

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

# ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ

# Ж У Р Н А Л



3

МАРТ

МЕДГИЗ · 1946

# СОДЕРЖАНИЕ

## В СОВЕТЕ МИНИСТРОВ СОЮЗА ССР

- О научной разработке и обобщении опыта советской медицины за время Великой отечественной войны 1941 — 1945 гг. . . . . 3
- От редакционной коллегии труда «Опыт советской медицины в Великой отечественной войне 1941 — 1945 гг.» ..... А

## ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

- Полковник мед. службы проф. И. Ф. Жордания. Гинекология военного времени ... 16
- Подполковник мед. службы канд. мед. наук Н. И. Александров и канд. мед. наук Н. Е. Гельфен. О противостолбнячной иммунизации поливакциной НИИСИ ..... 21
- Майор мед. службы М. А. Тропаян. Простейший метод ранней диагностики газовой гангрены ..... 27
- Майор мед. службы Ю. Н. Маци. Изготовление стандартной агглютинирующей сыворотки в условиях ППГ ..... 28
- Майор мед. службы М. И. Гусев. Опыт работ по предупреждению заболеваний куриной слепотой в войсках ..... 30
- Полковник мед. службы П. П. Саксонов. К токсикологии белого стрептоцида ..... 34

## ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

- Полковник мед. службы канд. мед. наук Д. И. Дроздов. Хирургическая помощь во время наступательной операции 14-ской армии ..... 37
- Полковник мед. службы В. П. Барсуков. Специализованная помощь во 2-й гвардейской армии в 1942 — 1945 гг. 39

## ВОПРОСЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

- Майор мед. службы И. Т. Баяндин. Санитарно-эпидемиологическое обеспечение репатрированных и военнопленных 44
- Подполковник мед. службы В. Н. Коваленко. Организация противозидемических мероприятий на армейских грунтовых дорогах ..... 47

# СОБЫТИЯ

## 1Ы THE СОЦИСП ОР МИШЗТЕКЗ ОР THE ИЗЗК

- Он Йге 8c1en11Йс Треайнен! анб Соог- (ПпаПон о! йге 8оу1е1 Меc11c1ne Экрейнс диг1н§ Йе (Эгеа! Ра-йЮнс АУаг 1941 — 1945 ... 3
- Ггош Йге ЕбПгор1а1 81ай о! Йге ХУогк \*,Тге 8оУ1е1 Ме<11c1ne Экрейнс биг1н§ Нге (Эгеа! Ра4г1о11с ^аг 1941 — 1945\* ..... 4

## РКОВЪЕМЗ ОР ТЕКАРЕПТИСЗ АБИИ РКОРНТИ.АХ18

- Со1оnе1 ПроГ. 1. Г. Л о г б а и 1 а. ХУаг Сунесолоу ..... 16
- ЫеШенап! Со1оnе1 14. 1. А1ехан-ЙГОУ аий 14. Е. Сиелен. Ап1Не(ан1с 1ггип12аНон Бу Ме-апз о{ Рolyуас1ne ..... 21
- Маjог М. А. Тг о р 1 а п о у. А 81тp1е Мейгод о! Еаrly О1а§ноз15 о! Саз Сандгене ..... 27
- Маjог Л. 14. М а 1г. РрепараНон о( 81ап<1аг(112<1 А^кИпаПд Зега ипбег СопбШопз о! а МоЫе Р1еИ НозрИа! ..... 28
- Маjог М. 1. С и з е V. А Петр! о! РгеуеюЙон о! НегегаГор1а 1п Иге Агу ..... 30
- Со1оnе1 Р. Р. 8 а к з о п о у. Тге То-Х1солоу о! 8ийап1аг1<1е ... 34

## ОКОАЩЕАТЮИ АПЪ ТАСГ1СЗ ОР МЕП1САЕ СЕРУ1СЕ8

- Со1оnе1 О. 1. В г о з б о V. 8иг-81са1 8егу1сез Виг1не Йге Ойен-з1уе Орегайопз о! те И. Агу 37
- Со1оnе1 V. Р. В а г з и к о V. 8рес1аНге<1 8егу1сез 1п Йге 8ес-сопй Сиагбз Агу Скгон^ЬоиС 1942— 1945 ..... 39

## РКОВЪЕМЗ ОР ЕРЮЕМЮЬООЮАЬ. СОИТКОТ Ш THE АRМУ

- Маjог 1. Т. В а | а п Л1 п. Меазигез Тор Йге Ер1бег1о1о81са1 8ес-г11у о! КепаГ1а1еб аий 1Уаг РгЬ зопегз ..... 44
- Ыен1енан( Со)оnе1 V. 14. КОУЭ-1 е п к о. Ор^ашГрайон о! Ерие-г1о1о§1са1 Соn(го1 он йпрауей Н1§1гауз ..... 47

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 -

3

МАРТ

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 140

Отв. редактор *Е. И. Смирнов*

Издается с 1823 г. >» 09427. Сдано в производ<ство 10/У 1946 г. Поди, к печати 22/УП 1946 г. Форк?, бум. !ОХ Н8!16 П. л. 4 Уч-и?д. л. 6,9. В I печ. л. 69 000 зн.

Тир. 8800 экз. Цена 2 р. Заказ 266.

13-я тип. треста 'Полиграфкнига' ОГИЗт при Совете Министров РСФСР.  
Москва, Денисовский, 30

## **В СОВЕТЕ МИНИСТРОВ СОЮЗА ССР**

### **О НАУЧНОЙ РАЗРАБОТКЕ И ОБОБЩЕНИИ ОПЫТА СОВЕТСКОЙ МЕДИЦИНЫ ЗА ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 1941—1945 гг.**

В целях глубокого изучения и обобщения опыта советской медицины, накопленного за период Великой отечественной войны, Совет министров Союза ССР постановил:

1. Обязать Министерство здравоохранения Союза ССР и Главное \* военно-медицинское управление вооруженных сил Союза ССР организовать научную разработку материалов, отражающих опыт советских врачей за время войны, и издать в 1948—1950 гг. многотомный труд — «Опыт советской медицины в Великой отечественной войне 1941 — 1945 гг.».

2. Утвердить план издания труда «Опыт советской медицины в Великой отечественной войне 1941—1945 гг.», состоящего из 4 частей: хирургии— 15 разделов, терапии— 11 разделов, эпидемиологии и гигиены — 4 раздела и патологии огнестрельной травмы — 1 раздел. В плане предусмотреть научную разработку материалов, имеющих огромное значение для дальнейшего развития теоретической и практической медицины.

3. Обязать Министерство здравоохранения и Главное военно-медицинское управление вооруженных сил Союза ССР привлечь к разработке материалов и обобщению опыта войны крупнейших ученых, специалистов и рядовых врачей, принимавших непосредственное участие в охране здоровья войск и лечении раненых и больных бойцов и офицеров Красной Армии как на фронте, а также и в тылу.

4. Для использования личного опыта врачей в научной разработке материалов по лечению раненых и больных, а также по профилактике эпидемических заболеваний в войсках утвердить представленные условия конкурса и перечень тем, объявляемых на конкурс.

\* 5. Для премирования лучших работ по разделам и главам труда,, а также лучших работ по отдельным темам, представленных авторами на конкурс, учредить премии:

а) для редакторов — составителей разделов 11 премий, из них: три первых премии по 75 тыс. рублей, три вторых премии по 50 тыс. рублей и пять третьих премий по 25 тыс. рублей;

б) для авторов глав разделов 60 премий, из них: 10 первых премий по 30 тыс. рублей, 20 вторых премий по 20 тыс. рублей и 30 третьих премий по 10 тыс. рублей;

в) для авторов отдельных тем 130 премий, из них: 10 первых премий по 15 тыс. рублей, 50 вторых премий по 10 тыс. рублей и 70 третьих премий по 5 тыс. рублей.

6. Обязать Министерство финансов СССР:

а) отпустить на научную разработку материалов и подготовку издания труда 7 млн. рублей;

б) выделить для премирования конкурсных работ 2 500 000 рублей.

7. Для руководства работой по подготовке издания и редактирования труда утвердить редакционную коллегию в следующем составе: министр здравоохранения СССР Митерев Г. А., начальник Главного военно-медицинского управления вооруженных сил Союза ССР

Смирнов Е. И.; генералы медицинской службы академики Аничков Н. Н., Бурденко Н. Н., Орбели Л. А., генералы медицинской службы действительные члены Академии медицинских наук СССР Гирголав С. С., Джанелидзе Ю. Ю., Кротков Ф. Г., Куприянов П. А., Шамов В. Н., действительные члены Академии медицинских наук СССР Виноградов В. Н., Давиденков С. Н., Давыдовский И. В., генерал медицинской службы проф. Вовси М. С. и заслуженный деятель науки проф. Приоров Н. Н.

8. Обязать редакционную коллегия опубликовать в газете «Медицинский работник» план издания труда, требования, предъявляемые к написанию глав и разделов труда, условия конкурса и перечень тем, объявляемых на конкурс.

«Правда», среда, 27 марта 1946 г., № 73 (1055),



## ОТ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ ТРУДА «ОПЫТ СОВЕТСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ 1941—1945 ГГ.»

Совет министров СССР 26.III.1946 г. вынес постановление об издании в 1948—1950 гг. многотомного труда «Опыт советской медицины в Великой отечественной войне 1941—1945 гг.».

На полях величайших в истории человечества битв советские врачи выдержали серьезнейшее испытание. Для того чтобы возратить в строй более 70% раненых воинов, требовались не только героизм и самоотверженность. Нужна была слаженная, четкая работа на основе единой военно-медицинской доктрины всей массы медицинских работников Советского Союза на фронте и в тылу.

Стройная система научного руководства медицинской службой, представленного ведущими специалистами страны, систематические научные конференции и совещания по учету опыта, проводившиеся с первых дней войны, использование статистического метода при разработке материалов по лечению раненых и больных — все это дало возможность исправлять допущенные ошибки, избегать их повторения и выбирать наилучшие методы лечения.

Достижения профилактической и лечебной медицины не могут и не должны остаться неизвестными для широких масс медицинских работников. Научно-практический опыт врачей должен быть всемерно распространен и широко использован.

Одновременно с опубликованием общего плана разделов труда, требований, предъявляемых к написанию глав и разделов труда, условий конкурса и перечня тем, объявляемых на конкурс, Редакционная коллегия обращается к врачам всех специальностей, имеющих опыт, с предложением принять участие в конкурсе и в составлении труда.

Для предстоящей большой и ответственной коллективной работы необходимы материалы учреждений и отдельных лиц, будь то заслуженный специалист или рядовой врач-хирург, эпидемиолог, гигиенист, терапевт, психиатр.

За время войны опубликовано немало сборников и отдельных работ, освещающих опыт Отечественной войны. Однако много в высшей степени ценных материалов остается еще в руках авторов и подлежит дальнейшему обобщению. Эту работу нужно продолжать и углублять сейчас, в мирное время, когда партия и правительство уделяют особое внимание развитию науки и создали для этого все необходимые условия.

Полностью собрать и научно осмыслить все новое, что за время Великой отечественной войны внесли в медицинскую науку и практику наши ученые и рядовые врачи,— задача большой государственной важности. В ее успешном решении заинтересованы как участники, современники войны, так и будущие поколения.

Каждая тема, каждая глава намечаемого к изданию труда представит ценность, если она будет основана на тщательном отборе достаточного числа документов. Разработка должна быть проведена по вариационно-статистическому методу с критическим анализом всех факторов, влиявших на результаты профилактических и лечебных мероприятий, с учетом периодов войны и особенностей боевых операций. Необходимо подвергнуть тщательному анализу огромный материал, обобщить его, сделать из него практические выводы. Все усовершенствования, все новые методы, дававшие успех на полях сражений и эвакуационных госпиталей, мы сможем использовать и поставить на службу здравоохранения в период мирного развития. Нет сомнения, что обобщение опыта военных лет послужит мощным стимулом для дальнейшего развития отечественной медицинской науки.

Редакционная коллегия уверена в том, что постановление Совета министров СССР найдет широкий отклик у врачей, принимавших участие в организации и проведении лечения раненых и больных. Постановление это призывает к углубленному научному творчеству. Создаваемый многотомный труд «Опыт советской медицины в Великой отечественной войне 1941—1945 гг.» будет неоценимым вкладом советских врачей в сокровищницу мировой медицинской науки. Это будет лучшая научно-объективная оценка замечательных трудов и успехов, достигнутых русскими врачами в годы великой войны.

## ПЛАН ИЗДАНИЯ ТРУДА «ОПЫТ СОВЕТСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ 1941—1945 гг.»

### ВВЕДЕНИЕ

#### Часть I. Хирургия

Редакционное бюро — С. С. Гирголав (ответственный редактор), Н. Н. Аничков, Н. Н. Еланский, В. С. Левит, Н. Н. Приоров, И. Г. Руфанов, В. Н. Шамоу.

Раздел 1. Общие вопросы военно-полевой хирургии. Характеристика повреждения по роду оружия. Основные принципы хирургической обработки ран. Обезболивание. Кровопотеря и борьба с ней. Шок. Контузия. Раневые инфекции. Инородные тела. Отморожение. Ожоги.

Редактор — генерал-лейтенант мед. службы проф. С. С. Гирголав.

Раздел 2. Огнестрельные ранения черепа и головного мозга. Патологическая анатомия. Ранние и поздние осложнения и их профилактика. Показания к оперативным вмешательствам. Лечение повреждений черепа.

Редактор — генерал-лейтенант мед. службы проф. В. Н. Шамоу.

Раздел 3. Повреждения челюстей и лица. Профилактика осложнений. Лечение.

Редактор — генерал-майор мед. службы проф. Д. А. Энтин.

Раздел 4. Повреждения глаз и их лечение.

Редактор — полковник мед. службы проф. Н. А. Вишнеуский.

Раздел 5. Огнестрельные ранения уха, горла и носа. Контузии. Лечение ранений и посттравматических расстройств слуха и речи.

Редактор — генерал-лейтенант мед. службы проф. В. И. Воячек.

Раздел 6. Непроницающие и проникающие огнестрельные ранения груди. Патологическая анатомия. Осложнения со стороны плевры и лег-

ких. Бронхиальные свищи. Инородные тела в легком и плевре. Лечение ранений груди.

Редактор — генерал-лейтенант мед. службы проф. П. А. Куприянов.

Раздел 7. Ранения позвоночника, спинного мозга и их лечение.

Редактор — проф. А. Н. Бакулев.

Раздел 8. Огнестрельные ранения живота. Раннее хирургическое вмешательство. Поздние осложнения при ранениях живота и их лечение.

Редактор — генерал-майор мед. службы проф. С. И. Банайтис.

Раздел 9. Огнестрельные ранения таза и забрюшинного пространства. Ранения почек и мочеточников, их осложнения и лечение. Реставрационные операции на мочеполовых органах.

• Редактор — полковник мед. службы проф. А. П. Фрумкин.

Раздел 10. Ранения мягких тканей. Первично отсроченные и вторичные швы.

Редактор — генерал-майор мед. службы проф. В. И. Попов.

Раздел 11. Огнестрельные переломы конечностей. Первичная обработка, транспортная иммобилизация и лечение. Анаэробная инфекция, сепсис, их профилактика и лечение.

Редактор — генерал-лейтенант мед. службы проф. Н. Н. Еланский.

Раздел 12. Огнестрельные ранения суставов. Особенности их течения. Транспортная иммобилизация, первичная обработка и дальнейшее лечение.

Редактор — генерал-майор мед. службы проф. В. С. Левит.

Раздел 13. Огнестрельные ранения кисти, пальцев и стоп. Первичная хирургическая обработка. Иммобилизация. Функциональное лечение.

Редактор — генерал-майор мед. службы проф. В. И. Попов.

Раздел 14. Огнестрельные ранения сосудов. Патологическая анатомия. Аневризмы. Хирургическое лечение свежих ранений сосудов и аневризм.

Редактор — генерал-лейтенант мед. службы проф. М. Н. Ахутин.

Раздел 15. Огнестрельные ранения периферических нервов. Неоперативное и оперативное лечение. Каузалгии, контрактуры, параличи и их лечение.

Редактор — проф. Б. Г. Егоров.

## **Часть II. Терапия (внутренние, нервные, кожно-венерические и инфекционные болезни)**

Редакционное бюро — М. С. Вовси (ответственный редактор), В. Н. Виноградов, С. Н. Давчденков, Г. Ф. Ланг.

Раздел 1. Особенности возникновения и течения болезней легких (пневмонии, пневмосклерозы, эмфиземы). Их лечение.

Редактор — полковник мед. службы проф. С. А. Поспелов.

Раздел 2. Особенности течения болезней сердца.

Редактор — проф. Г. Ф. Ланг.

Раздел 3. Особенности возникновения и течения болезней сосудов и почек (гипертоническая болезнь, острый нефрит). Методы их лечения.

Редактор — генерал-майор мед. службы проф. М. С. Вовси.

Раздел 4. Особенности проявления и течения болезней желудка (гастриты и язвенная болезнь). Методы лечения.

Редактор — генерал-майор мед. службы проф. П. И. Егоров.

Раздел 5. Особенности возникновения и течения инфекционных желтух.

Редактор — полковник мед. службы проф. А. Л. Мясников.

Раздел 6. Особенности течения туберкулеза легких. Диагностика, профилактика и лечение.



Редактор — полковник медицинской службы проф. В. А. Равич-Щербо.

Раздел 7. Нарушения общего питания. Профилактика и лечение.

Редактор — полковник мед. службы проф. Э. М. Гельштейн.

Раздел 8. Болезни внутренних органов у раненых, их предупреждение и лечение.

Редактор — генерал-майор мед. службы проф. Н. С. Молчанов.

Раздел 9. Кожные болезни в войсках. Поражения кожи у раненых. Венерические болезни и новые методы их лечения.

Редактор — полковник мед. службы проф. С. Т. Павлов.

Раздел 10. Особенности возникновения и течения нервных болезней, их предупреждение и лечение.

Редактор — полковник мед. службы проф. С. Н. Давиденков.

Раздел 11. Течение острых инфекционных болезней, их раннее распознавание и лечение.

Редактор — полковник мед. службы проф. С. В. Висковский.

### Часть III. Эпидемиология и гигиена

Редакционное бюро — Т. Е. Болдырев (ответственный редактор), С. В. Висковский, Л. В. Громашевский, И. И. Рогозин.

Раздел 1. Эпидемиологическое состояние войск Красной Армии в период Великой отечественной войны.

Редактор — генерал-майор мед. службы проф. Т. Е. Болдырев.

Раздел 2. Принципы противэпидемической защиты войск Красной Армии в период Великой отечественной войны.

Редактор — полковник мед. службы проф. С. В. Висковский.

Раздел 3. Эпидемиология и профилактика инфекций.

Редактор — проф. Г. П. Руднев.

Раздел 4. Гигиена питания и полевого водоснабжения действующих войск.

Редактор — генерал-майор мед. службы проф. Ф. Г. Кроткой.

### Часть IV. Патология огнестрельной травмы

Редакционное бюро — И. В. Давыдовский (ответственный редактор), М. Ф. Глазунов, Н. А. Краевский. \*

Раздел — Патологическая анатомия боевой травмы. Патологоанатомическая и танатологическая характеристика поля боя. Ранения, несовместимые с жизнью. Анализ причин смерти на этапах эвакуации. Механизм действия ранящего снаряда и раневой процесс.

### ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К НАПИСАНИЮ ГЛАВ И РАЗДЕЛОВ ТРУДА

Изложение глав и разделов труда «Опыт советской медицины в Великой отечественной войне 1941—1945 гг.» должно быть основано на достаточном материале.

Должны быть приняты во внимание особенности оказания помощи, лечения и исходов, в зависимости от характера боевых операций, условий местности, периодов и годов войны. Необходимым и достаточным материалом для составления клинических выводов по данной теме признается 200 полноценных историй болезни. Сверх того для составления каждого раздела необходимо использование отчетов учреждений, армий и фронтов и анализ 200 историй болезни по каждому периоду, году войны и каждому фронту, подлежащим изучению, с тем чтобы охарактеризовать указанные выше особенности соответственно характеру боевых операций, условий местности, периодов и годов войны.

В плане разделов и глав должны быть предусмотрены следующие основные вопросы.

1. Классификация и частота ранений данной области:

а) частота ранений данной области по отношению к общему числу раненых;

б) частота различных видов ранений по отношению к общему числу раненых данной области;

в) колебания процентных соотношений различных видов ранений данной области в разные периоды войны, в зависимости от характера боевых операций.

2. Патология ранений данной области и патогенез последующих осложнений на различных этапах эвакуации:

а) местные патологоанатомические изменения, возникающие при ранении;

б) патологоанатомические изменения, развивающиеся в связи с осложнениями в разные сроки после ранения;

в) патологические процессы в организме и органах, развившиеся в связи с ранением, со всей суммой факторов, влияющих на течение ранения и развитие дальнейших осложнений.

3. Симптомы и течение ранений и их осложнений, развивающихся на протяжении от момента ранения до окончательного исхода:

а) течение ранений данной области и развития осложнений в зависимости от времени, прошедшего с момента ранения до оказания первой помощи на поле, а также до момента оказания первой хирургической и специализированной помощи, от вида транспорта и длительности транспортировки;

б) течение ранений данной области и развитие осложнений, в зависимости от принципов и методики лечения в различные периоды Отечественной войны;

в) осложнения со стороны внутренних и других органов и систем (например, периферических нервов, почек, костной системы и т. д.), стоящие в связи с ранением данной области.

Примечание. Изложение должно быть иллюстрировано рисунками, рентгенограммами, температурными кривыми и т. п.

4. Этапное лечение раненых:

а) основные принципы этапного лечения раненных в данную область (череп, грудь и т. д.) и развитие их на протяжении Отечественной войны;

б) лечение раненных в данную область в различные периоды войны и в различных условиях боевой обстановки;

в) основные принципы сортировки раненных в данную область и показания к операции, в зависимости от состояния раненых и боевой обстановки;

г) методика хирургического лечения по поводу ранения данной области, развитие и изменение методики в различные периоды Отечественной войны, на различных фронтах и в госпиталях различных эвакуационных районов;

д) консервативное лечение, проводимое у раненных в данную область;

е) лечение осложнений у раненных в данную область, в зависимости от боевой обстановки и медицинских показаний;

ж) госпитализация и показания к эвакуации на различных этапах и в различных стадиях течения раневого процесса.

5. Исходы ранений:

а) непосредственные исходы ранений данной области и на этапах эвакуации, в зависимости от применения тех или других методов лечения в различные периоды Отечественной войны;

- б) анализ окончательных исходов ранений данной области с учетом характера боевых операций и периодов Отечественной войны;
- в) анализ протоколов вскрытий раненых, погибших от ранений данной области или их осложнений на этапах эвакуации в различные периоды Отечественной войны.

## **Часть II. Терапия**

1. Частота данного заболевания:

- а) по отношению к общим санитарным потерям;
- б) к общей заболеваемости внутренних органов;
- в) к болезням данной системы или органа и
- г) в сопоставлении с мирным временем и прежними войнами.

**П р и м е ч а н и е.** При анализе статистических данных необходимо учитывать время года (сезонность), климатические условия, условия боевой обстановки и длительность войны.

2. Особенности клинического проявления и течения данного заболевания с особой фиксацией внимания на ранних симптомах.

3. Патологоанатомические изменения при данном заболевании.

4. Правильность и своевременность распознавания данного заболевания на различных этапах эвакуации и по годам Отечественной войны.

5. Лечебно-эвакуационный прогноз на различных этапах и по годам Отечественной войны.

6. Осложнения заболеваний в зависимости от общего состояния организма, проведенного лечения и условий боевой обстановки.

7. Причины возникновения заболевания в связи с конкретными условиями боевой обстановки, быта, рода войск и т. п.

8. Взаимосвязь отдельных признаков болезни и механизма их развития.

9. Профилактические мероприятия в действующей армии при данном заболевании.

10. Лечение заболевания на различных этапах эвакуации с учетом условий боевой обстановки и периодов Отечественной войны.

11. Исходы заболевания за весь период Отечественной войны, по годам и на различных этапах эвакуации, с учетом возраста, общего состояния организма, своевременности и правильности диагноза и лечения, а также условий боевой обстановки.

12. Анализ данных военно-врачебной экспертизы.

13. Анализ смертности.

## **Часть III. Эпидемиология и гигиена**

1. Главы должны содержать оригинальные данные по организации, методике и технике противоэпидемической и гигиенической работы в войсках с выводами и обобщениями, важными для медицинской науки.

2. При разработке материалов должны быть использованы конъюнктурные отчеты фронтов, округов и армий, санитарно-эпидемиологические описания, статистические сводки о заболеваемости в войсках и среди населения. Статистический анализ материала должен быть проведен с учетом периодов войны, эпидемической обстановки в районах действий войск и характера боевых операций.

3. Эпидемиологическая характеристика важнейших инфекционных заболеваний должна содержать:

- а) особенности эпидемиологии данного заболевания;
- б) описание наиболее важных вспышек заболеваний и их эпидемиологический анализ;
- в) анализ динамики заболеваний;

г) особенности мероприятий по профилактике и борьбе с данной инфекцией.

4. Роль гигиенических мероприятий в системе противозидемической защиты войск; санитарная очистка мест расположения и боевых действий войск, полевое водоснабжение, медицинский контроль за физическим состоянием, нагрузкой и питанием войск.

#### **Часть IV. Патология огнестрельной травмы**

1. Классификация и частота ранений данной области и заболеваний, приводящих к смерти.

2. Патологическая анатомия ранений данной области, заболеваний и патогенез последующих осложнений на различных этапах эвакуации.

3. Анализ причин смерти от ранений, их осложнений и заболеваний, в зависимости ОТ:

- а) тяжести ранения и заболевания;
- б) сроков выноса с поля боя, оказания первой доврачебной, врачебной, хирургической и специальной помощи;
- в) сроков установления диагноза и времени госпитализации больных;
- г) характера боевой операции, санитарно-тактической обстановки, принятия предупредительных мер, рельефа местности, времени года и климатических условий.

#### **ПЕРЕЧЕНЬ ТЕМ, ОБЪЯВЛЯЕМЫХ НА КОНКУРС ПО ХИРУРГИИ, ТЕРАПИИ, ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ГИГИЕНЕ, ПАТОЛОГИИ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ ТРАВМЫ, И УСЛОВИЯ КОНКУРСА**

##### **Часть I. Хирургия**

1. Зависимость инфекционных осложнений в ране от методики и сроков первичной обработки ее.

2. Влияние общего обескровливания на раневые инфекционные осложнения.

3. Результаты лечения анаэробной инфекции, классификация и летальность.

4. Микробная флора раны в разные периоды и влияние ее на сроки заживления.

5. Техника операций удаления инородных тел и аппаратура.

6. Неотложные операции при ранениях черепа в условиях Д'МП и непосредственные исходы после вмешательства.

7. Инородные тела в мозгу огнестрельного происхождения.

8. Менинго-энцефалиты после черепно-мозговых ранений.

9. Проллапс и протрузия мозга после проникающих ранений черепа.

10. Ликворные свищи после проникающих ранений черепа.

11. Абсцессы мозга после проникающих ранений черепа.

12. Остеомиелиты после ранений черепа.

13. Эпилепсия как осложнение ранений черепа.

14. Отдаленные результаты лечения огнестрельных проникающих ранений черепа.

15. Оценка способов транспортной иммобилизации поврежденных лицевого скелета стандартными и индивидуальными повязками.

16. Повторные и вторичные кровотечения после ранений челюстей.

17. Влияние сроков наложения шин на отломки нижней челюсти на продолжительность и исход лечения.

18. Пневмонии после ранений челюстей.

19. Зависимость частоты огнестрельных остеомиелитов и несросшихся переломов нижних челюстей от характера первичной и вторичной хирургической обработки костной раны.

20. Лечение ран роговицы, течение и отдаленные результаты.

21. Лечение свежих контузий глазного яблока, течение и отдаленные результаты.
22. Лечение травматических иридоциклитов, течение и результаты.
23. Симпатическая офталмия, лечение и отдаленные исходы.
24. Амагнитные тела внутри глаза, показания к их удалению, способы удаления и отдаленные результаты операций.
25. Инородные тела в глазнице, показания и противопоказания к их удалению и результаты операций.
26. Лечение травматической отслойки сетчатки после боевых повреждений и отдаленные результаты.
- » 27. Пересадка роговицы при бельмах после боевых травм и отдаленные результаты.
28. Изменения глазного дна при боевых повреждениях глаза, глазницы и черепа.
29. Рентгенодиагностика и рентгенолокализация инородных тел в глазу и глазнице при боевых повреждениях.
30. Ранняя и поздняя картина повреждений зрительных путей и зрительных центров при боевых повреждениях, течение и исходы;
31. Лечение ЛОРконтузий, ближайшие и отдаленные исходы.
32. Пластические операции при рубцовых сужениях слухового прохода после огнестрельных ранений.
33. Ранения шейного отдела пищевода и трахеи.
34. Ранения гортани и глотки.
35. Лечение стенозов гортани после огнестрельных ранений.
36. Лечение посттравматических перихондритов гортани.
37. Ранения нервов шеи.
38. Плевропульмональный шок и мероприятия по борьбе с ним.
39. Раннее применение постоянной аспирации при ранениях плевры и легких и их осложнениях.
40. Вторичные осложнения при ушитых открытых пневмотораксах, наступившие на этапах эвакуации (начиная с ДМП).
41. Чрезлопаточные ранения груди.
42. Судьба излившейся крови и изменения в плевре при гемотораксах после огнестрельных ранений.
43. Ранние торакотомии при гемотораксах.
44. Ранения сердца и крупных сосудов.
45. Ранения грудного отдела пищевода.
46. Ранения грудного протока.
47. Инородные тела сердца и средостения.
48. Бронхоэктазы и пневмосклерозы после огнестрельных ранений плевры и легких.
49. Патогенез и сроки развития остаточных полостей плевры после ранения легких, в зависимости от методов лечения.
50. Бронхиальные свищи после огнестрельных ранений легких.
51. Отдаленные результаты лечения ранений плевры и легких, не потребовавших оперативного вмешательства.
- 52. Отдаленные результаты оперативного лечения хронических эмпием (торакопластика, декортикация, аспирация и т. д.).
53. Остеомиелиты ребер и хондриты после огнестрельных ранений.
54. Плевральные свищи.
55. Диафрагмальные грыжи после огнестрельных ранений.
56. Диафрагмальные грыжи после закрытых повреждений.
57. Ранения живота по материалам ДМП и ХППГ.
58. Огнестрельные ранения паренхиматозных органов полости живота.
59. Каловые свищи после огнестрельных ранений живота.
60. Отдаленные результаты лечения огнестрельных ранений живота.
61. Изолированные и комбинированные ранения почек.

62. Ранения таза без повреждения органов, в нем заключенных.
63. Ранения мочевого пузыря и прямой кишки, изолированные и комбинированные.
64. Ранения таза и органов, в нем заключенных.
65. Ранения мочеточников.
66. Лечение пузырных и уретро-ректальных свищей.
67. Отдаленные результаты после ранений почки.
68. Отдаленные результаты после ранений уретры.
69. Вторичные камни почек после огнестрельных ранений костной системы.
70. Результаты раннего оперативного лечения ранений спинного мозга.
71. Течение и исходы огнестрельных переломов бедра, в зависимости от методики первичной обработки ран.
72. Течение и исходы огнестрельных переломов голени, в зависимости от методики первичной обработки ран.
73. Шок при огнестрельных ранениях бедра, профилактика и лечение.
74. Шок при огнестрельных ранениях голени, профилактика и лечение.
75. Первичная ампутация при огнестрельных ранениях конечностей (показания, методика, исходы).
76. Повреждение периферических нервов при огнестрельных ранениях конечностей.
77. Скелетное вытяжение при огнестрельных ранениях.
78. Остеопластические ампутации при огнестрельных ранениях конечностей.
79. Замедленная консолидация переломов и ложные суставы.
80. Контрактуры конечностей после огнестрельных ранений различной природы.
81. Отдаленные результаты при огнестрельных переломах бедра.
82. Инородные тела в суставах. Ближайшие и отдаленные результаты при оперативном и консервативном лечении.
83. Ближайшие и отдаленные результаты артротомий и резекций суставов.
84. Распространение патологического процесса на суставы при огнестрельных ранениях бедра.
85. Ближайшие и отдаленные результаты перевязки сосудов в ране и на протяжении.
86. Ближайшие и отдаленные результаты раннего наложения шва на сосуды при огнестрельных ранениях их.
87. Пульсирующие гематомы и аневризмы, методы хирургического лечения их и отдаленные результаты.
88. Перевязка одноименной вены при ранениях артерий и исходы.
89. Ранняя диагностика огнестрельных повреждений периферических нервов.
90. Результаты ранних оперативных вмешательств при огнестрельных ранениях периферических нервов.
91. Методы лечения и исходы при каузалгиях.
92. Отдаленные результаты при повреждениях кисти и пальцев.
93. Пластика мягких тканей (кроме лица).
94. Ортопедические операции для восстановления функций конечности при повреждениях нервов.
95. Показания и техника реампутаций.

## **Часть II. Терапия**

96. Острая гипертоническая болезнь.
97. Клиника стертых и атипичных форм гиповитаминоза.
98. Переливание крови при внутренних болезнях.

99. Кровообращение при травматическом шоке.
100. Лечение контузий мозга. ■
101. Изменения внутренних органов при закрытых травмах черепа.
102. Особенности клиники крупозной пневмонии в условиях действующей армии.
103. Симптоматология и патогенез легочной и сердечно-легочной недостаточности.
104. Клинические и анатомические формы туберкулеза в условиях действующей армии.
105. Ранние и поздние пневмонии у раненых.
106. Клиника легочных изменений после ранений грудной клетки.
107. Состояние сердца при ранениях сосудов (до и после хирургических вмешательств).
108. Особенности клиники язвенной болезни в условиях действующей армии.
109. Лечение гастритов в лечебных учреждениях войскового района.
10. Военно-врачебная экспертиза лиц с оперированными желудками.
111. Клиническое описание эпидемической желтухи.
112. Лечение и профилактика малярии в войсках.
113. Клиника и диагностика туляремии.
114. Клиника и течение сыпного тифа у привитых.
115. Стертые формы вирусных энцефалитов.

### **Часть III. Эпидемиология и гигиена**

116. Противоэпидемические мероприятия в дивизии в период наступательных боев.
117. Противоэпидемическая защита войск наступающей армии.
118. Эффективность специфической профилактики сыпного тифа.
119. Эффективность специфической профилактики дизентерии и брюшного тифа в части (соединении).
120. Эпидемиология и профилактика заболеваний туляремией в войсках армии.
121. Эпидемиология и профилактика малярии в части (соединении).
122. Эпидемиология и профилактика эпидемической желтухи.
123. Медицинское обеспечение полевого водоснабжения армии.
124. Гигиеническое обеспечение войск в условиях позиционной обороны.
125. Медицинский контроль за питанием войск (по опыту работы армейского санитарного инспектора).

### **Часть IV. Патология огнестрельной травмы**

126. Патологическая анатомия шока.
127. Патологическая анатомия раневого канала.
128. Патологическая анатомия сепсиса.
129. Патологическая анатомия ожогов.
130. Патологическая анатомия проникающих ранений живота.
131. Патологическая анатомия смертельных отморожений.
132. Патологоанатомические изменения мочевой системы после огнестрельных ранений спинного мозга.
133. Результаты патологоанатомических вскрытий при огнестрельных переломах бедра в различные периоды после ранения.
134. Патологическая анатомия раневого остеомиелита бедра.
135. Патологическая анатомия костных и мышечных изменений ампутационной культи.
136. Патологическая анатомия ранений крупных суставов.
137. Патологическая анатомия ранений головного мозга в различные периоды течения раневого процесса.

138. Патологическая анатомия вторичных кровотечений.
139. Патологическая анатомия ранений периферических нервов.
140. Патологическая анатомия поздних легочных посттравматических изменений.
141. Патологическая анатомия раневого процесса в глазу при боевых повреждениях.
142. Патологическая анатомия острой гипертонической болезни.
143. Патологическая анатомия легочных изменений при ранениях иной локализации.
144. Патологическая анатомия эпидемической желтухи.
145. Патологическая анатомия геморрагического нефрозонефрита.
146. Патологическая анатомия туберкулеза военного времени.
147. Патологическая анатомия алиментарной дистрофии и авитаминозов.

#### УСЛОВИЯ КОНКУРСА

Работы, представляемые на конкурс, должны быть основаны на достоверном и достаточном для выводов материале, разработанном автором, имеющим личный опыт в данном вопросе, полученный во время работы на каком-либо этапе санитарной эвакуации (от войскового района до глубокого тыла). Работы должны быть иллюстрированы схемами, рисунками, температурными кривыми, рентгенограммами, микрофотограммами и т. п.

Работы, уже опубликованные, на конкурс не принимаются.

В работах, представляемых на конкурс, должны быть по возможности освещены следующие вопросы:

1. Влияние различных факторов боевой и санитарно-тактической обстановки на частоту заболеваний, характер боевых повреждений данной области тела и на оказание хирургической и специальной помощи.

2. Колебание процентных соотношений различных видов ранения в данную область тела в различные периоды войны, в зависимости от характера боевых операций и рельефа местности.

3. Динамика заболеваний в различные периоды войны, в зависимости от времени пода и эпидемической обстановки.

4. Патология ранений данной области тела и патогенез последующих осложнений, возникших на этапах эвакуации:

а) патологическая анатомия местных изменений, возникающих при ранениях;

б) патологическая анатомия изменений, развивающихся в связи с осложнениями в разные сроки после ранения;

в) патологические процессы в организме и органах, развившиеся в связи с ранением и со всей суммой факторов, влияющих на течение ранения и развитие дальнейших осложнений.

5. Симптомы и течение ранений (заболеваний) и их осложнений в период от времени ранения (заболевания) до конечного исхода.

6. Основные принципы лечения раненных в данную область тела и развитие этих принципов на протяжении Отечественной войны.

Основные принципы лечения данного заболевания и их развитие на протяжении Отечественной войны.

7. Основные принципы сортировки раненных в данную область тела и показания к операции, в зависимости от состояния раненого, боевой и санитарно-тактической обстановки.

Основные принципы сортировки терапевтических и инфекционных больных.

8. Методика хирургического лечения и, в частности, оперативного вмешательства по поводу ранения в данную область тела на этапах эвакуации и изменение методики в различные периоды Отечественной войны.



9. Консервативное лечение, проводимое у раненных в данную область.

10. Осложнение ранений (заболеваний), зависимость их развития и особенности от общих и частных условий боевой и медицинской обстановки, географических и климатических условий, принципов и методики лечения на различных этапах эвакуации в различные периоды войны.

11. Осложнения в организме, находящиеся в связи с ранением в данную область тела (заболевания внутренних органов, почек, костной системы, периферических нервов).

12. Показания к госпитализации и эвакуации больных и раненных в данную область тела на различных этапах эвакуации и в различных стадиях течения ранения (заболевания).

13. Непосредственные исходы ранений (заболеваний) на этапах эвакуации, в зависимости от применения тех или иных методов лечения в различные периоды войны.

14. Анализ окончательных исходов ранений в данную область тела и заболеваний с учетом характера боевых операций, оперативной обстановки, обеспеченности кадрами, медицинским имуществом, транспортом.

15. Анализ протоколов вскрытия раненных и больных с учетом перечисленных в предыдущем пункте условий, в различные периоды войны.

16. Основные принципы профилактики данного заболевания (общей и специфической).

17. Анализ причин возникновения и развития данного заболевания и методов его ликвидации.

В работе должно быть указано абсолютное число наблюдений, приведены краткие выдержки, выписки или ссылки на операционные журналы, карточки передового района или истории болезни с указанием фамилии, имени и отчества раненого, номера истории болезни, карточки или журнала, номера и названия лечебного учреждения, даты ранения и поступления в данное лечебное учреждение.

Срок представления работ—1.У.1947 г.

Рукописи должны быть напечатаны на машинке на одной стороне листа с полями. Иллюстрации с ясными обозначениями должны быть вклеены в текст.

Рукописи направлять в двух экземплярах по адресу: Ленинград, Лазаретный пер., 2, Военно-медицинский музей, Ученому секретарю труда «Опыт советской медицины в Великой отечественной войне 1941—1945 гг.».

„Медицинский работник“, среда 10 апреля 1946 г., № 18 (664)

Полковник мед. службы проф. И. Ф. ЖОРДАНИЯ

## ГИНЕКОЛОГИЯ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

Во время второй мировой войны (1939—1945) в сферу военных действий были вовлечены не только мужчины, но и женщины. Женщинам пришлось испытать связанные с войной лишения, трудности и опасности. К ним относятся: эвакуация на дальние расстояния (в большинстве случаев в места с другим климатом), плохие жилищные условия, удлиненный рабочий день, нередко непривычный физический труд, психонервные аффекты (разлука с близкими людьми или их потеря, разорение, налеты вражеской авиации, обстрел из дальнобойных орудий и т. п.), неполноценное питание или даже голод (например, в осажденных городах). Этим далеко не исчерпывается перечень факторов, влиянию которых подвергался женский организм в военное время. Значительное количество женщин, кроме того, непосредственно участвовало в военных действиях, преимущественно на нестроевых должностях (США, Великобритания, СССР, Польша и другие государства). Значительно возрос, по понятным причинам, и травматизм среди женщин, причем не только на фронте и в прилегающих к нему районах (огнестрельные ранения, контузии, ушибы и др.), но и в глубоком тылу (промышленный травматизм в связи с широким внедрением женского труда в промышленность).

У женщин, как известно, взаимосвязь между общим состоянием организма и мочеполовой сферой выражена значительно резче, чем у мужчин. Это можно объяснить циклически протекающими изменениями в эндокринной системе женщины, периодически появляющимися и закрывающимися физиологическими ранами в матке и яичниках и т. д. Поэтому во время войны с ее отрицательным воздействием на женский организм некоторые патологические, равно как и физиологические состояния женщин (менструация, беременность и др.) имеют иное, чем в мирное время, течение или распространение. Ряд этих патологических (или пограничных с ними) состояний женщины выходит за пределы собственно гинекологии и, кроме мочеполовой сферы, охватывает внеполовые внутренние органы, кожные покровы, органы чувств и т. п. Часть относящихся сюда вопросов входит в область военно-полевой хирургии, например, огнестрельные ранения и повреждения мочеполовых органов женщины. ■

Характерные для военного времени изменения в организме женщины были наиболее полно изучены во время Великой отечественной войны 1941—1945 гг. в действующей Красной Армии военно-медицинской службой, организовавшей в сентябре 1942 г. специализированную гинекологическую помощь женщинам. Однако наблюдения военных гинекологов за женщинами из гражданского населения не только прифронтовых районов, но и глубокого тыла (военные округа), а также за репатриантками (т. е. женщинами, возвращающимися на родину), показали, что особенности гинекологической патологии военного времени специфичны не только для армии. Они в не меньшей, а может быть, и в большей степени отмечаются и в тылу, среди гражданского женского населения.

Изучение вопросов гинекологии военного времени находится пока в зачаточном состоянии. Нет сомнения, что по мере накопления опыта рамки изучения будут расширяться. Однако и теперь уже можно отметить некоторые из относящихся сюда патологических состояний.

Разумеется, в военное время полностью сохраняют свою силу все виды акушерско-гинекологической патологии, наблюдающиеся и в мирных условиях. Но в военное время некоторые из них встречаются значительно чаще, имеют иное течение и требуют проведения в жизнь своеобразных лечебно-профилактических и организационных мероприятий.

Выявленные до сих пор особенности гинекологической патологии военного времени могут быть сведены в определенные группы.

I. Расстройства овариально-менструального цикла наблюдались у 15—50% всех женщин и девушек, зрелых в половом отношении. В отдельных случаях, когда присоединялся фактор алиментарного истощения (Ленинград зимой 1941/42 г., Сталинградская область зимой 1942/43 г. и др.), эта цифра значительно повышалась и достигала порой 85%.

К. этой группе расстройств относятся: а) аменоррея военного Времени, т. е. длительная аменоррея в детородном возрасте, не связанная с беременностью или какой-нибудь патологией, общей или гинекологической, одним из симптомов которой является прекращение месячных; б) аменоррея от алиментарной дистрофии; в) дисменоррея и меноррагия, наступающие вслед за прекратившейся аменорреей военного времени или, реже, появляющиеся независимо от последней; г) ювенильные маточные кровотечения, встречающиеся во время войны у девушек в периоде полового созревания значительно чаще, чем в мирных условиях.

II. Вульвовагиниты различной этиологии. Они наблюдаются в военное время по сравнению с довоенным в 10 раз чаще.

Здесь относятся вульвовагиниты: а) вульгарные — от трудности соблюдения личной гигиены при плохих жилищных и санитарно-гигиенических условиях, при перемещениях на длительные расстояния и т. п.; б) трихомнадные — при размещении женских контингентов в лесистых или болотистых местностях; в) гонорройные (в местах, освобожденных от вражеской оккупации) и т. п.

III. Особенности в течении беременности: а) значительно повышение во время войны процента самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов по сравнению с довоенным, что, по нашим наблюдениям, далеко не всегда является результатом какого-нибудь вмешательства; б) сравнительная частота и своеобразие течения большинства заболеваний, относимых к группе токсикозов беременности (слюнотечение, неукротимая рвота, водянка беременных, эклампсия, остеопатии, гепатопатии и др.), особенно эклампсия, в отношении которой во время войны бросается в глаза высокий процент заболеваемости, тяжелое течение, высокая смертность, появление в ранние сроки, притом так же часто у повторнородящих, как и у первородящих, и другие особенности в ее течении.

IV. Заболевания кожи и ее производных: а) пиодермии (в частности, фурункулез), получившие во время войны довольно широкое распространение среди женщин, особенно жительниц прифронтовых районов, где пиодермиями поражалось до 5% женского населения. Частота заболеваний кожных покровов у женщин, по нашим данным, в военные годы в 10 раз превосходит аналогичные цифры довоенного времени и вызывается рядом причин, из которых наиболее вероятными мы считаем, на основании личных наблюдений, следующие: 1) трудность соблюдения правил личной гигиены при стесненных бытовых условиях; 2) укусы насекомых (загрязнение от расчесов); 3) запыление кожи при несении службы на дорогах (регулирующие на военно-автомобильных

дорогах и др.) или в промышленных предприятиях при высокой запыленности цехов (в связи с производством).

б) Некоторые дерматозы, в частности, экземы сосков, до войны редко наблюдавшиеся вне беременности и довольно часто (по нашим данным до 2%) встречавшиеся во время "войны.

в) Грудницы у девушек и молодых небоеменных и не кормящих грудью женщин, редко встречавшиеся в мирных условиях и довольно часто — в военных (до 2%).

г) Кондиломы наружных половых органов, влагалища и шейки матки, отличающиеся в военное время, по нашим наблюдениям, большей частотой распространения, возникновением их у девственниц и молодых женщин, не страдающих воспалительными гинекологическими заболеваниями, а также быстрым развитием и обширностью поражения.

Совпадение кривой роста перечисленных заболеваний с кривой развития аменорреи военного времени позволяет допустить общность вызывающих их или предрасполагающих к ним причин, а также связанных с ними изменений в реактивности женского организма. В этом отношении может быть проведена аналогия с беременностью, при которой также наблюдаются нередко экземы сосков, пышный рост кондилом половых органов и другие патологические состояния. В наблюдавшихся нами 180 случаях непузэпериальной грудницы заболевание или повреждение покровов грудной железы было установлено в 124 (68,9%) случаях. В остальных 56 (31,1%) случаях эти явления отсутствовали, причем возникновению грудницы предшествовало нагрубание обеих грудных желез с ясно прощупывавшимися в них увеличенными, плотными и болезненными долями.

V. Расстройство функции мочевых органов. К этой группе заболеваний мы относим: а) частое и болезненное мочеиспускание, нередко (до 1%) наблюдавшееся во время войны у девушек и молодых женщин и являвшееся результатом охлаждения нижних конечностей и органов таза (например, при длительном стоянии на часах в холодную и сырую погоду), перенапряжения мочевого пузыря при длительном воздержании от акта мочеиспускания (например, у специалистов, работающих на различных приборах и не имеющих возможности отойти во время работы от приборов) и т. п., что нередко вызывало также цистит, проявлявшийся такими же симптомами; б) императивные позывы на мочеиспускание (недержание мочи), которыми, по нашим данным, страдали в период наивысшего их развития (зима 1942/43 г.) от 0,5 до 1% всех обследованных в армии женщин. Аналогичные явления наблюдались и среди гражданского населения, особенно в блокированных местностях (Ленинград зимой 1941/42 г., Сталинградская область зимой 1942/43 г.), и притом во много раз чаще — иногда у подавляющего большинства женщин данной местности.

Причины недержания мочи, наблюдавшегося у девушек и женщин во время войны, еще не достаточно изучены. Анализ нашего материала (264 случая) позволил нам в январе 1944 г. (на совещании гинекологической подсекции УМС при начальнике ГВСУ Красной Армии) приписать их происхождение недостатку в организме больной яичниковых гормонов (в частности, фолликулина), связанной с этим общей дискринии, недостаточному питанию (в частности, недостатку витаминов и жиров) и т. п. За это говорит параллелизм кривых недержания мочи и аменорреи военного времени, резкое снижение обоих этих состояний при улучшении питания и другие факты.

VI. Военный травматизм женщин (общий и местный — половых органов) хотя и резко уступает в количественном отношении мужскому, но никогда и нигде не наблюдался в таких размерах, как во время войны 1939—1945 гг. Поэтому он занимает важное место в гинекологической патологии военного времени. Огнестрельные ранения

женщин, ушибы и другие повреждения нередко оказывают при любой их локализации достаточно заметное влияние на функцию половых органов (прекращение месячных или изменение их типа, преждевременное прерывание беременности, обострение хронических воспалительных гинекологических заболеваний и т. п.).

VI I. Прочие виды патологии женщин, выявившиеся в военный период. К этой группе относятся:

а) выявленные нами в конце 1942 г. отеки ног внесердечного и внепочечного происхождения у военнослужащих девушек и женщин, особенно в период их «новобранчества»; аналогичные явления имели место и среди гражданского населения, особенно прифронтовых районов и местностей, находившихся некоторое время во вражеской оккупации;

б) ряд патологических состояний, наблюдавшихся в военные годы у небеременных женщин значительно чаще, чем в довоенное время: не обоснованные объективными данными крестцовые боли, кариес зубов, болезненность в симфизе и в крестцово-подвздошных сочленениях, опущение половых органов, варикозное расширение вен нижних конечностей, наружных половых органов и влагалища, пернициозоподобное малокровие и истощение у девушек и женщин со здоровыми важнейшими органами (сердце, легкие, почки, печень и др.), преждевременный климактерий (ожирение, развитие характерных вегетативных явлений и т. п.).

Одной из особенностей гинекологии военного времени является также своеобразие профилактических мероприятий и массовый охват ими всех женщин данного коллектива (промышленное предприятие, воинская часть и т. п.). Необходимость таких мероприятий вызывается укомплектованностью промышленных предприятий в военное время преимущественно женщинами, нередко находящимися в неблагоприятных условиях — трудовых (удлиненный рабочий день), санитарно-гигиенических и жилищно-бытовых (скученность, расквартирование в лесистых и болотистых местах и т. п.), что, как известно, может отразиться неблагоприятно на здоровье женщин. Не в меньшей мере сказанное относится к женщинам, служащим в действующей армии (казарменное размещение, переутомление, особенно во время активных боевых операций, ношение военной формы, несение караульной службы при плохих метеорологических условиях и т. п.).

Как показал опыт, отрицательные влияния условий военного времени на женский организм полностью (или почти полностью) могут быть устранены систематическим проведением ряда разнообразных профилактических мероприятий: ежемесячных медицинских осмотров женщин (включая гинекологическое исследование), обеспечения каждой из них возможности выполнения ежедневного гигиенического туалета (во время месячных 2—3 раза в сутки), контролирования нормального функционирования туалетных комнат, систематического снабжения всех девушек и женщин гигроскопической ватой и дополнительной нормой мыла и др. Таким путем обычно удается свести к минимуму отрицательное влияние на женский организм условий военного времени. Напротив, там, где этих мероприятий не проводят или проводят неполно, немедленно появляются патологические состояния (вульвовагиниты различной этиологии, пиодермии, кондиломы, самопроизвольные выкидыши и т. д.).

Система массовых профилактических мероприятий, особенно поголовных ежемесячных медицинских осмотров всех женщин, служащих или живущих в большом коллективе (промышленное предприятие, воинская часть, лагерь, общежитие и т. п.), является особенностью военного времени и вызвана к жизни условиями, созданными военной обста-

новкой не только на фронте, но и в тылу, среди гражданского населения.

Специфический характер имеет профилактическая работа военных гинекологов среди гражданского населения местностей, оказавшихся в сфере военных действий. Эта профилактическая работа отличается, помимо новизны, исключительной массовостью, интенсивностью и высотой темпов, так как приходилось в кратчайшие сроки (в 1—2 дня) охватывать этой работой тысячи женщин.

Рядом особенностей отличается лечебно-эвакуационная работа гинекологов в действующей армии. К этим особенностям относятся: а) постоянная готовность лечебно-профилактических учреждений фронта (МСБ, ППГ, ЭГ и др.) к оказанию нуждающимся в этом неотложной акушерско-гинекологической помощи; б) принципы госпитализации гинекологических больных, например, расширение по сравнению с мирными условиями показаний к госпитализации больных дисменорреей, меноррагией, неукротимой рвотой, угрожающим выкидышем и т. п.; в) эвакуация в зависимости от обстановки, а не только от состояния больной {для изъятия больных из угрожаемого района, освобождения коек для раненых и т. п.}; г) этапность лечения, требующая единого руководства и осуществления единой доктрины военной гинекологии (единого понимания сущности патологических процессов в мочеполовой сфере женщины, единых принципов эвакуации и лечения и т. п.); д) значение точной документации, учитывая смену госпитального содержания, нахождение в пути, смену врачей и т. л.; е) умение организовать в примитивных условиях (в землянках, палатке и т. п.) такое лечение и уход, которые не уступали бы условиям благоустроенных стабильных стационаров (недопущение скидки на полевые условия); ж) умение в случае необходимости импровизировать инструменты, недостающие для оказания экстренной акушерско-гинекологической помощи, и т. п.

Сочетание широкой организационной и лечебной работы в трудных условиях фронта придает деятельности военного гинеколога особые черты. Массовость профилактических мероприятий и постоянная готовность обеспечить женщинам неотложную гинекологическую помощь на всех этапах эвакуации требуют большого количества специалистов.

Подготовка гинекологических кадров осуществляется на многочисленных армейских учебных сборах врачей, на фронтовых и окружных курсах специализации, занятиями по гинекологии с врачами других специальностей, совершенствованием врачей по гинекологии на военном факультете ЦПУ Министерства здравоохранения СССР, на лечебно-профилактическом факультете Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, на армейских фронтовых и окружных курсах совершенствования для среднего медицинского состава и т. п.

Наконец, жизнь требует углубленного изучения вопросов, связанных: 1) с особенностями женской патологии военного времени; 2) с военным травматизмом женщин; 3) с динамикой физического их развития; 4) с военно-врачебной экспертизой (определение годности женщин к военной службе, изучение происхождения и распознавания притворных гинекологических заболеваний и т. п.); 5) с совершенствованием и рационализацией предметов женской гигиены, обмундирования, жилищ (казармы, общежития); 6) с влиянием БОВ на женский организм и т. п.

Гинекология военного времени, представляя комплекс организационных и клинических вопросов, специфичных для военного времени, имеет свою методику (поголовный охват всех женщин широко развитой профилактической работой, тесно увязанной с лечебной), требует единого руководства и контроля; имеет, наряду с общегинекологической, свою нозологическую группу патологических состояний женщины, свою научную тематику.

Все это оправдывает выделение гинекологии военного времени в особый раздел гинекологии. Этот новый важный раздел должен найти надлежащее место в программах высших и средних медицинских учебных заведений и в руководствах по гинекологии для врачей, студентов, фельдшеров и акушеров.

Научная тематика гинекологии военного времени, представляющая большой практический и несомненный теоретический интерес, не теряет своей актуальности и в мирное время. Она должна быть включена в планы научных работ акушерско-гинекологических кафедр военно-медицинских академий, медицинских институтов, институтов усовершенствования врачей и акушерско-гинекологических научно-исследовательских институтов.

К изучению проблем гинекологии военного времени следует приступить сейчас же, пока еще не забыты личные наблюдения гинекологов (военных и гражданских) в этом направлении, пока еще немало женщин носит на себе следы этих видов патологии, пока еще в медицинских архивах легко найти нужные отчеты, истории болезни и другие материалы.

\*

Подполковник мед. службы канд. мед. наук Н. И. АЛЕКСАНДРОВ

и канд. мед. наук Н. Е. ГЕФЕН

## **О ПРОТИВОСТОЛБНЯЧНОЙ ИММУНИЗАЦИИ ПОЛИВАКЦИНОЙ НИИСИ**

(Предварительное сообщение)

В последнее десятилетие (1935—1945) во всех европейских армиях стали широко применять метод активной специфической профилактики столбняка посредством анатоксина. Метод был разработан в 1922—1925 гг. французскими авторами Рамоном, Целлером и Декомбей. Быстрое и всеобщее признание метода опытной иммунизации столбнячным анатоксином объясняется прежде всего тем, что он исключительно эффективен и имеет ряд преимуществ по сравнению со старым методом — сывороточной профилактикой.

Как известно, противостолбнячная сыворотка из-за свойственных ей крупных недостатков не разрешила полностью проблемы профилактики столбняка. Полувековой опыт применения противостолбнячной сыворотки показал, что она действительна лишь в том случае, если вводится впервые 10—12 часов после ранения. Но даже своевременное и повторное введение сыворотки еще не гарантирует человека от заболевания столбняком. Иммунитет, сообщаемый сывороткой, очень непродолжителен и при каждом повторном введении сыворотки делается все более коротким. Кроме того, введение сыворотки в организм часто сопровождается различными осложнениями — сывороточной болезнью, анафилактическим шоком, нервными параличами и др. Столбняк может развиваться и после мелких травм. Эти травмы столь часты, что серопротифилактика при них практически неосуществима.

Недостатки серопротифилактики побуждали искать более эффективных методов специфической профилактики столбняка. Работы в этом направлении начались еще во время первой мировой войны, когда выяснилось, что даже в тех армиях, где противостолбнячная сыворотка применялась бесперебойно, 0,5% всех раненых заболело столбняком.

В 1915 г. Пиорковский провел опыты иммунизации мышей грым столбнячным токсином. В том же году Эйслер и Левенштейн опублико-

вали работу по иммунизации формализированным токсином. Несколько позже Вале и Бази, а затем Окуда сообщили об иммунизации животных и людей смесью столбнячного токсина с раствором Люголя. Однако все эти методы оказались несовершенными и не нашли применения.

Прочную научную базу иммунизация обезвреженными токсинами получила лишь после трудов Рамона и его сотрудников, разработавших методику приготовления анатоксинов (токсоидов). Опыты иммунизации столбнячным анатоксином, произведенные почти во всех странах мира, подтвердили высокую эффективность метода и его безвредность. С этого времени метод активной иммунизации против столбняка прочно вошел в иммунологическую практику.

В 1936 г. во Франции был принят закон об обязательных прививках против столбняка в армии и флоте. Такое же постановление после работ Пономарева, Воскресенского и Николаевой, Rogozina и Александра (под руководством Здродовского) принято <в 1937 г. и в Советском Союзе.

Метод активной специфической профилактики столбняка анатоксином открыл новую эру в борьбе с этим грозным заболеванием, принявшим во время прошлых мировых войн характер настоящих эпидемий. Но широкому применению его препятствовала относительная сложность. Так, например, вначале иммунитет удавалось получить лишь после многократных прививок анатоксина (от 5 до 20 инъекций). Поэтому не могло быть и речи о массовой иммунизации.

Работы по усовершенствованию метода иммунизации анатоксином продолжались. Удалось доказать возможность и рациональность объединения прививок против столбняка с прививками против других инфекций, в частности, против брюшного тифа и паратифов, сократить количество прививок сначала до трех, а затем до двух. При этом выяснилось, что двукратные прививки столбнячным анатоксином не уступают по эффективности троекратным при условии увеличения интервала между первой и второй инъекцией до 20 дней. Отсюда вытекало весьма важное положение, что непременным условием успеха вакцинации является, повидимому, не многократность иммунизации, а длительность иммунизаторного раздражения. Это принципиальное положение нашло подтверждение в многочисленных экспериментальных работах и побудило начать разработку метода однократной иммунизации.

В поисках способа однократной иммунизации исследователи исходили прежде всего из хорошо изученного метода «депо», предложенного, как известно, еще в 1916 г. французским микробиологом Ле Муаньи.

В 1925 г. Гленни вновь напомнил о нем, применив для создания депо алюминиевые квасцы.

С этого момента вопрос об однократной иммунизации, остававшийся долгое время одной из основных проблем иммунологии, вступил в новую фазу развития.

В короткое время появилось большое количество работ, авторы которых на многих сотнях экспериментальных животных показали, что иммуногенная активность различных антигенов резко усиливается при добавлении к ним неспецифических депонирующих веществ. Особенно большое внимание уделялось изучению депонированного дифтерийного анатоксина. Удалось установить, что депонированный анатоксин обладает высокоиммуногенными свойствами. Это подчеркивается во всех работах по экспериментальному изучению иммуногенных свойств депонированных антигенов. Значительное большинство исследователей признает преимущество депонированных антигенов перед обычными и считает, что иммунитет, получаемый после однократной введения их, не уступает иммунитету после дву- и троекратной иммунизации недепонированными антигенами.



Работ, посвященных использованию метода депо, — в иммунологии очень много. Мы приведем лишь работы, касающиеся противостолбнячной иммунизации. Уже в 1926 г. Рамон отметил благоприятное влияние депо на иммунизацию столбнячным анатоксином. Это влияние при столбнячной иммунизации было даже более выражено, чем при дифтерийной. Автор пишет, что депо (при помощи тапиоки) «почти удваивает дифтерийный и утеряет столбнячный титр». Большой эффект депо при столбнячной иммунизации по сравнению с дифтерийной отмечают и другие авторы (Гленни).

Рамон и Леметайе в 1931 г. от двух инъекций столбнячного анатоксина без депо получили средний титр сыворотки, равный 0,005 АЕ; с депо — 0,88 АЕ (с тапиокой), 0,3 АЕ (с хлористым кальцием) и 0,24 АЕ (с квасцами). Леметайе и Дешей в 1931 г. при столбнячной иммунизации получили с депо титры в 4—10 раз больше, чем без него. Суато в курсе столбнячной иммунизации чистым анатоксином без депо получил средний титр сыворотки, равный 0,5 АЕ, с депо — 5 АЕ (с квасцами) и 1 АЕ (с тапиокой).

Таким образом, уже сравнительно давно было установлено благоприятное влияние депо на иммунизацию столбнячным анатоксином. Последующие работы все более утверждали это положение.

В 1934 г. сотрудники Харьковского мечниковского института (Мельник, Старобинец, Червяков и Школьниксон) провели опыты по иммунизации преципитированным столбнячным анатоксином мелких лабораторных животных. Авторы установили, что морские свинки, кролики и крысы, однократно вакцинированные столбнячным анатоксином, преципитированным калийными квасцами, приобретают значительно более высокий иммунитет, чем животные, однократно иммунизированные чистым анатоксином.

В следующей работе, опубликованной в 1935 г., Мельник и Старобинец отмечают, что однократное подкожное введение преципитированного столбнячного анатоксина (в дозе 1 см<sup>3</sup>) создает более солидный иммунитет, чем трехкратное подкожное введение того же анатоксина, но не преципитированного.

В том же году З. М. Брин опубликовал результаты опытов, произведенных на лошадях и доказавших, что после однократного введения тетанического анатоксина в условиях медленной резорбции его (депо) образуется прочный иммунитет против столбняка. Однократное введение осажденного квасцами и ресуспендированного анатоксина сообщает лошади полную невосприимчивость к экспериментальному заражению спорами столбняка. Это же положение автор подтвердил и в работе, опубликованной в 1936 г.

Известные английские исследователи Берджи и Этрис, а также Джонс и Моз в ряде работ, опубликованных в 1934—1939 гг., доказали исключительно благоприятное влияние депо при столбнячной иммунизации. Так, например, однократная иммунизация людей столбнячным анатоксином с прибавлением к нему квасцов оказалась более эффективной, чем трехкратная инъекция обычным анатоксином.

Проф. Н. К. Цветков и А. А. Бреус в работе, опубликованной в 1938 г., сообщили, что в их опытах морские свинки, получившие под кожу по 1 см<sup>3</sup> преципитированного столбнячного анатоксина, уже через 15 дней переносили без заболевания инъекции 250, 500, 750 и 1 000 ОИт столбнячного токсина. Эти данные подтвердили и сотрудники Ветеринарного научно-исследовательского института Красной Армии (Стрелков, Полканов и др.).

В 1939 г. опубликована работа Демидова, посвященная тому же вопросу. Автор, сопоставляя эффективность двух испытанных им методов иммунизации квасцовым анатоксином, говорит, что нет никаких оснований приписывать двукратной вакцинации какие-либо преимущества

перед однократной. И при однократном введении квасцового анатоксина иммунитет появляется довольно рано и вполне обеспечивает устойчивость против заражения.

После этих работ при Военно-ветеринарном управлении Красной Армии была создана специальная комиссия для детального изучения вопроса. Комиссия разработала инструкцию по противостолбнячной иммунизации лошадей, утвержденную затем приказом НКО № 151 от 8 июля 1939 г. и обязательную при проведении прививок конскому составу Красной Армии. По этой инструкции прививки против столбняка лошадям производятся однократно путем подкожной инъекции 5 см<sup>3</sup> столбнячного анатоксина, преципитированного квасцами (1%).

Метод однократной иммунизации лошадей против столбняка широко испытан в Красной Армии во время Великой отечественной войны.

В работе, опубликованной в 1940 г. (ЖМЭИ, №4), О. А. Островская сообщила, что, по ее данным, однократная инъекция квасцового препарата сообщает иммунитет, не уступающий по своей напряженности иммунитету свинок, подвергшихся двукратной вакцинации наиболее эффективными препаратами чистого анатоксина. При этом слабый анатоксин при двукратной вакцинации им оказался менее эффективным, чем при однократном применении его в виде квасцового препарата.

Проф. А. А. Бреус в 1942 г. (ЖМЭИ, № 1—2) сообщил, что квасцовый анатоксин в дозе 1 см<sup>3</sup> обладает гораздо большей иммунизаторной силой, чем 5 см<sup>3</sup> нативного анатоксина. В том же году (ЖМЭИ, № 1—2, 1942) В. И. Константинова указала, что, по ее данным, морские свинки, однократно иммунизированные 3 см<sup>3</sup> осажденного столбнячного анатоксина, содержали через 3 месяца в 1 см<sup>3</sup> сыворотки от 0,01 до 5 АЕ и противостояли введению от 100 до 500 ПИТ столбнячного токсина.

Известный немецкий исследователь проф. Пригге<sup>1</sup> также установил благоприятное влияние депо при столбнячной иммунизации.

Вальтере и Демель<sup>1 2</sup>, являющиеся крупными специалистами в области столбняка, считают, что иммунизация квасцовым анатоксином в дозе 1 см<sup>3</sup> и через 4 недели еще 1 см<sup>3</sup> создает у людей абсолютный иммунитет к столбняку практически на всю жизнь. Они считают, что и однократная прививка создает достаточно прочный иммунитет. При однократной прививке, по их данным, оптимальный иммунитет наступает через 7—11 недель. Если же через 8—14 дней после первой прививки произвести вторую, то оптимальный иммунитет наступает через 4 недели.

Таким образом, метод депо в иммунологии и, в частности, при столбнячной иммунизации получил всеобщее признание как метод, резко усиливающий эффект иммунизации. Большинство авторов считает, что однократная прививка депонированными вакцинами создает достаточно пробный иммунитет, не уступающий иммунитету, получаемому после трехкратной вакцинации обычными, не депонированными вакцинами. Повторная прививка при депонированных вакцинах усиливает эффект иммунизации, но ее рекомендуется делать не ранее, чем через 4 недели после первой. Ряд исследователей (Берджи, Этрис и др.) считает даже, что повторную прививку при депонированных вакцинах следует производить не ранее, чем через 3 месяца. Поэтому повторную прививку по существу можно рассматривать как ревакцинацию.

Метод депо был использован и для противостолбнячной иммунизации личного состава Красной Армии. С этой целью обычный столбнячный анатоксин, ранее применявшийся рег ве, стали применять в основ-

<sup>1</sup> БИ. Г. Рас!. Ва. 145, 1940.

<sup>2</sup> а 1 Пег в ипЗ Вепге!, 218с'г. I. Ну§ и. ШесЬ Ва. 122, 8. СОЗ, 1940; Ва. 124.

ном в депонированном виде. Он вошел в состав депо-поливакцины НИИСИ, принятой в Красной Армии для иммунизации личного состава войск с 1941 г. В этой вакцине столбнячный анатоксин занимает ровно половину ее объема, и, стало быть, при каждой инъекции поливакцины (применяемой в дозе 2 см<sup>3</sup>) он вводится в количестве 1 см<sup>3</sup>.

Такая доза депонированного столбнячного анатоксина совершенно достаточна для человека, ибо даже для лошади, которая гораздо более гувствительна к столбняку, установлена доза в 5 см<sup>3</sup>. Разумеется, анатоксин должен обладать достаточно высокой антигенностью, так как теперь точно установлено, что иммуногенная сила его тем выше, чем выше антигенная способность. При установлении дозировки анатоксина в поливакцине необходимо учитывать также и то, что «ревакцинация поливакциной производится той же дозой (2 см<sup>3</sup>) через 6 месяцев после первичной вакцинации или даже ранее этого срока по эпидемическим показаниям».

Поливакцина НИИСИ является препаратом комплексной природы. Противостолбнячный компонент в ней представлен в виде обычного столбнячного анатоксина, депонированного вместе с другими антигенами солями фосфата кальция. Соли фосфата кальция в качестве депонирующего вещества поливакцины выбраны не случайно. Этому вопросу, как известно, посвящено большое количество работ, в которых приводятся результаты испытания различных веществ, замедляющих всасывание антигенов.

Так, например, Рамон испытывал с этой целью тапиоку и хлористый кальций, Рамон и Целлер — ВСС, Рамон и Леметайе — лецитин, холестерин, эмульсию мозга, ланолин, росный ладан, уголь. Они же изучали влияние на скорость резорбции антигенов бычьей желчи, прованского масла, комбинации масла с холестерином, масла, камфоры с холестерином, масла с ланолином и др. Норман и Мейерс испытывали прованское масло и гумми-арабик, а Уоми и Фрезери — рыбий жир. Гленни изучал алюминиевые квасцы, а Муромцев, Дашец и Шейннан — агаровый гель.

Из длинного списка неспецифических веществ, испытывавшихся для замедления резорбции антигенов, на практике нашли применение: тапиока, квасцы, соли кальция и агаровый гель. Соли кальция, применявшиеся для преципитации антигенов уже в 1889 г., вновь предложили Рамон и Леметайе в 1931 г. Авторы обрабатывали антигены хлористым кальцием, в результате чего происходило образование солей фосфата кальция. Антигены, содержащие соли фосфата кальция, при подкожном введении вызывают местную воспалительную реакцию, но менее сильною, чем тапиока и квасцы. Инфильтраты рассасываются несколько быстрее и с меньшим процентом нагноений. Общее действие солей кальция на организм по утверждению ряда авторов отнюдь не вредное, а, быть может, и полезное (особенно в свете современного учения о значении солей кальция для организма).

Соли кальция, примененные для гипериммунизации, повышают титры сывороток и обладают способностью удерживать их без больших колебаний из курса в курс.

Бейлинсон и Бобкова (ЦИЭМ) в обстоятельных работах наглядно показали преимущество солей фосфата кальция по сравнению с другими депонирующими веществами. Эти данные подтвердились в проведенных нами проверочных опытах.

В последнее время сотрудники Московского мечниковского института (Филиппова, Добкина, Косова и др.) в специально поставленных экспериментах еще раз подтвердили преимущество солей фосфата кальция по сравнению с квасцами. В их опытах столбнячный анатоксин, депонированный фосфатом, оказался более эффективным, чем тот же анатоксин, депонированный квасцами.

Поливакцина НИИСИ, депонированная фосфатом кальция, при испытании на животных оказалась высоко иммуногенной по отношению ко всем входящим в ее состав компонентам, в том числе и к столбняку. Так, например, 90% однократно иммунизированных мышей (получивших по 0,5 см<sup>3</sup> поливакцины под кожу) через 30—40 дней переносили заражение 5 и 10 смертельными дозами столбнячного токсина.

Аналогичные результаты были получены и на морских свинках. Выжили все свинки, зараженные 25 и 50 смертельными дозами столбнячного токсина (ббльшие дозы не испытывались) через 35—40 дней после однократной инъекции поливакцины {в дозе 1 см<sup>3</sup> под кожу}. Работники Московского менингококкового института (О. Г. Филиппова с сотрудниками) обнаружили такую же резистентность у однократно иммунизированных поливакциной свинок и пб отношению к 100 О1т столбнячного токсина.

Таким образом, депонированный фосфатом кальция столбнячный анатоксин в составе поливакцины НИИСИ в эксперименте на животных обнаружил высокую иммуногенную эффективность.

Все это свидетельствует о том, что метод иммунизации депонированным столбнячным анатоксином в составе депо-поливакцины НИИСИ вполне обоснован как теоретически, так и экспериментально.

С начала Великой отечественной войны столбнячный анатоксин в основном в депонированном виде, в составе депо-поливакцины НИИСИ, стали применять для иммунизации личного состава Красной Армии. Это позволило действительно широко использовать метод активной иммунизации войск против желудочно-кишечных инфекций и столбняка и подвергнуть его широкому испытанию.

Известно, что во время прошлых войн заболеваемость столбняком среди раненых была очень высокой. Так, во время гражданской войны в Америке (1861—1865 гг.) на 217,000 раненых зарегистрировано 505 случаев столбняка, что составляет 2,3 на 1 000. Во время франко-прусской войны из 95 000 раненых заболело столбняком 350, т. е. 3,5 на 1 000. В русско-турецкую войну (1877—1878 гг.) в дунайской армии отмечено 66 случаев столбняка на 51 700 раненых, или 1,2 на 1 000. В русско-японскую войну (1904 г.) на 121 850 раненых умерло от столбняка 804, т. е. 2,4 на 1 000. В первую мировую войну в германской армии зарегистрировано 5,65 заболевания столбняком на 1 000 раненых; во французской армии 12 случаев на 1 000 и в английской армии 1,17 случая на 1 000 раненых. В русской армии в первую мировую войну заболеваемость столбняком достигала 12 случаев на 1 000 раненых.

Заболеваемость столбняком в Красной Армии во время Великой отечественной войны совершенно иная: «Мы видели эту инфекцию только эпизодически», — пишет главный хирург эвакогоспиталей НКЗдрава СССР проф. И. Г. Руфанов в статье «Методы, проверенные жизнью» (газета «Медицинский работник», № 41, от 26 июля 1945 г.). В этой же статье автор приводит данные одного из крупнейших РЭП, из которых видно, что заболеваемость столбняком среди раненых с 0,06% в 1942 г. снизилась до 0,008% в 1944 г. «Благодаря профилактическому введению анатоксина, — пишет автор, — столбняк не является для нас проблемой».

Действительно, заболеваемость столбняком в Красной Армии в течение Великой отечественной войны держалась на весьма низком уровне, несмотря на наличие предпосылок, благоприятствующих развитию этой инфекции (большое количество осколочных, загрязненных землей ран, вследствие широкого применения всевозможных видов артиллерии, мин и авиабомб). Сравнительное благополучие по столбняку в Красной Армии объясняется широким применением метода его активной специфической профилактики. Широкое же применение метода активной иммунизации в

условиях современной войны стало возможным лишь благодаря использованию депо-пол и вакцины НИИСИ, допускающей максимальный охват прививками войсковых контингентов и поступающих в армию пополнений. Таким образом, метод активной специфической профилактики столбняка при помощи депо-поливакцины НИИСИ успешно выдержал испытание.

На основании приведенных предварительных данных можно сделать следующие выводы:

1. Метод активной специфической профилактики столбняка анатоксином открыл новую эру в борьбе с этим грозным заболеванием, принявшим в прошлые войны характер настоящих эпидемий.

2. Сначала широкому применению метода активной иммунизации против столбняка препятствовала его относительная сложность.

3. В дальнейшем была доказана возможность и рациональность объединения прививок против столбняка с прививками против других инфекций. Вместе с тем удалось сократить количество прививок сначала до трех, затем до двух и, наконец, до одной. Это позволило охватить активной иммунизацией против столбняка все войсковые контингенты.

4. В разработке метода однократной иммунизации против столбняка был использован метод депо, резко усиливающий эффект иммунизации.

5. Многочисленные данные о благоприятной роли депо при столбнячной иммунизации послужили основанием для использования этого метода в противостолбнячной иммунизации личного состава Красной Армии. С этой целью обычный столбнячный анатоксин, ранее применявшийся рег зе, стали применять в основном в депонированном виде, в составе депо-поливакцины НИИСИ.

6. Метод специфической профилактики столбняка при помощи депо-поливакцины НИИСИ во время Великой отечественной войны подвергся всесторонней проверке и успешно выдержал ее. Заболеваемость столбняком в Красной Армии в течение Великой отечественной войны держалась на весьма низком уровне и не обнаруживала никакой тенденции к нарастанию.

7. Для полной ликвидации столбняка среди раненых необходима поголовная вакцинация и своевременная ревакцинация войсковых контингентов поливакциной НИИСИ.,



Майор мед. службы М. А. ТРОПЯНОВ

## **ПРОСТЕЙШИЙ МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ГАЗОВОЙ ГАНГРЕНЫ**

Опыт Великой отечественной войны показал, как важна ранняя диагностика газовой гангрены, особенно в той стадии, когда при осмотре явления гангрены еще не определяются.

Это побудило нас искать такой метод ранней диагностики, который можно было бы применить в любых условиях.

Газовая гангрена развивается, как правило, из глубины раны и оттуда распространяется к поверхности пораженного органа. В 90—95% случаев она сопровождается образованием в результате жизнедеятельности анаэробов газа, преимущественно сероводорода. На этом основании мы предложили и с успехом применяли на практике пробу, которую назвали «пункционной пробой с уксуснокислым свинцом».

Проба состоит в следующем: длинной иглой, строго соблюдая правила асептики, делают прокол в глубину раны и 10—20-граммовым

шприцем, насаженным на иглу, отсасывают содержимое раны. Если в ране есть газ, он проникает в цилиндр шприца. Из шприца его через ту же иглу выдувают поршнем на бумажку, омоченную 4—5Р/а раствором уксуснокислого свинца. Если в газовой смеси есть сероводород, бумажка темнеет и проба на газовую гангрену считается положительной. Шприц необходимо держать иглой вверх, чтобы на реактивную бумажку не капнула сукровичной жидкость, и следить, чтобы сероводород не улетучился.

При малейшем подозрении на газовую гангрену такую пробу делают несколько раз в день. Это позволяет учитывать быстроту развития процесса. Пункцию с отсасыванием рекомендуется производить в нескольких точках.

Практика показала, что рекомендуемая нами проба выполнима в любых условиях и может служить также для дифференциации газа другого происхождения (не сероводорода).

Пользуясь предложенным проф. А. В. Мельниковым методом диагностики газовой гангрены, известным под названием «триада Мельникова», и нашей пробой, мы почти во всех случаях могли рано определить начало развития газовой гангрены. Исключение составляли только случаи отечной формы газовой гангрены без газообразования.

★

Майор мед. службы Ю. Н. МАЦ

## **ИЗГОТОВЛЕНИЕ СТАНДАРТНОЙ АГГЛЮТИНИРУЮЩЕЙ СЫВОРОТКИ В УСЛОВИЯХ ппг**

Когда есть доброкачественная гемоагглютинирующая сыворотка, можно легко и просто при помощи общепринятого способа Винченца (капельным методом) определить группу крови. К сожалению, сыворотку доставляли в госпитали и МСБ с большими перебоями, вполне естественными в военное время на фронте.

Имея многолетний опыт изготовления стандартной гемоагглютинирующей сыворотки в одном из институтов СССР, мы решили организовать изготовление сыворотки в ППГ и освободить, таким образом, себя и другие санитарные учреждения армии от влияния случайностей. Первым условием для осуществления намеченной цели явился подбор стандартных эритроцитов 0(1), А(II) и В(III) группы. Мы их легко нашли у трех работников терапевтического отделения нашего госпиталя. По мере необходимости брали у этих лиц по 0,5 см<sup>3</sup> крови (через укол пальца) на несколько капель 5% лимоннокислого натрия, центрифугировали, сливали сыворотку, а осадок эритроцитов использовали в качестве стандартов. Получив стандартные эритроциты, приступили к подбору сыворотки. Источником для получения сыворотки были наши доноры и работники ППГ, имевшие сыворотки высокого титра. На титр были обследованы все доноры и личный состав госпиталя. Кровь для определения титра брали из пальца по тому же способу, как для стандартных эритроцитов, и в слитой после центрифугирования сыворотке определяли титр агглютинина. Чтобы подобрать кровь пригодного титра, пришлось определять титр у 59 человек. Из них удалось выделить 5 человек: шофер Ш. — 0(1) группы с титром агглютинина 1 : 64, сестра Я. — А(II), титр 1:48; работница кухни С. — А(II), титр 1:120, красноармеец А. — В(III), титр 1:64, санитар Ф. — В(III), титр 1:80. Остальные имели значительно более низкий титр сывороток.

Титр определяли капельным методом. Каплю исследуемой сыворотки разводили в 8, 16, 32, 64, 80 и т. д. каплях физиологического раствора

и эту разведенную сыворотку обычным образом испытывали на агглютинацию при помощи стандартных эритроцитов.

Помимо работников нашего госпиталя, мы обследовали на титр также 15 человек из Ы-ского эвакуопункта. Всего, таким образом, обследовано 74 человека. Результаты обследования представлены в следующей таблице.

Группа	Количество обследованных лиц	Титр <i>a</i>		Титр 3	
		ниже 1:16	выше 1:16	ниже 1:16	выше 1:16
0 (I).....	29	24	5	28	1
A(II).....	2?	—		18	5
B(III).....	22	15	7	—	

Таким образом, кровь группы В(Ш) чаще других имела высокий титр агглютинаина; высокий титр сыворотки среди лиц группы А(II) встречался несколько реже. В группе 0(1) титр агглютинаина *a* большей частью выше титра?. В одном случае 0(1) группы (у сестры В.) титр *a* оказался равным 1 : 160, а ? — 1 : 2. Это обстоятельство имело для нас практическое значение при подборе крови разных групп для изготовления сыворотки. Легче удавалось подобрать доноров В(Ш) и А(II) группы, несколько труднее—доноров 0(1) группы с подходящим титром агглютинаина ?. У трех из отобранных лиц 0(1), А(II) и В(Ш) группы брали по 200—300 см<sup>3</sup> крови в сосуды без всяких стабилизаторов. Кровь оставляли на сутки, а на следующий день сыворотку сливали и до разливания в ампулы повторно проверяли. Так как титр сыворотки у доноров определялся еще до взятия крови, мы получали сразу во всех случаях вполне пригодную сыворотку. Брака не было. Это чрезвычайно важно, так как обычно в специальных сывороточных лабораториях бракуется более половины крови, предназначенной для изготовления стандартной сыворотки. Впрочем, в сывороточных лабораториях материалом для изготовления стандартной сыворотки является не донорская кровь, а утильная, большей частью ретроплацентарная, собираемая в родильных домах.

Полученную сыворотку мы консервировали 3% раствором борной кислоты. Ввиду спешной нужды в сыворотке на следующий же день вторично проверяли ее титрагглютинирующие свойства. Сыворотка всех трех групп оказалась пригодной, давала четкую и быстро наступающую специфическую агглютинацию. Однако, наряду со специфической агглютинацией со стандартными эритроцитами группы В(Ш), сыворотка А(II) группы стала давать агглютинацию со стандартными эритроцитами 0(1) и А(II) группы. Агглютинация в этих случаях наступала поздно (через 1 минуту) и имела вид мелкого пёска, в то время как специфическая агглютинация всех трех групп наступала быстро (через 6—10 секунд после размешивания сыворотки со стандартными эритроцитами), а агглютинационные зерна были крупными, яркокрасными, хорошо видимыми. Стало ясно, что мы имели дело с неспецифической агглютинацией. Причиной ее появления в данном случае было хранение сыворотки в подполье крестьянской хаты с настолько низкой температурой, что в некоторых бутылках сыворотка замерзла и бутылки лопнули. Появление неспецифической, так называемой пан-агглютинации в этих случаях общеизвестно. Сыворотка, которая сутки оставалась при комнатной температуре, паи-агглютинации больше не давала.

После проверки оставалось разлить сыворотку в ампулы и соответ-

ствующим образом оформить, но ампул не оказалось, и мы стали разливать сыворотку в видалевские пробирки.

Техника разливки проста. В штатив вставляли стерильную воронку, на носик воронки надевали небольшую резиновую трубочку, в свободный конец которой вставляли глазную пипетку. Трубочку посередине перехватывали зажимом Мора. Действуя зажимом, мы из воронки разливали сыворотку в пробирки (по 4 см<sup>3</sup> в каждую), закрывали резиновыми пробочками и парафинировали. Пробирки вместе с пробками и прочую посуду предварительно стерилизовали в автоклаве.

На наклейках обозначали группу сыворотки, ее титр, номер серии, срок действия. Наклейки для А(II) группы отмечали дополнительно синими линиями, а для В(Ш) — красными. Изготовленную сыворотку после повторной проверки немедленно рассылали через М-ский ГОПЭП в госпитали и в некоторые МСБ и ПМП.

Техника изготовления стандартной сыворотки настолько проста, что лаборантка, ранее совершенно не знакомая с этим делом, в несколько дней овладела ею.

За Р/г месяца мы выпустили 6 серий сывороток в количестве 112 ампул. Для этого взяли у доноров 1 175 см<sup>3</sup> крови.

Сыворотка обычно хранится в бутылках, и перевозка ее связана с заботами об упаковке, предохранении от замерзания и пр. Таким образом, жидкая сыворотка весьма непортативна. Необходимо внедрить в практику сухие сыворотки, так как их удобнее хранить и транспортировать. Кроме того, для производства одного-двух определений групп крови обычно приходится открывать 3 ампулы, которые расходуются нерационально. Сухую же сыворотку можно в каждом случае взять лишь в нужном количестве.

Мы высушили три серии сывороток высокого титра. Все они после сушки вполне сохранили свой титр.

Способ сушки простой. На плоскую тарелку наливают примерно 20 см<sup>3</sup> сыворотки и оставляют на сутки при комнатной температуре. К следующему дню поверхность тарелки покрывается пленкой. Эту пленку соскабливают предметным стеклом и растирают в фарфоровой ступке. Получается сухая сыворотка в порошке. Из 100 см<sup>3</sup> сыворотки получается 6—10 г сухого порошка. Перед употреблением сухую сыворотку разводят в физиологическом растворе до исходного объема.

У нас была высушена третья серия сыворотки группы А(II). Из 20 см<sup>3</sup> получено 1,6 г сухого порошка. В четвертой серии группы В(Ш) высушено 20 см<sup>3</sup>, получено 2,4 г сухого порошка. В первом случае мы при разведении сухого порошка брали на 1 см<sup>3</sup> физиологического раствора 0,8 г, а во втором случае 0,12 г порошка.

★

Майор мед. службы М. И. ГУСЕВ

## **ОПЫТ РАБОТ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ КУРИНОЙ СЛЕПОТОЙ В ВОЙСКАХ**

Мероприятия по предупреждению авитаминозных заболеваний в войсках Ы-ской армии, проводившиеся в 1943—1944 гг., можно разделить на три группы.

Первая группа мероприятий была направлена на сохранение витаминов в основном пайке, выдаваемом военнослужащему по нормам приказа НКО.

Почти бесперебойное снабжение соединений и частей армии свежими овощами и хлебом из 95% ржаной муки без добавления примесей удовлетворяло потребности в витаминах С и В<sub>2</sub>



Значительно хуже было с пищевыми -продуктами, содержащими витамин А, так как мясо и жиры часто заменялись консервами и шпигом и т. п.

Так как повара и лица, организующие контроль за питанием, не были осведомлены о свойствах витаминов, бблшая часть последних терялась при хранении и кулинарной обработке пищевых продуктов. Для устранения этого недостатка в соединениях и частях армии созывались учебные сборы работников санитарной и продовольственной службы, а также заместителей командиров частей по политчасти. На сборах поваров, наряду с теоретическим обучением, проводились пробные варки пищи. При этом обращалось большое внимание на правильную кулинарную обработку продуктов и сохранение витаминов в приготовляемой пище.

Только в 1943 г. силами работников медицинской и интендантской службы армии проведено 18 сборов, на которых участвовало 168 врачей, 36 заместителей командиров частей по политработе и более 100 работников продовольственной службы.

Это мероприятие оказалось весьма эффективным, что неоднократно подтверждалось.при проверках питания в подразделениях.

Вторая группа мероприятий сводилась к использованию местных средств для обогащения пищи витаминами: изготовление хвойных настоев, сбор дикорастущих растений, приготовление жидких питьевых дрожжей. Эти- средства особенно широко применялись в 1943 г. и в начале 1944 г.

Если было сырье, то настой хвои в ряде соединений получал весь личный состав. Рядовому и сержантскому составу хвойный настой выдавали в обязательном порядке раз в сутки по одному стакану перед приемом пищи. Нужно отметить, что проведение этого мероприятия стоило больших усилий начальникам санитарной службы: настои получались горькие, и бойцы их пили неохотно<sup>1</sup>. Содержание аскорбиновой кислоты в настоях колебалось от 5 до 25 мг на стакан. А так как постоянного лабораторного контроля за изготовлением настоев в подразделениях не было, то ставилась под сомнение эффективность мероприятия.

Хвойные настои невозможно готовить во время наступательных операций. Кроме того, горькие настои не могут найти широкого применения. Их можно рекомендовать только как крайнюю меру при недостатке других средств для профилактической витаминизации пищи.

Жидкие питьевые дрожжи для раненых и больных, находившихся в МСБ и госпиталях, готовили в армейских ПАХ и дивизионных хлебопекарнях, а небольшое количество дрожжей выдавалось в подразделения переднего края. Дрожжи очень охотно пили бойцы и офицеры, однако перебои в снабжении белой мукой ограничивали приготовление их. В общем в месяц приготавливали не более 8 142 л<sup>2</sup>.

По инициативе санитарной службы в весенне-летние?месяцы 1943 и 1944 гг. в войсках армии собирали и широко использовали в. пищу дикорастущие растения. Успех этого мероприятия объяснялся тем, что к выполнению его привлекали командованиe, работников продовольственной и санитарной службы.

По приказу Военного совета армии для сбора дикорастущей зелени в частях выделяли специальный наряд. Суточная норма использования собранной зелени определялась в 100—150 г на человека. По неполным данным, весной и летом 1944 г. в армии было собрано 216 т ди-

<sup>1</sup> При обработке хвои по методу НИИСИ Красной Армии можно добиться обезгорчивания хвойного настоя путем предварительного ошпаривания хвои. См. <Указания по профилактике авитаминозов в войсках> 1944 г. Ред.

\* Жидкие дрожжи себя не оправдали, так как содержание витаминов комплекса В в них оказалось очень низким. Ред.

корастущей зелени, главным образом крапивы, шавеля и клевера. На основе опытных варок были разработаны и рекомендованы частям примерные меню-раскладки с обязательным включением в них зелени (преимущественно в первых блюдах).

Систематическое применение дикорастущей зелени помогло снизить количество авитаминозных заболеваний, улучшить вкусовые качества и внести разнообразие в приготавливаемую пищу.

Третья группа мероприятий по профилактической витаминизации личного состава войск включает использование промышленных витаминных препаратов, принятых на снабжение в Красной Армии.

В армию поступали следующие витаминные препараты:

1. Концентрат витамина А с содержанием 100 000 ИЕ витамина А в 1 мл. Этот препарат вводили в первое блюдо перед раздачей пищи из расчета 1 мл на 40 человек.

Концентрат витамина А в форме драже бойцам выдавал фельдшер или санитарный инструктор раз в сутки вместе с пищей. Витамин А в форме драже применяли в тыловых подразделениях; на переднем крае этот препарат выдавали, когда не было жидкого концентрата витамина А.

2. Витамины В1 и С и поливитамин СВ1 в таблетках или драже выдавали личному составу частей, а также в госпиталях и МСБ для раненых и больных.

3. Рыбий (тресковый) или дельфиний жир применяли только для лечения больных куриной слепотой в виде внутримышечных инъекций (тресковый жир) или приемов внутрь.

По приказу начальника тыла Красной Армии работники санитарной службы . распределяли витаминсодержащие препараты и выдавали их всему личному составу. Данные о ежедневном расходе витаминов включали в меню-раскладку и отмечали в журналах снятия пробы пищи.

Из всей группы промышленных витаминных препаратов наиболее эффективным и удобным оказался концентрат витамина А. Возможность закладывать его непосредственно в котел перед раздачей пищи обеспечивала стопроцентный охват личного состава и бесперебойное проведение профилактической витаминизации не только во время обороны, но и в период наступательных операций.

Витаминные препараты в драже и таблетках требуют много времени для раздачи личному составу. При выдаче таблеток или драже на несколько дней бойцы их не хранят, а почти всегда съедают сразу. В период наступательных операций, ввиду занятости фельдшеров и санитарных инструкторов, профилактическая витаминизация препаратами в таблетках или драже прекращается вовсе или проводится нерегулярно.

Поэтому медицинские работники войскового района стремились препараты в драже и в таблетках закладывать в котел по аналогии с концентратом витамина А.

Лечение больных куриной слепотой методом троекратных инъекций трескового жира не получило широкого распространения. Инфильтраты после инъекции были болезненны, медленно рассасывались и ограничивали боеспособность людей.

Для лечения больных куриной слепотой использовали, концентрат витамина А, который выдавали 2 раза в день по 2—3 капли на чайную ложку рыбьего жира или жира, снятого с первого блюда. При таком способе лечения сумеречное зрение восстанавливалось через 3—5 дней.

Регулярное получение витаминных препаратов позволило проводить массовую профилактическую витаминизацию личного состава, снизившую заболеваемость авитаминозами и особенно куриной слепотой.

С марта по май 1943 г. отмечается рост заболеваемости куриной

слепотой. В этот период препаратов витамина А в армии не было. Применение рыбьего жира для лечения заболевших не снизило абсолютных цифр заболеваемости: вместо десятков вылеченных больных появлялось еще больше новых. Только со второй половины мая в частях начали сбор и массовое, потребление дикорастущих растений. В результате заболеваемость куриной слепотой в июне по сравнению с маем уменьшилась в 77 раз, а дальнейшие заболевания прекратились.

Подъем заболеваемости гемералопией в июле 1943 г. объясняется тем, что соединения левого фланга армии перешли в наступление и прекратили сбор и использование дикорастущих растений.

Части же правого фланга, занимавшие оборону и не прекращавшие сбора дикорастущей зелени, совсем не имели больных куриной слепотой.

В августе 1943 г. 92,5% больных поступили из пополнения. К этому времени относится получение концентрата витамина А и начало массовой витаминизации личного состава, которая проводилась непрерывно в 1944 г.

В 1944 г. заболеваемость куриной слепотой по сравнению с предыдущим годом уменьшилась на 94,8%. В весенние месяцы 1944 г. 56,3% больных поступили из вновь прибывших пополнений. Единичные больные куриной слепотой в течение всего времени поступали из мелких подразделений, где не было медицинских работников и профилактическая витаминизация проводилась нерегулярно. Больные из пополнения, прибывшего в запасный полк, направлялись в действующие части только после излечения. В 1943 г. в войсках армии зарегистрировано 414 случаев гиповитаминоза С, а в 1944 г.— всего лишь 120 случаев. Следует отметить, что при диагностике гиповитаминоза С допускались неточности. В эту группу заболеваний нередко включали больных с воспалительными процессами неавитаминозного происхождения, что неоднократно подтверждалось при проверках в частях.

Больных цингой в армии не было. Это объясняется почти бесперебойным снабжением войск картофелем, периодическим и широким использованием естественных витаминосителей, а в 1944 г. почти непрерывным проведением профилактической витаминизации промышленными препаратами витамина С.

## Выводы

1. Удовлетворительное снабжение армии пищевыми продуктами, содержащими в своем составе витамины С и В<sub>2</sub> предупредило распространение в войсках заболеваний авитаминозами этой группы.

2. В связи с частой заменой основных пищевых продуктов, содержащих в своем составе витамин А, другими продуктами, менее богатыми этим витамином, в 1943 г. был отмечен рост заболеваемости куриной слепотой.

3. Сохранению витаминов в основном пайке содействует ознакомление поваров и лиц, осуществляющих контроль за питанием, с теорией и практикой витаминизации личного состава соединения (проведение специальных сборов).

4. Наиболее эффективными и удобными для использования при массовой профилактической витаминизации являются промышленные витаминные препараты и естественные витаминосители, которые могут быть заложены в котел перед раздачей пищи (концентрат витамина А, дикорастущие растения).

5. Прочие средства, применяемые для профилактической витаминизации (хвойные настои, витаминные препараты в драже и таблетках), трудно использовать в период наступательных операций. Хвойные настои, имеющие горький вкус, бойцы употребляют весьма неохотно, по

этому их можно рекомендовать как крайнюю меру при отсутствии других витаминсодержащих препаратов.

6. В результате систематического проведения массовой профилактической витаминизации промышленными витаминными препаратами в 1944 г. авитаминозных заболеваний в войсках армии не было. Единичные заболевания регистрировались в пополнениях или мелких подразделениях, в которых из-за отсутствия медицинских работников витаминизация проводилась нерегулярно.

- ★

Полковник мед. службы П. П. САКСОНОВ

## К ТОКСИКОЛОГИИ БЕЛОГО СТРЕПТОЦИДА

Сульфаниламидные препараты завоевали себе прочное место в арсенале медикаментозной терапии.

(Клиницисты, фармакологи, микробиологи и химики продолжают изучать и синтезировать препараты этой группы, стремясь получить такие, которые обладали бы паразитотропным действием на микроорганизмы и не были токсичными для человека. В этом направлении сделана большая работа. -Достаточно сказать, что уже в 1936 г. было синтезировано и частично испытано около 8 000 сульфаниламидных препаратов.

Сейчас имеется довольно большая отечественная и зарубежная литература клинического и экспериментального характера о сульфаниламидных препаратах, но вопрос токсикологии их освещен еще недостаточно. Существуют два противоположных мнения: одни утверждают, что сульфаниламидные препараты совершенно не токсичны; другие, наоборот, считают их токсичными для человека (Колебрук, Домак, Фронштейн и др.). Это побуждает нас опубликовать собственные наблюдения над токсичностью белого стрептоцида.

Первое высказывание о токсичности белого стрептоцида для людей принадлежит Колебруку (1936). В 1937 г. появились работы, утверждавшие, что сульфаниламидные препараты обладают некоторой токсичностью. Особенно ценные данные были представлены клиницистами. В 1940 г. Ганг и Блисс со своими сотрудниками писали о побочных действиях сульфаниламидных препаратов. В последнее время как в нашей, так и в иностранной литературе все чаще появляются сообщения о побочных действиях сульфаниламидов (Капина, Юсупов, Самаркин, Россиянская, Русанов, Дембо, Матусов, Хагеман, Блок и др.). В циркулярном письме Комитета по химиотерапевтическим препаратам Национального исследовательского института США от 8.П.1941 г. имеется предупреждение о возможности довольно разнообразных осложнений при лечении белым стрептоцидом — от явлений головокружения до психозов. Некоторые авторы упоминают о повышенной индивидуальной чувствительности к сульфаниламидным препаратам одних и нечувствительности других. Так, Фронштейн приводит случай интоксикации больного после приема незначительного количества белого стрептоцида. В другом случае больной ошибочно принял 25 г препарата без каких-либо явлений отравления и вредных последствий. '

Мы наблюдали 5 случаев отравления белым стрептоцидом, краткое описание которых приводим ниже.

1. Г., 24 лет, фельдшер. Спустя 2 часа после полового сношения со случайной женщиной, в 11 часов вечера 19.1.1942 г. принял с профилактической целью 0 г белого стрептоцида. В 12 часов ночи лег спать. Спал плохо, снились кошмарные сны, проснулся в поту в 4 часа утра 20.1 и больше уснуть не мог; принял

снова 5 г стрептоцида. В 10 часов утра выпил стакан молока. На работе почувствовал общую слабость, головные боли, одышку и резкую раздражительность. В 12 часов дня принял еще 8 г стрептоцида. Через 30—40 минут появились резкие боли в животе, тошнота, одышка; потерял сознание. В 13 часов сосед по комнате застал больного в бессознательном состоянии, с резко выраженным цианозом, хриплым дыханием и судорожным сведением конечностей. Больного доставили в госпиталь. В госпитале наблюдался резкий цианоз, редкое и глубокое дыхание, расширенные зрачки вяло реагировали на свет, зубы сжаты, верхние и нижние конечности судорожно сведены. Кожа влажная. Пульс 86 ударов в минуту, тоны сердца глухи. Температура 38,5°, бессознательное состояние. В кармане брюк обнаружен пакет с белым стрептоцидом. Сделано обильное промывание желудка, клизма; назначены камфора и лобелии под кожу. Ночью наблюдался бред.

21.1 сознание вернулось, наблюдался цианоз, температура 39,3°. Больной жаловался на головные боли, тошноту, боли в области желудка, отсутствие аппетита, ослабление слуха. Проводилась симптоматическая терапия, давалось обильное питье. Все симптомы отравления постепенно исчезли, и 25.1 больной выписан в хорошем состоянии.

2. А., 29 лет, врач. Страдал хроническими запорами. В 9 часов утра 7.1.1942 г. ошибочно вместо сернокисл. магнезии принял около 35 г белого стрептоцида в половине стакана воды. В 12 часов дня 7.1 почувствовал резкий озноб и сильные боли в суставах, боли в животе, была двукратная рвота. Сделано промывание желудка, очистительная клизма, назначено обильное питье сладкого чая и диуретин. При обследовании со стороны сердца и легких патологических симптомов не обнаружено. Температура 39,6°. При пальпации резкая боль в области желудка. Со стороны центральной и периферической нервной системы невропатолог изменений не отметил. В 18 часов 7.1 был обморок; в 20 часов — температура 38,9°, боли в суставах усилились. 8.1 утром температура 38,7°. Больной жаловался на плохой сон, отсутствие аппетита, боли, в суставах. Отмечалась чрезмерная разговорчивость. Вечером температура 37,9°. Больной чувствовал себя удовлетворительно, жаловался на кожный зуд. Объективно на коже ничего не обнаружено, кроме небольших расчесов. Терапия симптоматическая.

9.1 утром и вечером температура нормальная. Самочувствие хорошее. Аппетит отсутствует, кожный зуд. 11.1 больной чувствует себя хорошо. Приступил к обычной работе.

3. И., 23 лет, работница столовой общественного питания. 23.IV.1942 г. обратилась с жалобами на затрудненное мочеиспускание и сильный кожный зуд. При подробном опросе выяснилось, что больная 20.IV приняла, чтобы прервать беременность, 20 г белого стрептоцида, продолжала ходить на работу, чувствовала себя хорошо, но с вечера 21.IV появилось затрудненное мочеиспускание и зудящая сыпь по всему телу.

При обследовании оказалось, что слизистая губ цианотична, по всему телу уртикарная сыпь и следы расчесов, температура 36,5°. Со стороны сердца, легких и внутренних органов отклонений от нормы нет. По заключению гинеколога беременность 6—7 недель. Обильное питье, симптоматическая терапия. 26.IV все явления исчезли.

4. М., 49 лет, фармацевт, работает в аптеке больницы. 17.IX.1942 г. заболела фолликулярной ангиной. Лечилась дома, принимала белый стрептоцид по 7 г в сутки; с 17.IX по 24.IX приняла 56 г. 22.IX температура нормальная, болей в зеве нет, но больная продолжала принимать стрептоцид еще 2 дня. 24.IX температура 39,9°, резкий цианоз, затрудненное дыхание, бред. Зрачки расширены. В зеве отмечается незначительная гиперемия слизистой. Назначены симптоматическая терапия, обильное питье. 25.IX и 26.IX температура в пределах 37,6—38,2°. Сознание нормальное, незначительный цианоз. 30.IX больная приступила к обычной работе.

5. А., 51 года, слесарь. 2.IX.1942 г. заболел ангиной. Температура 37,8°. В 18 часов по назначению лечащего врача принял! 0,3 г белого стрептоцида. Через час появились сильные головные боли, сильнейший зуд, резкие боли в области желудка, рвота, озноб, температура 39,8°. Сознание полное. Ночью плохо спал.

3.1 X к вечеру! указанные явления стихли. Лечащий врач отменил стрептоцид.

Приведенные данные можно резюмировать следующим образом:

1. При приеме больших доз белого стрептоцида наблюдается отравление с разнообразными симптомами, из которых трудно выделить какие-либо специфические для отравления стрептоцидом.

2. Несмотря на бурную картину отравления, своевременно принятые меры к выведению стрептоцида из организма дают быстрый и хороший эффект и полное выздоровление без осложнений.

3. Последний случай отравления представляет, вероятно, идиосинкразию к белому стрептоциду.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абезгауз А. М. и Пескова Т. К., Сборник материалов и статей санотдела М-ской армии, № 6, 1943.
2. А з б е л ь А. М., Сборник материалов и статей санотдела М-ской армии, № 3, 1944.
3. Аликишибеков М. М., Советская медицина, № 2, 1940.
4. А р ь е в М. Я., Труды второго совещания терапевтов Волховского фронта, 1942.
5. Б а н а й т и с С. И., Достижения и перспективы развития военно-полевой хирургии, 1944.
6. Б а н а й т и с С. И., Фармакология и токсикология, т. VI, № 3, 1943.
7. Б и р ю ч и н с к а я А. С., Советское здравоохранение Узбекистана, № 6, 1939.
8. Бородкина Л. В., Фармакология и токсикология, т. VI, № 3, 1943.
9. Гельштейн Э. М., Терапевтический архив, № 3, 1936.
10. Гельштейн Э. М., Труды первой научной конференции терапевтов Леи-фронта, 1942.
- 11. Дембо А. Г., Сборник научных работ санотдела М-ской армии, 1943.
12. Д у б С. Л., Советская медицина, № 3, 1940.
13. Ефимов Н. И., Фармакология и токсикология, т. VI, № 1, 1943.
14. З и г л и н Г. Л. В., Сборник материалов и статей М-ской армии, № 3, 1942.
15. Капина С. Х., Советское здравоохранение Узбекистана, № 6, 1939.
16. Картамышев А. И. и Эгбергер А. Ф., Советское здравоохранение Узбекистана, № 6, 1939.
17. Ковтурман Н. С. и Румянцев Г. Д., Советская медицина, № 2, 1940.
18. К о г а н - А б е з г а у з Р. М., Труды эвакогоспиталей ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, № 8, 1943.
19. Козлова А. А., Сборник научных работ М-ской армии, 1943.
20. Л а з а р е в Н. В. и Ронинсон М. Б., Очерки по фармакологии сульф-амидных соединений и их применение в медицине, Воениздат, 1945.
21. Мальшева Е. Н., Госпитальное дело, № 4—5, 1944.
22. М а т у с о в П. М., Сборник научных работ Московского коммунистического военного госпиталя, 1943. ■
23. Матусов П. М., Военно-санитарное дело, № 5, 1940.
24. Писарева З. К., Сборник научных работ М-ской армии, 1943.
25. Полякова М. Л., Сборник материалов и статей М-ской армии, № 3, 1942.
26. П о л я к о в Н. Г., Характеристика некоторых американских сульфонамидных препаратов, 1945.
27. П р е б с т и н г В. Н., Советская хирургия, № 2, 1936.
28. Резников А., Военно-санитарное дело, № 2—3, 1940.
29. Р о с с и я н с к а я Э. Л., Вестник венерологии и дерматологии, № 1, 1941.
30. Рунова М. Ф., Фармакология и токсикология, т. VI, № 5, 1943.
31. Русанов Г. А., Советская медицина, № 2, 1940.
32. С а м а р и н Н. Н. и Самарина О. К., Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50, № 1, 1942.
33. С и б и р к и н а Н. В., Сборник научных работ института за год Отечественной войны (ГИДУВ), Ленинград, 1942.
34. С к у ч а е в А. Г., Советское здравоохранение Туркменистана, № 4—5, 1940.
35. С о л о в о в П. Д. и П ребстинг В. Н., Стрептоцид, 1939.
36. Степанов А. С., Сборник материалов и статей М-ской армии, № 3, 1942.
37. «Стрептоцид», Вохимфарм, Москва, 1937.
38. Сычев В. В., Сборник материалов и статей М-ской армии, № 5, 1943.
39. Титов К. Г., Советская медицина, № 3, 1940.
40. Файн А. Э., Вестник венерологии и дерматологии, № 1, 1941.
41. Фронштейн Р. М., Советское здравоохранение Узбекистана, № 1, 1938.
42. Чесноков П. Н., Советское здравоохранение Узбекистана, № 1, 1939.
43. Юдин С. С., О лечении военных ран препаратами сульфамидов, Медгиз, 1941.
44. Юсупов И. А., Советское здравоохранение Узбекистана, № 6, 1939.

# ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Полковник мед. службы, канд. мед. наук Д. И. ДРОЗДОВ

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ВО ВРЕМЯ НАСТУПАТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ 1-СКОЙ АРМИИ

Наступательные операции 1-ской армии в Манчжурии развивались очень быстрыми темпами. Механизированные части и стрелковые соединения преодолели обширные степные, безводные пространства, форсировали Хинганский хребет и вышли на оперативный простор южной Манчжурии.

При наступательной боевой операции и боях на путях коммуникаций обращает на себя внимание большой удельный вес различных травм, связанных с эксплуатацией автотранспорта.

На боевые поражения приходится 60% всех санитарных потерь, на остальные повреждения — 40%. Последние связаны со случайными ранениями и травмами вследствие автомобильных катастроф, наездов машин и т. д.

Пулевые ранения представляют основную массу боевых поражений — 92% всех ранений; на осколочные ранения приходится 8%. Это объясняется тем, что противник применял на этом участке боевых операций в основном ружейно-пулеметный огонь. Естественные условия горной местности способствовали применению засад, снайперских групп и внезапных нападений отдельных банд на пути коммуникаций.

Локализация ранений: голова и шея — 10%, грудная клетка — 20%, живот — 1,9%, верхние конечности — 26%, нижние конечности — 37,5%, прочие части тела — 4,8%. Отмечался большой процент проникающих полостных ранений: череп—проникающие 60%, непроникающие 40%; грудь — проникающие 47%, непроникающие 53%; живот — проникающие 50%, непроникающие 50%.

Травмы конечностей часто сопровождались повреждением костей: травмы верхней конечности с повреждением костей — 52%, без повреждения костей — 48%; травмы нижней конечности с повреждением костей — 36%, без повреждения костей — 64%.

Смертность в армейском районе составляла 10% к общему числу раненых.

Смертельные исходы при тяжелых огнестрельных ранениях распределялись следующим образом: при проникающих ранениях грудной полости — 5%, при проникающих ранениях живота — 50%, при ранениях бедра с повреждением костей — 5%.

Вследствие быстрых наступательных боевых действий МСБ соединений находились также все время в движении, порой несколько отставая от своих дивизий. Поэтому объем оперативной хирургической помощи в войсковом районе был несколько сужен и оперативные вмешательства производились только по неотложным показаниям. Основная хирургическая помощь лежала на ХППГ первой линии, выдвигавшихся на линию тылов дивизий и принимавших в основном хирургически не обработанных раненых.

Таким образом, две трети всех раненых получили первичную хирургическую обработку в ХППГ, где всех раненых оперировали и нуждающихся в этом иммобилизовали глухими гипсовыми повязками.

При оперативных вмешательствах преобладали ингаляционный наркоз — хлорэтил-эфирный или чисто эфирный.

Об объеме хирургической помощи и видах оперативного вмешательства в ХППГ первой линии дает представление следующая таблица.

Наименование лечебных учреждений	Первичная обработка ранений конечностей	Полостные операции	Первичные транспортное ампутации	Методы иммобилизации	
				шины	гипс
Г в процентах)					
И-ский ХППГ . . .	31,5	47	1,5	17,6	82,4
.....	74	26	—	68	32
а ■ . . .	75,4	5,6	19		100
.....	41,6	56,3	2,1		100

В число транспортных ампутаций произведенных в Ы-ском ХППГ, включены ампутации пальцев кисти и стопы после осколочных ранений.

Доставка консервированной крови самолетами из фронтовой базы переливания крови началась на 3-й день боевой операции и происходила бесперебойно.

Армейский ОПК и база переливания крови сразу же были выдвинуты на линию передовых ХППГ. Оттуда МСБ и ХППГ первой линии снабжались консервированной кровью. Большое распространение имела кровозамещающая жидкость Петрова и сухая плазма ,в ампулах, которыми до начала боевых операций были снабжены (все лечебные учреждения.

При развитии быстро протекавшей наступательной операции появилась необходимость частой передислокации ОПК вместе с базой переливания крови. Армейские ОПК и база переливания крови последовательно передвигались вперед и держались все время в пределах расположения ХППГ первой линии, обеспечивавшего боевую операцию соединения. Последовательное поэтапное передвижение ОПК к ХППГ первой линии дало возможность подавать в МСБ консервированную кровь с небольшими сроками хранения.

С помощью самолетов удалось снабдить консервированной кровью также и действующие ХППГ, несмотря на значительную протяженность путей эвакуации, доходившую до 700 км. Широко применялись кровозамещающие жидкости.

Таким образом, в период наступательной операции М-ской армии в Манчжурии свыше 50% раненых в армейском районе и свыше 30% раненых в войсковом районе получили переливание крови и кровозамещающих жидкостей. Маневрирование медицинскими силами и средствами позволило обеспечить лечебными мероприятиями всех раненых и больных.



## СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ ВО 2-Й ГВАРДЕЙСКОЙ АРМИИ В 1942—1945 гг.

2-я Гвардейская армия, сформированная осенью 1942 г., прошла славный боевой путь от Сталинграда до Кенигсберга. На протяжении этого пути санитарная служба армии оказала медицинскую помощь большому количеству раненых и больных, требовавших специализированного лечения.

Во время зимних боев 1942/43 г., закончившихся разгромом котельниковской группировки врага, армейская санитарная служба не имела в своем составе ОРМУ, а следовательно, специалистов и рентгеновской аппаратуры. ОРМУ армия получила к весне 1943 г., и во время последующих наступательных операций мы уже разворачивали специализированные госпитали, в которых оказывали медицинскую помощь раненым в череп, лицо, глаза, шею, позвоночник.

Общее количество раненых, требовавших специализированной помощи, во время отдельных боевых операций армии приведено в следующей таблице.

Наименование ранения	Миус	Крым	Литва	Восточная Пруссия
Ранения черепа:				
с повреждением кости.....	1/	2,8	3,5	4,29
без повреждения кости.....	4,6	4,3	4,5	5,71
Всего ранений в череп . . .	6	7,1	8	10
Ранения лица:				
с повреждением челюстей.....	10,7	1,45	1,52	1,35
без повреждения челюстей.....	3,2	3,5	3,3	5,2
Всего ранений лица . . . .	13,9	4,95	4,82	6,55
Ранения глаз .....	0,7	1,3	1,2	1,2
Ранения шеи:				
проницающие.....	0,26	0,33	0,3	0,99
непроницающие.....	2,2	3,5	3,3	2,3
Всего ранений шеи . . . .	2,46	3,83	3,6	3,29
Ранения позвоночника:				
проницающие .....	0,2	0,4	0,4	о.в
непроницающие.....	0,8	0,5	1	1
Всего ранений позвоночника .	1	0,9	1,4	1,6

Ранения черепа. Общее количество раненных в череп за все боевые действия армии вариировало в пределах от 6 до 10,1% к общему количеству раненых, а с проникающими ранениями черепа — от 1,4 до 4,29%.

Медицинская помощь этой категории раненых в МСБ заключалась в туалете раны и удалении поверхностно лежащих осколков; для предупреждения развития инфекций раны присыпали сульфидином.

После этого транспортабельных раненых в череп эвакуировали в специализированный госпиталь. При определении транспортабельности принималось во внимание общее состояние раненого: сохранение сознания, частота пульса, число дыхательных движений в минуту и их глубина, наличие или отсутствие глотательного рефлекса (проба с питьевой водой). При жизненных показаниях делали операцию и в МСБ. Оперированных госпитализировали на сроки до 3 недель. Основным показанием к оперативному вмешательству в МСБ являлось кровотечение (внутреннее или наружное).

За все боевые действия армии процент оперативных вмешательств в МСБ к общему количеству раненных в череп с повреждением костей колебался от 5,8 до 10. В восточнопрусскую операцию в МСБ оперировано 7, %.

Место производства операции	Процент оперированных раненных в череп			
	Миус	Крым	Литва	Восточная Пруссия
МСБ.....	10	5,8	6,4	7
Госпитали.....	57	41,2	65,5	66,5
Всего ...	67	47	71,9	73,5

В основном операции при ранениях в череп с повреждением костей делались в (специализированных госпиталях, причем нейрохирургией занимались не только врачи нейрохирургических групп ОРМУ, но и высококвалифицированные ведущие хирурги специализированных госпиталей.

Своевременное поступление раненых в специализированный госпиталь является одним из важнейших элементов, определяющих успех медицинской помощи.

Многоэтапность, наблюдавшаяся раньше и пагубно отражающаяся на лечебном процессе, в период восточнопрусской операции была сведена к минимуму. Введение ежедневного медицинского учета раненных позволило следить за эвакуацией по назначению и своевременно реагировать на недостатки в этом деле.

Если при миусской операции в пределах данного эвакуопункта эвакуировались 57% общего количества раненных в череп с повреждением костей, то при литовской операции этот процент был повышен до 65,8, а при восточнопрусской — до 66,5. На особом месте стоит эвакуация во время крымской операции, где процент межгоспитальных перевозок раненных в череп составлял 41,2. Такой низкий процент объясняется приближением госпиталей к войсковому району и отсутствием дальнейшей эвакуации. Госпитали фронта тогда принимали всех раненных на месте их нахождения, предоставляя возможность госпиталям армии переезжать в новый район базирования армии.

Сравнительно высокий процент межгоспитальных перевозок в период восточнопрусской операции объясняется тем, что в основной массе эвакуация по назначению из МСБ производилась транспортом армейской автосанроты, имевшей большое количество машин, оборудованных для подъема 6 лежачих и 4 сидячих раненных. Кроме того, по распоряжению начальника тыла фронта, в период боевых действий придавалось 15 машин из армейского транспорта. В этот же процент

межгоспитальных перевозок включены нетранспортабельные раненые, переданные на месте.

До восточнопрусской операции мы придерживались правила не спешить с хирургическими вмешательствами, так как по опыту первой мировой войны считалось, что устойчивость мозговой ткани к инфекции выше, чем остальных тканей, и сроки, обычно принятые для остальных ранений, в этом случае могут быть увеличены.

В восточнопрусскую операцию мы, по указанию проф. Гольмана, стали требовать производства операций при черепных ранениях в сроки, общие для прочих полостных ранений. Охват хирургической помощью при черепных ранениях во время этой операции в госпиталях составлял 66,5%, в то время как в прошедшие операции он колебался от 41,2 до 65,5%. В войсковом и армейском районе оперировано 73,5% общего количества раненных в череп. В наиболее ранние сроки операции производились именно во время восточнопрусской боевой операции. В период боевых действий в Крыму раненных в череп оперировали в специализированном госпитале на 2—3—4-е сутки, а во время восточнопрусской операции большинство первичных оперативных вмешательств произведено в первые или вторые сутки.

Сроки оперативного вмешательства	Литва	Восточная Пруссия
	(в процентах)	
До 12 часов . . . . .	1,0	8,5
1-е сутки . . . . .	8,8	39,3
2-е . . . . .	37,9	в 43,7
3-и . . . . .	34,9	
4-е . . . . .	9,4	5,1
5-е . . . . .	8,0	1,7
- . . . . .		1,7

Послеоперационная смертность во время восточнопрусской боевой операции равнялась 20%, в то время как в миусскую — 22% и в литовскую — 20,8%, причем объем оперативной помощи во время восточнопрусской боевой операции при ранениях черепа доходил до 73,5%.

Раненые, поступавшие в специализированный госпиталь, проходили неврологическое обследование и рентгенографию, и только после этого им делали операцию.

Осложнений при ранениях черепа в период восточнопрусской операции было значительно меньше, чем при литовской. Абсцессы мозга во время литовской операции наблюдались в 2,5%, менинго-энцефалит в 10,5% случаев, а во время восточнопрусской абсцессы мозга — только в 0,3% и менинго-энцефалит — в 4,4% случаев. Таким образом, ярко сказались результаты своевременного хирургического вмешательства.

Место лечения раненных	Общая смертность при ранениях черепа (в %)			
	Миус	Крым	Литва	Восточная Пруссия
МСБ . . . . .	15	13	12,2	15
Госпитали . . . . .	33	24,7	21,3	22,7
Всего . . . . .	48	37,7	33,5	37,7

Общая смертность при ранениях черепа в период восточнопрусской операции составила 37,7% и не особенно отличалась от смертности во

Сремя литовской и крымской операций; в миусскую операцию она была значительно выше и доходила до 48%. Это объясняется запоздалым хирургическим вмешательством в связи с отдаленным расположением специализированных госпиталей.

Кажущееся отсутствие снижения смертности в период восточно-прусской операции объясняется тем, что при хорошей организации выноса с поля боя раненые, прежде там и погибавшие, во время восточно-прусской операции доставлялись на этапы санитарной эвакуации. Этим объясняется также и больший процент черепных ранений.

Ранения лица наблюдались в 3,27—6,55,% случаев всех ранений. Раненым в лицо с повреждением челюстей делали в МСБ туалет ран, удаляли поверхностно лежавшие инородные тела, накладывали временную иммобилизацию и организовывали питание. После этих сравнительно несложных мероприятий раненых эвакуировали в специализированные ХППГ.

Во время восточнопрусской боевой операции хирургическую помощь получило 95,6% раненых этой категории, т. е. почти столько же, сколько и в предыдущих боевых операциях.

#### Ранения лица

Место лечения раненых	Миус	Крым	Литва	Восточная Пруссия
-----------------------	------	------	-------	-------------------

#### Объем оперативных вмешательств (в %)

МСБ ....	2	4,5	13,8	20,7
-Госпитали .	92,1	68,2	82,8	74,9
Всего ...	94,1	72,7	96,6	95,6

#### Смертность (в %)

МСБ.....	7,6	—	3,6	2,8
Госпитали .....	6,4	8,2	2,8	2,2
Всего ...	14,0	8,2	6,4	5,0

Организация лечения и эвакуации челюстно-лицевых раненых в армии непрерывно улучшалась, в результате чего из года в год улучшались и медицинские показатели.

Из общего количества раненных в лицо (без повреждения костей! возвращено в строй по миусской боевой операции 48%, крымской — 48%, литовской — 52% и восточнопрусской — 54%.

В результате непрерывного улучшения качества хирургической помощи челюстно-лицевым раненым уменьшался и процент смертности.

Резкое снижение процента послеоперационной смертности объясняется прежде всего тем, что мы отказались от поздних хирургических операций при воспалительных явлениях, так как такие операции увеличивали процент осложнений. Из осложнений при ранениях челюстей наиболее часто встречались аспирационная пневмония, септицемия, флегмоны. Как показал опыт, ускорив хирургическое вмешательство, можно эти осложнения предупредить.

Ранения глаз по нашей армии наблюдались в 0,7—1,3% случаев всех ранений. Этим раненым в МСБ делали туалет раны и эвакуировали в специализированный ХППГ, в котором оказывалась офтальмологическая помощь в нужном объеме.

Параллельно увеличению процента возвращения в строй (с 17% — Миус до 40% — Восточная Пруссия) непрерывно уменьшалась и смертность среди этой группы раненых: с 2,3% до полной ликвидации ее времени восточнопрусской операции.

#### Ранения глаз

	Миус	Кры»	Литва	Восточная Пруссия
Возвращено в строй.....	17	22,7	23	40
Умерло .....	2,3	2,1	1,0	0

Эти основные показатели свидетельствуют об улучшении организации специализированной помощи раненым в глаза.

Ранения шеи в нашей армии составляли от 0,26 до 0,99%, причем наибольший процент мы имели во время восточнопрусской операции (0,99%). Это еще раз свидетельствует о быстром выносе с поля боя тяжело раненых и быстрой доставке их на этапы санитарной эвакуации.

Проникающие ранения шеи относятся к числу тяжелых, так как часто сопровождаются повреждением важных для жизни органов.

Смертность при ранениях шеи (проникающих): в Миусе—18,7%, в Крыму—14,6%, в Литве—16,4%, в Восточной Пруссии — 4%. Таким образом, смертность при ранениях шеи колебалась от 4 до 18,7%, причем наибольшая смертность была во время миусской боевой операции и наименьшая во время восточнопрусской. Хирургическая помощь оказана немного более чем 50% раненых, послеоперационная смертность уменьшалась параллельно с улучшением специализированной помощи: во время боевой операции в Миусе она равнялась 16,6%, в Крыму—18,1%, в Литве—15,5%, в Восточной Пруссии — 6,4%.

На основании опыта организации специализированной помощи в процессе лечебно-эвакуационного обеспечения армии можно сказать, что эта помощь будет эффективной только в том случае, если: а) своевременно выносят раненых с поля боя; б) своевременно эвакуируют их по назначению; в) строго выдержана система этапного лечения; г) имеются врачи-специалисты по узким медицинским специальностям; д) своевременная диагностика и оказываемая медицинская помощь и е) хорошо организован послеоперационный уход.

# ВОПРОСЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

Майор мед. службы И. Т. БАЯНДИН

## САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РЕПАТРИРОВАННЫХ И ВОЕННОПЛЕННЫХ

Войска 2-го Белорусского фронта, наступавшие сначала на территории Польши, а затем Восточной Пруссии, в ходе наступления освобождали из немецкой неволи «много советских граждан. В большинстве случаев эти люди были угнаны немцами из оккупированных ими областей СССР и работали или в хозяйствах помещиков и богатых фермеров, или находились в так называемых «трудовых» лагерях. Встречались также лагеря военнопленных и концентрационные лагеря.

В первые дни после прихода наших войск население этих лагерей, бежавшее из них в момент отступления немцев, скрывалось в соседних населенных пунктах и в лесах. Проходил некоторый срок, пока людей удавалось собрать, учесть и направить во фронтовой район на сборно-пересыльные пункты.

По тем же дорогам в тыл следовали в специальные лагеря и колонны немецких военнопленных.

•Медицинское обслуживание этих категорий на различных этапах движения в тыл было далеко не равноценным. В армейском районе в период наступления невозможно было уделить достаточного внимания такому большому потоку людей.

Среди репатрированного советского населения особое место занимали освобожденные из еврейских лагерей. Все они находились в таком тяжелом состоянии, что требовали госпитализации.

Армейские противоэпидемические организации с обслуживанием репатрируемых и освобожденных военнопленных в первую половину наступательной операции явно не справлялись. Дело несколько улучшилось только к концу наступления, когда темп продвижения замедлился и на эту работу переключилась часть работников армейских СЭО.

Освобожденных из плена репатрируемых советских и польских граждан в пути следования выборочно опрашивали, чтобы установить, нет ли среди них больных, особенно сыпным тифом. Так как в этих группах заболеваний сыпным тифом не было, а равно не было и очагов сыпного тифа в тех районах, из которых люди следовали, можно было эти контингенты рассматривать как благополучные в эпидемиологическом отношении. Необходимо отметить, что контакт этих контингентов с проходящими войсками был крайне ограничен: войска быстро двигались вперед.

Сборно-пересыльные пункты для военнопленных и репатрируемых развертывались медленно и сначала не имели ни нужного количества работников, особенно медицинских, ни санитарно-дезинфекционной аппаратуры. Только к концу первого этапа наступления пересыльные пункты получили технику ОДР, а вслед затем приступили к постройке своих собственных бань и примитивных дезинсекторов.

В это время на каждом сборно-пересыльном пункте для репатрированных советских граждан был начальник санитарной службы — фельдшер. В помощь ему привлекались медицинские работники (врачи, медицинские сестры, акушерки) из репатрированных.

Пункты обеспечивались медикаментами сначала за счет госпиталей и из различных неучтенных трофеев и только позже стали снабжаться регулярно из фронтowego медицинского склада. В каждом пункте к концу первого этапа наступления уже имелась санитарная часть, состоявшая из амбулатории, изолятора для инфекционных и стационара для терапевтических и хирургических больных.

Размещались репатриированные в бараках комнатной системы. Это позволяло им располагаться семьями. Далеко не всегда Жилищные \* условия были одинаково удовлетворительными для всех.

В комнатах имелись койки или деревянные нары, соломенные матрацы, одеяла и необходимая мебель. На пунктах репатриированные советские граждане задерживались на различные сроки, но не меньше чем на 15 дней. Если кто-либо заболел острой инфекционной болезнью, изолировали всех проживавших в комнате, а иногда и всех жильцов барака на тот или иной срок. Отъезд на родину или посылка на работы вне пункта разрешались только после истечения установленного срока.

Сначала жители сборно-пересыльных пунктов получали сухой паек индивидуально или на семью. Пищу они готовили сами. Это создавало ряд неудобств. Затем было введено котловое питание из общих кухонь и столовых. Санитарное состояние их постепенно улучшалось, чему способствовали периодические проверки и постоянное наблюдение со стороны работников СЭЛ и СЭО. Много внимания уделялось также водоснабжению и уборке территории.

Всех инфекционных больных, которые выявлялись на пунктах, госпитализировали в армейских или фронтowych инфекционных госпиталях. СЭЛ или СЭО обстоятельно проверяли причины возникновения каждой, даже незначительной, вспышки инфекции и проводили соответствующие противоэпидемические мероприятия.

Как уже говорилось, особенно тяжело было положение группы советских граждан еврейской национальности. Их немцы осудили на уничтожение или вымирание. Например, в одном из лагерей, в котором сначала находилось более 1 000 евреек, к приходу наших войск осталось только 54. Все остальные погибли от голода и непосильной работы. Из оставшихся в живых только одну можно было считать относительно здоровой; 53 человека настолько ослабли, что нуждались в постельном режиме.

Немецкие врачи перед уходом сделали всем женщинам «предохранительную прививку» под кожу средней части бедра. От чего эта прививка предохраняла, неизвестно. 443 месте укола развились абсцессы, которые после вскрытия оставляли медленно заживающие язвы. Кроме того, у большинства были отморожены руки и ноги, все болели чесоткой и пиодермией. Такое же положение было в других подобных лагерях. Сначала питание больных женщин, находившихся в еврейских лагерях, было организовано на месте из продуктов, которые польские власти собирали у населения, а медицинскую помощь оказывали медицинские работники ближайших воинских частей и учреждений. Лишь после того, как лагеря оказались в районе фронтowego тыла, все больных поместили в ближайшие фронтowe госпитали.

20—30% пленных немецких солдат, поступавших в то время во фронтowe лагеря и на сборно-пересыльные пункты, болели дизентерией и находились в стадии резкого истощения. Как показывают материалы обследования, заболевания среди немцев начались еще до пленения, главным образом в осажденных пунктах (Торн, Грауденц, Эльбинг, Мариенбург и т. д.). Тесный контакт больных со здоровыми, плохое питание и совершенно неудовлетворительные санитарные условия в этих пунктах во время осады их способствовали широкому и быстро-

му распространению дизентерии. Естественно, что заболевания продолжались и некоторое время после взятия немцев в плен.

Для ликвидации дизентерийных вспышек среди военнопленных проводились следующие мероприятия:

1. Во всех лагерях и тюрьмах были организованы изоляторы отдельно для явно дизентерийных больных и отдельно для больных поносами и дистрофиков. Всех больных изолировали в обязательном порядке.

2. Широко проводились общесанитарные мероприятия (очистка территорий и отхожих мест, обезвреживание воды, мытье рук и посуды, улучшение жилищных условий и т. д.).

3. Были приняты меры к улучшению условий труда и питания. Для занятых физической работой была повышена норма отпуска продуктов.

4. Во всех лагерях проведена (однократно) специфическая профилактика таблетками бактериофага. В последующем бактериофаг получали только партии, отправляемые во внутренние районы СССР.

Осуществление этих мероприятий в первое время затруднялось равнодушием некоторых лиц из администрации лагерей. Только после указаний командования все мероприятия стали проводиться в полном объеме и быстро дали результаты. Примером успешности мероприятий может служить борьба с заболеваемостью в лагере Ц.

Заболеваемость дизентерией и энтероколитами \*  
в лагере Ц.

Дата	Выявлено (в %)	
	дизентерия	энтероколиты
С 27.11 по 2.12.....	64	35
. 3.12 . 7.12.....	15	16
. 8.12 . 12.12.....	17	22
. 13.12 . 17.12.....	4	6 *

Важное место во всей работе занимало санитарно-эпидемиологическое обеспечение партий, отправляемых во внутренние районы нашей страны. Советские граждане, как правило, отправлялись группами от 100 до 300 человек. Каждую группу сопровождал медицинский работник (чаще медицинская сестра) с небольшой походной аптечкой. Перед отправкой все члены группы проходили медицинский осмотр. Больных в эшелоны не допускали.

Из недостатков этой работы следует отметить плохую организацию питания в дороге (сухим пайком) и неравномерное распределение отъезжающих по вагонам (в зависимости от семейных, территориальных и других признаков). Военнопленных немцев, как правило, отправляли большими партиями от 1 000 до 2 000 человек.

Сначала санитарно-гигиенические требования при оборудовании эшелонов далеко не всегда выполнялись. Но в конце марта удалось добиться сдвига и в этом деле. Все эшелоны стали заранее обеспечивать нарами, печами, топливом на дорогу, примитивными уборными. Посадка производилась из расчета 40 человек на двуосный и 90 человек на четырехосный вагон. Подлежавшие отправке мылись в бане, белье их дезинфицировалось. Дезинфицировались раствором хлорной извести и вагоны.



Каждый эшелон имел пищеварные котлы и запас продуктов на путь, следования. Предусматривалось приготовление горячей пищи 2 раза в день и достаточное количество кипяченой воды. В вагонах для хранения питьевой воды имелось по 2 ведра.

Эшелоны сопровождали фельдшеры, имевшие в своем распоряжении медикаменты, дезинфекционные средства, бактериофаг в достаточном количестве и отдельный вагон-изолятор. В помощь фельдшерам привлекались медицинские работники из среды военнопленных немцев (врачи и санитары).

В пути следования все эшелоны проверялись СКП, и мы не получили ни одного сигнала о серьезном эпидемиологическом неблагополучии движущихся с нашего фронта партий репатрируемых и военнопленных.

Таким образом, можно признать, что санитарная служба нашего, фронта с задачей санитарно-эпидемиологического обеспечения репатрированных советских граждан и военнопленных немцев, отправляемых во внутренние районы страны, успешно справилась.



Подполковник мед. службы В. Н. КОВАЛЕНКО

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НА АРМЕЙСКИХ ГРУНТОВЫХ ДОРОГАХ**

Армейские грунтовые дороги являются чрезвычайно важным участком фронтовых коммуникаций. По этим дорогам движется весь армейский автотранспорт с грузами и порожняк, эвакуируются раненые, направляются на фронт маршевые колонны. Эти обстоятельства заставляли военно-медицинскую службу армии предъявлять строгие требования к сохранению санитарного благополучия на армейских дорогах, организовать постоянный медицинский контроль и наблюдение за населенными пунктами, расположенными вдоль дорог, и принимать меры для быстрой изоляции больных острыми инфекционными заболеваниями.

Противоэпидемические мероприятия на армейских дорогах строились с учетом: а) времени года, б) протяженности дороги, в) наличия жилого фонда и гражданского населения, г) интенсивности движения на дороге.

Вся система мероприятий организационно была увязана с дорожной службой армии, медицинские работники которой в основном и осуществляли все мероприятия. Военно-санитарная служба армии контролировала работу этих медицинских работников, оказывала им квалифицированную помощь, в частности, организовала консультации специалистов СЭО армии.

Контроль за санитарным состоянием прибывающих пополнений в основном осуществлял армейский санитарно-контрольный пункт (СКП), который размещался на армейской станции снабжения, т. е. в начале грунтовой дороги. Начальник СКП имел в своем распоряжении изолятор для инфекционных больных, оборудованный средствами дорожно-комендантского района, санитарный пропускник, состоящий из бани пропускного типа на 20 человек и дезкамеры, запас сухих антипаразитарных средств, запас бактериофага и средства для хлорирования воды. Санитарный пропускник мог обслужить только небольшие маршевые команды. При поступлении большого числа людей на станцию снабжения подводили банно-дезинфекционный поезд, быстро обслуживавший все прибывшее пополнение. Если подать банно-дезинфекци-

юнный поезд не удавалось, на станцию снабжения направляли взвод (ОДР, который развертывал временный, но достаточно мощный санитарный пропускник. Кроме того, на станции снабжения находился первый (головной) санитарно-контрольный пункт (СКП) военно-автомобильной дороги (ВАД), организованный силами ее санитарной службы. Этот СКП знакомился с санитарным состоянием всех направляющихся на дорогу контингентов и сообщал санитарным учреждениям дороги, какие мероприятия необходимо провести.

Непрерывная санитарно-эпидемиологическая разведка всех населенных пунктов, расположенных вдоль армейской дороги, являлась одним из основных противоэпидемических мероприятий. От полноты и своевременности разведки во многом зависел успех всех остальных мер. В среднем каждый населенный пункт обследовали один раз в 3—4 дня. В обследовании участвовали обычно военно-медицинские работники дорожной службы и врачи армейских госпиталей, расположенных на дороге или вблизи нее.

- санпропускник
- & СКП ВАД
- ⊙ изолятор ДКР
- △ обогреваю. пункт
- Ф СВВ армии
- Р СКП армии

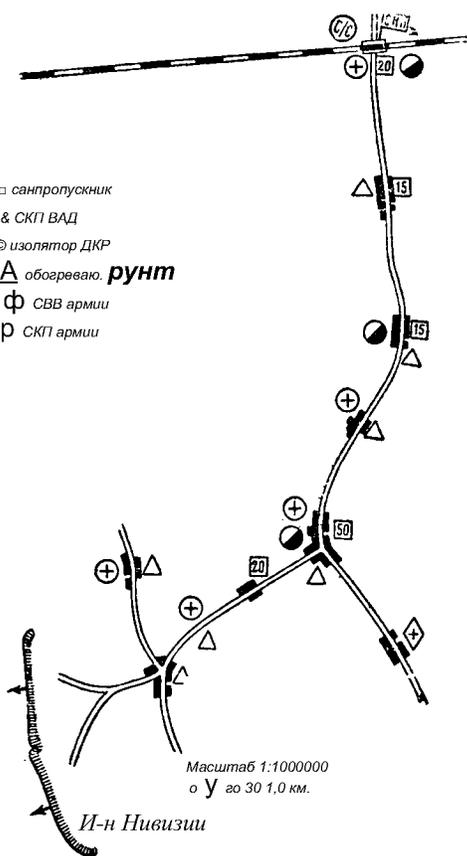


Рис. 1\* Схема

Дома ночлега устраивались в населенных пунктах примерно через 25—30 км друг от друга (схема 1). При каждом доме (в крайнем случае через один дом) создавался небольшой санпропускник или открывалась обычная крестьянская баня. Это позволяло проводить санитарную обработку той части пополнения, которая не могла пройти ее на месте выгрузки из эшелонов. При некоторых домах ночлега были открыты специальные гостиницы для офицеров с койками, постельным бельем и пр. Питательные пункты ВАД также располагались при домах ночлега.

Через каждые 25—50 км дороги были созданы изоляторы и медицинские пункты, обеспеченные медицинскими средствами. Здесь задерживали и изолировали всех температурающих и подозрительных на ин-

фекционных больных госпитализировали или в гражданских больницах, или в специальных отделениях при армейском инфекционном госпитале (в зависимости от удобства транспортировки). Лица, окружающие больных, проходили санитарную обработку, а на дом, в котором жил больной, накладывали карантин. Это позволило избежать вторичных контактов и предупредить распространение инфекции среди личного состава маршевых пополнений, направляемых на фронт.

Зимой основное внимание обращалось на организацию специальных домов ночлега и обогревательно-питательных пунктов. Опыт показал, что если этих учреждений нет или они малы, люди размещаются по домам у гражданского населения и подвергаются опасности заражения.

фекцию больных и направляли их в инфекционный госпиталь или; ТППГ.

Санитарно-контрольные пункты, расставленные на дороге через определенные промежутки, контролировали санитарное состояние проходящих контингентов и при необходимости организовали санитарную обработку их.

Особое внимание уделялось водителю составу автоколонны. Водители автомашин обычно надолго отрывались от своих войсковых частей и уходили из-под медико-санитарного контроля. Санитарно-контрольные пункты ВАД проверяли все проходящие машины. Если водитель не имел справки о прохождении санобработки в пункте выезда машины, его задерживали для санобработки в СКП. Одновременно ему указывали, где имеется ближайший дом ночлега, санпропускник и т. д.

Одновременно с контролем за военнослужащими большое внимание уделялось и санитарному состоянию гражданского населения, двигавшегося по дорогам. Движение это особенно усиливалось во время наступления, когда большие группы гражданского населения шли за частями Красной Армии в освобождаемые родные места. Позже к этому потоку прибавился встречный: это шли домой люди, освобожденные из немецкого рабства. В такие периоды населенные пункты, расположенные вдоль дороги, сильно переуплотнялись. Требовалось много внимания и заботы, чтобы предупредить возникновение вспышек инфекционных заболеваний. Обычно в места наибольшего скопления гражданского населения СЭО направлял специальные бригады работников, а командование выделяло отдельные населенные пункты для временного размещения. Здесь же, на обмывочных пунктах, развернутых силами ОДР и конно-банных отрядов, передвигающиеся проходили санитарную обработку.

Летом и осенью противоэпидемическая служба<sup>1</sup> принимала решительные меры для предупреждения возникновения вспышек дизентерийных заболеваний. Прежде всего приходилось думать о поддержании должной чистоты на дороге, в местах ночевки, а также об организации правильного водоснабжения. Колодцы, расположенные вдоль дороги и в прилежащих населенных пунктах, были снабжены крышками, а работники медицинской службы ВАД регулярно хлорировали воду в этих колодцах. Правильность и регулярность хлорирования водисточников контролировали СЭО армий.

Медицинский состав всех санитарно-контрольных пунктов ВАД имел достаточный запас пантоцида и бактериофага. Серьезные меры принимались для улучшения санитарного состояния продовольственных складов и пищевых блоков дорожно-питательных пунктов ВАД, которые часто вместо горячей пищи выдавали сухой паек.

Все работники продовольственной службы ВАД периодически проходили обследование на бациллоносительство, а санитарное состояние продовольственных складов проверяли специалисты СЭО армии.

В проведении санитарно-профилактических мероприятий участвовали политработники Красной Армии, которые вели большую агитационно-массовую и разъяснительную работу как в войсках, так и среди гражданского населения. Особенно большую работу приходилось проводить среди гражданского населения, возвращавшегося из Германии.

#### Выводы

Санитарно-профилактическое обеспечение армейских грунтовых дорог — важный раздел противоэпидемической защиты войск. Мероприятия на армейских дорогах приобретают особое значение в период активных наступательных операций, когда по дорогам двигаются большие количества войсковых контингентов и гражданского населения.

# ИЗ ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Действ. член Академии мед. наук СССР проф. И. Д. СТРАШУН

## КУТУЗОВ И ЗАБОТА О РАНЕННЫХ В 1812 г.

В сентябре 1945 г. исполнилось 200 лет со дня рождения великого русского полководца Михаила Илларионовича Голенищев-Кутузова.

Строевую службу Кутузов начал командиром роты в Астраханском полку, которым командовал Суворов. От Суворова Кутузов воспринял основные качества военачальника. Суворов в свою очередь питал исключительное доверие к Кутузову. В знаменитом суворовском штурме Измаила 11(22) декабря 1790 г. Кутузов принял участие на ответственном участке фронта в качестве начальника одной из колонн.

Суворов так оценил роль Кутузова в победе под Измаилом: «Он шел па моем левом фланге, по был моей правой рукой».

Кутузов глубоко усвоил содержание суворовской «пауки побеждать» и прежде всего один из основных заветов: «Солдат дорог. Береги здоровье». От Суворова он унаследовал твердое убеждение, что главная сила русской армии — в ее солдате, что, проявляя заботу о солдате, завоевав его доверие и любовь, можно требовать от войск высшего напряжения на войне и побеждать в боях.

В связи с 200-летней годовщиной величая личность Кутузова обрисована в нашей печати и специальной литературе с почти исчерпывающей полнотой. Но все же нельзя не добавить несколько черт, характеризующих его заботу о русском солдате в 1812 г. Когда читаешь пожелтевшие документы, относящиеся хотя бы к эвакуации раненных после Бородина и после оставления Москвы, Невольно испытываешь то волнение и тревогу, которыми был полон великий полководец. Несмотря на отданные им распоряжения, о» не был спокоен за судьбу раненных. Он чутко ловит все сведения о движении их. Когда до Кутузова доходит, что в Коломне скопилось 3 000 -раненных без всякого присмотра и там образовалась пробка, он горько укоряет «господина генерал-кригс-комиссара» Татищева: «Мог ли я думать, чтобы ваше превосходительство оттуда удалились, не сделав вашего о сих несчастных распоряжения» {приказ от 12 сентября 1812 г., № 176}.

Предписывая Татищеву «под личную ответственность перед государем императором распорядиться так, чтобы больные немедленно отправлены были водой в Елатму или Касимов с преподанием всей помощи, какое положение их требует», Кутузов не ограничивается только этой бумагой. В тот же день он отправляет в Коломну майора Рудаковского с предписанием: «Желая как можно скорее подать облегчение сим несчастным и надеясь на вашу расторопность, предписываю, немедленно отправясь в Коломну, сим открытым листом от тамошнего земства требовать всех возможных пособий для сих больных и от тамошнего казначейства повелением у сего вам вручаемым депег па помощь им и поспешить первыми распоряжениями отыскать суда, пока от генерал-кригс-комиссара не пришлются на предмет сей особы чиновники» (приказ от 12 сентября, № 177).

Когда выяснилось, что Татищев своевременно принял меры и слухи относительно беспризорности раненных оказались несправедливыми, Кутузов пишет ему удивительно лобезное письмо, но чувствуется, что старый полководец и впредь будет принимать решительные меры помощи:

«Напесепное вашему превосходительству огорчение изьявлением моего пудовольствия на неуспешный перевод больных из Коломны и худой за оными присмотр вместе с тем, как поленилась истина, обратилось собственно ко мне. С живейшим участием и полным удовольствием обще с ошибкой моей, происшедшею от слухов, вижу я ту деятельность вашего превосходительства, какой всегда со стороны вашей надеялся и какой надеюсь впредь, прося вашего снисхождения к тем же хлопотам моим и делам, коими будучи занят, но по не воли должен иногда основываться па общих заключениях, не всегда в прочем справедливых» (27 сентября, № 354).

Та же подлинная сердечная забота о раненных и ясное понимание необходимости привлечь к этому делу все власти пронизывают и письмо к рязанскому гражданскому губернатору Бухарину. После того как до Кутузова дошли сведения о полном равнодушии местных властей к делу ухода за ранеными, Кутузов пишет ему: «С чувствительным состраданием внимаю я стоны жертв сих, удаленных от меня и живущих с вашим высокородием в одном городе». Фельдмаршал несколько иронически пыгается найти объяснение происходящим безобразиям: «Все вышеозначенные неустройства, я надеюсь, произошли от неведения вашего и от занятия полицейстера делами, гораздо труднейшими».

Но тут же Кутузов меняет тон и строго внушает губернатору, «как попечительный присмотр за получившими раны чинами при защите отечества в делах с неприятелем неминуемо сопряжен с пользой службы в важнейшем смысле». Указав губернатору на ряд неотложных мер по улучшению положения раненых, Кутузов властно требует немедленного донесения о том, что губернатором будет предпринято, и сурово заканчивает: «Напоминаю при том, что вы одни и по всей строгости отвечаете мне за раневых офицеров, каким невниманием ваше к общей пользе изрыло, может быть, могилу» (30 сентября, № 415).

\* Таких документов много, и все они говорят об одном: Кутузов неусыпно следил за организацией медицинской помощи раненым и больным воинам.

Когда после катастрофического отступления Наполеона необходимо было навести порядок на всем протяжении его пути — «очистить тыл нашей армии, собрать отсталых людей и вообще все привести в прежний порядок и положение», Кутузов избирает для этой цели генерал-лейтенанта Бороздина, командовавшего 8 пехотным корпусом в Бородинском бою, у Семеновских флешей. Он пишет ему подробную инструкцию, и в ней видное место занимают вопросы помощи раненым:

«При случае проезда вашего через те места, где устроены госпитали, я поручаю вам осматривать оные, в каком они находятся положении, имеют ли больные и раненые все положенные им выгоды, равно не держутся ли там по напрасну выздоровевшие люди. Есть ли же где по осмотру вашему найдете вы беспорядок или упущение, в таком случае, исправляя и то и другое, уведомляйте обо всем меня». Кутузов требует: «В прочем поставьте всем за одну из главнейших обязанностей стараться о сбережении людей и о сохранении здоровья их» (17 ноября, № 924).

В заключение еще один документ, рисующий во весь рост высокое чувство долга и патриотизма Кутузова. Это письмо Платову. Повод совершенно анекдотичный: до Кутузова дошло известие, «будто командиры полков войска Донского при армии заболели почти все» (17 сентября, № 222). Кутузов предупреждает Платова: «Ежели известие, ко мне дошедшее, справедливо... в таком разе я обязан буду довести о сем до сведения государя императора, между тем не упущу и мер принять, какое высочайшая власть предоставляет мне по долгу службы». Кутузов сам не хочет верить этому странному известию, «ибо Теперешнее положение нашего отечества одно весьма сильно возбуждает каждого из нас преодолевать всякие трудности и самой жизни не щадить». Самый высокий пример человека, не пощадившего сил своих и преодолевшего все трудности, во имя независимости родины, во имя блага своего народа, яви.» Кутузов.

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

## **БОЛЕЗНЬ И ПОСЛЕДНИЕ ДНИ Н. И. ПИРОГОВА**

История болезни и последние дни жизни Н. И. Пирогова глубоко интересны с врачебно-психологической точки зрения. В них в своеобразной форме преломились понятия врачебной этики, или врачебной морали, о которых так много в своих трудах и выступлениях говорил Н. И. Пирогов.

Первые признаки заболевания у Н. И. Пирогова, повидимому, появились в 1880 г., хотя точных данных на этот счет нет. Жена Н. И. Пирогова Александра Антоновна в беседе с В. Фрагасси рассказывает:

«Я стала замечать, что муж мой года за два до смерти начал каждый день, иногда часто, иногда лишь во время еды, полоскать себе рот теплой водой. Я обеспокоилась этим, но на мой вопрос о причине такой привычки он отвечал, что полощет рот для того, чтобы противодействовать вредному влиянию табака, так как он много курил...»

Врач Киевского военного госпиталя С. Шкляревский, долго наблюдавший больного, связывает начало заболевания с потерей Пироговым 3-го коренного зуба правой верхней челюсти в апреле—мае 1880 г. К этому времени Н. И. Пирогов не имел уже зубов и категорически отказывался от предложения вставить искусственные. Свой отказ он мотивировал неудобствами поездок в город и т. д. Потеря зуба, однако, не отразилась на пищевом режиме Николая Ивановича.

Так как Н. И. Пирогов почти всю жизнь страдал кага[р]ром кишечника, развившимся еще в дерптский период его деятельности, он вынужден был периодически соблюдать диету, время от времени оставлял курение сигар и пользовался щелочными водами Эссентуки № 17 и Виши.

В этот период жизни Николай Иванович оканчивал свой труд о посещении театра военных действий на Балканах и приступал к созданию дневника. Кроме этого, он много времени уделял сельскому хозяйству, ухаживал за виноградником, персиками, которые разводил в теплицах, цветниками и розарием.

В конце 1880 г., несмотря на преклонный возраст, Николай Иванович отличался бодростью и прекрасной памятью. Он продолжал делать операции у себя в Вишне, много консультировал и вел широкую переписку с друзьями.

«Однажды, — говорит Александра Антоновна, — это было, должно быть, в январе 1881 г., прополаскивая рот, он вдруг громко вскрикнул, сказав, будто бы обжог

рот слишком горячей водой. Я осмотрела! предполагаемое место ожога и заметила за правым верхним клыком на твердом небе, недалеко от зубного дупла, маленький сероватобелый нарывчик величиной с чечевицу. При надавливании он вызывал боль и вокруг него образовался кирпичного цвета круг величиной с грибенник. Через несколько дней он и сам заметил мне на этот счет: «Не знаю, — говорит, — что такое у меня во рту. Уж не рак ли, чего доброго...»

Это было первое предположение о злокачественности заболевания, предположение, которое несколько раз отвергалось некоторыми врачами и самим больным.

Появление изъязвления на альвеолярном отростке верхней челюсти сразу можно было бы связать с тем, что вообще, по свидетельству Шкляревского, правый верхнечелюстной альвеолярный отросток был несколько больше левого, вследствие неравномерной атрофии, связанной с одновременным выпадением зубов.

Естественно, что постоянное травмирование правого верхнечелюстного альвеолярного отростка после потери зуба было более значительным. Это при прочих равных условиях могло повести к появлению очага заболевания в данном месте.

Несмотря на то, что, по свидетельству Александры Антоновны, Николай Иванович внезапно почувствовал резкую боль, Шкляревский говорит о медленно, испод-

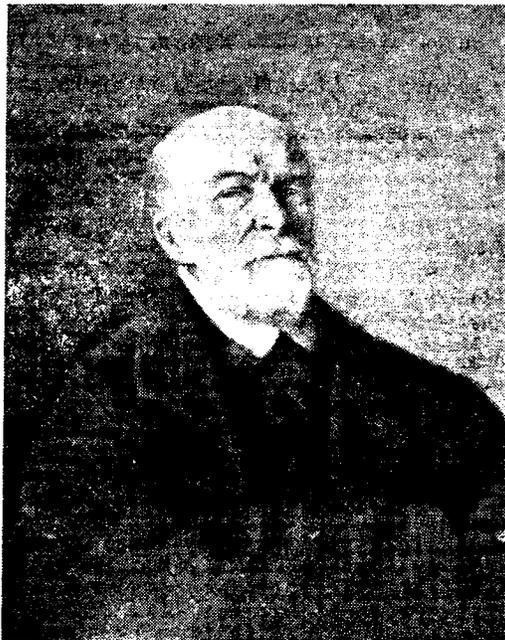


Рис. 1. Н. И. Пирогов



Рис. 2. Село Вишня в конце прошлого столетия

воль развивавшемся процессе: «...в начале 1881 г., — пишет он, — Николай Иванович заметил, что все соленое, кислое и едкое производило при жевании некоторую боль и раздражение на слизистой оболочке твердого неба справа, близ внутреннего

края гладкого и вполне правильного валика десны, одевающей альвеолярный отросток в правой верхней челюсти, против места, соответствовавшего приблизительно третьему коренному зубу. Ощущение и вид болевшего места, по словам самого Николая Ивановича, напоминали сначала просто ссадину или незначительный ожог слизистой оболочки неба, но затем ссадина довольно быстро приняла вид отверстия и казалась как бы входом во вполне возможный в данном месте зубной свищ, но ни каналов, ни выделения гноя положительно не было».

Придя к убеждению, что развивается злокачественный процесс, Николай Иванович никому об этом не писал. Даже в разговорах с Александрой Антоновной он избегал касаться этого вопроса, не жаловался на болезненное ощущение, а продолжал спокойно работать и окружающим казался совершенно здоровым. Однако мысль о том, что патологический процесс во рту прогрессирует, не оставляла больного. Он решил прекратить употребление в пищу раздражающих веществ, перестал принимать щелочные воды, вино и избегал твердой пищи.

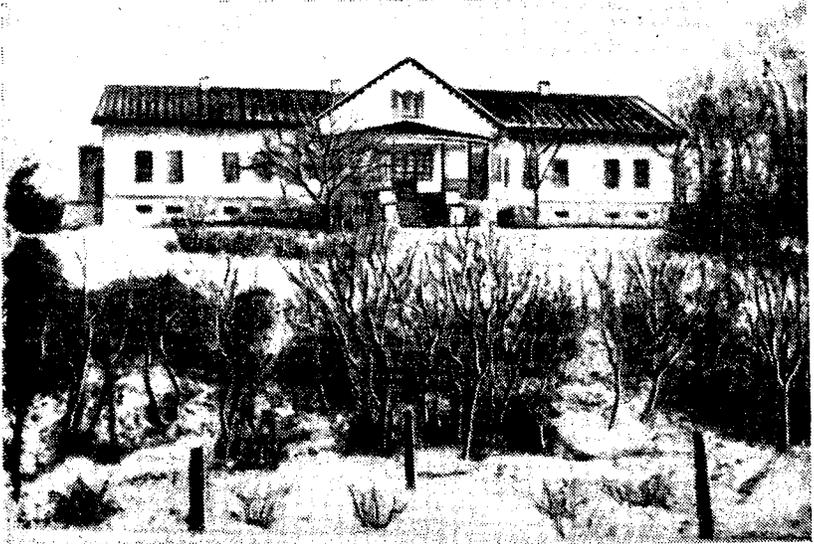


Рис. 3. Дом Н. И. Пирогова в селе Вишня

В это время Николай Иванович питался молоком и выпивал его до 8 стаканов, всасывая через трубочку. Хотя Н. И. Пирогов не жаловался, но высказанная им мысль о возможности рака очень беспокоила Александру Антоновну. Она вызвала из Киева доктора Шкляревского, который и дал заключение, приведенное выше. Когда у больного находился Шкляревский, в Вишню случайно по дороге в Одессу заехал доктор Бертенсон. Осмотрев полость рта, Бертенсон совершенно равнодушным тоном заявил: «Все это пустяки и скоро опять заживет...»

Приехав в Одессу, Бертенсон з кругу друзей и знакомых говорил о раковой природе заболевания Н. И. Пирогова.

«Диагноз Бертенсона успокоил нас, — говорит Александра Антоновна, — муж моц был<sup>1</sup> уже склонен приписать свою болезнь вырванному зубу и всеми силами старался только не допустить затвердения опухоли...»

Процесс в полости рта прогрессировал довольно быстро. В начале весны 1881 г. вместо одной язвочки на слизистой оболочке правой половины твердого неба образовались две изъязвленные поверхности. Дальнейшее развитие процесса, конечно, не могло остаться незамеченным, и Николай Иванович стал принимать меры, чтобы предохранить измененные поверхности от возможной травмы. Он начал применять различные методы покрытия пораженного участка: клееночкой или протективом Листера, на который наносил различные смазывающие клейкие вещества. В этот период он не чувствовал еще общего упадка сил и его беспокоила только местная реакция.

Используя различные средства изоляции язв, Николай Иванович, в конце концов, нашел способ, которым пользовался весь остаток своей жизни: он брал пропускную бумагу, смачивал ее в густом отваре льняного семени и накладывал на язвы. Иногда в отвар добавлял по 2 капли карболовой кислоты (на блюдце отвара), а в последующем стал добавлять настойку опиия и даже раствор уксуснокислого морфина. Постепенные добавления морфина к льняному отвару свидетельствовали о быстро нарастающих болевых ощущениях, которые, повидимому, в этот период только и привлекали внимание Николая Ивановича. Судя по тому, что он вставал

ночью и делал эти наклейки, можно заключить, что обострившиеся боли **принимал!** по ночам жестокий характер.

Приближался пятидесятилетний юбилей врачебной и общественной деятельности гениального представителя русской медицинской мысли. Одновременно обострилась и болезнь, причинявшая Н. И. Пирогову большие страдания.

Когда проф. Склифосовский, по поручению Московского университета, весной 1881 г. приехал к Н. И. Пирогову просить разрешения на организацию юбилейных празднеств и передал приглашение присутствовать на них, Н. И. Пирогов с присущей ему живостью согласился на чествование. При этом он выразил желание, чтобы чествование состоялось именно в Москве, где он родился и воспитывался, а не в Петербурге и уж никак не в Дерпте. Он долго беседовал с проф. Склифосовским и потом попутно, между прочим попросил: «Посмотрите, что это у меня во рту...».



Рис. 4. Н. В. Склифосовский

Склифосовский внимательно осмотрел полость рта у больного, но истины Николаю Ивановичу не открыл.

В своей речи, произнесенной на заседании Хирургического общества им. Н. И. Пирогова 22 ноября 1894 г., Склифосовский сказал: «На твердом небе справа, там, где в глубине выходит а. ралаппа, я увидел язву, характер которой не подлежал никакому сомнению. Мне сделалось невозможно тяжело. То было начало недуга, сведшего Николая Ивановича в могилу. Я выехал в Москву, подавленный тайной, обладателем которой сделался невольню...»

Хотя Склифосовский и не высказал Николаю Ивановичу своего мнения относительно сущности заболевания, тем не менее он, по свидетельству Александры Антоновны, объяснил, «что это неизлечимая фистула, нисколько, однако же, не злокачественная». «Слова Склифосовского, — говорит Александра Антоновна, — видимо, ободрили моего мужа, и он снова весело принялся за работу...»

Вероятно, под влиянием мнения, высказанного Склифосовским, Н. И. Пирогов начал сомневаться в правильности своего предположения о характере заболевания. Он пытался трактовать образовавшиеся язвы как афтозные, появившиеся у него вследствие хронического катарра кишечника. Он также допускал мысль, что, может



быть, уцелел в десне корень зуба или что образование язв связано с прорезыванием зуба мудрости, о наличии которого в молодости он не помнил, и, наконец, как об этом свидетельствует Шкляревский, допускал возможность существования в десне недоразвившегося зубного зачатка.

Несколько поколебленный в своем первоначальном предположении, Николай Иванович до отъезда в Москву продолжал применять пластыри из бумаги и не прерывал обычной работы. Время от времени в беседах он возвращался к своему заболеванию и высказывался по поводу незаживающих язвочек: «Уж не раковая ли это штука?».

Супруга Николая Ивановича не поддерживала этого мнения, хотя внутренне ощущала беспокойство и терпеливо ждала поездки в Москву. На юбилейные торжества должны были съехаться все хирурги России, и там можно было бы окончательно решить вопрос о характере заболевания и определить методы дальнейшего лечения. Повидимому, на это же надеялся и Николай Иванович, но вслух этого не говорил.

Приближался день 22 мая 1881 г., когда вся врачебная общественность кашей родины, передовая интеллигенция и народ решили праздновать юбилей великого гражданина.

Переезд в Москву совершался в хороших условиях и не утомил Николая Ивановича. Мысли о болезни все время отвлекались многочисленными встречами в пути и торжественной встречей в Москве.

Можно благодарить судьбу и радоваться, что Николаю Ивановичу снова удалось побывать в Москве, совершить триумфальный въезд в первопрестольную столицу своей родины, посмотреть Университет и высказать вслух свою радость в обращении и встречавшим его. Памятными останутся его слова:

«Ваша: встреча, поверьте, друзья, так тронула меня, что я не в состоянии высказать всего, что чувствую я теперь на родине, и от души благодарю всех за оказываемый мне привет...»

На юбилейных торжествах в Москве Николай Иванович сказал прочувствованные слова, украшающие страницы его произведений. Речь на вокзале, короткая и глубоко трогательная, рисует нам Н. И. Пирогова как великого патриота. Речь в Университете, глубокая по мысли и блестящая по форме, была посвящена правде врача. Говоря о правде в медицине, Николай Иванович не мог предполагать того, что среди слушателей его были люди, знавшие правду о его болезни, правду, которую они, однако, не могли ему сказать.

Дни юбилея стали выражением признательности и глубокой благодарности России своему сыну врачу-патриоту. Москва избрала Николая Ивановича своим почетным гражданином.

Волнующие переживания вызывали у Н. И. Пирогова чувство глубокой удовлетворенности. Это чувство на короткий срок отвлекло его от мысли о болезни, но уже 25-го мая он снова возвратился к ней.

В Москве Николая Ивановича осмотрел прежде всего Склифосовский. Когда Шкляревский спросил у него о сущности процесса, Склифосовский ответил: «Ни малейшего сомнения быть не может, что язвы злокачественные, что существует новообразование эпителиального характера. Необходимо удалить, оперировать, как можно скорее, иначе неделя-другая и будет уже поздно и невозможно...».

Шкляревский в своих воспоминаниях пишет, что это сообщение, как гром, поразило его. О сущности заболевания он не решился сказать даже Александре Антоновне.

25 мая Н. И. Пирогова, после Склифосовского осматривали также проф. Валь и Грубе, которые пришли к заключению, что у Николая Ивановича рак, что положение серьезно и нужно оперировать, как можно скорее.

26 мая был составлен консилиум из профессоров: Грубе из Харькова, Валь и Дерпт, Эйхвальд и Богдановский из Петербурга. Председательствовал Склифосов-

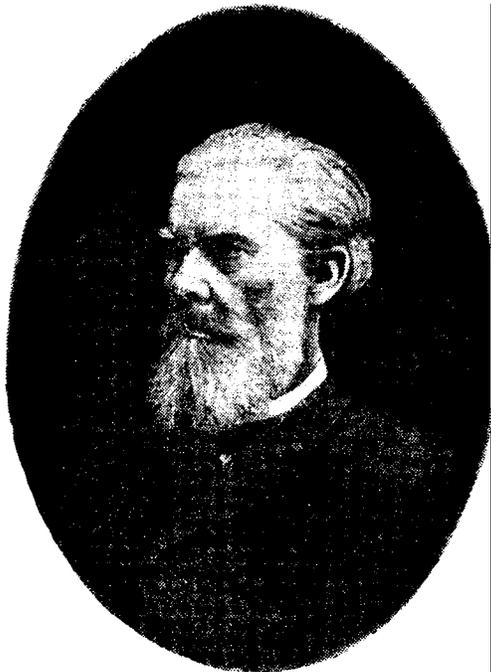


Рис. 5. Проф. Грубе

ский. Впрочем, в отпущении участия Богдановского имеется разноречивые дапные! Шкляревский говорит, что ему было поручено пригласить проф. Богдановском», по, как оказалось, в этот день он уехал в Петербург.

После осмотра больного Склифосовский подробно изложил на консилиуме историю болезни, динамику ее развития. По существу он один видел Н. И. Пирогова за два месяца до консилиума. Шкляревский пишет, что на консилиуме Склифосовский отметил громадное увеличение язвы, изменения краев и дна ее. Консилиум единогласно пришел к заключению, что на правой половине твердого неба вполне характерные злокачественные эпителиальные изъязвившиеся новообразования. С таким же единодушием консилиум признал необходимость возможно скорого оперативного вмешательства. «Теперь я удалю все дочиستا в 20 минут, а через две недели это едва ли будет возможно», — говорил Н. В. Склифосовский, и все согласился с ним.

Перед консилиумом встал трудный вопрос: кому поручить рассказать Николаю Ивановичу о сущности заболевания и мероприятиях, которые консультанты считают необходимыми.

Склифосовский просил Э. Э. Эйхвальда поставить в известность больного, учитывая, что с отцом Эйхвальда Николай Иванович был в тесной дружбе и свое доброе отношение перенес па сына. Эйхвальд категорически запротестовал: «Я< Ни за что!».

Сообщить Н. И. Пирогову решение консилиума пришлось Н. В. Склифосовскому, но предварительно он поставил в известность Александру Антоновну и сына Николая Ивановича.

Правда, первоначально Александра Антоновна согласилась сказать мужу о состоявшемся решении, но 26 и 27 мая у нее нехватило мужества открыть ему всю правду. Тогда Склифосовский юовместно с Эйхвальдом, как об этом свидетельствует Шкляревский, решили не откладывать дальше и открыть истину Н. И. Пирогову.

Вот как описывает Склифосовский эту полную трагизма сцену:

«Что я скажу ему? Как передам? — недоумевал я, полный отчаяния. Сказать ли правду или речь прикрасить обходами. Но ведь я должен был говорить с Н. И. Пироговым, которого так чтил... Обуреваемый такими сомнениями, я направился в зал, где ждал пас Николай Иванович. Я боялся, что голос мой дрогнет и слезы выйдут все, что было на: душе.

— Николай Иванович! — пачал я, пристально смотря ему в лицо, — мы решили предложить вам вырезать язву...

Спокойно, с полным самообладанием выслушал он меня. Ни одна мышца на лице его не дрогнула. Мне показалось, что передо мной восстал образ мудреца древности. Да, именпо только Сократ мог выслушать с такой же невозмутимостью суровой приговор о приближающейся смерти...

Настало глубокое молчание. О, этот страшный миг!.. Я до сих пор с болью еще ощущаю его...

— Прошу вас, Николай Васильевич, и вас, Валь, — сказал пам Николай Иванович, — сделать мне операцию, по пе здесь. Мы только что кончили торжество и вдруг затем тризну. Вы можете прихать ко мне в деревню?..»

Разумеется, мы отвечали согласием. Операции, однако, не суждено было сбыться...».

Лето 1881 г. Н. И. Пирогов частично провел в Вишне. Бодрость не покидала его. Сущность заболевания как-то мало трогала больного. Он ежедневно занимался, работал в саду, совершал прогулки, принимал больных, но только в этот период не рисковал их оперировать. С присущей ему методичностью менял повязки, полоскал рот раствором квасцов. Но это длилось недолго. В июле 1881 г. па лимане в Одессе Шкляревский встретился с Н. И. Пироговым, который отдыхал на даче доктора Бергенсона. Вот как Шкляревский описывает встречу:

«На лимане я застал Николая Ивановича почти неузнаваемым. Он, очевидно, вполне сознавал свое безвыходное положение. Сумрачный и сосредоточенный в самом себе, оно охотно дал мне осмотреть свой рот и, сохранив хладнокровие, с жестом произнес несколько раз многозначительно: «Не заживает!.. Не заживает!.. Да, конечно, я понимаю вполне натуру язвы, но согласитесь сами... Не стоит... Быстрый рецидив, распространение па соседние железы и притом все это в мои лета пе^ может обещать не только успеха, но едва ли может сулить и облегчение... Пускай так... Как видите, я бтрадаю и кое-что ем, кроме жидкостей...»

Приведенные слова Н. И. Пирогова свидетельствуют о том, что в июле 1881 г. он пришел к окончательному убеждению в злокачественности своего заболевания.

Несмотря, однако, на чувство безысходности, Николай Иванович и в Одессе не прекращал широкой врачебной практики, подписывал рецепты, консультировал.

По возвращении из Одессы Н. И. Пирогов был настолько убежден в ближайшем печальном исходе своего заболевания, что даже не пытался воспользоваться предлагавшимися ему методами лечения. Так, например, проф. А. С. Шкляревский в августе 1881 г. порекомендовал испробовать лечение язв электролизом. Н. И. Пирогов поблагодарил за оказанное внимание и сообщил, что он решил не оставлять Вишпи.

: Г|к'.

В Вишне, несмотря на все ухудшавшееся состояние, Николай Иванович углубился в воспоминания: продолжал писать «Дневник старого врача».

Может быть, чувство близкого конца стимулировало творчество Николая Ивановича, а творчество отвлекало его. Он работал, не покладая рук. Несмотря на то, что процесс все ухудшался, больной не терял ни одного дня и все спешил, спешил и спешил.

В сентябре он простудился и слег в постель. Появилось катарральное состояние дыхательных путей. Увеличившиеся лимфатические железы шеи отягощали общее состояние. И все же Н. И. Пирогов писал лежа.

В дневнике от 1 октября читаем:

«От 1-го листа до 79-го, т. е. университетская жизнь в Москве и Дерпте, писана мной от 12 сентября по 1 октября (1881 г.) в дни страданий».

С 1 по 10 октября, судя по дневнику, Н. И. Пирогов не мог писать. Но 10 октября он снова взял в руки карандаш и запись в дневнике 10 октября начал так:

«Дотяну ли еще до дня рождения... (до ноября 13-го). Надо спешить с моим дневником...»

Общее состояние резко ухудшалось. Беспокоили боли и, повидимому, наступил общий упадок сил.

«Последний месяц жизни Николай Иванович мало говорил, — пишет Шкляревский, — кушал неохотно, иногда бывали значительные боли в лицевых и шейных нервах. Приходилось унимать их паллиативными средствами: мазь с хлороформом и подкожные впрыскивания морфина с атропином — любимое Николая Ивановича средство для больных и тяжело раненых в первое время после ранения и во время транспорта по грунтовым дорогам. Наконец, последние дни Николай Иванович почти исключительно пил квас, рейнвейн и шампанское, иногда в значительном количестве».

Слова Шкляревского говорят о тяжести страданий, которые испытывал Н. И. Пирогов в конце своей жизни. Жестокие боли, повидимому, не уменьшались даже под влиянием наркотиков. Но и в это время Николай Иванович продолжал писать дневник. Читая последние его страницы и зная тяжелое состояние больного в последние дни, невольно поражаешься колоссальной воле Н. И. Пирогова.

Когда боли становились нестерпимыми, он начинал очередную главу дневника следующими словами:

«Ой, скорее, скорее!.. Худо, худо... Так, пожалуй, не успею и половины петербургской жизни описать...»

И он продолжал описывать... Он хотел оставить потомству «Дневник старого врача» — труд, в котором раскрыта мудрость врача, моральные его достоинства и глубокая любовь к науке, изложить мысли, которые должны быть присущи каждому врачу, ученому и патриоту. К сожалению, 22 октября является той скорбной датой, когда карандаш окончательно выпал из рук обессиленного мыслителя. ■

Последние главы дневника, писанные в постели, поражают нас яркостью воспоминаний. В них совсем нет записей о переживаниях, связанных с заболеванием.

В конце октября Н. И. Пирогов, по словам Александры Антоновны, почувствовал приближение смерти.

За две недели до смерти больной впал в бессознательное состояние, появилось •ильное спонотечение, бред.

23 ноября Николая Ивановича Пирогова не стало.



# БИБЛИОГРАФИЯ

Полковникмед. службы И. Д. МАКАРОВ

## БИБЛИОГРАФИЯ ПО ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ЗА ГОДЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)<sup>1</sup>

### 1. ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Карпов В. К., Удаление сточных вод эвакогоспиталей, размещенных в нека-  
нализированных зданиях, в кн. Сб. работ сан. службы СибВО, 2, М., стр. 59—64,  
1943.

Карцовник И. И., Основные черты работы неврологического и нейрохирур-  
гического отделений ЭГ глубокого тыла по И-скому РЭП, в кн. Тр. окружной хи-  
рургической конференции госпиталей СибВО, в. 3, Красноярск, стр. 243—247, 1944.

Кекало Б. В., Работа гвардейского медико-санитарного батальона, ВСД, 6,  
стр. 31—35, 1942.

Керопян К. С., Лечение раненых в эвакогоспиталях Армянской ССР, в кн.  
Тр. Д-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР, М., стр. 68—71, 1942.

Киваев А. П., Индивидуальное обслуживание больных и раненых при транс-  
портровке на самолетах, Советское здравоохранение, 4—5, стр. 3—6, 1941.

Кирилов П. И., Опыт работы сан. службы полка за год Отечественной вой-  
ны, в кн. 1-я научная медицинская конференция М-ской армии, б. м., стр. 27—28,  
1943. Для служебного пользования.

Кичин А. И., Работа ЭГ РСФСР, в кн. Тр. 1-го пленума Госпитального совета  
НКЗдрава СССР, М., стр. 51, 1942.

Клугман Г. А., Анализ смертности по М-скому эвакогоспиталю, в кн. Опыт  
работ эвакогоспиталей за год Отечественной войны, Горький, стр. 137—146, 1942.

Кобзев А. Ф., Итоги работы ЭГ СибВО за 20 месяцев Отечественной войны  
и очередные задачи, в кн. Тр. окружной хирургической конференции госпиталей  
СибВО, в. 3, Красноярск, стр. 7—16, 1944.

Кобзев А. Ф., Организация лечебно-профилактической работы в войсковой ча-  
сти соединений, в кн. Сб. работ сан. службы СибВО, 2, М., стр. 65—71, 1943.

Кобзев А. Ф. и Приходько П. Т., Организация лечения выздоравливаю-  
щих в госпиталях, в кн. Сб. работ сан. службы СибВО, 2, М., стр. 26—29, 1943.

Коваленко В. Н., Военно-санитарная служба немецко-фашистской армии,  
б. м., 32 стр., 1943 (ВСУ Калининского фронта). Для служебного пользования.

Ковригин П. Н., Вопросы эвакуации на ротном и батальонном участках мор-  
ской пехоты в условиях Заполярья, Военно-морской врач, 1, 1944.

Коган А. Г. и Бургак Н. Ф., Показатели к сортировке раненых в госпита-  
лях ближайшего фронтового тыла, Госпитальное дело, 5—6, стр. 31—33, 1943.

Когуров В. Ф., Опыт работы в ГЧ-ском военно-морском госпитале КБФ, в кн.  
Лечебная физкультура при травмах военного времени, М., стр. 22—23, 1944.

Козлов А., Средства для эвакуации раненых, ВСД, 11, стр. 49—52, 1941.

Козлов Д. Н., Работа ППГ в различных условиях оперативной-тактической  
обстановки, в кн. 1-я научная медицинская конференция М-ской армии, б. м.,  
стр. 38—39, 1943. Для служебного пользования.

Колесников В. И. и Симонов В. И., Опыт работы реэвакуационного от-  
деления при М-ском сортировочном эвакогоспитале, Госпитальное дело, 5—6, стр.  
33—34, 1943.

Колесников С. А., За образцовое медико-санитарное обслуживание пред-  
приятий оборонной промышленности, Советское здравоохранение, 8—9, 1942.

Колесников С. А., Общество Красного креста и Красного полумесяца в Ве-  
ликой отечественной войне, Советская медицина, 10, 1942.

Колесников С. А., Организация работы и задачи восстановительной хирур-  
гии в эвакогоспиталях НКЗдрава СССР, в кн. Тр. 3-го пленума Госпитального со-  
вета НКЗдравов СССР и РСФСР, М., стр. 278—294, 1944.

Колесников С. А., Работать вместе с органами здравоохранения, Санитар-  
ная оборона, 4, 1941.

\* См. ВМЖ, № 1—2 за 1946 г.

Колесников С. А., Четко, организовать лечение инвалидов Отечественной войны, Медицинский работник, 20.У.1943.

Кондрашев Н., Эвакуация раненых, Тыл и снабжение Красной Армии, 2, стр. 15—16, 1942.

Контридзе В., Санитарное обеспечение войск, действующих в горах, Тыл и снабжение Красной Армии, 11—12, стр. 19—22, 1943.

Коровин А. С., Краснознаменный Новороссийский военно-морской госпиталь, в кн. Военно-морской мед. сб., в. 3, Л., стр. 3—5, 1945.

Коровин А. С., Обзор операционных журналов военно-морских госпиталей Ленинграда за два года Отечественной войны, Военно-морской врач, 3, стр. 8—13, 1944.

Коровин А. С., Хирургическая работа в подземном госпитале, Военно-морской врач, 4, стр. 15—22, 1943.

Коровин А. С., Сто шестьдесят три дня на Ханко. Заниски хирурга, М.—Л., Военмориздат, стр. 220, 1, 1945.

К о р о т ь М. В., Организация сан. службы дивизии в различных условиях, в кн. 1-я научная медицинская конференция М-ской армии, б. м., стр. 22, 1943. Для служебного пользования.

Котов А. П., Новости зарубежной медицины (Американская Канада, Англия). Вопросы протезирования, Врачебное дело, 3—4, стр. 181—188, 1945.

К о т о н С., Мастера пластических операций (о Ленинградском военном госпитале), Сб. статей «Возвращение в строй», Л., стр. 67—75, 1944.

К о ш о в е ц П. Д., Замечания по статье С. П. Поливник «Лечебная работа в постоянном военно-санитарном поезде», в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну (рефераты), в. 1, М., Медгиз, стр. 185, 1944.

Кравченко И. П., Санитарное обеспечение стрелкового батальона в наступлении, ВМЖ, май, 1944.

Крайсберг Г. В., Эвакуация раненых воздушным путем, в кн. 1-я научная медицинская конференция 14-ской армии, б. м., стр. 42—43, 1943. Для служебного пользования.

Красильников И. И., Заметки о командировке в Америку, в кн. Военно-морской сборник, в. 6, М., ВМА, стр. 49—55, 1945.

Краткая история Московского коммунистического военного госпиталя, М., 232 стр. с илл., 1943.

Краус А. А., Здравоохранение Таджикистана на службе лечения раненых, Советское здравоохранение, 9, стр. 54—60, 1943.

Криворотое И. А., Опыт работы хирургов фронта и достижения военно-полевой хирургии в Отечественной войне, в кн. Сб. научных трудов ЭГ фронтового 1-ского МЭП, б. м., стр. 5—18, 1944.

К р и с т а н о в Ц. А., Санитарная служба интернациональных бригад в Испании, Ташкент, Госиздат, 104 стр., 1942. Библиогр.

Кричевский Я. Н., Медицинская эвакуация по назначению и вопросы управления, Тыл и снабжение Красной Армии, 4, стр. 15—18, 1945.

Кричевский Я. Н., О методике оформления материалов по плану медицинского обеспечения операций, ВСД, 11—12, стр. 39—48, 1943.

Кричевский Я. Н., Роль нартовых упряжек в перевозке раненых, ВСД, 11—12, стр. 51—52, 1942.

Кудинов В. И., Неустанно повышать качество хирургической помощи раненым, Военно-морской врач, 3, стр. 3—5, 1942.

Кузнецов Г. Ф., Опыт работы медико-санитарного эскадрона кавалерийской дивизии в условиях боевых действий в глубоком тылу врага, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 318—319, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Куприянов П. А., Лечение и эвакуация раненых на Ленинградском фронте, в кн. Тр. 5-го пленума УМС при начальнике ГВСУ Красной Армии, М., стр. 57—79, 1942.

К у р а ш е в С. В., Опыт восстановления здравоохранения в освобожденных районах РСФСР, Советская медицина, 1—2, стр. 28—30, 1944.

К у р а ш е в С. В., Работа сельских врачебных участков в дни Отечественной войны, Советская медицина, 7—8, стр. 25—28, 1944.

Курган М. Д., Опыт работы 11-ского эвакуогоспиталя, Госпитальное дело, 10, стр. 13—16, 1942.

К у р г а н н и к о в И. Н., Некоторые вопросы работы ЭП глубокого тыла, в кн. Сб. научных работ эвакуогоспиталей, М., стр. 5—81, 1942 (Сан. отдел СибВО).

К у с л и к М. И., Организация хирургической помощи в эвакуационных госпиталях 11-ского РЭП, в кн. Тр. 1-й хирургической конференции Гч-ского РЭП 27—30 июля 1942, б. м., стр. 23—36, 1943.

Кучерывый И. М., Год работы эвакуогоспиталя, Здравоохранение Казахстана, 10, стр. 3—11, 1942.

Л а з а р е в М. Г., Итоги лечебной работы госпиталей глубокого тыла, в кн. Сб. научных работ по лечению огнестрельных ранений и отморожений в госпиталях глубокого тыла, Свердловск, стр. 5—45, 1941.

Лазаренко Ф. А., Организация медпомощи на поле боя и маневрирование средствами усиления санвзвода батальона, в кн. 1-я научная медицинская конференция М-ской армии, б. м., стр. 25—26, 1943.

Лапченко Н. С., О работе эвакогоспиталей Новосибирской области, в кн. Тр. окружн и > хирургической конференции госпиталей СибВО, Красноярск, стр. 23, 1944.

Л а ш к н а Н. Ф., Опыт организации лечения легко раненых в войсковом районе, в кн. Сан. служба в Отечественной войне, в. 1, М., стр. 77—80, 1943 (ГВСУ Красной Армии, опыт работы врачей Северо-Западного фронта).

Левит В. С., Доктрина военно-полевой хирургии в ее историческом развитии, Хирургия, 5, стр. 3—18, 1941.

Левит В. С., К 25-летию Великой Октябрьской социалистической революции (достижения советской хирургии), Хирургия, 11—12, 1942.

Л е в ч у к А. Н., Боевой опыт работы полевой санитарной службы М-ской армии за год Отечественной войны, в кн. 1-я научная медицинская конференция М-ской армии, б. м., стр. 7—14, 1943.

Левчук А. Н., Резюме 1-й научной медицинской конференции М-ской армии, в кн. 1-я научная медицинская конференция М-ской армии, б. м., стр. 44—47, 1943. Для служебного пользования.

Лейкин В. И., Из опыта работы развертывания эвакогоспиталей, Госпитальное дело, 1—2, стр. 34—36, 1942.

Леоненко П. М., Как была написана история М-ского эвакогоспиталя, Госпитальное дело, 1—2, 1945.

Лехтман Я., Лечение и эвакуация легко раненых, Тыл и снабжение Красной Армии, 8—9, 1944.

Лечение раненых и больных в эвакогоспиталях ВЦСПС по Узбекистану, в кн. Сб. научных трудов, в. 1, Ташкент, Управление ЭГ ВЦСПС, в. 1, 207 стр. с илл., 1945.

Лешинский С. Н., Хирургическая работа на Краснознаменном санитарном транспорте, Военно-морской врач, 3, стр. 3—42, 1944.

Лившиц И. Е., Опыт работы сортировочного госпиталя, в кн. Тр. 1-й хирургической конференции М-ского РЭП 27—30.УП.1942, б. м., стр. 65—69, 1943.

Лившиц И. Е. и Шейдин Е. А., О работе эвакуационно-сортировочного госпиталя, в кн. Медицинский сборник, № 1, М., стр. 29—31, 1942.

Лидский А. Т. Беречь время госпитального врача, Госпитальное дело, 8—9, стр. 7—10, 1943.

Лидский А. Т., Задачи госпиталей восстановительной хирургии, в кн. Сан. служба в дни Отечественной войны, 4, Свердловск, стр. 17—22, 1944.

Лидский А. Т., О лечебной работе в эвакогоспиталях Свердловской области, в кн. Тр. 1-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР, М., стр. 85—90, 1942.

Л и п с к и й Э. Б., Принципы работы фронтового госпиталя для легко раненых, ВСД, 3, стр. 23—29, 1942.

Л и п ч е н к о Н. С., О работе ЭГ Новосибирской области, в кн. Тр. окружной хирургической конференции госпиталей СибВО, в. 3, Красноярск, стр. 23—27, 1944.

Лихтенштейн Е. И., К вопросу о контрольной сортировке военно-санитарных поездов, в кн. Сб. научных работ эвакогоспиталей МАП—45. Киев, стр. 18—24, 1945.

Локтионов С. Д., Анализ хирургической работы в войсковом и армейском районах, в кн. Тр. 1-й хирургической конференции М-ского РЭП 27—30 июля 1942, б. м., стр. 48—54, 1943.

Лукашевич Д. Н., Практика санитарной статистической работы в войсковой части Красной Армии, Самарканд, 104 стр., 1943.

Лукиянова Л. А., Организация операционно-перевязочного блока в хирургическом полевом подвижном госпитале, ВМЖ, 3—4, стр. 96—103, 1944.

Любарский В. Г., Опыт работы медико-санитарного батальона в обороне Севастополя, в кн. Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя, М., стр. 42—50, 1943.

Львов А. Н., Хирургическая работа медико-санитарного батальона, М., Воениздат, 120 стр. с илл., 1941.

Магнитский В. И., Обеспечение войсковой операции в малярийной местности, Советское здравоохранение Узбекистана, 1, стр. 60—65, 1941.

Майстрах К., Очередные задачи медицинских сестер в работе Красного креста, Медицинская сестра, 6, 1944.

Макеева О. В., Опыт организации и работы эвакогоспиталей в Киргизской ССР, Госпитальное дело, 10, стр. 9—18, 1942.

Малиновский М. С., Организация лечения женщин военно-служащих в эвакогоспиталях НКЗдрава СССР, в кн. Тр. 3-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР и РСФСР, М., стр. 54—59, 1944.

Малиновский М. С., Санитарное обеспечение стрелкового батальона в позиционной обороне, ВМЖ, 7—8, 1945.

- Малый Е. А., Опыт командира санитарного взвода батальона и объем медицинской помощи, вынос раненых из ротного района и эвакуация их на ПМП, в кн. 1-я научная медицинская конференция М-ской армии, б. м., стр. 31—32, 1943. Для служебного пользования.
- Мамантавришвили Д. Г., Анализ основных показателей хирургической работы в эвакуогоспиталях Грузинской ССР, в кн. Тр. 2-й научн. конф. эвакуогоспиталей НКЗдрава Груз. ССР, Тбилиси, стр. 47—66, 1944.
- Мануйлов А. И., Хирургическая работа эвакуогоспиталя Сибирского военного округа за год Отечественной войны, в кн. Тр. окружной хирургической конференции госпиталей СибВО, 3, Красноярск, стр. 16—23, 1944.
- Маршинович М. Р., К вопросу постановки лечебно-эвакуационной работы ВСП на дальнейших рейсах, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 23—27, 1943 (САВО).
- Маслинковский Т. И., Организация и тактика санитарной службы английской армии, ВСД, 10, стр. 53—59, 1941.
- Маслов Т. Л., Об организации помощи при тяжелых травматических и душевных заболеваниях, в кн. Вопросы военной невропсихиатрии, М., стр. 80—89, 1943.
- Матвеев и Гияло Т. И., Вопросы организации и лечебной работы батальона выздоравливающих, в кн. Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя, М., стр. 50—58, 1943.
- Материалы по медицинской статистике эвакуогоспиталей, М., Медгиз, 63 стр., 1943 (НКЗдрав СССР, Сб. инструктивно-методических материалов по работе эвакуогоспиталей, в. 14).
- Махновский Д. Г., Опыт работы тылового эвакуопункта, ВСД, 8, 1941.
- Мац Д. И., Некоторые вопросы эвакуации раненых и больных за пределы армии, в кн. Опыт лечебно-эвакуационной работы войскового и армейского районов, б. м., действ. армия, стр. 59—64, 1944 (Сан. отдел М-ской армии 1-го Украинского фронта). Для служебного пользования.
- Мачавариани С. Н., Лучше и быстрее лечить раненых защитников отечества, В помощь медработникам эвакуогоспиталей, 6—7, 1942.
- Мащанский Ф. И., здравоохранение Ленинграда в дни Великой отечественной войны, Советское здравоохранение, 1—2, стр. 28—37, 1943.
- Медико-санитарное обеспечение десантных операций, в кн. Тр. УМС при начальнике ВСУ ВМФ, т. II, в. I, М. — Л., стр. 78—94, 1943. Для служебного пользования.
- Медяник Ф. П., Батальонный медицинский пункт во время боевой операции, ВМЖ, стр. 47—49, май 1944.
- Мерник М., СЭГ в Ленинграде (очерк), в кн. Сб. статей «Возвращение в строй», Л., стр. 25—32, 1944.
- Методика проведения профилактических осмотров, в кн. Опыт лечебно-эвакуационной работы войсковых и армейских районов, б. м., стр. 166, 1944 (Сан. отдел 1-го Украинского фронта). Для служебного пользования.
- Мешман Ф. Д., Основные недостатки в лечебно-эвакуационной работе санитарной службы Закавказского фронта и пути их ликвидации, в кн. Сб. руководящих материалов по лечебно-эвакуационной работе, Тбилиси, стр. 73—80, 1942. (СУ Закавказского фронта). Для служебного пользования.
- Мизинов Н. Н., К вопросам некоторых очередных задач нашей работы (о сан. службе Красной Армии), в кн. Вопросы хирургии в ЭГ, Горький, стр. 8—12, 1942.
- Мизинов Н. Н., О санитарной организации Красной Армии (из опыта боев с белофиннами), в кн. Сб. докладов на юбилейной сессии Горьковского мед. института им. С. М. Кирова, Горький, стр. 3—53, 1941.
- Миловидов С. И., Важнейшие задачи работы эвакуогоспиталей (итоги работы 1-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР), Госпитальное дело, 7, стр. 3—12, 1942.
- Миловидов С. И., За дисциплину в эвакуогоспиталях, Госпитальное дело, 3—4, стр. 3—4, 1942.
- Миловидов С. И., Итоги и задачи работы эвакуогоспиталей НКЗдрава СССР, в кн. Тр. 1-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР, М., стр. 5—24, 1942, Советское здравоохранение, 5—6, 1942.
- Миловидов С. И., Итоги работы эвакуогоспиталей НКЗдрава СССР за два года Великой отечественной войны, в кн. Тр. 3-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР и РСФСР, М., стр. 8—36, 1944.
- Миловидов С. Иг, Настойчиво повышать качество лечения в эвакуогоспиталях, в кн. Сб. инструктивных материалов по работе эвакуогоспиталей, в. 1, Казань, стр. 5—10, 1942.
- Миловидов С. И., Очередные задачи работы эвакуогоспиталей, Госпитальное дело, 1—2, стр. 3—7, 1942.
- Миловидов С. И., Повышать качество работы в эвакуогоспиталях, в кн. Медицинские работники в Отечественной войне, М., стр. 33—37, 1942.
- Миловидов С. И., Советское здравоохранение за 25 лет, Госпитальное дело, 11—12, 1942.

Мильштейн П. В., Санитарное обеспечение стрелковой роты и стрелкового батальона в современной войне, в кн. Военная медицина в условиях обороны Одессы И Севастополя, М., стр. 21—24, 1943.

М и н и н о в Н. Н., О санитарной организации Красной Армии. Из опыта боев с белофиннами, в кн. Сб. докладов на юбилейной сессии Горьковского мед. института им. С. М. Кирова, Горький, стр. 32—48, 1941.

М и р-К а с и м о в М. А., Роль хирургии в обороне страны, 2-е изд. испр. и доп., Баку, 37 стр., 1943 (Академия наук СССР, азербайджанский филиал). Библиогр.

Миркин И. М., К вопросу об организации работы отделений для выздоравливающих в тыловых эвакогоспиталях, в кн. Сб. научн. работ эвакогоспиталей МАП—45, Киев, стр. 25—28, 1945.

Миротворцев С. Р., Состояние лечебной работы в эвакогоспиталях Саратова и Саратовской области, в кн. Тр. 1-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР, М., стр. 75—85, 1942.

М и т е р е в Г. А., Боевые задачи советского здравоохранения, Гигиена и здоровье, 1—2, стр. 1—3, 1942.

М и т е р е в Г. А., Все па службу фронта, Советская медицина, 13—14, стр. 4—7, 1941.

М и т е р е в Г. А., За дальнейшее укрепление санитарной обороны страны, Медицинская сестра, 5—6, 1942; Гигиена и здоровье, 7, 1942.

Митерев Г. А., За санитарный порядок в тылу, М.—Л., Медгиз, 11 стр., 1941.

М и т е р е в Г. А., Задачи здравоохранения в Отечественной войне, в кн. Медицинские работники в Отечественной войне, М., стр. 5—13, 1942.

М и т е р е в Г. А., Отечественная война и задачи здравоохранения, Советская медицина, 1—2, стр. 3—7, 1942.

М и т е р е в Г. А., Отечественная война и органы здравоохранения, Советское здравоохранение, 1—2, стр. 37, 1942.

М и т е р е в Г. А., Очередные задачи здравоохранения в Освобожденных районах, Советское здравоохранение, 3—4, стр. 3—7, 1942.

М и т е р е в Г. А., Работа эвакогоспиталей тыловых районов страны. Итоги и задачи работы эвакогоспиталей НКЗдрава СССР, в кн. Тр. 2-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР, М., стр. 5—23, 1943.

Митерев Г. А., Речь па заседании Совета национальностей 29.1.1944, Советское здравоохранение, 3, стр. 3—6, 1944.

Митерев Г. А., Советское здравоохранение в годы Отечественной войны, Советское здравоохранение, 7—8, стр. 3—7, 1944.

Митерев Г. А., Успехи советской медицины (в связи с указом о награждении медработников), Известия, 12.7.11.1945.

М и т о ш и п С. Ф. и Х а п и п Э. И., Длительное лечение легко раненых, в кн. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, в. 1, М., стр. 76—80, 1943 (СУ Западного фронта).

М и т о ш и п С. Ф. и Х а п и п Э. И., Методика учета эффективности лечения в ГЛР, в кн. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, в. 1, М., стр. 81—84, 1943 (СУ Западного фронта).

Мвхалевский И. И., Эпикриз на раненых и больных, эвакуируемых на ВСП и СТС, ВСД, 1, стр. 23—25, 1943.

М о в ш о в и ч, Контрольный лист сроков лечения, Госпитальное дело, 9, стр. 47—51, 1944.

Молчанов Н. С., Организация терапевтической помощи и анализ заболеваний в войсках Волховского фронта, в кн. Тр. совещания терапевтов Волховского фронта, Вологда, стр. 5—24, 1943.

Молчанов Н. С., Зак Ю. И. и др., Эвакуация раненых в зимних условиях, ВСД, 10, стр. 57—60, 1942.

М о р е й п и с И. А., Опыт организации руководства лечебным процессом начальником госпиталя, Госпитальное дело, 10, стр. 16—20, 1943.

М о с т у н (письмо), в кн. Письма по организационным вопросам военной медицины, б. м., стр. 38—41, 1943 (ЛЭУ ГВСУ). Для служебного пользования.

Мошлат Г. П., Организация работы МСБ в различных условиях, в кн. 1-я научная медицинская конференция М-ской армии, б. м., стр. 37, 1943. Для служебного пользования.

Мясищев В. Н., О тонизирующей фармакотерапии в практике военного времени, в кн. Нервно-психические заболевания военного времени. Л., стр. 60—65, 1945.

Навроцкий В. К. и др., Задачи органов здравоохранения в деле экспертизы труда и трудоустройства инвалидов Отечественной войны, Врачебное дело, 1—2, 1945.

Наринский И., Санитарное обеспечение войск в наступательном бою, Тыл и снабжение Красной Армии, 8—9, стр. 10—12, 1943.

Научная тематика на 1943 г., Калинин, 26 стр., 1943 (ВСУ Калининского фронта).

Начальникам санитарной службы фронтов и армий, в кн. Письма по организационным вопросам военной медицины, б. м., стр. 31—36, 1943 (ЛЭУ ГВСУ). Для служебного пользования.



Нейман И. В., Опыт организации госпиталя для контуженных, Госпитальное, дело, 11—12, 1942.

Некоторые данные о лечении раненых за год Отечественной войны по материалам Санитарного управления МВО, в кн. Опыт постановки функционального лечения в эвакуогоспиталях, М., стр. 39—42, 1944.

Некрасов Я. И. и Полтанцев А. Н., Опыт устройства эвакуогоспиталя в приспособленном здании, Госпитальное дело, 5—6, стр. 35—40, 1942.

Нерославский М. М., Опыт работы организации крупного эвакуогоспиталя, в условиях района, Госпитальное дело, 7, стр. 23—28, 1943.

Неупокова Т. Л., Достижения здравоохранения на селе за период Великой отечественной войны, Фельдшер и акушерка, 10—11, стр. 7—13, 1943.

Никитин А. П., Хирургическая помощь раненым в военно-морской базе, Военно-морской врач, 3, 1942.

Никитский В. С., К вопросу планирования здравоохранения в военное время, Советское здравоохранение, 8—9, стр. 35—36, 1942.

Николаев А. Н., Лечение и эвакуация больных на Южном фронте, в кн. Тр. 5-го пленума УМС при начальнике ГВСУ Красной Армии, М., стр. 166—174, 1942. Для служебного пользования.

Ниссельсон Г. М., Опыт работы эвакуогоспиталя, в кн. 1-я научная медицинская конференция М-ской армии, б. м., стр. 40—41, 1943. Для служебного пользования.

Новиков А. А., Медицинское обеспечение узла сопротивления, в кн. Сб. материалов и статей, № 5, б. м., стр. 3—9, 1943.

Новиков В. Н., Организация и работа санитарной службы в войсковом районе. Краткие сведения для врачей и фельдшеров, М., Медгиз, 31 стр. с илл., 1941 (НКЗдрав СССР, 6-ка войскового врача).

Новицкий Б. Е., Из опыта работы гарнизонного врача в условиях глубокого тыла, в кн. Сб. работ сан. службы СибВО, 2, М., стр. 71—75, 1943.

Новицкий Б. Е., О некоторых узловых вопросах эвакуации, в кн. Сб. научных работ эвакуогоспиталей, М., Медгиз, стр. 9—10, 1942 (Сан. отд. СибВО).

Новоселов Г. Ф., Прием и сортировка раненых в госпиталях при массовом поступлении, в кн. Медико-санитарная служба Краснознаменного Балтийского флота, в. 5, М. — Л., стр. 18—20, 1945.

Новожилов Д. А., Реконструированные носилки для транспортировки и лечения раненых в позвоночник в войсковом районе, ВСД, 8, стр. 90—93, 1941.

Новотельное С. А., Современная организация военной ортопедии, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 14—20, 1943.

Но дия М. Ю., Госпитальные исходы по материалам эвакуогоспиталей ВЦСПС по Грузинской ССР, в кн. Тр. 2-й научн. конф. эвакуогоспиталей НКЗдрава Груз. ССР, Тбилиси, стр. 22—25, 1944.

О госпиталях для легко раненых и легко больных, ВСД, 1—2, стр. 68—69, 1942.

О медицинской сортировке и эвакуации по назначению так называемых легко раненых в полевой санитарной службе, ВСД, 4, стр. 57—60, 1943.

О методах улучшения работы отделов эвакуогоспиталей, Госпитальное дело, 12, стр. 3—8, 1944.

О подготовке к работе в зимних условиях (директива начальника ГВСУ Красной Армии Е. И. Смирнова), в кн. Сб. руководящих материалов по лечебно-эвакуационной работе, Тбилиси, стр. 28—34, 1942 (СУ Закавказского фронта. Для служебного пользования).

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

О представлении медицинской отчетности по линии отделов и управлений эвакуогоспиталей областных, краевых здравотделов и НКЗдравов АССР и СССР. Приказ по НКЗдраву СССР от 23.XI.1943 г., № 628, в кн. Сб. приказов и инструкций НКЗдрава СССР, 1, М., стр. 43—47, 1944.

О работе эвакуационных групп, в кн. Опыт лечебно-эвакуационной работы войскового и армейского районов, б. м., действ. армия, стр. 162—163, 1944. (Сан. отд. М-ской армии 1-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

О развертывании МСБ и ПП первой линии, в кн. Опыт лечебно-эвакуационной работы войскового и армейского районов, б. м., стр. 164, 1944 (Сан. отд. 1-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Об организации и работе АХО из резервных ППГ, в кн. Опыт лечебно-эвакуационной работы войскового и армейского районов, б. м., стр. 167, 1944 (Сан. отд. 1-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Об организации смешанного терапевтического инфекционного госпиталя, в кн. Опыт лечебно-эвакуационной работы войскового и армейского районов, б. м., стр. 165, 1944 (Сан. отд. 1-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Общие доклады о состоянии санитарной службы в период войны, в кн. Санитарная служба русской армии в войне 1914—1917 гг., Куйбышев, стр. 85—149, 1942.

Огурцов П. А. и Минин М. К., Организация и тактика санитарной службы роты, батальона. Учебное пособие, Свердловск, Медгиз, 96 стр. с илл., 1942.

Олешкевич И. Б., Организация хирургической работы в медико-санитарном батальоне, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 312—317, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Опыт организации эвакогоспиталей в освобожденных областях Украины, Госпитальное дело, 9, стр. 7—10, 1944.

Опыт работы медико-санитарных отрядов, в кн. Тр. УМС при начальнике ВСУ ВМФ, т. II, в. 1, М., стр. 94—102, 1943. Для служебного пользования.

Опыт работы эвакогоспиталей за год Отечественной войны, Сб. статей, Горький, Государственный мед. институт им. С. М. Кирова, 154 стр. с илл., 1942 (НКО, Управление М-ского ЭП).

Организация военно-санитарного дела и военно-санитарная тактика (доклады) в кн. 1-я научная медицинская конференция М-ской армии, б. м., стр. 7—48, 1943.

Организация военно-санитарной службы и основы санитарной тактики германской армии, в кн. Сб. переводов из иностранных военных медицинских журналов, М., стр. 3—8, 1941.

Организация и тактика санитарной службы, в кн. Военно-санитарный справочник, М., стр. 1—69, 1941.

Организация работы эвакогоспиталей, М.—Казань, Медгиз, 85 стр., 1942 (НКЗдрав СССР, Главное управление эвакогоспиталей, Сб. инструктивно-методических материалов по работе эвакогоспиталей, в. 4). Для служебного пользования.

О р н а т с к а я Н. В., Дефекты работы передовых этапов эвакуации, в кн. Тр. 1-й хирургической конференции М-ского РЭП 27—30. VII. 1942, б. м., стр. 59—64, 1943.

Осипов В. В., К вопросу об авиаэвакуации раненных в грудную полость, Проблемы туберкулеза, 11—12, стр. 22—23, 1941. Библиогр.

Осипов В. В., Эвакуация раненных по воздуху (клинико-экспериментальные исследования) (диссертация), Ленинград, ВМА, 510 стр. с илл., 1941.

Осипов Е. М., Опыт организации сортировочного отделения ППГ в условиях сельского расквартирования, в кн. Санслужба в Отечественной войне, М., стр. 70—72, 1943 (ГВСУ Красной Армии, опыт работы врачей Северо-Западного фронта, в. 1). Для служебного пользования.

Очкин А. Д., Дефекты предыдущих этапов эвакуации, отображенные в госпиталях глубокого тыла, в кн. Сб. научных работ эвакогоспиталей, М., стр. 14—19, 1942 (Сан. отд. СибВО).

Павленко П. А., Хирургическая работа медико-санитарной роты в Заполярье (по данным бригады морской пехоты).

Павловский В. Н., Медицинское обеспечение наступательной операции армии, ВМЖ, стр. 54—69, март — апрель 1944.

Павловский К. Н., Некоторые итоги работы эвакогоспиталей Среднеазиатского военного округа за первый год Отечественной войны, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 5—13, 1943.

Палей Р. А., Опыт организации приема раненных в эвакогоспиталях, в кн. Тр. эвакогоспиталей системы ФЭП № 50 и лечебных учреждений армий, № 5—6, Л., стр. 23—28, 1943 (ВСУ Ленинградского фронта).

Паллади А. М., Индивидуальный план лечения раненных, Госпитальное дело, 8—9, 1943.

Памятка для врача, медстатистика и регистратора, заполняющих карточку учета раненных и больных, М., 4 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии) (ф. № 3).

Панин К. К., Организационные вопросы работы сортировочного госпиталя госпитальной базы фронта, ВСД, 1, стр. 37—41, 1943.

Пашков В. Н., Медико-санитарное обслуживание топографических частей, ВСД, 3, стр. 66—70, 1941.

Первая помощь при ранениях (намятка), Баку, 12 стр., 1941 (НКЗдрав Азербайджанской ССР, Центр, методическая санитарно-просветительная станция).

Перфильев Н., Организация санитарного обеспечения боевых действий застав, Пограничник, 6, стр. 25—26, 1941. \*

Петренко И. К., Опыт организации эвакогоспиталей в освобожденных областях Украины, Госпитальное дело, 9, стр. 7—10, 1944. ~

Петров Б. Д., Здравоохранение в районах, освобожденных от врага, Проблемы туберкулеза, 1—2, стр. 3—13, 1942.

Петров В., Опыт управления грункой госпиталей, Госпитальное дело, 9, стр. 16—20, 1944.

Петров В. П., На каких этапах санитарной эвакуации войскового района следует проводить лечение малярии, Советское здравоохранение Узбекистана, 1, стр. 55—60, 1941.

Петров В. Ф., Сроки лечения ранений и этапы эвакуации (диссертация), б. м., 87 стр., 1943 (СУ Западного фронта). На пишущей машинке Ч

<sup>1</sup> Продолжение в № 4—5 ВМЖ, 1946. (Продолжение следует.)

ИЗ ИСТОРИИ ВОЕННОЙ  
МЕДИЦИНЫ

Действ. член Академии медицин-  
ских наук проф. И. Д. Стр-  
шун. Кутузов и забота о  
раненых в 1812 г. .... 50

Полковник мед. службы проф.  
А. Н. Максименков. Бо-  
лезнь и последние дни Н. И.  
Пирогова..... 51

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д. М а-  
каров. Библиография по  
военной медицине за -годы  
Отечественной войны (про-  
должение) .....58

PHOM THE HISTORT  
OP 1ГЛ? МЕОІСІНЕ

РзоІ. І. В. 81 г а з Ъ и п, НевШар  
МетБег о! Ле Асабегу оГМе-  
5ІсаІ 8сіенсез. КиЛгоч апЛ  
Ле Саге о! 5Уоипсіе<1 Іп 1812 . . 50

СоІопеІ ПроБ А. М. М а х! т е п к о ч.  
ТЪе Шпезз о! ІЯ. І. РІго§очад  
Ыз Баз! Вауз..... 51

ВІВЬЮОГ-АРНТ

СоІопеІ І. В. М а к а г о V. ВІЫо§га-  
рЪу оп №аг МесІІсіпе ЛгоисЪон!  
Ле Ра(гІоІІс МІаг (СоИИпеа). . 58

ОПЕЧАТКА

в № 12 „Военно-медицинского журнала\* 1945 г.

Стр.	Строка	Напечатано	Следует читать
62	15 сверху	Профилактика растений	Профилактика астений

2 руб.