

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ

Ж У Р Н А Л



11

НОЯБРЬ

МЕДГИЗ · 1946

СОДЕРЖАНИЕ

<u>Николай Нилович Бурденко</u> | . . . . .	3
<i>ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ</i>	
Полковник мед. службы проф. Б. Д. Д о б ы ч и н. Хирургическая помощь в войсковом районе в Восточно-прусскую наступательную операцию.....	8
Подполковник мед. службы Н. Г. Раб и но вич. Анализ заболеваемости и организация терапевтической помощи в Ленинградском военном округе	13
Полковник мед. службы А. Г. П е р ш и н. Ближайшие и отдаленные результаты лечения эссенциальной гипертонии на курорте Сочи—Мацеста	18
А. Е. Шевалев Применение ваго-симпатической новокаиновой блокады при проникающих ранениях груди, осложненных внутриплевральным кровотечением	24
Доц. Н. И. Григорьев. Оперативное лечение хронических эмпием плевры огнестрельного происхождения	29
<i>ВОПРОСЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ войск</i>	
Подполковник мед. службы Б. Л. Угрюмов. Туляремия по материалам госпиталя М-ской армии	35
<i>ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВВС</i>	
Полковник мед. службы канд. мед. наук А. В. Куковеров. К вопросу об утомлении летного состава	46
<i>РЕФЕРАТЫ</i>	
Доктор мед. наук Л. М. Старокадомский. Конвенционные болезни	50
<i>КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ</i>	
Профессор И. А. Бегельман. Как не следует подытоживать опыт Великой отечественной войны	51
Полковник мед. службы И. Д. Макаров. Библиография по военной медицине за годы Великой отечественной войны (1941—1945 гг.).....	52
Доктор мед. наук Л. М. Старокадомский. Краткий обзор содержания журналов. 1. Военная медицина (США), 1945, т. 7, № 1—3 (январь—март). 2. Бюллетень военно-санитарного управления армии США, 1945, № 84—86 (январь—март) . . .	61

СОМТЕМТ8

<u>Миколаї Нїлович Бурденко</u> | . . . . .	3
<i>МЕШСАЕ-РЯОРНУЕАСТІС ОПЕДПОИ8</i>	
Colone1 o! Мей. 8ery1ce рпЯеэоо В. В. ВобуьЫп. 5иг§1ca1 зегУ1ce 1п баШе 2< не <1иг1пд (He Ea51-Ргизэ1а ойеп81уе ...	8
Бле1епап Colone1 o! МесВса1 5ery1ce 14. С. Ка Ъ 1 по V 1 с И. а пауэ1э o! МоґЫШКу ап 6 Ог^ашХаНоп o! ТИегареиНс АШ 1п (He БелШп-&га<1 АМаг В15(г1с(.....	13
Colone1 o! (МесПса! 5ery1ce А. О. РегзЫп. Егох1гпа(е апб Ре-шо!е РеэиИз o! ЕэепИаЈ Нурег-1епэ1оп Тгеа(теп(а! (He НеИИ-Резог(8осН1—Ма1ээ1а	18
8 He y a 1 e y A. E. AppHcaЙоп o! Уа^из-Зутрайпизэ 14оуоа1п В1оска<1е 1п Саээ о! Репе(гаНп2 Сьез(АЬ'оипбз, СогрПсаСєб шШ 1п1гар1епга1 Нагогґбаде ...	4
A8515. pro{. 14. 1. О г 1 § о г 1 е у. Бигтса! (геа(теп(o! сьгоп1с р1еиґа1 етпуета гевиШпо (гог §ип5Йо1 тр1ев.....	29
<i>ОЦЕ8ТЮН8 ОР АИТІЕРШЕМІСАЕ ЦЕРЕКСЕ ОР ТРООР8</i>	
Бле1(епап(-Colone1 o! МесНса! Зетсе В. Б. Б1 § г 1 я т о у.—Тила-гелпа оп Ма1ег1а1э o! ап агту НозрКа! . • -.....	35
<i>ОПЕ8ТЮН8 ОР THE МЕШСАЬ 8ЕКУ1СЕ ОР THE МАЕ</i>	
Colone1 o! МесПса) 8ery1ce СапсБ 1п теб. 8С1. А. V. Кикоуегоу, 8оге Реси1 ІагН1е5 o! МоґЫШНу o! (He Г1у1п2 81аИ.....	46
<i>АВ8ТРАСТ8</i>	
Воски o! Мес11ca1 8c1епсе8 Б. М. 8(агока<1огп8ку. СопуепН-опаЈ В18еазе5.....	50
<i>СЩТІДІ8М ЦЦЦ ВІВЫООЯРНУ</i>	
ПроБ 1. А. В е 2 е 1 та п. Ночґ з^оиШ по(зигтапБе (Бе Ехрепсе о! (He Огеа1 Ра(г1о(1с АУаг.....	51
Colone1 o! Медка! 8ery1ce І. О. Ма-ка ро у. В1Ы102ґрабу оп АА^аг МеШсте биг(п2 (He ОгеаГ Ра-Г1Ю11С АУ аг (1941—1945)	52
Вос(оrо1Меб1ca1 8c1епсе5 Б. М. 81а-гокаб оету. 8Ноґ(Реу1-еу/ o! Соп(еп18 o! (He Лоиглак: АУ аг МейкШе, 19(5, уО1. 7, № 1-3; „ТІе Ві1еОп o! (He 118 Агуу Меё1ca1 ВепаНтеґ, 1945, № 84-86.....	61

**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

И

НОЯБРЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1946 — МОСКВА

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 20

Отв. редактор *Е. И. Смирнов*

Издается с 1823 г. Стано в п юизводствэ 26/Х 1946 г. Подписано к печати 23/ХП 1946 г.
А 13165. Формат бум. 70Х108/16. Печ. л. 4. Уч.-изд. л. 6,75.
Знаков в 1 п. л. 67 000. Тираж 8 800 экз. Цена 2 руб. Заказ 530.

13-я тип. треста „Полиграфкнига* ОГИЗа при Совете Министров СССР.
Москва, Денисовский, 30

НИКОЛАЙ НИЛОВИЧ БУРДЕНКО

11 ноября 1946 г. после продолжительной и тяжелой болезни скончался Главный хирург Вооруженных сил Союза ССР, Герой Социалистического Труда, академик, генерал-полковник медицинской службы Николай Нилович Бурденко.



Славное имя этого высоко одаренного ученого, пламенного патриота нашей родины, активного общественного деятеля широко известно не только в нашей стране, но и за рубежом. Вся жизнь Николая Ниловича является примером неутомимого и страстного служения науке и народу. До последних дней своей жизни он неутомимо работал над разрешением наиболее трудных и актуальных проблем медицинской науки, проявляя огромную творческую энергию и яркий талант ученого-исследователя.

Николай Нилович Бурденко родился 26 апреля (8 мая) 1878 г. Окончив духовную семинарию, он в 1899 г. поступил на медицинский факультет Томского университета. За участие в студенческих забастовках Николая Ниловича исключили из университета и лишили права жительства в Томске. Поэтому он вынужден был переехать в Юрьев, где поступил в Юрьевский университет. Уже со студенческих лет определилась его одаренность, исключительное трудолюбие, стремление посвятить себя хирургии. Будучи студентом пятого курса, Н. Н. Бурденко принял участие в начавшейся русско-японской войне. Он работал в передовом военно-санитарном отряде, оказывая помощь раненым солдатам и офицерам. Стремление помочь русскому солдату, облегчить страдания раненых пробудило у Николая Ниловича глубокий интерес к военно-полевой хирургии, который не угасал в течение всей его жизни. Наблюдательность и пылкий ум, знакомство с замечательными трудами великого русского хирурга Н. И. Пирогова позволили в то время Николаю Ниловичу увидеть крупные недочеты в организации медицинской помощи раненым.

После окончания войны, сдав государственный экзамен, Н. Н. Бурденко всецело посвящает себя хирургии. В 1909 г. он блестяще защищает докторскую диссертацию, а в конце 1910 г. в возрасте 32 лет избирается экстраординарным профессором кафедры оперативной хирургии Юрьевского университета. В эти и последующие годы Николай Нилович исключительно успешно ведет педагогическую работу, много оперирует, отдаваясь научным исследованиям.

К началу первой мировой войны Николай Нилович Бурденко был уже всесторонне образованным хирургом, владеющим высокой, хирургической техникой. Знания и опыт выдвинули его на ответственный пост хирурга-консультанта. Этот период деятельности Н. Н. Бурденко богат примерами исключительно напряженной и плодотворной работы. Обладая широким врачебным кругозором, талантом организатора и личным опытом участника войны 1904—1905 гг., Николай Нилович исключительно много сделал для упорядочения хирургической помощи в полевых лечебных учреждениях. Руководствуясь учением Н. И. Пирогова, Николай Нилович не замыкается в рамки узко хирургической деятельности. Много внимания уделяет он также организационным вопросам и со свойственной ему глубиной занимается разработкой многих важнейших разделов военно-полевой хирургии наряду с разработкой проблем о борьбе с анаэробной инфекцией. Николай Нилович изучает вопросы эвакуации раненых, состояние санитарного транспорта, занимается изучением хирургических кадров и их распределением, давая по всем этим вопросам ценнейшие указания.

После Февральской революции 1917 г. Н. Н. Бурденко был выдвинут на должность Главного военно-санитарного инспектора армии. Однако, не имея возможности в тогдашних условиях осуществить свои идеи, Николай Нилович был вынужден оставить пост Главного военно-санитарного инспектора и вернулся на кафедру в Юрьев. Юрьевский университет был эвакуирован в Воронеж.

Биограф Н. Н. Бурденко, характеризуя этот период его деятельности, пишет: «В тяжелые годы гражданской войны 1918—1921 гг. он работает по организации военно-санитарного дела только что зародившейся Красной Армии. Организует госпитали, сам делает многочисленные операции, читает молодым врачам лекции по вопросам военно-полевой хирургии». В 1923 г. Н. Н. Бурденко избирается профессором I Московского медицинского института. Уже в эти годы он привлекается к разработке важнейших вопросов, вставших перед молодой медицинской службой Красной Армии. Весь свой опыт военно-полевого хирурга, организатора, участника войн он отдает делу построения ме-

дицинской службы Красной Армии и созданию основ советской военно-полевой хирургии.

В годы мирного строительства Николай Нилович организует первый в СССР нейрохирургический институт. Он становится во главе этого института и развертывает невиданную по масштабам научно-исследовательскую и практическую хирургическую деятельность. Николай Нилович разрабатывает методику сложнейших операций на нервной системе, в частности, при опухолях третьего и четвертого желудочка мозга, при опухолях задней черепной ямки и др. *

Операции, производимые в непосредственной близости к жизненно важным центрам, требуют виртуозной хирургической техники, которой Николай Нилович владеет в совершенстве. В институт к Бурденко стекаются больные со всех концов нашей страны. Виднейшие иностранные ученые проявляют интерес к замечательным достижениям нейрохирургического института и его руководителя. Многие ученые приезжают к Н. Н. Бурденко учиться, его приглашают за границу, где он выступает с докладами и демонстрирует свои операции на центральной нервной системе.

В огромной мере благодаря трудам Н. Н. Бурденко, нейрохирургия заняла подобающее ей место и оформилась как самостоятельная дисциплина. Н. Н. Бурденко является главой и основоположником советской нейрохирургии, стяжавшей себе мировое признание.

За исключительные заслуги в деле развития советской хирургии, в частности, нейрохирургии, Советское правительство в 1935 г. награждает Н. Н. Бурденко орденом Ленина. Советский народ, высоко оценивая заслуги выдающегося ученого и патриота, избирает Н. Н. Бурденко делегатом VIII Чрезвычайного съезда Советов, а затем депутатом Верховного Совета СССР.

Николай Нилович Бурденко беспрестанно занимается разработкой актуальнейших вопросов военно-полевой хирургии. На съездах и совещаниях хирургов, в научных трудах, в статьях, помещаемых в периодической печати, он призывает медицинскую общественность к практической разработке вопросов военной медицины, к освоению опыта прошлых войн и современных достижений науки. В своих статьях «Хирургическая работа в войсковом районе» (1937), «Письма о первичном шве и первичной обработке ран» (1938), «Характеристика хирургической работы в войсковом районе» (1938) и др. Н. Н. Бурденко выдвигает важнейшие задачи военной медицины и намечает пути их решения.

Николай Нилович не ограничивается теоретической разработкой вопросов военно-полевой хирургии. Он принимает активное участие в организации медицинского обеспечения войск во время войны с белофиннами. С первых дней Великой отечественной войны, согласно приказа товарища Сталина, Н. Н. Бурденко назначается на ответственный пост Главного хирурга Красной Армии. На этом посту он оставался до последних дней своей жизни.

Его деятельность в качестве Главного хирурга Красной Армии — блестящий пример преданного служения родине. Огромный личный опыт, выдающиеся познания, организаторский талант, темперамент общественного деятеля — большевика — все это было направлено к одной великой цели: сохранить жизнь раненому, восстановить его боеспособность и скорее вернуть в строй. Как Главный хирург Красной Армии Н. Н. Бурденко не только руководит мероприятиями по организации хирургической помощи раненым на фронте, но лично сам непрерывно ведет научно-исследовательскую работу и организует ее в лечебных учреждениях фронта и тыла. Он изучает проблему шока, проблему глубокой антисептики тканей, разрабатывает методы лечения сульф-

амидными препаратами, пенициллином и оказания специализированной хирургической помощи раненым.

Исследования Н. Н. Бурденко дают научно обоснованные практические указания, как предупредить ряд тяжелых осложнений после военных травм, как лечить раненых. При его непосредственном участии и под его руководством создаются необходимые инструкции и указания по различным вопросам хирургии для врачей действующей армии и тыловых госпиталей. Благодаря этому военные врачи получили единые установки и обеспечили хирургическую помощь раненым на фронте и в тылу на основе новейших достижений медицинской науки. Характерным для работ Н. Н. Бурденко, как и для всего его научного творчества, является то, что он умел воплотить в жизнь сталинскую идею единства теории и практики.

Н. Н. Бурденко отличался неутомимой энергией. Несмотря на свой возраст, он лично бывал на фронтах, лично инспектировал армейские госпитали, неутомимо инструктировал хирургов, передавал им свой опыт, учил их словом и показом, производя на фронте сложнейшие операции.

В конце сентября 1941 г. при инспектировании прибывшего с фронта военно-санитарного поезда Николай Нилович тяжело заболел. Отличаясь огромной волей, он преодолел свой недуг и, несмотря на подорванное здоровье, с прежней энергией и неутомимостью исполнял свои ответственные и сложные обязанности.

Чрезвычайно трудно в короткой статье осветить всю многообразную государственную, общественную, научно-исследовательскую и врачебно-практическую деятельность Николая Ниловича Бурденко за годы Отечественной войны. Депутат Верховного Совета СССР, член Чрезвычайной государственной комиссии по установлению и расследованию злодеяний немецко-фашистских захватчиков, председатель Ассоциации хирургов СССР, председатель Ученого медицинского совета Наркомздрава СССР — вот далеко не полный перечень его государственных и общественных обязанностей.

9 мая 1943 г. за выдающиеся научные заслуги в области советской медицины и самоотверженную плодотворную работу по организации хирургической помощи бойцам и командирам Красной Армии, раненым в боях с немцами захватчиками Советское правительство присвоило Н. Н. Бурденко звание Героя Социалистического Труда.

По поводу этой высокой награды Николай Нилович заявил, что считает себя обязанным оправдать присвоенное ему звание «делами энергичными, яркими, исполненными элементами творчества, глубоко теоретического и эффективного практически».

Николай Нилович Бурденко принял самое деятельное участие в организации высшего медицинского учреждения страны — Академии медицинских наук СССР. В декабре 1944 г. на учредительной сессии Академии он избирается президентом Академии. В наиболее ответственный организационный период жизни Академии Николай Нилович руководит ее работой, конкретизирует задачи академии в целом, ее отделений и институтов.

В феврале 1946 г. Николай Нилович избирается депутатом Верховного Совета СССР второго созыва. Этим советский народ показал свое отношение к славным делам своего достойного сына. Николай Нилович Бурденко задолго до Великой отечественной войны говорил о себе: «независимо от гражданской одежды, во мне бьется военное сердце». Генералы, офицеры и солдаты Вооруженных сил Советского Союза хорошо знают благородное сердце Главного хирурга Вооруженных сил. Они высоко ценят заслуги Н. Н. Бурденко перед родиной и ее вооруженными силами.

Советская военная медицина потеряла в лице генерал-полковника медицинской службы Н. Н. Бурденко своего виднейшего представителя. Медицинские работники Вооруженных сил Советского Союза будут помнить мысли Н. Н. Бурденко, выраженные им в письме к молодому поколению:

«Будьте горды за великих учителей Ленина и Сталина. Будьте всегда готовы изо всех сил исполнить их заветы. Любите нашу великую родину и живите на счастье ее. Храните вечную память о героях Красной Армии. Учитесь и трудитесь».

Медицинские работники Вооруженных сил будут хранить память о Николае Ниловиче Бурденко, который, не щадя своих сил, работал во славу советской военной медицины, на благо нашего социалистического отечества.

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Полковник мед. службы проф. Б. Д. ДОБЫЧ ИИ

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ВОЙСКОВОМ РАЙОНЕ В ВОСТОЧНО-ПРУССКУЮ НАСТУПАТЕЛЬНУЮ ОПЕРАЦИЮ

Из кафедры общей хирургии Военно-медицинской академии Красной Армии имени С. М. Кирова (нач. кафедры — генерал-лейтенант мед. службы заслуженный деятель науки проф. Н. Н. Еланский)

Наступление Красной Армии в Восточную Пруссию началось зимой. Войскам пришлось брать сильно укрепленные противником рубежи у г. Макув. Враг оказывал отчаянное сопротивление и после прорыва его основной укрепленной полосы. Переходя в контратаки, противник перерезал дороги в наших тылах и нередко нарушал эвакуацию раненых с ПМП и МСБ. Так, например, случилось на участке двух МСБ в феврале 1945 г. в г. Мюльхаузен.

Принцип ранней эвакуации по назначению в специализированные госпитали в этих случаях не всегда выдерживался, и поэтому специализированную помощь раненым в голову, лицо и пр. оказывали в МСБ общие хирурги. Иногда в госпиталях накапливалось такое количество

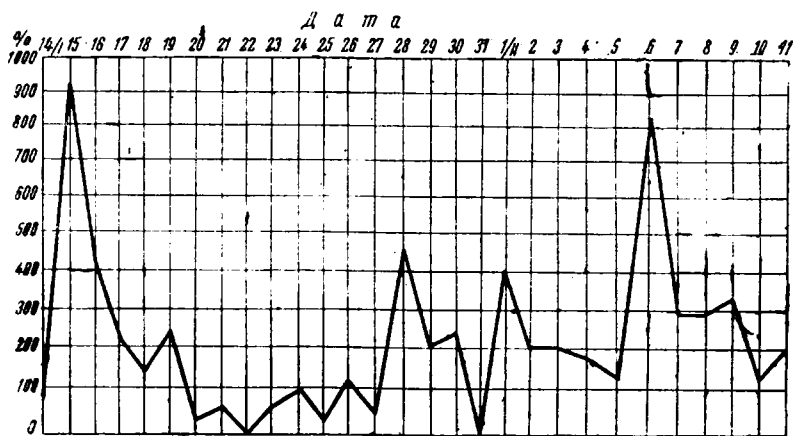


Рис. 1

раненых, что их не удавалось во-время обслужить. Например, в Мюльхаузене скопилось до 1 000 раненых и персонал МСБ и ПМП работал с большой перегрузкой. Особенно трудно было в периоды быстрых продвижений. В этих случаях МСБ делились на 2—3 эшелона и расплывали свои силы. Значительно смягчало положение усиление санитарного транспорта за счет фронтовых средств, а также заранее установленный четкий порядок эвакуации раненых.

Отдельную боевую операцию по ликвидации группировки противника на косе Фриш-Нерунг с 1 по 9 мая, занявшую лишь часть войсковых соединений нашей армии, мы будем рассматривать в общем комплексе с восточно-прусской операцией.

Трудности, которые встретились здесь, связаны с плохими условиями транспорта. На косе Фриш-Нерунг была одна, притом очень плохая дорога. Эвакуацию раненых на материк на правом фланге затруднял валив Фриш-Гаф. Удобной пристани не было. На левом фланге противник разрушил дамбы и затопил местность. Личному составу МСБ пришлось на себе нести медицинское имущество и работать с весьма ограниченными средствами. Эвакуацию раненых по узкой дороге задерживали встречные обозы с боеприпасами и пр.

Во время восточно-прусской операции через МСБ прошло 70% пораженных в боях. Динамика поступлений раненых во время этой операции в МСБ представлена кривой (рис. 1), где за 100 взято поступление раненых 14 января — в первый день наступления. В операцию на косе Фриш-Нерунг за 100 взято поступление раненых 1 мая — в день начала операции (рис. 2).

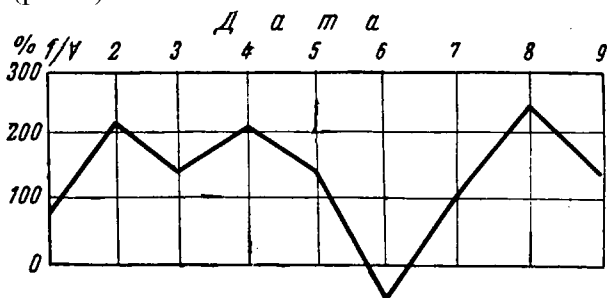


Рис. 2

Рядом с МСБ работали и хирургические госпитали первой линии, которые отвлекали, а иногда и полностью переключали на себя поток раненых, как, например, 6 мая. Поэтому падение кривой поступления раненых в МСБ еще не означает уменьшения напряжения боев и потока раненых.

В МСБ было оперировано до 66,8% раненых, причем в 84,8% случаев это были активные обработки ран. Из группы тяжело раненных в грудь, живот и бедро оперировано от 75 до 93%; в 80% случаев операции сделаны в наиболее благоприятные сроки, т. е. в первые 8 часов после ранения.

Табл. 1 и 2 иллюстрируют объем и сроки оперативной помощи в сравнительном аспекте с бобруйской боевой операцией (осень 1944 г.).

Таблица 1

Сроки поступления раненых в МСБ с момента ранения (в %)

Дата боевой операции	До 8 часов	До 12 часов	До 18 часов	До 24 часов	Позже 24 часов
С "4.1 по 25.111. 1915 г.....	79,5.....	14,9	3,9	1,2	0,5
С 1 V по 9.V. 1945 г.....	79,8.....	9,6	4,9	2,5	3,2
В бобруйскую операцию во втором полугодии 1944 г.....	72,0	От 8 до 6 часов — 22			

Если учесть многочисленность тяжелых ранений — 30,2% и ранений средней тяжести — 34% (в бобруйскую операцию в октябре 1944 г. было тяжелых 29% и средних 33%), а также трудоемкость оперативных вмешательств (например, обработка по Юдину огнестрельного перелома бедра, лапаротомия и др.), то можно себе представить, как велики были масштабы работы.

В основу планомерности хирургической работы мы ставили маневр хирургическими силами. Маневр осуществлялся не только усилением за

Таблица 2

Объем оперативной помощи в МСБ (в %)о

Дата боевой операции	Оперировано раненых (в »/о)	Из них активно обработано	% оперированных		Фованных раненных в живот	с переломом бедра
			раненных в череп	раненных в грудь		
С 14.1 по 25.111. 1945 г.	66,4	84,8	2,7	76,1	75,7	80,2
С 1.У по 9.У. 1945 г.	66,8	80,5	2,4	86,1	83,0	93,3
За бобруйскую операцию во втором полугодии 1944 г.	49,1	50,7	3,4	85,4	60,0	81,0

счет ОРМУ, группы которой работали на базе госпиталей, но и за счет маневра самими МСБ в целом и бригадами из их медицинского состава. Например, в мае на косе Фриш-Нерунг МСБ одного корпуса в процессе боя действовали с перемещениями, а в моменты переключения потока раненых с одного МСБ на другой хирурги переезжавшего МСБ переключались в продолжавший работать.

Для улучшения качества хирургической помощи во время операции на косе Фриш-Нерунг мы придавали МСБ, принимавшему на себя поток раненых, специализированные группы: нейрохирургическую и бедренную. Такую «роскошь» мы могли позволить себе потому, что фронт придал нам резервных специалистов. Это было тем более необходимо, что особые условия десантной операции не позволяли подтянуть специализированные госпитали поближе к МСБ.

Успех хирургического лечения зависит от сроков оперативных вмешательств.

Во время восточно-прусской операции из поступивших до 8 часов было оперировано 84,9% раненых. С проникающими ранениями в череп оперировано 2,3%, с ранениями в грудь — 90,7%, в живот — 89,2%, с переломами бедра — 97,6%. При более поздних поступлениях процент оперируемых падал лишь в группе раненных в живот вследствие тяжести их состояния; из поступивших в первые 12 часов после ранения оперировано 71,4%, от 12 до 18 часов — только 50%. Позже 12 часов во время восточно-прусской операции поступило всего 5,5%, а во время операции на косе Фриш-Нерунг—10%. В группе тяжело раненых при ранних сроках поступления процент оперированных был высоким, он снижался лишь при поздних поступлениях. Операции не производились только из-за тяжести состояния, делающей хирургическое вмешательство бесперспективным.

Естественно, процент оперированных снижается вследствие эвакуации специализированных раненых в госпитальную базу армии, а также при массовых поступлениях вследствие передачи части раненых в соседние госпитали первой линии. Организуя два потока раненых: легких и средней тяжести, мы значительно сокращали сроки обработки раненых и быстро освобождали сортировочную от необработанных. Бывали, правда, случаи, когда это разделение осуществлялось лишь под нажимом армейского хирурга или другого инспектирующего лица.

Немалое значение имеет организация раздевания тяжелых и средней тяжести раненых. Иногда при больших потоках кладут на стол раненых прямо в обмотках, ботинках, в верхнем обмундировании и так оперируют даже под наркозом. Мы категорически восстали против такой беспринципности и потребовали соблюдения режима, обеспечивающего в операционной необходимую асептику. В перевязочной для легко раненых допускалась обработка и в верхней одежде, но обязательно поверх обмундирования раненый надевал халат или накидывал простыню. Обувь необходимо снимать, так как обработка производится преимуще-

шественно в лежачем положении и не исключена необходимость прибегать к наркозу.

Важным условием при обработке раненых является организация рабочих мест. Необходимо иметь достаточно перевязочных столов и располагать их так, чтобы перевязочной сестре было удобно подавать перевязочный материал. Немало труда мы положили, чтобы привить нашим людям навыки работы по определенной системе и соблюдать ее даже в моменты значительной нагрузки.

В происхождении шока большую роль играла боевая обстановка. Например, во время майской боевой операции на косе Фриш-Нерунг в МСБ левого фланга этого участка в состоянии шока- поступило 17% раненых, причем 16,5% находившихся в шоке умерло. Объясняется это тем, что войска преодолевали водную преграду, бойцы промокли и иззябли.

В происхождении шока весьма важную роль играют сроки доставки раненых, удобство санитарного транспорта, качество иммобилизации, применение обезболивающих средств на передовых пунктах эвакуации, начиная с батальонного. Мы настойчиво учили ротного санинструктора и фельдшера батальона профилактике шока, требуя при переломе бедра обязательно накладывать на батальонном пункте шину Дитерихса, рано выносить раненых с поля боя и пр.

Для ликвидации развившегося шока мы, помимо общих мер, применяли новокаиновую блокаду и переливание крови и кровезаменителей. Так, например, во время январско-мартовской операции ваго-симпатическая блокада на ПМП сделана 80,7% раненых с переломом бедра, в майскую операцию—105,5%. Фуллярная анестезия на ПМП в январско-мартовскую операцию сделана 97,6% раненых с переломом бедра, в майскую — 326,6%. Часто фуллярная анестезия производилась и при огнестрельных переломах голени, что и подняло удельный вес этих мероприятий.

Переливание крови и кровезаменителей производилось на ПМП при обескровливании и шоке. В отношении раненных в живот все противошоковые мероприятия производились в МСБ.

Данные о переливании крови и кровезаменителей представлены в табл. 3.

Таблица 3

Переливание крови и кровезаменителей к числу санитарных потерь (в %)

Дата боевой операции	Кровь		Сочетание кровь+ кровезаменители		Кровезаменители			Капельным методом	
	с	из ХППГ 0 первой линии	ПМП	МСБ	ХППГ первой линии	из ХППГ первой линии			
С 14.1 по 25.11.1945 г.	1,0	7,7	4,4	1,4	0,4	2,8	8,5	8,8	9% ко всем переливаниям
С 1.У по 9.У. 1945 г.	2,1	7,0	2,8	2,6	3,2	2,7	3,1	14,5	3,5% ко всем переливаниям
За бобруйскую операцию во втором полугодии 1944 г.	1,6						9,3		

Удельный вес переливания крови и кровезаменителей довольно высок и, по нашему мнению, вполне отвечает потребности. Особенно охотно на ПМП переливали кровезаменители, которые для ПМП более доступны.

Наиболее широко на ПМП нашей армии стали применять ваго-симпатическую блокаду и фуллярную анестезию в период восточно-прусской

-операции. В МСБ Эти мероприятия являлись обязательными в системе хирургического лечения соответствующих раненых и в случае задержки раненых в госпитальном отделении нередко повторялись.

Во время лапаротомии, если у раненых с проникающим ранением живота оказывалась забрюшинная гематома, мы рекомендовали вводить за брюшину 100 см³ 0,25% раствора новокаина, чтобы временно выключить влияние сдавленных симпатических проводников и узлов, находящихся в состоянии раздражения и поддерживающих шок.

Лечение раненых с анаэробной инфекцией — важнейшая задача МСБ. Осложнения эти имели тенденцию к некоторому росту (табл. 4). Это объясняется специфическими особенностями восточно-прусской операции, в частности, затруднениями эвакуации раненых и задержкой их в МСБ. Конечно, в известной мере играла роль и задержка хирургической обработки 10,5% раненых в майскую операцию.

Таблица 4

Дата боевой операции	Осложнение анаэробной инфекцией в % к числу раненых	Ампутации п"и анаэробной инфекции в % к числу раненых с осложнением	Смертность при анаэробной инфекции
С 14.1 по 25.11. 1915 г.	0,5	70,0	37,1
С 1.У по 9.У. 14. г.	0,6	64,5	54,5
За бобруйскую операцию	0,4	72,3	30,0

Интересны данные табл. 5, в которой показана смертность в МСБ в зависимости от локализации ранений.

Таблица 5

Дата боевой операции	Смертность среди раненных							
	в ч реп	в грудь		в живот		в бедро		
	еди оперирова-ных ред+ неопери, ован	среди всех раненых с проникающим ранением груди	среди оперированных	среди всех раненых с проникающим ранением живота	среди оперирова-ных	среди неопери, ов-ных		
С 14.1 по 25.11. г.	1.3	1,0	<2,3	28,8	45,8	60,2	40,4	100
С 1.У по 9.У. 194.5 г.				6,1	25,8	100	44,7	33,3
За бобруйскую опе. ацию				34,5	49,1	61,1	40,8	81,4

Таким образом, смертность раненых, поступающих на этапы санитарной эвакуации, еще велика, хотя и делается все возможное, чтобы этих потерь не нести. Вместе с тем мы отлично понимаем, что наша хирургическая активность далеко не безобидное средство операция

не так уж редко служит дополнительной нагрузкой на ослабленный ранением организм, а потому оперировать нужно строго по индивидуальным показаниям.

Сравнивая статистические данные из руководства по военно-полевой хирургии Куприянова и Банайтиса и руководства Ахутина со своими, наши хирурги могут сказать, что в период восточно-прусской операции они по ряду показателей достигли значительных успехов.

Подполковник мед. службы Н. Г. РАБИНОВИЧ

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЛЕНИНГРАДСКОМ ВОЕННОМ ОКРУГЕ

(По материалам обследования воинских частей, Ленинградской гарнизонной поликлиники и Окружного военного госпиталя)

По данным Ленинградского окружного военного госпиталя, среди лечившихся в нем больных в течение января—июня 1945 г. заболевания внутренних органов были у 36,6% больных и в июне—декабре 1945 г.— у 48%. Увеличение процента терапевтических больных после окончания войны связано со значительным уменьшением поступления в госпиталь хирургических больных.

В последние 5 месяцев преобладают больные с заболеваниями органов пищеварения. Об этом свидетельствуют как данные окружного военного госпиталя и гарнизонной поликлиники, так и материалы госпиталей и медсанбатов округа. Так, в госпитале болезни органов пищеварения в первом полугодии 1945 г. были у 28,8% всех больных внутренними болезнями и во втором полугодии у 32,9%. По гарнизонной поликлинике Ленинграда в первом полугодии—19,4% и во втором — 21,6%.

Главнейшими заболеваниями этой группы были хронические гастриты и язвенная болезнь. По данным поликлиники, на язвенную болезнь падало 8,5%, а на хронические гастриты — 86,3% заболеваний желудочно-кишечного тракта. По госпиталю мы получили другие цифры: на язвенную болезнь падает 46,6% и на обострение хронического гастрита — 27%. В одном из отделений госпиталя среди больных, поступивших с диагнозом «обострение хронического гастрита», в 44% случаев диагностирована язвенная болезнь. Таким образом, в гарнизонной поликлинике и в воинских частях Ленинграда язвенная болезнь нередко просматривается.

Причина этого — недооценка значения анамнеза у язвенного больного и, наоборот, переоценка рентгенологических данных. Врачи частей и гарнизонной поликлиники диагностируют язвенную болезнь только при наличии рентгенологического симптома — ниши. В ряде случаев врачи частей и поликлиники повторяют рентгенологический диагноз «антральный гастрит» или «гастро-дуоденит», не учитывая язвенной природы большинства этих состояний. У одного из таких больных в поликлинике был диагностирован «хронический гастрит», а через несколько дней после этого больного срочно госпитализировали по поводу внезапно наступившего внутрикишечного кровотечения.

Общее количество язвенных больных, по данным госпиталя и лечебных учреждений округа, после окончания войны значительно уменьшилось, так как большое число этих больных уволено из армии. Точно так же уменьшились цифры летальности (по госпиталю — 2,3% в первом и 0 — во втором полугодии 1945 г.).

Вторую по численности группу составили, по материалам госпиталя, больные с заболеваниями сердечно-сосудистой системы: 26,6% в первом

и 29,3% во втором полугодии 1945 г. По материалам же гарнизонной поликлиники и лечебных учреждений округа, второе место после болезней органов пищеварения занимали болезни органов дыхания (без туберкулеза).

Значительный процент больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями по окружному госпиталю следует объяснить частым поступлением в этот госпиталь лиц старшего офицерского состава с органическими поражениями сердца и сосудов. Среди этих больных гипертоническая болезнь наблюдалась в 15,4% случаев в первом и в 13% во втором полугодии 1945 г. По материалам гарнизонной поликлиники в первом полугодии — 22,4% и во втором—18% (по отношению ко всем больным с заболеваниями сердечно-сосудистой системы). Гипертония носила в большинстве случаев доброкачественный характер, поражая лиц среднего и пожилого возраста.

Обращает внимание учащение случаев злокачественной гипертонии у лиц молодого и среднего возраста с явлениями артериолосклероза и нейроретинита. По секционным данным окружного госпиталя, за время с 1935 по 1943 г. от злокачественной гипертонии не умерло ни одного человека, в 1943 г. умер 1, в 1944 — 3, в 1945 г. — 4.

В чем сущность бурной, гиперергической реакции сосудистой системы почек, участвовавшей за последние годы, — пока не ясно. Среди лиц офицерского состава, лечившихся в окружном госпитале, за второе полугодие 1945 г. участились случаи инфаркта миокарда, подтвержденного электрокардиограммами. Причина учащения этих случаев, очевидно, кроется в реакции сосудистой системы на длительное нервно-психическое напряжение периода войны, усугубляемое чрезмерным курением табака.

Процент лиц с заболеваниями органов дыхания, лечившихся в госпитале, падает: в первом полугодии было 21,3%, во втором полугодии—14,5%. Здесь сказывается сезонное уменьшение острых заболеваний дыхательной системы. Количество обращающихся в гарнизонную поликлинику по поводу хронических болезней органов дыхания (эмфизема легких, пневмосклероз и т. д.) после окончания войны не изменилось. По лечебным учреждениям округа в целом число больных с заболеваниями органов дыхания после окончания войны уменьшилось в связи с увольнением из армии старших возрастов.

В первые четыре месяца после окончания войны летальность от крупозной пневмонии по Ленинградскому военному округу повысилась до 4,4%. В течение первого года Великой отечественной войны летальность от крупозной пневмонии по Ленинградскому фронту составила 19% (период блокады, истощения). К четвертому году войны она снизилась до 1,6%. Причины повышения летальности от крупозной пневмонии после окончания войны объяснить трудно. Повидимому, здесь имеет значение несвоевременная диагностика пневмоний. В ряде случаев все еще нарушаются основные принципы лечения пневмоний сульфидином: дача малых доз, перебои в даче препарата при переводе больного в другое лечебное учреждение и т. д.

Туберкулез легких, лимфатических узлов и экссудативные плевриты, по данным терапевтического и инфекционного отделений окружного госпиталя, наблюдались у 11—12% всех больных. По материалам гарнизонной поликлиники, эта группа больных составила 3,3% в первом и 2,7% во втором полугодии 1945 г. После войны количество больных туберкулезом по округу уменьшилось вследствие увольнения этих лиц из армии. Снизилась и летальность с 5,2 до 2,2%.

Заболевания брюшным тифом, по данным лечебных учреждений округа и инфекционного отделения окружного госпиталя, после окончания войны стали встречаться чаще. Из числа лечившихся от брюшного тифа в инфекционном отделении госпиталя около $\frac{1}{3}$ заболело за границей. 72,5% больных были вакцинированы в 1945 г. По течению

брюшного тифа мы различали: тяжелую форму в 28,7% (19,2%), среднюю в 57,5% (60,8%) и легкую в 13,8% случаев (20%). (В скобках указаны данные проф. Рагоза.)

Таким образом, брюшной тиф у нас протекал более тяжело, чем указывает проф. Рагоза, данные которого относятся к внеэпидемическому периоду. Среди заболевших брюшным тифом после окончания войны зарегистрированы случаи с атипичным (бурным) началом, длительным течением и повторными волнами. Из осложнений более часто наблюдались пневмонии, преимущественно очаговые. Летальность не превышала довоенных цифр. У отдельных лиц, умерших от брюшного тифа, на секции обнаружены участки некроза слизистой желудка и кишечника как результат наложения анаэробной флоры.

Заболеемость дизентерией значительно повысилась во втором полугодии 1945 г. (сезонный подъем). Протекала дизентерия легко. Летальность не превышала 0,3% (данные по лечебным учреждениям округа и инфекционному отделению окружного госпиталя). Больные умирали от затянувшихся форм, которым сопутствовали другие заболевания, например, туберкулез. Групповые поступления заболевших дизентерией зарегистрированы из Эстонского запасного полка (20 человек), из ветеринарного училища (22 человека), из артиллерийского технического училища (16 человек). Процент высева из кала дизентерийной палочки составлял, в зависимости от характера стула, от 7 до 71. Чаще всего на протяжении последнего полугодия высевалась палочка Флекснера и значительно реже, по сравнению с 1943—1944 гг., — палочка Шмитц-Штуцера. При легком течении инфекции и быстром оформлении кала, когда процент положительных высевок был минимальным, особое значение в диагностике дизентерии приобретает копрологический метод исследования. К сожалению, этот метод недостаточно распространен в нашем округе.

Данные заболеваемости в войсках округа (по материалам окружного госпиталя, гарнизонной поликлиники и отчасти по суммарным данным лечебных учреждений округа) показывают, что характер заболеваний в послевоенном периоде в основном мало изменился. Как и раньше, первое место занимают болезни органов пищеварения (гастриты и язвенная болезнь). Среди болезней офицерского состава заслуживают внимания болезни сердечно-сосудистой системы. Больных туберкулезом поступает в госпиталь столько же, сколько поступало и в первую половину 1945 г., хотя общее количество туберкулезных больных, как и лиц с заболеваниями дыхательной системы негуберкулезной природы, во вторую половину 1945 г. значительно снизилось в связи с увольнением этих лиц из армии. Участились случаи заболеваний брюшным тифом, протекающим иногда атипично, с острым началом и повторными температурными волнами.

Переходя к оценке работы терапевтической службы округа, остановимся в первую очередь на постановке лечебного дела в обследованных нами воинских частях и училищах Ленинграда.

Основные требования, которые предъявляются к медицинской службе частей в отношении постановки лечебного дела, сводятся к следующему: ведение врачами медицински грамотного амбулаторного приема и такое же ведение больных в воинском стационаре; организация диспансерного наблюдения над хрониками, часто посещающими войсковую амбулаторию; связь войсковых врачей с врачами гарнизонной поликлиники и окружного (гарнизонного) госпиталя и повседневная работа по повышению своей медицинской квалификации.

Как же на деле построена лечебная работа в частях?

Обследование показало, что амбулаторный прием ведется плохо. Опрос больных делается крайне поверхностно, анамнезом врачи не интересуются. Жалобы больных и объективные данные, полученные при

обследовании, не регистрируются. За редкими исключениями, врачи, ведущие амбулаторный прием, не пользуются данными гарнизонной лаборатории и рентгенографии. Истории болезней больных в стационарах ведутся чрезмерно кратко и т. д. В результате — частые и серьезные диагностические ошибки. Вот отдельные примеры.

Подполковник А., заместитель командира бригады войск НКВД, поступил в окружной госпиталь 4.IX. 1945 г. с диагнозом: обострение хронического энтероколита. Из анамнеза при поступлении в госпиталь выяснилось, что А. болен около полугода и за это время значительно похудел. Объективно можно было установить резкое похудание, пепельносерый оттенок кожи лица и наличие большой, плотной, бугристой печени, выступавшей на величину ладони из-под реберной дуги. Через 5 месяцев после поступления больной скончался от рака прямой кишки с метастазами в печень и другие органы брюшной полости.

Красноармеец К. поступил в инфекционное отделение окружного госпиталя с диагнозом: лихорадочное состояние. В госпитале у больного диагностирован возвратный ревматический эндомиокардит на фоне старого комбинированного митрального порока сердца.

Лейтенант Г., 26 лет, поступил в терапевтическое отделение окружного госпиталя в тяжелом состоянии с жалобами на сильнейшую головную боль и почти полную потерю зрения. Диагноз санитарной части комендантского управления: хронический гастрит и правосторонний ишиас. Болей около трех месяцев, резко похудел, страдает усиленной жаждой, наблюдались повторные рвоты. Артериальное давление при поступлении в госпиталь 240/160. Предположительный диагноз госпиталя: злокачественная гипертония, опухоль межзачаточного мозга.

Красноармеец К., 48 лет, поступил 1.U.1945 г. в инфекционное отделение госпиталя с температурой 38,4° и несколько помраченным сознанием. Диагноз части: склероз сосудов мозга, недостаточность сердечной деятельности. Больной высоко лихорадил и через 3 недели после поступления в госпиталь скончался от двустороннего диссеминированного туберкулеза легких. В анамнезе больного были указания на перенесенный им в прошлом туберкулез легких и экссудативный плеврит; мать и две сестры К. тоже умерли от туберкулеза. Пбвидимому, эти важные анамнестические данные не были известны санитарной части батальона.

В результате поверхностного обследования больных в войсковых частях заболевания брюшным тифом, туберкулезом, воспалением легких во-время не распознаются. Так, из поступивших в госпиталь 80 больных брюшным тифом только у 30 этот диагноз был указан в направлении части. В большинстве случаев больных госпитализировали с диагнозами: «лихорадочное состояние», «воспаление легких», «малярия» и т. д. Больных брюшным тифом госпитализировали в следующие сроки: от 1 дня до 7 дней — 38,5%, от 8 до 14 дня — 46,3%, от 15 до 21 дня — 15,2%, т. е. свыше 60% больных были направлены в госпиталь со второй недели заболевания.

От 2,3 (первое полугодие 1945 г.) до 3,5% (второе полугодие) лечившихся в инфекционном отделении окружного госпиталя составили больные туберкулезом легких и лимфатических узлов. Они поступали в отделение с ошибочными или неточными диагнозами: «лихорадочное состояние», «брюшной тиф», «энтероколит», «инфекционная желтуха» и т. д.

В 1945 г. в то же инфекционное отделение было ошибочно направлено 65 больных с крупозной и очаговой пневмониями. Врачи войсковых частей в большинстве этих случаев ставили такой диагноз: «лихорадочное состояние», «грипп», «малярия» и др. Между тем чаще всего речь шла о пневмониях верхних и средних долей и о прикорневых пневмониях. Из материалов терапевтического отделения Ленинградской гарнизонной поликлиники следует, что свыше 40% госпитализированных поликлиникой больных можно было направить в госпиталь прямо из части. Сюда относятся свыше 25% больных с активной формой туберкулеза, 8% с выраженной желтухой и 7% «лихорадящих».

Диспансерное наблюдение за длительно и часто болеющими в большинстве обследованных частей не организовано. В частности, отсутствует наблюдение за лицами, подозрительными по туберкулезу. Это затрудняет выявление ранних форм заболевания.

В одной, из частей, гарнизона г. Луги за последние полгода госпитализировано 26 лиц с активной формой туберкулеза. Тем не менее санитарная часть полка не сделала из этого, факта никаких выводов и о необходимости поголовного рентгенологического обследования бойцов и офицеров части в округ не сигнализировала. Между тем массовое рентгенологическое-обследование практически здоровых бойцов, в особенности молодых, дает ценные результаты, помогая рано выявлять различные формы туберкулеза. Так, например, при рентгеноскопии грудной клетки у 820 бойцов 1927 г. рождения в одном из запасных полков Ленинградского фронта (апрель 1945 г.) выявлено .36 (4,4%) больных активными формами туберкулеза.

Санитарные службы проверенных нами частей не организовали также систематического наблюдения и за желудочными больными, не привлекает специалистов к работе по выявлению среди больных хроническими гастритами лиц с язвенной болезнью. Не всюду организован «облегченный» стол для бойцов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Между тем опыт отдельных частей показал, что организация такого стола возможна и рациональна.

Амбулатории воинских частей не поддерживают живой связи с гарнизонной поликлиникой. При направлении больных к терапевту в поликлинику войсковой врач не указывает конкретно цели направления, не сообщает данных своих наблюдений и результатов проведенного лечения. Записки, с которыми больные являются в поликлинику, в большинстве случаев крайне лаконичны: «направляется на консультацию к терапевту», «посылается для обследования», «для установления диагноза», «для уточнения диагноза» и т. д. Почти никогда не приводятся данные термометрии, даже в тех случаях, когда врач части направляет больного в поликлинику по поводу предполагаемого туберкулеза легких, бронхита. Неудовлетворительно обстоит дело с документацией и при направлении больного из части в госпиталь: истории болезни войсковые стационары либо вовсе не присылают, либо посылают крайне лаконичные выписки из них. Лечебную работу в обследованных частях ведут в основном врачи последних выпусков. Они не связаны ни с гарнизонной поликлиникой, ни с окружным госпиталем и предоставлены самим себе. Поэтому войсковые врачи не только теряют полученные знания, но и перестают интересоваться медицинской работой. ■

Организация терапевтической работы в Ленинградской гарнизонной поликлинике страдает из-за перегрузки врачей-терапевтов. Врач ежедневно принимает 40—50 больных (включая повторных). Поликлинические терапевты не используют полностью имеющуюся при поликлинике клиническую лабораторию для уточнения диагноза. В результате у части больных, которых поликлиника направляет в окружной госпиталь с диагнозом «лихорадочное состояние», определяется то крупозная пневмония, то абсцесс легкого, то брюшной тиф.

Врачи-терапевты гарнизонной поликлиники не организовали до сих пор шефства над войсковыми амбулаториями, не оказывают им консультативной помощи в лечебной работе, не выезжают на места, не приглашают войсковых врачей на прием в поликлинику. Кроме того, терапевты поликлиники сами оторваны от коллектива врачей-терапевтов окружного госпиталя. Организация терапевтической службы в окружном госпитале предусматривает, помимо систематической работы по повышению медицинских знаний врачей и медицинских сестер госпиталя, ведение научно-исследовательской работы по наиболее актуальным вопросам внутренней медицины, а также помощь округу: занятия с прикомандированными врачами по терапии, шефство над терапевтическими отделениями гарнизонных госпиталей и т. д.

В течение октября—декабря 1945 г. в порядке командирской учебы врачи окружного госпиталя изучили избранные отделы легочной патоло-

гии. При этом демонстрировались соответствующие больные. Кроме того, один раз в месяц устраивались клиничко-анатомические конференции под руководством проф. В. Д. Цинзерлинга. На ближайшее время намечены доклады по вопросам патологии желудочно-кишечного тракта. Эти еженедельные конференции посещают только врачи окружного госпиталя, хотя на них можно было бы с успехом привлекать врачей поликлиники и гарнизона.

По плану научно-исследовательской работы врачей-терапевтов окружного госпиталя в 1946 г. намечена разработка двух тем: «Гастриты» и «Пневмонии».

Целевая установка первой темы предусматривает изучение условий возникновения, профилактики, клиники и терапии гастритов у военнослужащих, а также вопросы дифференциальной диагностики гастрита и язвенной болезни.

По второй теме — «Пневмонии» — поставлена задача изучить вопросы патогенеза, клиники и терапии крупозной и очаговой пневмонии различной этиологии.

Выводы

1. Необходимо быстро устранить отмеченные нами недочеты и повысить качество лечебной работы в воинских частях. Для этого необходимо серьезно заняться повышением медицинской квалификации войсковых врачей.

2. Санитарной службе воинских частей следует возобновить диспансерный метод наблюдения за длительно болеющими бойцами и офицерами с тем, чтобы своевременно выявлять подозрительных по туберкулезу и страдающих болезнями желудочно-кишечного тракта. Для последних необходимо при частях организовать «облегченный» стол.

3. Врачи-терапевты гарнизонной поликлиники должны восстановить живую двустороннюю связь — с медицинскими службами воинских частей и с коллективом врачей-терапевтов окружного госпиталя.

4. Окружному госпиталю нужно более широко оказывать помощь санитарной службе округа, в частности, организовать с прикомандированными врачами занятия по терапии, взять шефство над гарнизонными госпиталями и настойчивее разрабатывать научные вопросы, имеющие важное практическое значение для терапевтической службы округа.

Полковник мед. службы А. Г. ПЕРШИН

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА КУРОРТЕ СОЧИ-МАЦЕСТА

На Сочи-Мацестинском курорте по нашим данным (1935 г.) гипертоники составляют 11,2% всего числа сердечно-сосудистых больных. Среди различных методов лечения гипертонической болезни бальнеотерапия в условиях курортно-санаторного лечения занимает, по указаниям ряда авторов, одно из первых мест (Гредель, Ланг, Гинзбург, Черников, Карчикян, Бурмин, Каменецкая и Рутенберг и др.). Хорошие ближайшие результаты получали при лечении гипертоников на Сочи-Мацестинском курорте Черников, Кевдин, Рабинович, Першин и др. Особый интерес представляет вопрос об отдаленных результатах курортного лечения гипертоников. Каменецкая и Рутенберг указывают, что кровяное давление, сниженное после лечения на курорте (Сочи — 27 человек, Кисловодск — 56 человек), у 60% больных остается сниженным в течение

ние года. Наряду с этим констатируется улучшение функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

Недостаточное изучение эффективности курортного лечения гипертонии, особенно отдаленных результатов лечения, побудило нас заняться этим вопросом.

К гипертоникам мы относим больных с максимальным артериальным давлением выше 145 мм ртутного столба. Всего под нашим наблюдением находилось 106 человек. У 60% больных были отмечены органические поражения сердечно-сосудистой системы. У большинства наблюдалась повышенная нервная возбудимость. Кровяное давление измерялось по звуковому способу Короткова аппаратом Рива-Роччи в начале и на протяжении курса лечения один раз в 6 дней. Кровяное давление у наших больных отличалось лабильностью, особенно максимальное.

К случаям со снижением артериального давления мы относили те, при которых цифры измерений отличались на 11 мм и более от первоначальных; при меньших величинах снижения случаи относились к группе «без перемен». Наибольшая абсолютная величина максимального давления была 230 мм; наименьшая — 145 мм. Минимальное давление было соответственно 140 мм и 54 мм. По минимальному давлению к гипертоникам могло быть отнесено 90 больных, или 84,9% (давление выше 80 мм ртутного столба). В табл. 1 представлена характеристика максимального и минимального артериального давления у больных, находившихся под нашим наблюдением.

Таблица 1

Максимальное артериальное давление в мм ртутного столба	Количество случаев	Минимальное артериальное давление в мм ртутного столба	Количество случаев
145-150	43	До 80	23
151-160	28	81-90	30
161-170	13	91-100	31
171-180	14	101-110	17
181-190	3	111-120	2
191-200	4	121-130	2
201-230	1	131-140	1
Итого ...	106		106

По возрасту больные распределялись следующим образом: от 31 до 40 лет — 32 человека; от 41 до 50 лет — 48; от 51 до 60 лет — 22; от 61 до 70 лет — 4 человека. Из числа больных мужчин было 81 и женщин 25. Среди мужчин большинство больных были работники штабов, женщины — домохозяйки. По конституции больные распределялись так: гиперстеников было 43, нормастеников — 59, астеников — 4. Патологическую наследственность можно было отметить у 40% больных (рак, туберкулез, сердечно-сосудистые заболевания). Из интоксикаций в анамнезе имелись указания на алкоголизм — 30%, курение — 62%. Субъективные жалобы отмечались у больных главным образом со стороны сердечно-сосудистой системы (одышка, боли в области сердца, сердцебиение). Были характерны для гипертонии головные боли, головокружения при перемене положения, шум в голове и ушах, расстройство сна и ослабление памяти. Давность жалоб от 3 до 8 лет. У большинства больных мы наблюдали нарушение компенсации: недостаточность кровообращения значительной степени в 7 случаях, средней степени — в 75,

начальной¹ степени — в 24. Со стороны сердца у большинства отмечались глуховатые тоны, систолический шум у верхушки и на аорте, акцент 2-го тона на аорте у 60%, часто положительный симптом Сиротина. Печень была увеличена у 60%. Частота пульса выше 80 констатировалась у 33 больных, от 70 до 80 — у 55, от 50 до 70 — у 18. На ортодиаграммах отмечено: увеличение левого желудочка в 97% случаев, склероз аорты в 67%; на электрокардиограммах наблюдалась левограмма у 28 больных из 33; в 13 случаях — отрицательное Та с намеками на нарушение коронарного кровообращения. Общий анализ крови и РОЭ были сделаны у 86 человек. Отмечалось увеличенное количество эритроцитов (больше 5 миллионов) в 20%. При исследовании сахара крови у 85 человек только у 7 был обнаружен сахар выше 120 мг%. Гликемическая кривая (обследовано 32 больных) оказалась патологической у 18 больных (резкий подъем через полчаса после нагрузки и невозвращение к норме через 2½ часа). Холестерин крови оказался повышенным у 11 больных из 68 (выше-180 мг%). Остаточный азот при 42 исследованиях оказался выше нормы в 4 случаях (выше 40 мг%). Вязкость крови, определявшаяся по Детерману у 22 человек, оказалась повышенной во всех случаях в пределах от 5,3 до 12,3 (2 случая — 11, один — 12,3). Указанные отклонения со стороны крови наблюдались главным образом у тяжело больных.

На основании лабораторных исследований мы можем отметить характерные для гипертонии сдвиги сахарной кривой, количества эритроцитов и вязкости крови. Это совпадает с указаниями Кончаловского, Когана-Ясного и др. Со стороны мочи, за исключением единичных эритроцитов, следов белка и низкого удельного веса в единичных случаях (отдельные анализы), отклонений от нормы не было. Лечение проводилось в санатории как одними мацестинскими ваннами, так и в комбинации с морскими ваннами, общим д'арсонвалем, а также морскими ваннами с д'арсонвалем. Наряду с бальнеологическим лечением 85% больных пользовались диетпитанием (диета № 12 по Певзнеру). Распределение больных по группам представлено в табл. 2.

Таблица 2

Название процедур	Количество человек
Мацестинские ванны	31
Мацестинские ванны в комбинации с морскими или хвойными ваннами	40
Мацестинские ванны в комбинации с морскими ваннами и общим д'арсонвалем	30
Морские ванны в комбинации с общим д'арсонвалем	< 5
Итого . . .	105

По тяжести заболевания больные в группах были представлены почти однородно. Мацестинские ванны назначались в среднем в количестве 12—14. Большинству больных ванны назначались через день и лишь больным с ожирением при хорошей сердечной деятельности 2 дня подряд с последующим днем отдыха. Температура воды была 36—33°, продолжительность ванн — 6—14 минут. Концентрация общего сероводорода в ваннах колебалась от 120 до 150 мг/л. Морские ванны назначались в большинстве случаев через день (температура 36—34°, продолжительность 10—15 минут). Д'арсонваль назначался через день.

При учете эффективности лечения мы принимали во внимание общее самочувствие больного, субъективные жалобы и объективные данные,

которые слагались из состояния компенсации сердечно-сосудистой системы, артериального давления, пульса, данных рентгеновского исследования, электрокардиографии и лабораторных исследований. В результате месячного лечения на курорте больные выписывались со следующими результатами: со значительным улучшением — 16 человек, с улучшением — 83, без перемен — 7 человек. Наибольшая эффективность лечения наблюдалась у больных, получавших мацестинские ванны в комбинации с морскими ваннами и д'арсонвалем; за ними следуют больные, получавшие мацестинские ванны в комбинации с морскими ваннами; потом идет группа, получавшая только мацестинские ванны, и на последнем месте стоит незначительная группа больных, которая принимала морские ванны в комбинации с д'арсонвалем. Это совпадает с нашими данными 1935 г. Большую эффективность комбинированной терапии (мацестинские ванны, морские ванны и д'арсонваль, мацестинские ванны и морские ванны) мы объясняем особенно благоприятным воздействием этой комбинации на общий тонус и нервную систему. Незначительное количество больных в некоторых группах и количественное неравенство групп не позволяют делать этот вывод категорически, и он лишь предположительный. Лучшие результаты лечения мы наблюдали в осеннем сезоне (95 случаев), на втором месте стоят больные, лечившиеся в весеннем сезоне (63 случая), на третьем — больные, лечившиеся зимой (38 случаев), и на последнем месте — в летнем сезоне (64 случая). Результаты новых наблюдений совпадают с ранее опубликованными нашими данными. Худшие результаты лечения в летнем сезоне можно объяснить плохой переносимостью сердечно-сосудистыми больными жары при большой влажности, а зимой и весной — резкими метеорологическими колебаниями и рядом других факторов.

Изменения артериального давления (максимального и минимального) в результате лечения приведены в табл. 3.

Таблица 3

Изменение артериального давления в мм ртутного столба	Максимальное	Минимальное
Снижение от 11 до 20	41	38
, , 21 , 30	25	9
, , 31 » 40	16	
, , 41 , 50	7	1
Без перемен	16	58
Повышение от 11 до 20	1	
Итого случаев . . .	К6	116

Из табл. 3 следует, что у наших больных максимальное артериальное давление отличалось большей изменчивостью, чем минимальное. Это указывает на патологические изменения у гипертоников на периферии. Богомолец считает, что периферическому фактору принадлежит ведущее значение в патогенезе гипертонии. Наряду со снижением кровяного давления увеличилась (на 43,3%) группа больных с согласованным давлением. Вместе со снижением кровяного давления мы наблюдали параллельно улучшение общего состояния и уменьшение или прекращение основных жалоб (боли в сердце, головные боли, головокружения и т. д.). У больных с выраженным нарушением кровообращения в 62% констатировали сокращение размеров печени и исчезновение отеков на ногах.

В результате лечения изменилась и частота пульса: пульс стал реже у 37,7% больных, участился у 10,3%, остался без перемен у 52%. Прибавили в весе 59,4% больных, снизили вес 21,7% (главным образом лица с избыточным весом), вес не изменился у 18,9% больных. При повторных исследованиях крови, в конце лечения, получены следующие результаты: холестерин снизился у 6 человек из 11, имевших повышенное содержание его, вязкость крови уменьшилась (на 0,5—0,4) у 8 человек, повысилась у 3 человек, у остальных не изменилась. Патологическая сахарная кривая, наблюдавшаяся у 18 больных, стала нормальной у 5. В 2 случаях гликемическая кривая из нормальной перешла в патологическую.

Результат лечебного эффекта у гипертоников следует объяснить благоприятным воздействием суммы курортных факторов (отдых, мацестинские ванны, физиотерапия, санаторный режим, климат, диета и т. д.).

Отдаленные результаты курортного лечения

Этот вопрос мы изучали на больных в санатории через различные сроки после первого пребывания. Всего мы обследовали из наших больных через год после первого лечения — 80 человек, через 2 года — 50, через 3 года — 15, через 4 года — 6, через 5 лет — 3 человека. Сроки больше 6 месяцев относили к году, меньше 6 месяцев не принимали во внимание. Данные изменения артериального давления через различные сроки после первого курортного лечения приведены в табл. 4.

Таблица 4

Изменение артериального давления в мм ртутного столба	Максимальное					Минимальное				
	через 1 год	через 2 года	через 3 года	через 4 года	через 5 лет	через 1 год	через 2 года	через 3 года	через 4 года	через 5 лет
	Снижение сохранилось: от 11 до 20	23	12	4	—	—	5	1	1	—
, 21 „ 30	5	1	—	—	—	—	1	—	—	—
, 31 „ 40	3	1	1	—	—	1	1	—	—	—
, 41 „ 50	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—
Возвратилось к исходному	31	20	6	2	1	64	35	14	3	—
Повысилось с 13 до 36 .	18	15	3	4	2	10	12	—	3	—
Итого случаев ...	80	50	15	6	3	80	50	15	6	3

Таким образом, артериальное давление, снизившееся под влиянием курортной терапии, остается сниженным через год у 31 человека из 80 (38,7%), через 2 года — у 15 из 50 (30%), через 3 года — у 6 человек из 15. Через 4 года и 5 лет наблюдалось повышение или стабильность артериального давления во всех случаях (по сравнению с первоначальными цифрами). Минимальное давление через год остается сниженным в 6 случаях из 80, через 2 года — в 3 из 50, через 3 года — в одном случае из 15. Через 4 и 5 лет во всех случаях минимальное давление возвращалось к исходному или повышалось (по сравнению с первым годом). Наряду со снижением артериального давления у 40% больных сохранялось улучшенное субъективное и объективное состояние. При повышении кровяного давления отмечалось нарастание субъективных жалоб и ухудшение клинического состояния. Из разбора данных ортодиаграммы мы обнаружили, что в первый год у наших больных (106 человек) атеросклеротические изменения со стороны

аорты встречаются в 67% случаев. Через год процент атеросклероза аорты увеличился до 85, а через 3 года и больше мы отмечали атеросклеротические изменения со стороны аорты во всех случаях, т. е. и там, где в первые годы атеросклеротических изменений не обнаруживали. Увеличение левого желудочка в первый год пребывания в санатории мы находили у 83% больных, а при повторном наблюдении через год и больше левый желудочек был увеличен у всех больных. На электрокардиограмме, снятой в 6 случаях через год, 2 и 3 года, обнаружено увеличение Кс в 5 случаях (на 0,01—0,06).

Сравнивая результаты изменений артериального давления в конце первого курса лечения и последующих лет, мы установили, что артериальное давление больше всего снижается в конце первого года лечения. Результаты наблюдений приведены в табл. 5.

Таблица 5

Изменение артериального давления в мм ртутного столба	Максимальное					Минимальное				
	конец 1-го курса	конец 2-го курса	конец 3-го курса	конец 4-го курса	конец 5-го курса	конец 1-го курса	конец 2-го курса	конец 3-го курса	конец 4-го курса	конец 5-го курса
■ Снижение от 11 до 20 . . .	41	20	16	2			22	18	—	
. . . 21 . 30. . .	25	19	15	1			13	12	—	
. . . 31 . 40. . .	16	8	5	2			—	—	—	
. . . 41 . 50. . .	1	3	1	—			—	—	—	
. . . 51 . 60. . .		5	2	—						
на 95 ²		1								
Повышение от 11 до 40 . . .	1	4	2	4	3					6
Без перемен	16	20	9	6	6	58	45	20	9	3
Итого случаев . . .	106	80	50	15	9	106	80	50	15	9

Из табл. 5 отчетливо видно, что артериальное давление с каждым годом все более стабилизируется или начинает повышаться. В результате повторного того же вида лечения снижение артериального давления наблюдается все меньше и реже. С четвертого года наблюдается резкое преобладание группы с повышенным кровяным давлением после лечения. В предыдущие годы у этих же больных наблюдалось снижение артериального давления. Это подтверждает предположение о том, что гипертония из функциональной фазы переходит во вторую и, наконец, в третью стадию (Кончаловский, Фогельсон), вызывая артериосклеротический и ускоряя атеросклеротический процесс (Фогельсон). При наших наблюдениях отмечены также изменения функции почек, о чем свидетельствуют проводимые из года в год у одних и тех же больных исследования мочи. Результаты исследования показывают, что состав мочи изменяется в патологическую сторону. Появляются или нарастают эритроциты и цилиндры, понижается или становится монотонным удельный вес. При повторении лечения артериальное давление у наших больных по сравнению с исходными цифрами снижается на протяжении 3 лет. С каждым последующим годом уменьшается процент больных, у которых снижается кровяное давление, а также наблюдаются значительно меньшие колебания цифр артериального давления. После 4 лет, несмотря на то же лечение, артериальное давление, как максимальное, так и минимальное, у наших больных оставалось на исходном уровне или повышалось. Одновременно следует отметить, что у подвергавшихся лечению гипертоников после 3 лет имелись более выраженные субъек-

тивные жалобы, более отчетливые нарушения компенсации, более высокие цифры артериального давления и указания на начальные нарушения функции почек.

На основании наших наблюдений мы позволяем себе сделать следующие выводы.

1. Комбинированное речение (мацестинские ванны, морские ванны и д'арсонваль; мацестинские ванны и морские ванны) дает лучшие результаты, чем лечение одними мацестинскими ваннами в условиях курорта.

2. В результате курортного лечения наблюдается наибольшее снижение максимального артериального давления. Общее улучшение состояния больных в большинстве случаев совпадает с понижением артериального давления.

3. В каждый последующий год лечения уменьшается процент больных, у которых под влиянием курса лечения артериальное давление снижается. Абсолютные цифры снижения кровяного давления также уменьшаются.

4. Артериальное давление, уменьшившееся в результате курортного лечения, сохранялось сниженным у 30—40% наших больных не более трех лет. В дальнейшем кровяное давление у этих больных стабилизировалось или проявляло тенденцию к повышению, несмотря на лечение.

5. Для лечения гипертоников на курорте Сочи-Мацеста наиболее показанными являются осенний и весенний сезоны, менее полезен зимний и противопоказан летний сезон.



А. Е. ШЕВАЛЕВ

ПРИМЕНЕНИЕ ВАГО-СИМПАТИЧЕСКОЙ НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЯХ ГРУДИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

(Предварительное сообщение)

Еще Пирогов писал, что статистические данные в медицине часто «говорят и хорошее, и худое, смотря по тому, как и кто заставляет их говорить. При малейшем недосмотре, неточности и произволе на эти цифры можно гораздо менее положиться, чем на данные, оставшиеся у нас после простого, но трезвого наблюдения случаев».

Отдельные наблюдения особенно ценны и важны, когда они, вступая в противоречие с установившимся мнением, с накопленным статистическим материалом, будят мысль, заставляют более углубленно изучать вопрос и находить причины обнаружившихся несоответствий и отклонений. О нескольких таких наблюдениях мы и хотим поговорить в этой статье.

Хотя применение новокаинового ваго-симпатического блока при проникающих ранениях груди имеет довольно короткую историю, но оно быстро получило распространение. Метод Моррисона (1925), предложившего блокировать при операциях в грудной полости блуждающий нерв, был расширен работами Вишневого, Девиса, Бурденко и Линберга, и теперь очень часто применяется одновременно блокада симпатических шейных узлов.

Особенно широкое применение новокаиновый ваго-симпатический блок получил в годы Великой отечественной войны. Тогда в МСБ, ППГ, а часто и на ПМП почти всем раненым с проникающими ранениями

груди, независимо от тяжести ранения и общего состояния, производили ваго-симпатическую блокаду. Такой огульный подход нам кажется неправильным и необоснованным.

Блокада бесспорно дает положительный эффект при шоке. Но мы не знаем, как действует блокада на другие осложнения при проникающих ранениях груди, как она влияет на внутриплевральное кровотечение, на пневмоторакс? Применение новокаиновой ваго-симпатической блокады во всех случаях проникающих ранений груди могло бы иметь основание, если бы все эти ранения сопровождалось шоком, но шок встречается не всегда и не всегда главными при нем являются болевой и рефлекторный моменты, на которые в основном рассчитана блокада.

Практика войскового района показывает, что главную опасность представляют легочные кровотечения. Так, Ахутин (1940), характеризуя проникающие ранения груди с большой зоной повреждения и открытым пневмотораксом, т. е. категорию ранений, в которой главной опасностью считают плевро-бронхо-пульмональн^н шок, пишет: «У меня сложилось впечатление, что главная опасность, угрожающая таким раненым, кроется не в самом открытом пневмотораксе, правда, резко нарушающем функцию дыхания из-за колебаний средостения, а в неизбежно сопутствующем огнестрельному пневмотораксу профузном легочном кровотечении. Именно оно и послужило причиной смерти на этапах эвакуации и в пути тех пострадавших, у которых была ранена только грудь». Но если часто в картине ранения груди главное—кровотечение, то нужно ли в этих случаях делать с лечебной целью новокаиновую ваго-симпатическую блокаду? Имеем ли мы достаточно оснований лечить внутриплевральное кровотечение новокаиновой блокадой? Не будет ли правильное не забывать, что до сих пор не решен вопрос, поставленный Н. И. Краковским еще в 1939 г.: «безопасен ли новокаиновый блок?»

Производя ваго-симпатический блок с целью профилактики плевро-бронхо-пульмонального шока и борьбы с ним, мы не должны забывать, что хотя «наиболее часто шок встречается при ранениях брюшной и грудной полостей, однако нельзя согласиться с утверждением некоторых авторов о том, что в этих случаях шок встречается почти в 80%» (Сельповский, 1944).

Тот же автор указывает, что при проникающих ранениях грудной клетки шок наблюдался лишь у 27% раненых. По нашим данным, из 98 раненных в грудь шок был у 39%.

На первом месте по частоте осложнений проникающих ранений груди, по нашим наблюдениям, стоят легочные и плевральные кровотечения в комбинации с пневмотораксом. Они составляют 46%, из которых 18% относятся за счет форм со значительно выраженным гемотораксом при клинически не диагностируемом пневмотораксе и без выраженных явлений плевро-бронхо-пульмонального шока.

Наконец, не следует забывать и о тех случаях с полным отсутствием каких-либо явлений шока, о которых А. П. Крымов (1937) писал: «Огнестрельные повреждения легкого, как сквозные, так и слепые, протекают, действительно, иногда очень легко. В клинической картине нередко наблюдается только незначительное кровохаркание — всего несколько слабо окрашенных кровью плевков». По данным Якобсона, кровохаркание как единственный симптом проникающего ранения груди наблюдается в 32% случаев. Работая в системе МСБ и наблюдая раненых с проникающими ранениями груди в первые часы после ранения, мы интересовались именно этими двумя категориями, т. е. проникающими ранениями груди, осложненными клинически почти исключительно внутриплевральным кровотечением, и проникающими ранениями груди, протекающими очень легко, без каких-либо выраженных клинических осложнений. Нас особенно интересовал вопрос о влиянии ваго-симпатического новокаинового блока на эти категории раненых.

Отдельные наблюдения, которые мы хотим здесь привести, относятся именно к этой категории ранений груди без ясно выраженных или совершенно отсутствующих явлений шока. Некоторое несоответствие наших результатов лечения их новокаиновой ваго-симпатической блокадой с данными других авторов объясняется очевидной и бесспорно положительной ролью, которую вообще играет блокада в случаях шока.

Положительнее влияние блокады слишком приковывает к себе внимание и мешает наблюдать значительно реже встречающиеся отрицательные результаты ее. Кроме того, новокаиновая ваго-симпатическая блокада, как элемент неотложной помощи, обычно применяется сразу при поступлении раненого. Поэтому мы, не зная состояния раненого до блокады, не можем при дальнейшем наблюдении судить, ослабляются или увеличиваются под влиянием блокады те или иные осложнения, те или другие клинические симптомы.

Таким образом, трудно дать правильную оценку этого метода. Трудно также заметить и отдельные индивидуальные реакции на блокаду, в зависимости от особенностей каждого случая.

Наших наблюдений, конечно, недостаточно для установления определенных противопоказаний к применению новокаинового ваго-симпатического блока при некоторых категориях ранений груди. Но так как итоги этих наблюдений противоречат имеющимся статистическим материалам, мы считаем необходимым сделать более глубокий экспериментальный анализ механизма новокаинового ваго-симпатического блока, тщательнее изучить его положительные и отрицательные стороны, а также выработать наиболее правильную методику его применения.

Так, у наших раненых с проникающими ранениями груди, осложненными внутриплевральным кровотечением, мы нередко наблюдали под действием блокады усиление внутриплеврального кровотока.

Приведем две выписки из наиболее характерных историй болезни.

Гвардии старшина Е., 28 лет. Доставлен из ПМП через 2ч45 мин после ранения. Диагноз: слепое осколочное ранение в правой лопаточной области на уровне 3-го ребра с повреждением лопатки, ранение легкого, гемоторакс. Рана 3 X 1 см с ушибленными краями. Из раны незначительное кровянистое отделяемое. Бледность лица и слизистых оболочек, пульс 90 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. Жалобы на слабость и колющую боль в правой части грудной клетки, кашель с выделением кровянистой мокроты. Перкуторно — притупление справа до 5-го ребра. В нижних отделах правого легкого легкое дыхание не выслушивается, слева — везикулярное дыхание. Обработка раны, инъекция 2 см³ морфина, введение противостолбнячной и противогангренозной сыворотки. Граница притупления справа отмечена чернильным карандашом. Покой, полусидячее положение в постели. Раненый находится под непрерывным наблюдением дежурного врача. К вечеру, через 7^ч45 мин после поступления раненого в МСБ, общее состояние и самочувствие удовлетворительное, боли в грудной клетке уменьшились, беспокоит болезненный кашель. Пульс 102 удара в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичен. Граница притупления справа попрежнему соответствует 5-му ребру. Решено для снятия беспокоящих кашлевых рефлексов произвести ваго-симпатическую блокаду по Вишневному. Шейная ваго-симпатическая блокада справа. Через 20 минут после окончания блокады больной жалуется на слабость, через 45 минут развилась одышка, поверхностное дыхание реберного типа, вскоре — цианоз и головокружение. Пульс 126 ударов в минуту, слабого наполнения, ритмичный. Перкуторно — граница притупления справа сместилась до уровня 3-го ребра. Морфин, пункция плевральной полости справа с откачиванием свежей крови, сердечные. Внутривенно введен 10% раствор хлористого кальция. Через 1ч45 мин состояние прогрессивно ухудшается, пульс нитевидный, несосчитываемый, резкая одышка. Сердечные, переливание крови. Через 2 часа 40 минут раненый умер при явлениях анемии на почве внутриплеврального кровотока.

Гвардии рядовой Р., 26 лет. Самостоятельно пришел в МСБ через час после ранения. Диагноз: сквозное пулевое ранение груди слева с повреждением левого легкого. Общее состояние хорошее, жалуется на боль в области раны, отмечал мокроту с примесью крови. Пульс 68 ударов в минуту, хорошего наполнения, напряжения, ритмичный. При тщательном клиническом исследовании каких-либо признаков, указывающих на гемоторакс или пневмоторакс, установить не удалось. Раны размерами 1 X 1,5 см и 1,5 X 2 см с незначительным кровянистым отделяемым. Раненому введена противостолбнячная сыворотка. Обработка ран, повязки. Назначен покой, постельный режим, морфин на ночь. На следующий день утром при осмотре

раненого установлено: общее состояние удовлетворительное, ночью спал¹ плохо, аппетит хороший, пульс 74 удара в минуту, хорошего наполнения, ритмичный, дыхание евободное, болезненность при глубоком вдохе, кашель (примеси крови в мокроте не отмечается). Перкуторно и аускультативно гемоторакса не установлено. Вечером жалобы те же: беспокоит боль в груди слева и кашель. Для снятия этих беспокоящих явлений сделана левосторонняя ваго-симпатическая блокада. Боли и кашель уменьшились, но через P/г часа раненый жалуется на затруднение при дыхании и резкую слабость. При исследовании установлено: кожные и слизистые покровы бледны, пульс 108 ударов в минуту, слабого наполнения, ритмичный. Перкуторно — притупление слева до VI ребра. Аускультативно — дыхание в нижней части левого легкого отсутствует. Пробной пункцией в 8-м межреберном промежутке добыто 20 см³ свежей крепи. Переливание 100 см³ консервированной крови, сердечные. После переливания крови общее состояние улучшилось. Через 3 часа граница притупления слева на прежнем уровне. Внутривенное кровоотечение больше не повторилось.

Конечно, подобные случаи сами по себе еще не дают права отрицательно расценивать роль ваго-симпатического блока, утверждать, что именно блок является главной причиной усилившегося внутривенного кровоотечения. Однако мы имели несколько таких случаев, протекавших в чрезвычайно благоприятных для наблюдения условиях. Речь идет о случаях наложения в МСБ при проникающих ранениях груди с открытым пневмотораксом сифонного дренажа плевральной полости. В этих условиях мы могли объективно учитывать величину и скорость внутривенного кровоотечения. Приведем выписку из истории болезни.

Гвардии рядовой К., 26 лет. Доставлен в МСБ через 4 часа после ранения. Диагноз: сквозное пулевое ранение груди справа, ранение легкого, открытый гемоторакс. Перелом V и VI ребер. Раненый доставлен из ПМП с окклюзионной повязкой. Состояние раненого тяжелое: одышка, цианоз, пульс 111 ударов в минуту, слабого наполнения, ритмичный. Жалобы на стесненное болезненное дыхание, болезненный кашель, боли в области раны. Морфин 2 см³, сердечные, введена противостолбнячная и противогангренозная сыворотка. Больной дышит спокойнее. При снятии повязки из раны вытекло около 150 см³ пенистой крови, после чего истечение крови почти прекратилось. Под местной инфильтрационной анестезией новокаином раны иссечены, удалены осколки ребер, наложены плеврально-мышечные швы с сифонным дренажем. Через дренажную трубку отмечается незначительное истечение крови. Покой, полусидячее положение в постели. Через 2 часа истечение крови из дренажной трубки прекратилось. Через 3 1/2 часа сделана ваго-симпатическая блокада для снятия болевых ощущений и уменьшения одышки. Непосредственно после блокады возобновилось сильное истечение свежей крови из дренажа. Только после внутримышечной инъекции стерильного раствора теплой 10% желатин и переливания 80 см³ консервированной крови кровоотечение постепенно прекратилось.

Конечно, этих случаев недостаточно для определенных заключений. Но особенности наблюдений и, главное, их полное соответствие с последними данными физиологии легочного кровообращения не позволяют оставить их без внимания и считать случайными.

Учение о сосудодвигательной иннервации сосудов легких, разработанное Пломье (1904), Вигерсом (1904), Крогом (1910), Фюнером и Старлингом (1913), Трайбом (1914), Низимаром (1923) и, наконец, в последнее время Доли и фон Эйлером (1932), теперь вылилось в стройную систему, и бесспорно «удалось показать наличие активных сосудодвигательных нервов в легких» (Дели и фон Эйлер).

Особенно интересны работы Кавацани (1891), Франсуа-Франка (1890), де Бланка (1924), Леблана и Вайнгардена (1924), де Берга, Дели и Эйлера (1932), устанавливающие сосудодвигательную иннервацию сосудов легкого со стороны пограничного ствола симпатического нерва и именно его грудного и шейного отдела. Они четко указывали на сосудосуживающую роль симпатической системы, поддерживающей все время определенный тонус сосудов легкого, их определенный про-свет.

С другой стороны, работами Тальянцева (1883), Броди (1900), Броди и Русселя (1901), Ромма (1924), де Бланка (1924) установлено сосудорасширяющее влияние на сосуды легкого со стороны блуждающего нерва.

Экспериментами установлено, что благодаря такой сосудодвигательной иннервации сосудов легкого могут происходить глубокие и большие изменения в легочном кровообращении, особенно в наполнении легкого кровью. Эти изменения настолько велики, что некоторые исследователи, как Хохрейн и Коллер (1932), создают особое представление о легком, как о значительном депо крови, которое, по их данным, может вместить до 50% всей циркулирующей в организме крови. Важно отметить, что теперь некоторые исследователи — Баркрофт (1936), Ларин (1942) и др.— видят основную роль сосудодвигательной иннервации легких в воздействии на способность легочных сосудов расширяться.

Так, Дж. Баркрофт (1936) пишет: «У человека в покое в одну минуту через легкие проходит около 4 л крови, во время работы — около 25—30 л. Каково бы было давление в легочной артерии, если бы сосуды не расширялись или даже если они расширялись бы только под давлением крови? Однако те факты, которыми мы располагаем, говорят, что при работе давление в правой части сердца и при систоле и при диастоле если и повышается, то лишь незначительно».

Как же в таком случае должна влиять ваго-симпатическая новокаиновая блокада на сосудодвигательную иннервацию сосудов легкого, как должно изменяться кровообращение в легком и его кровенаполнение?

На этот вопрос можно дать один ответ — сосуды легкого под действием новокаиновой блокады симпатических узлов расширяются так же, как они расширяются после новокаиновой блокады в других отделах организма. О сосудорасширяющем действии новокаиновой блокады симпатических узлов много сказано в работах Лериша (1938), есть указания в работах А. В. Вишневского (1940), А. А. Вишневского и М. О. Осипова (1934) и других авторов.

Лериш (1938) пишет: «Когда новокаин касается симпатических элементов, он уничтожает их тоническое действие и в соответствующей территории создается режим активного сосудорасширения».

Больше того, Лериш и Шамов (1942) предлагают лечить эмболию и рефлекторный спазм легочных сосудов, тромбоз их новокаиновой блокадой звездчатого узла и приводят ряд положительных клинических наблюдений. Шамов (1942) по этому вопросу пишет о необходимости «считать немедленную блокаду звездчатого узла обязательной во всех случаях эмболии легочной артерии».

Конечно, положительная оценка применения новокаиновой ваго-симпатической блокады при проникающих ранениях груди основана на больших статистических данных. Тем не менее результаты наших наблюдений нельзя сбрасывать со счета. Необходимо в четком эксперименте найти объяснение обнаружившихся противоречий.

Так, необходимо объяснить несоответствие данных клиники с данными экспериментальной физиологии. Клиника утверждает, что новокаиновая ваго-симпатическая блокада во всех случаях проникающих ранений груди, включая и случаи с угрожающим жизни внутриплевральным кровотечением, всегда полезна и всегда должна быть произведена. Экспериментальная же физиология указывает, что новокаиновая блокада симпатических узлов, изменяя легочное кровообращение, резко увеличивая приток крови к легким, отнюдь не безразлична при проникающих ранениях груди с внутриплевральным кровотечением и, наоборот, может принести вред. И наконец, нужно объяснить противоречие в методах самой клиники. С одной стороны, при проникающих ранениях груди с внутриплевральным кровотечением для остановки кровотечения и образования тромба применяется целая система самых сильных гемостатических средств. С другой стороны, производят новокаиновую блокаду симпатических узлов — апробированное наблюдениями Лериша и Шамова, теоретически обоснованное средство в борьбе с тромбозом легочных сосудов.

Правильно ли во всех случаях ранений груди, без определенных показаний, включать в новокаиновую блокаду, помимо блуждающего нерва, который, бесспорно, необходимо блокировать во многих случаях не только с лечебной целью, но и для профилактики шока, и блокаду симпатических узлов, как это мы делаем при закрытой блокаде по Вишневному?

Не является ли огромным преимуществом открытой блокады по Бурденко возможность блокировать, избирательно следуя определенным показаниям, либо блуждающий нерв, либо блуждающий нерв и симпатический узел вместе?

К этим вопросам мы пришли в своей работе в МСБ в годы Великой отечественной войны. Правильно ответить на них можно не на основе статистического материала и описания отдельных случаев, а на основе четко и правильно поставленного эксперимента.

Доц. Н. И. ГРИГОРЬЕВ

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЭМПИЕМ ПЛЕВРЫ ОГНЕСТРЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

За 4 года работы в тыловом специализированном госпитале мы наблюдали большое количество раненых с различными поздними нагноительными процессами. Среди общего контингента раненных в грудь, лечившихся оперативно в нашем госпитале, случаи осложнений эмпиемой учащались по мере удаления от нас фронта. В первый период войны осложнения эмпиемой были у 11% раненых, во второй — у 17%. До 90% больных, страдающих эмпиемой, подвергалось тем или иным оперативным вмешательствам на предшествующих этапах эвакуации.

Хронической эмпиемой принято называть гнойное воспаление плевральной полости, развившееся после острого раневого пиоторакса и характеризующееся стационарным частичным спадением легкого. Момент возникновения хронической эмпиемы определяется прекращением расправления легкого. Обычно это происходит через два-три месяца после ранения. Образование хронических эмпием вызывается различными патогенетическими факторами. У нас наиболее частыми причинами оказались бронхиальные свищи, фиброзные процессы в легком, инородные тела в грудной полости, остеомиелиты костей грудной клетки, дефекты лечения раневых плевритов, инфекция и раневое истощение. Бронхиальные свищи мы наблюдали у 5% раненых с проникающими ранениями груди. В 19% случаев они поддерживали хронические эмпиемы. По характеру и величине бронхиальные свищи чрезвычайно разнообразны. При лечении раневых пиотораксов бронхиальные свищи препятствуют расправлению легкого и способствуют переходу острого плеврального процесса в хронический.

Следующим существенным моментом в возникновении хронических эмпием следует считать оставление в грудной полости (легком и плевре) инородных тел. В 17% случаев нам удалось установить связь хронической эмпиемы с инородными телами, в последующем удаленными при операции. Среди инородных тел, вызывающих хроническую эмпиему, наиболее часто (в 60% случаев) встречаются металлические (пули и осколки), реже костные осколки (29%) и забытые при лечении пиоторакса резиновые дренажи и полоски (11%).

Довольно частой причиной хронической эмпиемы являются дефекты лечения раненых с проникающими ранениями груди.

При правильном применении дренажа (подводный дренаж) он может действовать с пользой от 3 до 5 недель. Дольше оставлять дренаж

нецелесообразно, ибо он становится инородным телом и может стать причиной хронической эмпиемы.

Мы наблюдали случаи длительного лечения плевральной полости дренажами до 3 и 4 месяцев, когда уже имелась хроническая эмпиема. В отдельных случаях удаление дренажной трубки вело к быстрому выздоровлению. Пассивную тактику при инородных телах в грудной полости также нужно считать ошибкой, особенно если это крупные осколки с острыми и неровными краями.

Вследствие неправильного и затянувшегося лечения раневых плевритов в спавшемся легком развивается фиброзный процесс, который в дальнейшем мешает расправлению легкого и также ведет к развитию хронической эмпиемы. Фиброз легкого, развившийся на почве дефектов лечения гнойных раневых плевритов и послуживший причиной возникновения хронической эмпиемы, мы наблюдали в 50% случаев.

Реже развитие хронических эмпием вызывается пристеночными абсцессами легкого, остеомиелитами ребер со свищевыми ходами в плевральную полость, параплевритами и гнойным воспалением реберных хрящей (14% всех случаев хронических эмпием).

Последней причиной, поддерживающей хроническую эмпиему, является инфекция и раневое истощение (5%). При проникающих ранениях груди, осложненных инфекцией, преобладают стрептококки (65%) > анаэробы (43%), стафилококки, диплококки и др.

Патологическая анатомия хронических эмпием характеризуется наличием стационарной, не уменьшающейся в объеме, остаточной полости, сообщающейся с наружной поверхностью торакальным свищом.

Клиническое течение хронических эмпием характеризуется симптомами, присущими длительному плевральному процессу с признаками хронической гнойной интоксикации. В крови отмечается снижение гемоглобина, лейкоцитоз, высокая РОЭ, сдвиг влево в лейкоцитарной формуле. В поздних случаях развиваются явления хронического истощения, малокровие, начинают страдать внутренние органы: печень, почки, сердце, кишечник и др. В далеко зашедших случаях в моче появляются белок и гиалиновые цилиндры, стул делается жидким и частым (септические поносы).

Диагноз хронической эмпиемы не труден, он ставится на основании наличия наружного плеврального свища, ведущего в остаточную полость. Прогноз при хронических эмпиемах неблагоприятный, поскольку в легком и плевре развиваются необратимые фиброзные изменения с расстройством функции дыхания. Лечение хронических эмпием проводится как консервативными, так и оперативными методами.

Консервативное лечение применяется в раннем периоде, когда еще не исчезла способность легкого к расправлению, т. е. на третьем и четвертом месяце после ранения. Здесь прежде всего применяются меры общего воздействия на организм и местные мероприятия. Из мер общего воздействия следует указать на переливание крови, диетическое лечение, лечебную дыхательную гимнастику и др. Из местных — создание условий для хорошего оттока гноя (подводный дренаж) и лучшего расправления легкого (вакуум-аппараты). Для нейтрализации бактериальной флоры применяются сульфамиды и другие антисептические средства (риванол, перекись марганца, хлорамин, бактерицид).

При ограниченных полостях в раннем периоде хорошие результаты дает широкая торакотомия с последующим тампонным методом лечения (Вишневский, Коннорс).

Оперативное лечение применяется с 5-го месяца после ранения, если консервативное лечение оказалось безрезультатным. Так как в основе хронической эмпиемы лежит фактор неспадения плевральной полости, то все применяемые операции преследуют цель ликвидации этой полости или путем мобилизации грудной стенки и приближения ее к легко-

му или мобилизации и расправления легкого и приближения его к грудной стенке. В первом случае применяется операция торакопластики, во втором — декортикация легкого.

Более широкое применение получила операция интраплевральной торакопластики по Шеде с различными вариантами. Принцип интраплевральной торакопластики заключается в радикальном иссечении всей измененной наружной стенки полости, т. е. утолщенной костальной плеврой со швартовыми наложениями, ребер вместе с надкостницей и межреберными мышцами. После этого грудная стенка становится податливой (она состоит только из кожно-мышечного лоскута), легко приближается к висцеральной плевре и наступает приживание.

Операция декортикации по Делорму может быть применена только в ранней стадии болезни (не позже 6 месяцев после ранения), когда спавшееся легкое еще не успело прорасти фиброзной тканью и не потеряло способности к расправлению. При этой операции очень часто повреждается легкое, появляется паренхиматозное кровотечение и иногда развиваются легочные свищи.

Оригинальной операцией при хронической эмпиеме огнестрельного происхождения следует признать лестничную торакопластику по Линдбергу. Эта новая операция создана у нас в СССР во время Великой отечественной войны. При этой операции производится поднадкостничная резекция ребер над полостью; по ходу каждого ребра делается прорез до полости плеврой; в каждый прорез закладывается тампон; полость плеврой заполняется грануляциями, разрастающимися из оставшихся межреберных промежутков. Операция может быть произведена в два-три момента, имеет много преимуществ перед операцией Шеде и с успехом может применяться при плоскостных неглубоких полостях и в более ранних случаях, пока не наступили глубокие изменения в межреберных мышцах.

Наш личный опыт лечения хронических эмпием основан на 500 случаях. Свою тактику при лечении эмпием огнестрельного происхождения мы изложили в одной из предыдущих работ (Хирургия, 10, 1943). В основном она сводится к следующему. Учитывая, что в госпитали глубокого тыла поступают больные, уже оперированные на предшествующих этапах и прошедшие стадию предварительного лечения (консервативное лечение, торакотомия с подводным дренажем и др.), мы с самого начала стали придерживаться тампонного метода лечения типа Коннорса-Вишневого.

После подготовки сердечно-сосудистой системы (стрихнин) и общеукрепляющего лечения (переливание крови, диетотерапия, лечебная физкультура) производим широкую торакотомию посредством последовательной резекции двух-трех ребер от свища по направлению к центральной части полости. Такой тип операции позволяет определить пальцем величину полости уже после резекции одного ребра и в дальнейшем ориентироваться в размерах и количестве подлежащих резекции ребер. Далее соответственно резецированным ребрам мы вырезаем окно из всех мягких тканей (межреберные мышцы, костальная плеврой). Плевральную полость очищаем от гноя, фибрина, удаляем инородные тела, полость протираем спиртовым салфетками и рыхло тампонируем. При таком тампонном методе лечения 83% больных выздоровели, 12% больных пришлось делать дополнительную операцию торакопластики и 5% умерли.

Мы не имеем оснований раскисать в том, что начинаем лечение хронических эмпием с тампонного метода. Наоборот, если учесть, что больные, которых мы получили, находились в очень тяжелом состоянии, то результаты надо считать ободряющими. Так, например, в 18% случаев мы имели тотальные эмпиемы, в 24% — субтотальные и только в 58% — осумкованные с различной локализацией. При этом в 17%

случаев из плевральной полости мы удалили инородные тела, поддерживавшие хроническое течение эмпиемы. Обнаруженные у 19% больных ранее нераспознанные бронхиальные свищи в 90% случаев зажили. Это мы объясняем исключительно влиянием тампонного метода. Наконец, принятый нами метод позволил уменьшить плевральную полость в тех 12% случаев, где не наступило выздоровления, очистить ее, вызывая появление здоровых грануляций и тем самым подготовить ее для производства торакопластики. Если при операции торакотомии с тампонадой мы имели тотальные эмпиемы в 17% случаев, субтотальные в 21%, то после торакопластики мы ни в одном случае не наблюдали ни тотальной, ни субтотальной хронической эмпиемы. За все время войны, несмотря на большое количество раненых, нам ни разу не пришлось прибегать к широкой типичной торакопластике по Шеде.

Всего мы произвели 110 операций торакопластики, из них в 60 случаях торакопластика явилась повторным вмешательством после торакотомии. Остальные 50 больных поступали к нам на пятый месяц и более после ранения уже в состоянии, когда была возможна только торакопластика.

Опыт подсказывает, что если в течение 5 месяцев после ранения больной не выздоравливает, то оттягивать операцию торакопластики не следует. В поздние сроки операция дает худшие результаты.

Мы придерживались следующей техники операций. Прежде всего большое внимание уделяем подготовке больного. Неоднократно переливаем кровь, при этом стремимся процент гемоглобина довести до 50—60. Для поднятия тонуса сердечно-сосудистой системы ежедневно в течение десяти дней производим подкожные инъекции стрихнина. Иногда делаем до двадцати инъекций стрихнина. Плевральную полость готовим тампонадой и промыванием антисептическими растворами, добиваясь стихания воспалительных явлений на плевре и вокруг свища и прекращения отделения гноя. Температура больного должна снизиться до нормальных цифр, а общее состояние — стать удовлетворительным. Обезболивание мы производили местное 0,25% раствором новокаина без адреналина. Анестезию межреберных мышц производили на одно ребро выше и ниже подлежащих резекции ребер. Иногда у субъектов с повышенной возбудимостью применяли общий наркоз. В качестве основного наркотизирующего вещества брали 1 г гексенала, затем переходили на эфир.

Разрез мягких тканей производили в соответствии с формой и положением полости. При узких и щелевидных полостях разрез делали над средней частью ее от верхнего полюса до свища. При более или менее распространенных полостях пользовались языкообразным разрезом. Задняя часть разреза идет сверху вниз от ребра, соответствующего верхней границе полости, и спускается книзу по заднему краю ее, постепенно овалом приближаясь к свищу. Свищ иссекали вместе с рубцовой кожей. Далее разрез идет кпереди и постепенно по переднему краю полости загибается кверху до уровня начала заднего разреза. Затем отделяли весь кожно-мышечный лоскут от ребер и постепенно оттягивали кверху. Производили поднадкостничную резекцию одного или двух ребер в области свишевого отверстия, свищ рассекали по зонду или пальцу в направлении полости. Введенным в свищ пальцем обследовали доступную часть полости и этим самым определяли размер резекции следующего ребра, которое удаляли в пределах полости, заходя в каждую сторону на 1 см. Таким образом, постепенно расширяя свищ и резецируя ребра, доходили до верхнего полюса полости. Последнее ребро резецировали по возможности выше верхнего ее края так, чтобы не оставалось навеса и карманов.

Данные о размерах наших операций по количеству резецированных ребер представлены следующими цифрами.

Количество резецированных ребер	Число случаев	Количество резецированных ребер	Число случаев
2 ребра	9	8	.....7.....
3 „.....	15	9	.....1.....
4 „.....	18		
5 ребер	26'		
6 ребер	20	Итого	НО
7 „.....	14		

Длина резецированных участков ребер колебалась в среднем от И до 20 см. В дальнейшем над полостью иссекали весь пласт, состоящий из межреберных мышц, надкостницы, нервов, сосудов и утолщенной костальной плевры. На кровоточащие межреберные сосуды накладывали зажимы, после чего в большинстве случаев кровотечение останавливалось без лигирования. Полость эмпиемы осушали марлевыми салфетками, освобождали от скопления гнойных грануляций и протирали спиртом. При плотных изменениях висцеральной плевры на ней делали крестообразные насечки до легочной ткани. Перед ушиванием раны всю ее поверхность припудривали стрептоцидом (10—15 г). Кожно-мышечный лоскут возвращали на свое место и подшивали (узловатые кетгутовые швы — на мышцы, шелковые — на кожу). При этом большое значение имело прилаживание мышечного лоскута к внутренней стенке плевральной полости. Мы добивались, чтобы он прилегал ко всем углублениям и не оставлял так называемых мертвых пространств. Мышечный лоскут подшивали кетгутом, начиная сверху и сзади. В тех случаях, когда была глубокая полость, из прилежащих мышц грудной стенки выкраивали мышечный лоскут на ножке и узловатыми швами фиксировали его ко дну полости. Иногда приходилось пользоваться двумя встречными лоскутами из различных мышц.

Для пластики, в зависимости от расположения полости, можно использовать различные мышцы: широкую мышцу спины, трапециевидную, длинную мышцу спины, большую грудную, переднюю зубчатую. При низко расположенной наддиафрагмальной полости можно использовать наружную косую и прямую мышцы живота. Для сохранения функции мышц, из которых выкраивается лоскут, не следует для пластики брать их целиком. Чтобы не нарушать питания мышцы, ножку ее следует помешать на той стороне, с которой идут сосуды и нервы, а также стремиться сохранить фасциальную оболочку, по которой пробегают мелкие, питающие мышцу сосуды.

При мелких капиллярных бронхиальных свищах^в мы накладывали перибронхиальный шов и дальше к легкому в этом месте подшивали мышцу. Крупные свищи освежали острой ложечкой и тампонировали мышечным лоскутом, который по краям также фиксировали к легкому отдельными кетгутовыми швами. Под мышцу подводили резиновый дренаж и марлевый тампон, пропитанный эмульсией стрептоцида. При больших полостях приходилось* оставлять несколько тампонов, концы которых мы вводили в ниже-задний угол раны. Первый раз тампоны сменяли через 7—10 дней. Дренажную трубку иногда оставляли еще на некоторое время — через нее оставшуюся для гранулирования плевральную рану орошали антисептическими растворами.

Очень важно последующее лечение тампонадой. Тампоны нужно укладывать рыхло, но в то же время тщательно, не оставляя свободных мест, в которых мог бы скопиться гной. Частота смены тампонов зависит от общего состояния больного и количества выделений из раны. Мы придерживались системы редких перевязок и производили их в случае пропитывания повязки и тампонов гноем или при повышении температуры.

Обычно в первое время после операции отделяемое из раны увеличивается, так как воспалительный процесс обостряется. При этом всегда наблюдалась патология пересаженной мышцы: мышца отекает, бледнеет, иногда покрывается фибринозно-гнойным налетом. В конечном итоге происходит частичная атрофия ее и прорастание фиброзной тканью.

В послеоперационном периоде необходимо строго следить за общим состоянием больного. Уже на операционном столе мы производили переливание крови (200—225 см³). Такие малые дозы переливали во всех случаях с гемостатической и стимулирующей целью. При заметном падении кровяного давления производили более массивные переливания крови (400—600 см³). Переливание крови повторяли через каждые четыре-пять дней в течение месяца. Для улучшения диафрагмального дыхания больным придавали полусидячее положение с согнутыми в коленях ногами. При одышке назначали кислород, а при расстройстве сердечной деятельности — камфору, кофеин и др. Как только больные оправлялись от операционной травмы (обычно на 3-й и 4-й день), им разрешали садиться на кровати, а начиная с 10-го дня позволяли ходить. Во всех случаях торакопластики проводили сульфамидотерапию (сульфидин внутрь, стрептоцид на рану) и диетотерапию.

Питание больных по возможности должно быть усиленным, особенно богатым белками и витаминами. Через 3—4 недели оперированные начинали занятия лечебной дыхательной гимнастикой.

В 63 случаях мы торакопластику сочетали с пересадкой мышц на ножке, при этом в 22 случаях было произведено пластическое закрытие бронхиальных свищей, сопутствующих хронической эмпиеме; в остальных 47 случаях—торакопластика в чистом виде, без мышечной пластики.

В результате нашего оперативного лечения хронических эмпием выздоровело 102 раненых (93%), в среднем через 1%—2 месяца после операции. Небольшие остаточные полости были отмечены у 5 человек (4%). В этих 5 случаях потребовалась дополнительная операция раскрытия полости с последующей тампонадой. Умерло 3% больных от тяжелого длительного септического процесса. 73% выздоровевших больных выписаны в запас, 11% сняты с военного учета и 10% возвращены в армию на нестроевую службу.

Хроническая эмпиема, излеченная операцией торакопластики, оставляет в организме тяжелые изменения в смысле расстройства функции жизненно важных органов и в первую очередь сердца и легких. Операция торакопластики, как восстановительная операция, сохраняет жизнь больным, многих из них позволяет вернуть к трудовой деятельности и даже в строй. Однако она в той или иной степени оставляет необратимые изменения в организме. В частности, после торакопластики остается некоторая деформация грудной клетки. Функция дыхания расстраивается вследствие уменьшения жизненной емкости легкого за счет спадения и фиброза его.

В тяжелых случаях тотальной и субтотальной торакопластики развивается частичное парадоксальное движение грудной стенки на стороне поражения. Сердечная деятельность страдает вторично от повышения кровяного давления в малом кругу и от той усиленной адаптационной работы, которую сердце выполняет для пополнения недостающего кислорода. Поэтому больные после торакопластики должны рассматриваться как не пригодные к тяжелому физическому труду. В порядке переквалификации и трудоустройства их необходимо обеспечить легкой работой. В течение первого полугодия больных, перенесших торакопластику, следует переводить в третью, а некоторых из них и во вторую группу инвалидности.

Проблема лечения хронических эмпием огнестрельного происхождения будет существовать некоторое время и в послевоенном периоде.



ВОПРОСЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

Подполковник мед. службы Б. Л. УГРЮМОВ

ТУЛЯРЕМИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ ГОСПИТАЛЯ М-СКОЙ АРМИИ

Среди инфекционных заболеваний туляремия занимает особое место. Как отдельная нозологическая единица, она выделена всего лишь около 35 лет назад. До 1920 г. считалось, что туляремия якобы встречается исключительно в Америке. Хотя это положение оказалось опровергнутым, однако оно отразилось на прогрессе наших познаний в области изучения туляремии в условиях Советского Союза.

Если в материалах прошлых войн нет указаний на туляремиальные заболевания, то этого нельзя сказать о Великой отечественной войне. В Г4-ской армии туляремия заняла среди инфекций даже значительное место. Больные туляремией составили 15% к общему числу инфекционных больных, находившихся на излечении в госпитале за годы войны. Познания наши в области туляремии обогатились практическим опытом, и современный врач уже не может довольствоваться теми скудными данными, которые сообщались о туляремии в руководствах по инфекционным болезням.

Первые заболевания туляремией появились в январе 1942 г. В ряде частей заболеваемость, преимущественно весной и летом, носила спорадический характер и не находила еще полного эпидемиологического объяснения. Источники туляремиального вируса не были еще к этому времени установлены. Наличие мышевидных грызунов отмечалось почти повсеместно; заслуживало определенного внимания наличие водяных крыс, например, в районе Терехово, Лысково, Некрасово, Пономариха Московской области, где дислоцировались войска. Контакт мышевидных грызунов с водяными крысами способствовал возникновению и развитию эпизоотии.

Из частей, дислоцировавшихся в районе этих населенных пунктов, в госпиталь систематически поступали больные туляремией. Заболеваемость летом и осенью 1942 г. носила спорадический характер. Так продолжалось до декабря 1942 г., когда число заболеваний туляремией возросло в двух соединениях М-ской армии «А» и «Б». Вспышка в этих соединениях возникла внезапно.

Соединение «А», занимая активную оборону, дислоцировалось на протяжении длительного времени в районе Износки Смоленской области (Воскресенское, Б. Ивановка, Белый камень, Захаровна, Букари и другие населенные пункты). Бойцы располагались в открытой местности, находясь преимущественно в блиндажах, землянках, траншеях.

Как видно из диаграммы (рис. 1), в декабре появились разрозненные заболевания туляремией в соединении «А» (заштрихованные столбцы). Для исчерпывающего клинико-эпидемиологического анализа у нас пока еще не было достаточного опыта.

Начиная со второй половины декабря, заболеваемость нарастает. Достигнув максимума в конце декабря, она идет на убыль. Вспышка угасает. Последний случай туляремии зарегистрирован 12 января.

Одновременно привлекает внимание ряд сплошных столбцов, где первый столбец означает первый случай туляремии в соединении «Б», зарегистрированный 25 декабря. Затем появляются новые случаи. Число больных растет.

Чем объяснить исчезновение туляремии в соединении «А» в начале января и почти одновременное внезапное появление и стремительное нарастание заболеваемости в соединении «Б»? Ответ на этот вопрос дает следующий факт эпидемиологической значимости. 22 декабря 1942 г. соединения «А» и «Б» поменялись местами. Соединение «Б», занявшее участок соединения «А» и до этого времени не имевшее ни одного случая заболевания туляремией, стало жертвой вспышки. Темпы ее быстро нарастали включительно до половины января, когда наметилась тенденция к снижению заболеваемости.

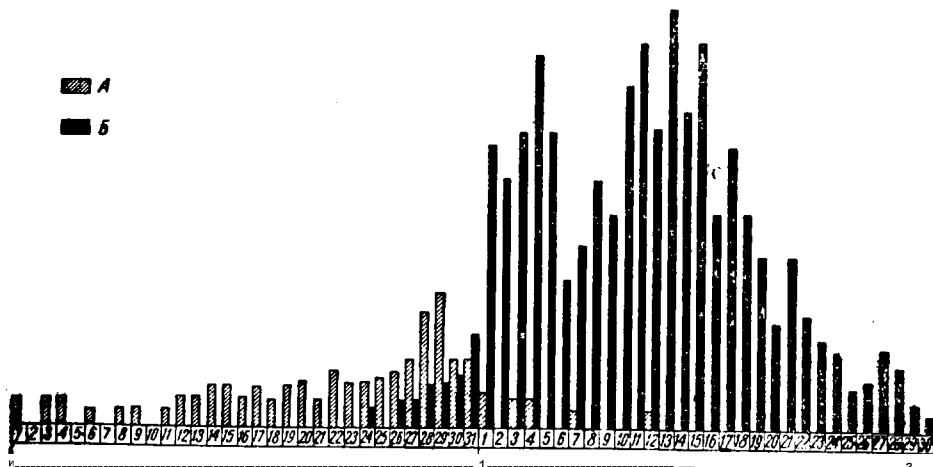


Рис. 1. Движение заболеваемости туляремией в соединениях „А" и „Б" (декабрь 1942 г. — январь 1943 г.)

Высокая заболеваемость туляремией совпадает с исключительной заселенностью местности мышевидными грызунами и наличием среди них туляремийной эпизоотии. Обильный урожай в силу боевой обстановки оставался на полях либо полностью, либо частично неубранным. В частности, хлеб оставался полностью неубранным в нейтральной полосе между нашими и вражескими войсками. Это обстоятельство создавало при соответствующих метеорологических условиях благоприятную обстановку для исключительного быстрого размножения мышевидных грызунов, среди которых преобладала мышь-полевка (*Microtus agrestis*), как известно, особенно восприимчивая к туляремийной инфекции.

На участках неубранного хлеба наблюдалось громадное количество мышей-полевок, массами попадавших на переднем крае обороны в окопы, траншеи, блиндажи. Об огромном количестве грызунов свидетельствуют, например, следующие данные: на участке одного полка за три дня — с 14 по 17 января 1943 г. — работник дератизационного отряда собрал 507 трупов павших грызунов, а на участке другого полка трупами мышей за один день наполнили пять ведер.

Эпидемиологический анализ заболеваемости туляремией в двух наших соединениях дает некоторые указания на продолжительность инкубационного периода при туляремии. Так, заболеваемость туляремией в соединении «А» после его передислокации 22 декабря практически прекратилась 4 января; единичные заболевания 7—12 января были за счет лиц, побывавших на прежнем месте дислокации. Первый случай туляремии в соединении «Б», занявшем 23 декабря участок соединения «А» и до этого свободном от туляремии, наблюдался 25 декабря, т. е. на третий день после передислокации. С этого дня заболеваемость идет ежедневно в нарастающем темпе, поражая значительное количество людей.

Указанные факты, свидетельствуя о коротком (в основном до недели) инкубационном периоде, одновременно говорят о высокой восприимчивости человека к туляремии, о склонности этой инфекции к стремительному распространению. Условия одномоментного перемещения столь крупных контингентов, вызвавшие такие показательные данные, встречаются нечасто, а в мирных условиях вряд ли возможны.

О кратковременном инкубационном периоде свидетельствуют такие данные. Группа бойцов отдельной стрелковой бригады, прибывшей в нашу армию, разместилась 14 февраля на ночлег в землянке в районе Скородумове, где перед этим дислоцировалась часть, неблагополучная по туляремии. Через 4 дня трое бойцов из этой группы, ночевавшие вместе, поступили в госпиталь, где у них клинически и посредством аллергической пробы была диагностирована генерализованная форма туляремии. Показательны случаи укуса мышами, дающие возможность с предельной точностью установить продолжительность инкубационного периода.

Красноармеец С., 26 лет, ЮЛУ. 1943 г. на привале в деревне ночью был укушен мышью в левую кисть. 12.1У заболел. Положительная кожно-туляриновая проба на 9-й день болезни на фоне ясной клинической картины бубонной формы туляремии (левосторонний подмышечный бубон).

Красноармеец Б., 49 лет, санитар ИГ. При передислокации госпиталя на ночлеге в деревне (очаг туляремии) во время сна был укушен мышью за указательный палец правой руки. Заболел на 6-й день после укуса. Окончательный диагноз — бубонная форма туляремии (правосторонний подмышечный бубон).

В начальном периоде заболевания нет продромальных явлений, а также патогномичных признаков. Ни в одном случае мы не могли отметить постепенного развития заболевания. В анамнезе наших больных обычно отмечались: потрясающий озноб, стремительное повышение температуры до высоких цифр, головная боль, общая разбитость, резкий упадок сил, боли в мышцах, особенно нижних конечностей, спины, поясницы; иногда боли в груди, как правило, сухой кашель, отсутствие аппетита.

Болезнь начинается остро, независимо от клинической формы ее. Патогенетически можно считать обоснованным наличие трех клинических форм туляремии — бубонной, генерализованной и легочной, что находит свое отражение в современной классификации, предложенной Рудневым.

В соответствии с этой классификацией материал наших наблюдений распределяется следующим образом:

1. Бубонная форма..... 178 больных

В том числе:

язвенно-бубонная	.....	7	больных
внгинозно-бубонная	....	47	
чисто бубонная	.....	118	,
глазо-бубонная	.....	5	,
аод >минальная	.....	1	,

2. Генерализованная форма 184 больных

3. Легочная форма.....614 ,

В том числе варианты:

гриппоподобный	.....	521	больной
пневмонический	.....	93	больных

Бубонная форма. Первичные бубоны при туляремии появляются в первые дни болезни, на 2—3-й день отмечается болезненность в области будущего бубона, а с 4—6-го дня уже явно заметно болезненное гриппухание в области поражения лимфатической железы.

Приводим фактический материал о больных, достоверно прослеженных нами с первого дня болезни.

Таблица 1

С к 2	На какой день болезни стала увеличиваться железа	Количество больных	№ п/п	На какой день болезни стала увеличиваться железа	Количество больных
1	На 1-й день	1	5	На 6-й день	4
2	2-й	1	6	7-й	4
8	3-й	7	7	8-й	—
4	4-й	3	8		1

Из табл. 1 видно, что лимфатические железы прощупывались в среднем уже на 3—5-й день от начала заболевания.

Распределение по частоте пораженности показано в табл. 2.

Таблица 2

Наименование желез	Количество случаев	В % к общему числу случаев
Подчелюстные, шейные	157	88,2
Подмышечные	14	7,8
Бедренные и паховые . - «...	7	4,0

Наблюдались самые различные размеры желез — от лесного ореха до куриного яйца и больше. Железы, как правило, увеличены на одной стороне, вначале очень плотны, спаяны с окружающей клетчаткой; признаков воспалительного процесса на коже нет. Гиперемия появляется в стадии гнойвидного размягчения бубона. Исход бубонов: гнойвидное размягчение (на нашем материале до 80%), склеротизация и в отдельных случаях обратное развитие. В процессе нагноения железа равномерно размягчается, флюктуирует (рис. 2).



Рис. 2. Красноармеец Ш., 24 лет. Туляремия. Бубон в стадии гнойвидного размягчения



Рис. 3. Снимок сделан 2И.У. 1946

Продолжительность размягчения бубона до состояния полного гнойного расплавления железы составляла у нас от 21 до 100 дней, в среднем 46 дней.

Приводим случаи более поздних наблюдений.

Красноармеец Х., 26 лет, поступил в госпиталь 26.IV.1946 г. по поводу увеличивающейся припухлости на шее. Больной прибыл в Германию 18.IV из Повордино Воронежской области (очаг туляремии), где находился с февраля 1946 г. Заболел 5.IV внезапно в пути; был потрясающий озноб, высокая температура, 41.1°С снизившаяся до нормы. 10.IV заметил справа на шее припухлость. Состояние больного при поступлении в госпиталь удовлетворительное. Справа на боковой поверхности шеи имеется плотный, слегка болезненный при пальпации инфильтрат величиной с голубиное яйцо. Спустя три недели бубон увеличился до размера куриного яйца и наступило полное гнойное размягчение железы с отчетливой равномерной флюктуацией и резкой гиперемией кожи над железой (рис. 3).

Бубон вскрыт 22.V, выделилось около 15 см³ густого гноя. Интересно отметить, что в ближайшие дни бубон вновь стал заполняться гноем из-за прекращения оттока вследствие зарращения разреза. На месте бубона осталось лишь незначительное уплотнение ткани. Одновременно 1.VI у больного стала припухать шейная железа слева, рассосавшаяся спустя 25 дней после появления.

Второй случай туляремии у красноармейца А. (анамнез тот же) закончился полным рассасыванием увеличенной железы спустя три месяца после заболевания.



Рис 4. . Красноармеец Ш., 20 лет. Туберкулезный лимфаденит



Рис 5. Красноармеец Б., 19 лет. Туберкулезный лимфаденит



Рис 6. Еfreyтор П., 20 лет. Туберкулезный лимфаденит

Приведенные выше наблюдения относятся к двум из 58 больных, поступивших к нам в феврале и марте 1946 г. с лимфаденитами неясной этиологии, причем 14 больных поступили почти одновременно из одной части, расположенной в районе Берлина, с подозрением на туляремию, а 12 человек с необычным диагнозом «инфекционный лимфаденит». В огромном большинстве случаев эти заболевания, как выяснилось вскоре, не имели отношения к туляремии.

Все больные — лица рядового и сержантского состава в возрасте от 19 до 25 лет. Эпидемиологических данных для туляремии нет никаких. У 56 больных отмечается увеличение шейных и подчелюстных лимфатических желез размером от фасоли до куриного яйца и больше. В 26 случаях процесс двусторонний. У двух больных увеличены подмышечные и паховые железы.

В большинстве случаев наблюдаются крупные конгломераты желез — бубоны безболезненные, весьма плотные, спаянные с окружающими тканями, нередко до состояния полной неподвижности. Кожа над железами не изменена. Локализация бубонов различная: передняя и боковая поверхность шеи, подчелюстная подключичная, подбородочная области (рис. 4, 5, 6). Рост пораженных желез довольно быстрый на фоне удовлетворительного состояния больных, отсутствия лихорадки и каких-

либо существенных изменений со стороны внутренних органов, в частности, легких (данные рентгенографии). Со стороны крови явления гипохромной анемии. Клиническая картина бубонов столь неопределенна, что мы не могли в течение длительного времени снять диагноз «туляремия» и прити к окончательному решению.

Дальнейшее клиническое наблюдение показало, что бубоны развивались не по типу туляремийных. Образуюсь без предшествующей лихорадки, бубоны или рассасывались или, наиболее часто, гноевидно расплавились с последующим образованием длительно не заживающих свищей. В ряде случаев отмечено появление вторичных бубонов с быстрым распадом лимфатических желез. Такое явление мы наблюдали у одного нашего больного красноармейца Б., 21 года, физически очень крепкого субъекта, заболевшего в конце февраля 1946 г. Большой сам заметил у себя справа на шее припухлость. В течение месяца бубон увеличился до размеров куриного яйца. Для уточнения диагноза была сделана биопсия железы, после чего образовался незаживающий свищ. В первых числах мая у больного отмечено увеличение бедренной железы, а 25 мая — заметное припухание левой шейной железы. Бедренный бубон, увеличившийся в течение трех недель до размеров гусиного яйца, весьма болезненный, с воспаленной, резко гиперемизированной кожей над железой, пунктирован 11 июня; извлечено шприцем около 30 см³ густого гноя. У другого больного, красноармейца М., 20 лет, на протяжении двух месяцев пребывания в госпитале последовательно поражались с образованием массивных натечников левая шейная, правая подключичная и правая подмышечная железы с последующим образованием незаживающих свищей и обильным выделением гноя.

Отрицательная кожно-туляриновая проба у всех 58 больных, кроме 2 из Поворино, исключила туляремию. Упорно не заживающие свищи и длительный тяжелый процесс в отличие от относительно доброкачественного течения при туляремии, положительная реакция Пирке навели на мысль о туберкулезном лимфадените, что и было подтверждено окончательно биопсией желез у троих больных (наличие специфических гранул и туберкулезных палочек) и биопробой на морских свинках. Приведенные случаи свидетельствуют об актуальности дифференциальной диагностики туберкулезных и туляремийных бубонов.

Множественное поражение лимфатических желез мы встречали в отдельных случаях и при туляремии. Приводим две истории болезни.

Младший сержант Г., 50 лет, поступил 22.XII.1942 г. из очага туляремии. Заболел 19.XII. Одновременно заболел его сын, бывший вместе с отцом в одном блиндаже. Большой атлетического телосложения, хорошего питания. Общее состояние вполне удовлетворительное. 25.XII, т. е. на 6-й день болезни, увеличилась подбородочная лимфатическая железа, плотная, с окружающей клетчаткой не спаяна. Самопроизвольное вскрытие 16.1.1943 г. со значительным отделением гноя. 5.1 у больного увеличилась правая подчелюстная, 1.11—левая подключичная. 6.11 — левая подмышечная и 12.1У — правая шейная железы. Вскрытые бубоны быстро рубцевались. Процесс в железах протекал на фоне нормальной температуры, снизившейся до нормы на третий день болезни, причем гноевидное размягчение бубонов наступало в короткие сроки. Больному регулярно ставилась кожно-туляриновая проба с резко положительным результатом, высокой реактивностью (повышение температуры, ознобы, лимфангоит, резкая гиперемия на месте инъекции с последующим образованием пустулы). Больного мы наблюдали на протяжении 6 месяцев: он чувствовал себя вполне ■удовлетворительно, если не считать незначительной слабости.

Красноармеец Р., 49 лет, поступил в госпиталь 27.1.1943 г. на второй день болезни с диагнозом «малярия». У больного был потрясающий озноб, сопровождающийся высокой температурой, усиленное потоотделение. На шестой день болезни увеличилась правая шейная железа. Диагноз «туляремия» (бубонная форма) подтвержден на восьмой день болезни положительной внутрикожной пробой. Спустя 3 недели после пребывания в госпитале у больного увеличилась правая подключичная железа, впоследствии нагноившаяся.

Часть случаев туляремии заканчивается склеротизацией желез. Определенное значение имеет оценка состояния таких бубонов в пе-

риоде реконвалесценции, что решает практически важный вопрос о сроках пребывания больного в госпитале. Опыт показал, что склеротизированные железы оставались увеличенными очень долго после выздоровления больного, не причиня по существу никакой помехи.

Такие склеротизированные бубоны сами по себе не могут служить показанием для длительной задержки больных в госпитале.

Кожи о-ж ел езиста я форма. Мы наблюдали 7 больных кожно-железистой, или язвенно-бубонной формой туляремии: 3 случая с локализацией кожного поражения на груди с увеличением подмышечных лимфатических желез, 1 случай на голени с процессом в бедренной железе, 1 случай на предплечье с увеличением подмышечной железы и 2 случая на шее с увеличением шейных лимфатических желез. Изменения на коже возникали в первые дни болезни на фоне довольно тяжелого общего состояния больных.

Старший сержант Ч., 28 лет, поступил в госпиталь 3.1.1943 г. по поводу фолликулярной ангины с жалобами на резкую боль в правом паху и в области голени, постоянную головную боль, общую разбитость, слабость, путаницу мыслей, ослабление памяти, раздражительность. Заболевание началось внезапно вечером 18.XI. Среди полного здоровья у больного начался озноб, резкая головная боль. В этот же вечер было носе вое кровотечение. Больной обратился на полковой медицинский пункт; с диагнозом «левосторонняя крупозная пневмония» направлен в МСБ, а оттуда с диагнозом «токсическая форма гриппа» — в ТППГ. История болезни терапевтического госпиталя показательна в том отношении, что здесь, при отражении второстепенных в данном случае анамнестических моментов, отсутствуют какие-либо эпидемиологические данные. Между тем в этом случае эпидемиологический анамнез сыграл решающую роль в распознавании болезни.

Больной — артиллерист, все время был на передовой позиции, длительное время находился в блиндаже среди личного состава батареи. Условия — обычные для переднего края: питание котловое, воДу,-пил обычно сырую. За последнее время несколько человек из подразделения заболело. Удалось выяснить, что ночью 12.XI Ч. проснулся от резкой боли в правой ноге и заметил мышь. На следующий день на месте укуса появилась краснота, болезненность, а позднее зуд, побуждавший больного чесать место укуса и всю голень. 18.XI возник потрясающий озноб, сильная головная боль. Спустя три дня, т. е. 21.XI, находясь в МСБ, больной обнаружил у себя в правом паху опухоль величиной с голубиное яйцо, резко болезненную при надавливании.

Первичный осмотр больного показал, что в области нижней трети правой голени имеются две расположенные рядом неглубокие язвы со скудным отделяемым. Ясно, виден отпечаток зубов мыши. Кожа на пространстве 3 X 3 см некротизирована, однако окружающие ткани не инфильтрированы. Место укуса резко болезненно, даже при легком прикосновении. Несколько подобных образований имеется на передней поверхности голени в ее верхней трети. Правая паховая железа заметно увеличена до размеров куриного яйца, плотна, четко контурирована, с окружающей клетчаткой не спаяна.

Внутрикожная туляриновая проба, поставленная в ИГ, дала положительный результат. У больного наблюдались изменения психики. Состояние было крайне депрессивное. Больной эвакуирован за пределы армии; судьба его нам не известна.

Приведенный случай кожно-бубонной туляремии одновременно дает точные указания на продолжительность инкубационного периода, исчисляющуюся в данном случае шестью днями. Одновременно этот пример показывает, какими диагностическими ошибками чревато игнорирование эпидемиологического анамнеза.

Ангинозно-бубонная форма. Туляремийные ангины, наблюдавшиеся нами в 47 случаях, протекали как с односторонней (35), так и двусторонней (12) локализацией болезненного процесса. Ангинозные явления возникали обычно одновременно с-генерализованным процессом. Местный процесс в виде некротической ангины обычно локализовался на миндалинах. Ангинозно-бубонная форма клинически бы а сходна с чисто бубонной, однако, как правило, течение болезни было более тяжелое. Превалировали жалобы больных на боли в горле, нередко было затруднено глотание даже жидкой пищи. В зеве наблюдалась яркая гиперемия, отечность миндалин, дужек мягкого неба.. Позднее на миндалине происходил некроз.

Стрептоцид, обычно столь радикально действующий при ангине, здесь не эффективен, что является краеугольным камнем дифференциальной диагностики. Ангина протекала длительно, иногда свыше двух недель. Примерно через 10—15 дней после начала болезни ангина заканчивалась и оставался лишь процесс в регионарных лимфатических железах. Железы, как правило, гнойно-видно размягчались.

Глаз о-б убонная форма наблюдалась нами в 5 случаях.

Вскоре после начала заболевания отмечались резкие явления на месте проникновения инфекции. При высокой температуре развивался синдром Парино, описанный в 1898 г. Гиффордом. На конъюнктиве возникают в первые дни фолликулоподобные разрастания, вначале прозрачные, затем мутнеющие. Процесс обуславливается наличием специфических гранул в веках. Заболевание обычно одностороннее. Течение длительное.

Абдоминальная форма. В нашей армии наблюдался случай смерти от абдоминальной формы туляремии. Диагноз поставлен по-смертно.

Легочная форма. Наиболее широкое распространение имела легочная форма, составившая 62,8% к общему числу наших больных, главным образом в виде гриппоподобного варианта.

Туляремийные пневмонии отличаются затяжным характером, не имеют циклического течения, нередко дают обострения, иногда протекают по типу лobarных пневмоний. В легких во все течение болезни, помимо массы сухих хрипов, нередко обнаруживаются крепитирующие и мелкопузырчатые хрипы, не исчезающие подчас и в периоде реконвалесценции.

Старшина Ф., 28 лет, заболел 31.XII. 1942 г. Заболевание началось внезапно появлением озноба, головной боли, высокой температуры, обильной потливости. Диагноз на этапах эвакуации: ПМП — гриппозное состояние, МСБ — лихорадочное состояние, ППГ — брюшной тиф.

Эпидемиологический анамнез. Больной поступил из очага туляремии. В прошлом инфекционных заболеваний не имел. Привит осенью 1942 г. поливакциной НИИСИ. Общее состояние средней тяжести. На коже отдельные розеолаподобные элементы. Легкая гиперемия зева. Язык слегка обложен, влажный. Лимфатические железы не увеличены. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца в норме. Тоны приглушены. Перкуторный звук легких не изменен. Аускультативно много сухих хрипов; в нижней правой доле выслушиваются скудные крепитирующие хрипы. Кашель частый, но мокроты мало; живот мягкий, безболезненный, не вздут. Селезенка не прощупывается. Небольшой лейкоцитоз (8 400). Кровяное давление 105/65. Туляриновая проба положительная на 12-й день болезни. Реакция Видаля и Вейль-Феликса отрицательная. Окончательный диагноз: туляремия, легочная форма. Правосторонняя бронхопневмония нижней доли. Температура оставалась повышенной в течение 41 дня (рис. 7). Сульфидинотерапия ■ малоэффективна.

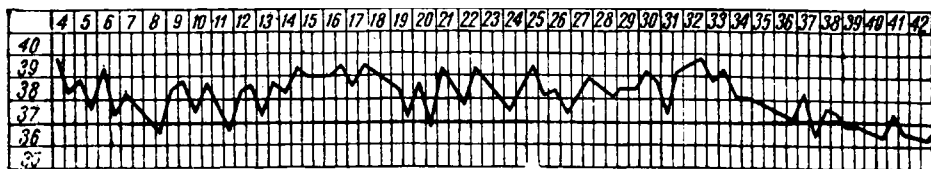


Рис. 7. Старшина Ф., 28 лет. Туляремия; легочная форма

Приводим гриппоподобный вариант легочной формы.

Красноармеец З., 23 лет, поступил в госпиталь из очага туляремии 29.XI.1942 г. с группой больных из своего подразделения с жалобами на резкую головную боль, разбитость и слабость, кашель, светобоязнь, отсутствие аппетита. Доставлен в госпиталь на второй день болезни с диагнозом «грипп». Состояние больного довольно тяжелое. Сыпи на коже нет. Резко гиперемировано лицо, блестящие глаза, инъекция сосудов склер. Язык слегка обложен, влажный; зев пиперемирован; имеется легкая

отечность дужек неба и миндалин. Лимфатические железы не увеличены, безболезненны. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 96 ударов в минуту при температуре 38,2°. В легких сухие хрипы. Живот мягкий. Печень и селезенка не прощупываются. Общий анализ крови без существенных особенностей.

Наш предварительный диагноз в этом случае был «грипп», даже при условии поступления больного в госпиталь из заведомого очага туляремии, Кожно-туляриновая проба, поставленная больному в момент его поступления в госпиталь, дала через 48 часов положительный результат. Температура снизилась до нормы на 7-й день (рис. 8). Окончательный диагноз: легочная форма туляремии, гриппоподобный вариант.

Ввиду наличия эпидемии можно было опасаться контагиозности больных легочной формой туляремии при наличии катарральных явлений, и мы содержали больных в отдельных палатах. Случаев заболевания туляремией среди обслуживающего персонала мы не наблюдали.

Генерализованная форма является единственной клинической формой туляремии без местных воспалительных симптомов. Отличается относительной тяжестью общего течения по сравнению с другими формами. Температура держится при этой форме около трех недель, иногда дольше. Обычно температурная кривая неопределенного типа. Такие больные наиболее часто поступали в госпиталь с диагнозом «тифозное состояние» (тифоидная форма, по прежней классификации), однако в этих случаях мы никогда не наблюдали нарастания тяжести болезни, как это обычно бывает при тифах.

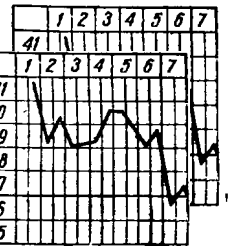


Рис. 8

Значительный интерес, который вызвала вспышка туляремии у врачей нашей армии, сочетался в свое время с недостаточной осведомленностью в диагностике этой мало изученной тогда инфекции. Не удивительно, что диагностика туляремии на этапах эвакуации (ПМП—МСБ—госпиталь), особенно в первое время, страдала большими погрешностями, что видно из данных, приведенных в табл. 3 и 4.

Таблица 3

Диагностика туляремии на ПМП

Диагноз	В% к общему числу больных	Диагноз	В «о к общему числу больных
Грипп	62,0	Плеврит	2,0
Туляремия	13,0	Сыпной тиф	1,5
Воспаление желез	5,0	Малярия	1,0
Воспаление легких	4,5	Паротит	1,0
Ангина	3,4	Брюшной тиф	1,5
Тифозное состояние	7,5		

Из 327 больных только у 43 заболевание диагностировано полковыми врачами правильно. Это наиболее ясные случаи железистой формы, отличающиеся внешне демонстративными клиническими признаками. Почти все больные легочной и генерализованной формой (62%) принимались за больных гриппом.

Впрочем, необходимо отметить, что ошибки в диагностике на ПМП, этом исходном этапе эвакуации, объясняются также недостатком времени, необходимого для всестороннего клинического и лабораторного обследования больных. Ранняя симптоматика генерализованной и легочной туляремии, как известно, мало специфична: жалобы больного в первые дни носят общий характер и дают мало оснований для диагностики.

Больной требует наблюдения, но в обстановке ПМП оно было невозможно. Условия маленького полкового изолятора на 2—3 койки, часто расположенного в землянке в зоне обстрела, заставляли врача незамедлительно эвакуировать лихорадящего больного в МСБ, обычно с ориентировочным диагнозом (табл. 3).

Таблица 4

Диагностика туляремии в МСБ

Диагноз	В **/«. к общему числу случаев	Диагноз	В % к общему числу случаев
Туляремия	44,0	Ангина.....	0,7.....
Грипп	36,0	Дифтерия.....	0,5.....
Тифозное состояние . . .	12,0	Малярия	0,5
Брюшной тиф	8,3		
Сыпной тиф	2,0		
Воспаление легких	, 2,0	Итого . . .	103,0

Из табл. 4 видно, что большие погрешности в диагностике допущены также и в МСБ (56% неправильных диагнозов). Значительная часть больных туляремией эвакуирована в госпиталь с диагнозом тифозного состояния (47 чел.), брюшного тифа (33 чел.), сыпного тифа (8 чел.).

При распознавании туляремию ошибочно принимали за весьма различные заболевания, среди которых первое место занимает грипп. За сыпной тиф туляремию принимали редко. Объясняется это тем, что сыпного тифа среди военнослужащих, несмотря на угрожающую эпидемиологическую обстановку, в М-ской армии почти не было.

Особое место занимает брюшной тиф. Среди врачей всегда была большая настороженность в отношении этой инфекции, с ошибочным диагнозом которой к нам нередко попадали больные туляремией. Врачи стремились к ранней изоляции брюшнотифозных больных, что является важнейшей эпидемиологической проблемой брюшного тифа во время войны.

У всех больных туляремией, находившихся на излечении в госпитале, диагноз подтвержден аллергической пробой. Реакция неизменно оставалась положительной на протяжении всей болезни, начиная со 2—3-го дня, и долго уже в стадии реконвалесценции. Приводим случаи из наших наблюдений.

Старший сержант П., 35 лет, заболел 3.1.1943 г., перенес бубонную форму туляремии. Левосторонняя подчелюстная железа вскрылась самопроизвольно 23.1, вторая железа, левосторонняя шейная, вскрыта 30.1У. Через 2 месяца после поступления в госпиталь больной выписан в хорошем состоянии и оставлен в штате госпиталя. На протяжении 2½ лет реконвалесценту 6 раз, с промежутками в 3—4 месяца, ставилась аллергическая проба, неизменно реактивная, с резко положительным результатом. Последняя проба была поставлена 20.1У.1945 г., т. е. примерно через 2½ года после заболевания. Через 8 часов после инъекции тулярина появилась местная гиперемия, а через сутки — инфильтрат с везикулой в центре, лимфангоит. Местные явления сопровождалось повышением температуры (37,6°), головной болью, ознобом, слабостью.

25.Х. 1943 г. в ИГ поступил с диагнозом «туляремия» красноармеец К., 26 лет. Диагноз подтвержден туляриновой пробой. Предстояло установить диагноз туляремии, не имея для этого ровных никаких эпидемиологических данных. Дальнейшее клиническое наблюдение привело нас к иному выводу. Больной поступил на 12-й день болезни в тяжелом состоянии с картиной брюшного тифа. Из крови высеяна палочка Эберта. В анамнезе удалось установить заболевание «гриппом» зимой 1942 г. в районе Износки. Надо думать, что это была туляремия. Положительную внутрикожную пробу следует рассматривать в данном случае как препятствие на пути к истинному диагнозу последнего заболевания.

Этот случай весьма поучителен в том отношении, что при наличии большого количества туляремийных реконвалесцентов необходимо кри-

тически оценивать положительный результат аллергических проб при новых заболеваниях.

Прогноз при туляремии, как правило, благоприятный. Однако представление о туляремии, как болезни сравнительно не тяжелой, не всегда соответствует действительности и нередко является причиной недооценки этой серьезной инфекции, поражающей большие контингенты и выводящей их надолго из строя. В период вспышки туляремии командование армии было вынуждено поставить на проведение противотуляремийных мероприятий (сооружение снего-ледяных валов, рытье канав, ловчих ям и т. д.) отдельные войсковые части.

Таблица 5

Длительность заболевания туляремией

Болели на протяжении	до 10 дней	10—19 дней	20—29 дней	30—39 дней	40—49 дней	50 дней и выше
Число больных	3	85	111	66	17	31

Прослеженные нами до полного выздоровления 236 больных болели в среднем 28 дней. Каждый туляремийный больной находился в госпитале в среднем 28 дней.

Летальность туляремии по материалам нашей армии невелика (0,3%). В этом отношении наши данные совершенно не совпадают с американскими, где летальность, в частности от легочной формы, значительно выше. В одном случае смерть наступила от туляремии, протекавшей при явлениях сепсиса с геморрагическими явлениями, некрозом и гнойным расплавлением лимфатических желез (околоушной, шейных, подчелюстных). Входными воротами инфекции явилась конъюнктура левого глаза, и данный случай относится к глазо-бубонной форме туляремии. Во втором случае больной умер от туляремии, протекавшей при явлениях резкой интоксикации и перерождения внутренних органов, обусловленных некрозом и гнойным расплавлением лимфатических желез малой кривизны желудка и брыжейки. Наличие резко выраженных изменений в органах брюшной полости, процесс в лимфатических железах, специфическая гранулома селезенки и печени позволяют отнести этот случай к абдоминальной форме туляремии.



ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВВС

Полковник мед. службы кандидат медицинских наук А. В. КУКОВЕРОВ

К ВОПРОСУ ОБ УТОМЛЕНИИ ЛЕТНОГО СОСТАВА

Мы хотим поделиться своими соображениями по поводу утомления летного состава и наблюдениями за так называемой группой лиц с парциальной недостаточностью здоровья.

Ни в одной из форм учета больных нет указаний на такое состояние, как утомление, а между тем термины «утомление» и «переутомление» часто фигурируют в сообщениях старших врачей полков о результатах их наблюдений за летным составом, в анализе заболеваемости отдохавших в домах отдыха и в заключениях врачей-специалистов медицинской службы соединений ВВС. Все это говорит о том, что утомление среди летного состава является фактором, требующим пристального внимания и серьезного изучения.

Правильное регулирование летной нагрузки является одной из существенных задач старшего врача авиационного полка. Хотя в военное время трудно и подчас невозможно говорить о нормах, но все же приходится учитывать интенсивность летной работы, снижая ее для отдельных лиц через командование по представлению старшего врача полка.

Приводим данные о максимальной летной нагрузке в боевых вылетах в день у отдельных летчиков в периоды напряженных операций: истребители — 3—9 вылетов, штурмовики — 2—9, бомбардировщики — 2—4, ночные бомбардировщики — 3—10 вылетов.

Подполковник мед. службы Жук пишет, что наибольшая нагрузка в период боевых операций приходится прежде всего на летный состав ночных бомбардировщиков, экипаж которых в течение ночи находится в воздухе 8—10 часов. Второе место по летной нагрузке занимает штурмовая авиация, летные экипажи которой имеют боевой налет в среднем 4—5 часов в день. Средняя нагрузка летчика-истребителя — 2—3 часа в день, но постоянное напряжение в полете, сложность техники пилотирования, ведение воздушного боя, большие перегрузки и эмоциональные переживания требуют значительно большей затраты физической и нервной энергии по сравнению с другими видами авиации и в особенности с авиацией ночных бомбардировщиков.

Полковник мед. службы Мещанинов считает, что наибольшая утомляемость наблюдается у летного состава штурмовой авиации в связи с максимальным нервно-психическим напряжением в период пребывания над целью. Вот почему летчик-штурмовик, совершивший 50 боевых вылетов за полугодие, нуждается в организованном отдыхе. Оценивая нагрузку летчика-истребителя, необходимо учитывать активность авиации противника над полем боя; оценку нагрузки истребителей правильнее будет проводить не по количеству боевых вылетов, а по числу воздушных боев; сопровождение же группы штурмовиков, бомбардировщиков без противодействия при этом авиации противника ставит истребительную авиацию в более благоприятные условия.

Следовательно, мнения сходятся на том, что в период войны среди летного состава утомление является одним из важных последствий напряженной работы. Субботник на основании проведенных исследований в мирное время констатировал: «Неврастения у летчиков на поч-

ве переутомления... встречается редко и развивается обычно у лиц с чертами конституциональной или рано приобретенной сомато-психической недостаточности». И еще: «Состояния переутомления, обусловленные исключительно выполнением летной работы, встречались лишь в единичных случаях».

Трудно классифицировать летчиков различных видов авиации в отношении более быстрого появления утомления и истощения нервной системы под влиянием летной нагрузки: здесь нужно принимать во внимание не только все неблагоприятные внешние факторы, но и состояние здоровья отдельного летчика. Во всяком случае можно сказать, что наиболее резкое нервно-психическое напряжение наблюдается в массе у штурмовиков в условиях непосредственного воздействия всех видов зенитного огня и у летчиков-истребителей при активности авиации противника над полем боя.

Симптоматология этого утомления обычная: жалобы на быструю утомляемость, повышенную раздражительность, плохой сон и аппетит, головные боли. Объективно наблюдаются повышение сухожильных рефлексов, тремор век и пальцев рук, выраженная потливость, кардиоваскулярная лабильность с Тенденцией к понижению кровяного давления (ниже 100/65). Понижение кровяного давления объясняется тем, что утомление, как известно, способствует понижению тонуса вазомоторного центра.

Через дома отдыха соединений за 1944 г. пропущена не одна тысяча человек (из них летного состава 67,9'»). Находившийся в домах отдыха летный состав распределялся следующим образом: с утомлением было 34,1% после ранений—17,3% с малокровием 2,2%, с гипертонией— 0,4%, с неврастенией—1,5% и с вегетоневрозом — 1,1%. В группу «остальные» вошли главным образом здоровые и реконвалесценты после различных соматических заболеваний (направленные из авиационного госпиталя).

По результатам отдыха летный состав можно разбить на три группы: 1) с улучшением 93,6%, 2) без изменений 6% и 3) с ухудшением 0,4%. Если с ухудшением и без изменений выписывались те отдохавшие, которые по существу были больными, нуждавшимися в госпитальном лечении, например, большие гастритами, колитами (в периоде обострения) и пр., то нужно отметить большой коэффициент полезного действия пребывания в домах отдыха на отдохавших.

Сопоставляя две цифры — 34,1% поступивших с явлениями утомления и 93,6% выписанных с улучшением, можно сделать вывод, что утомление, сказывающееся в снижении работоспособности, снимается в срок в среднем около 2 недель.

Полковник Ростовцев, наблюдая за группой летного состава с 1941 по 1944 г., установил, что в период с 22 июня 1941 г. по апрель 1942 г.: цифры кровяного давления летчиков ниже, чем в последующие периоды.

С нашей точки зрения т. Ростовцев правильно связывает значительное количество гипотоний среди летного состава в этот период с напряженной летной работой (интенсивные воздушные бои под Москвой) и неорганизованностью бытовых условий. Стойкая гипотония под влиянием утомления среди летного состава указывала, возможно, на изменение в тоне симпатической нервной системы.

Американцы считают возможным говорить о летной усталости, иногда возникающей под влиянием бытового неблагоустройства, и выделяют оперативную усталость, связанную с военными боевыми условиями, причем ориентировочно симптомы летной усталости могут появиться у пилотов-истребителей по истечении 100 часов оперативных боевых полетов и у пилотов бомбардировочной авиации через 120 часов такой же работы; принимается во внимание индивидуальность пилота.

Здоровый и крепкий контингент летного состава за 1944 г. провел большую и напряженную летно-боевую работу, связанную с нервно-психическими переживаниями, физическим напряжением при наличии факторов гипоксемии, пониженного барометрического давления и перегрузок. Эта напряженная работа чаще всего влекла за собой реактивные явления в виде возбуждения или истощения нервной системы. Такие реактивные явления в некоторых случаях формировали то болезненное состояние, которое под видом утомления, переутомления, вегетативного невроза, неврастения чаще всего фигурирует у лиц летного состава, находящихся в домах отдыха. Безусловно, в это толкование воздействия труда на организм летчика необходимо ввести коррективы в виде волевого фактора, любви к родине и ненависти к врагу.

Эти же реактивные явления создают фон и для остальной патологии летного состава, главным образом функциональных заболеваний.

Утомление — это состояние, при котором выражен элемент понижения работоспособности и намечена измененная, чаще всего повышенная, реактивность. Зачастую это начальная часть истории болезни, в которой в дальнейшем в рубрике «диагноз» может быть поставлена или неврастения, или вегетоневроз, или невроз истощения, или функциональное расстройство сердечно-сосудистой системы. Утомление выявляет слабые стороны здоровья летчика. Необходимо иметь в виду следующие:

- 1) утомление появляется у довольно значительного количества лиц летного состава в результате боевой работы и боевых условий;
- 2) утомление у летного состава представляет своеобразную особенность военного времени;
- 3) необходимо своевременное распознавание этого состояния и принятие соответствующих мер.
- 4) Организация в период Отечественной войны домов отдыха, сыгравших большую роль в оздоровлении летного состава, была своевременной и актуальной.

Наблюдение за лицами с парциальной недостаточностью здоровья

Во всех армиях имеются лица летного состава с так называемой парциальной недостаточностью здоровья.

Это люди, которые по состоянию здоровья, или, вернее, по характеру заболевания не подлежат стационарному лечению ни в госпитале, ни в войсковом лазарете аэродромного обслуживания. Они находятся под наблюдением врача полка, пользуются периодически для поддержания своей работоспособности амбулаторным лечением при части. Врач полка следит за их трудовой нагрузкой, внося в некоторых случаях ограничения в летную работу, содействуя улучшению бытовых условий.

В эту же группу входят лица из летного состава, получившие в разное время и от различных врачебно-летных комиссий заключение о допуске к полетам только на самолете По-2.

При обострении заболевания эти не совсем полноценные по состоянию здоровья работники направляются или в госпиталь, или в санатории и дома отдыха, или на врачебно-летную комиссию.

Подполковник мед. службы Рахмилевич считает, что «в группу с парциальной недостаточностью маляриков переводить не следует».

Нужно считать, что болевшие малярией подлежат учету и их нужно осматривать ежемесячно. В группу же лиц с парциальной недостаточностью нужно вносить тех маляриков, у которых после систематического лечения наблюдаются явления, указывающие на понижение работоспособности и боеспособности: малокровие (должен производиться контроль гемометром в ВЛБ), понижение тонуса сердечно-сосудистой

системы (контроль определением кровяного давления) и т. д. При безусловно малярийном гепатите или нефрите старший врач части должен направить такого больного на стационарное лечение.

Остановимся на анализе группы с парциальной недостаточностью в некоторых соединениях, где изучение этой группы летного состава проведено достаточно полно.

В этой группе из 587 человек 172 (29,3%) были терапевтическими больными. Из числа терапевтических больных большинство — летчики: штурманов — 23%, стрелков-радиостов — 3%, воздушных стрелков — 1%.

1. Большинство заболеваний относится к группе желудочно-кишечных — 73 человека.

2. На втором месте стоят заболевания сердечно-сосудистой системы — 50 человек.

3. На третьем месте — болезни органов дыхания (23 человека).

4. Наличие летчиков с пороком сердца (оценка их летной работы «хорошо» и «удовлетворительно») лишней раз доказывает старое положение, что нужно подходить к организму с точки зрения оценки функционального состояния, а не анатомических изменений.

5. Лица с заболеваниями желудка в большинстве своем не имеют ограничения в летной работе и выполняют боевую нагрузку одинаков» со всем составом.

Нужно подчеркнуть важность всестороннего наблюдения и обобщения наблюдений в отношении группы лиц с парциальной недостаточностью потому, что это те контингенты, у которых заболевание, как правило, выражено в начальной или нерезко выраженной форме.

В мирное время летчики, имеющие дефекты в состоянии здоровья, аналогичные тем, какие встречаются у лиц летно-подъемного состава с парциальной недостаточностью, могли летать лишь в виде исключения.

В военное время эта группа в достаточной степени многочисленна и выполняет боевую работу, являясь в период ожесточенной и напряженной войны одним из резервов человеческих ресурсов. Не нужно забывать, что в эту группу обычно входят опытные летчики, которые компенсируют недостатки своего здоровья опытом и тренированностью.

РЕФЕРАТЫ

КОНВЕНЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ ¹

В ВиПеПп о{ сотпипlllсable (Изеазез апд теСНса! по {ез, уО1. IV, № 2 от 23 января 1946 г., издаваемом ЮНРРА (ИпКед №Поппз КН(е1 апд КебаьПНаПо ' АдтП1я(гах1оп), приведены сведения, указывающие на постоянно существующую угрозу распространения в Европе таких опасных болезней, как чума и оспа. Вместе с тем сведения эти дают все бблпую уверенность в том, что при современной организации и методах борьбы с острозаразными болезнями упомянутые инфекции далеко не так опасны в настоящее время, как в прошлом.

I. Чума (стр. 112—113). На о. Мальта заболевания чумой появились 28 июня 1945 г. До 29 декабря 1945 г. заболели в общем 75 человек, из которых 19 умерли. Большинство заболеваний произошло по соседству с портом Валетта, где в конце ноября были обнаружены 3 чумные крысы.

В городе Таранто (Италия) с 3 сентября 1945 г. по 23 ноября 1945 г. наблюдалось 29 случаев заболевания чумой; умерло 15 человек. В Реджио (Калабрия) произошло одно заболевание чумой, связь которого с заболеваниями в Таранто установлена.

В г. Аяячио на о. Корсика между 13 и 19 мая 1945 г. было обнаружено 2 случая заболевания чумой; оба окончились смертью. После этого до 11 июля 1945 г. произошло еще 6 случаев. Всего за короткую вспышку было 7 случаев, умерло 5 человек.

Всего в 1945 г. в средиземноморской части Европы наблюдалось 112 случаев чумы; умерло от этой болезни 39 человек.

В этом же году наблюдался один случай заболевания чумой на Азорских островах, где, начиная с 1921 г., время от времени появляются спорадические заболевания чумой, не имеющие распространения. Повидимому, чума там эндемична среди грызунов.

Требуется также неусыпного и тщательного надзора в отношении чумы территории, по которой проходит Суэцкий канал.

После того как зона Суэцкого канала была несколько лет свободна от чумной инфекции, наблюдался один случай чумы в Порт-Саиде в 1940 г. и там же 12 случаев в 1941 г., 6 случаев в 1942 г., 10 случаев в 1943 г. В ноябре 1943 г. началась значительная вспышка чумы в Суэце, а в марте 1944 г. чума появилась также в Измаилии и в пустынной области у южного конца канала; в мае 1944 г. была эпидемия чумы в Порт-Саиде. Вспышка чумы закончилась в Суэце в июле, в Измаилии в августе и в Порт-Саиде в сентябре 1944 г. Всего произошло 712 заболеваний: 305 в Суэце, 331 в Измаилии, 76 в Порт-Саиде. Вспышка дала вдвое больше заболеваний, чем считавшаяся максимальной вспышка 1917 г., когда заболело 360 человек: 318 в Суэце, 41 в Порт-Саиде и 1 в Измаилии.

В феврале 1945 г. возобновились единичные заболевания и по временам обнаруживались отдельные случаи чумы в каждом из трех портов канала. Заболеваний в течение 1945 г. было втрое меньше, чем в 1944 г.

II. Оспа (стр. 109). В апреле 1944 г. началась эпидемия оспы в Италии. Заболевания протекали в легкой форме. За 1944 г. заболело 2 878 человек; 80% заболеваний произошли в городе и провинции Неаполь. В 1945 г. заболевания оспой продолжались: в первом квартале наблюдалось 945 случаев, во втором — 787 случаев, в третьем заболело 617 человек, в октябре и ноябре было 411 заболеваний. Всего за 11 месяцев заболело 2 750 человек, а за 20 месяцев эпидемии — 5 628 человек.

На о. Сардиния был один случай в сентябре 1945 г. и 31 случай в октябре 1945 г.

В г. Сиракузах на о. Сицилия в декабре 1943 г. наблюдалось 4 случая заболевания оспой; в г. Палермо — один случай в сентябре 1944 г., после чего до середины февраля 1945 г. произошло еще 42 заболевания; в апреле, мае, июне и Июле 1945 г. было по одному случаю оспы. С того времени в этом городе новых заболеваний оспой не было — подверглось вакцинации более 50 000 жителей.

Доктор медицинских наук Л. М. Старокадомский

* Напомним, что холера, чума, желтая лихорадка, оспа (и сыпной тиф при эпидемическом распространении) признаны Международной конвенцией 1926 г. по санитарной охране морских границ особо опасными и требующими проведения особых мероприятий. Отсюда их наименование «конвенционные болезни».

Проф. И. А. БЕГЕЛЬМАН

КАК НЕ СЛЕДУЕТ ПОДЫТОЖИВАТЬ ОПЫТ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

В 1945 г. вышел вторым изданием учебник «Хирургическая стоматология» проф. А. Е. Верлоцкого (изд. Медгиза, рекомендован Главным управлением средними учебными заведениями НКЗдрава СССР для зубоучебных школ). В этом учебнике имеется глава о повреждениях челюстно-лицевой области. Мы вправе ожидать и даже требовать от автора учебника, изданного в 1945 г., чтобы в такой важной главе был учтен опыт Отечественной войны. К сожалению, этот опыт в данной главе совершенно не отражен.

Глава о повреждениях челюстно-лицевой области должна дать учащимся сведения: 1) об организационной структуре специализированной помощи челюстно-лицевым раненым, 2) о методах оказания помощи и лечения их и 3) о роли и месте зубного врача на фронте.

Что касается организационной стороны дела, то автор совершенно обходит ее молчанием. Достаточно сказать, что на протяжении всей главы, обнимающей два печатных листа, ни разу даже не упоминаются такие термины, как «этапное лечение», «эвакуация по назначению», «сортировка», «группы усиления» и т. д., т. е. учащемуся не дается представления об основных принципах организации медицинской службы в Отечественную войну. Там же, где автор вскользь касается организационных вопросов, он дает сведения путаные, способные только дезориентировать учащегося. Так, на стр. 246 читаем: «Как показал опыт в особенности 1943—1944 гг.», раненый, получивший первую помощь, «в тот же день попадает в медсанбат и обычно, не задерживаясь на ПМП, нат'р а в л я е т с я в ПШ для получения первой врачебной помощи, а часто и квалифицированной специализированной помощи» (разрядка моя. — И. Б.).

В области методики лечения дается ряд ватерных установок. Так, сто автору, «принципы оказания первой помощи» при огнестрельных переломах «такие же, как при переломах неогнестрельных» (стр. 245). Рекомендуются методы, которые на опыте войны себя не оправдали. Например, фиксация языка лигатурой, привязанной к пуговице верхней одежды (стр. 246), иммобилизация отломков верхней челюсти дощечками, которых на фронтах никто нигде не применял на протяжении всей войны, которых не было и нет сейчас на снабжении (стр. 247), применение «жестких аппаратов несъемного типа (капш)» в армейском районе, как это вытекает из следующей фразы на стр. 248: «Если первую специализированную помощь оказывают в стационарных условиях, где в распоряжении врача имеется зуботехническая лаборатория», т. е. что обычно имело место в армейском районе.

Такая установка не только не имела места во время Отечественной войны, но она невыполнима и недопустима.

Первичная обработка раны на лице по Верлоцкому заключается «в иссечении краев и дна раны на ширину в среднем от 0,5 до 2 см» (стр. 228).

Приведенными примерами я ограничусь для иллюстрации многочисленных подобных ошибок и недопустимых установок.

Где, как не в этом учебнике, учащийся зубоучебной школы должен был бы получить указания о роли и месте зубного врача на фронте?

Однако об этом не упоминается ни единым словом.

Рецензируемая глава, в том виде, как она изложена, была бы неприемлема и до Отечественной войны. Тем более досадно, что такая глава фигурирует в вышедшем в 1945 г. стабильном и единственном учебнике по хирургической стоматологии для зубоучебных школ.

Опыт Великой отечественной войны в данной главе представлен в таком искаженном виде, что мы считали бы необходимым: 1) дать методические указания яе пользоваться этой главой при прохождении курса хирургической стоматологии я

2) срочно издать учебное пособие взамен этой главы.



**БИБЛИОГРАФИЯ ПО ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ЗА ГОДЫ ВЕЛИКОЙ
ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941—1945 гг.) (Продолжение;¹)**

IV. ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ

5. Кровотечения и борьба с ними

А с с М. С., О поздних кровотечениях у челюстно-лицевых раненых и показаниях к перевязке сонных артерий, в кн. Тр. эвакогоспиталей системы ФЭП № 50, № 5—6. Л., стр. 156—163, 1943.

Б а б у к В. В., Новое кровоостанавливающее средство — витамин К₃, Советская медицина, 5—6, 1943.

Барков Д. А., К вопросу остановки кровотечения электрокоагуляцией, в кн. 2-я научная конференция. Тезисы докладов, Куйбышев, ВМА, стр. 34—35, 1941.

Баучидзе С. Н., Поздние кровотечения при огнестрельных ранах, в кн. Тр. 2-й научной конференции врачей эвакогоспиталей НКЗдрава Грузинской ССР, Тбилиси, стр. 364—367, 1944.

Березин И. Ф. и Березина Е. П., «Тромбин» как гемостатическое средство в хирургии, в кн. Тр. оборонной республиканской сессии Туркменского научного медицинского общества и Госпитального совета НКЗдрава Туркменской ССР, Ашхабад, стр. 82—87, 1942.

Болдин А. М., Поздние кровотечения и травматические аневризмы, в кн. Вопросы хирургии войны, желудочной хирургии и урологии, Горький, стр. 112—25, 1942.

Бондарчук А. В., К вопросу об остановке кровотечения из пахионовых грануляций и синуса, в кн. Работы ленинградских врачей за год Отечественной войны, в. 2, Л., стр. 78—79, 1942.

Бронштейн Б. Л., Поздние кровотечения после огнестрельных ранений, Вестник хирургии им. Грекова, 2, 1941.

Б у л ы и и н И. И., К вопросу о вторичных кровотечениях после огнестрельных ранений, Реферат, Хирургия, 4, 1944.

Варлаков М. Н., О растительных кровоостанавливающих средствах, Фармация, 1, 1943.

Верхратский С. А., Вторичные кровотечения, Реферат, Хирургия, 5, 1944.

В и л е с о в С. П., О вторичных кровотечениях после ранений по наблюдениям тылового госпиталя, Новый хирургический архив, 49, 3, 1941.

Вишневский А. В., Наш метод борьбы с вторичным кровотечением, Хирургия, 7, 1943.

Владимирцев О. И., Вторичные кровотечения по данным М-ского эвакогоспиталю, в кн. Сб. научных трудов врачей эвакогоспиталей НКЗдрава Дагестанской АССР, т. 1, Махач-Кала, стр. 26—27, 1943.

Вовченко Г. В., О временной остановке кровотечения при глухой гипсовой ■связке, Хирургия, 2, 1945.

В ы р е н к о в Е. Я., Применение тромбина для остановки кровотечения, Госпитальное дело, 1—2, 1944.

Гольдман И. Н., К вопросу о вторичных кровотечениях при огнестрельных ранениях, в кн. 1-я Научная медицинская конференция М-ской армии, б. м., стр. 58—59, 1943. Для служебного пользования.

Гориневская В. В., Кровотечения при огнестрельных ранениях, распознавание и способы остановки кровотечения на различных этапах эвакуации, в кн. Гориневская В. В. и Рамм М. Г., Первая хирургическая помощь при травмах военного в мирного времени, М., Медгиз, стр. 67—80, 1942.

З л а т м а н А. Ф., Вторичные кровотечения после огнестрельных ранений. Хирургия, 4, 1945.

Иващенкова К. В., Ильинская Л. И. и др., Показатели крови при лечении постгеморрагических анемий трансфузиями крови, в кн. Тр. Института за 1941 г., Сочи, стр. 24—27, 1942 (Государственный бальнеологический институт им. Сталина).

И о с е т Г. Я., Р а б и н о в и ч Л. А., Наши наблюдения над вторичными кровотечениями при огнестрельных ранениях, в кн. Тр. 1-й Хирургической конференции Ы-ского РЭП 27—30 июля, 1942, б. м., стр. 307—309, 1943.

Каган Ц. С., К вопросу о повторных кровотечениях, в кн. Сб. научных работ института за 2-й год Отечественной войны, Л., стр. 128—33, 1944 (Ленинградский институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова).

К а р у п у В. Я., Первичные и вторичные кровотечения, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 3—14, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Кожевников А. И., Борьба с вторичным кровотечением, в кн. |В помощь госпитальному врачу, Горький, стр. 26—27, 1942.

¹ См. ВМЖ, № 1—2, 3, 4—5, 6, 7—8, 9 и 10 за 1946 г.

К о з, Вторичное кровотечение при огнестрельных ранениях в госпиталях ПЭП, в кн. Военная медицина на 3-м Белорусском (Бронте в Великой отечественной войне, № 7, Вильнюс, стр. 67—71, 1944. *

К о к о з, Вторичное кровотечение при огнестрельных ранениях челюстно-лицевой области, в кн. Военная медицина на 3-м Белорусском фронте в Великой отечественной войне, № 7, Вильнюс, стр. 50—59, 1944.

Копылов Ф. А., О вторичных кровотечениях, в кн. Тр. эвакуогоспиталей Ленинграда, № 1, Л., стр. 46—49, 1942.

Кудряшев Б. А., Борьба с раневыми кровотечениями при помощи фермента тромбина. Военно-морской врач, 4, 1944.

Кудряшев Б. А., Кровоостанавливающее действие тромбина, Госпитальное дело, 1—2, 1944.

К у д р я ш е в Б. А., Опыт применения тромбина в качестве гемостатического средства, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 17, 6, 1944.

К у д р я ш е в Б. А., Фермент тромбин как кровоостанавливающее средство, в кн. Экспериментальная медицина, М., стр. 61—71, 1944.

Левитский Б. К технике остановки кровотечения из рай печени, Хирургия, 2, 1944.

Л е в и т с к и й Б. П., Кровотечение и методы его остановки. Пособие для слушателей, Куйбышев, 136 стр. с илл., 1942 (Куйбышевская ВМА Красной Армии).

Л и с и ц и н М. С., Вторичные кровотечения у раненых, Вестник хирургии им. Грекова, 61, 4, 1941.

М а с у м о в С. А., Ранения сосудов и борьба с кровотечением на различных этапах эвакуации, Ташкент. Ташкентский Мединститут, 32 стр., 1942. Библиогр.

Махов Н. И., Вторичные кровотечения и предупреждение осложнений после перевязки артериальных стволов и больших кровопотерь, Госпитальное дело, 1—2, 1945.

Миловидов В. С., Кетгут в хирургии военного времени как кровоостанавливающее средство, в кн. Тр. госпиталей ПоиВО, 1, Куйбышев, стр. 156—60, 1944. *

Михалевский И. И., Метод временной остановки вторичных кровотечений под глухими гипсовыми повязками. Госпитальное дело, 11—12, 1943.

Оглоблин А. А., Вторичное кровотечение, в кн. Тр. госпиталей ПриВО, 1, Куйбышев, стр. 73—83, 1944.

Огнев В. В., Вторичное кровотечение и борьба с ним, М., Медгиз. 2 стр., 1942 (Главное управление эвакуогоспиталей НДЗдрава СССР); в кн. Тр. 2-го пленума Госпитального совета НКЗдоа"а СССР. М., стр. 204—209. 1943.

Очкин Л. Д., Вторичное кровотечение на последнем этапе эвакуации в глубоком тылу, в кн. Сб. работ сан. службы СибВО, 2, М., стр. 104—106, 1943.

Парин В. М., Поздние кровотечения вообще и при огнестрельных ранениях сосудов в частности, в кн. Сб. научных работ по лечению огнестрельных ранений и отморожений в госпиталях глубокого тыла. Свердловск, стр. 74—86, 1941.

Петров Н. Н., Борьба с кровотечением в свежих ранах и лечение поврежденных сосудов, в кн. Лечение ранений на войне, Л., стр. 191—205, 1942; Лечение военных ранений. Л., стр. 185—203, 1945.

Плетнева А. И., Роль сестры при вторичных кровотечениях. Медицинская сестра, 6, 1944.

Плоткин Ф. М., Вторичные кровотечения, в кн. Тр. 2-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР, М., стр. 198—204, 1943. Для служебного пользования.

П о к о т л о в К. К., Вторичные и аррозийные кровотечения при огнестрельных ранениях, Хирургия, 8—9, 1942.

Преображенский Н. А., О поздних кровотечениях при огнестрельных повреждениях кровеносных сосудов бедра, в кн. Сб. научных работ по лечению огнестрельных ранений и отморожений в госпиталях глубокого тыла, Свердловск, стр. 87—92. 1941 (Сан. отдел УралВО).

Пшеничников В. И., Вторичное кровотечение, Фельдшер и акушерка, 5—6, 1942.

Р а ч е к П. М., К вопросу о хирургическом лечении поврежденных сосудов, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 15—17, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Пшеничников В. И., К лечению вторичного кровотечения. Советская медицина 11—13. 1943.

Рывлин Я. Б., Повторные кровотечения при огнестрельных повреждениях, Л., ФЭП № 50, 55 стр., 1942. Библиогр.

Рывлин Я. Б., Повторные кровотечения при огнестрельных ранениях ягодичных артерий, в кн. Тр. эвакуогоспиталей системы ФЭП № 50 и лечебных учреждений армии. № 1, Л., стр. 50—57, 1943.

Слунский Н. К., Способ профилактики и остановки кровотечения при глухой гипсовой повязке. Хирургия, 2, 1942.

Смирнов Е. В., Вторичное кровотечение, в кн. Вопросы хирургии, М.—Л., стр. 63—69. 1944.

Теребинский Н. Н., Вторичные кровотечения и борьба с ними. Хирургия, 7, 1944.

Туровец И. Г., Об огнестрельных ранениях 'кровеносных сосудов, Хирургия, 5—6, 1942.

Фридланд М. О. и Леритский Б. Л., Кровотечение и методы его остановки, Куйбышев, 138 стр., 1942.

Ходков В. Н., Вторичные кровотечения, Медицинская сестра, 5—6, 1944.

Ходков В. Н., Кровотечение и меры борьбы с ним, Медицинская сестра, 11—12, 1943.

Х и т р о в Ф. М., О борьбе с вторичным кровотечением при огнестрельных ранениях, Госпитальное дело, 3—4, 1942

Ху р ц илин И. Н., Кровотечения из ягодичных артерий, Госпитальное дело, 1, 1943.

Ша рин И. Т., К вопросу об остановке кровотечения зажимами а бетейге в кн. Сб. научных работ, Горький, стр. 27—29, 1943 (Московский коммунистический военный госпиталь).

Ш е м н о в а З. П., Вторичные кровотечения по материалам отделения для переносимых М-окого СЭГ, в кн. Тр. 1-й хирургической конференции 14-ского РЭП 27—30 июля 1942 г., б. м., стр. 304—306, 1943.

Шнее А. Я., О поздних кровотечениях у раненых, Хирургия, 2, 1945.

6. Переливание крови и кровозамещающих жидкостей

Абрамов С. Флакон № 89 (566), О донорах Ленинграда, в кн. Возвращение в строй, Л., стр. 53—56, 1944.

Абрамсон Б. П., Избранные вопросы переливания крови, С. предисл. и под ред. А. М. Заблудовского, 129 стр. с илл., 1941. Библиогр. (1-е отд ЛМИ им. акад. И. П. Павлова).

А в е д и со в С. С., К проблеме внутриартериального переливания крови, Хирургия, 8, 1944.

Адизе г а лов А. М., Переливание крови в поликлинических условиях, Клиническая медицина, 3, 1941.

Аксенов Б. Н. и Либов Л. Л., К вопросу об организации переливания крови в МСБ, в кн. Сб. материалов и статей, № 1, б. м., дейстр. армия, сир. 65—69, 1942.

Актуальные проблемы переливания крови (19-й расширенный пленум Ученого совета Центрального института переливания крови), Медицинский работник. 10.У1.1943.

Альперин П. М., К вопросу о гемолизе при переливании крови от универсального донора, Советская медицина, 2, 1941.

Альперин П. М., Переливание крови и донорство, М., 64 стр. с илл., 1943

Альперин П. М., Противопоказание к донорству со стороны внутренних органов, Советская медицина, 7—8, 1943.

Альперин П. М., и Виноград-Финкель Ф. Р., 17-й пленум Ученого совета Центрального института переливания крови. Хирургия, 2, 1941.

Андреев Ф. А., Артериальная инфузия при смертельных кровопотерях, в кн. Санслужба в дни Отечественной войны, в. 4, Свердловск, стр. 235—290, 1944.

Андриенко Е. [Г.. Оценка годности консервирования крови, Медицинская сестра, 3, 1944.

Антипина М. К., Аутогемотерапия в условиях тылового ЭГ, в кн. Сб. научных работ М-ского ЭГ, Горький, стр. 67—73, 1943. Библиогр.

Арабей В. А., Общие вопросы военно-полевой хирургии о массовом применении капельного переливания крови в войсковом и армейском районах, в кн. Сб. работ по военной медицине 3-го Прибалтийского фронта, Рига, стр. 109—113, 1945.

Арабей В. А., О применении капельного переливания крови и кровозамещающей жидкости в войсковом районе при массовом поступлении раненых, в кн. Сб. материалов и статей, - № 6, б. м., действ. армия, стр. 118—122, 1943.

Арефьев Д. Ф., Бутылочная ампула для консервирования и переливания крови, Хирургия, 1—2, 1942.

Арлюзов З. Г., К вопросу о применении кровозамещающих растворов по методу Петрова-Павленко, в кн. Тр. лечебных учреждений 4-го Украинского фронта, № 3, Вопросы военно-санитарной тактики и военно-полевой хирургии, Курск, стр. 65—75, 1944. Для служебного пользования.

Арутюнов А. И., Мешман Ф. Д., Организация службы кровив армейском и войсковых районах, ВСД, 6, 1942.

Ашавский М., Переливание крови, Молотов, МолотовГИЗ, 44 стр., 1942.

Багдасаров А. А., Переливание крови в советской медицине к 25-летию Великой Октябрьской социалистической революции, Госпитальное дело, 11—12, 1942.

Багдасаров А. А., Переливание крови и донорство, Конспект лекции, Ред. Л. А. Лерман, 2-е испр. изд., М., НКЗдрав СССР, 28 стр., 1941 (В помощь лектору). Библиогр.

Багдасаров А. А., Переливание крови на опыте двух боевых операций, Советская медицина, 19—20, 1941.

Багдасаров А. А., Пленум Ученого совета Центрального института переливания крови, Военно-Морской врач, 4, 1944.

Багдасаров А. А., Работа Центрального ордена Ленина института переливания крови в период Великой отечественной войны, Советское здравоохранение, 7—8, 1944.

Багдасаров А. А. и др., Краткий справочник по переливанию крови, 2-е изд. М.—Л., Медгиз, 48 стр. с илл., 1941 (ГВСУ Красной Армии).

Багдасаров А. А. и др., О показаниях к гемотерапии в тыловых эвакуогоспиталях, в кн. Тр. 1-го пленума госпитального совета, М., стр. 306—312, 1924; Клиническая медицина, 20, 7, 1942.

Багдасаров А. А. и др., Переливание крови в военно-полевой терапии, в кн. Тр. 2-й терапевтической конференции РЭП № 95, Вологда, стр. 356—368, 1943.

Багдасаров А. А. и др., Переливание крови во внутренней медицине, в частности, в военно-полевой терапии, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 19, М., стр. 3—18, 1944.

Багдасаров А. А. и др., Проблема применения кровозамещающих жидкостей, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 19, М., стр. 23—39, 1944.

Баданянц Г. Ф., Гемотрансфузия со стабилизатором хлористым кальцием, в кн. Сб. научных трудов ЭГ, в. 1, Куйбышев, стр. 95—104, 1943.

Бакшеев Н. С., Изменения плацентарной консервированной крови, Акушерство и гинекология, 11—12, 1941.

Б ан ай тис С. И., Опыт организации переливания крови на фронте, ВСД, 11—12, 1943.

Бартошевич Е. Н., Случай заражения малярией при переливании консервированной крови, Советская медицина, 2, 1941.

Беленский Д. Н., К проблеме совместимости в переливании крови, Хирургия, 2, 1943.

Белицер В. А., Вопросы консервирования крови, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 12, 1943.

Белоновский Г. Д., К вопросу об укупорке сосудов при консервации крови, в кн. Научные труды, т. V, Л., стр. 72—73, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Белоновский Г. Д., Электрофорез и консервация крови, в кн. Научные труды, т. V, Л., стр. 108—110, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Белоусов А. П., Диссоциационные кривые оксигемоглобина консервированной крови на стабилизаторе ППК, Архив биологических наук, 10—11, 1941. Библиогр.

Беляков А. Д., Универсальный набор для переливания крови и кровозамещающих растворов, Вестник хирургии им. Грекова, 63, 5—6, 1943.

Беляков А. Д. и Гуревич Г. С., Транспорт консервированной крови, в кн. Труды, т. IV, М., стр. 84—90, 1941 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Березкин К. В., Зальцман Г. Л. и Себр ант Ю. В., К вопросу о патогенезе гемолитического шока, в кн. Научные работы курсантов ВММА, II, Л., изд. ВММА, стр. 33—38, 1944.

Березов Е. Л. и др., О переливании крови в эвакуогоспиталях тыла, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 20—21, Горький, стр. 30—45, 1944.

Березов Е. Л. и др., О показаниях к переливанию крови в тыловых эвакуогоспиталях, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 140—158, 1944.

Блинов Н. И., О посттрансфузионном шоке, в кн. Сб. научных работ института за год Отечественной войны, Л., стр. 176—181, 1942 (Ленинградский институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова).

Блинов Н. И., Определение групповой принадлежности у раненых в войсковом районе и проба на совместимость, в кн. Труды, т. IV, М., стр. 101—107, 1941 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Блинов Н. И., Переливание крови в кн. Лечение ранений на войне, Л., Медгиз, стр. 205—213, 1942; Лечение военных ранений, Л., Медгиз, стр. 203—211, 1945.

Блинов Н. И., Переливание крови непосредственно в полость сердца, Краткое сообщение, Вестник хирургии им. Грекова, 61, 6, 1941.

Блинов Н. И., Переливание крови, подвергшейся замораживанию, Вестник хирургии им. Грекова, 62, 1, 1944.

Блинов Н. И., Посттрансфузионный шок, его классификация, профилактика и терапия, в кн. Работа ленинградских врачей за год Отечественной войны, в. 4, Л., стр. 28—34, 1943.

Блинов Н. И. и др., Гемолитический шок как осложнение при переливании иногруппной крови, Вестник хирургии им. Грекова, 63, 4, 1943.

Блинов Н. И. и др., Дополнительные изогемоагглютинационные факторы и осложнения при переливании крови, Хирургия, 1—2, 1942.

Блинов Н. И. и Иванова Л. М., Об индивидуальной чувствительности организма к перелитой крови, Вестник хирургии им. Грекова, 64, 6, 1944.

Блинов Н. И. и Сазонтов В. И., Об осложнениях при переливании совместимой крови, в кн. Работа ленинградских врачей за год Отечественной войны.

в. 2, Л., ст. 15—22, 1942; Сб. научных работ института за год Отечественной войны, Л., стр. 182—186, 1942 (Ленинградский институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова).

Блинов Н. И. и др., Справочник по переливанию крови для медработников, Медгиз, 33 стр., 1943 (НКЗдрав СССР, НКПС, Дорожная станция переливания крови Октябрьской ж. д.).

Блох Я. И., Эритроплазма гетерогенной крови, в кн. Тр. 1-й хирургической конференции М-ского РЭП 27—30 июля 1942 г., б. м., стр. 396—397, 1943.

Блохин Н. Н., К вопросу о возможности заражения малярией при переливании консервированной крови, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 125—144, 1941.

Блохина И. Н., Условия взятия крови на консервацию, в кн. Вопросы переливания крови. Горький, стр. 37—44, 1944.

Богомолец А. А., Переливание крови как метод патогенетической терапии, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 19, стр. 18—23, 1944.

Богомолова Л. Г., Организация донорства, в кн. Труды, т. IV, М., стр. 40—50, 1941 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Богомолова Л. Г., Экспериментальные и клинические данные о применении сухой плазмы и сухих сывороток, в кн. Научные труды, т. V, Л., стр. 37—48, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Большев И. Н., Вопросы исследования групповой принадлежности крови, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 20—21, Горький, стр. 235—293, 1944 (Тр. Института клинической и экспериментальной гематологии).

Большев И. Н., Источники ошибок при массовом определении групповой принадлежности крови, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 306—316, 1944.

Большев И. Н. и др., К вопросам массовой заготовки стандартных изогемоагглютинирующих сывороток и их использование, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 45—51, 1944.

Большев И. Н., Метаморфоз белковых функций плазмы консервированной крови, хранимой при разных температурах, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 13—71, 1941.

Большев И. Н. и др., Опыт изготовления стандартной изогемоагглютинирующей сыворотки высокой активности в отношении фактора А, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 52—57, 1944.

Большев И. Н. и др., Особенности определения группы крови реципиента и донора, в кн. Вопросы переливания крови. Горький, стр. 317—321, 1944.

Большев И. Н. и др., Явления гликолиза в консервированной крови в условиях различных температур хранения, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 71—100, 1941.

Борштенбиндер В. М., Калининцев Т. К., К вопросу о технике капельного переливания крови и вливания растворов, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 1, М., стр. 162—167, 1944 (ГВСУ Красной Армии).

Брайцев В. Р., Переливание крови в клинике, Вестник хирургии им. Грекова, 62, 1—2, 1941.

Васильев П. С. и др., К вопросу о механизме действия трансфузии крови (новый метод определения коллоидно-осмотического давления и его применение к изучению белков при смешении сывороток, плазм крови), в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 20—21, Горький, стр. 243—255, 1944 (Тр. Института клинической и экспериментальной гематологии).

Васки и И. С., О сенсibiliзирующих свойствах кровозаменяющих препаратов, приготовляемых из кровяной плазмы животных, в кн. Сб. научных работ института за 2-й год Отечественной войны. Л., стр. 190—200, 1944 (Ленинградский институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова).

Ваулин Г. В., Влияние трансфузии консервированной крови реципиента, в кн. Сб. научных трудов врачей эвакогоспиталей НКЗдрава Дагестанской АССР, т. I, Махач-Кала, стр. 60—64, 1943.

Вахрамеев П. И., Клинические материалы по переливанию крови, стабилизированной сернокислой магнезией. Хирургия, 2, 1941.

Верховский, Указания по применению кровозамещающего раствора № 3 Ленинградского института переливания крови и противошоковых растворов № 28 и № 43, в кн. Методические указания по вопросам военно-полевой терапии, Л., стр. 111—137, 1944 (ВСУ Ленинградского фронта). Для служебного пользования.

Вилесов С. П., О бактериальном загрязнении консервированной крови. Вестник хирургии, 61, 2, 1941.

Виноград-Финкель Ф. Р., Актуальные вопросы в области переливания крови. Отчет на 18-м пленуме Ученого совета Центрального института переливания крови. Больничное дело, 5—6, 1941.

Виноград-Финкель Ф. Р. и др., Дыхательная функция крови реципиента после переливания консервированной крови длительных сроков хранения, в кн. Со-

- временные проблемы гематологии и переливания крови, в. 20—21, Горький, стр. 143—157, 1944 (Тр. института клинической и экспериментальной гематологии).
- Виноград-Финкель Ф. Р., Роль кровозамещающих сред в борьбе с острой кровопотерей, Хирургия, 8, 1942.
- Виноград-Финкель Ф. Р., Физиологическая и терапевтическая полноценность консервированной крови различных сроков хранения, Диссертация, М., 336 л. с илл., 1942 (Центральный институт гематологии и переливания крови). Библиогр. (отпеч. на пиш. маш.).
- Влияние трансфузии крови на состояние гемодинамики при анемиях. Сообщение Ф. И. Логинова, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 20—21, Горький, стр. 105—119, 1944.
- Воробцов В. И. и Топчан А. В., Переливание крови при хирургических заболеланиях почек и надпочечников, Хирургия, 11—12, 1941.
- Воронов Н. С., Переливание крови при крайних степенях обескровливания, Госпитальное дело, 7—8, 1944.
- В я с е л е в Р. А., Ампула (трехтубусная) для взятия, хранения и переливания крови, в кн. Тр. Казанского государственного медицинского института, в. 1, Казань, стр. 18-22, 1942.
- В я с е л е в Р. А., Консервирование крови концентрированными растворами цитрата натрия, в кн. Тр. Казанского государственного медицинского института, в. 1, Казань, стр. 165—166, 1941. Библиогр.
- Ганфельд Н. А., Переливание крови в войсковом районе по материалам ППГ, в кн. 1-я научная медицинская конференция М-ской армии, б. м., стр. 63, 1943. Для служебного пользования.
- Геер В. М., Случай заражения сыпным тифом при переливании крови, Советская медицина, 11—12, 1942.
- Гершенович З. С. и Рухельман А. А., К проблеме использования плазмы и сыворотки крови в концентрированном виде. Предварительное сообщение, в кн. Вопросы терапии, М.—Л., стр. 37—41, 1944; Сб. научных трудов военно-морских врачей, 2, стр. 37—41, 1941.
- Гинзбург, Осложнение при переливании крови, Медицинская сестра, 10, 1943.
- Гливенко В. Ф., Опыт переливания крови без предварительного подогревания, Здравоохранение Казахстана, 6, 1942.
- Глоzman Ю. С. и др., Прижизненное промывание организма гомологичной кровью с полной заменой крови реципиента кровью донора, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1—2, 1945.
- Голубчин С. Б. и Бельская Г. И., Новый источник плазмы из ретроплацентарной крови, в кн. Сб. работ по акушерству и гинекологии, М., стр. 223—225, 1944.
- Гондаксаз А. Т., Гусман и Дамер, Переливание крови в поликлинической обстановке, Советско-врачебный журнал, 2, 1941.
- Гончаровский и Петров, К вопросу о механизме шока после переливания гетерогенной крови, в кн. 2-я научная конференция Куйбышевской ВМА, Тезисы доклада, Куйбышев, 40 стр., 1941.
- Гринберг Е. А., Осмотическая резистентность эритроцитов консервированной крови как критерий годности ее для трансфузии и транспортировки, в кн. Сб. научных трудов врачей эвакогоспиталей НКЗдрава Дагестанской АССР, т. 1, Махач-Кала, стр. 52—59, 1943.
- Гроздов Д. М., Переливание сухой человеческой сыворотки и плазмы, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 19, М., стр. 91—102, 1944.
- Гулецкий Ф. М., К технике операций переливания крови, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 323—325, 1941.
- Данилин И. И., Третья фракция свертывания крови и значение ее в клинике, Вестник хирургии им. Грекова, 63, 3—4, 1943.
- Дволайцкая-Барышева К. М., Микрофлора консервированной крови при раннем гемолизе и ее гемолитическая активность, Клиническая медицина, 21, 10—11, 1943. Библиогр.
- Дервиз Г. В. и др., Дыхательная функция крови после кровопотери и переливание крови, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 20—21, Горький, стр. 158—175, 1944 (Тр. института клинической и экспериментальной гематологии).
- Денисова С., Служба крови в эвакогоспитале, Медицинская сестра, 1—2, 1943.
- Денн М. Е., Консервирование крови на глюкозо-цитратном растворе, в кн. Труды, т. IV, М., стр. 77—83, 1941 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).
- Денн М. Е. и Соловьева Т. Г., Переливание больших доз крови от универсального донора, в кн. Научные труды, т. V, Л., стр. 10—16, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Дервиз Г. В., Буланова О. Н. и Степаненко А. Г., Г азы крови после кровопотери и переливания крови, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 10—11, 1943.

Д ж а м у с о в А. А., Опыт обеспечения консервированной кровью войскового района М-ской армии, в кн. Труды, т. IV, М., стр. 108—ГП, 1941 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Дмитриев В. В., Переливание крови в медсанбате, в кн. Сан. служба в Отечественной войне, в. I, Опыт работы врачей Северо-Западного фронта, М., стр. 108—114, 1943 (ГВСУ Красной Армии).

Д м и т р у к Я. Д. и К а р т а в ц е в а З. П., Об ускоренной пробе на совместимость Баринштейна-Бабского, Хирургия, 8, 1942.

Дробинская Л. П., К организации помощи раненым в состоянии шока в вой-¹ском районе, в кн. Сб. материалов и статей, № 3, б. м., действ. армия, стр. 85—95, 1942.

Дульцин М. С., Применение сухой сыворотки в лечебной практике, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 19, М., стр. 102—109, 1944.

Дульцин М. С. и Кункель А. С., Об организации массовой заготовки консервированной крови, Советское здравоохранение, 3—4, 1942.

Дых но А. М., О переливании неподогретой крови, Хирургия, 11—12, 1942. Библиогр.

Елизаровский С. И., О переливании крови, Архангельск, 10 стр., 1942.

Е в л я н Р. С., Опыт переливания крови в военное время, в кн. Сб. научных трудов Ереванского медицинского института, Ереван, стр. 209—223, 1944 (Факультетская хирургическая клиника).

Е в л я и Р. С., Применение сульфамидов при консервации крови, плазмы и лечебной сыворотки, в кн. Сб. научных трудов Ереванского медицинского института, Ереван, 74—88, 1944 (Факультетская хирургическая клиника).

Жвания Т. С., Анализ причин посттрансфузионных осложнений в эвакогоспиталях Грузинской ССР и их профилактика, в кн. Тр. 2-й научной конференции врачей эвакогоспиталей НКЗдрава Грузинской ССР, Тбилиси, стр. 307—312, 1944.

Жвания Т. О. и Иза шв или С. П., Регенерация крови у доноров и действие на их организм изъятия малых и средних повторных доз крови, Клиническая медицина, 4, 1941.

Жигачев А. Д., Клемма-иглодержатель для одновременного переливания крови на нескольких столах, в кн. Сб. рационализаторских предложений эвакогоспиталей ПЭП № 122 и фронтového ПЭП № 99, б. м., стр. 27—48, 1945.

Жучковская М. И., Об организации станции заготовки крови в армейских условиях, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 436—437, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Зайцева-Барановская А. М., Определение групп крови при низких температурах, Врачебное дело, 2, 1941.

За коре цк а я П. С., Наш опыт по переливанию крови, Фельдшер и акушерка, 11—12, 1941.

Залесская, Переливание крови в медико-санитарном, батальоне, Медицинская сестра, 3, 1944.

З а х а р ь я н С. Т., К вопросу о механизме действия новокаиновой поясничной блокады при гемотрансфузионном шоке, Архив биологических наук, 62, 1, 1941.

Зиньковский Я. Д., Опыт использования плацентарной крови, Советское здравоохранение Туркмении, 3, 1942.

Зорин П. П., Случай обратного переливания крови при тяжелом повреждении печени, Хирургия, 2, 1941.

И в а х н е и к о Г. С., Переливание крови, Краткое руководство для врачей, Ростов н/Дону, Ростовск. обл. книгоизд., 61 стр. с илл., 1942 (Ростовский н/Дону институт переливания крови).

Изучение новых кровозамещающих растворов. Сообщение I—VI, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 19, стр. 69—74, 1944. Библиогр.

И о н к и н Г. А., О применении «гемоинфузия», атропина и аскорбиновой кислоты с лечебно-профилактической целью при массивных острых кровопотерях, в кн. Тр. Сталинградского медицинского института, т. V, Сталинград, стр. 25—31, 1945 (НКЗдрав РСФСР).

И о х в е д о Б. И., О внутрисердечном переливании кровн, Хирургия, 2, 1944.

К а д ы р е в И. Г. и др., Дра случая смерти после переливания одногруппной крови, в кн. Сб. научных трудов Башкирского государственного медицинского института, т. 5, Уфа, стр. 156—160, 1943.

К аз Б. Л., О температуре Переливаемой крови (К вопросу об изменении инструкции по переливанию крови), Вестник хирургии им. Грекова, 61, 6, 1941.

Казанский В. И., Изучение новых, кровозамещающих растворов, Сообщение VI, Переливание замороженной плазмы крови в клинике, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 19, М., стр. 70—74, 1944.

Казанский В. И., О консервации эритроцитов крови, остающихся после отсасывания плазмы и о переливании их больным и раненым, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 19, М., стр. 108—112, 1944.

Казанский В. И. и др., Изучение новых кровозамещающих растворов, Сообщение II, Клиническое испытание солевого инфузина ЦИПК, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 19, М., стр. 45—49, 1944.

К а з а н с к и й В. И. и др., Изучение новых кровозамещающих растворов, Сообщение IV, Клиническое испытание серотрансфузина ЦИПК, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 19, М., стр. 54—61, 1944.

Канекевнч М. И., Иммунотрансфузии при ожогах, Харьков, 138 стр. с илл., 1941 (Украинский институт экспериментальной медицины). Библиогр.

Каплан А. В. и др., Массивные переливания крови при острых кровопотерях от огнестрельных ранений, Клиническая медицина, 20, 1—2, 1942.

Капонерова Т. А., О консервировании смешанной плацентарной крови, в кн. Сб. работ по акушерству и гинекологии, М., стр. 220—223, 1944; 2-я научная конференция, Тезисы докладов, стр. 39—40, 1941 (Куйбышевская ВМА).

Карташевский Н. Г., Опыт переливания крови, в кн. Сан. служба Тихоокеанского флота в Хакаиской операции, М., стр. 25—33, 1941.

Карташевский Н. Г., Переливания крови, в кн. Тр. УМС при начальнике МСУ ВМФ, т. II, в. 4, № 5, М., стр. 3—12, 1943.

Карташевский Н. Г., Переливание крови в лечебных учреждениях и на кораблях ВМФ, Пособие для военно-морских врачей, Л., Изд. ВММА, 54 стр., 1945.

Кассирский И. А., Переливание крови в костный мозг, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 292—294, 1943 (САВО).

Кассирский И. А., Переливание крови, Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, 28 стр. с илл., 1941.

Кассирский И. А., Трансфузия крови в костный мозг, Советская медицина, 2—3, 1943.

К а с у щ е в Г. И., О влиянии на организм трансфузии гемолизированной гомокрови, Вестник хирургии им. Грекова, 64, 1, 1944.

К вопросу о патогенезе гемотрансфузионного шока. Авт. Глозман, Касаткина, Коробков и др., Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 11—12, 1942.

К вопросу о трансфузии неподогретой крови, Авт. С. И. Телятников, Р. А. Сагопаева, Е. М. Компанией и др., Здравоохранение Казахстана, 6, 1942.

К е а л о в В. В., Аппарат для капельного переливания крови, ВМЖ, 3, 1945.

Кенигсберг Э. Я., Аппарат для капельных вливаний, в кн. Сб. рационализаторских предложений эвакогоспиталей ПЭП № 122 и фронтового МЭП № 99, б. м., стр. 81—82, 1944.

Керсанов М. Э., Первый опыт стерилизации консервированной крови физическими факторами, в кн. Научные труды, т. V, Л., стр. 10—16, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Кешишева А. А., О переливании неподогретой крови. Экспериментальное и клиническое исследование. Дисс. канд., Хабаровск, стр. 240—261, 1941 (Из гостит. хирургической клиники Хабаровского государственного медицинского института). Библиогр. (отпеч. на пиш. маш.).

Кизилова А. И., Два случая своеобразной реакции на переливание крови универсального донора, Клиническая медицина, XXII, 12, 1944.

Киселев П. А., Аппарат для переливания крови, в кн. Материалы 2-го пленума УМС, М., стр. 61—63, 1944 (1-й Прибалтийский фронт).

Киселев А. В., Переливание крови на фронте, в кн. Труды, т. IV, М., стр. 112—121, 1941 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Климов А. П., Материалы к клинике переливания холодной консервированной крови, Клиническая медицина, 19, 1941. Библиогр.

Климова, Источники ошибок при определении групп крови, Медицинская сестра, 9, 1943.

К о в а и о в В. В., Применение свежей крови животных при лечении тяжело раненых и больных, ВМЖ, 11—12, 1944.

Ковлин Н. А. и др., О применении гипертонической плазмы при шоковом состоянии после острых кровопотерь, Госпитальное дело, 4—5, 1945; в кн. Тр. 2-й оборонной республиканской сессии Туркменского научного медицинского об-ва, Ашхабад, стр. 78—83, 1944.

Коган-Ясный В. М., Переливание крови как метод гуморальной терапии. Советская медицина, 5—6, 1942.

К о л е н к о Н. А., Опыт организации кабинета переливания крови в эвакогоспитале, Госпитальное дело, 8—9, 1943.

Конради Г. П. и Рассолова В. П., О прессорных реакциях сосудистых рецепторов при гемотрансфузионном и пептонном шоке, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 3, 1944.

Копытов Д. И., О технике капельного переливания крови на дивизионном пункте, Хирургия, 4, 1944.

Корабельников Б. К. и др., Переливание крови в периферийном эвакогоспитале, в кн. Вопросы переливания крови. Горький, стр. 340—341, 1944.

- Коробков К. И., Мендель Б. Н. и Франкфурт С. С., Применение консервированной крови в капельных клизмах, ВСД, 7, 1942.
- Королев Б. А., Клинические наблюдения над переливанием плазмы, в кн. Вопросы хирургии войны, желудочной хирургии и урологии, Горький стр. 27—74, 1942-Кор о л е в Б. А., О внутриаартериальном введении крови при травматическом шоке, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 238—249, 1944.
- Королев Б. А., Переливание плазмы крови, в кн. В помощь госпитальному врачу, Горький, стр. 6—11, 1942.
- Королев Б. А., Плазма и сыворотка как заместители цельной крови, в кн. Вопросы Переливания крови, Горький, стр. 65—139, 1944.
- Королев Б. А., Посттрансфузионные реакции при переливании плазмы, сывороток и цельной крови (клинические наблюдения), в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 20—21, Горький, стр. 256—267, 1944 (Тр. института клинической и экспериментальной гематологии).
- Корякина Т. А., Переливание неподогретой крови, Здравоохранение Казахстана, 7—8, 1943.
- Костикова А. Т., Капельный способ переливания крови, Фельдшер и акушерка, 3, 1943.
- Коц С. А., Первые опыты переливания консервированной крови без ее подогревания, Акушерство и гинекология, 4, 1941.
- Кравченко П. В., Переливание крови в тыловом эвакуогоспитале, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 327—331, 1944.
- Кривонос М. С., Клинические данные о переливании цитратной плазмы и взвеси эритроцитов, Вестник хирургии им. Грекова, 61, 2, 1941.
- Кригер А. Б. и Колосов В. И., Аппарат для капельного переливания крови, Хирургия, 1, 1941.
- Ксендзовский М. И., К вопросу о паспортизации групповой принадлежности крови, Хирургия, 10, 1942.
- Кудрявцев П. П., Опыт работы пункта переливания крови при ВМГ за год Отечественной войны, в кн. Научные труды, т. V, Л., стр. 31—36, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).
- Куке ль А. С., К методике и технике заготовки плазмы и сыворотки крови. Хирургия, 5—6, 1943.
- К у к е л ь А. С., О некоторых причинах реакций после переливания крови, Хирургия, 1, 1943.
- Куликова А. И., Переливания крови за два года Отечественной войны, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 332—335, 1944.
- Кухарчиков В. В., Научно-исследовательская и производственно-практическая работа Ленинградского института переливания крови за год Отечественной войны, в кн. Научные труды, т. V, Л., стр. 259—274, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).
- Кухарчик В. В., Наш опыт (по переливанию крови), в кн. Труды, т. IV, М., стр. 12—18, 1941 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).
- Кухарчик В. В., Организация переливания крови в госпиталях фронтового района, Врачебное дело, 2, 1941.
- Кухарчик В. В., О состоянии дела переливания крови в гражданских и военных лечебных учреждениях г. Ленинграда, в кн. Научные труды, т. V, Л., стр. 144—150, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).
- Кухарчик В. В., Переливание крови а- войсковом районе в кн. Труды, т. IV, М., стр. 92—100, 1941 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).
- Кухарчик В. В., Предварительные итоги применения кровозамещающего раствора № 3 Ленинградского института переливания крови, в кн. Научные труды, т. V, Л., стр. 24—30, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).
- Кухарчик В. В., Состояние дела переливания крови в ленинградских тыловых военных лечебных учреждениях, в кн. Труды, т. IV, М., стр. 130—134, 1941 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).
- Кудицн А. В., К технике переливания крови, Фельдшер и акушерка, 1—2, 1943.
- Ладыгина Н. И. и др., Картина крови и физическое состояние донора. Предварительное сообщение, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 58—62, 1944.
- Лазарев Н. В., Результаты экспериментальных наблюдений над действием простой кровозамещающей жидкости, Военно-морской врач, 4, 1942.
- Л е в и н з о н Г. И., Переливание холодной крови, Советская медицина, 2—3, 1943.
- Левис К. Ф. и З а й ц е в а О. Я., Консервирование крови при пониженных температурах, в кн. Научные труды, т. V, Л., стр. 80—85, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Левитес П. И., Переливание крови в госпиталях первой зоны, в кн. Медико-санитарная служба Краснознаменного Балтийского флота, М.—Л., стр. 57—60, 1945.

Липким Р. Н., Переливание крови и ее лечебное и оборонное значение. Природа, 1, 1944.

Лисицкий Р. М., Уход за аппаратурой, предназначенной для переливания крови, Фельдшер и акушерка, 11—12, 1941.

Лозинский И. И., Простая конструкция аппарата для капельного переливания крови, Хирургия, 8, 1944.

Лорин-Эпштейн М. Ю., Местно-ограниченные внутривенные вливания иногруппной или гетерогенной крови для стимуляции местных и общих защитных и восстановительных процессов, Хирургия, 7, 1943.

Лукиянов Г. Н., О переливании крови, Краснодар, 32 стр., 1941 (Краснодарский здравотдел. В помощь врачам эвакогоспиталя, в. 3).

Любимов М. П., Ранняя фаза реактив кроветворной ткани на малые дозы переливания крови, в кн. Тр. 2-й терапевтической конференции РЭП № 95, Вологда, стр. 378—382, 1943.

Макаров В. А., Опыт изучения сосудистых изменений методом капилляроскопии при переливании крови и вливаниях кровозаменяющих растворов, Вестник хирургии им. Грекова, 64, 1, 1944.

Манькин Н. М. и др., Применение иногруппной крови при огнестрельных осложненных переломах конечностей, Куйбышев, Куйбышев, изд., 64 стр., 1944 (Куйбышевский отдел эвакогоспиталей облздрави). Библиогр.

(Продолжение следует)

Краткий обзор содержания журнала IV кв Ме<Ис1не 1945, уо1. 7, № 1—3

(Военная медицина, США), № 1—3, 1943 г.

№ 1, ЯНВАРЬ

Н. Е. НШеое, Восстановление здоровья больных туберкулезом с медицинской точки зрения, стр. 1—2.

Для успешного лечения больных туберкулезом легких имеют существенное значение три основных условия: раннее распознавание, хорошее санаторное содержание и лечение, надлежащий уход и восстановление. Приведены данные о продолжительности сохранения здоровья после санаторного лечения большой группы лиц с заболеваниями различной степени.

К. Е. Типьнд&е. Причины, проявление и лечение воздушных травм, стр. 3—6; приведена литература (20 номеров).

Приведена классификация повреждений, вызванных воздушной волной при взрывах: травма, ожог, удушье. Описаны клинически 5 случаев.

Р. К. Влеиаде, Клиническая малярия в военное время, стр. 7—41, 6 диаграмм.

Автор считает, что все случаи излечения малярии, вызванной Пла8то<Иит улуах, должны быть приписаны развитию иммунитета. Поэтому раннее лечение может задержать этот процесс. Тем не менее такое лечение следует проводить по крайней мере на театрах военных действий.

К. 8. 8 с 11 ау а Ь апд Н. К о с Ь е з 1 е г, Неврозы, связанные и не связанные с боевыми действиями, стр. 12—18. 5 диаграмм; приведена литература (4 номера).

На основании изучения 150 случаев неврозов, наблюдавшихся в юго-западной части Тихого океана, авторы заключают, что неврозы, возникавшие во время боевых действий, легче уступают лечению, чем развившиеся вне боевых условий. Выздоровлению больных первой группы способствует помещение их среди соматических больных, а не со страдающими неврозами второй группы.

Е. (V. Pelerzon, M. V. Vogtzelep апд Н. Н. Лаз ре г, Действие сернокислого морфина на лиц, находящихся в искусственных высотных условиях, стр. 23—28, 5 диаграмм; приведена литература (8 номеров).

Опыты на 9 здоровых молодых людях в камере с воздушным давлением, соответствующим высоте 2 400 и 6 000 м. Морфин (15 мг) давался за полчаса до начала декомпрессии с целью определить его влияние на сопротивляемость физиологическому действию аноксии. Резко выраженного влияния морфина не наблюдалось.

Е. XV. Pelerzon, M. V. Vogtzelep апд Н. Н. Л аз ре г, Действие сульфата тиазола на лиц, находящихся в искусственных высотных условиях, стр. 29—31, одна диаграмма; приведена литература (4 номера).

Шесть опытов (3 контрольных), приведших авторов к заключению, что сульфатиазол в полный терапевтических дозах не изменяет заметным образом способности нормальных людей выдерживать воздействие большой высоты и что применение этого медикамента у раненых, подлежащих транспортировке на самолете ниже 3 000 м или выше 3 000 м с дополнительной доставкой кислорода, не противопоказано.

Л. В. В у п е з, Восстановление здоровья пострадавших на войне, стр. 32—35.

Схема организации восстановления здоровья. Программа для военных госпиталей. Подчеркивается необходимость координации работы в области физической и эмоциональной.

Бациллярная дизентерия, стр. 36—39 (Технический бюллетень военного министерства, ТВ Мед. 119). Очерк основных данных.

Чума, стр. 40—43 (Технический бюллетень военного министерства, ТВ Мед. 124). Очерк основных данных.

№ 2, ФЕВРАЛЬ

М. О. Веггу, А. 8. Лобзоп } и п. апд 8. Е. V/ аг 8 Ъ а и е г, Лихорадка цугугамучи (кустовый тиф), стр. 71—75, 1 рис.; приведена литература (7 номеров).

Клиническое описание на основании 195 случаев. Описание двух смертельных заболеваний.

Н. О. Ъ е VI п е. Осложнения со стороны сердца при лихорадке цугугамучи (кустового тифа), стр. 76—81, одна диаграмма; приведена литература (19 номеров).

Сообщаются результаты исследования сердечно-сосудистой системы 130 больных лихорадкой цугугамучи.

М. Е. Азьеип апд Ъ. В. Ко'бергз, Экспериментальные ожоги у людей, стр. 82—83, 2 диаграммы; приведена литература (5 номеров).

Краткое сообщение результатов опытов с ожогами горячим воздухом посредством специального аппарата.

8. Мо г г I з о п, О консультациях в военных госпиталях, стр. 84—94.

Сообщение, подтверждающее важное значение постоянного участия специалистов-консультантов (в частности, по желудочно-кишечным расстройствам) в работе различных отделений госпиталя.

Л. Ъ. Т и I И з, Брюшной тиф у ранее иммунизированных лиц, стр. 95—99, одна диаграмма.

Сообщение о 7 случаях заболевания брюшным тифом привитых.

Е. Са I I а г д о, Чувствительность к пенициллину микробов, высеченных из инфицированных ран, стр. 100—103, одна диаграмма; приведена литература (8 номеров).

Описан способ исследования и результаты исследования отношения к пенициллину микробов, высеченных из 112 (хронических) инфицированных ран.

Н. Е. 8мгап I г апд М. Ва у I I я 8, Гемоглобинурия, стр. 104—107.

Клиническое описание 7 случаев гемоглобинурии, наблюдавшихся при лечении более 3 000 больных малярией.

М. МIсЬаеI) и п. апд V. Т. НаггI8, В. рагасо!оп, стр. 108—115; приведена литература (11 номеров).

Описание биохимических свойств 53 штаммов В. рагасо!оп, выделенных авторами.

№ 3. МАРТ

В. В. В ге е 8 е, Л. 6 I а п ь и г у, Н. I) р ь а т, А. Л. Са I Ъ о и и, К. Ъ. Ва п В и ге п апд А. 8. Кешеду, Влияние переполнения помещения на количество заболеваний дыхательных органов, стр. 143—146.

Наблюдения, проведенные в казармах 6 различных типов в одной местности за время с апреля по сентябрь 1943 г., показали, что количество заболеваний дыхательных органов зависит от числа людей, живущих в данном помещении, а не от величины воздушного куба или размеров поверхности пола, приходящихся на одного человека. Разделение обширного помещения на большое число малых комнат представляется поэтому целесообразным.

В. Ва VI 8, Н. М. XV о! г I ап, К. Е. В е г т а п апд Л. Е. XV г I % Ъ I, Самовольная отлучка. Психиатрическое исследование 100 человек, находящихся под арестом за самовольную отлучку, стр. 147—151.

83 человека из 100 имели больше одной самовольной отлучки. У 63% обследованных обнаружена умственная недостаточность или умственное расстройство. 53 человека из 100 были женаты, во всей же армии США количество женатых составляет только 30%. Содержание под арестом за самовольную отлучку не может считаться устрашающей мерой.

А. Р. Со ёё I° апд С. Н. Нои с к, Физиологические ненормальности и патологические изменения, вызываемые симулируемым пребыванием на больших высотах, стр. 152—156, одна диаграмма; приведена литература (7 номеров).

Обзор нормальных и ненормальных реакций на воздействие Низкого барометрического давления (до высоты 11 400 м). Описание пяти типичных случаев.

С. А. Вго»л, С. I I. Н. СтопIск, Н. Ъ. МоНеу, Е. Л. Косой га пд, И. О. К I I п е т а п, Дисфункция нервной системы при приспособлении к большой высоте и как реакция, возникающая после полета, стр. 157—161; приведена литература (5 номеров).

Наблюдениям подверглось более 40 000 человек. Отмечены значительные, но всегда быстро и, повидимому, бесследно проходившие патологические явления со стороны нервной системы, разделяемые авторами на шесть категорий.

В. 8. БеауеН, Острая сердечная недостаточность после травмы взрывной воздушной волной, стр. 162—167, 4 диаграммы; приведены 2 статьи.

Приведены данные с 23 случаев; 3 из этих случаев описаны подробно. Используются электрокардиограммы 15 больных, прочие сведения о которых утрачены. Объяснение происхождения заболевания в различных случаях не может быть одинаковым.

3. 8. С о I 8 апд А. М. С I а з е г, Стойкость и активность пенициллина в растворах и мазях, стр. 168—169, 2 диаграммы; приведена литература (4 номера).

Лабораторные исследования. Стойкость и активность пенициллина в растворе и в мази одинаковы; при содержании на холоду ослабления активности не замечено через 60 дней; при комнатной температуре и в термостате активность теряется приблизительно через месяц.

Н. 3. р о х, Программа изучения действия пенициллина в морском госпитале США в Портсмуте, стр. 170—172.

Сообщение о результатах применения пенициллина при лечении различных инфекционных заболеваний. Из 1 165 случаев в 1 109 (970 случаев гонорреи) получены успешные результаты, в 56 случаях (в том числе в 30 случаях гонорреи) результат был отрицательный. Пенициллин вводился внутримышечно в дозах от 25 000 до 480 000 единиц в сутки.

3. Н. Вигскепа! апд В. Р. XV о о Оз, Висцеральный лейшманиоз, стр. 173—174, одна диаграмма.

Клиническое описание 3 случаев, наблюдавшихся в войсках.

3. 3. ЗИуеггап апб V. E. P о \у е 11, Простой механический прием для обрисовки участков потливости, стр. 178—180, 3 рис.; приведена литература (4 номера).

Описанный способ представляет модификацию способа, основанного на взаимодействии бумаги, обработанной дубильной кислотой, и содержащейся в поте соли железа, раствором которой предварительно покрывают соответственные участки кожи. Кожу смачивают 25% спиртовым раствором хлорного железа, обсушивают и припудривают посредством распылителя порошком дубильной кислоты. Места потливости окрашиваются при этом в черный цвет.

К. V. В угле. Заживление ран в Новой Гвинее, стр. 181—182.

Распространенное мнение, что даже чистые раны заживают в тропиках не гладко, неправильно. Автор на 50 случаев операций по поводу острого аппендицита наблюдал инфекцию раны лишь в 4 случаях, причем только в одном случае было очевидное загрязнение раны извне, в остальных же трех виной был недостаток хирургической техники.

Краткий обзор содержания журнала *Тке ВиПеНп о!* (№ 3. 8. Аплу МесНса! Оерат1теп1 1945

Бюллетень Военно-санитарного управления армии США, 1945, № 84—86

ЯНВАРЬ 1945 г., № 84

О. Н. Соуеп, Эпидемиология инфекционного гепатита, стр. 41—50, одна диаграмма.

Е. В. СьигсЫИ, Хирургическое лечение раненых на средиземноморском театре военных действий во время занятия Рима, стр. 58—65.

Очерк организации оказания врачебной помощи раненым.

Р. А. бгееп, Лечение малярии тотахином, стр. 51—57, 2 диаграммы.

Описание сравнительных результатов лечения малярии хинином, атебрином и тотахином (304 госпитализированных случая).

О. В. К е п <I г I с к] и п., 3. ЕШой, 3. К е I с к е I) и п. апб Е. К. V а и б е I. Снабжение консервированной кровью европейского театра военных действий, стр. 66—73, 4 рис.

Описание организации консервирования, хранения и пересылки крови и прибора для взятия и переливания крови.

А. А. КозепЬеге, Влияние малярии на серологические пробы на сифилис, стр. 74—80, одна диаграмма; приведена литература (23 номера).

Описана методика исследования и результаты более 8 000 серологических проб.

Е. М. Р а р р е г, Судороги при дыхательном обезболивании, стр. 81—85; приведена литература (7 номеров).

Описание 6 наблюдений над 4 больными при эфирном наркозе.

И/. М. Меебеп апс! Н. О. 8 I е I п, Физиотерапия в эвакуационном госпитале, стр. 85—89, 6 рис.

Опыт применения физиотерапии в 625 случаях.

М. к. 8 с к о I е апй Тк. К а I 2, Протез мягкого неба, стр. 90—93, 5 рис.

Описание одного случая удачного протезирования мягкого неба.

8. В. Р а у п апд V. P. Ы I е Г, Самопроизвольный гемопневмоторакс, стр. 94—99, 1 рис.; приведена литература (11 номеров).

Клиническое описание одного случая и обзор данных о спонтанном гемопневмотораксе.

К. Р. К е I I у апб 3. XV. К I I е у, Предупреждение искривления при переломах нижней трети плеча, стр. 100—101, 3 рис.; приведена литература (3 номера).

Анализ механизма искривления при данном переломе. Указан способ предупреждения.

Н. Е. В а з а п б 8. 1. Коорег84е1п, Обнаружение скрытых поражений верхушки легкого, стр. 102—103, 2 рис.

Предлагается делать добавочную рентгенограмму в положении лордоза.

П. С. Е 1 к 1 п, Артерио-венозная аневризма, стр. 104—106, 2 рис.

Описание одного случая: три артерио-венозных соустья на обеих голених (после множественных мелких ранений осколками ручной гранаты).

О. М. А б а т з, Рота санитаров-носильщиков в сражении на атоллах Тихого океана, стр. 106—109, 6 рис.

Описание организации роты по сбору раненых. .

Р. А. Р е т Б е г Юп, Забота о ногах солдат, стр. 110—117, 1 рис.

О предупреждении и лечении различных заболеваний стопы.

РБ. Е. ХапГакпа, Бронхиальная астма, вызванная сульфатиазолом.

Описание одного случая.

8. В1аиз4е1п, Видоизмененная шина при переломе верхней челюсти, стр. 119—121, 1 рис.

Описание шины, примененной в случае автора.

У. Н. Козел, Травматическая невралгия плечевого сплетения у парашютистов.

Описание 5 случаев.

ФЕВРАЛЬ 1945 г., № 85

М. Р. Мас Рее, План размещения эвакуационного госпиталя на 750 коеж, стр. 61—63, 1 рис.

Распределение и связь различных частей госпиталя, развернутого в палатках.

С. З. Со ое ап. Истребление крыс в форте Дивенс, стр. 64—71, 1 рис.

Описание истребления нескольких тысяч крыс посредством отравленных приманок — измельченное конское мясо, смешанное с фосфористым цинком или сернокислым таллием.

Н. Н. Согбоп апб о(Бегз, Рецидивы маимрши, вызванной Плазоблит шуах, стр. 71—74.

Клиническое наблюдение 435 случаев среди солдат.

8. Кобьлп апб Ть. О. 8 с о 1 4, Эвакуация больных в порты США, стр. 75—83.

Л. Т. Но XV а г б, Практическое применение гастроскопа, стр. 84—87.

Сообщение медицинского консультационного отдела Военно-санитарного управления армии США. Пневмония, вызванная гемолитическим стрептококком, стр. 88—91.

Распознавание и лечение.

С. XV. Си 41 е г, Первоначальное лечение ранений кисти руки, стр. 92—98.

Описание основных методов лечения указанных повреждений в передовом районе фронта.

М. Мадпез, Амбулаторное лечение желудочно-кишечных больных, стр. 99—103.

О распознавании и лечении преимущественно пептической язвы и нервных функциональных заболеваний.

8. А. 8 а п б 1 е г апб 8. К. К о 4 т а п, Приспособление эмоционально нестойких солдат, стр. 103—107.

Об организации и деятельности консультационной службы по психической гигиене.

СИ. К. Ке1п апб С. К. СаПепбег, Проверочные пробы серологической диагностики сифилиса, стр. 108—112.

Н. В. 2е14Нп, Состояние зубов у американских солдат в тропиках, стр. 113—118.

МАРТ 1945 г., № 86

Л. Т. Соу 1 е апб XV. П. Тьотрзоп, Переломы при боевых повреждениях, стр. 57—63.

Обзор 626 случаев, наблюдавшихся среди 2 366 хирургических больных.

Н. 8. С а з п 111 апб Ть. Р 1 4 г-Н иг Б) и п., Токсические психозы после лечения атебрином, стр. 63—69.

Обзор 35 случаев токсического психоза, наблюдавшихся среди 7 604 больных малярией, леченных атебрином.

Н. Ласобу. Л. К. Бои б о п, Р. 8. В/у п е апб Ть. К. Р а 11 т е г 8« г, Про* блема поносов в базе на Новой Гвинее, стр. 70—78, 4 рис.

Описание метода борьбы с острыми кишечными заболеваниями. Приведен анализ более 1 400 случаев. Описано устройство для надежного мытья обеденных принадлежностей.

№ Н и г у 14 г апб Р. М. К г а т е г. Военнослужащий срочной службы как помощник психиатра, стр. 79—81.

О подготовке и использовании солдата срочной службы в качестве общественного работника в помощь психиатру.

Н. 'К И к 1 п, Фрамбезия у белого солдата, стр. 81—83.

Клиническое описание одного случая, наблюдавшегося в тропиках.

К. АУ 1111 е Ъ 11'1 апб К. Аи81пап, Лечение фрамбезии пенициллином, стр. 84—91.

При лечении пенициллином патологические явления на коже быстро излечивались, положительная реакция Кана Не изменялась. Наблюдалось 17 случаев, 3 из которых описаны подробно. Впоследствии наблюдалось еще 25 случаев с теми же результатами. Пенициллин обычно вводился внутримышечно по 15 000 единиц через 4 часа днем и ночью в течение 5—6 дней.

М. М. С 1 о э 8 ш а п, Применение 81гез8-Ъгеакет (нарушители напряжения) при постановке несъемного мостовидного зубного протеза.

Описание техники постановки постоянного зубного протеза с подвижным соединением.

З. Н. Бопп, Лечение пенициллином острой гонорреи, стр. 95—100.

Анализ результатов лечения 100 случаев. У 95 больных гонококки не обнаруживались в мазках через 8 часов после первой инъекции пенициллина. Через сутки после начала лечения культура гонококков не получалась ни у одного больного.

Е>. К. Р г а 11, Предложения по иммобилизации кисти руки, стр. 105—108, 5 рис.

П. Т и скег апс! А. Л. Т 1111 п е к а з 1, Рентгеноскопическая служба юго-западной части Тихого океана, стр. 109—114, 6 рис.

Описание оборудования и некоторых технических процессов.

С. Н. Кеепе, Колостомии, стр. 115—117.

Описание подготовки к операции, техники операции и послеоперационного ухода на основании личных наблюдений около 40 случаев. .

Н. З. Н о р к 1 п 8, Кеноскоп, стр. 118—120, 3 рис.

Описание устройства простого отражательного аппарата для проецирования на экран рисунков, фотографий, карт и пр.

Д-р мед. наук Л. М. Старокадомский



О П Е Ч А Т К И

Напечатано: в № 1—2 „ВМЖ“
за 1946 год

стр. 6, 1 строка сверху
и строевой, базой
стр. 8, 17 строка снизу
... практике активного метода

Напечатано: в № 7—8 „ВМЖ“
за 1946 г.)

стр. 33 в табл.к3
Период оперативной паузы, период активных боевых действий — 16%

Следует читать:

и стройной базой

... практике консультативного метода

Следует читать:

Период оперативной паузы—23%
Период активных боевых действий—16%

