Хабаровском госпитале оперировано 1 003 больных острым аппендицитом, причем за первые 24 года (по 1931 г.) сделано только 24 операции. Таким образом, операции при остром аппендиците начали производиться более или менее систематически лишь с 1932 г. Это объяснялось недостаточной активностью хирургов и непопулярностью идеи срочной операции как среди врачей, так и больных.

Операции были произведены несколькими десятками врачей, в том числе Иприкомандированными. В одном случае операцию сержанту американской армии делали американские врачи (1918).

В 1907—1909 гг. аппендэктомии только начали применять. После операции больному (до 1915 г.) давали годичный отпуск. 1910—1917 гг. операции делали довольно часто. С 1918 по 1923 г. число операций по поводу аппендицита в холодной стадии сократилось, что зависело от многих условий, вызванных гражданской войной и интервенцией, и соответствовало снижению аппендэктомий, отмеченному многими хирургами в эти годы. С 1924 по 1931 г. число операций вновь нарастает и делает резкий скачок вверх в 1932 г., когда на Дальний Восток стали стекаться новые людские контингенты.

Среди оперированных больных 2—3% составляют женщины и дети.

Более подробный анализ по архивным данным возможен с 1932 г. За 1939 г. аппендэктомий в остром периоде сделано больше, чем в холодном, а в 1932 г. аппендэктомий в холодном периоде сделано в 6 раз больше, чем в остром.

Характеристика нашего материала по динамике и патологоанатомическим изменениям видна из табл. 8 и 9.

Таблица 8

Оперативное вмешательство	Год		Σ <sub>М</sub>	СО СТ>												
	8 СП	СП			1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	Всего»			
Аппендэктомий в холодном периоде в среднем за каждый год .....	7	0	00	35												
	0 СП	СТ>														
Аппендэктомий в горячем периоде	1	9	2	12	26	35	80	82			91	ПО	214	341		1063
Процентное отношение острых аппендицитов к холодным	16,6	20,5	12,5	14,3	13,3	14	27,9	26	34	58,280,5	105	44,7				

Таблица 9

Характер заболевания аппендицитом	Год									Суммарно % 3 31
	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	Итого	
Катаральный	3	10	14	27	36	37	88	118	343	34,2
Флегмонозный	7	11	24	17	21	29	84	85	278	27,7
Гангренозный	5	6	18	18	24	27	46	82	226	22,5
Прободной	8	7	21	17	9	15	18	23	118	11,7
Аппендикулярный абсцесс	3	1	3	3	1	2	1		14	1,4
Норма								23		2,3

За последние годы уменьшается число прободных аппендицитов и аппендикулярных абсцессов за счет увеличения прочих форм, что зависит от более раннего вмешательства. В 1932 г. эти две формы составляли 42%, а в 1939 г. — только 7%.

Смертность колеблется от 50 (1907—1931) до 1,2% (1939). В среднем за последние 8 лет она составляет 2,5%.

У Ратнера смертность равнялась 7,2% (сводная), у Блэка—4,5%, у Салищева — 2,8%, у Шапиро—12% {гангренозные аппендициты}, у Красносельского — 3,2%, у Уэвила— 4,5%, у Фука — 3%, у Габай — 1,7%, у Хрусталева—1,8%, у Жака (Калмановский) — 1,4%; у Мануйлова и Колдаева случаев смерти не было.

Разберем причины смерти и попутных осложнений (табл. 10).

Таблица 10

Причины смерти	Год									Всего
	1907—1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	
Поздняя доставка и поздняя операция	2	1			2		1		2	8
Задержка операции в отделении . .	1	1		1	1					4
Ошибки в диагностике и технике операции . . . . .			1		3		1		1	6
Осложнения . . . . .				1	3	1	1		1	7
Не установлено . . . . .	9									9
Не оперированы . . . . .				1			2			3
<b>Всего . . .</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>37</b>

Диагностические ошибки. Аппендэктомия была произведена три раза при почечной колике. У одного больного явления со сто-

роны правой подвздошной области были настолько сильны, что, несмотря на патологическое состояние мочи, его было решено оперировать. Одному больному аппендэктомия сделана при начинающемся паранефрите, отросток был нормален. Впоследствии вскрыто окологпочечное скопление гноя. При прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки операция была начата с аппендэктомии 8 раз и, наоборот, трижды операция начата разрезом в подложечной области, причем оказалось, что желудок здоров, имелся же острый аппендицит. Один больной умер от гангренозного аппендицита. Дважды при операции обнаружен дивертикул Меккеля. В трех случаях острый аппендицит рассматривался как пищевая интоксикация, вследствие чего произошло промедление с операцией. В двух случаях, очевидно ошибочно, был распознан инфильтрат на вторые сутки от начала приступа; операция отложена. Однажды заболевание трактовалось как диплострептококковый перитонит, почему и воздержались от операции. На секции оказался гангренозный аппендицит. С другой стороны, аппендэктомия сделана пять раз при дипло-стрептококковом перитоните. Все больные умерли (эти больные в таблицу не включены).

К описанным случаям примыкают следующие. 1. При картине острого аппендицита производится лапаротомия. В брюшной полости гной, источник его не обнаруживается, отросток в норме. Из гноя высеяны грамположительные палочки и кокки, в крови лейкоцитоз, сдвиг влево, высокая РОЭ. Выздоровление. 2. (Остро протекающий гангренозный аппендицит после ангины с поражением разных серозных оболочек. Аппендэктомия через 48 часов. Смерть. Другой больной в подобном же случае выздоровел. 3. Остро протекающий гангренозный аппендицит. После удаления отростка в брюшную полость влита антистрептококковая сыворотка. Выздоровление.

Однажды острый аппендицит рассматривался как внематочная беременность. Сделан разрез по средней линии, вскрыт аппендикулярный абсцесс. Смерть. Была еще одна аппендэктомия через срединный разрез. Выздоровление. Один больной с инфильтратом поступил в терапевтическое отделение с диагнозом «подозрение на туберкулез легких». Инфильтрат быстро растаял (вскрылся в кишку). Рекомендована операция через 2 месяца.

Колебания в диагнозе были 14 раз. В трех из них после выжидания в течение двух суток на операции обнаружено прободение, в одном — гангрена, тампонада, длительное (20—30 дней) пребывание в стационаре. При операции четыре раза был обнаружен инфильтрат, брюшная полость была зашита без каких-либо манипуляций над инфильтратом. Выздоровление.

Эти ошибки дают сравнительно малую смертность. Диагноз уточняется на операции, которая в этих случаях большей частью показана.

Позднее направление в стационар. Распределение этих случаев дано в табл. 11.

В последние годы число операций, сделанных в первые сутки от начала приступа, в процентном отношении возрастает, так как больных стали раньше доставлять в госпиталь. Оно возросло бы еще более, если бы госпиталь получал больных только из города, а не с периферии радиусом в сотни километров, откуда, естественно, больные поступали с опозданием. В основном поздняя доставка зависела от организационных и технических дефектов санитарного обслуживания частей.

В результате поздней доставки не оперировано, вследствие развития инфильтратов, 57 человек; в 63 случаях операция отложена на холодный период ввиду затихания приступа; 154 человека оперированы на третьи сутки, причем у 67 больных (42%) были обнаружены деструктивные формы, потребовавшие тампонады с увеличением числа койко-дней до 20—30, и вызвавшие сопутствующие осложнения. Умерло 8 человек (5,2%).

Таблица 11

Время операции с начала приступа	Год							
	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939
До 12 часов . . . . .	2	3	9	11	20	30	73	130
До 24 часов . . . . .	8	14	25	27	33	27	64	122
До 48 часов . . . . .	10	6	20	19	22	30	46	34
До 72 часов . . . . .	1	6	7	8	12	18	9	18
После 72 часов . . . . .	5	6	19	12	4	5	22	17
Процент операций в первые сутки . . . . .	39	49	42	46	58	52	63	80

Если же взять цифры оперированных в остром периоде с 1907 по 1931 г., то окажется, что из оперированных умерло 11, в том числе 8 — в дореволюционное время (смертность около 50%). Причина поздней (вынужденной) операции известна только в двух случаях за 1929 и 1930 гг. — поздняя доставка. Из неоперированных погиб один больной, доставленный с инфильтратом. После долгого пребывания этого больного в отделении инфильтрат у него осложнился левосторонним поддиафрагмальным абсцессом.

Таким образом, позднее направление больного в госпиталь является причиной смерти в 25% случаев (за 1932—1939 гг.).

Задержка операции в стационаре происходила преимущественно для уточнения диагноза, для производства анализов, консультаций, наблюдения за ходом заболевания и сравнительно редко для перевода процесса в холодное состояние. Был ряд случаев, когда больного, поступившего вечером, оперировали на следующее утро. Кроме того, встречались хирурги, возводившие выжидание в систему. Наконец, ряд больных соглашался на операцию не сразу. Двухмоментный аппендицит по Мондору наблюдался 7 раз, все оперированные выздоровели. Задержка операции стала причиной смерти 4 больных (около 11% всей смертности). Последний случай был в 1935 г. Это указывает, что за последние 4 года выжидание с операцией стало наблюдаться значительно реже. В начале 1938 г. было установлено дежурство операционных медсестер. В результате сразу выросло число операций, сделанных в первые часы от начала приступа аппендицита.

Ошибки и осложнения в технике операции. Техника операций в разное время была различной. За последние два года принят стандартный косой разрез через точку Мак Бурнея. Операция делается под местной анестезией, к которой иногда присоединяется общий наркоз. С 1939 г. охотно прибегали к гексеналу или эвипану, что позволяло безболезненно отыскивать и извлекать отросток. Культя отростка погружается. Лигатурный способ применен не более 10 раз, причем в одном случае образовался каловый свищ, впрочем, вскоре закрывшийся. Тампоны к ложу отростка применялись при прободении и начинающем-

ся перитоните, а также в технически трудных случаях. Иногда вводился тампон к зашитой брюшине или турунда на один день под кожу. Всего тампонада применена в 102 случаях, т. е. в 10%. Нагноений в 1934 г. было 13%, в 1935 г.— 13%, в 1936 г.—20%, в 1937 г.— 11%, в 1938 г.— 9,5%, в 1939 г.— 8,5%. Красносельский наблюдал 8,8% тампонады и 10% нагноений. Салищев имел 10% нагноений. Хрусталев считает ошибкой отказ от тампона в случае ретроцекального гангренозного аппендицита с перитонитом, перфоративного аппендицита большой давности при наличии гноя с запахом. В таких случаях при шве наглухо развиваются нагноения с флегмоной раны. На нашем материале было больше случаев ошибочного шва наглухо, чем неуместной тампонады. В единичных случаях кожу не зашивали.

Из технических ошибок отмечены: 1. Оставление гангренозного отростка в животе, хотя в истории болезни указывалось, что отросток удален. Два таких случая произошли в 1935 г., причем один большой был оперирован в другом лечебном учреждении и доставлен в госпиталь с развившимся перитонитом. Оба больных умерли. 2. Случай высвобождения отростка из инфильтрата в межуточном периоде: в результате перитонит и смерть больного. 3. Обрыв отростка при выделении отмечен в 14 случаях, из них в одном длинный отросток имел направление к корню брыжейки. Этот больной выздоровел. В одном случае была сделана операция удаления меккелева дивертикула (в другом лечебном учреждении) и оставлен отросток. Через полгода произошел приступ гангренозного аппендицита, отросток при выделении был порван. Тампон. Выздоровление. Была допущена одна грубая ошибка зашивания наглухо раны после обрыва отростка с оставлением верхушки последнего в животе: больной умер. 4. Отсутствие отростка отмечено два раза: проверено полным выведением слепой кишки в рану и тщательным осмотром кишки. Нам известен ряд случаев ненахождения отростка при операциях, сделанных в гарнизонах, базирующихся на госпиталь, причем хирург не всегда уведомлял больного об этом обстоятельстве. 5. Случай кровотечения из брыжейки после субсерозного удаления отростка, идущего к печени, без лигатур на брыжейку, окончившийся смертью. Следующий способ операции наблюдался один раз: больного оперировали в войсковом лазарете. Хирург не нашел отростка, зашил рану и повез больного в госпиталь. Здесь операцию тотчас довели до конца. Выздоровление. Трижды дежурные хирурги были вынуждены вызывать старших товарищей из-за технических трудностей операции.

По причинам этой группы ошибок умерло 6 человек (около % всей смертности).

Осложнения в послеоперационном периоде были у 36 больных (3,6% к числу оперированных). Следует сказать, что Гринберг до 50% операций сделал в межуточном периоде (после трех суток), а у нас таких операций было всего 8,8%. Перитониты развились у 14 больных, поддиафрагмальные абсцессы — у 4, абсцессы Дугласа — у 4, кишечная непроходимость — у одного, геморрагии — у 4, каловые свищи у 4, сепсис — у одного, абсцесс печени — у одного, полисерозит — у одного, пиэлит — у одного, мезентериальная пиемия — у одного больного.

От осложнений умерло 7 больных (около % всех умерших).

Здесь разберем только те осложнения, которые возникли после операции и зависели от существа самого патологического процесса, вирулентности микрофлоры и иммунобиологических особенностей организма. Инвагинация сигмы вследствие образования спаек через 25 дней после операции. Больной умер. В одном случае — прорыв абсцесса в брюшную полость, несмотря на предварительное оперативное вскрытие. Смерть. В другом случае закрывшийся абсцесс рецидивировал и потребовалось вскрыть его повторно. В третьем — вскрытие и ликвидиро-

вание абсцесса не предотвратило через 2 месяца прободения отростка. Была сделана аппендэктомия. Больной выздоровел.

Абсцессы печени и поддиафрагмальные. У одного больного через 15 дней после аппендэктомии образовался абсцесс печени. Вскрытие и тампонада посредством чрезплевральной лапаротомии. Смерть через 10 дней после операции. — В одном случае — операция через 48 часов в другом лечебном учреждении, отросток не найден. Знобы. Переведен в госпиталь через месяц после операции. Еще через 15 дней вскрытие правостороннего поддиафрагмального абсцесса. Выздоровление. — 2 больных погибли после длительного заболевания. На вскрытии у обоих найден левосторонний поддиафрагмальный абсцесс. Очевидно, инфекция проделала длительный путь через малый таз и левый боковой канал. Один больной был задержан в части на 48 часов. Лечение касторовым маслом. На операции обнаружено прободение. Аппендэктомия, тампон. Выписан через 15 дней, очевидно, с не вполне ликвидированным очагом инфекции, так как через 16 дней вновь поступил в стационар и спустя Р/г месяца умер. Второй больной доставлен через 2 суток с инфильтратом, не оперирован. — В одном случае малярия симулировала гнойные осложнения со стороны печени, диафрагмы и брюшины. Рентгенологически определялось высокое стояние купола диафрагмы; пункции гноя не дали. Выздоровление после хинизации. — Образование гематом (соскальзывание лигатур с брыжейки) наблюдалось 4 раза. В двух случаях гематомы были вскрыты и опорожнены через раскрытые раны. Выздоровление. В третьем случае рану не раскрывали, длительное тяжелое течение с образованием поддиафрагмального абсцесса слева. Больной умер. В четвертом — явления кровотечения на второй день — лапаротомия, на шестой день смерть от перитонита — Абсцесс дугласова пространства наблюдался 4 раза. В одном случае у ребенка 7 лет, на пятый день после удаления перфорированного отростка и тампонады, образовался дугласов. абсцесс, ликвидированный разрезом через прямую кишку. На восьмой день кровотечение из раны живота, повторявшееся три раза и доведшее ребенка до высокой степени анемии. Переливание крови, тугая тампонада раны. Выздоровление. — Образование калового свища после тампонады в 4 случаях. Два раза свищи закрылись самостоятельно.

Осложнения полисерозитом и пиэлитом закончились выздоровлением.

Двое больных, выписанных с незажившими ранами после тампонады, поступили повторно. Первый доставлен через 4 дня после выписки, с высокой температурой и общими явлениями, быстро ликвидировавшимися после вливания уротропина. Очевидно, в данном случае имела место травматизация грануляций при транспортировке и перевязках в приемном, покое части. Подобные больные после выписки нуждаются в последующем контроле оперировавшего хирурга до полного заживления раны. Вторая больная оперирована в городской больнице. Через 14 дней после выписки из больницы была доставлена в госпиталь приблизительно в таком же состоянии, как и первый больной. Выздоровление через месяц.

Инфаркты легких чаще проходили под диагнозом послеоперационного бронхита или пневмонии. Больные выздоровели. Раннее вставание и хождение после операции, вошедшее в практику отделения в 1934 г., почти свело на-нет эти осложнения, а также задержки мочеиспускания, метеоризм и пр.

Не все больные, поступившие с диагнозом острого аппендицита, оперированы. За 1939 г. не оперировано 46 человек по следующим причинам: 1) диагноз не подтвердился в 13 случаях; 2) больные отказались от операции в 19 случаях; 3) в 7 случаях был легкий приступ; 4) в 5 случаях наблюдался инфильтрат; 5) операция была отложена из-за фурункула в 2 случаях.

«Никто не должен умирать от аппендицита» (Дьелафуа) и «операция в остром периоде должна заменить операцию в холодном» (Спасоку-коцкий) — вот идеал, к которому обязаны стремиться хирург и терапевт, поскольку от последнего зависит своевременная постановка диагноза и направление больного к хирургу.

В лечении острого аппендицита мы проделали долгий и трудный путь. Повидимому, найдено, верное решение этой проблемы, а именно: немедленная госпитализация, срочная дифференциальная диагностика с привлечением гинеколога (у женщин), педиатра (у детей), терапевта, исследование мочи и крови и немедленная операция, за исключением случаев с развившимся инфильтратом. Идя этим путем, мы снизим до минимума смертность и значительно уменьшим число тампонад, послеоперационных осложнений и ускорим восстановление трудоспособности больных.

#### О повторных поступлениях хирургических больных

Гельфгат считает, что повторные поступления в госпиталь терапевтических больных в 8% случаев вызываются уважительными, т. е. не зависящими от качества предыдущего лечения, причинами. Наоборот, повторные поступления хирургических больных в госпиталь лишь редко можно объяснить причинами положительного порядка. Объяснение этому мы находим в ином составе и в ином способе лечения хирургических больных сравнительно с терапевтическими. Так, например, среди больных терапевтических отделений имеются большие группы желудочных, легочных больных и ревматиков, которые, очевидно, и дают значительное количество случаев повторных поступлений.

Повторно поступившие в 1939 г. составляли 3,2% и в 1943 г. — 3,8% к общему числу больных, лечившихся в хирургическом отделении Хабаровского госпиталя. При этом не были учтены больные, повторно поступившие в другое отделение после хирургического или, наоборот, лечившиеся в другом отделении до поступления в хирургическое. Поскольку нам не удалось найти в литературе соответствующих цифр, трудно сказать, мал этот процент или велик. Однако мы должны снизить этот процент, устранив причины отрицательного порядка. Причины повторных поступлений мы разбили, подобно Гельфгату, на три группы: положительного порядка, отрицательного и без качественного оттенка, разбив эти группы на ряд подгрупп (табл. 12).

Распределение повторных поступлений по годам и причинам (в процентах).

Таблица 12

	1939 г.	1940 г.
Причины отрицательного порядка.....	60	34
Причины положительного порядка.....	6	13
Причины без качественного оттенка . . . . .	34	53

Причины отрицательного порядка мы разбиваем на следующие подгруппы: ранняя выписка из отделения, недостаточное лечение или обследование в первый раз, отказ больного в первый раз от операции или отсрочка ее из-за сопутствующих заболеваний, препятствующих производству операции. Большинство случаев в первой подгруппе падает на больных, выписанных с не вполне зажившими ранами. Эти больные поступали повторно или из-за неправильного лечения в приемном покое части, которое иногда врач части необоснованно объясняет «отсутствием стерильного материала», или по требованию больного направить его снова в госпиталь, так как врач части не пользуется авторитетом среди обслуживаемых им контингентов, а также в тех случаях, когда в части амбулаторная хирургическая помощь не была на должной высоте. От-



каз больных от операции был причиной 2,6% случаев повторных поступлений. Отказов может быть меньше, нужно только уметь склонить больного согласиться на операцию. Большую помощь врачу в этом оказывают ранее оперированные больные, которые часто успешно уговаривают колеблющихся.

К причинам положительного порядка относятся следующие: операция аппендицита после рассасывания инфильтрата, этапные двусторонние грыжесечения, синдактилии, ортопедические операции. Следующий ■случай достоин отдельного описания.

Красноармеец Ч. поступил в госпиталь с двусторонним нефролитиазом. В первый момент посредством пиелотомии был удален лоханочный камень. Больной хорошо перенес операцию и был выписан — операцию на второй почке решили сделать через некоторый срок. Через Р/г месяца после первой операции произведена нефротомия на второй почке, удалены множественные камни. Больной выздоровел и был демобилизован. Через 2 месяца он сообщил, что чувствует себя здоровым.

Часть повторных поступлений подобного порядка можно изжить, если, например, оперировать больных аппендицитом до образования инфильтрата — в остром периоде.

Третья группа причин — без качественного оттенка: осложнения первого заболевания, не зависящие от выписки и амбулаторного лечения, рецидив заболевания, разные заболевания, «бегство в болезнь», прочие.

К осложнениям первого заболевания относятся следующие случаи: туберкулезный спондилит как последствие компрессионного перелома позвоночника; остеомиелит после перелома плеча; остеомиелит ребра после резекции при эмпиеме; хронический цистит после камнесечения; лигатурный свищ после зашивания раны с тампоном; множественные абсцессы печени после резекции желудка при прободной язве. Последний больной был выписан с зажившей первичным натяжением раной, с нормальной температурой. Через месяц после выписки он стал лихорадить; после длительных поисков причины лихорадки его оперировали по поводу абсцесса печени. У больного О. была удалена почка по поводу туберкулеза ее. Через 1% месяца после выписки больной сделал большую прогулку на велосипеде и у него появилась гематурия. Через несколько дней гематурия прекратилась. Рецидивы заболеваний наблюдались у 16% всех повторно поступивших за 1940 г. К ним относятся рецидивы геморроя и выпадения прямой кишки после операции; туберкулезного тендовагинита после иссечения; камней почки после пиелотомии и камней мочеточника — после низведения камней при помощи глицерина; рецидивы язв голени.

Группа повторно поступивших по поводу других заболеваний, не связанных с первым, среди всех повторно поступивших за 1940 г. составляет тоже 16%. Казалось бы, что подобные поступления не следовало учитывать как повторные. Однако среди этих больных были такие, у которых при первом поступлении было просмотрено сопутствующее заболевание.

Изжить такие поступления можно путем тщательного и всестороннего обследования больного и лечения не только основного, но и сопутствующих заболеваний.

Незначительная группа «бежавших в болезнь» (3,5% повторных поступлений 1940 г.) состоит в основном из аггравантов.

К категории разных мы относим следующие случаи: ампутация голени по поводу саркомы. Больной настаивал на протезировании, хотя ему оно и не было показано. Через 2 месяца после выписки появились метастазы в легких. У второго больного (врач) было определено отсутствие функции почки и дано курортное лечение. При втором поступлении было установлено врожденное отсутствие почки, больной был признан к службе годным, согласно примечанию к ст. 33 приказа № 194.

Несколько больных были положены в отделение без осмотра оперировавшим их хирургом на основе субъективных жалоб и вскоре были выписаны за отсутствием объективных изменений.

### Выводы

1. Повторная госпитализация — понятие комплексное, поскольку она обусловлена причинами положительного и отрицательного порядка.
2. Уменьшить повторную госпитализацию можно путем улучшения технического оснащения госпиталя, связи с частью, документации, повышения хирургической квалификации войсковых врачей.
3. Несрочных больных следует помещать в отделение по решению хирурга госпиталя и повторно осматривать в приемном покое госпиталя.
4. В поликлинике должен вести прием квалифицированный хирург.



Капитан мед-службы Т. И. СТАНКЕВИЧ

## ПРОНИКАЮЩИЕ РАНЕНИЯ ЧЕРЕПА ПО СЕКЦИОННЫМ МАТЕРИАЛАМ В ВОСТОЧНО-ПРУССКУЮ БОЕВУЮ ОПЕРАЦИЮ

### Ранние субдуральные гематомы

В войсковом районе наиболее важным с практической точки зрения патологическим состоянием является компрессия мозга. При открытых проникающих ранениях черепа причиной сдавления чаще всего служит кровоизлияние из разрушенных в момент травмы сосудов.

Раненые с экстрадуральными гематомами в войсковом районе встречаются не часто. Субдуральные же кровоизлияния — явление частое, и на первых пунктах медицинской помощи им следует уделять больше внимания. Освобождение гематомы является неотложным оперативным вмешательством, так как 95% этих раненых, если их предоставляют самим себе (по данным Добротворского), умирают.

В различные боевые операции процент смертности от субдуральных гематом колебался, но все же оставался высоким.

Так, в войсковом районе за первые два года Великой отечественной войны (по данным секций) субдуральное кровоизлияние послужило непосредственной причиной смерти в 14,3% случаев. Фактически этот процент выше, так как в МСБ в то время вскрывали лишь часть трупов, а хирургическая активность была чрезвычайно низкой.

В нашей армии в течение первого квартала 1944 г., когда армия вела тяжелые бои по сковыванию сил противника, вскрытию подвергались все трупы умерших в войсковом районе от проникающих ранений черепа. «Раннюю» субдуральную гематому на секционном материале мы встретили в 11,1% случаев. При изучении медицинских документов удалось установить, что в то время для оперативного вмешательства раненые поступали в сроки от 5 до 12 часов с момента ранения и часто без симптомов, типичных для повышенного внутричерепного давления, вследствие чего в МСБ при жизни раненого гематому не диагностировали.

В связи с этим у нас в армии обязали врачей ПМП отмечать в картах передового района счет и характер пульса и состояние сознания у раненных в череп.

В следующий межбоевой период процент смертей от субдуральных гематом снизился до 6,9, а хирургическая активность возросла.

В октябре 1944 г., при прорыве обороны в Восточной Пруссии, когда на ПМП поступило большое количество раненых, контроль за раненными

**ми** в череп с субдуральными гематомами несколько ослаб: коммуникация растянулась и снова возросло число смертей от субдуральных геморагий до 11,2%.

В последний боевой период в войсковом районе погибло от субдуральных гематом 12,3% раненых с проникающими ранениями черепа.

Источник ОхМ субдуральных гематом (по секционному материалу), как правило, являются вены мягких мозговых оболочек на стороне ранения. Артериальные бурные кровотечения при разрыве крупных сосудистых стволов встречаются редко, еще реже встречаются гематомы при повреждении сосудов твердой мозговой оболочки на стороне, противоположной ранению.

Постоянно спорным и очень важным является вопрос: при каком объеме субдуральная гематома может угрожать жизни раненого и привести к летальному исходу? Мы наблюдали на секции гематомы различного объема—от 50 до 400 см<sup>3</sup>, причем при жизни компрессионные симптомы были выражены и при таких гематомах. Здесь, повидимому, имеет значение ряд факторов — локализация гематомы и характер кровотечения. Более бурно нарастающие гематомы проявляются гораздо раньше и более резко, даже при небольших объемах, в то время как венозное кровотечение при постепенном нарастании гематомы переносится легче. Нередко при проникающих ранениях мозга нам приходилось сталкиваться с более или менее выраженным отеком и набуханием мозга.

Известно, что компрессионные приспособления мозга при уже повышенном внутричерепном давлении ничтожны. Следовательно, достаточно небольшого количества крови, чтобы вызвать тяжелые и угрожающие жизни расстройства.

Таким образом, решать вопрос о причине смерти можно лишь при учете ряда факторов: объема разрушения мозга, локализации повреждения мозга и гематомы и состояния мозга в целом.

У умерших от субдуральных гематом к моменту вскрытия излившаяся кровь очень часто оставалась жидкой. Реже встречались рыхлые свертки, и лишь в очень больших гематомах кровь бывает свернувшейся. Однако нельзя рассчитывать на самопроизвольное опорожнение гематомы, даже при обширных дефектах в твердой мозговой оболочке и кости. Этому препятствует местное набухание и отек мозга, наступающий вслед за травмой. Увеличенный в объеме мозг придавливается к краям костного дефекта.

Прижизненная диагностика субдуральных гематом трудна, особенно в тех случаях, когда раненый прибывает через 5—6 часов после ранения. Повидимому, этого срока уже достаточно, чтобы симптомы первоначального раздражения сменились параличом центров продолговатого мозга. Однако необходимость срочного вмешательства по отношению к таким раненым отнюдь не отпадает, так как явления, возникшие в мозгу за 6—8 часов компрессии, едва ли полностью необратимы.

При изучении документов и сравнении записей в них с анатомической картиной создается впечатление, что замедление пульса — один из самых постоянных и ориентирующих симптомов — почти никогда не доходит до 40 ударов в минуту, как это указано во многих руководствах. При открытых травмах черепа пульс обычно замедляется не резко и не более чем до 65—60 ударов в минуту. Поэтому нам кажется ошибочным ориентироваться на слишком резкое замедление пульса. Не следует пренебрегать спинномозговой пункцией с диагностической целью. Ксантохромия и кровь в ликворе, вытекающем под большим давлением, в сочетании с другими, хотя и слабо выраженными, симптомами правильно ориентируют врача. Нередко наблюдается гипертермия и повышение кровяного давления, однако, судя по медицинским документам, этим симптомам уделяется мало внимания. Чтобы спасти жизнь этой кате-

гории раненых, нельзя пренебрегать даже побочными и непостоянными, симптомами.

Ошибочно думать, что во всех случаях раненые с субдуральными геморрагиями умирают. Но гематома у раненых, переживших острый период, резко отягощает их состояние. Так, среди умерших от менингита в последнюю боевую операцию гематомы были обнаружены у 12,7% трупов. Так же как и при менингите, гематомы, прошедшие те или иные изменения, обнаружены у 32,2% умерших от ихорозного энцефалита и газовой инфекции. При этом старые геморрагии по своему объему обычно невелики. Нередко в них выражены явления организации.

Особого внимания заслуживает субдуральный абсцесс, возникший при нагноении субдуральной гематомы. В армейском районе это осложнение найдено у 5,8% всех умерших от осложненной травмы. Субдуральный абсцесс в специализированном госпитале армейского района развивается довольно рано и приводит к смерти чаще на 8—12-е сутки после ранения.

Морфология этого осложнения, равно как и клиника его, очень своеобразны. Наружная рана «грязная», в раневом канале большое количество гноя. При вскрытии черепа твердая мозговая оболочка напряжена в окружности раны мозга и по краю гематомы отделяется с трудом вследствие сращения спайками. После разъединения сращений под твердой мозговой оболочкой обнаруживается гной, смешанный с остатками измененной крови. Часто гной занимает почти все полушарие, общее количество его—200—400 г. В области абсцесса полушарие резко вмято. Мягкие мозговые оболочки за пределами абсцесса полнокровны, в некоторых случаях имелись лишь самые начальные признаки воспаления.

Основная масса раненых с субдуральным абсцессом погибает от компрессионных явлений и тяжелой интоксикации. При изучении историй болезни обращает на себя внимание своеобразие клинического течения. Постоянно отмечается повышение температуры до 39—40°, с большим колебанием утром и вечером. Пульс 70—90 ударов в минуту. На первый взгляд пульс не является патологическим, но при столь высокой температуре его следует расценивать как резкую брадикардию. При пункции в это время спинномозговая жидкость прозрачна и вытекает не всегда под повышенным давлением. Ригидность затылочных мышц отсутствует и может появиться лишь незадолго до смерти.

Описанные симптомы наблюдаются довольно долго—от 3 до 6 СУ—ТОК. При прорыве инфекции в субарахноидальное пространство за пределы спаек менингит развивается в ближайшие часы и приводит к смерти уже в самой начальной фазе.

Склонность субдурального абсцесса к организации создает предпосылки для эффективного оперативного вмешательства.

Однако умершие от субдурального абсцесса при жизни не получали оперативной помощи. Это объясняется тем, что осложнение не распознается при жизни, симптомы его не привлекали внимания хирургов.

### Острое набухание мозга

Говоря о витальных показаниях к оперативному вмешательству, следует остановиться также на остром набухании мозга при открытых проникающих травмах черепа.

Так же как и субдуральные гематомы, острое набухание мозга может встречаться как вслед за ранением, так и в виде тяжелого осложнения при наличии изменений, вызванных инфекцией.

Острое набухание мозга — проявление резкого нарушения водного обмена в мозгу. Как известно, в центральной нервной системе водный обмен находится в состоянии неустойчивого равновесия. Поэтому к рас-

стройству его может привести даже незначительное травматическое или токсическое воздействие. По теории Бурденко и Кловис-Венсана (Франция), острое набухание мозга возникает рефлекторно, вследствие воздействия травмы на вегетативные центры. При травме мозга наступает картина, сходная с шоком, сопровождающаяся плазморреей, т. е. выходом жидкой части крови из сосудистого русла в мозговую ткань. В то же время клетки приобретают способность удерживать большое количество жидкости в силу увеличения гидрофильности их коллоидов. Таким образом, в период остро́го набухания мозга клетки увеличены в объеме, межклеточное пространство свободно от жидкости. Весь мозг значительно увеличен, извилины сглажены, уплощены, на разрезе мозг сухой, желудочки сужены, содержат мало ликвора. Увеличение объема мозга быстро возникает вслед за травмой и нарастает по часам. Мозг, увеличиваясь, проникает в щель Биша—между тенториальным (кольцом и четверохолмием. Набухший мозг сдавливает четверохолмие и ножки мозга, деформируя их. При дальнейшем набухании миндалины мозжечка вдавливаются в большое затылочное отверстие, иногда до первого-второго шейного сегментов, сдавливая продолговатый мозг. Поэтому смерть носит стволовой характер. Симптоматология остро́го набухания мозга мало отличается от субдуральной гематомы. Но важный дифференциальный признак представляет спинальная пункция — она обычно дает скудное количество жидкости, вытекающей под большим давлением и без примеси крови. Далее, при изучении документов, удалось установить, что в отличие от субдурального кровоизлияния при остро́м набухании мозга пульс резко замедляется — до 40—50 ударов в минуту. В период восточно-прусской боевой операции остро́е набухание мозга явилось причиной смерти 3,3% раненых, умерших от неосложненной травмы черепа.

Следует отметить, что большинство хирургов в нашей армии к этим раненым подходят чересчур консервативно. Мы не видели ни одного срочного оперативного вмешательства, сделанного по поводу этого осложнения. Однако не все хирурги придерживаются такого консерватизма и не все считают таких раненых обреченными на гибель. В частности, Карет из клиники Бурденко рекомендует, помимо дегидратационной терапии и спинальной пункции, прибегать к декомпрессивной трепанации. Надо научиться на передовых пунктах хирургической помощи диагностировать это осложнение и в угрожающих случаях использовать для спасения жизни раненых все мероприятия, вплоть до декомпрессии.

Травматический отек мозга обычно развивается в более поздние сроки, максимума достигает к 4—6-м суткам с момента ранения. По этой причине он приобретает значение лишь для госпиталей армейского тыла. Для отека мозга характерно отбухание коллоидов клеток, с освобождением жидкости и скоплением ее в межклеточных пространствах и периваскулярных щелях. Морфология меняется — мозг становится влажным, желудочки растянуты, содержат большое количество жидкости. Травматический отек, по нашим данным, был причиной смерти 0,6% раненых, умерших от проникающих травм черепа.

#### Ошибки в эвакуации и в помощи раненым в череп

Анализируя восточно-прусскую боевую операцию, нельзя не остановиться на ошибках в оказании помощи раненым с проникающими ранениями черепа, допущенных в лечебных учреждениях войскового и армейского района.

Остановимся на ошибках, возникающих при первичной сортировке раненых в МСБ и госпиталях первой линии, так как судьба многих раненых решается уже здесь.

Были случаи, когда раненных в череп направляли в специализированные госпитали без разбора. Часть этих раненых умирала по дороге,

а часть прибывала в госпиталь в агональном состоянии. Происходило это потому, что не отбирали безнадежных раненых.

Далее, при изучении медицинских документов и при сопоставлении их с данными вскрытий, создается впечатление, что в МСБ не всегда четко представляют, когда показано немедленное оперативное вмешательство. Иначе трудно объяснить, почему, например, раненый из МСБ направляется в армейский специализированный госпиталь с отметкой: «Пульс 40, без сознания, состояние тяжелое» и т. п.

Примеры противопоказанной эвакуации раненых с компрессией мозга в армейскую базу не единичны. Помимо отказа от оперативной помощи раненым с повышенным внутричерепным давлением, угрожающим жизни, были случаи эвакуации раненых с проникающим ранением черепа при разрыве сагиттального синуса. Такие раненые погибали по дороге.

Следует также указать, что в период восточно-прусской боевой операции, судя по аутопсическому материалу, значительную часть раненых оперировали не только в предельно допустимые сроки, но и позднее. Так, после суток и до 48 часов от момента ранения оперировано 39%, свыше двух суток—12,7%.

Возникает вопрос: чем объяснить столь позднюю оперативную помощь? При изучении материала оказалось, что за время восточно-прусской операции вынос черепных раненых был блестяще организован. Не задерживали раненых и ПМП — на хирургический этап 64% раненых прибыли в первые 6 часов после ранения, а 23% — не позже 42 часов. Поэтому можно было ожидать и ранней оперативной помощи. На деле оказалось иначе — раненых оперировали поздно. Много времени поглощала транспортировка из войскового района и в ряде случаев ничем не оправданная задержка раненых в МСБ и ХППГ первой линии, перед доставкой их в спецбазу. В отдельных МСБ раненых задерживали на сутки-двое и даже больше.

Опаздывали с оперативным вмешательством и в специализированном госпитале. Так, 20,7% раненых в череп оперированы во второй половине суток с момента поступления в госпиталь, 7,7% — до 48 часов и позднее. Столь позднее оперативное вмешательство, являющееся по существу первичной обработкой раны, повысило общую смертность, сделало более тяжелым характер и течение осложнений.

Для раненных в череп остается в силе закон, говорящий, что чем раньше хирургически обработана рана, тем лучше исход. В силу особенностей крово- и лимфообращения инфекция в ранах мозга развивается в более поздние сроки, чем при ранениях других областей тела. Это позволяет несколько отсрочить время оперативной обработки мозговой раны и ставит раненных в череп в более выгодные условия, представляя возможность перевести их в тыл армии, в госпитали со специальной аппаратурой, передать в руки врачей, владеющих специальными хирургическими навыками. Но все же нельзя злоупотреблять биологией мозговой раны.

В период боев в Восточной Пруссии нас заставило заняться черепной травмой большое количество осложнений ран мозга гнилостной и газовой инфекцией, которое достигло высоких цифр (17,9% среди умерших от осложненной травмы). Инфекция развивалась чрезвычайно рано. Так, из числа умерших от гнилостной и газовой инфекции 31,3% не оперировали по той причине, что они прибыли с выраженным осложнением. 62,6% раненых хирургически обработаны в срок до 48 часов. Формально мы могли обвинить себя лишь в 6,8% случаев смерти раненых, которым помощь была оказана поздно.

По секционному материалу 28% раненых, умерших от анаэробной инфекции мозга, умерли в срок до 2 суток с момента ранения. В эти же сроки от гнойного менингита умерло 4,4% раненых (к числу смертей

от менингита). Таким образом, даже операции, сделанные в срок от 24 до 48 часов после ранения, не гарантируют от развития инфекции в ране мозга.

Остановимся теперь на качестве хирургической обработки черепной раны, хотя этот вопрос неоднократно обсуждался как на конференциях (в специализированном госпитале), так и у секционного стола.

Активность хирурга в процессе обработки раны, начиная с кожи, обычно резко падает. Мы сталкивались со случаями, где при чрезвычайно широком рассечении кожи было небольшое трепанационное отверстие в кости, твердая мозговая оболочка щадилась еще больше, а в рану мозга хирург почти не вмешивался. Кожные разрезы иногда достигали 6—8 см, их нельзя было назвать овальными — это были настоящие линейные разрезы с последующим широким сдвиганием в стороны мягких тканей. Кость обнажалась от надкостницы и этим обрекалась в последующем на краевой некроз и остеомиелит. Слишком экономное рассечение твердой мозговой оболочки не позволяет надежно обработать рану мозга, убрать костные осколки, создать должную декомпрессию мозга и предоставить достаточный отток отделяемого из раны мозга. При исследовании мозговых ран мы нередко находили в них костные осколки. Костная ткань рано подвергается некрозу, лежит среди расплавленной, некротизированной ткани мозга и поддерживает воспалительный процесс. Оставленные осколки кости часто являются причиной развития абсцесса. ■

Среди умерших от осложненной травмы в специализированном госпитале в 1,4% случаев причиной смерти явилось вторичное синусное кровотечение. Источником геморрагии является разорванный при травме продольный синус. Во всех случаях сагиттальный синус при операции тампонировался пучком кетгута. Ввиду относительно небольшого количества раненых, поступающих в госпитали армейского тыла с такой травмой, приведенная цифра, хотя и небольшая, заставляет серьезно отнестись к этому грозному осложнению. Повидимому, остановка первичного кровотечения из сагиттального синуса тампонадой кетгутом не вполне надежна. Возможно, более целесообразно прибегать к перевязке сагиттального синуса, как это производилось в хирургии мирного времени, а тампонадой пользоваться лишь при неудачах перевязки.

Позднее субдуральное кровотечение на аутопсическом материале встретилось в 5,9% случаев. При этом ни разу поздние геморрагии не были распознаны при жизни.

Известно, что далеко не безразлично, в какой момент после ранения пострадавший подвергается транспортировке как до, так и после оперативного вмешательства. Поэтому во все войны эвакуация черепных раненых всегда привлекала внимание.

Общеизвестно, что до операции развившееся травматическое набухание мозга в некоторой степени иммобилизует мозг. Большинство раненных в череп в этот момент можно транспортировать.

Но период «первичного» или «доброкачественного» набухания и отека мозга, когда силами природы инфекционный процесс еще ограничен раной, не бесконечен. Мы уже отметили, что в период восточно-прусской боевой операции многих раненых доставляли в специализированный госпиталь позднее 24—48 часов после травмы. Таким образом, совершалось две ошибки: 1) упускалось время для оперативного вмешательства, так как все же большинство авторов считает, что инкубационный период развития инфекции в ране мозга затягивается на 12—24 часа; 2) раненый ставился в невыгодные условия при транспортировке с точки зрения биологии раны.

После операции, чаще в специализированном госпитале, условия лимфо- и кровообращения и циркуляции спинномозговой жидкости улучшаются, отек мозга в связи с этим уменьшается, склеивание краев

раны наслоениями фибрина еще очень рыхлое, подболобочечное пространство может легко войти в соприкосновение с раневой полостью, подвижность мозга увеличивается и раненый на длительный срок становится нетранспортабельным. В этот период раненый вступает в самую опасную фазу, вследствие нарастания некробиотических процессов и изменений, вызванных инфекцией.

Приводим кривую, показывающую смертность черепных раненых по срокам. Первый подъем приходится на смертность от неосложненной травмы, последующий — от осложнений, вызванных инфекцией (рис. 1).

Остановимся на осложнениях, которые успевают развиться за сравнительно короткий срок пребывания раненых в армейских тыловых госпиталях. На первое место по частоте осложнений следует поставить гнойный лептоменингит. От него погибает 64,2% из числа раненых, умерших от осложнений.

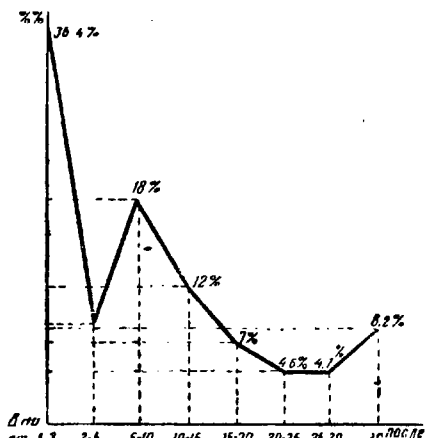


Рис. 1. Кривая смертности черепно-мозговых раненых по дням после ранения

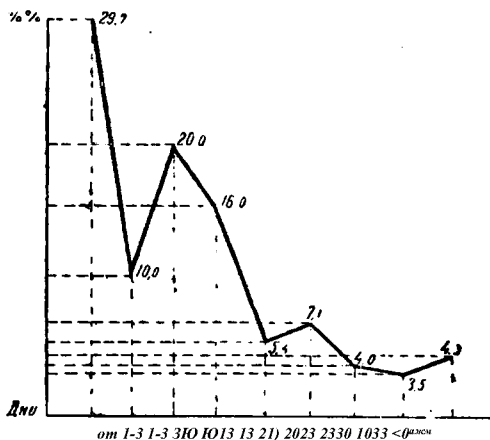


Рис. 2. Кривая смертности черепно-мозговых раненых по дням после операции

В ранних случаях смерти менингит встречается как самостоятельное осложнение, в более позднем периоде — в сочетании с абсцессами мозга, раневым энцефалитом и поздними субарахноидальными кровоизлияниями. Максимальная смертность от ранних абсцессов мозга на передовых этапах приходится в основном на третью неделю.

Анализируя данные секционного материала при проникающей черепной травме, мы обратили внимание на следующий факт: максимальная смертность после ранения приходится на первые три недели, максимальная смертность после последнего оперативного вмешательства (независимо от того, когда раненый подвергался операции) приходится также на первые три недели. Наконец, максимальная смертность после транспортировки приходится также на первые три недели (по прибытии на последний этап). Эта закономерность выведена более чем на двух с половиной тысячах смертей раненых с проникающим ранением черепа (сюда включены госпитали фронтового тыла) и поэтому не может быть случайной (рис. 2 и 3).

Таким образом, создается впечатление, что мозг отвечает определенным циклом изменений, занимающим один и тот же промежуток времени, как на травму, так и на операцию и на транспортировку. Все это наводит на предположение, что операцию и эвакуацию раненые переживают как тяжелую травму. Поэтому, неизбежно нанося раненому эту травму, мы должны внимательно подумать: когда делать операцию и когда эвакуировать, и выбрать такой период, когда раненый и операцию, и эвакуацию перенесет лучше.



В отношении сроков эвакуации оперированных раненых в разные войны вопрос решался различно. Так, по старому требованию французских хирургов раненых оставляли на месте 1 — Р/г месяца, у нас (по инструкции) — 21 день. Лишь как исключение отдельных раненых разрешается отправлять раньше этого срока. При том срок эвакуации определяется в каждом отдельном случае с учетом вида транспорта, отдаленности фронтовой базы, оперативной обстановки, а главное — состояния раненого.

Мы с 1941 г. постоянно изучали морфологические изменения, возникающие в мозгу в различные периоды после травмы, и несколько схематически остановимся на некоторых изменениях, имеющих практическое значение при решении вопроса о сроках транспортировки раненых.

Опасность прорыва инфекции из раны мозга в субарахноидальное пространство свода падает по мере развития и укрепления грануляционного вала между оболочками свода и раной мозга. Вслед за первичным местным набуханием мозга в ране и последующим склеиванием оболочек фибрином, начиная с 3—4-го дня, среди волокон фибрина обнаруживаются молодые фибробласты и свободные мезенхимальные элементы. В течение 7—15 дней образуется соединительнотканый рубец. После этого наступает более надежная изоляция подбололочечного пространства.

Поздние оболочечные кровоизлияния и кровоизлияния из сосудов мозга возникают чаще в первую и вторую неделю. Это объясняется тем, что вследствие вовлечения в воспалительный процесс стенок сосудов, отличающихся от остальных тканей мозга большей стойкостью, для развития деструктивных изменений в них требуется некоторое время. Изменения идут путем септического размягчения тромбов путем вовлечения сосудистой стенки в воспалительный процесс со стороны очага воспаления в тканях мозга и оболочек, что также может окончиться прободением сосуда.

Далее, вторая и третья неделя являются наиболее опасными в смысле формирования ранних травматических абсцессов. Вновь образованная замкнутая полость, выполненная гноем, возникает на месте отдаленных очагов травматического энцефалита или в окружности мелких костных осколков, потерявших связь с общим раневым ходом. Вначале эти полости имеют очень расплывчатые контуры, вследствие постепенного стихания воспалительного процесса к периферии. Формирование же капсулы можно было подметить при макроскопическом и гистологическом изучении лишь после двух недель.

В конце второй и начале третьей недели происходит разрастание глиозной ткани вокруг раневого хода и этим достигается отграничение раневого энцефалита от остальной паренхимы мозга.

Таким образом, преждевременная эвакуация раненых из армейской базы, как это наблюдалось в начале описываемой боевой операции, даже при хорошем общем состоянии раненого наносит мозгу повторную травму в период, когда защитные механизмы еще не успели вступить в силу.

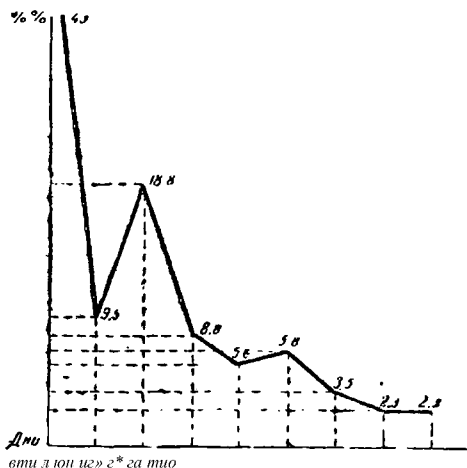


Рис. 3 Кривая смертности черепно-мозговых раненых после эвакуации

Точно так же на основании изучения секционного материала приходится возражать против поздних первичных оперативных вмешательств для иссечения раны. Иссечение уже бесполезно, так как инфекция успела перейти из местной в общую, а операция, произведенная в это время по принципу первичной обработки, вредит ране, так как нарушает и без того непрочную склонность воспалительного процесса к отграничению. Вмешательство должно не нарушать барьеры, а помочь формированию их.

**Ж**

**Кандидат мед. наук А. Н. ГОЛЬДМАН**

### **ИЗМЕНЕНИЕ СОСУДИСТОГО ТОНУСА ПРИ ВОЕННО-ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ**

Из неврологической клиники (зав. — доц. Б. В. Лихтерман) Центрального научно-исследовательского института физических методов лечения им. И. М. Сеченова (научный руководитель — заслуженный деятель науки проф. Е. А. Нильский, дир. института Ю. М. Эпштейн-Колонгай)

В клинической картине огнестрельных ранений периферических нервов значительное место занимают вазомоторные расстройства. Нарушение кровообращения в пораженной конечности в известной мере влияет на ход регенерации нервных волокон. Нарушения кровообращения и питания тканей сами по себе могут привести к ряду двигательных, чувствительных и трофических расстройств. Вопрос же о характере вазомоторных расстройств при различных синдромах травматических повреждений периферических нервов еще не вполне решен.

Клиника Института им. Сеченова в плане своих работ значительное место уделила изучению состояния периферического кровообращения при различных синдромах военно-травматических поражений периферической нервной системы.

Я изучал состояния и изменения сосудистого тонуса у 161 раненого с последствиями огнестрельных (пулевых и осколочных) повреждений периферических нервов конечностей. У 26 человек ранения были множественными.

Поражения плечевого сплетения и нервов верхних конечностей были обнаружены у 112 раненых (поражения правой верхней конечности — у 54, левой — у 58). Поражения пояснично-крестцового сплетения и нервов нижних конечностей были обнаружены у 78 раненых (поражения правой нижней конечности — у 85, левой — у 43). В половине случаев наблюдалось одновременное поражение двух-трех нервов, но в различной степени выраженное, причем полный анатомический перерыв нервов наблюдался лишь в двух случаях, в остальных было частичное повреждение нерва с полным или частичным физиологическим перерывом.

В соответствии с принятым в нашей клинике по предложению Б. В. Лихтермана разделением разнообразных симптомокомплексов, развивающихся в результате огнестрельных повреждений спинномозговых нервов, на основные синдромы, наблюдаемые нами раненые распределяются на следующие группы: 1) паралитический (паретический) синдром—24, 2) паралитически (паретически)-алгический синдром—41, 3) алгически-паралитический (паретический) синдром — 75 и 4) каузальный синдром — 21.

Наименование синдромов отражает не только степень и характер нарушения проводимости нервных волокон, но и соотношение наруше-

ний двигательной, чувствительной и вегетативно-трофической функции нерва.

1. Паралитический (паретический) синдром характеризуется нарушением двигательной функции нерва с явлениями вялого паралича или пареза соответствующих мышечных групп. Самопроизвольные боли отсутствуют. Паралич или парез может сочетаться с понижением или выпадением чувствительности, с нерезкой болезненностью ствола при давлении, преимущественно местными вегетативными расстройствами и с превалированием явлений выпадения.

2. Алгический синдром характеризуется нарушением чувствительной функции нерва, выражающимся интенсивными болями различного характера, расстройством чувствительности либо в виде гиперестезии и гиперпатии, либо в виде сочетания указанных расстройств с симптомами понижения или выпадения чувствительности. Явления истинного паралича или пареза отсутствуют. Характерны более или менее генерализованные расстройства с превалированием явлений раздражения.

3. Паралитически (паретически)-алгический синдром характеризуется сочетанием нарушений, свойственных как паралитическому, так и алгическому синдрому.

4. Алгически-паралитический (паретический) синдром характеризуется сочетанием нарушений, свойственных как алгическому, так и паралитическому синдрому, причем превалируют болевые явления и связанные с ними другие симптомы раздражения со стороны чувствительной и вегетативно-трофической сферы.

5. Каузалгический синдром: а) классическая каузалгия, где исходным пунктом процесса является поражение спинномозгового нерва; б) каузалгиеподобный синдром, где исходным пунктом процесса является поражение симпатических узлов, соединительнотканых ветвей или околососудистых сплетений. Выражены явления реперкуссии.

Следует отметить, что при анализе результатов проведенных исследований мы сопоставляли их не только с патологоанатомическими изменениями поврежденных нервов, однако уловить изменения сосудистого тонуса нам удалось более четко в зависимости от характера клинического синдрома.

Все исследования проводились у раненых в лежачем положении, причем учитывалась температура комнаты и другие условия, могущие повлиять на результаты исследования.

У всех раненых определяли осциллометрическую кривую кровяного давления осциллометром Пашона, измеряли кровяное давление по Рива-Роччи-Короткову. У 39 раненых сфигмографом Жаке записана кривая пульса.

Все исследования производились до начала лечения, в процессе лечения и перед окончанием курса лечения, причем исследовались как пораженная, так и здоровая конечности.

Раненые проходили подробное неврологическое и соматическое обследование. Кроме того, в большинстве случаев делалась рентгенография конечности.

Наши исследования показали следующее:

1. При паралитическом (паретическом) и паралитически (п а р е т и ч е с к и)-а л г и ч е с к о м синдромах осциллометрический индекс на пораженной конечности в 70% случаев был понижен, на одноименной здоровой конечности в 70% случаев был в пределах нормы и в 30% понижен. Разница осциллометрического индекса на пораженной и одноименной здоровой конечности достигала 0,5—3,0.

Среднее кровяное давление на пораженной конечности было в пределах нормы (80—100—ПО мм Hg). По отношению к одноименной здоровой конечности среднее кровяное давление на пораженной конечности

было повышенным (на 5—10 мм) в 40%, в остальных случаях — одинаковым на обеих конечностях.

Осцилляции на пораженной конечности, как правило, начинались позже, чем на одноименной здоровой и заканчивались раньше более крутым снижением размаха. В результате этого кривая кровяного давления получалась укороченной; амплитуда колебаний была уменьшена. Вершина кривой в 30% случаев представляла собой *plato*.

При измерении кровяного давления по Рива-Роччи-Короткову минимальное давление на пораженной конечности оказывалось в пределах нормы, а по сравнению с одноименной здоровой конечностью — слегка повышенным. Максимальное кровяное давление на пораженной конечности было в пределах нормы или слегка понижено, по сравнению с одноименной здоровой конечностью одинаково или слегка понижено (на 5—10 мм Н<sup>^</sup>).

На сфигмограмме восходящее колено было несколько более низким, дикротическая волна нерезко выражена. В нескольких случаях на пораженной конечности отмечалась более ярко очерченная дикротическая волна и более крутой наклон нисходящего колена.

При исследовании ряда раненых после согревания пораженных конечностей, когда цианотичная кожа розовела и наощупь конечность становилась теплее одноименной здоровой конечности, среднее кровяное давление на пораженной конечности понижалось и оказывалось на 5—10 мм ниже, чем на одноименной здоровой.

2. П р и а л г и ч е с к и - п а р а л и т и ч е с к о м ((паретическом) синдроме осциллометрический индекс на пораженной конечности, за исключением единичных случаев, оказывался пониженным. На одноименной здоровой конечности понижение осциллометрического индекса наблюдалось в 68% случаев.

Высота среднего кровяного давления на пораженной конечности достигала 90—100—120 мм Н<sub>c</sub> по сравнению с одноименной здоровой. Среднее давление было или слегка повышенным (на 5—10 мм), или одинаковым.

Осциллометрическая кривая оказывалась на пораженной конечности в большинстве случаев укороченной (несколько более, чем при паретическом синдроме). Вершина кривой в виде *plato* определялась в 48% случаев.

Минимальное кровяное давление, определяемое аускультативно, на пораженной конечности было выше, чем на одноименной здоровой конечности, на 5—15 мм Н<sup>^</sup>. Высота минимального давления находилась в пределах нормы или на ее высших границах. Максимальное кровяное давление на обеих конечностях было в пределах нормы.

На сфигмограмме отмечалось низкое восходящее колено и полого спускающееся нисходящее колено, вторичные волны были слабо выражены, дикротическая волна располагалась ближе к вершущке, чем к основанию волны.

■3. При каузалгическом синдроме исследования производились в период некоторого затихания острых болевых явлений. Осциллометрический индекс оказывался пониженным на пораженной конечности во всех случаях и в большинстве случаев на одноименной здоровой конечности, причем на пораженной конечности он был ниже в 57% и одинаковым на обеих конечностях в 34% случаев. В двух случаях в остром периоде наблюдалось увеличение осциллометрического индекса на пораженной конечности по сравнению со сниженным осциллометрическим индексом на одноименной здоровой.

Среднее кровяное давление оказалось повышенным как на пораженной, так и на одноименной здоровой конечностях на 20—30—40 мм (110—140 мм) в 79% случаев. По сравнению с одноименной здоровой конечностью среднее кровяное давление на пораженной было выше (на

5—10 мм) в 33%, одинаковым на обеих конечностях в 58% и «иже в 9% случаев.

Следует отметить, что в процессе наблюдений во всех случаях мы производили измерения на обеих верхних и нижних конечностях. Эти исследования показали, что повышение среднего кровяного давления обнаруживается не только в области пораженной и одноименной здоровой конечности, но (в меньшей степени) и на разноименных конечностях.

Осцилляции на пораженной конечности начинались позже и заканчивались раньше, чем на одноименной здоровой. Вершина кривой в виде  $p_{1a}^0$  наблюдалась в 39% случаев.

Минимальное кровяное давление, определяемое по Рива-Роччи-Короткову, на пораженной конечности, будучи в пределах нормы, оказывалось все же выше, чем на одноименной здоровой.

На сфигмограмме на пораженной верхней конечности отмечалось низкое восходящее колено и полого спускающееся нисходящее колено; вторичные волны слабо выражены.

В тех случаях, когда поражение сплетений или нервов сопровождалось ранением сосуда с последующей его перевязкой или сдавлением (в 12 случаях), наблюдавшиеся при различных синдромах изменения имели отличительные признаки. Понижение осциллометрического индекса при всех синдромах было весьма резко выражено (в 6 случаях ниже единицы). Среднее кровяное давление на пораженной конечности было понижено (70—80 мм Hg). В двух случаях при каузалгии -высота среднего кровяного давления на пораженной конечности была при низком осциллометрическом индексе (0,6—0,8) относительно довольно высокой (130—120—100 мм и на 10 мм ниже, чем на одноименной здоровой. Кривая пульса часто имела вид прямой линии.

Обобщая результаты наших исследований при всех синдромах, нужно отметить, что различный осциллометрический индекс на пораженной и одноименной здоровой конечностях наблюдался в 87% случаев. За исключением единичных случаев, осциллометрический индекс был понижен на стороне поражения. Изменение среднего кровяного давления на пораженной конечности по сравнению с одноименной здоровой наблюдалось в 41% случаев. Максимальное кровяное давление по Рива-Роччи-Короткову было чаще на низких границах нормы или слегка понижено (90—100 мм — 26%, 101 — 110 мм — 30%, 111 — 120 мм — 20%, 121 — 130 мм — 16%). Изменения максимального кровяного давления на пораженной конечности по сравнению с одноименной здоровой были нерезко выражены (на 5—10 мм), минимальное кровяное давление на пораженной конечности было выше в 68% (на 5—15—20 мм) и одинаковым с обеих сторон в 28% случаев.

Наши наблюдения указывают, что при травматических поражениях периферических нервов, обычно бывают изменения сосудистого тонуса и периферического кровообращения. Снижение осциллометрического индекса на пораженной конечности, повышение среднего кровяного давления, определяемого осциллометрически, и минимального кровяного давления, определяемого аускультативно, часто наблюдаемые на вершине кривой  $p_{1a}^0$ , изменения на сфигмограмме характеризуют спастическое состояние артерий и свидетельствуют о сужении калибра и уменьшении объема сосуда или пучка сосудов, подвергнувшихся исследованию.

При разных синдромах изменение нормального сосудистого тонуса было выражено неодинаково.

При паралитически-алгическом синдроме спастические явления слабо выражены, а при алгически-паралитическом и особенно при каузалгическом синдроме они выявлялись в более отчетливой форме.

Изменения сосудистого тонуса следует рассматривать как следствие нарушения вегетативной иннервации сосудов, несущей, как известно, не

только тонические, но и трофические импульсы, что сказывается на колебательных свойствах сосудистой стенки и ее эластичности.

В процессе лечения отмечалось изменение осциллометрического индекса, выразившееся в его росте, тенденции к нормализации среднего кровяного давления и осциллометрической кривой, однако не всегда быстро наступавшей, а в ряде случаев — также и в тенденции к выравниванию кривой пульса. Степень выраженности этих изменений зависела от исходного состояния, сопутствующих осложнений и эффективности лечения.

Суммируя полученные результаты, следует отметить, что использование указанных способов исследования сосудистой системы, при травмах периферических нервов весьма ценно, так как данные этих исследований позволят судить о тоне сосудов, степени нарушения кровообращения, помогут при выборе метода лечения и суждения о сдвигах в процессе лечения.

**Капитан мед. службы В. Н. ЛЕБЕДЕВ**

### **ЛЕЧЕНИЕ ЧЕСОТКИ РАСТВОРОМ ФЛЕМИНГА**

Из многих средств и методов лечения чесотки наиболее рациональным нужно признать тот, который дает быстрейший терапевтический эффект без побочных явлений и при том возможно более дешев и прост. Этим требованиям не удовлетворяет ни один из существующих до сих пор методов — они дороги и сложны. Наиболее доступен способ лечения жидкостью Флеминга. Пропись этой жидкости: 40 г гашеной извести, 80 г серы, 800 см<sup>3</sup> воды. Состав кипятят до- конгломерата 480,0 (официальный в некоторых иностранных фармакопеех популярный раствор применяется при болезнях кожи: оспе, фурункулезе и пр.). Во время кипения раствор необходимо часто помешивать.

Ход реакции:  $2\text{Ca}(\text{OH})_2 + 12\text{S} + \text{H}_2\text{O} = \text{CaS}_3 + \text{CaS}_2\text{O}_3 + 6\text{E} + 8\text{H}_2\text{O}$   
[-H 8O<sub>2</sub> -] - 8.

Ни в коем случае нельзя употреблять хлорную известь, так как образуется взрывчатая смесь.

После кипячения получается двухслойный раствор: нижний слой — порошкообразный осадок, цвета серной печени, верхний — жидкость малинового цвета. Жидкость применял для лечения чесотки в Англии Руэт, а в СССР — В. Н. Кузнецов.

Старый английский способ лечения чесотки жидкостью Флеминга — метод Руэа — заключается в следующем. Больной на протяжении 6 часов троекратно принимает ванну. После ванны с помощью кисти смазывают все пораженные участки кожи жидкостью Флеминга. В СССР Кузнецов применял жидкость Флеминга для лечения чесотки несколько иначе. Он брал 100 частей воды, одну часть гашеной извести и две части серы, а затем кипятил смесь до тех пор, пока не осталось шесть частей состава (из 103 частей, взятых первоначально). Затем больного сажали в теплую ванну и в течение получаса втирали в тело дегтярное мыло и еще полчаса оставляли в ванне. После ванны больной кусками шерстяной ткани в течение получаса (обязательно около горячей печки) натирал тело жидкостью Флеминга и опять на 30 минут садился в ванну. Все лечение длится 2 часа. Такую процедуру повторяют в течение 4—5 дней ежедневно, после чего через 1—2 дня назначается баня.

Однако и эти методы лечения сложны и дороги и потому не всегда доступны, особенно на фронте. Мы упростили способ лечения чесотки раствором Флеминга, сделали его более дешевым и более удобным.

Наш метод таков. Больных изолируют в скабиозорий части. У всех больных обрезают ногти как на верхних, так и на нижних конечностях и обмывают руки и ноги теплой водой. Раствор взбалтывают, и больной в течение 30 минут под контролем медработника натирает все тело от шеи до пят взболтанным раствором.

Больным мы разъясняли, что в этом натирании заключается весь смысл лечения и они должны натираться сами очень тщательно, помогая друг другу, когда нужно.

Такие натирания делали ежедневно 2—3—4 дня. Через 1—2 дня больному назначали баню, а одежду и постельные принадлежности сдавали в дезинсекцию. Через 10, 20 и 30 дней больной проходил контрольный врачебный осмотр.

Всего этим способом мы лечили и вылечили в частях МВО 14 536 человек. Из них только у 872 больных (6%) можно было констатировать вполне типичные хорошо выраженные чесоточные ходы, в остальных 94% случаев ставить диагноз приходилось на основании других клинических признаков чесотки.

Неосложненная чесотка была у 12 252 больных, осложненная пиодермией или экземой — у 2 284. Давность заболевания: до недели — у 4 253 человек, до двух недель — у 3 526, до трех недель — у 4 223, до месяца — у 2 304, больше месяца — у 2 827 человек.

В 63% случаев излечение наступало после второго натирания. Пиодермии и обычные чесоточные экземы излечивались после 3—4 сеансов.

Особенно хорошее влияние раствора Флеминга на осложненную чесотку объясняется действием катиона кальция, который входит в его состав. Кальциевые препараты обладают противовоспалительным свойством. Более или менее отчетливо выраженных дерматитов у наших больных не было.

Все больные переносили лечение легко. Побочных явлений не наблюдалось, раздражения почек также.

Для излечения одного больного достаточно 20 г гашеной извести, 40 г серы, 400 см<sup>3</sup> воды (получается около 250 см<sup>3</sup> раствора). Стоимость раствора, необходимого для лечения одного человека, — 3 копейки.

Готовить раствор необходимо вне помещения, так как выделяются сероводород и сернистый газ. Раствор можно приготовить и в запас, но хранить его следует в стеклянной посуде с плотно притертой пробкой.



Полковник мед. службы В. В. СКВОРЦОВ

## **ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОГО КОНТРОЛЯ ЗА ПИТАНИЕМ ВОЙСК**

Медицинский контроль за питанием войск в той или иной мере проводят все звенья медицинской службы. Однако на практике как значение медицинского контроля, так в особенности его сущность трактуются по-разному. Часто медицинский контроль за питанием войск ограничивают только санитарным надзором за хранением и транспортировкой продуктов, приготовлением пищи, состоянием пищевых блоков и т. п., причем медицинский контроль оторван от изучения физического состояния, физической нагрузки и условий быта войск. При этом совсем забывается, что между питанием, физической нагрузкой, а также заболеваемостью существует неразрывная связь.

Сейчас мы имеем все данные для того, чтобы подойти к разрешению этого вопроса с позиций медицинской науки и вложить в понятие медицинского контроля содержание, отвечающее ее требованиям.

'Медицинский контроль за питанием войск должен рассматриваться как система мероприятий. Питание войск необходимо организовать так, чтобы предупредить развитие алиментарных заболеваний и обеспечить высокую боеспособность частей. Это можно осуществить только при том условии, если научно-медицинский контроль за питанием будет строиться на глубоком и систематическом изучении качества питания войск, на учете энергетических затрат личного состава частей и кораблей в связи с его учебной и боевой нагрузкой, временем года, климатическими условиями, влиянием специфических факторов, присущих тому или другому роду войск.

Правильный медицинский контроль за питанием должен обеспечить получение каждым бойцом и офицером такого количества энергетического материала — пищи, которое строго соответствует энергетическим затратам; обеспечить физиологически необходимое сочетание в пище белков, жиров, углеводов и минеральных солей, а также достаточную **в** и та мин но сть.

При этом надо помнить, что в войска ежедневно вливаются пополнения из молодых людей, физическое формирование которых еще не закончено.

Таким образом, основное содержание медицинского контроля за организацией питания заключается в систематическом наблюдении и изучении режима питания, полноценности питания и физического состояния личного состава.

Организатором и проводником медицинского контроля за питанием **в** частях является врач. Врач должен хорошо знать принципы организации рационального питания человека, а следовательно, состав и свойство пищевых продуктов, нормы суточного довольствия военнослужащих, правила замены одних продуктов другими, а также методы учета энергетических затрат. Чтобы правильно организовать медицинский контроль за питанием, нужна специальная подготовка. Такую подготовку врач может получить в порядке офицерской учебы. Для руководства учебными занятиями следует привлечь штатных специалистов (в том числе и гражданских), имеющих знания и опыт в этой области. Особенное внимание при этом нужно уделить изучению методов медицинского контроля за' физической нагрузкой и соответствием питания затратам энергии при ежедневной учебной или боевой подготовке личного состава, с учетом климатических условий, времени года и рода войск.

В порядке медицинского контроля за питанием врач части должен участвовать в разработке режима питания личного состава (определяя число дач пищи, количество блюд, их калорийность, график раздачи пищи) и в составлении меню-раскладок. Врач обязан также требовать строгого выполнения правил кулинарной обработки, обеспечивающих сохранение в пище витаминов. Кроме того, нужно постоянно следить также путем лабораторного контроля за полноценностью пищи и соответствием ее меню-раскладке. Большое значение приобретает также вопрос о витаминизации личного состава промышленными витаминными препаратами или путем использования дикорастущих витаминоносителей в тех случаях, когда обнаруживается дефицит витаминов в пище. Для проверки правильности организации и полноценности питания нужно систематически изучать результаты ежемесячных медицинских осмотров личного состава или производить выборочные освидетельствования отдельных подразделений.

В задачу медицинского контроля за питанием включается также санитарно-гигиеническая оценка пищевых продуктов, поступающих на довольствие войск, проверка условий их хранения, приготовления и потребления. Таким образом, санитарно-гигиенический надзор, являющийся частью медицинского контроля за питанием войск, также должен находиться в поле зрения медицинской службы.



К проведению санитарного надзора можно привлекать фельдшеров и санитарных инструкторов. Для этого их необходимо подробно познакомить с существующими санитарными правилами, инструкциями и нормами по вопросам питания, дать отчетливое представление о важнейших этапах производства, условиях хранения и транспортировки продуктов, правилах кулинарной обработки пищи, оценки и бракеража ее. Фельдшеры и санитарные инструкторы, осуществляющие санитарный надзор, должны хорошо разбираться в вопросах профилактики авитаминозов, профилактики пищевых токсикоинфекций и других инфекционных заболеваний, передаваемых через пищу. Они должны систематически следить за тем, чтобы все работники пищевых блоков и дежурный персонал строго выполняли правила личной гигиены, повышали свою гигиеническую грамотность, во-время проходили текущий медицинский осмотр.

Нет надобности перечислять все вопросы, относящиеся к санитарному надзору за питанием. Следует лишь подчеркнуть, что главная роль в организации санитарного надзора за питанием должна принадлежать врачам.

# **ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ**

**В. А. СТЕФАДУ и В. В. ВИНОГРАДОВ**

## **ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ АРМЕЙСКИХ СТАНЦИЙ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ**

Из Центрального ордена Ленина института гематологии и переливания крови АМН СССР (дир. — член-корреспондент Академии медицинских наук СССР. проф. А. А. Багдасаров)

Центральный ордена Ленина институт гематологии и переливания крови (ЦОЛИПК) еще до войны развернул мощную сеть институтов, станций и кабинетов переливания крови, превратившихся во время 1войны в основные центры, обеспечивавшие лечебные учреждения (Красной Армии консервированной кровью. - Удаление линии фронта от этих основных баз потребовало приближения станций переливания крови к фронту. Наряду с организованными ЦОЛИПК передвижными станциями в прифронтовых районах в 1944 г. институт приступил к организации армейских станций переливания крови на 3-м Белорусском фронте. Задача этих станций заключалась в том, чтобы ликвидировать перебои в снабжении кровью отдельных участков фронта или отдельных групп лечебных учреждений. Обычно эти перебои вызывались тактической обстановкой, маневренным характером войны, большим размахом боевых операций, а также трудностями доставки крови из тыла при отсутствии дорог и при нелетной погоде.

Организация армейских станций переливания крови (АСПК) оказалась делом весьма трудным. Трудности были связаны с необходимостью тщательно выполнять все правила заготовки крови, без малейших скидок на военно-полевые условия, с большой мобильностью АСПК и сложностью комплектования кадров доноров в армейском районе.

Нам удалось преодолеть все эти трудности. Станции были созданы. Мы поделимся опытом работы двух армейских станций 3-го Белорусского фронта мощностью в 10—15 л. Станции были организованы в 1944 г. по поручению консультанта Белорусского фронта проф. А. А. Багдасарова. Работу наших станций можно разделить на два периода — период организации и налаживания и период работы с полной нагрузкой.

В первый период фронт был относительно стабилизирован, армии находились в Литве и Польше. Станции развертывались во втором эшелоне армии на базе госпиталей. В качестве основного резерва доноров использовался личный состав запасных полков, госпиталей и т. д. При выборе здания для станции основным критерием было достаточное количество помещений (как минимум 10—12 комнат), возможность наведения «хирургической чистоты» и близость источника хорошей воды. Обе станции мы развертывали в непригодных помещениях. Одна располагалась в двух одноэтажных домах небольшого польского городка, другая — на хуторе в двух деревянных домах. Основным принципом распределения рабочих комнат было: полная изоляция операционного блока, создание конвейерной системы в обработке аппаратуры, а также возможности последовательного прохождения доноров через кабинеты станции. Подсобные помещения (столовая, кухня, склады и пр.) размещались в сараях и блиндажах. Перед началом работы стены в комнатах и потолки были выбелены клеевой краской и обиты простынями.

Как мы убедились, для станции мощностью в 10—15 л крови необходимы 18—20 работников: 3 врача, 4 медсестры, 2 лаборанта и 10 санитаров. Персонал наших станций, включая и врачей, на заготовке крови до сих пор никогда не работал, поэтому пришлось в отделениях станции организовать индивидуальное обучение каждого сотрудника. Вся работа отделений, монтаж и заготовка аппаратуры, работа операционной были построены по методике, принятой в ЦОЛИПК.

Заключительным этапом организационного периода, продолжавшегося около 27 недель, была апробация первых ампул заготовленной крови. Всю кровь, заготавливаемую в первые 5 дней, отправляли на бактериологический контроль в СЭО армии. ОКровь оказалась стерильной и была апробирована в одном из госпиталей. Бактериологическому контролю подвергался также весь стерилизованный материал.

'Массовая заготовка крови началась вместе с комплектованием кадров доноров. В числе наших доноров были бойцы и офицеры запасных полков, частей связи и других тыловых частей, работники госпиталей, банно-прачечных отрядов и др. В общем недостатка в донорах мы не испытывали'— сказала высокий патриотизм бойцов и офицеров. Этому также способствовала массовая работа, которую проводил персонал станции и политотдел армии. Доноров из частей, находившихся вдали от станции, привозили и отвозили на автомашинах. Обследование доноров производилось, согласно инструкции ЦОЛИПК, в день взятия крови. Ввиду невозможности производить реакцию Вассермана, мы пользовались осадочными реакциями Кана и Закс-Витебского. Компенсация доноров производилась по правилам, установленным приказами НКО.

Кровь заготавливали на 5% растворе цитрата, брали ее, как правило, в ампулы. Основными принципами в заготовке крови были: 1) конвейерность и преемственность в подготовке аппаратуры, 2) полная герметизация систем во время их монтажа, 3) надежная работа автоклава, постоянно контролируемая химическими пробами и посевами, 4) строгое соблюдение в операционной бактериологической асептики и замкнутости систем для взятия крови. Для приготовления растворов мы пользовались водой, перегнанной через два металлических куба. Раствор цитрата разливали в ампулы для стерилизации. В моечных, в связи с отсутствием водопровода, были устроены баки с отводящими 'кранами для мойки ампул. Заготовленную кровь задерживали на станции не более чем на два дня и отправляли в ОПК армии.

Как уже говорилось, армейские станции были новыми учреждениями в системе армии, большинство врачей не были знакомы с заготовкой крови и не представляли себе всей сложности и трудности работы станции, ее объема, необходимости строгой бактериологической асептики и пр. Поэтому пришлось прежде всего знакомить врачей с работой Станции, ее требованиями и необходимыми условиями для работы. Сильно затрудняло работу также то, что станция не имела своего хозяйства, работников не хватало и они часто менялись, не было постоянного транспорта.

В период обороны (до первых чисел января 1945 г.), а также подготовки к наступлению в Восточную Пруссию одна из станций особенно широко развернула свою работу. Станция занимала хорошее двухэтажное здание. Штаты пополнились. За 3 месяца работы станция заготовила более 500 л крови и, кроме того, ежедневно выпускала до 10 л глюкозо-спиртового раствора.

Начало наступательных операций Красной Армии вглубь Восточной Пруссии поставило перед АСПК новые задачи. Возникла необходимость быстрого свертывания и развертывания станции на новом месте дислокации. Для свертывания станции требовалось 12—14 часов. Свертывание и погрузка производились по отделениям. Обычно для переезда достаточно было четырех машин. Для развертывания работы на новом месте

требовалось не менее двух дней. Основной трудностью работы АСПК в условиях стремительного наступления в Восточную Пруссию была проблема донорских кадров. Эта проблема настолько сложна, что уместно поставить вопрос, целесообразна ли работа станции в период наступления. Пожалуй, лучше будет на время, наступления ограничивать деятельность станции заготовкой кровезаменителей или оставлять ее в тылу для снабжения кровью тыловых госпиталей.

В заключение следует сказать, что вновь организованные АСПК вполне оправдали свое назначение в период обороны и подготовки к наступательным операциям. Они оказали существенную помощь лечебным учреждениям армии, так как находились в ее системе и ее расположении. Регулировали их деятельность армейские хирурги. Кровь поступала в лечебные учреждения в первые дни после заготовления АСПК. За 4 месяца работы две станции заготовили около полутора тонн крови. Брак крови (около 2%) в основном падал на сгустки в ампулах, бактериологический рост наблюдался только в единичных ампулах. Лечебные учреждения армии, пользовавшиеся кровью, заготовленной АСПК, не отмечали у раненых никаких тяжелых реакций и никаких осложнений.

#### Выводы

1. Современная война требует организации баз заготовки крови в системе армии на случай перебоев в снабжении кровью из центра.
2. Опыт нашей работы показывает, что трудности работы АСПК в военно-полевых условиях можно преодолеть.
3. Метод массовой заготовки крови, принятый в ЦОЛИПК и примененный в нашей работе на АСПК, обеспечивает и в военно-полевых условиях стерильность и высокое качество продукции.
4. Бесперебойная работа АСПК требует выделения станции в самостоятельную административно-хозяйственную единицу с постоянными штатами и собственным транспортом.
5. Работа АСПК в период наступательных операций несколько ограничивается в связи с трудностями комплектования кадров доноров.



Подполковник мед. службы М. А. ЦУКЕРМАН

#### ЕЩЕ РАЗ О СОРТИРОВКЕ РАНЕНЫХ

Значение сортировки раненых в общей системе помощи им определил еще Н. И. Пирогов: «хорошо организованная сортировка... есть главное средство к предупреждению беспомощности и неурядицы...». Н. Н. Еланский пишет: «...без четко налаженной сортировки наступает невероятная путаница, близкая к катастрофе, и вся хирургическая помощь сводится, как правило, к нулю».

Действительно, всякий участвовавший в войне врач может оценить все значение и ценность правильной сортировки раненых. К сожалению, нужно признать, что в период Великой отечественной войны самым слабым местом в работе МСБ и ППГ были именно сортировочные отделения. Пришлось затратить очень много сил и времени, чтобы добиться перелома в работе этих отделений. Такое положение в известной мере объясняется тем, что в программах подготовки врачей в курсе военно-полевой хирургии вопросам сортировки уделяется мало учебных часов. В некоторых учебниках по военно-полевой хирургии сортировке ране-

рых посвящено буквально несколько строк. Можно утверждать, что значительное большинство врачей начинало войну с весьма смутными представлениями о порядке работы и организации сортировки на различных этапах эвакуации.

Поэтому мы хотим поделиться своим опытом, тем более что наша система сортировки была одобрена рядом главных хирургов фронтов (Попов, Зворыкин).

Несколько слов о емкости помещений для сортировки. В тесном помещении сортировать раненых нельзя. Обычно мы рекомендовали сортировочные отделения располагать так, чтобы они могли принять одновременно одну треть всех раненых, поступающих за сутки в лечебное учреждение.

Раненые и больные в сортировочном отделении должны найти теплое помещение, теплое питье, теплое слово. Под этим следует понимать, что всякого поступающего в лечебное учреждение раньше всего необходимо согреть, накормить, напоить, успокоить.

В сортировке обычно принята цветная марочная система. Она, однако, не удовлетворяла нас полностью и в ходе войны подвергалась различным изменениям. Некоторые МСБ размещали раненых в сортировочном отделении не по срочности оказания помощи, а по... локализации (!) ранений. Мы такую систему категорически запретили.

Кое-где применяют печатно-фигурные марки вместо цветных. При этом указывают, что печатно-фигурные марки позволяют сортировать в темноте. Вряд ли нужно доказывать несостоятельность подобных утверждений. В темноте и фигурные марки не спасут от неприятных казусов.

Кстати, заметим, что хорошее освещение в сортировочных отделениях не менее важно, чем освещение операционного блока, и на это мы постоянно указывали командирам МСБ и начальникам ППГ.

Вследствие недостаточной подготовки врачей в мирное время по вопросам сортировки, в начале войны много времени было потрачено на налаживание и обучение работе в сортировочных отделениях. Марками пользовались очень неохотно, предпочитали сортировку «на память». Даже при пользовании марочной системой носилочных раненых располагали в сортировочном отделении подряд, по мере их поступления, независимо от того, какая марка присваивается поступившему. Поэтому очень скоро в сортировочном отделении порядок нарушался, очередность в подаче раненых для хирургического вмешательства не соблюдалась.

По мере накопления опыта мы задались целью установить такую систему сортировки раненых, которая обеспечивала бы прежде всего своевременную подачу хирургической помощи.

Система должна быть простой и доступной для среднего медицинского работника, чтобы отсутствие врача не нарушало работы отделения.

Всем этим условиям отвечает сортировка раненых по инструкции П. А. Куприянова «О распределении ранений по степени срочности» (см. учебник Банайтиса и Куприянова). Как известно, эта инструкция делит всех раненых на три категории: экстренной срочности (вне всякой очереди), первой срочности и второй срочности. Соответственно этому мы помещение сортировочного отделения или ряд небольших помещений (например, сельских изб) делили также на три категории. Эти помещения отмечались ясными надписями: «экстренная срочность», «первая срочность», «вторая срочность»\*.

В сортировочной, как обязательная часть инвентаря отделения, постоянно находилась таблица П. А. Куприянова, четко написанная или напечатанная, в рамке под стеклом. Эту таблицу мы несколько видоиз-

меняли и детализировали. Так, например, «подозрительных на анаэробную инфекцию» перенесли в раздел «экстренной срочности», ранения бедра и голени с повреждением костей были перенесены в раздел «первой срочности» и т. п.

Установив путем обычного осмотра состояние раненого, врач, пользуясь таблицей, определял, к какой категории отнести данного раненого, и направлял его в нужный отсек помещения. Кроме того, раненый получал еще и обычную цветную марку, а раненые экстренной срочности — красную повязку на рукав. Таким образом, не марка определяла степень срочности оказания помощи, а помещение раненого в соответствующий отсек экстренной, первой или второй срочности. Однако марки мы сохранили, так как они, с одной стороны, помогали уточнить степень срочности оперативного вмешательства, а с другой — указывали, где должно быть произведено оперативное вмешательство (операционная, перевязочная).

Персонал сортировочного отделения, даже младший, очень скоро усвоил положение, что пока в отсеке «экстренной срочности» есть хотя бы один раненый, нельзя подавать в операционно-перевязочный блок раненых из других отсеков.

Тщательное выполнение этой простой и прекрасной системы в МСБ и ППГ первой и второй линии содействовало быстрому наведению должного порядка в работе всего учреждения.

Вначале эту методику приходилось внедрять очень настойчивым административным давлением, причем мы требовали, чтобы все элементы техники сортировки выполнялись пунктуально (разделение помещения на отсеки, таблица, марки, красные повязки, пикетаж и т. д.), а затем, когда персонал отделения убеждался в пользе и простоте описанной системы, она прочно входила в обиход учреждения.

•Когда в состав армии вливались новые соединения, мы отсылали командиров приемно-сортировочных отделений в наши старые МСБ и они на Практике знакомились с новой организацией сортировочной работы.

Для выработки навыков и автоматизма мы требовали, чтобы такая система сортировки применялась постоянно, независимо от количества поступающих раненых. Это тренировало персонал и приучало к определенному порядку. Тогда и при больших потоках соблюдался изложенный принцип и сортировка достигала цели.

Приятно было в период боевых операций наблюдать спокойный и уверенный темп в работе как сортировочных отделений, так и операционных блоков. Командир сортировочного отделения всегда точно знал, сколько раненых и какой категории находится в отделении. Инспектирующему достаточно было беглого осмотра сортировки, чтобы ориентироваться в постановке хирургической помощи раненым в данном лечебном учреждении.

Приходится только удивляться, почему такой удобный и лучший из имеющихся методов сортировки, описанный в популярном руководстве по военно-полевой хирургии, в Великую отечественную войну не нашел достаточно широкого применения.



# **ВОПРОСЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК**

Майор мед. службы. С. Е. ШАПИРО

## **ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ В ПОЛЕВОМ ИНФЕКЦИОННОМ ГОСПИТАЛЕ**

Одним из основных принципов военной эпидемиологии в период Великой отечественной войны являлась своевременная изоляция и лечение инфекционных больных в армейских инфекционных госпиталях, без дальнейшей эвакуации их в тыл. Армейский полевой инфекционный госпиталь — заключительный этап эвакуации инфекционных больных — должен был стать надежным барьером против дальнейшего распространения инфекции. Эти противоэпидемические барьерные функции армейский инфекционный госпиталь мог осуществить только при надлежащем эпидемиологическом режиме в нем.

От эпидемиологического режима зависела профилактика внутригоспитальных заражений, предохранение личного состава госпиталя от инфицирования и предотвращение распространения инфекции среди окружающего населения.

На военном пути от Москвы до Берлина и Чехословакии, мы встречались с многими трудностями и неожиданностями.

Основной трудностью явилось отсутствие у многих врачей опыта работы в военно-полевых условиях, недостаточная теоретическая и практическая подготовка среднего персонала в области инфекционных болезней и, наконец, неподготовленность санитаров и текучесть их состава. Кроме того, мы постоянно испытывали недостаток в помещениях для размещения госпиталя и не имели нужного количества палаток.

Отмеченные трудности можно было преодолеть только настойчивой, упорной, повседневной учебой и воспитанием всего медицинского состава, начиная от врачей и кончая санитарями.

В обеспечении эпидемиологического режима в полевом инфекционном госпитале особое значение имеет выбор места дислокации. При этом следует учесть, что большие населенные пункты в ближних тылах обычно бывают заняты воинскими частями и учреждениями, поэтому эпидемиологически целесообразнее размещать инфекционные госпитали в небольших деревнях и хуторах, а в населенных пунктах городского типа — в пригородах и на окраинах. Это позволяет лучше изолировать больных от окружающего населения и облегчает приведение территории госпиталя в надлежащее санитарное состояние. Летом удобнее размещать госпитали в лесу или в роще.

Для инфекционных госпиталей наиболее пригодны здания школ, больниц, детских яслей, детских садов, домов отдыха, санаториев, имеющие обычно несколько ходов и устроенные по коридорной системе. Однако такие помещения мы находили редко. Чаще всего в деревнях использовали крестьянские избы, а в городах — группы маленьких домиков, которые нередко дополняли палатками и землянками. Это позволяло содержать больных небольшими группами, в зависимости от рода инфекции.

Территория госпиталя разделялась на три строго очерченные и не смешивающиеся между собой зоны.

Первая зона, с отдельными подъездными путями, отводилась для размещения медицинских подразделений (приемно-сортировочное отделение с санпропускником, изоляторы, госпитальные палаты), дезагрегата, выпускника и лаборатории.

Вторая зона, с собственными подъездными путями, предназначалась для канцелярии госпиталя, пищеблока, складов, аптеки.

В третьей зоне располагались жилища личного состава и хозяйственные подразделения.

Зоны отделялись друг от друга вехами и оградами с соответствующими надписями. Доступ в первую зону медицинских подразделений разрешался только персоналу, непосредственно занятому обслуживанием больных.

Такая система позволяла последовательно осуществлять режим изоляции больных, не допуская контакта их с посторонними лицами, хотя бы и из среды личного состава госпиталя.

Не менее важное значение в эпидемиологическом режиме имела правильная организация приема, последующего распределения и содержания поступающих больных.

Весь поток прибывавших в госпиталь больных проходил через приемно-сортировочное отделение.

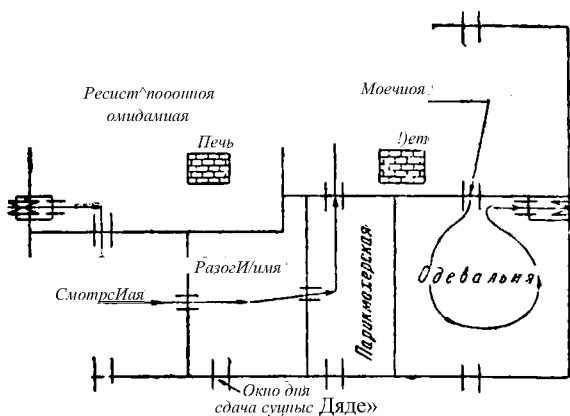


Схема приемно-сортировочного отделения с санпропускником в палатке ДМП

Это отделение с санитарным блоком всегда устраивалось по пропускному типу и, как видно из приложенной схемы, состояло из следующих помещений: ожидальни—регистрационной, смотрового кабинета, раздевальни (со специальным окном для сдачи грязного обмундирования в дезкамеру), парикмахерской, моечной и одевальни, через которые последовательно проходили больные во время приема (движение больных на схеме показано стрелкой).

Там, где позволяли условия, мы устраивали приемные покои с расчетом на изолированный прием больных с различными инфекциями.

При необходимости пропуска всех поступающих больных одним потоком мы по возможности избегали одновременного приема больных с различными инфекциями, что достигалось планированием их поступления в течение дня, при помощи системы «эвакуации «а себя», по предварительным заявкам частей и лечебных учреждений. Во всех помещениях приемно-сортировочного отделения и санпропускника имелись отдельные примитивные боксированные скамьи и лежанки, фиксированные для трех наиболее часто встречающихся инфекций (паразитарные тифы, брюшной тиф и паратиф, больные с поносом). Помещение санпропускника и все его оборудование подвергались тщательной влажной дезинфекции после каждого больного. Банные воды после хлорирования отводились из моечной по канализационной трубе в поглощающий колодец.

Уделялось большое внимание тщательной санобработке поступающих больных и правильному размещению их по типовым изоляторам и отдельным инфекционным палатам, так как малейшая погрешность в этой работе могла стать причиной внутригоспитальных инфекций.



(Каждого больного, поступающего в госпиталь, тщательно обследовал дежурный врач, который и решал, в какой изолятор или палату поместить больного.

Особенности клинического течения ряда инфекционных болезней (наличие атипичных, стертых и амбулаторных форм), равно как отсутствие в начальном периоде многих инфекционных заболеваний типичных симптомов, требовали обсервации значительного большинства прибывающих больных (60—75%) в специальных палатах-изоляторах до установления окончательного диагноза.

Количество необходимых изоляторов по отдельным видам инфекций зависит от эпидемиологической конъюнктуры в обслуживаемом районе..

Обычно требовалось иметь не менее двух изоляционно-разборочных палат. Одна служила для больных с поносами, другая была рассчитана для обсервации лихорадящих больных, подозрительных по тифозно-паратифозной группе, паразитарным тифам, туляремии и бруцеллезу.

В изоляторах соблюдался режим индивидуальной изоляции примитивными матерчатými боксами, причем каждый бокс снабжался отдельными предметами ухода и посудой.

Изолятор для лихорадящих больных желательно разделить (это легче сделать в госпитальных палатах) на две или еще лучше на три не сообщающихся между собой помещения для полного разобщения больных, подозрительных по брюшному тифу и паратифам, от подозрительных на паразитарные тифы. Отдельно должны содержаться больные, подозрительные на капельные инфекции.

Каждую группу больных, в зависимости от рода инфекции, мы изолировали в отдельном помещении (палате, землянке, избе, изолированной части здания с отдельным выходом). Окружающая территория была огорожена и имела четкие надписи, что препятствовало взаимному контакту разнородных больных и реконвалесцентов. Каждая палата имела совершенно отдельный младший обслуживающий персонал, отдельные посуду и предметы ухода, а также отдельную уборную.

Практиковавшаяся в терапевтических госпиталях система размещения больных на двухъярусных четырехместных полках вагонного типа или на нарах неприемлема для инфекционных больных; они при всех условиях должны располагаться на индивидуальных койках или деревянных топчанах и носилках с интервалом между ними не менее 35—50 см.

При размещении больных в палатах типа ДМП и ПМП необходимо заменить быстро загрязняющиеся и легко инфицирующиеся закрывающие выходы занавесы-полотнища деревянными дверями, которые легко дезинфицируются.

Во всех палатах соблюдался единый «универсальный» эпидемиологический режим. Так, в отделении для больных паразитарными тифами, наряду со строгим противопаразитарным режимом, одновременно проводились все меры профилактики, принятые при кишечных заболеваниях, и, наоборот специфический режим в дизентерийных и брюшно-паратифозных палатах сочетался с противопаразитарными мерами.

В палатах для больных капельными инфекциями режим дополнялся соответствующими мерами.

Такая система приучала персонал строго соблюдать эпидемиологический режим и позволяла быстро переключать людей с обслуживания больных одной инфекции на обслуживание других заразных больных.

Количество имевшихся в госпитале уборных, план их размещения, их устройство и удобство пользования ими имели в эпидемиологическом режиме далеко не последнее значение, особенно если учесть, что % наших больных относились к кишечной группе инфекций. Поэтому оборудование госпиталя уборными мы считали первоочередной работой и проводили ее одновременно с развертыванием медицинских подразделений.

Уборная поглощающего типа является, по нашему опыту, единственным приемлемым типом для полевого инфекционного госпиталя. Роз глубиной в 0,7—0,8 м плотно, без щелей, покрывался досками. Прорезанное в настиле очко закрывалось крышкой, которая легко поднималась ногой. Над уборной устраивали будку из досок, жердей, веток или другого подручного материала.

От палат к уборным проводились специальные огороженные перилами дорожки, помогавшие находить уборные ночью во время затемнения и ограничивавшие возможность загрязнения окружающей почвы. Уборные дважды в день обильно хлорировали с таким расчетом, чтобы резкий запах хлора отпугивал мух. Одновременно хлорировали и дорожку, соединявшую палату с уборной.

При расположении госпиталя в лесу или в поле, вдали от населенного пункта, для борьбы с мухами достаточно опрятного содержания территории госпиталя. Значительно труднее бороться с мухами при размещении в населенных пунктах.

В результате хозяйничания немецких оккупантов населенные пункты были чрезвычайно загрязнены. В селах и деревнях на каждом дворе скопилось огромное количество навоза, служившего местом выплода Мух. В связи с этим при необходимости разместить госпиталь летом в населенном пункте лучше использовать небольшие деревни.

В тех случаях, когда очистить дворы от навоза было невозможно, мы прибегали к периодическому, через каждые 2—3 дня, заливанию навозных куч обильными количествами раствора неочищенной карболовой кислоты или хлорной извести. Это обычно давало вполне удовлетворительные результаты.

Сочетание санитарной очистки территории, обеспложивания навозных куч со всем комплексом противомушиных мер в палатах (засетчивание окон и дверей, применение липучек, мухоловок, формалина и особенно пиретрума) почти полностью избавляет госпиталь от мух.

Большое значение имело устройство быта персонала госпиталя, непосредственно занятого обслуживанием больных, например, выделение для сестер и санитаров возможно лучших помещений с индивидуальными койками или топчанами с постельными принадлежностями, устройство специальных столовых, регулярная санобработка не реже одного раза в неделю и т. д. Сугубое внимание уделялось воспитанию у младшего и среднего медперсонала чувства ответственности за свое здоровье и здоровье подчиненных.

Суммируя наш четырехлетний опыт работы в полевом инфекционном госпитале армейского района, можно прийти к выводу, что эффективность эпидемиологического обеспечения инфекционных больных в военно-полевых условиях определяется следующими моментами:

1. Рациональным выбором места расположения и правильным обустройством территории госпиталя.
2. Четкой организацией приема и санобработки поступающих больных, их внутригоспитального распределения и строгим содержанием по роду болезни в течение всего времени пребывания в госпитале.
3. Высокой санитарно-эпидемиологической культурой всех работников, обслуживающих больного, без каких-либо скидок на полевые условия.
4. Непрерывной учебой и воспитанием твердых эпидемиологических навыков у всего личного состава, занятого обслуживанием больных.



# **ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВВС**

**Майор мед. службы М. П. ТУМАНОВ**

## **ОКАЗАНИЕ САМОПОМОЩИ И ВЗАИМОПОМОЩИ НА САМОЛЕТЕ Пе-2 ПРИ РАНЕНИЯХ В ВОЗДУХЕ**

В частях Ы-ского авиационного корпуса были проведены практические занятия для обучения летного состава оказанию самопомощи и взаимопомощи при ранениях во время полета на самолете типа Петляков-2 (Пе-2).

На Пе-2 штурман и стрелок-радист при ранении могут оказать себе первую помощь сами. При ранениях летчика ему может сделать перевязку штурман. На практических занятиях летный состав обучался наложению давящих асептических повязок, импровизированных жгутов и прижатию сосудов при артериальных кровотечениях.

Эта работа дала хорошие результаты. Количество случаев, когда экипаж при ранениях оказывал себе самопомощь и взаимопомощь, быстро возросло. Если принять все боевые ранения, когда самопомощь или взаимопомощь была нужна и возможна в воздухе, за 100%, то фактически она была оказана в 70% случаев; в 25% случаев члены экипажа были заняты боевой работой и поэтому не оказывали нужной само- и взаимопомощи и только в 5% случаев самопомощь и взаимопомощь не была оказана из-за растерянности и неумения.

Приведу несколько примеров боевых ранений в воздухе и оказанной при этом само- или взаимопомощи.

27 января 1943 г. при выполнении боевого задания самолет Пе-2, ведомый летчиком Леонтьевым, был атакован истребителями противника. Летчик получил пулевое касательное ранение мягких тканей левой надбровной области. Кровь заливала глаза и слепила летчика. Штурман Гостьев наложил раненому давящую асептическую повязку своим перевязочным пакетом. Это спасло не только поврежденный самолет, но и, возможно, жизнь всех членов экипажа.

1 августа 1943 г. при выполнении боевого задания командир эскадрильи майор Хохолин был ранен осколком зенитного снаряда в левый голеностопный сустав с повреждением костей. Чувствуя, что в сапог изливается большое количество крови, он сообщил об этом штурману. Штурман Клименко наложил раненому жгут на нижнюю треть бедра, используя ремень от планшета. Майор Хохолин благополучно привел самолет на свой аэродром.

7 июля 1943 г., возвращаясь с боевого задания, самолет летчика Ровенского был подбит снарядом зенитной артиллерии противника. Летчик получил множественные осколочные ранения мягких тканей черепа без повреждения костей. Штурман Буджерок сделал летчику перевязку. Ровенский удовлетворительно справился с вынужденной посадкой подбитого самолета на своей территории.

17 июля 1943 г. при возвращении с боевого задания самолет Альметова был подбит истребителями противника. Штурман Васильченко был ранен в левую стопу осколком пушечного снаряда. Чувствуя сильное кровотечение, он наложил себе жгут на нижнюю треть бедра, используя ремень от планшета, затем, сняв сапог, наложил повязку на стопу.

Стрелок-радист Тихонов получил в полете осколочное ранение мягких тканей нижней трети правого бедра. Чувствуя, что теряет много крови, Тихонов наложил себе жгут, а затем давящую повязку поверх одежды. В качестве жгута был использован поясной ремень.

Таких примеров можно привести много.

Анализируя имеющийся опыт по оказанию самопомощи и взаимопомощи при ранениях в воздухе (в кабинах самолета Пе-2), мы рекомендуем для занятий и тренировок следующие упражнения.

1. Наложение импровизированного жгута (используя в качестве жгута поясной ремень, ремень от планшета, шнуры от электропроводки и т. п.) на нижнюю и верхнюю треть правого и левого бедра и на нижнюю, среднюю и верхнюю треть каждого плеча.

2. Наложение штурманом асептической повязки на голову и лицо летчика (используется индивидуальный перевязочный пакет). При тренировке в наложении повязок на голову и лицо нужно ставить штурману определенные задачи: какая область ранена, какое кровотечение, цель повязки, как правильнее и лучше наложить повязку. Перед наложением повязки на голову обязательно снимается полетный шлем, ведущего или ведомого по радио предупреждают о выходе из строя, временном или на весь маршрут полета. После наложения повязки, если возможно, снова надевают полетный шлем.

3. Наложение повязки на открытые раны кистей рук. При этом требуется установить самолет для полета по горизонту, отрегулировав соответственно сектор газа, наложить повязку на раненую кисть, а другой рукой временно управлять самолетом.

4. Наложение повязки при ранениях плеча и предплечья. Здесь нужно научиться разрезать одежду, накладывать подушки индивидуального пакета на раны, забинтовывать рану и застегивать одежду булавками.

5. Наложение повязки на голень и бедро, особенно левые, представляет трудную задачу. Тренировку следует производить в следующем порядке: накладывать асептические повязки непосредственно на рану после условного разрезания сапог, унтов, обмундирования с последующим фиксированием разрезанной одежды несколькими турами бинта или накладывать давящие повязки непосредственно на одежду для остановки кровотечения. Каждый член экипажа в полете должен иметь при себе складной нож.

6. При ранениях груди и живота подойти к ране можно только расстегнув одежду или разрезав ее. Фиксировать повязку поверх одежды индивидуальным перевязочным пакетом невозможно, так как бинт слишком короток и узок. Экипажи самолетов должны иметь пакеты с подушками большого размера и бинтом шириной 14—16 см и длиной 7—10 м. Тдкой пакет дает возможность наложить фиксирующую повязку при ранении любой части тела. Иногда для фиксации повязки на ранах груди и живота поверх одежды может служить поясной ремень.

7. Необходимо воспитать навыки нахождения и прижатия височной, плечевой, бедренной и подключичной артерии.

Врач авиационной части должен позаботиться, чтобы весь летный состав, отправляясь в полет, имел два индивидуальных пакета: один большой с широким и длинным, описанным выше бинтом, другой — стандартный. В кабине штурмана и стрелка-радиста необходимо иметь резиновый или матерчатый жгут.



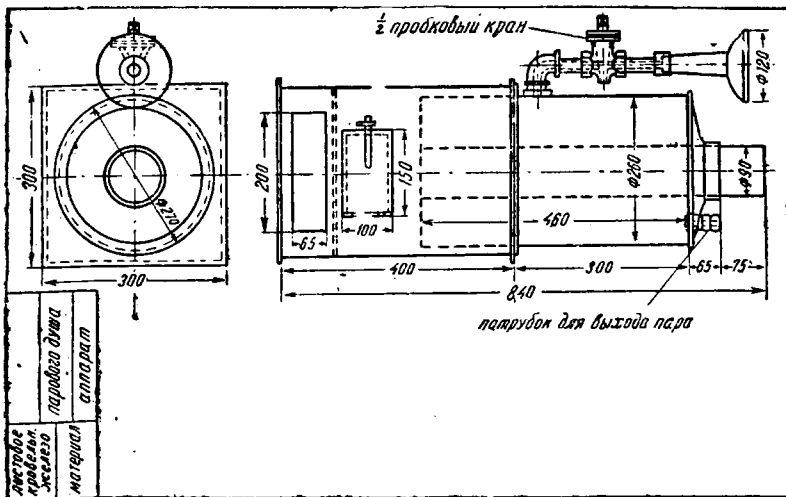
# ОБМЕН ОПЫТОМ

Полковник мед. службы Н. С. КОВТУРМАН

## ПРИМЕНЕНИЕ ПАРА С ЛЕЧЕБНОЙ ЦЕЛЬЮ

Метод лечения паром в виде общих паровых ванн и местных паровых душей известен давно. Этот метод физиотерапевтического лечения удобен тем, что не требует электроэнергии и специальной дорогостоящей аппаратуры. Между тем способ лечения паром почему-то незаслуженно забыт.

Местный паровой душ можно широко применять при травматических повреждениях, особенно при последствиях поражения суставов, сопровождающихся тугоподвижностью. Хорошие результаты отмечаются при местном лечении паром радикулитов различной этиологии. В результате местного лечения паровым душем и массажем грубые рубцы размягчаются и отделяются от подлежащих тканей.



Обычно пар для этих целей водолечебницы получают из центральной котельной. Это недоступно для лечебных заведений, не имеющих водолечебниц. Иные способы получения пара, описываемые в руководствах по физиотерапии, хотя на первый взгляд и просты, мало удобны.

По нашему предложению инженер Г. В. Рупчев сконструировал весьма простой прибор для получения пара и приспособление для отпуска местного парового душа.

Прибор портативен, дешев, экономичен по расходу топлива и может быть использован как в лечебном заведении, так и в стационаре войсковой части (см. рисунок).

В годы Отечественной войны мы с успехом применяли паровой душ и можем рекомендовать этот метод лечения для долечивания раненых в послевоенные годы.



## НОВЫЙ РЕТРАКТОР

Чтобы культя была работоспособной и выносливой, она должна иметь достаточный запас кожно-мышечных тканей. При круговых ампутациях, особенно в военное время, часто образуются так называемые конические культы, непригодные для протезирования. Такие культы необходимо реампутировать.

Конические культы образуются из-за тракции кожно-мышечных тканей и «спливания» кости почти на одном уровне с мягкими тканями. Главной причиной образования конической культы все же являются недостаточность кожно-мышечного лоскута и значительная травма мягких тканей культы пилой при пересечении кости. Шевкуненко рекомендует при отпиливании кости максимально оттягивать мягкие ткани кверху. Но податливость мягких тканей живого человека весьма ограничена, особенно когда они прижаты жгутом Эсмарха.

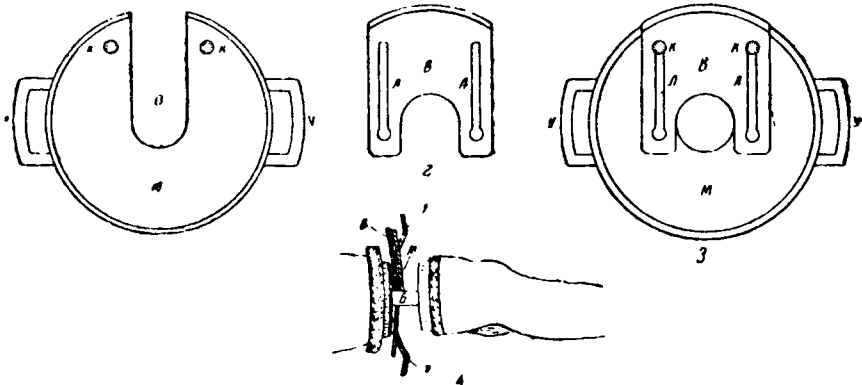


Рис. 1, 2, 3 и 4

Единственным инструментом, с помощью которого мышцы можно хорошо оттянуть кверху и защитить от повреждения пилой, является ретрактор. Предложено немало моделей ретракторов (Куковерова, Сысина, Чугаева, Трегубова, Перси, Джардена, Бомена, Дуаена, Мунке), но все они малоудобны и редко встречаются как в военных госпиталях, так и в гражданских лечебных учреждениях. Последнее обстоятельство и побудило нас предложить удобную, весьма простую в употреблении и изготовлении модель ретрактора.

Наш ретрактор представляет собой круглый, слегка вогнутый металлический диск диаметром в 17—18 см (рис. 1, А4), в котором имеется вырез (О) шириной в 3,5 см. Для удерживания диска при оттягивании мышц имеются ручки (У). После того как мышцы будут перерезаны до кости, диск насаживают вырезом (О) на кость, при этом вогнутая поверхность диска обращена к основанию конечности. С вогнутой стороны диска вдвигается специальная задвижка (рис. 2, В), которая своими прорезами (Л) надевается на пгифты (К) в диске (М). На рис. 3 диск показан в собранном виде, а на рис. 4 показано схематическое изображение ретрактора в действии.

Предложенный нами ретрактор прост, портативен, его легко изготовить в любой слесарной мастерской. Этим ретрактором мы пользовались около полутора лет в ХППГ первой линии и не отметили в нем никаких недостатков.

Капитан мед. службы Д. Е. ДЖЕМС-ЛЕВИ

## ПРИМИТИВНАЯ КАПЕЛЬНИЦА

Отсутствие достаточного количества специальных капельниц в госпиталях и других лечебных учреждениях заставляет применять для жидких медикаментов, употребляемых в каплях, обыкновенную медицинскую посуду, пользование которой неудобно и часто ведет к неточному отсчету капель. Помимо этого, из-за частого вынимания пробок лекарства загрязняются.

Мы пользуемся очень простой и удобной капельницей. В нижней части пробки с двух противоположных сторон ее сделаны две продольные вырезки (одна несколь-

ко длиннее другой) с таким расчетом, чтобы верхний конец вырезки несколько не доходил до границы соприкосновения пробки с краем горлышка пузырька (когда пробка крепко его закупоривает). Вторая вырезка делается несколько короче, для того чтобы было заметно, через которую капать, но можно обе вырезки делать и одинаковой длины.

Для капания пробку слегка вытягивают из горлышка, но совсем не вынимают, с таким расчетом, чтобы верхние концы обеих вырезок выступали над краем горлышка пузырька, и, наклонив пузырек, капают лекарство. Так как воздух по верхней вырезке свободно проникает внутрь пузырька, то из противоположной вырезки жидкость легко вытекает каплями.



Ф. Д. КОЛЕСНИК

## ПОРТАТИВНЫЙ ЯЩИК для ХРАНЕНИЯ И ТРАНСПОРТИРОВКИ КОНСЕРВИРОВАННОЙ КРОВИ И СЫВОРОТОК

Мной сконструирована портативная укладка для хранения в лечебных учреждениях консервированной крови и сывороток различного назначения, так как отсутствие такого приспособления не позволяло госпиталю иметь дежурную кровь для экстренных случаев. Эта укладка одинаково пригодна как для хранения консервированной крови и сывороток, так и для транспортировки их.

Укладка состоит из двух ящичков и фигурного вкладыша. Наружный деревянный ящик плотно закрывается дверкой на крючок, стенка ящика толщиной 8 мм; высота 42,5 см, ширина 26,5 см, глубина 26 см. Внутренний деревянный ящик также плотно закрывается двумя дверками, верхней и нижней. Толщина стенки ящика 8 мм, высота 39,5 см, ширина 23,5 см, глубина 18 см.

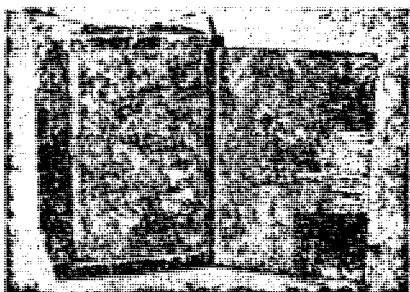


Рис. 1. Портативный ящик для хранения крови и сывороток с открытой дверцей наружного ящика

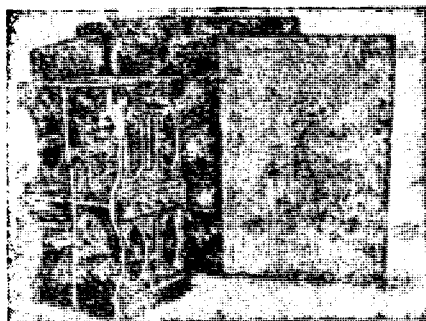


Рис. 2. Портативный ящик с открытыми дверцами с фигурными вкладышами

Внутренний ящик винтом прикрепляется к наружному. Между ящичками образуется пространство в 7 мм, которое у стенки наружного ящика заполнено 5 мм картоном, а у стенки внутреннего ящика остается воздушная прослойка в 2 мм.

Внутренняя стенка второго ящика оклеена бумазой. Внутрь второго ящика вставляется фигурный вкладыш с восемью гнездами для стандартных банок или же фигурный вкладыш для шести ампул с консервированной кровью. Кроме банок или ампул с кровью, в ящике можно хранить сыворотки разного назначения.

Между вертикальной внутренней стенкой второго ящика и фигурным вкладышем вставляются четыре плоских металлических банки (с каждой стороны по две) для льда или горячей воды. К стенке фигурного вкладыша прикреплен термометр. При проверке установлено, что нужная температура в ящике может поддерживаться при помощи льда или горячей воды 8 часов 30 мин-ут и более. В таком ящике мы в нашем эвакуогоспитале хранили сыворотки и консервированную кровь. Вес ящика 7 кг.



## **В УЧЕНОМ МЕДИЦИНСКОМ СОВЕТЕ ПРИ НАЧАЛЬНИКЕ ГВМУ ВС СССР**

### **ХРОНИКА СОВЕЩАНИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ, УРОЛОГИЧЕСКОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДСЕКЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ**

8—11 октября 1945 г. состоялось совещание ларингологической, офтальмологической, урологической и стоматологической подсекции хирургической секции УМС при начальнике Главного военно-санитарного управления Красной Армии. >

Отчеты о совещаниях ларингологической и офтальмологической подсекции помещены в № 9 ВМЖ 1946 г. Ниже публикуем отчеты о совещаниях стоматологической и урологической подсекции и состоявшемся позже совещании гинекологической подсекции.

Совещание стоматологической подсекции открыл главный стоматолог Красной Армии генерал-майор медицинской службы проф. Д. А. Энтин, рассказавший о блестящих успехах стоматологической службы в Отечественной войне. Эти успехи достигнуты на основе обобщения опыта войны с белофиннами.

Из недостатков в работе стоматологической службы следует отметить преобладание в ряде случаев ортопедического вмешательства в ущерб хирургическому, которому надлежит занимать ведущее место. Наблюдались также многостадийность при эвакуации челюстных раненых и дефекты в организации питания их, недостаточно было снабжение челюстных отделений аппаратурой. Но наиболее остро стоял вопрос о кадрах квалифицированных стоматологов.

Доклады на тему «Организация стоматологической службы и лечение челюстно-лицевых раненых в наступательных операциях» сделали подполковник мед. службы И. П. Калинин, подполковник мед. службы Я. М. Збарж, подполковник мед. службы И. А. Бегельман и майор мед. службы С. М. Куценог. Докладчики отметили огромную роль групп ОРМУ в деле оказания помощи челюстно-лицевым раненым в войсковом районе. Шинирование при огнестрельных переломах челюсти в МСБ оказывалось большей частью невозможным и было передвинуто в армейский и фронтовой районы. В ходе войны выявилась необходимость иметь специализированный госпиталь для челюстно-лицевых раненых в армейском районе. Лучше всего, если челюстное отделение входило в состав госпиталя «шея-голова». Несмотря на наличие ряда недостатков смертность при челюстной травме с поражением костей не превышала 2,5—5%, а при ранениях мягких тканей лицевой области процент смертности был ничтожен.

Доклады по первому разделу программы вызвали оживленные прения, в которых приняли участие заслуженный деятель науки проф. А. Э. Рауэр, проф. А. А. Лимберг, проф. А. А. Кьяндский, подполковник мед. службы А. М. Парог, капитан мед. службы С. И. Ланских и др.

По второму разделу программы совещания на тему «Методы и результаты лечения челюстно-лицевых раненых в госпиталях ФЭП» с докладами выступили проф. А. А. Лимберг, проф. И. А. Бегельман, капитан мед. службы Л. В. Горбачева, подполковник мед. службы Я. М. Збарж, капитан мед. службы С. И. Ланских, майор мед. службы И. О. Новик.

Подвергались детальному рассмотрению вопросы шинизации и выбор системы шин. На опыте войны оправдала себя алюминиевая шина Тигерштедта, преимущественно одночелюстная. Междучелюстную типизацию раненые переносят тяжело и к ней следует прибегать только в строго показанных случаях. Подполковник мед. службы, М. Я. Збарж поделился опытом применения шины Вебера при эвакуации челюстно-лицевых раненых в тыл.

В прениях выступили проф. И. Г. Лукомский, проф. Н. М. Михельсон, проф. А. А. Кьяндский, подполковник мед. службы М. Я. Збарж и др. Проф. И. Г. Лукомский выразил сожаление, что вопрос о костной травме челюстей, являющийся основным в системе стоматологической помощи, не вошел в программу.

Доклады по третьему разделу «Предупреждение и лечение осложнений при челюстно-лицевых ранениях» сделали подполковник мед. службы проф. А. А. Кьяндский (Пневмония у челюстных раненых) и майор мед. службы Джапатаян (Лечение кровотечения при ранениях челюстей). Этот доклад, ввиду отсутствия майора Джапатаяна, прочел по его рукописи т. Гаврилов.

Последнему разделу программы совещания «Зубоврачебная и зубопротезная помощь в войсках и госпиталях фронта» были посвящены доклады полковника мед. службы А. М. Парог, подполковника З. К. Тельмана и подполковника мед. службы ирф. И. А. Бегельмана.



Докладчики отметили, что в зубоврачебной и зубопротезной помощи в Красной Армии нуждаются многие. Поэтому необходимо лучше организовать зубоврачебную и зубопротезную помощь, готовить больше новых специалистов и лучше использовать имеющихся.

По всем пунктам совещания приняты резолюции.

Первый день совещания урологической подсекции хирургической секции был посвящен вопросам организации урологической помощи раненым в органы мочеполовой системы. Главный уролог Красной Армии полковник мед. службы проф. А. П. Фрумкин обрисовал всю систему организации урологической помощи, начиная с урологических отделений в госпиталях госпитальной базы фронта, работу специализированных групп ОРМУ в войсковом районе и историю возникновения отделений в госпиталях армейской госпитальной базы.

Систематические поездки на различные фронты руководящих специалистов-урологов, обязательное посещение ими МСБ помогли провести необходимые мероприятия и значительно улучшить оказание помощи раненым в мочеполовые органы. Кроме того, уже в начале Великой отечественной войны была издана специальная инструкция по лечению ранений таза с повреждением мочеполовых органов; разработаны радикальные методы первичной обработки разрушенных ранением костей таза, методы вскрытия и дренирования мочевых и гнойных затеков и т. д. Все это дало прекрасные результаты: смертность раненных в таз и мочеполовые органы, достигавшая в первый год войны 25,5%, в четвертый год войны упала до 7,7%.

Не менее интересным был доклад майора мед. службы Е. А. Стыгина «Работа армейской урологической группы ОРМУ». Докладчик показал, что процент урологических ранений по отношению к общему числу раненых оставался более или менее стабильным (0,8—1%). Правильная организация эвакуации раненых по назначению позволяла оперировать всех раненных в почки в первые сутки после ранения. Из раненных в мочевой пузырь и уретру в первые сутки оперировано 45—50%. Интересно отметить, что изолированные ранения почек докладчик наблюдал в 60% случаев.

Доклад полковника мед. службы Б. И. Егермана был посвящен организации в госпиталях тыла урологической помощи при ранениях и заболеваниях мочеполовой системы.

Выступавшие затем в прениях дополнили и развили основные положения докладчиков. Так, например, генерал-майор А. И. Васильев напомнил собранию, как во время первой мировой войны на одном из заседаний хирургического общества ассистент проф. С. П. Федорова д-р Алексеев обратился к собравшимся с ходатайством организовать «хоть какие-нибудь урологические отделения, которые могли бы оказывать соответствующую помощь раненым». Во время Великой отечественной войны урологическую помощь раненым оказывали высококвалифицированные специалисты.

Все остальные заседания секции были посвящены вопросам клиники ранений органов мочеполовой системы.

Ранению почек были посвящены доклады майора мед. службы В. И. Шарова, подполковника мед. службы Г. Д. Сперанского и майора мед. службы З. В. Файнштейна.

Майор мед. службы В. И. Шаров представил очень интересные данные о ранениях почек, наблюдавшихся автором в МСБ. По данным автора, ранения почек составляют 0,6% к общему числу раненых, прошедших через МСБ. У 68% раненных в почку наблюдался тяжелый шок и кровопотеря. Особенно тяжестью отличались комбинированные ранения с ранениями грудной и брюшной полости, особенно с ранениями печени и селезенки.

Показанием для оперативного вмешательства служила не столько интенсивность гематурии, сколько нарастание анемизации раненого. Подавляющее большинство раненых было оперировано под эфирным наркозом. В ряде случаев эфир комбинировали с хлорэтилом. Внутривенный гексеналовый наркоз автор применял всего лишь в 6% случаев.

При трещинах и касательных ранениях почки накладывался шов и применялась тампонада; при отрыве полюсов автор (в условиях МСБ) широко пользовался клиновидной резекцией пораженной части почки. Размозжение почки или отрыв ее от почечной ножки служили поводом к нефрэктомии.

Послеоперационная смертность по материалу автора составляла 26,8%. Основными причинами смерти были тяжесть повреждений, не совместимая с жизнью, шок, кровопотеря и особенно перитонит.

Доклады подполковника мед. службы Г. Д. Сперанского и майора мед. службы З. В. Файнштейна были посвящены главным образом вопросам вторичной нефрэктомии, вызываемой инфекцией ран и перманентно прогрессирующей гематурией, которые приводят раненых к тяжелой анемизации. В некоторых случаях ранений почки с образованием панцирного паранефрита операцией выбора являлась субкапсулярная нефрэктомия. Все авторы отмечают спасительную роль переливания крови после нефрэктомии по поводу ранений почек, сопровождавшихся интенсивными или продолжительными кровопотерями.

Ранениям мочевого пузыря был посвящен доклад майора мед. службы Н. Е. Гомберга. Базируясь на опыте двух с половиной лет работы специализированного отделения в госпитале фронтового тыла, докладчик указал на относительное постоянство числа ранений таза с повреждением мочевого пузыря. Одновременное с мочевым пузырем повреждение костей таза наблюдалось в 42% случаев, одновременное ранение тазобедренного сустава — в 9,4% случаев, прямой кишки — в 8,4% случаев. Наиболее тяжело протекали комбинированные ранения мочевого пузыря и тазобедренного сустава. Автор отмечает, что первичной хирургической обработке в течение первых суток подвергнуто 61% раненых, на вторые сутки — около 24%. В урологическом отделении фронтового госпиталя нередко приходилось подвергать раненых вторичной обработке, заключающейся в секвестротомии, широком дренировании тазовой клетчатки, резекции тазобедренного сустава и экзартикуляции бедра. Последняя операция, по мнению докладчика, является наиболее действенной при одновременных ранениях мочевого пузыря и тазобедренного сустава.

Одним из актуальных мероприятий по борьбе с сепсисом и по снижению смертности при ранениях мочевого пузыря и таза является активизация ранних вторичных хирургических вмешательств. Так, в первый период войны смертность по материалу докладчика составляла 40%. в третий период (последний год войны) смертность снизилась до 13%.

В пользу ранних вторичных вмешательств, направленных на борьбу с остеомиелитом костей таза, мочевыми затеками и флегмонами тазовой клетчатки высказывается и майор мед. службы И. М. Чайков в своем докладе «Операция по Мак Уортеру как метод профилактики и лечения флегмоны таза». Автор произвел по этому способу 98 операций, из них в 32 случаях для извлечения инородных тел из лобковой, седалищной области и тазобедренного сустава (при расположении инородных тел впереди головки и вертлужной впадины). Во всех остальных случаях операция применялась для дренирования затеков в паравезикальной клетчатке и удаления осколков разрушенных ранением лобковых и седалищных костей таза.

Ранениям таза с повреждением уретры был посвящен доклад полковника мед. службы проф. А. А. Чайка. Автор отметил, что тяжесть ранения обуславливается главным образом повреждением костей таза. Особенно опасны ранения, сопровождающиеся нагноительными процессами в тазобедренном суставе или в крестцово-подвздошном сочленении.

Наиболее трудными с точки зрения восстановительной хирургии являются мочекаловые свищи, борьба с которыми требует особых оперативных методов, в зависимости от величины и характера анатомических разрушений и изменений в области свищей.

О комбинированных ранениях уретры докладывал Я. В. Гудынский. Подполковник мед. службы Л. М. Шапиро поделился своим опытом раннего восстановления задней уретры при огнестрельных повреждениях ее.

Все выступавшие в прениях, останавливаясь на отдельных деталях докладов, единодушно отмечали громадные успехи, достигнутые в лечении раненых в таз и мочеполовые органы, и указывали на необходимость активного хирургического вмешательства в наиболее ранние сроки после ранения.

Последний день совещания был посвящен вопросам заболеваний органов мочеполовой системы.

Генерал-майор мед. службы проф. А. И. Васильев в подробном докладе осветил современное состояние вопроса об этиологии и патогенезе уросепсиса.

Вопросу о вторичных заболеваниях почек после огнестрельных ранений мочевых органов был посвящен доклад майора мед. службы М. Г. Купершляк.

Исчерпывающие данные по вопросу о циститах были представлены в докладе подполковника мед. службы Г. И. Гольдина. Среди этиологических моментов, способствующих возникновению воспаления мочевого пузыря, автор указывает на охлаждение, авитаминозы, нарушение основного обмена. Немаловажное значение придает автор нейро-психическим факторам, приводящим к появлению дизурических расстройств. Наиболее эффективным в лечении цистита оказалось внутривенное введение новарсенола 0,15—0,3 с промежутком в 2—4 дня между инъекциями.

В развернувшихся прениях полковник мед. службы проф. А. А. Чайка указал на возникновение после огнестрельных ранений мочевых органов метастатических гнойников в почках, имеющих характер карбункула почки. Диагностика последних значительно затруднена. Проф. М. А. Заиграев указал на целебное действие инъекции пенициллина при гнойных заболеваниях верхних мочевых путей. За расширение показаний к оперативному вмешательству на почке при вторичных гнойных ее поражениях высказался и майор мед. службы Е. А. Стысин.

Исследования, произведенные в клинике генерал-майора проф. А. И. Васильева, показали, что гиповитаминоз С является наиболее частой причиной воспалительных заболеваний мочевого пузыря и появления дизурии.

Подполковник мед. службы Левин говорил о наличии у больных циститом гипопроteinемии, гиповитаминоза, а в некоторых случаях и гипогликемии.

Майор мед. службы М. Г. Купершляк получал хорошие результаты при лечении цистита внутривенными вливаниями стрептоцида с уротропином. У подавляющего

большинства лечившихся в отделении больных циститом была обнаружена кишечная палочка.

По всем докладам были выработаны и приняты соответствующие резолюции.

В течение четырех дней (18—21 декабря 1945 г.) в Москве происходило совещание гинекологической подсекции хирургической секции УМС при начальнике Главного военно-санитарного управления Красной Армии.

Совещание открыл заместитель главного хирурга Красной Армии заслуженный деятель науки генерал-майор мед. службы проф. В. С. Левит, отметивший громадную роль, которую сыграла гинекологическая служба в обеспечении сохранения здоровья женщин-военнослужащих и женского вольнонаемного состава в Великую отечественную войну; затем тов. Левит перечислил задачи, стоящие перед военными гинекологами в мирное время.

На совещании обсуждались вопросы организации гинекологической службы, лечения военного травматизма женщин и гинекологических заболеваний военного времени.

Доклад об основных этапах развития гинекологической службы Красной Армии сделал главный гинеколог Красной Армии полковник мед. службы проф. И. Ф. Жордания. Опираясь на обширный фактический материал, докладчик показал пути развития гинекологической службы с момента ее возникновения в 1942 г. до последних дней войны. В годы войны молодая гинекологическая служба Красной Армии организационно полностью оформилась и заняла достойное место в ряду других специальных служб системы медико-санитарного обеспечения войск Красной Армии. Подводя итоги работы в военное время, докладчик в обобщающих выводах наметил ответственные задачи, стоящие перед военными гинекологами в мирное время.

В содокладе проф. Фейгеля («Гинекологическая помощь в наступательных операциях М-ского фронта») был освещен вопрос о гинекологическом обеспечении женщин во время наступления при маневре отдельными гинекологическими учреждениями.

Майор мед. службы доц. Венгеровский в докладе «Опыт работы женского фронтowego госпиталя» подчеркнул необходимость существования таких госпиталей. Эти госпитали сыграли громадную роль как организующе-консультативные центры всей лечебной помощи женщинам в масштабе фронта. В докладе подполковника мед. службы Е. П. Майзель о санитарно-венерологической разведке среди местного женского населения был обобщен опыт работы на М-ском фронте. Санитарно-венерологическая разведка, имеющая чрезвычайно важное значение в системе мероприятий по охране здоровья бойцов и офицеров Красной Армии, проводилась представителями гинекологической службы по прямому указанию главного гинеколога Красной Армии.

Майор мед. службы доц. А. Л. Каплан в своем сообщении широко осветил работу по гинекологическому обслуживанию советских репатрианток. Задача заключалась не только в том, чтобы оказать репатрируемым женщинам медицинскую и особенно акушерскую помощь, но и в предупреждении заноса и распространения на территории Советского Союза инфекционных и венерических заболеваний. Подполковник мед. службы доктор мед. наук Б. С. Песоченский выступил с докладом «Гинекологическая помощь в частях Ленинградского военного округа в мирное время». Докладчик подвел первые итоги работы гинекологов в мирных условиях, имеющих свою специфику и свою задачу: обеспечение лечебно-профилактической помощью членов семей военнослужащих, женского вольнонаемного состава Красной Армии, подготовка гинекологических кадров, научно-исследовательская разработка ряда вопросов в свете накопленного в годы Отечественной войны опыта и т. п.

Чрезвычайно актуальный вопрос о военном травматизме среди женщин был поднят в обстоятельном докладе главного гинеколога Красной Армии проф. И. Ф. Жордания. Докладчик осветил вопросы об особенностях заживления ран у женщин, о влиянии ранения на овариально-менструальную функцию женщины, на беременность и т. п. Содоклады полковника мед. службы проф. К. К. Введенского («Ранения таза у женщин»), майора мед. службы Л. В. Ваниной («Военный травматизм женщин по материалам Центрального архива ГВСУ Красной Армии») и майора мед. службы И. Д. Арист («Материалы по изучению военного травматизма женщин») дополняют картину особенностей течения ранений у женщин и подтверждают выводы докладчика проф. И. Ф. Жордания.

Главный уролог Красной Армии проф. А. П. Фрумкин осветил вопрос о ранениях таза с повреждением мочевого аппарата и особенностях хирургического, лечения при этих ранениях. Генерал-майор мед. службы проф. Фигурнов сообщил об интересном случае хирургического лечения ранения женского мочевого аппарата.

По разделу «Гинекологические заболевания военного времени» пленум заслушал доклад проф. И. Ф. Жордания «Гинекология военного времени». Докладчик четко определил термин «гинекология военного времени», обосновал его правильность и показал картину особенностей патологических процессов, встречающихся у женщин в военное время не только на фронте, но и в тылу — среди гражданского

населения. Основные тезисы докладчика оживленно обсуждались участниками пленума. Совещание признало необходимым включить в программы акушерства и гинекологии медицинских вузов и техникумов вопросы, составляющие предмет гинекологии военного времени. Эти же вопросы должны найти достаточное место в планах научно-исследовательских работ в Акушерско-гинекологическом институте Академии медицинских наук СССР, Центральном институте акушерства и гинекологии НКЗдрава СССР, а также на кафедрах медицинских вузов.

Чрезвычайно интересный вопрос об аменоррее военного времени был поставлен в докладе майора мед. службы доц. Е. И. Гуревич. Е. И. Гуревич дала исчерпывающий материал по патогенезу и клинике этого заболевания в заблокированном Ленинграде, выдвинув оригинальную концепцию развития аменорреи и обратного восстановления менструальной функции. Подполковник мед. службы Р. Л. Шуб в докладе «Лечение аменорреи военного времени витаминами» показал высокую терапевтическую эффективность витаминов комплекса В при лечении аменорреи.

Пленум заслушал также доклад подполковника мед. службы доц. Л. Г. Степанова о диагностике и терапии женской гонорреи и подполковника мед. службы доц. А. А. Лебедева о диагностике и терапии трихомонадных колпитов. Интересно было сообщение подполковника мед. службы проф. Е. И. Кватер о диагностике физического развития женщин-военнослужащих по материалам М-ской армии. В этом сообщении Е. И. Кватер показал благоприятное влияние военной службы на физическое развитие женщины. Майор мед. службы доц. Довженко доложил о результатах исследования слуха у женщин в различные фазы овариально-менструального цикла и при беременности.

Главный акушер НКЗдрава СССР проф. М. Н. Побединский указал на исключительно полезную и эффективную работу, проведенную военными гинекологами не только среди женщин-военнослужащих, но и среди гражданского населения ряда районов.

По всем докладам развернулись оживленные прения. Выступало более 30 человек.

Совещание по всем затронутым вопросам приняло ряд решений. Эти решения помогут еще более улучшить гинекологическое лечебно-профилактическое обслуживание женщин, служащих в Красной Армии, и членов семей военнослужащих.

В конце работы совещания выступил заместитель начальника ГВСУ Красной Армии генерал-лейтенант мед. службы Л. Г. Ратгауз, приветствовавший делегатов от имени начальника ГВСУ Красной Армии генерал-полковника мед. службы Е. И. Смирнова и отметивший успешность работы совещания.

Во время совещания функционировала большая выставка, посвященная работе гинекологической службы на фронтах и округах на различных этапах ее развития. На выставке были представлены таблицы, рисунки, диаграммы, художественно выполненные -макеты и т. п.



## **В МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ**

### **В ПРЕЗИДИУМЕ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК СССР**

22—24 апреля 1946 г. комиссия по изучению санитарных последствий войны при президиуме Академии медицинских наук СССР провела 1-ю конференцию по изучению санитарных последствий войны и мероприятий по их ликвидации.

В работе конференции приняли участие: действительные члены Академии медицинских наук СССР Н. А. Семашко (председатель комиссии), генерал-майор Ф. Г. Кроткое, А. И. Сысин, В. Л. Громашевский, П. А. Кувшинников, И. Д. Страшун, член-корреспондент Академии медицинских наук СССР Г. А. Баткис, постоянные члены комиссии, профессора, доценты и научные работники исследовательских институтов Москвы и периферии.

22 апреля был заслушан доклад действительного члена Академии медицинских наук СССР проф. Н. А. Семашко «Изучение санитарных последствий войны и мероприятия по их ликвидации»\*. Основными вопросами, подлежащими изучению, являются, по мнению докладчика, следующие.

1. Изучение демографических сдвигов; разработка соответствующих материалов не только по Советскому Союзу в целом, но прежде всего по отдельным республикам и областям (локальные исследования). Трудность, с которой приходится сталкиваться при изучении демографических сдвигов все же преодолима. Об этом свидетельствуют работы, уже проведенные в некоторых местах.

2. Изучение заболеваемости населения. Докладчик подчеркивает, что вопрос об эпидемическом состоянии Советского Союза в годы Великой отечественной войны подробно отражен в научном труде министра здравоохранения СССР тов. Митерева. Докладчик отмечает, что победа, одержанная советским здравоохранением в борьбе с инфекционными заболеваниями, требует дальнейшего глубокого изучения, так как она была одержана в условиях чрезвычайного эпидемического напряжения. Достаточно указать, что в то время как в Белоруссии до войны не было ни одного случая заболевания сыпным тифом, во время оккупации немцами в одном только Минске было зарегистрировано 758 случаев сыпного тифа.

3. Огромное значение в проблеме санитарных последствий войны имеет проблема воспроизводства населения. При изучении этого вопроса докладчик призывает особо критически относиться к цифровым данным. Нельзя, например, верить цифрам, говорящим о том, что в одном из районов Воронежской области детская смертность в 1940 г. равнялась 13,98‰, а в 1944 г. — 2,8<sup>00</sup>‰. Последняя цифра неправильна потому, что не учтен ряд моментов, играющих решающую роль, в частности, огромная миграция населения.

4. Материалы, которыми располагает докладчик, говорят о значительном снижении заболеваемости рабочих. Докладчик призывает к тщательной проверке и этих данных. Очевидно, здесь многое также не учтено. Нет никакого сомнения, что переобзавление предприятий, тяжелые жилищно-бытовые условия, плохое питание и т. д. должны были повысить заболеваемость рабочих, и поэтому нужно с большой осторожностью относиться к оценке статистических данных. Докладчик особо подчеркивает необходимость тщательного изучения вопросов об охране труда и здоровья рабочих-подростков.

5. Изучение задач, стоящих перед санитарной организацией, которая должна практически разрешить такие важные вопросы, как проектирование восстанавливаемых жилищ, планирование новых и восстанавливаемых городов и сел и т. д.

6. Изучение социальных болезней — туберкулеза и сифилиса. Докладчик указывает, что нельзя рассматривать туберкулез только как инфекционное заболевание. Туберкулез есть заболевание и инфекционное, и социальное, и поэтому Министерство здравоохранения для борьбы с этим заболеванием намечает ряд социальных мероприятий. Жестокость и тупость, с какой фашисты проводили мероприятия по борьбе с сифилисом в оккупированных ими областях, не снижали заболеваемости, а лишь заставили больных упорно скрывать болезнь.

7. В проблеме санитарных последствий войны большое значение имеют вопросы питания. На фоне роста материального благополучия необходимо продолжать изучение организации общественного питания на научных началах.

8. Наконец, последняя группа вопросов — разработка качественных показателей лечебно-санитарной сети. Восстановление этой сети идет вполне удовлетворительными темпами. В некоторых областях отмечается даже рост по сравнению с довоенным временем. Необходимо стремиться, чтобы количественный рост сопровождался ростом качественным.

Резюмируя свое выступление, Н. Л. Семашко подчеркнул значение вопросов о лечении и трудоустройстве инвалидов Отечественной войны и необходимость тщательного изучения преступлений медиков фашистской Германии.

В заключение Н. А. Семашко призвал участников конференции в своих работах дать общую характеристику вопросов, на которых он остановился в докладе, наметить соответствующие мероприятия и, главное, говорить и писать только правду.

В содокладе «Санитарные последствия войны и мероприятия по их ликвидации в РСФСР» проф. В. Н. Рязанов отмечает, что восстановление довоенной численности населения началось в РСФСР уже в 1943 г. К факторам, влиявшим на повышение численности населения, докладчик относит освобождение оккупированных областей, эвакуацию из союзных республик, репатриацию, демобилизацию из Красной Армии. В тыловых областях рост населения на 12% выше, чем в областях, освобожденных от оккупации. Растет население в городах. В сельских же районах еще наблюдается убыль.

Докладчик отмечает также изменения, происшедшие в возрастном и половом составе населения, и подробно останавливается на вопросе о смертности за годы войны. За эти годы резко сократилась мертворождаемость, общая смертность даже в самый тяжелый период, который пережила страна,—1942 г. — лишь на 1% превысила довоенный уровень, а затем начала снижаться. Хуже обстоит дело со смертностью в освобожденных областях. Население еще далеко не оправилось от того урона, который нанесло ему временное хозяйничание немецких захватчиков.

Смертность от кори сократилась в 13 раз, от скарлатины — в 15, от дизентерии — в 2,7 раза и т. д. Смертность от тифов в областях, перенесших оккупацию, была в 2,25 раза выше, чем в областях тыловых.

Говоря о физическом развитии детского населения в РСФСР, докладчик отмечает, что показатели роста и веса, например, московских детей в 1943 г. были хуже, чем в довоенное время. В 1945 г. показатели эти стали вновь улучшаться.

Раны, нанесенные войной жилищному фонду, успешно залечиваются. Жилищный фонд в освобожденных областях быстро восстанавливается. Но в различных краях итоги различны. Если, например, в Ставропольском крае восстановлено 93% довоенного жилищного фонда, то в Смоленской области — лишь 18,9%.

Основными задачами санитарной организации докладчик считает скорейшее увеличение населения путем снижения смертности и повышения рождаемости и борьбу преимущественно с теми заболеваниями, которые увеличились в годы войны. Больше внимания следует уделить туберкулезу, пневмониям, аэрогенным инфекциям.

Доктор И. Ф. Попов (Воронежский облздравотдел) сделал доклад «Организация здравоохранения в Воронежской области в связи с санитарными последствиями войны». Фашисты-оккупанты причинили огромные разрушения хозяйству области, резко подорвали здоровье населения и способствовали значительному распространению венерических болезней и туберкулеза.

Облздравотдел проделал огромную работу по ликвидации последствий войны в области здравоохранения и добился определенных успехов. Сокращается общая смертность и смертность среди детей, количество инфекционных заболеваний и т. д.

Много внимания уделено облздравотделом организации обслуживания инвалидов Отечественной войны. Подавляющее число их регулярно получает амбулаторно-поликлиническое и стационарное лечение.

Доктор Я. М. Фердинанд в докладе «О демографических сдвигах в Ростовской области в послевоенные годы» сделал анализ статистических данных о смертности и рождаемости.

Рождаемость в 1945 г. на 45% больше, чем в 1944 г. Одновременно отмечается интенсивное снижение общей смертности как в 1944, так и в 1945 г. Прирост населения в 1945 г. на 3,7% больше, чем в 1944 г. Тот факт, что тяжелые санитарные последствия войны изживаются быстро, доказывает, что одновременно с восстановлением экономики в освобожденных районах быстро растут ресурсы, которыми располагает медицинская организация Ростовской области.

Проф. А. Н. Рубакин сделал доклад «Изучение санитарных последствий войны в зарубежных странах». Санитарное положение капиталистических стран в результате осуществления германским фашизмом методов тотальной войны сильно ухудшилось. Гражданское население понесло громадные потери от военных действий, причем во многих странах эти потери превысили чисто военные потери.

В войну 1939—1945 гг. армии воюющих стран вступили гораздо лучше подготовленными и вооруженными в медицинском и санитарном отношении, чем в первую мировую войну. Поэтому заболеваемость и смертность в армиях были меньшими. От чисто военных действий армии капиталистических стран пострадали также меньше, во-первых, потому, что наши союзники меньше участвовали в войне, основная тяжесть которой легла на Советский Союз; во-вторых, применялся ряд новых лечебных средств, снижающих смертность от ран и болезней.

Характерными явлениями современной войны были хроническое, продолжающееся и сейчас, недоедание и голодание значительных масс населения в капиталисти-

ческих странах, передвижение огромных людских масс и связанное с этим увеличение заболеваемости и смертности и уменьшение рождаемости.

Такие инфекции, как холера, чума, не проникли в Европу, но отмечались на Дальнем Востоке, в портах и городах Китая.

Неблагополучно в Европе в отношении сыпного тифа. Очаг сыпного тифа за время войны перекинулся из Италии в Румынию. Отмечена была заболеваемость в Голландии, Бельгии и даже в Японии, где сыпного тифа раньше не было.

Наиболее характерными инфекционными болезнями во время войны, по мнению докладчика, были дифтерия (а не грипп, как в первую мировую войну), дизентерия, малярия, которой до войны в Европе почти не было, за исключением Турции, Болгарии, Греции и Южной Италии, туберкулез и сифилис. Сейчас заболеваний туберкулезом в капиталистических странах больше, чем было после окончания первой мировой войны. Сильно распространились во всех воюющих и нейтральных странах венерические болезни.

Специальные органы по изучению санитарных последствий войны созданы далеко не во всех странах. Данные о санитарных последствиях войны публикуются в отдельных странах местными комитетами, а также комитетами тех международных организаций, которые сохранились от Лиги наций. Сведения о рождаемости, смертности и питании в разных странах и о заболеваемости собирает сейчас ЮНРРА, к которой перешли функции бывшей секции Лиги наций.

В докладе «О медико-санитарном обслуживании инвалидов Отечественной войны» канд. мед. наук Я. Л. Гроссман отметил, что вторая мировая война дала значительно больше раненых, чем какая бы то ни было из прежних войн.

Изучив огромный материал, охватывающий почти 40% всех инвалидов Великой отечественной войны, докладчик установил, что в 91% случаев причиной инвалидности явились последствия ран и в 9% — последствия заболеваний.

10—15% инвалидов больны остеомиелитами. Среди заболеваний большое место занимают открытый туберкулез и язвенно-желудочные болезни.

В США первое место среди инвалидов занимают инвалиды с последствиями нейропсихических заболеваний (31,4%), инвалиды с дефектами конечностей составляют 17%. В СССР инвалидов с дефектами конечностей — 56,9%.

Формы и методы обслуживания инвалидов Великой отечественной войны у нас еще далеко не совершенны и требуют глубокого изучения. Большинство инвалидов нуждается в помощи хирурга (восстановительная хирургия) и терапевта. По данным Мосздравотдела, 55% всех инвалидов нуждаются в лечении, причем из каждых 100 человек 30 требуют стационарной помощи, 30 — амбулаторного лечения, 20 — протезно-ортопедического, 12 — санаторно-курортного и 8 — полного социального обеспечения.

Докладчик подчеркивает необходимость изучения распределения инвалидов по отдельным республикам, так как только это позволит правильно планировать лечебную помощь для них. Необходимо также уточнить понятие «инвалид Отечественной войны», организовать учет инвалидов и решить вопрос об очередности лечения.

В связи с тем, что у 17,4% всех инвалидов ампутированы конечности, следует самое серьезное внимание уделить протезированию.

Действительный член Академии медицинских наук СССР проф. П. А. К У шинников в докладе «Организация и методика изучения санитарных последствий войны по материалам обращаемости в лечебные учреждения» подчеркнул значение правильной постановки изучения заболеваемости населения при «решении столь важной задачи, как изучение санитарных последствий войны».

Канд. мед. наук Э. М. Гольд-Зильбер в докладе «Основные принципы организации борьбы с венерическими болезнями в послевоенный период» отметил рост заболеваемости венерическими болезнями в зарубежных странах. В СССР к началу Отечественной войны положение с распространением венерических болезней было совершенно иное, нежели в капиталистических странах. СССР находился в этом отношении в самом благоприятном состоянии. Так, в 1940 г. на 10 000 населения показатель равнялся 2,4. Такого низкого показателя мы не встречали ни в какой другой стране.

Варварские методы, с которыми фашисты в оккупированных районах боролись с венерическими болезнями, естественно, способствовали увеличению заболеваемости сифилисом, что неизбежно влияло и на распространение венерических болезней в близлежащих районах. Материалов, характеризующих распространение венерических болезней во время пребывания немцев в районах Белоруссии и Украины, очень мало, однако и по имеющимся данным рост венерических болезней за этот период очень велик. Так, в Ворошиловграде в 1940 г. было зарегистрировано 10 случаев, а в 1943 г. (за 7 месяцев) — 176.

Докладчик привел данные массовых обследований населения 12 областей Белоруссии, где осмотру было подвергнуто 3% млн. жителей. Среди них обнаружено 500 000 случаев чесотки. Подобное же обследование было проведено в Молдавской республике, где было обнаружено на 10 000 осмотренных 18,9% больных чесоткой.

Поголовным осмотрам подвергаются репатрианты, отправляющиеся на родину. Для профилактики венерических заболеваний все демобилизованные проходят медицинский осмотр и больные задерживаются для прохождения лечения.

Пятилетний план предусматривает полную госпитализацию всех больных заразными формами сифилиса, для чего, естественно, требуется увеличение коечной сети. Такое увеличение предусмотрено специальным постановлением Совнаркома СССР от 4.XI.1945 г.

Наблюдавшиеся затруднения с медикаментами в настоящее время менее ощутимы. Большие надежды возлагаются на пенициллин.

Очередными задачами докладчик считает: обеспечение профилактических мероприятий среди демобилизованных; привлечение эпидемиологов к борьбе с сифилисом, главным образом для наблюдения за своевременной госпитализацией острозаразных больных; повышение квалификации медицинского персонала в области лечения и распознавания венерических болезней; санитарное просвещение, которое в настоящее время проводится крайне недостаточно.

Проф. О. П. Молчанова в докладе «О санитарных последствиях войны в области питания» рассказала о работах Института питания. Важнейшими являются работы об усвоении белка организмом, о полноценности наиболее распространенных продуктов питания (в частности, хлеб, овощи, молоко), об обогащении этих продуктов кальцием и, наконец, о витаминизации пищи в широком значении этого слова.

Проф. Д. В. Горфин сделал доклад «О врачебно-санитарном законодательстве в борьбе с санитарными последствиями войны». Докладчик привел ряд постановлений правительства и НКЗдрава СССР и РСФСР, направленных к охране здоровья населения. К важнейшим директивам докладчик относит постановления СНК РСФСР о предохранении населения от эпидемий, о строительстве жилых домов для рабочих в районах, подвергшихся оккупации, о снабжении медикаментами этих районов. После окончания войны регламентация продолжается—намечены и проведены важнейшие мероприятия по оздоровлению репатриантов и демобилизованных, по борьбе с туляремией и т. д.

Доктор мед. наук С. Е. Гальперин в информационном сообщении изложил план первоочередных работ по изучению преступлений медиков фашистской Германии и призвал участников конференции включиться в эту работу, подбирать соответствующие документальные материалы на местах.

Подводя итоги конференции, действительный член Академии медицинских наук Н. А. Семашко отметил, что конференция отразила работу по ликвидации санитарных последствий войны почти всех отраслей советского здравоохранения и что таким образом создан материал для обобщений опыта. Это — лишь первый этап. Необходимо более углубленное изучение накопленных материалов.





# БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д. МАКАРОВ

## БИБЛИОГРАФИЯ ПО ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ЗА ГОДЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941—1945 гг.) (Продолжение)<sup>1</sup>

### IV. ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ

#### 1. Организация медицинской помощи раненым. Вопросы эвакуации и транспортные средства

- Абрамов М., Медицинская помощь раненым партизанам, ВМЖ, май, 1944.
- Агаджанян А. М., Медицинская помощь раненым в ротном участке, ВМЖ, сентябрь—октябрь, 1944.
- Андреев Ф. Ф., Основные принципы военно-морской хирургии, в кн. Труды 2-й научной конференции эвакогоспиталей НКЗдрава Грузинской ССР, Тбилиси, стр. 141—146, 1944.
- Б а н а й т и с С. И., Конференция хирургов М-ского фронта, ВСД, 1—2, 1942.
- Банайтис С. И., Лечение и эвакуация раненых на Западном фронте, в кн. Труды 5-го пленума УМС при начальнике ГВСУ Красной Армии, М., стр. 79—89, 1942. Для служебного пользования.
- Белкин В. А., Медицинская помощь в партизанских отрядах, ВМЖ, май, 1941.
- Б е р е ж и а н и Д. И. и Локтионов С. Д., Работа перевязочного блока в полевом подвижном госпитале, в кн. Труды ВМА Красной Армии, в. 29, М., стр. 55—64, 1941.
- Берзин А. О., О медицинской карточке передового района, в кн. Сб. научных трудов Ленингр. красноарм. военного госпиталя, Л., стр. 185—191, 1942. Библиог.
- Бурденко Н. Н., Советская военная хирургия в годы Великой отечественной войны, М., Московский рабочий, 23, 1 стр., 1946.
- Б у я к о в Г. П., Опыт организации хирургической работы МСБ в особых условиях, в кн. Труды ВМА Красной Армии, т. 29, М., стр. 23—40, 1941.
- Владимирова Е. Т., Вынос раненых из ротного района на батальонный медицинский пункт, ВМЖ, май, 1944.
- Гарвин Л. И. и Могучий М. А., Автохирургический отряд. Из опыта работы во время советско-финляндской войны, М., Воениздат, 45 стр. и илл., 1941.
- Гезунтерман П. Н., Импровизированная волокуша на конной тяге, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 437—438, 1945 (ГВСУ Красной Армии).
- Геселевич А. М., Организация и характер первой помощи при хирургических микстах, изд. 1-е, М., Медгиз, 21 стр., 1941 (ГВСУ Красной Армии); изд. 2-е, М., 21 стр., 1941; изд. 3-е, М., 23 стр., 1943.
- Геселевич А. М., Основные положения организации хирургической помощи в войсковом районе Красной Армии, Фельдшер и акушерка, 1, 1941.
- Гирголав С. С., Военно-полевая хирургия в Великую отечественную войну, М., Медгиз, 118 стр., 1944 (ГВСУ Красной Армии). Для служебного пользования.
- Гирголав С. С., Лечение раненых в войсковом, армейском и фронтовом районах, в кн. Труды 5-го пленума УМС при начальнике ГВСУ Красной Армии, М., Медгиз, стр. 29—54, 1942. Для служебного пользования.
- Г и р г о л а в С. С., Об объеме хирургической помощи на этапах эвакуации, ВСД, 3, 1942.
- Гирголав С. С., Организационные мероприятия по оказанию помощи при ранениях, в кн. Лечение военных ранений, Л., стр. 32—36, 1945.
- Гирголав С. С., Работа хирургической секции 5-го пленума Ученого медицинского совета, в кн. Труды 5-го пленума УМС при начальнике ГВСУ Красной Армии, М., Медгиз, стр. 128—140, 1942. Для служебного пользования.
- Голдовский И. Д., Организация этапного лечения раненых ВМФ, Военно-морской врач, 1, 1944.
- Голубева Е. Ф., Опыт работы центральной операционной специализированного госпиталя, Фельдшер и акушерка, 9, 1944.
- Горбенко М. М., Операционная и работа в ней в войсковом районе (ДИМ и КПГ), Симферополь, 32 стр. с илл., 1941.

<sup>1</sup> См. №№ 1—2, 3, 4-5, 6, 7-8 и 9 МЖ 1946 г.

- Г о р н е в с к а я В. В., Борьба за быстрое выздоровление легко раненых, Фельдшер и акушерка, 6, 1944.
- Гориневская В. В., Лечение легко раненых, Красная Звезда, 24, декабрь 1944.
- Гориневская В. В., Организация помощи легко раненым, в кн. Труды 5-го пленума УМС при начальнике ГВСУ Красной Армии, М., Медгиз, стр. 90—97, 1942. Для служебного пользования.
- Гориневская В. В., Организация хирургической помощи на этапах эвакуации, в кн. Гориневская В. В. и Рамм М. Г., Первая хирургическая помощь при травмах военного и мирного времени, М., стр. 29—44, 1942.
- Гориневская В. В., Предмет военно-полевой хирургии и его содержание, в кн. Гориневская В. В. и Рамм М. Г., Первая хирургическая помощь при травмах военного и мирного времени, М., стр. 7—29, 1942.
- Г о р к у н Н. Ф., Некоторые ошибки помощи на этапах санитарной эвакуации, в кн. Труды 1-й конференции урологов госпиталей НКЗдрава РСФСР и фронта, Л., стр. 179-183, 1945.
- Гуревич М. М., Задачи первой специализированной хирургической конференции, в кн. Военная медицина на 3-м Белорусском фронте в Великой отечественной войне, № 9—10, Вильнюс, стр. 5—6, 1944. Для служебного пользования.
- Гусев А. А., Доврачебная помощь и уход при ранениях с повреждением костей, Ташкент, Госиздат УзССР, 44 стр. с илл., 1942; М. — Л., Медгиз, 52 стр., 1941 (СУ Красной Армии).
- Дудко Н. Е., Организация хирургической помощи раненым партизанам Украины, в кн. Труды 3-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР и РСФСР, М., стр. 64—67, 1944. Для служебного пользования.
- Жоров И. С., Некоторые вопросы хирургической работы в дивизии, ВСД, 11, 1941.
- Зворыкин И. А., Некоторые вопросы хирургического обеспечения войск в наступательных операциях фронта, в кн. Сб. работ по военной медицине 3-го Прибалтийского фронта, б. м., стр. 78, 1945.
- Золковер А. М., Вынос раненых с поля боя, Фельдшер и акушерка, 9, 1941.
- Куприянов П. А., Лечение и эвакуация раненых на Ленинградском фронте, в кн. Труды 5-го пленума УМС при начальнике ГВСУ Красной Армии, М., Медгиз, стр. 64—79, 1942. Для служебного пользования.
- Куприянов П. А., Некоторые вопросы организации хирургической помощи на Ленинградском фронте, ВМЖ, март, 1944.
- Куприянов П. А., Хирургическая помощь во время боевых действий в Финляндии, Вестник хирургии им. Грекова, 2, 1941.
- Куприянов П. А., Хирургическая работа во время боев в Финляндии. Доклад на 2-м Белорусском съезде хирургов, Новый хирургический архив, 49, 1—2, 1941.
- Кутуков С. Н. и Старокадомский Л. М., Неотложная медицинская помощь на судах торгового флота в военное время, М., 64 стр. с илл., 1943.
- Л и б о в Л. Л., Замечания об ампутациях, в кн. Сб. материалов и статей, № 2, б. м., Действующая армия, стр. 52—58, 1942.
- Лукьянов Т. Т., Опыт хирургической работы ДПГ 14-ской СД, в кн. Труды ВМА Красной Армии, т. 29, М., стр. 82—107, 1941.
- Лукьянова Л. А., Организация операционно-перевязочного блока в хирургическом полевом подвижном госпитале, ВМЖ, 3—4, 1944.
- Любимова, С. переднего края. О выносе раненых с поля боя, ВМЖ, май, 1944.
- Маслинковский Т. И., Хирургическая помощь в дивизии, ВСД, 5, 1941.
- Метелица И. И., Опыт организации хирургической помощи 14-ской дивизии в боях на р. Халхин-Гол, в кн. Труды ВМА Красной Армии, т. 29, М., стр. 3—27, 1941.
- Могучий М., Работа военфельдшера в перевязочной ПМП, Фельдшер и акушерка, 2, 1941.
- Начальникам санитарной службы и главным хирургам фронтов, армий и округов. Начальникам и хирургам РЭП (Описание рационального устройства перевязочной), М., 4 стр., 1944 (ГВСУ Красной Армии).
- Николаев Г. Ф., Некоторые наблюдения хирурга в войсковом районе, Казанский медицинский журнал, 3, 1941.
- Новотельное С. А., Современная организация военной ортопедии, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 14—22, 1943.
- Об организации и работе «ОХО» из резервных ПППГ, в кн. Опыт лечебной эвакуационной работы войсковых и армейских районов, б. м., Действующая армия, стр. 167, 1944.
- Об организации лечения легко раненых и легко больных, ВСД, 1—2, 1942.
- Описание рационального устройства перевязочной, М., 4 стр., 1944 (ГВСУ Красной Армии).
- Организационные вопросы военно-полевой хирургии по Пирогову и их современное понимание, Хирургия, 6—7, 1941.
- Орлов Г. А. и Елизаровский С. М., Доврачебная медицинская помощь раненому, Архангельск, Облгосиздат, 40 стр., 1941.

Очерки по военно-полевой хирургии, Тбилиси, 133 стр. с илл., 1943 {Государственный институт усовершенствования врачей Грузинской ССР, в. 12}.

Павленко П. А., Организация хирургической помощи раненым в военно-морском госпитале, Военно-морской врач, 3, 1942.

Павленко П. А., Хирургическая работа медико-санитарной роты в Заполярье, Военно-морской врач, 2, 1945.

Папазян И. М., Задачи военно-полевого хирурга при наступательной операции, ВСД, 7, 1942.

Полозов Я. С., Из итогов полугодовой работы нейрохирургической группы ОРМУ, Вопросы нейрохирургии, 5, 1942.

Полтавский С., Умей вынести раненого с поля боя, М., Госиздат дет. литературы, 15 стр. с илл., 1942.

Попов В. И., Опыт организации хирургической работы в войсковом районе (по материалам войны с белофиннами), в кн. Труды ВМА Красной Армии, т. 29, М., стр. 4—54, 1941.

Попов Г. М., Об организации хирургической помощи в системе медико-санитарной службы ПВО, Хирургия, 11—12, 1941.

Пучков А. С. и Нечаева А. М., Организация скорой помощи пострадавшим во время воздушных нападений, Советское здравоохранение, 1—2, 1942, Хирургия, 1—2, 1942.

Пытель А. Я., Первая помощь при ранениях и поражениях БОВ, Сталинград, Обл. книгоиздательство, 37 стр., 1941.

Ребельский И. В., О поведении медперсонала в операционной, ВСД, 7, 1943.

Ребельский И. В., Поведение врача и сестры в операционной, в кн. Военная медицина на 3-м Белорусском фронте в Великой отечественной войне, № 9—10, стр. 241—256, 1944.

Рейберг Г. А., Надо активнее оперировать раненых в эвакогоспиталях, Хирургия, 7, 1943.

Решение 7-го пленума Ученого медицинского совета при начальнике Главного военно-санитарного управления Красной Армии по вопросу «Восстановительная хирургия», в кн. Труды 7-го пленума УМС при начальнике ГВСУ Красной Армии, М., Медгиз, стр. 137—138, 1944. Для служебного пользования.

Ровное А. С., Общая характеристика хирургической деятельности эвакогоспиталей МЭП за период с июля по октябрь 1941 г., в кн. Санитарная служба в Отечественной войне, б. м., стр. 80—82, 1943 (Северно-Западный фронт).

Руткевич Н. Л., О необходимой травматологической аппаратуре для эвакогоспиталей и рациональном ее использовании, Советская медицина, 8, 1941.

Рыбаков В. А., Самопомощь и взаимопомощь в бою при ранениях, Новосибирск, Обл. Госиздат, 41 стр. с илл., 1942.

Семенова Н. В., Работа операционной сестры, М., Медгиз, 14 стр., 1941 (ГВСУ Красной Армии).

Сергеева Е., Руководство по оказанию первой медпомощи на судах военнорированной флотилии, Астрахань, 9 стр., 1942.

Слухова М. И., Спасение раненых в бою, б. м., 38 стр. с илл., 1945 (Управление тыла 1-го Белорусского фронта ВСУ).

Смирнов Е. М., Организационные вопросы военно-полевой хирургии по Пирогову и их современное понимание, в кн. Н. Пирогов, Начала общей военно-полевой хирургии, ч. 1, М.—Л., стр. ХЫП—ЫП, 1941.

Ставицкий, Указания по устройству и оборудованию перевязочной в МСБ, ХППГ и эвакогоспиталях, в кн. Труды лечебных учреждений 4-го Украинского фронта, № 4, Курск, стр. 5—10, 1944.

Степайский Г. А., Показания к применению искусственного дыхания в районе роты и батальона в бою, ВСД, 8, 1941.

Табориский М. Г., Объем и характер сортировочной работы в СЭГ, в кн. Труды лечебных учреждений 4-го Украинского фронта, № 3, Курск, стр. 55—59, 1944. Для служебного пользования.

Третьяков А. Ф., Сроки лечения раненых в эвакогоспиталях, М., Медгиз, 68 стр., 1943.

Углов Ф. Г., Объем и характер хирургической работы на ДМП, ВСД, 5, 1941.

Уманская Г., Авторитет сестры (в организации ухода за ранеными), Медицинская сестра, 7—8, 1944.

Ушаренко И. П., Опыт организационно-хирургической работы медико-санитарного батальона (дивизии), Вестник хирургии им. Грекова, 61, 2, 1941.

Федотов И. И., Первая помощь при ранениях, 2-е изд., М., Воениздат, 32 стр. с илл., 1941.

Филатов С. С., Условия и объем хирургической работы ПМП и ДМП на опыте войны с белофиннами, в кн. Сб. научных работ Московского коммунистического госпиталя, Горький, стр. 33—45, 1943.

Фрейдман С. Н., Вынос раненого с поля боя, Л., Медгиз, 31 стр. с илл., 1944.

Хилл Ч., Проблемы военной хирургии, Британский союзник, 6, 1942.

Шарашенидзе В. Н., Правильно организовать лечение раненых, В помощь медицинским работникам эвакогоспиталей, 2—3, 1942.

Шахбазян Е. О. и Мартынов Д. А., Хирургическая работа одного ППГ, "Хирургия, 9, 1942.

Шацкий А. В., Хирургическая работа в войсковой амбулатории, Л., Медгиз, 159 стр., 1941.

Шевченко Н. А., Лечение и эвакуация раненых и больных в М-ской армии Южного фронта, в кн. Труды 5-го пленума УМС при начальнике ГВСУ Красной Армии, М., Медгиз, стр. 108—113, 1942. Для служебного пользования.

Шматиков М. Д., Вынос раненых с поля боя, М., Медгиз, 14 стр. с илл., 1941 (ГВСУ Красной Армии и НКЗдрав СССР).

Шрайбер М. И., К организации хирургической помощи в войсковом и армейском районах, в кн. Труды совещания хирургов Волховского фронта 9—10 июня Л., стр. 28—33, 1942.

Шрайбер М. И., Хирургическое обеспечение двух армейских операций, ВМЖ, март—апрель 1944.

Шумкин В. Н., Особенности оказания помощи раненому на поле боя и эвакуация раненых и больных зимой, Медицинская сестра, 3, 1943.

Эскин И. А., Общие принципы хирургической работы в войсковом районе, Советское здравоохранение Узбекистана, 1, 1941.

Эдельман В., Организация госпиталей для легко раненых и хирургическая работа в них, в кн. Труды совещания хирургов Волховского фронта 9—10 июня Л., стр. 34—38, 1942.

Энгельман А. Г., Преимущество радикальной операции по падающему способу акад. В. И. Воячека, в кн. Сб. научных работ, М., стр. 53—66, 1945 (Главный военный госпиталь Красной Армии).

## 2. Общая характеристика повреждений и их диагностика

Балакина В. С., Случай ранения зажигательными пулями, в кн. Научные труды госпиталей, в. 1, М., стр. 36—37, 1942.

Берс В., Фистулография с контрастной эмульсией, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, Свердловск, стр. 109—112, 1942 (Материалы научных работ эвакогоспиталей УралВО).

Блюк М. И., Микрогематурия при военных травмах, в кн. Вопросы военной терапии, Новосибирск, стр. 142—143, 1943.

Вайль С. С., Материалы по патологической боевой травме, Киров, Военно-морская академия, 135 стр. с илл., 1943 (МСУ ВМФ Военно-морской медицинской академии).

Вайль С. С., О некоторых ошибках диагностики поражений, вызванных боевой травмой, Военно-морской врач, 4, 1942.

Вайль С. С., Характеристика боевой травмы и ее осложнений по материалам Великой отечественной войны, Военно-морской врач, 3, 1942.

Вейнберг И. С., О лечении пролежней орошением инсулином, Вестник хирургии, 65, 2, 1945.

Василенко Ю. В., К клинической характеристике поражений сосудисто-нервного пучка, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. XII, Тюмень, стр. 286—306, 1943.

Воралк В. Г., Об общей реакции организма на военную травму и ее осложнения, в кн. Труды окружной хирургической конференции госпиталей СибВО, Красноярск, стр. 135—138, 1944.

Воралк В. Г., Очерк функциональной патологии боевой травмы, Томск, 38 стр., 1944 (Томский государственный мед. институт им. В. М. Молотова).

Вольфензон Л. Г., Опыт приложения цитологического метода в определении прогноза гнойного процесса при фаготерапии, Хирургия, 6, 1944.

Гершкевич И. О., Фистулография, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, стр. 249—250, 1943 (САВО).

Гершуни Г. В., О действии ударной волны на организм, Военно-морской врач, 1, 1944.

Геселевич А. М., Границы областей тела в топографической анатомии и определение локализации военных повреждений, Вестник хирургии, 62, 3, 1941.

Гордон З. А., К вопросу о поражениях внутренних органов при воздушных контузиях, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 420—422, 1943.

Гориневская В. В., Диагностика повреждений, в кн. Гориневская В. В. и Рамм М. Г., Первая хирургическая помощь при травмах военного и мирного времени, М., Медгиз, стр. 44—65, 1942.

Иванов К. С., Об антекапулярных абсцессах, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 1, М., Медгиз, стр. 60—62, 1944.

Ивановский Г. А., Роль каски при огнестрельных ранениях головы, в кн. Сб. научных работ по лечению огнестрельных ранений и отморожений в госпиталях глубокого тыла, Свердловск, стр. 104, 1941.

Ильина, Биологический метод лечения хронического огнестрельного остеомиелита, в кн. Сб. научных работ эвакуогоспиталей МЭП-45, Киев, стр. 68—70, 1945.

Керопиан К., 1. Травма, ее определение и классификация. 2. Определение и классификация ранений. 3. Раневая инфекция и ее признаки. 4. Заживление военно-полевых ранений, Краснодар, 30 стр., 1941.

Кутриянов П. А., О классификации ран и ранений, в кн. Труды эвакуогоспиталей Ленинграда системы ФЭП-50, № 2. Вопросы военно-полевой хирургии, Л., стр. 5—11, 1943.

Левин Я. Л., Торпидные язвы после огнестрельных ранений и их лечение, в кн. Сб. научных работ эвакуогоспиталей МЭП-45, Киев, стр. 75—85, 1945.

Лорсен-Эштейн М. Ю., Терапевтическое и диагностическое значение анестезии одних органов при поражении других эволюционно-генетически родственных первым, Хирургия, 5, 1941.

Мирельзон Л. А., О своеобразии нарушений эффективности при закрытых травмах, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, стр. 417—419, 1943 (САВО).

Михеев В. В., Синдром посттравматического повышения кровяного давления, Невропатология и психиатрия, 6, 1942.

Михельсон Н. М., Анодактильная (беспальцевая) работа хирурга, Хирургия, 7, 1942.

Нестеров А. И., Медицинские показания к применению комплексной терапии военно-травматических поражений и основные лечебные прописи, в кн. Сб. научных работ эвакуогоспиталей, М., Медгиз, стр. 32—39, 1942.

Нильсон Е. А., О вегетосиндромах при военных травмах, Клиническая медицина, 23, 4—5, 1945.

Обел и Л. А., Роль вегетативной нервной системы в патогенезе боевых травм, в кн. Военно-медицинский сборник, II, М.—Л., стр. 3—9, 1945.

Орлов Г. А., Доврачебная медицинская помощь раненому, Архангельск, 38 стр., 1941.

Петров Н. Н., Диагностическая методика при ранениях и инородные тела, в кн. Лечение военных ранений, Л., стр. 46—62, 1945.

Петров Н. Н., Мероприятия при ранениях отдельных частей тела, в кн. Лечение военных ранений, Л., стр. 224—248, 1945.

Петров Н. И., Принципы диагностической методики при ранениях, в кн. Лечение ранений на войне, изд. 6-е, Л., стр. 56—68, 1942.

Потержинский И. И., Надключичные и подключичные инфильтрации новокаина как метод ваго-симпатической блокады. Предварительное сообщение. Хирургия, 2, 1945.

Прокофьев П. И., Методика обследования пострадавших при военных травмах, Л., НКЗдрав СССР, 29 стр., 1943.

Серийский М. Я., К проблеме «органического» и «функционального» в трудных диагностических случаях военных травм, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 403—407, 1943.

Струков А. И. и Н абальт А. С., Патоморфология травматического остеомиелита в разных отделах скелета, в кн. Сб. научных работ эвакуогоспиталей МЭП-45, Киев, стр. 35—43, 1945.

Хайцис Г. М., К казуистике огнестрельных ранений (доклад), Протоколы хирургического общества им. Пирогова, Ленинград, 28 мая 1940 г., Вестник хирургии, 01, \*\*, 14.

Хруленко М. К., Из опыта работы полкового медицинского пункта, в кн. Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя, М., Медгиз, стр. 31—37, 1943.

Шабал Л. М., О некоторых трудностях в ошибках диагностики в тыловых госпиталях, в кн. Сб. работ санитарной службы СибВО, 2, М., стр. 364—372, 1943.

Шарин И. Т., К вопросу о диагностике острого аппендицита, в кн. Сб. научных работ, М., стр. 34—38, 1945 (Главный военный госпиталь Красной Армии).

Шипачев В. Г., Одежда бойца в характеристике огнестрельных пулевых ранений, Хирургия, 8, 1942.

Шулутко Л. И. и Гольдштейн Л. Е., Диагностическая ценность фистулографии в клинике травм военного времени, в кн. Военно-медицинский сборник, № 1, М.—Л., стр. 129—136, 1944. Казань, 16 стр., 1943 <В помощь госпитальному врачу, в. 3>. Рец., Госпитальное дело, 7—8, 1944.

### 3. Асептика и антисептика

Абдрашитова М., Подготовка рук хирурга к операции, Госпитальное дело, 12, 1944.

Ага А. Б., Большой стерильный пакет для лапаротомии и больших операций, Хирургия, 10, 1942.

Аишева П. В., История антисептики и асептики, в кн. Очерки по военно-полевой хирургии, ч. I, Тбилиси, стр. 3—8, 1943.

Антелава П. В., Подготовка рук хирурга, в кн. Очерки по военно-полевой хирургии, ч. 1, Тбилиси, стр. 39—45, 1943.

Антелава П. В., Современное состояние вопроса обеззараживания рук хирурга и операционного поля, Фельдшер и акушерка, 7, 1942.

Антисептика, асептика, обезболивание, переливание крови, шок, Тбилиси, Грузмедгиз, 131 стр., 1943.

Баренбаум М. А., О холодной стерилизации хирургического инструментария бактерицидом проф. Збарского, Хирургия, 23, 1939.

Бердичевский Г. А., Новый метод подготовки рук хирурга, Госпитальное дело, 1—2, 1945.

Блинов Н. И., Обработка операционного поля спиртовым раствором формалина, в кн. Ленинградский институт усовершенствования врачей, Сб. научных работ института за год Отечественной войны, Л., стр. 48—50, 1942.

Блюмин И. Ш., Обработка кетгута пантоцидом, ВСД, 5, 1941.

Бродоский В. Б., Быстрый способ обработки рук хирурга в войсковом районе, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, 1, Свердловск, стр. 136—138, 1942.

Бурденко Н. Н., Письма хирургам фронтов о пенициллине, М., 68 стр. с черт., 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Бузычк и В. П., Бесспиртовая обработка рук таннинсулемовым раствором, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 445—446, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Иванов С. П., Обработка операционного поля 7% спиртовым и Ю% водным раствором формалина, в кн. Алиментарная дистрофия и авитаминоз, Л., стр. 125—131, 1944.

Каган М. И., Экономия нашатырного спирта и мыла при мытье рук хирурга, в кн. Сб. рационализаторских предложений эвакогоспиталей ПЭП-122 и фронтового МЭП-99, Рига, стр. 31, 1945.

Кашпун Э. М., Химическое обеззараживание перчаток раствором формалина, Акушерство и гинекология, 3, 1941.

Кочергин И. Г., Подготовка рук хирурга и операционного поля, М., Советская наука, 112 стр., 1941. Библиогр.

Красильников Н., Сахаров П., Новый биологический антисептик—аспергиллии, Медицинский работник, 24.IV. 1945.

Краузе П. И., Сверхскоростной химический метод стерилизации кетгута, Хирургия, 7, 1943; Советская медицина, 9, 1943.

Кротов и Ч. Н. И., Обеззараживание хирургических инструментов, Медицинская сестра, 3, 1945.

Лейбфейд Е. Л. и Старобинец Г. М., Бактериальная обсемененность перевязочных и операционных медсанбатов и полевых подвижных госпиталей. Предварительное сообщение, ВСД, 10, 1942.

Маневич А. А., Асептика, в кн. Очерки по военно-полевой хирургии, ч. 1, Тбилиси, стр. 30—39, 1943.

■ Медведев И. Д., О новых биологических и растительных антисептиках, Ветеринария, 7, 1944.

Мыш Д. В., Бесспиртовая предоперационная подготовка рук, в кн. Сб. рационализаторских предложений эвакогоспиталей ПЭП-122 и фронтового МЭП-99, б. м., стр. 32, 1945.

Пицхелаури Г. З., Современные антисептические средства, в кн. Очерки по военно-полевой хирургии, ч. 1, Тбилиси, стр. 9—29, 1943.

Полунский В. Б., К вопросу о холодной стерилизации перчаток, в кн. Санитарная служба в Отечественной войне, 1, М., стр. 106—107, 1943. Для служебного пользования.

Полунский В. Б., Стерилизация перчаток холодным способом (тройным раствором), в кн. Сб. рационализаторских предложений эвакогоспиталей ПЭП-122 и фронтового МЭП-99, б. м., стр. 32, 1945.

Поповский А., Во имя жизни (Новый метод обработки ран хирурга Вишневого), Новый мир, 3—4, 1942.

Розенфельд О. Г., Быстрый и простой способ приготовления шелка и кетгута по методу доц. Васильчука, Фельдшер и акушерка, 9, 1941.

Рябов П. И., Стерилизованный агрегат «СП», ВСД, 3, 1941.

Скорин И., Обеззараживание хирургических перчаток при помощи препарата «неопантоцид», ВСД, 9, 1941.

Соколов О. А., Быстрый способ обработки рук хирурга, Вестник хирурши им. Грекова, 6, 64, 1944.

Соколов О. А., Способ быстрой стерилизации конского волоса, Вестник хирургии им. Грекова, 9, 64, 1944.

Соколов О. А., Способ обработки рук хирурга водным раствором иода, Военно-морской врач, 3, 1, 1944.

Соколов О. А., Стерилизация шелка водным раствором иода, Госпитальное дело, 1—2, 1945.

Соколов О. А., Ускоренная методика стерилизации кетгута, Госпитальное дело, 5—6, 1943.

Стельмашонек И. М., Новый способ обработки рук хирурга, Госпитальное дело, 1, 1943.

Уманская В. П., К методике испытания антисептического и бактерицидного действия малорастворимых соединений, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 1, М., Медгиз, стр. 137—138, 1944.

Федорович Д. П., Экспериментальное исследование действия цефироля при холодной стерилизации перчаток и инструментов, Госпитальное дело, 12, 1944.

Циркуненко К. М., Стерилизация рук при хирургической работе в военное время, Фельдшер и акушерка, 5—6, 1943.

Шафр А. И., Показатели санитарно-микробиологического исследования воздуха хирургической операционной в зависимости от использования масок персоналом, Военно-морской врач, 8, 1, 1944.

Эфросман М. А., Дальнейшие наблюдения над применением шелка 30-минутной стерилизацией без кипячения. Сообщение II, Хирургия, 2, 1941.

Юнацкая Т. К., Способ кипячения хирургического инструментария, ВСД, 1, 1943.

#### 4. Обезболивание

Абиев М. Д., Эфирно-масляное инъекционное обезболивание на материале военного времени, в кн. Инъекционный эфирно-масляный наркоз, в. 3, Баку, стр. 175—180, 1942.

Аксельрод Ю. В., Прямокишечный нарколановый наркоз, Хирургия, 9, 1942.

Арпоб Д. А., Интраабдоминальный гексеналовый наркоз, в кн. Анналы Института Склифосовского, т. 3, М., стр. 120—123, 1942.

Аршба С. Я., Обезболивание в условиях военного травматизма, в кн. Очерки по военно-полевой хирургии, ч. 1, Тбилиси, стр. 61—81, 1943.

Ахундова Н., Сравнительная оценка влияния на внутренние органы инъекционного эфирно-масляного обезболивания по Топчибашеву и ингаляционного эфирного наркоза, в кн. Инъекционный эфирно-масляный наркоз, в. 3, Баку, стр. 144—174, 1942.

Ахутый М. Н., Обезболивание в войсковом районе, ВСД, 9, 1941.

Баренбаум М. А., Опыт применения обезболивания охлаждением снегом в войсковом районе, в кн. Труды группы № 1 по изучению шока, б. м., Действующая Армия, стр. 364—371, 1945 (ВСУ 1-го Украинского фронта).

Бейлин П. В., Внутривенный алкогольный наркоз, Хирургия, 4, 1943.

Беккерман Л. С. и Неймарк И. И., Анестезии поперечного сечения при ранениях и травмах, Советская медицина, 4, 1941.

Березин И. Ф., О внутривенном гексеналовом наркозе, Советское здравоохранение Туркмении, 1—2, 1941. Библиогр.

Борштенбиндер В. М., Местное обезболивание смесью новокаина с содой, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 444—445, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Вайсблат С. Н., Местная анестезия в военно-челюстной травматологии, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, стр. 265—270, 1943 (САВО).

Вайсблат С. Н., Орбитальный путь крылонебной анестезии, Стоматология, 3, 1944.

Верховская Е. В., К практике внутривенного алкогольного наркоза, в кн. Сб. научных работ М-ского эвакуошпиталя. Горький, стр. 74—76, 1943.

Вишневский А. А., Местное обезболивание в условиях войскового района, М.—Л., 31 стр., 1941.

Вишневский А. В., Местное обезболивание и лечение ранений в условиях военного времени, Архив биологических наук, 61, 1941. Советская медицина, 1, 1941.

Вишневский А. В., Местное обезболивание по методу ползучего инфильтра, изд. 3-е, М., 328 стр., 1942.

Второе совещание по вопросам местного обезболивания и лечения ран по методу проф. Вишневого, 28—29.X.1940, Вестник хирургии им. Грекова, 61, 2, 1941.

Выренков Е. Я., Опыт местного комбинированного новокаиного гексеналового обезболивания по Кривороту, Госпитальное дело, 9, 1944.

Галкин В. С., О наркозе (новые экспериментальные материалы), Киров, 234 стр., 1944 (Военно-морская медицинская академия). Библиогр.

Геваркян И. Х., Опыт дикаиновой анестезии в хирургии, в кн. Известия Ереванского мед. института и медицинского общества Армении, б. м., стр. 142—149, 1944. Библиогр.

Герцберг В. Г., О внутримышечном наркозе гексеналом при хирургических операциях, Вестник хирургии им. Грекова, 61, 2, 1941.

Гиленко М. М., Вводимый гексеналовый наркоз рег оз, Хирургия, 7, 1942.

Гранов Л. Г., Влияние эфирно-масляного наркоза на организм, в кн. Инъекционный эфирно-масляный наркоз, Баку, стр. 20—36, 1942.

- Григорьев И. В., О гексеналовом наркозе, Советское здравоохранение Турк-мении, 1—2, 1941. Библиогр.
- Губарева Н. А., К физиологии нового анестезирующего вещества — конвокаина, в кн. Сб. научных трудов Башкирского государственного мед. института, т. 5, б. м., стр. 109—119, 1943.
- Гуков А. П., Внутривенный алкогольный наркоз, в кн. Сб. научных трудов военно-морских врачей, в. 1, М.—Л., Военмориздат, стр. 24—28, 1944, Хирургия, 6, 1944.
- Гургенидзе Г. И., Гексенал и его применение в М-ском эвакогоспитале Военно-Морского флота, в кн. Сб. научных трудов военно-морских врачей, в. 1, М.—Л., Военмориздат, стр. 19—34, 1944.
- Данович Ф. М., Комбинированный гексенал-газовый наркоз, в кн. Сб. научных трудов военно-морских врачей, в. 1, М.—Л., Военмориздат, стр. 15—19, 1944.
- Дмитриев В. Б. и Рабинович М. А., Обезболивание в условиях медсанбата, в кн. Санитарная служба в Отечественной войне, М., стр. 94—100, 1943 (Опыт работы врачей Северо-Западного фронта, в. 1).
- Добрин В. Б., Об осложнениях после местной анестезии дикаином, Хирургия, 3—4, 1942. Библиогр.
- Дубовин Н. Г., О применении раствора сернокислой магнезии для местной анестезии, Советская медицина, 11—12, 1943.
- Егоров А. Н. и Павленко С. И., О применении раствора новокаина для местной анестезии при хирургических вмешательствах, в кн. Сб. работ санитарной службы СибВО, в. 2, б. м., стр. 165—167, 1943 (СибВО).
- Е ж к о в И. Ф., Капельный метод гексеналового наркоза при шоке, Хирургия, 5» 1945.
- Е л и з а р о в с к и й С. И., К оценке методов анестезии звездчатого узла, Хирургия, 5, 1941.
- Еолян Р. О., Местная инфильтрационная анестезия совкаином и дикаином. Хирургия, 5, 1941. Библиогр.
- Ефимов Н. И. и Пестовский И. Я., Фармакологическое исследование 2-амино-4-метил-5-карбэтоксагиазола на анестезирующие свойства, Фармакология и токсикология, 7, 1944. Библиогр.
- З а б л о ц к а я С. А., Опыт применения гексеналового наркоза, в кн. Санитарная служба в Отечественной войне (Опыт работы врачей Северо-Западного фронта, в. 1), М., стр. 100—106, 1943.
- Зангиев Т. Х., Обезболивание при газовой гангрене, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 107—108, 1945 (ГВСУ Красной Армии).
- Злотников Д. М., Анатомические обоснования эпидуральной анестезии по Бахмен, Вестник хирургии им. Грекова, 62, 3, 1941. Библиогр.
- Капилевич В. Н., Обезболивание в войсковом районе, в кн. 1-я научная медицинская конференция 14-ской армии, б. м., стр. 67—68, 1943. Для служебного пользования.
- Каратыгин Б. И. и Калябина Е. И., Об обезболивающем действии лидола, Клиническая медицина, 21, 10—11, 1943.
- Карелии В. М., Действие эйкодала как болеутоляющего средства, Врачебное дело, 5—6, 1945.
- К е м т е р Г. С., Дикаин как средство для местного обезболивания в хирургии, Советская медицина, 2—3, 1943.
- К л и о н с к и й И. Б., Наш опыт применения внутривенного морфиногексеналового наркоза, Хирургия, 6, 1944.
- Коген А. Л., Алкогольный внутривенный наркоз, в кн. В помощь госпитальному врачу, Горький, стр. 18—20, 1942.
- Коген А. Л., О внутривенном алкогольном наркозе, Госпитальное дело, 6, 1944.
- Кочергин И. Г., Внутрикишечный гексеналовый наркоз, Предварительное сообщение, Хирургия, 10, 1944.
- Куватов Г. Г., Механизм действия анестетиков, Вестник офтальмологии, X—XI, 3-4, 1941.
- Кузнецов И. В., Местная инфильтрационная анестезия в гнойно-воспаленных тканях, в кн. Сб. материалов и статей, № 5, б. м., стр. 63—66, 1943. Для служебного пользования.
- Кукин Б. А., Гексеналовый наркоз в хирургической практике, Медицинский журнал БССР, 1, 1941.
- Лобачев С. В., Охлаждение тканей как метод обезболивания для ампутации конечностей (предварительное сообщение), Хирургия, 2, 1944.
- Малинин А. И., Усовершенствование метода и техники спинномозговой анестезии, Здравоохранение Казахстана, 7—8, 1943.
- Маневич А. А., Футлярная анестезия при лечении переломов предплечья, Архив биологических наук, 4, 1941.
- Мацуев И. Е., Морфийное обезболивание при черепно-мозговых ранениях, Хирургия, 7, 1944.



Меркулов Д. И., Внутривенное введение морфина как обезболивающее средство при активной обработке ран, в кн. *Анналы Института Склифосовского*, т. 3, кн. 1, б. м., стр. 124—129, 1942.

Меркулов Л. Н., Морфино-новокаиновое обезболивание при огнестрельных, ранениях черепа, *Вопросы нейрохирургии*, 8, 8, 1944.

Мнацаканов И. И., Об инъекционном эфирно-масляном наркозе по Топчиба-шеву, в кн. *Инъекционный эфирно-маслянный наркоз*, в. 3, Баку, стр. 123—143, 1942.

Могучий М. А., Вопросы обезболивания в войсковом и армейском районах, в кн. *Сб. материалов и статей, № 2, б. м., Действующая Армия*, стр. 58—64, 1942.

Могучий М. А., Гексеналовый наркоз в клинике и эксперименте и его значение в военное время, в кн. *Сб. материалов и статей, № 5, б. м., стр. 18—56, 1943. Для служебного пользования.*

Мухадзе Г. М., В защиту спинномозговой анестезии, в кн. *Анналы Института Склифосовского*, т. 3, кн. 7, М., стр. 112—119, 1942.

Нагнибеда Н. И., Внутривенный морфино-гексеналовый наркоз в практике военно-полевой хирургии, в кн. *Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий*, в. 9, Л., стр. 16—21, 1943.

Нечепаяев С. К., Местная анестезия предельно слабыми растворами дикаина. *Советская медицина*, 2—3, 1943.

Новолодский Л. П., Местное обезболивание в неотложной хирургии» *Здравоохранение Казахстана*, 7—8, 1943.

Общий наркоз в полевых госпиталях Испании во время последней войны, в кн. *Сб. переводов из иностранных военно-медицинских журналов*, б. м., стр., 51—52, 1941.

П а р и н а Г. А., Местная анестезия совкаином в восстановительной хирургии, *Хирургия*, 1, 1945.

Певзнер И. Л., Проводниковая анестезия п. 8р1апсЬп1с1, *Хирургия*, 3, 1941.

Певнев Б. М. и Шварцгорн Б. М., Опыт применения дикаина в хирургической практике, в кн. *Сб. научных трудов военно-морских врачей*, в. 1, М.—Л., стр. 29—30, 1944.

Певцов Б. Э., О новом в механизме действия новокаиновой анестезии, *Хирургия*, 1, 1945.

Перельман И. М. и Бронштейн В. С., Наш опыт применения совкаина для местной и спинномозговой анестезии, *Новый хирургический архив*, 48, 3, 1941, Библиогр.

Петров Д. Г., Опыт применения длительного гексеналового наркоза, в кн. 2-я научная конференция (тезисы докладов), Куйбышев, стр. 26—27, 1941 (КВМА).

Петров И. Р., Опыт применения дикаина в хирургической практике, в кн.: *Медицинский бюллетень*, б. м., стр. 30, 1942 (Иркутский мед. институт).

Плисак О. Г. и Сосонкин З. С., Опыт клинического применения совкаина для местной анестезии, *Хирургия*, 5, 1941.

По доп и е П. А., О наркозе. Новые экспериментальные материалы, *Военно-морской врач*, 2, 1945.

Положение о наркотизаторах из среднemedицинского персонала, 19.X.1940, *Большинное дело*, 1, 1941.

Попов В. И., Обезболивание в войсковом районе, *Вестник хирургии им. Грекова* 61, 2, 1941.

Протасевич А. В., Внутримышечный гексеналовый наркоз, *Хирургия*, 1—2, 1942. Библиогр.

Протасевич А. В., О гексеналовом наркозе, *Вестник хирургии им. Грекова*, 61, 2, 1941.

Протопопов С. П., Местное обезболивание при ранении конечностей, *Архив биологических наук*, 10—11, 1941.

Пшеничников В. И., Местная анестезия при огнестрельных ранениях живота в войсковом районе, *Советская медицина*, 6, 1943.

Пшеничников В. И., Местное обезболивание и маслянобальзамическая повязка проф. А. В. Вишневого, *Фельдшер и акушерка*, 5, 1941.

Рабинович М. А., Обезболивание в условиях мелсанбата, в кн. *Санитарная служба в Отечественной войне*, М., стр. 84—99 (Опыт работы врачей Северо-Западного фронта, в. 1) (ГВСУ Красной Армии). Для служебного пользования.

Рабинович В. К. и Данович Ф. М., Опыт применения кратковременного гексеналового наркоза, в кн. *Сб. научных трудов военно-морских врачей*, в. 1, М.—Л., стр. 12—15, 1944.

Радужкевич В. П., Опыт Гексеналового капельного наркоза растворами слабой концентрации при длительных хирургических вмешательствах, в кн. *Труды Новосибирского государственного медицинского института усовершенствования врачей, Новосибирск*, стр. 43—50, 1942.

Р а ч е к П. М., Внутривенный алкогольный гексеналовый наркоз, *Хирургия*, II, 1944, в кн. *Военная медицина в Великую отечественную войну*, в. 2, М., стр. 443—444, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Ра Че к П. М., Заметка об алкогольно-гексеналовом наркозе, *ВМЖ*, 11—12, 1944.

Российский Д. М., Хлорэтилиденометиленовый наркоз. Хирургия, 2, 1945; Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 9, 1942.

Рухмаи А. Е., Характеристика обезболивания по опыту ДМП, в кн. Сб. материалов и статей, № 5, б. м., стр. 51—57, 1943. Для служебного пользования.

Синиченко П. Г., О внутримышечном наркозе гексеналом, Хирургия, 1, 1943.

Скворцов И. Г., Дикаин для местной инфльтрационной анестезии в слабых концентрациях, в кн. Труды окружной хирургической конференции госпиталей СибВО, в. 3, Красноярск, стр. 419—423, 1944 (СибВО).

Соломинский С. И., К вопросу о методике внутривенного введения тексена, Военно-морской врач, 2, 1944.

Сосонкин З. С. и Плиса к Г. О., Дикаин и совкаин в хирургической практике, Медицинский журнал БССР, 1, 1941.

Сосонкин З. С. и Плиса к Г. О., Опыт применения дикаина в хирургической практике, Вестник хирургии им. Грекова, 62, 3, 1941.

Степанов М. М., О местной анестезии раствором новокаина с содой по Ци-менаури, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 1, М., стр. 186—187, 1944 (ГВСУ Красной Армии).

То х и я н А. Д., Наши наблюдения над применением эфирно-масляного наркоза по методу проф. Топчибашева (при операциях над ранеными бойцами), в кн. Инъекционный эфирно-масляный «аркоз», в. 3, Баку, стр. 72—77, 1942.

Углов Ф. Г., Обезболивание в войсковом районе, в кн. Сб. научных работ института за второй год Отечественной войны, Л., стр. 134—138, 1944 (Институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова).

Угрюмов В. М. и Березина М. П., О применении местного и регионарного электрообезболивания в практике нейрохирургии, Вопросы нейрохирургии, 8, 3, 1944.

Украинская Н. И., Гексеналовый наркоз рег оз, Хирургия, 3, 1941.

Федорев А. С., Внутривенное введение морфия как добавочное к обезболиванию в войсковом районе, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армии, в. 2, Л., стр. 46—47, 1943. ,

Флоренский Н. Д., Наркоз пронарконом в амбулаторной работе хирурга, Вестник хирургии им. Грекова, 62, 3, 1941.

Ф р а й е л ь д Я. А., Опыт применения спинномозговой анестезии в ортопедической практике, Ортопедия и травматология, 3, 1941.

Фридланд Е. М., Новые данные о местной анестезии и наркозе, Фельдшер и акушерка, 7, 1942.

Фукс Б. М., О некоторых новых методах обезболивания, в кн. 2-я научная конференция. Тезисы докладов, Куйбышев, стр. 24—26, 1941 (КВМА).

Хавкин Л. С., Внутримышечный гексеналовый наркоз, Госпитальное дело, 11—12, 1943.

Хавкин Л. С., Пронарконовый наркоз при кратковременных операциях, Хирургия, 5, 1941.

Цкиманаури Г. А., Новое видоизменение метода обезболивания кокаиновыми препаратами при хирургических операциях, в кн. Сб. трудов, посвященных В. В. Воронину, Тбилиси, стр. 333—336, 1941. Библиогр.

Цкиманаури Г. А., Новое видоизменение метода местного обезболивания новокаином, Фармакология и токсикология, 4, 2, 1941.

Цирулик Г. Л., Применение дикаина для местной анестезии, Краткое сообщение, Вестник хирургии им. Грекова, 62, 3, 1941.

Черпаков Б. М., Местное обезболивание совкаином, Вестник хирургии им. Грекова, 61, 1, 1941.

Шатунов П. Г., Внутривенный алкогольный наркоз, Вестник хирургии им. Грекова, 64, 5, 1944.

Шлапоберский В. Я. и Глезер М. Ю., Анестезия плечевого сплетения на шее, Хирургия, 7, 1943.

Эдельштейн Г. Л. и др., Анестезия поперечного сечения при операциях на конечностях по данным ЦГТИ, Вестник хирургии им. Грекова, 65, 1, 1945.

Эскин И. А., Новый метод гексеналового наркоза с помощью переливания крови, Хирургия, 6, 1944.

Эфендиева И., Влияние эфирно-масляного наркоза при подкожном впрывкивании на организм, в кн. Труды Азербайджанского государственного университета им. Кирова, т. 2, в. 2, б. м., стр. 95—102, 1941.

Юдин С. С., Хирургическое обезболивание льдом для ампутации конечностей, 21 стр., 1943.

Юдин С. С., Хирургическое обезболивание льдом для ампутации конечностей, Вестник хирургии им. Грекова, 64, 6, 1944; ВМЖ, январь—февраль, 1944. Военно-морской врач. 3, 1944.

Яриц ни А. А., Опыт применения анестезии плечевого сплетения, в кн. Сб. материалов и статей, № 5, б. м., стр. 58—62, 1943. Для служебного пользования.

*(Продолжение следует)*

Кандидат мед. наук Л. М. Серенчик и др. Новый ретрактор 41  
 Капитан мед. службы Д. Е. Джемс-Девидс. Прimitивная капельница..... 44  
 Ф. Д. Колесник. Портативный ящик для хранения и транспортировки консервированной крови и сывороток..... 45

*В УЧЕНОМ МЕДИЦИНСКОМ СОВЕТЕ ПРИ НАЧАЛЬНИКЕ ГВМУВС СССР*

Хроника совещаний стоматологической, урологической и гинекологической подсекции хирургической секции ..... 46

*В МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ*

В президиуме Академии медицинских наук СССР..... 51

*БИБЛИОГРАФИЯ*

Полковник мед. службы И. Д. Макаров. Библиография по военной медицине за годы Отечественной войны (1941—1945.) . . 55

Сайб, Ип глеб. 8el.A. M. 8 e г е д п 1-15 к 1 A \e/y КеиасЮг .... 44  
 Сар1alп В Е. Л а ш е в-Ь с V у. А 81т-р!е Вгоррег..... 44

Е. В. К о 1 е б п 1 к. А Ропable Сазе Гог Кеерпп§ апд ТрапзроПаНоп о! Рooled Вlood апд Зега ... 45

*ЕРОМ THE 8С1ЕИТПИС МЕИИ-САЕ СОЦИС1Е ЦИПЕР THE ИПРЕСТОР СЕИЕРАЬ ОЕ THE МЕИ'САЕ ИЕРАРТМЕИТ ОЕ АРМЕй ЕОРСЕ8 ОЕ THE О88Р*

Сйгоп1cle о! 3lotalo1o\$;lcal, Про1o^1-cal апд Оупесо1o\$1cal Соп(егеп-сезо! Иге 8иг\$1cal Зейюп ипдег 1йе Зиг\$1cal Верайтеш ... 46

*АТ МЕЫСАЕ 80С1ЕТ1Е8 АЦИ ОИ 8С/ЕИТ/Е1С СОИЕЕРЕНСЕ8*

Ип Нге През1длит о! Иге Акадегу о! Мед1cal 8c1епсезо( 1Не С<sup>Т</sup>88К. 51

*В1ВЫ00РАПТ*

Со1опел 1 В. Мака г о у. В1Ыло\$га-р'Бу оп 'Л'аг Мед1сше Ип Иге Ра-П'Ю11С АУаг 1941 -1945 .... <sup>о5</sup> -

