

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ

Ж У Р Н А Л



12

ДЕКАБРЬ

МЕДГИЗ · 1947

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Подполковник мед. службы проф. И. Л. Крупко. Восстановительные операции в инфицированном очаге	3
Майор мед. службы кандидат мед. наук П. С. Садковский. Лечение проникающих ранений шеи в войсковом районе	9
Майор мед. службы Т. В. Путилин. Огнестрельные ранения бедра	15
Подполковник мед. службы В. М. Крейнин. Лечение пенициллином пиококковых заболеваний кожи	18

ВОПРОСЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

Майор мед. службы М. Г. Тагиев. Опыт противэпидемической работы инфекционного госпиталя в период Отечественной войны 1941—1945 гг.	23
Майор медицинской службы Н. С. Полянский. О течении инфекции, вызванной палочкой Бреслау у людей	28
Майор мед. службы Я. И. Яковлев. Способ стерилизации чашек Петри в походных условиях	31

ВОПРОСЫ ВОЕННОЙ ГИГИЕНЫ

Инженер-майор Е. И. Балашев. Использование пара для осветительных целей	32
---	----

ИЗ ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Подполковник мед. службы Е. М. Маргорин. „Памятка“ (Memorandum) И. В. Буяльского	36
--	----

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д. Макаров. Библиография по военной медицине за годы Великой отечественной войны (1941—1945 гг.) (продолжение)	43
Перечень статей, рецензий, рефератов и объявлений, напечатанных в „ВМЖ“ за 1947 г.	49



ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Редактор

генерал-лейтенант медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН

Зам. редактора

генерал-лейтенант медицинской службы А. Я. БАРАБАНОВ

Секретарь

полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ

Члены редколлегии:

генерал-майор медицинской службы Ф. Ф. БЕРЕЗКИН,
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы Н. Н. ЕЛАНСКИЙ,
полковник медицинской службы С. А. ПОСПЕЛОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН,
полковник медицинской службы В. В. СКВОРЦОВ,
генерал-майор медицинской службы Л. А. ХОДОРКОВ

12

ДЕКАБРЬ

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 20

Редактор *Н. И. Завалишин*

Техн. редактор *А. Ф. Аксенов*

Г82418. Издается с 1823 г. Сдано в пр-ство 30.IX.1947 г. Подп. к печати 19.XI.1947 г.
Форм. бум. 70 × 108^{1/4}. Печ. л. 3,25. Уч.-изд. л. 5,7. В 1 печ. л. 65 000 зн.
Цена 2 р. Заказ 599.

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

Подполковник мед. службы проф. И. Л. КРУПКО

ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ИНФИЦИРОВАННОМ ОЧАГЕ¹

Из кафедры ортопедии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова
(нач. кафедры — генерал-майор мед. службы проф. С. А. Новотельнов)

Немало свищей, образовавшихся на почве остеомиелита при наличии деформации кости или ложного сустава, не заживает годами. В таких случаях показана восстановительная операция. Но так как остеомиелитический процесс служит противопоказанием для такой операции, хирургическое лечение неправильно сросшихся или несросшихся огнестрельных переломов, осложненных остеомиелитом, обычно производят в два этапа, разделенных друг от друга более или менее продолжительным промежутком времени. При этом секвестрэктомию предшествует восстановительной операции. Сроки заживления раны после секвестрэктомию, как известно, довольно неопределенны, а результаты не всегда благоприятны. К восстановительной операции можно приступить лишь через много месяцев после ликвидации остеомиелита. Сокращение этого срока увеличивает риск вспышки дремлющей инфекции.

Разделение хирургического лечения неправильно сросшегося или несросшегося перелома, осложненного остеомиелитом, на два этапа не всегда необходимо. Наши наблюдения показали, что при строгом соблюдении некоторых условий в ряде случаев секвестрэктомию можно совместить с восстановительной операцией на скелете. Эти условия можно формулировать следующим образом.

1. Дополнительная к трепанации и секвестрэктомию травма, наносимая здоровым участкам кости, должна быть минимальной.

2. Секвестрэктомию и восстановительную операцию одномоментно возможно производить только в случаях с хроническим вяло текущим остеомиелитом.

3. Применение ауто- и гетеропластического материала недопустимо.

4. Полный отказ от наложения швов на операционную рану.

При соблюдении этих условий восстановительную операцию можно производить независимо от характера флоры свища. Трепанация и секвестрэктомию в той или иной степени повреждают, а часто разрушают вовсе заградительный барьер, созданный организмом и защищающий соседние ткани от инфекции. Однако, как правило, обострения и распространения остеомиелитического процесса при этом не наблюдается. Очевидно, здесь сказывается влияние главным образом трех факторов: а) механической очистки очага от микробов и питающего их мертвого субстрата, б) воздействия общих иммунизирующих сил организма и в) свободного выхода отделяемого при незакрытой ране. Поэтому, если травма, наносимая восстановительной операцией здоровым участкам кости, минимальна, нет оснований ожидать осложнений.

Оставление в ране ауто- и гетеротрансплантатов противоречит одному из основных условий механической очистки очага от всего мертвого и отмирающего, служащего питательной средой для микроорганизмов. Практика подтверждает, что костная пластика с применением ауто- и гетеротрансплантата в инфицированных очагах всегда обречена на неудачу. Наиболее важное условие, хирургического восстановле-

¹ Статья печатается в порядке обсуждения. Редакция.

ния дефектов скелета в инфицированном очаге — безоговорочный отказ от наложения швов на рану. Всего мы произвели 59 секвестрэктомий в сочетании с той или иной восстановительной операцией.

Операция секвестрэктомии, дополненная операцией остеотомии

В практике мы нередко встречаемся с такими случаями остеомиелита, когда во время трепанации и секвестрэктомии неожиданно и при ничтожном насилии происходит перелом кости. Причина такого перелома — резкое истончение трепанированной кости. Каких-нибудь осложнений в подобных случаях в послеоперационном периоде мы не отмечаем. Это и понятно, так как травма, вызывающая перелом, ничтожна, а степень дополнительного повреждения кости при этом немногим больше того, что требует трепанация и секвестрэктомия. Эти рассуждения вполне применимы к случаям огнестрельных переломов костей, осложненных остеомиелитом, и прежде всего к переломам с замедленной консолидацией, с неполным сращением, а также к консолидировавшимся переломам, костная мозоль которых значительно поражена остеомиелитическим процессом. В таких случаях трепанация и секвестрэктомия сами по себе нередко приводят к полному разъединению мозоли или же ничтожное дополнительное насилие дает тот же результат. Впервые подобный случай огнестрельного перелома мы наблюдали в конце 1942 г. в одном из госпиталей Центрального фронта. Больной поступил с остеомиелитом еще недостаточно окрепшей костной мозоли после огнестрельного перелома бедра. Во время операции трепанации костной мозоли и секвестрэктомии произошла рефрактура, причем в послеоперационном периоде никаких осложнений не было.

Все это дало нам повод в некоторых случаях неправильно сросшихся огнестрельных переломов, осложненных остеомиелитом, трепанацию и секвестрэктомия дополнять операцией остеотомии для устранения деформации или укорочения конечности.

Такие сочетанные операции мы сделали 27 больным. К сожалению, из-за ряда обстоятельств мы не знаем отдаленных результатов. Тем не менее доказана самая возможность остеопластических операций в инфицированном очаге, а также определены показания к ним.

Сигналом, предостерегающим от подобного рода вмешательств, служат обострения остеомиелитического процесса, дальнейшее распространение его на здоровые до того участки костной ткани, общая реакция со стороны организма. В зависимости от степени развития костной мозоли и распространенности остеомиелитического процесса можно наших больных разделить на три группы (табл. 1).

Таблица 1

Состояние болезни	Число случаев	Из них	
		бедра	голень
Частично обызвествленная костная мозоль (неполная консолидация). Остеомиелит костной мозоли	19	16	3
Консолидация полная. Распространенный остеомиелит костной мозоли	7	6	1
Консолидация полная. Костная мозоль сильно выражена. Ограниченный остеомиелит костной мозоли	1	1	—
Всего	27	23	4

Ни у одного из оперированных больных первой группы осложнений не наблюдалось, послеоперационный период у всех протекал, как обычно при остеомиелите.

Послеоперационное течение у больных второй группы проходило по-разному. У 5 из них в течение первых 10—12 дней температура поднималась до 38—38,5°, но общее состояние оставалось вполне удовлетворительным. Воспалительный процесс, вначале несколько обострившийся, не имел тенденции к распространению и вскоре либо затихал, либо принимал хроническую форму. К третьей группе относится больной К., на истории болезни которого мы остановимся подробнее.

Больной К., 30 лет, 14.IX.1942 г. получил огнестрельный перелом правого бедра в верхней трети. К концу января 1943 г. перелом сросся при типичном смещении центрального отломка, вследствие чего конечность укорочена на 11,5 см. Остеомиелит бедренной кости. Дважды (4.XII.1942 г. и 17.V.1943 г.) производилась секвестрэктомия. В последние 3 месяца свищ периодически закрывался. На рентгенограмме на месте бывшего перелома мощная костная мозоль. Поперечник кости на этом месте в 2 раза больше нормального. Резкий остеосклероз. Поверхностно расположенный секвестр. 28.IX.1943 г. секвестрэктомия и косая остеотомия. Последняя произведена с трудом, вследствие значительной толщины бедренной кости на месте бывшего перелома и выраженного склероза. Рана не зашита. Скелетное вытяжение спицей Киришнера. Со второго дня после операции в течение 40 дней температура в пределах 40°. Общее тяжелое состояние. Посев гноя дал рост белого стафилококка и негемолитического стрептококка. 12.X.1943 г. вскрыт гнойный затек на задней поверхности бедра. Вытяжение через 55 дней заменено гипсовой повязкой. К этому времени сформировались 3 свища. Сращение на месте остеотомии наступило к концу четвертого месяца при укорочении конечности на 5,5 см. Распространенный остеомиелит бедренной кости.

Если для больных первых двух групп остеотомия явилась лишь небольшим и малотравматичным дополнением к секвестрэктомии, то в последнем случае это условие не было соблюдено. Остеотомия явилась не дополнительной, а ведущей, притом весьма травматичной (сильное развитие костной мозоли и склероз ее). Так как операция была сделана в инфицированном очаге, остеомиелитический процесс распространился и резко обострился.

Секвестрэктомия, дополненная операцией канализации (по Беку)

Не меньше забот приносят нам больные с замедленной консолидацией и ложными суставами, страдающие вместе с тем остеомиелитом концев костных отломков.

Если стояние отломков удовлетворительно и диастаз между ними не превышает 0,5 см, то после секвестрэктомии мы производили типичную операцию канализации по Беку.

Всего в нашей клинике и в эвакогоспитале мы произвели 25 таких операций. Во всех случаях полная консолидация наступала через 2—6 месяцев после операции. Остеомиелитический процесс закончился у 18 больных. Бактериологическое исследование отделяемого из свищей, производимое до операции, обычно показывало наличие золотистого стафилококка, реже стрептококка, не дающего гемолиза протeya, грамположительного диплококка или комбинаций этих микробов. Ни у одного больного в послеоперационном периоде не отмечено каких-нибудь осложнений. Температура у больных оставалась нормальной или повышалась в течение первых 3—4 дней до 37,3—37,6°.

1. Больной Г-в, 19 лет, 17.IX.1944 г. получил пулевое ранение правой голени с переломом большеберцовой кости. 22.XII.1944 г. секвестрэктомия. Поступил в клинику 24.III.1945 г. по поводу незакрывающегося свища и невозможности нагружать конечность. На передне-внутренней поверхности нижней трети правой голени имеется свищ со скудным гнойным отделяемым. В этой же области определяется патологическая подвижность. На рентгенограмме овальный дефект в толще нижней трети большеберцовой кости. Ясная линия несросшегося перелома большеберцовой кости, пересекающая в поперечном направлении отмеченный дефект костного вещества.

По линии псевдартроза расположено 5 ясно очерченных небольших секвестров. Концы костных отломков склерозированы (рис. 1).

15.IV.1945 г. операция. Под эфирным наркозом разрез мягких тканей через свищ по передне-внутренней поверхности поверхности нижней трети правой голени. После частичного иссечения рубца, расположенного между костными отломками, удалены свободно лежащие секвестры. Электросверлом, охлаждаемым физиологическим раствором, сделаны 8 каналов из одного отломка по направлению к другому. Рана



Рис. 1. Больной Г-в. Псевдартроз и остеомиелит большеберцовой кости после огнестрельного перелома



Рис. 2. Тот же больной после операции



Рис. 3. Больной Л-н. Псевдартроз и остеомиелит плечевой кости после огнестрельного перелома

загипнана белым стрептоцидом. Сухая повязка. Гипсовая повязка на голень, фиксирующая коленный сустав и стопу. В день операции вечерняя температура $37,6^{\circ}$, вечером следующего дня — 37° , в дальнейшем — нормальная. На 4-й день после операции, несмотря на запрещение, больной начал ходить с помощью костылей. Через 10 дней после операции много ходит, полностью нагружая конечность.

С 25.IV.1945 г. получал курс инъекций сыворотки Богомольца. 16.V.1945 г. выписан в гипсовой повязке для амбулаторного лечения.

30.V.1945 г., т. е. через полтора месяца после операции, в силу создавшихся условий больной вынужден был проделать переход в 15 км. Так как гипсовая повязка служила «помехой», то больной снял ее и весь путь прошел пешком, не испытывая при этом никакой боли. Мы были крайне озадачены этим обстоятельством, но клинический осмотр и контрольный рентгеновский снимок (рис. 2) разъяснили, что на месте бывшего псевдартроза наступила прочная консолидация. Свищ закрылся. При очередной встрече с больным 8.III.1946 г. выяснилось, что он чувствует себя вполне здоровым и признан годным для службы в армии.

2. Больной Л-н, 40 лет, 4.VIII.1944 г. получил слепое осколочное ранение правого плеча с переломом кости. Инородное тело удалено в день ранения. 17.X.1944 г. и 26.II.1945 г. секвестрэктомия. 16.V.1945 г. поступил в клинику с явлениями псевдартроза плечевой кости в верхней трети и незакрывающимся свищом. На рентгенограмме (рис. 3) выраженный склероз концов костных отломков, ясная линия псевдартроза, на конце центрального отломка несколько секвестров.

28.V.1945 г., т. е. почти через 10 месяцев после ранения, секвестрэктомия и операция канализации по Беку. После удаления секвестров сделано 6 каналов из одного отломка в другой. В раны введены тампоны с рыбьим жиром. Отводящая гипсовая повязка. После операции температура не повышалась. Состояние больного хорошее. Через 2 1/2 месяца гипсовая повязка снята. Клинически и рентгенологически — полная консолидация. Явлений остеомиелитического процесса на рентгенограмме не отмечается (рис. 4). Свищ держится. 21.IX.1945 г. кюретаж свищевого хода. 5.X.1945 г. свищ закрылся и больной выписан домой. При обследовании в марте 1946 г. отмечена хорошая функция руки. Свищ периодически открывается.

3. Больной Г-н, 28 лет, 1.X.1944 г. получил открытый перелом обих костей левой голени. В клинику поступил через 7½ месяцев после перелома без явлений консолидации, со свищом, расположенным на передне-внутренней поверхности средней трети голени. На рентгенограмме типичный псевдартроз и остеомиелит с 2 ясно выделяющимися секвестрами (рис. 5).



Рис. 4. Тот же больной после операции



Рис. 5. Больной Г-н. Псевд-артроз и остеомиелит большеберцовой кости после огнестрельного перелома

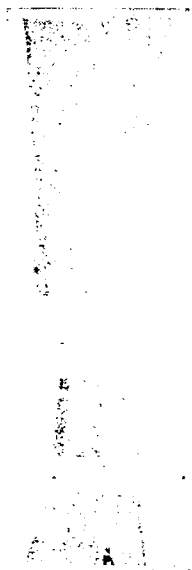


Рис. 6. Тот же больной после операции

28.V.1945 г. секвестрэктомия и операция канализации по Беку. Послеоперационное течение без всяких осложнений. 8.VII.1945 г. выписан для амбулаторного лечения. 10.IX.1945 г. гипсовая повязка снята. Наступила полная консолидация. Свищ закрылся (рис. 6).

Секвестрэктомия, дополненная освежением концов и сближением отломков

В случае неправильного стояния отломков, пораженных остеомиелитом, или диастаза между ними, превышающего 0,5 см, наряду с секвестрэктомией, необходимо попытаться ликвидировать ложный сустав.

В таких случаях, помимо удаления секвестров, надо убрать фиброзную ткань, расположенную между концами костных отломков, освежить последние и, сблизив их, фиксировать конечность гипсовой повязкой. Указанные дополнительные к секвестрэктомии манипуляции весьма незначительны, очень часто вообще отвечают требованиям самой секвестрэктомии и поэтому не осложняют оперативного вмешательства.

Мы произвели 7 таких операций, причем в 5 случаях перелом сросся. Для иллюстрации сказанного приведем краткие выдержки истории болезни.

В первые дни Отечественной войны лейтенант К. получил множественные ранения тела осколками мины и в том числе перелом правой плечевой кости в средней трети. К июню 1942 г. перелом плечевой кости не сросся, держится свищ. На рентгенограмме ясно определяется ложный сустав и остеомиелит концов костных отломков, отстоящих друг от друга на расстояние около 1,5 см. 17.VI.1942 г. секвестрэктомия. Удалена фиброзная ткань, расположенная между отломками кости и секвестра. Отломки кости сближены. Рана мягких тканей выполнена тампонами, смоченными 10% раствором хлористого натрия. Гипсовая повязка с корсетом.

В последующем перевязки производились через окно, сделанное в гипсовой повязке. Операционная рана зажила через 3 месяца. Еще через 2 месяца гипсовая повязка снята. На месте бывшего ложного сустава плечевой кости прочная консолидация.

В случаях ложного сустава с небольшим диастазом и остеомиелитом концов костных отломков секвестрэктомию можно дополнить простыми манипуляциями, не осложняющими основного оперативного вмешательства, но часто дающими блестящий эффект.

Подобное вмешательство нельзя с одинаковым успехом выполнить на любом участке конечности. Наиболее удобным сегментом является плечевая кость. Очень важно целиком иссечь рубец, разъединяющий костные отломки, в противном случае сблизить их не удастся.

Больной А., 47 лет, 9.X.1944 г. получил слепое осколочное ранение левого плеча с переломом кости. 8.I.1945 г. секвестрэктомию. Поступил в клинику 20.VIII.1945 г. по поводу незаживающего свища и ложного сустава плечевой кости. 13.IX.1945 г. секвестрэктомию и сближение отломков. После удаления секвестров и рубцовой ткани, расположенной между концами отломков, последние освежены и сделана попытка их сближения. Однако из-за большого распространения рубца, в котором на значительном протяжении прочно фиксированы отломки, сближение не удалось. Наложена гипсовая повязка с корсетом. Повторные попытки сближения отломков также ни к чему не привели. Свищ закрылся 12.XII.1945 г. Больной выписан для амбулаторного наблюдения.

В литературе мы встретили указания на то, что попытки костнопластических операций в инфицированном очаге уже производились. Работы некоторых авторов (Богораз, Куслик, Гольц, Гулке) показывают, что эти операции можно применять после того, как стихнут острые явления инфекции. Куслик, наряду с секвестрэктомией костной мозоли, производил и остеотомию. Гулке вместе с секвестрэктомией соединял отломки при псевдартрозах костным швом, пластинкой Лэна и т. п. Святухин в 3 случаях применил костный шов в то время, когда в ране имелось небольшое нагноение. Последний автор считает, что полученный успех является исключением. Однако накапливающиеся наблюдения позволяют думать, что остеопластические операции в инфицированном очаге вполне возможны, но при строгом учете показаний и выполнении определенных условий.

В ы в о д ы

Опасность производства некоторых восстановительных операций на скелете в инфицированном очаге надо считать преувеличенной. При соблюдении ряда условий возможно сочетать секвестрэктомию с той или иной восстановительной операцией.

Сочетание секвестрэктомии с остеотомией показано в тех случаях, когда при значительной деформации или укорочении конечности имеется неполная консолидация перелома или же когда костная мозоль оказывается сильно истонченной, так что требуется незначительная добавочная травма, чтобы, полностью мобилизовав отломки, правильно установить их длительным скелетным вытяжением.

Комбинация указанных операций позволяет рано устранить, наряду с остеомиелитом, тяжелые деформации и укорочения. Однако при неправильном учете показаний такая операция чревата осложнениями, возможность которых необходимо иметь в виду.

Секвестрэктомию в сочетании с операцией канализации по Беку нужно применять во всех случаях, где показана операция Бека, независимо от наличия или отсутствия остеомиелита. То же в равной мере относится к секвестрэктомии, дополненной освежением концов и сближением отломков¹.

¹ По данным многих авторов применение пенициллина позволяет производить операцию остеосинтеза после удаления секвестра с последующим зашиванием наглухо.

ЛЕЧЕНИЕ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЙ ШЕИ В ВОЙСКОВОМ РАЙОНЕ

Огнестрельные повреждения шеи в процентном отношении составляют очень небольшую группу. По данным нашего МСБ, за 21 месяц Великой отечественной войны (июль 1943 г.—март 1945 г.) процент раненных в шею к общему числу прошедших через МСБ раненых равен 1,6. Следует отметить, что МСБ принимал нередко раненых и из других дивизий. Проникающие ранения шеи составляли 0,4%. Эти ранения относятся к разряду очень тяжелых повреждений; раненые часто гибнут на поле боя, и лишь небольшое число их достигает этапов медицинской эвакуации войскового района. Наличие специализированных армейских госпиталей с ЛОРгруппами позволяет МСБ отправлять туда раненных в шею для хирургической обработки. Тем не менее хирургам войскового района часто приходится вмешиваться при ранениях шеи по витальным показаниям, при задержке раненых в МСБ из-за шока и по другим причинам (отсутствие транспорта, бездорожье и пр.).

Из 223 раненных в шею непроникающие ранения были у 167 и проникающие — у 56 человек. Следует отметить, что здесь может иметь место и ошибка в диагнозе: в ряде случаев проникающие ранения с завуалированными симптомами попадают в графу непроникающих. Мы считаем нужным отметить, что поражения эндовисцеральных пространств шеи, заключенных в эндовисцеральную фасцию, следует относить к проникающим повреждениям, как это мы делаем по отношению к париетальной брюшине или плевре даже и без повреждения органов. Это тем более верно, что нагноительные процессы, начавшиеся в этих щелях, могут привести к тяжелым осложнениям (нисходящий медиастинит). Сюда же должны быть отнесены дно полости рта и окологлоточное пространство, расположенное выше уровня подъязычной кости.

При изучении нагноительных процессов шеи мы видели взаимосвязь этих двух пространств и связь их с некоторыми межпозвоночными промежутками собственно шеи, при распространении процессов по протяжению. К тому же при поражении этих областей может быть повреждена средняя часть глотки и носоглотка.

Из 56 проникающих ранений шеи за указанный период оперировано в МСБ 48 человек, остальные направлены для операции в госпиталь.

Следует отметить, что более или менее правильный топический диагноз в МСБ можно поставить только при оперативном вмешательстве, а чаще всего лишь с помощью специальных исследований (эндоскопия, иногда рентгенография), доступных лишь в специализированном госпитале.

Из 6 умерших в МСБ за указанный период один раненый погиб не от ранения шеи, являвшегося сопутствующим повреждением, а от обширного гемопневмоторакса с повреждением позвоночника; 5 человек погибли от ранений шеи, что равно 9,1%.

Кроме 48 операций, произведенных нами за указанные 21 месяц, для иллюстрации клиники повреждений и вида операций мы разберем также 30 операций, произведенных нами в этом же МСБ и ХППГ с января 1942 г. по июнь 1943 г., т. е. за 16 месяцев первых двух лет войны.

Всего сперировано 78 раненных в шею (69 в МСБ и 9 в ХППГ), умерло 15 человек (13 в МСБ и 2 в ХППГ), из них 3 погибли от тяжелых сопутствующих повреждений грудной полости.

Пулевые ранения были у 22 человек (сквозных 17, слепых 5), осколочные ранения — у 56 человек (сквозных 4, слепых 51, касательных 1).

Классификация ранений

Повреждения дыхательных путей:

а) гортани	14
б) трахеи	8
Повреждения пищеварительного тракта (гип фаринкс и пищевод)	9
Комбинированные повреждения дыхательной и пищеварительной трубок	6
Щитовидная железа и ее сосуды	4
Пространства эндовисцеральные, дна полости рта с мезофарингксом и окологлоточные	27

Крупные кровеносные сосуды:

а) общая сонная артерия	6
б) внутренняя яремная вена	4

Всего 78

Дно полости рта часто повреждается при переломе нижней челюсти, но мы эти случаи не разбираем.

Опишем основные клинические симптомы проникающих ранений шеи, которые мы наблюдали в войсковом районе.

При повреждении гортани и трахеи изменяется голос, имеется охриплость, иногда афония. Подкожную эмфизему мы наблюдали 10 раз, чаще при повреждении трахеи. Стенотическое дыхание является грозным симптомом, но оно не всегда сопровождает повреждения гортани и трахеи (мы встретили 9 раз). Дыхание может свободно происходить через поврежденную часть органа (наблюдали у 5 раненых). Глотание нередко болезненно, но ни разу не было затруднено.

При ранении пищеварительного тракта глотание резко болезненно, иногда невозможно. При больших дефектах проглоченная вода вытекает из раны. На шее отмечается более или менее выраженная припухлость. Дыхание не затруднено. В 4 случаях отмечалось шоковое состояние и в одном уже развившийся медиастинит (у раненого, поступившего на 3-и сутки после ранения).

Комбинированные повреждения дыхательных путей и пищеварительного тракта являются тяжелыми ранениями. Раненые беспокойны, их с трудом удается уложить в нужное для хирурга положение. Сочетаются симптомы повреждения обоих органов. В 5 случаях наблюдалось стенотическое дыхание; все раненые были в состоянии шока той или иной степени.

При ранении щитовидной железы и ее сосудов гематома занимает, иногда асимметрично, переднюю поверхность шеи. В 2 случаях мы отмечали нарушение глотания и дыхания, всегда проходившее после операции и удаления гематомы.

Из 27 ранений глубоких пространств шеи 3 падают на эндовисцеральные пространства, 22 — на дно полости рта с мезофарингксом, одно — на окологлоточное пространство и одно — на комбинированное поражение дна рта и окологлоточного пространства. При поражении дна полости рта гематома занимает подчелюстные и подбородочную области, иногда с характерным, как при ангине Людовика, выбуханием подъязычной области (в 4 случаях). При поражении окологлоточного пространства выполняется зачелюстная ямка, сонный треугольник и выбухает боковая стенка зева. При ранении эндовисцеральных пространств собственно шеи припухлость не имеет определенной локализации, и диагноз ставится при операции. Раненые с повреждением дна полости рта и окологлоточного пространства глотать не мо-

гут, они имеют страдальческий вид, у них развивается слюнотечение, гнусавость. У одного раненого проглоченная вода вытекала из раны. Дыхание обычно не нарушено, но в 4 случаях имелось резко стенотическое дыхание: при наличии перелома тела подъязычной кости, когда доступ к гортани закрывается разбитым корнем языка.

Опишем 2 осложнения.

1. Ранение окологлоточного пространства справа с большим прогрессирующим отеком. На 4-й день после ранения при температуре 39° вскрытие отека, тампон. На 9-й день 2 раза кровотечение небольшими порциями при температуре до 39° . Дробное переливание крови, сульфамидотерапия. На 14-й день кровотечение из раны и уха, пульс 120 ударов в минуту, мягкий. Перевязка наружной сонной артерии справа с пересечением, провизорная лигатура на общую сонную артерию. Переливание крови; температура не снижается. На 21-й день профузное кровотечение из раны; кровью залита подушка, простыня. Затянута провизорная лигатура, взят в операционную; переливание крови и другие мероприятия. Осмотр раны шеи: дефект общей сонной артерии размером $0,2 \times 0,2$ см на $0,5$ см ниже бифуркации, инфильтрация стенки. Дополнительно лигатура на общую сонную артерию и на основание внутренней с пересечением. В дальнейшем постепенное улучшение, рана гранулирует, еще через неделю температура снизилась к норме. Слева симптом Оппенгейма и слабая гипестезия левой руки. Других расстройств со стороны центральной нервной системы не отмечается. Еще через 2 недели эвакуация в удовлетворительном состоянии (всего пробыл 6 недель).

2. Ранение дна полости рта с отеком. На 3-й день с момента ранения при прогрессирующем отеке удалена пуля слева. Температура до $38,5^{\circ}$, состояние удовлетворительное. Спустя 5 дней профузное кровотечение изо рта и носа, бледность, пульс нитевидный. В зеве слева дефект $0,5 \times 0,5$ см позади миндалика. Перевязка наружной сонной артерии слева с пересечением и провизорная лигатура на общую сонную артерию, переливание крови. Еще через 3 дня профузное кровотечение изо рта и носа, провизорная лигатура затянута, переливание крови. Далее слабость, шум в голове, температура до 39° , параличей нет, сознание ясное. Спустя 3 дня правосторонняя гемиплегия и моторная афазия при общем удовлетворительном состоянии; температура снижается. Через 12 дней профузное кровотечение с летальным исходом в 3 минуты. На секции: лигатура общей сонной артерии слева лежит хорошо, просвета нет. При двукратном исследовании прозектором и главным прозектором армии очаг кровотечения не найден (повидимому, кровотечение из анастомозов); имеется размягчение мозга слева (зрительный бугор и внутренняя капсула).

На 6 случаев ранений общей сонной артерии одно ранение было слепое пулевое и 5 слепых осколочных, в 3 случаях справа и в 3 — слева. Полный разрыв у одного раненого, неполный — у 5, причем в одном случае незначительный разрыв произошел от укола шипом осколка. Локализация ранений: близ бифуркации — 3 (из них одно — внутренней сонной артерии), в средней трети — 2, в нижней — одно. Раненые до поступления к нам потеряли много крови, имели большие напряженные гематомы, расстройство дыхания (в одном случае резко выраженное от смещения трахеи). Один раненый (осколок в просвете левой сонной артерии) находился в бессознательном состоянии от размягчения левой гемисферы при поступлении (данные секции), у другого был паралич верхних и одной нижней конечности, вскоре и этот раненый впал в бессознательное состояние.

Из 4 случаев ранения внутренней яремной вены было 2 полных и 2 неполных разрыва. Во всех случаях имелась большая гематома, затруднявшая дыхание и делавшая болезненным глотание. Расстройства мозгового кровообращения ни до, ни после операции не отмечалось.

Среди 78 раненых, поступивших в МСБ и ХППГ, наблюдались следующие сопутствующие повреждения других органов и осложнения: черепа — в одном случае, глаза — в одном, позвоночника — в 2, глубокое расстройство мозгового кровообращения с начавшимся размягчением вещества — в 2, гемопневмоторакс — в 8, запущенный медиастинит — в одном, перелом трубчатых костей — в одном случае. Сочетанные повреждения: внутренней яремной вены и гортани — одно, гортани и трахеи — одно, дна полости рта и окологлоточного пространства — одно, щитовидной железы и трахеального кольца — одно.

Умерло: при повреждении гортани — один, трахеи — один, глотки и пищевода — 3, при комбинированном повреждении дыхательной и пищеварительной трубок — 3, глубоких пространств шеи — 3, общей сонной артерии — 3, внутренней яремной вены — один. Причины смерти: шок — в 4 случаях, кровопотеря — в 6, размягчение мозгового вещества — в 2, медиастинит — в одном, нисходящий септический отек дыхательных путей — в одном, пневмония — в одном случае. Из этого количества 3 человека погибли от повреждения других органов (общая смертность, как указано в вводной части, равна 9,1%).

В МСБ в основном применялись следующие оперативные вмешательства: трахеотомия верхняя или нижняя, перевязка крупных сосудов, вскрытие эндовисцеральных пространств при поражении полых органов или самих пространств, иногда попутная перевязка поврежденных некрупных сосудистых магистралей.

Трахеотомий произведено 16, в 3 случаях в дефект трахеи введена канюля. Показанием к трахеотомии служило стенотическое дыхание. Не во всех случаях последнее сопровождало ранения дыхательной трубки, и тогда мы ограничивались лишь хирургической обработкой раны. В 4 случаях мы вынуждены были произвести трахеотомию при ранении дна полости рта с переломом тела подъязычной кости. Нужно отметить, что перелом тела подъязычной кости может вызывать закрытие входа в гортань разбитым корнем языка, причем вытягивание языка в этих случаях не помогает и приходится прибегать к трахеотомии. Иногда поврежденная трахея имеет тенденцию спускаться или смещаться (5 случаев), и тогда нужна фиксация ее к предтрахеальным мышцам.

На 6 ранений общей и внутренней сонных артерий мы в 4 случаях произвели перевязку с пересечением между лигатурами. В одном случае раненому, доставленному в бессознательном состоянии с уже необратимыми явлениями со стороны центральной нервной системы, после извлечения осколка из просвета левой сонной артерии был наложен сосудистый шов (в ХППГ). В одном случае (жолотая рана шипом осколка) наложена пристеночная лигатура.

Если суммировать операции на общей сонной артерии этой группы раненых (причем в 2 случаях развились аррозивные кровотечения, описанные при ранении глубоких пространств), то получится следующая картина. Полных перевязок было 6: справа — 4 (с одним смертельным исходом), слева — 2 (обе со смертельными исходами); сосудистый шов слева — один (со смертельным исходом); пристеночная лигатура слева — одна (эвакуация в удовлетворительном состоянии).

Отсюда следует, что перевязка левой сонной артерии на нашем скудном материале дала худшие результаты, чем перевязка правой.

Перевязка внутренней яремной вены при ранении ее в 4 случаях также производилась с пересечением между лигатурами (погиб один раненый с комбинированным повреждением гортани, потребовавшим еще и трахеотомии). Эндовисцеральная фасция, окутывая органы шеи, является как бы футляром для них и создает пространства пре- и ретровисцеральное и сосудистую щель для сосудисто-нервного пучка. Дно полости рта и окологлоточные пространства имеют свои, отличные от эндовисцеральной фасциальные покровы. Таким образом, подход к поврежденным органам и пространствам предусматривает рассечение определенных фасциальных листков.

Вскрытие эндовисцеральных пространств шеи носит название шейной медиастинотомии Хаккера, развитой Маршиком и Шлеммером: разрез по переднему краю грудино-ключично-сосковой мышцы; после вскрытия первой шейной фасции мышца оттягивается в наружную сторону, пересекается лопаточно-подъязычная мышца и вторая фасция шеи в нижнем отрезке раны (в верхнем отрезке ее нет). Глубокая фасция шеи рассекается

тугой препаровкой, причем сосудисто-нервный пучок оттесняется в латеральную сторону, а щитовидная железа — в медиальную. Таким образом, можно вскрыть все превисцеральное пространство, а также и ретровисцеральное путем расслаивания разграничивающей их рыхлой пластинки. Авторы, развившие эту операцию, рекомендуют блокирующую тампонаду верхней апертуры грудной клетки со стороны вскрытых пространств для предупреждения нисходящего медиастинита. Отметим, что тампонада не должна быть тугой, иначе давление на трахею и возвратный нерв может вызвать диспноэ. Существует предложение вскрывать ретровисцеральное пространство разрезом позади грудино-ключично-сосковой мышцы. Но этот разрез менее удобен, так как здесь приходится разрывать довольно плотное сосудистое влагалище и поставленный тампон давит на крупные сосуды.

Двусторонних медиастинотомий у нас произведено 6, односторонних — 11.

Дно полости рта вскрывается разрезом параллельно краю нижней челюсти через подчелюстной треугольник: слюнная железа оттесняется кверху и кнаружи. Если надподъязычные мышцы разбиты, то после туалета их тампон свободно вводится в пространство дна полости рта. Если мышцы не нарушены, то можно надсечь челюстно-подъязычную мышцу с ее наружного края. Проходить сверху железы не следует, так как здесь можно повредить наружную челюстную артерию и лицевую вену.

Окологлоточное пространство вскрывается разрезом, начиная позади угла нижней челюсти и вниз в область сонного треугольника с рассечением первой фасции. Далее тупо проходят кверху и кнутри в окологлоточное пространство слегка буравящими движениями поверх заднего брюшка двубрюшной и шилоподъязычной мышцы. Проходить ниже этих мышц не следует, так как здесь можно повредить ветви, отходящие от наружной сонной артерии, и венозные стволы.

Другие оперативные вмешательства являются сопутствующими трем указанным выше основным. Сюда относятся: швы на раны щитовидной железы и перевязка ее сосудов (4 случая), перевязка наружной сонной артерии (2 случая), удаление инородных тел (8 случаев) и т. д. Гастростомий при обширных повреждениях глотки и пищевода произведено 5 (они относятся к 1942 г.).

Во всех случаях проникающих ранений шеи и непроникающих слепых безусловно необходима операция. При слепых ранениях осколок должен быть удален, но при операциях, производимых в условиях МСБ, обязательно искать его недопустимо по понятным причинам. Поэтому в войсковом районе операции по поводу проникающего ранения шеи сводятся главным образом к вскрытию эндовисцерального пространства и рыхлой тампонаде. Для этого, по нашему мнению, не обязательно во всех случаях следовать по ходу раневого канала; более правильно вскрывать эндовисцеральные щели по описанным выше способам. Раневой же канал можно обработать при надобности дополнительно.

Из 78 операций 77 произведены под новокаиновым обезболиванием, причем нередко применялась комбинация местной инфильтрационной анестезии с анестезией шейного сплетения. Один раненый был оперирован под продолженным хлорэтиловым наркозом. В случае свежих открытых повреждений органов шеи лучше избегать наркоза ввиду опасности спазма голосовой щели или острого отека.

Раненым, находящимся в состоянии шока и потерявшим много крови, производилось переливание крови и растворов. При повреждении крупных сосудов и резкой кровопотере это делалось во время операции. Раненых с повреждением глотки и пищевода рекомендуется в палате укладывать на койку так, чтобы их голова была опущена. Так как

поить и кормить этих раненых невозможно, мы ежедневно производили капельные вливания растворов. К введению зонда для кормления мы почти не прибегали и разрешали питье сладкого чая или молока с маслом глотками, так как считаем, что в условиях МСБ при правильно вскрытом эндовисцеральном пространстве и блокирующем тампоне это не противопоказано.

В ы в о д ы

1. Среди других огнестрельных повреждений ранения шеи составляют небольшой процент (1,6 по нашим данным), что зависит от сравнительно меньшей уязвимости шеи, имеющей меньший объем по сравнению с другими областями тела.

2. Проникающие ранения шеи составляют по сравнению с другими проникающими ранениями тела очень небольшой процент (0,4 по нашей статистике). При этом виде повреждения раненые часто гибнут на поле боя. Кроме того, 9,1% этих раненых гибнут на этапах эвакуации в войсковом районе.

3. Раненые с проникающими повреждениями шеи направляются для лечения в ЛОРгруппу при специализированном ХППГ. В МСБ должны оперироваться раненые по витальным показаниям. Правило возможно ранней хирургической обработки ран целиком относится и к ранениям шеи, почему, как показывала практика работы, и ряд раненных в шею приходится иногда оперировать в войсковом районе.

4. При проникающих, а также при непроникающих слепых ранениях шеи необходимо оперативное вмешательство.

5. К проникающим ранениям шеи следует относить и повреждения эндовисцеральных пространств, дна полости рта с мезофаринксом и окологлоточного пространства.

6. Точный топический диагноз проникающих ранений шеи нередко ставится только при операции, а в ряде случаев — при специальных исследованиях (эндоскопия, рентгенография).

7. Основными видами оперативных вмешательств в войсковом районе следует считать трахеотомию, перевязку крупных сосудов и вскрытие эндовисцеральных пространств собственно шеи, дна полости рта и окологлоточного пространства. Другие мероприятия, как перевязка мелких артериальных стволов, фиксация опущенной трахеи, гастростомия и пр., являются подсобными. Широкое применение гастростомии рекомендовать не следует.

8. Показанием к трахеотомии служит стенотическое дыхание не только при ранениях гортани и трахеи, но и при переломе тела подъязычной кости, когда закрывается вход в гортань и вытягивание языка не освобождает его.

9. Для правильного вскрытия эндовисцеральных и других пространств необходимо точное знание их анатомического положения, взаимосвязи и отношения к органам шеи. Вскрытие этих пространств не всегда может соответствовать ходу раневого канала.

10. Наиболее тяжелыми видами повреждений являются комбинированные повреждения дыхательных путей и пищеварительного тракта и ранения общей сонной артерии, дающие наибольшую смертность.

11. При повреждении общей сонной артерии и при аррозивных кровотечениях вынужденная перевязка левой сонной артерии дает худшие результаты, чем перевязка правой. При аррозивных кровотечениях следует перевязывать наружную сонную артерию с провизорной лигатурой на общую сонную артерию. Провизорная лигатура затягивается только по показанию.

12. Наиболее удобным методом обезболивания следует считать местное инфльтрационное в комбинации с анестезией шейного сплетения.

13. В условиях МСБ в послеоперационном периоде раненым с повреждением глотки и пищевода с правильно вскрытым и заблокированным эндовисцеральным пространством дача чайными ложками питья и жидкой питательной смеси не противопоказана.

14. Необходимо шире знакомить врачей войскового района с основными правилами подачи помощи раненым в органы шеи и, в частности, практически знакомить полковых врачей с трахеотомией.



Майор мед. службы Т. В. ПУТИЛИН

ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ БЕДРА

Среди ранений конечностей повреждения бедра, по данным статистики прошлых войн, встречались в 10—15% случаев всего числа ранений. Ранения бедра с повреждением кости, по тем же статистическим данным, составляли 2—3%.

По данным нашего МСБ, ранения бедра с повреждением кости в 1942 г. составили 3,8%, в 1943 г. — 3,5%, в 1944 г. — 4,4% по отношению ко всем ранениям, а по отношению к ранениям в бедро в 1942 г. — 31,8%, в 1943 г. — 32,1% и в 1944 г. — 47,5%.

Раненые поступали к нам исключительно через ПМП и лишь в единичных случаях (преимущественно легко раненые) непосредственно из части. Срок поступлений в МСБ с момента ранения зависел от обстановки на переднем крае и колебался между 2 и 24 часами. В первые 12 часов после ранения в 1942 г. доставлялось 69% раненных в бедро, в 1943 г. — 83,5%, в 1944 г. — 92,3%; позже 12 часов после ранения в 1942 г. поступало 29,5%, в 1943 г. — 16%, в 1944 г. — 7%. Незначительное количество раненых в силу особой тактической обстановки доставлялось в МСБ в первые 4 суток после ранения.

Таким образом, вынос раненых с поля боя и доставка их в МСБ улучшались и ускорялись с каждым годом. Это показывает, что все звенья медицинской службы нашей дивизии накапливали опыт, непрерывно совершенствовали свою работу. Демонстративны в этом отношении цифры, характеризующие оказание первой медицинской помощи раненым на поле боя. Так, по материалам нашей дивизии, в 1941 г. наложение первичной повязки в порядке самопомощи и взаимопомощи было произведено в 44% случаев, а в 1944 г. — всего лишь в 14%. В остальных случаях первая помощь раненым на поле боя была оказана медицинскими работниками полков.

Преобладали раненые с повреждениями бедра осколками артиллерийских снарядов. Число осколочных ранений колебалось от 83 до 87%, пулевые ранения встречались в 10—15% и ранения осколками ручных гранат — в 2—3%.

Иногда в основе неблагоприятного прогноза для раненого лежит не столько тяжесть повреждения бедра, сколько тяжесть сопутствующих ему других повреждений. Приводим подобный случай.

Рядовой С. поступил в МСБ по поводу множественного ранения осколками мины нижних конечностей, туловища и лица. Имелось около двух десятков ран, в том числе наиболее тяжелые на обоих бедрах.

Через 18—20 часов после хирургической обработки состояние раненого ухудшилось. При контроле ран обнаружена газовая инфекция, идущая от небольшой раны на левой голени. На 3-и сутки с момента ранения больной умер.

Ясно, что при множественности ранений размер хирургической раны, дальнейшее течение раны бедра и прогноз иногда могут зависеть от состояния других ран (в данном примере — ран голени).

В 1942 г. на ПМП 60% раненых был наложен жгут на бедро, в 1943—1944 гг. таких раненых было 2—2,50%, причем в 1942 г. в 45% случаев наложение жгута не являлось жизненно показанным, так как ни бедренная артерия, ни крупные артериальные ветви не были повреждены.

Хирургическая обработка ран бедра заключалась в широком рассечении кожи, фасций и мышц с удалением сгустков крови, инородных тел, свободных лежащих костных отломков, с иссечением нежизнеспособных участков мягких тканей и лигированием кровоточащих сосудов. Костных отломков, связанных с надкостницей, мы не трогали. Специальных поисков инородного тела мы избегали, так как без рентгенографии или рентгеноскопии эти поиски часто бывают безрезультатными, причиняют неоправдываемую лишнюю травму и вызывают потерю времени. Все же удаление инородных тел при первичной хирургической обработке ран бедра весьма желательно и не должно выпадать из поля зрения оперирующего врача, так как это избавит раненого от возможных осложнений (газовая инфекция, свищи, поздние вспышки гнойной инфекции). После подлежащей хирургической обработки рану засыпали белым стрептоцидом (20—25 г), сульфидином (5 г) или заливали эмульсией сульфамидных препаратов. Если рана недостаточно зияла и сток из нее был плохой, иссекали или поперечно рассекали апоневроз, делали контрапертуры.

Текучесть раненых в МСБ не позволяет сделать окончательный вывод о влиянии препаратов сульфамидной группы на заживление ран, но в тех случаях, когда раненые задерживались у нас на более продолжительное время, правильно выполненная хирургическая обработка и засыпка ран сульфамидными препаратами дали хорошие результаты. Методом полного иссечения раны мы не пользовались, так как эта операция в условиях МСБ для большинства молодых хирургов невыполнима и может оказать не пользу, а вред.

Первичной хирургической обработке у нас подверглось 97% раненых в бедро с повреждением кости, а при повреждении только мягких тканей — 75—80%. Остальные раненые в последней группе имели поверхностные, касательные и сквозные пулевые ранения, не требовавшие хирургической обработки. Частота повреждений бедренной артерии или ее крупных ветвей колебалась от 0,2 до 16%. В 2% обширные разрушения мягких тканей и костей бедра сопровождалась нарушением целостности нервно-сосудистого пучка, что заставило нас делать ампутации. В остальных случаях мы ограничивались перевязкой сосуда у места его повреждения. При перевязке артерии всегда перевязывалась и бедренная вена. За 3 года мы наблюдали только 2 случая ишемической гангрены после перевязки артерии в подколенной ямке. Во всех остальных случаях коллатеральное кровообращение восстанавливалось.

К ампутации бедра мы прибегали лишь, когда сохранение конечности представлялось невозможным. Попытки продолжать в таких случаях лечение без ампутации зачастую были безрезультатными.

Рядовой К., 28 лет, поступил по поводу сквозного ранения правого бедра осколком мины со значительным повреждением мягких тканей и костей. Нервно-сосудистый пучок цел. Рана загрязнена. Раненому предстояло длительное лечение, реальной была угроза развития анаэробной инфекции. Целость нервно-сосудистого пучка, молодой возраст раненого и желание его во что бы то ни стало сохранить конечность побудили нас воздержаться от ампутации. Несмотря на тщательную хирургическую обработку раны и противоанаэробную профилактику, раненый на 3-и сутки умер от газовой инфекции.

Конечно, предусмотреть все показания к ампутации при столь разнообразных повреждениях невозможно. Надо много опыта, внима-

ния и уверенности, основанной на знаниях, чтобы своевременно решить, производить операцию или нет.

Решение о необходимости ампутации в каждом отдельном случае должно выноситься на основе опыта и знаний ведущего хирурга. Последние 2 года в связи с потерей нескольких раненых мы более решительно расширяли показания к ампутации бедра, не выходя за рамки «Указаний по военно-полевой хирургии».

В 1942 г. ампутации сделаны 2⁰/₀ поступивших к нам раненных в бедро, в 1943 г. — 4⁰/₀, в 1944 г. — 3⁰/₀. Мы почти всегда делали лоскутную ампутацию в пределах здоровых тканей (97⁰/₀), изредка (2⁰/₀) — при полных и неполных отрывах конечности — по типу активной обработки культи. К гильотинной ампутации мы прибегали лишь в тех случаях, когда из-за тяжелого состояния раненого приходилось спешить, в основном — при тяжелых формах газовой инфекции. В этих случаях на культе бедра делались добавочные ленточные разрезы.

Успехи в лечении инфицированных ран бедра велики, тем не менее борьба с анаэробной инфекцией в условиях МСБ все еще остается трудной задачей. Осложнение газовой инфекцией ран бедра мы наблюдали в 0,6⁰/₀ случаев.

В течение 3 лет одинаково часто наблюдалось заражение газовой инфекцией осенью, зимой, весной и летом. Повидимому, частота этого осложнения зависит преимущественно от почвы местности, боевых действий, характера их, срока и качества хирургической обработки раны. Когда в одном из подразделений нашей дивизии раненые были вынуждены 4 суток оставаться без хирургической помощи, 6 из 10 раненых в нижние конечности пришлось сделать ампутацию по поводу газовой инфекции. Это было зимой, в довольно морозные дни.

Анаэробная инфекция, которую мы наблюдали в МСБ, отличалась коротким инкубационным периодом (до 24 часов), большой вирулентностью и токсичностью. Наши лечебные мероприятия по отношению к анаэробному заражению ран бедра были следующие: ранняя ампутация, а при невозможности ее — широкие разрезы через все слои пораженных тканей, введение до 50 000 АЕ сыворотки с физиологическим раствором или кровью, обильное (до 5—6 л) вливание физиологического раствора и медикаментозные средства, стимулирующие и тонизирующие сердечно-сосудистую систему, обязательная иммобилизация пораженной конечности или культи. Удавалось спасти только тех раненых, которым своевременно была произведена ампутация. Эффективного действия противогангренозной сыворотки не наблюдалось. Очевидно, профилактический и лечебный эффект может дать лишь своевременное выполнение всего комплекса указанных выше мероприятий.

Для иммобилизации бедра при ранениях с повреждением кости мы пользовались шинами Дитерихса, а при обширных повреждениях мягких тканей и нервно-сосудистого пучка — комбинацией шин Крамера и фанерных шин.

От 3 до 7⁰/₀ раненных в бедро прибывали к нам в шоковом состоянии. В 97⁰/₀ случаев шок сопровождал ранения с повреждением кости и в 3⁰/₀ — обширные повреждения мягких тканей.

Противошоковые мероприятия проводились по общеизвестному методу. Оперативное пособие раненым оказывалось после выведения их из шока. Однако в случаях травматической ампутации конечности, обширного размозжения тканей, длительного воздействия на конечность жгута оперативное пособие начиналось одновременно с противошоковыми мероприятиями. Мы убедились, что довольно часто противошоковые меры остаются безрезультатными до тех пор, пока не будет ампутирована раздробленная конечность.

Как правило, с 1943 г. активная хирургическая обработка ран бедра с повреждением кости у нас производилась под наркозом. С 1943 г. мы

начали пользоваться гексеналом. Опыт применения гексенала у 50 раненых (внутримышечно и внутривенно с 2% пантопоном) показал, что препарат этот дает ряд грозных осложнений вплоть до остановки дыхания, не говоря уже о судорогах, цианозе и возбуждении во время сна и в послеоперационном периоде. Пользоваться гексеналом можно только при полной уверенности в нормальном состоянии почек и печени оперируемого. Произвести же необходимые для этого исследования в условиях МСБ не всегда возможно.

До 2% легко раненных в бедро задерживалось для лечения в МСБ и затем они были выписаны в часть.

Эвакуация раненных в бедро производилась автотранспортом. В конце 1942 г. раненные в бедро с повреждением кости эвакуировались из МСБ в ППГ на носилках.

Смертность данной группы раненых в среднем составила 9%, причем почти исключительно при ранениях бедра с повреждением кости. В зимние месяцы процент смертности выше, очевидно, в связи с большим охлаждением раненых и более тяжелыми формами шока в холодное время года.



Подполковник мед. службы В. М. КРЕЙНИН

ЛЕЧЕНИЕ ПЕНИЦИЛЛИНОМ ПИОКОККОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

Пенициллин является самым эффективным средством для лечения пиококковых заболеваний кожи. Он действует так быстро, что улучшение или излечение часто наступает в несколько дней.

Первые работы по местному применению пенициллина при кожных заболеваниях у нас в СССР принадлежат Машкиллейсону с сотрудниками. Машкиллейсон и Беньямович впервые применили пенициллин при кожных заболеваниях и парэнтерально.

В поликлинике Московского гарнизона мы начали применять пенициллин для лечения кожных болезней с декабря 1946 г. При этом мы ставили перед собой следующие задачи: изучить действие пенициллина при различных кожных заболеваниях и в первую очередь при пиодермиях; найти наиболее эффективный и удобный метод применения пенициллина в условиях амбулаторного лечения и установить хотя бы ориентировочно оптимальную дозу пенициллина и показания к его применению.

Наш клинический материал охватывает более 156 больных. Из них 56 человек (группа I) мы лечили пенициллином парэнтерально, причем 42 человека (группа Ia) получали пенициллин в физиологическом растворе и 14 (группа Ib) — дюрантный пенициллин, изготовляемый аптекой поликлиники по прописи проф. А. Б. Селисского из Центрального кожно-венерологического института. В группе II, в которую входило более 100 человек, пенициллин применяли местно. Часть больных получала инъекции пенициллина и местно — пенициллиновую мазь.

По диагнозам больные распределялись следующим образом: из 56 больных у 53 была пиодермия в различных клинических формах. В группе Ia (из 42 больных) фурункулы были у 4 человек, фурункулез — у 20, карбункулы — у 4, гидрадениты — у 3, эктимы вульгарные — у 4, хроническая глубокая пиодермия — у 2, хроническая пиодермия затылка (*dermatitis papillaris nuchae*) — у одного, сикоз вульгарный — у одного, *acne vulgaris* — у одного, *acne necrotica* — у одного, масляные угри — у одного.

В группе I6 (14 больных): фурункулы были у 2 человек, фурункулез — у 4, гидраденит — у одного, эктимы — у одного, хроническая глубокая пиодермия — у одного, аспе *conglobata* Long — у одного, сикоз вульгарный — у 2, аспе *vulgaris* — у одного, эритема — у одного, *erythema chronicum migrans annulare* — у одного.

Лечение проводилось по следующей методике: а) поверхностные пиококковые поражения кожи, стрепто-стафилоэпидермиты, импетиго, язвенные поверхности вскрывшихся фурункулов и карбункулов, экземы, осложненные пиодермией, иначе говоря, так называемые вторичные пиодермии, м е с т н о — пенициллиновой мазью; б) острые и хронические пиококковые поражения кожи, проявляющиеся, по крайней мере на первых порах, воспалительными инфильтратами без существенных нарушений кожного покрова — пенициллином п а р э н т е р а л ь н о. Часть больных получала комбинированное лечение — пенициллин парэнтерально и пенициллиновую мазь местно (в периоде изъязвления фурункулов, карбункулов, при наличии множественных эктим и др.).

В течение дня мы вводили 200 000 оксфордских единиц пенициллина по 50 000, 50 000 и 100 000 единиц на инъекцию с промежутком в 3 часа. Количество вводимого в течение курса пенициллина колебалось в зависимости от клинической картины, давности и тяжести заболевания, особенностей макроорганизма и других обстоятельств. Как минимум больной получал на курс 600 000 единиц пенициллина (фурункулез, гидраденит средней тяжести). В некоторых случаях вводилось I 200 000 оксфордских единиц и более (хроническая глубокая диссеминированная пиодермия, вульгарный сикоз, осложненный лимфангоитом и лимфаденитом, карбункул и др.).

Результаты лечения фурункулеза, гидраденитов, карбункулов оказались весьма положительными. К концу 2-го дня после введения 400 000 единиц пенициллина клинически отмечается значительное улучшение: узлы уменьшаются в величине, становятся более плоскими, интенсивность воспалительной окраски ослабевает, вместо яркорозовой окраски появляется розовато-лиловый оттенок, болезненность резко уменьшается. К концу 3-го дня состояние больного еще более улучшается, реактивные воспалительные явления уменьшаются, инфильтрат рассасывается.

У одного больного, лечившегося в хирургическом отделении поликлиники, мы наблюдали в правой подмышечной впадине до 5—6 узлов различной величины, причём 2 из них достигали величины грецкого ореха, были мягки наощупь и чрезвычайно болезненны. Давность заболевания — 3 месяца. РОЭ 28 мм в час, лейкоцитоз 9800. Предполагалось оперативное вмешательство. После введения 400 000 единиц пенициллина оба узла рассосались, осталось лишь несколько возвышающихся над уровнем кожи эритематозных пятен с коричневатой окраской и незначительным шелушением.

Обратное развитие карбункулов происходит значительно медленнее, чем фурункулов. В этих случаях показания к применению пенициллина нередко являются витальными, особенно при локализации карбункула на лице.

Следует упомянуть об одной больной 60 лет с карбункулом на верхней губе, с резко выраженным плотным болезненным инфильтратом, достигавшим 3 см в диаметре, с выраженным отеком всей верхней губы, части щеки и слизистой десны. РОЭ 45 мм в час. Температура 37,6°, сильные головные боли, бессонница. После введения 600 000 единиц пенициллина указанные воспалительные явления резко уменьшились, в центре инфильтрата образовался некротический стержень желтовато-зеленого цвета. Воспалительный инфильтрат в дальнейшем медленно рассосался.

В процессе лечения, как правило, новых высыпаний не наблюдалось, если не считать единичных фликтен у 2 больных.

Интересен вопрос, обладает ли пенициллин профилактическим действием? Больные находились под нашим наблюдением до 3½ месяцев.

За этот период рецидивы отмечены в 9 случаях, или у одной трети больных, в виде фолликулитов и редко фурункулов. Это соответствует данным Машкиллейсона.

Эктимы обычно хорошо заживают после дозы в 600 000 единиц пенициллина. Терапевтический эффект наступает быстрее при комбинированном лечении, т. е. при введении пенициллина парэнтерально и местном применении пенициллиновой мази.

Следует остановиться на больном с *acne conglobata Long* в сочетании с вульгарными эктимками и атеромами. Было поражено лицо, вся спина и часть передней поверхности груди. На лице имелись множественные угри, комедоны, обычные и келоидные рубцы, атеромы, в том числе нагнаивающиеся. Вся поверхность спины была усеяна рубцами средней величины, эктимками, часть которых была покрыта коричневатобурными кровянистыми корками или изъязвлена. Вследствие большого количества гнояного отделяемого белье было точно накрахмалено. Больного лечили комплексно: сначала ввели 1 200 000 единиц пенициллина, одновременно произвели хирургическую обработку (вскрытие и иссечение атером) и местно назначили пенициллиновую мазь. Затем после 7-дневного перерыва больной получил дополнительно еще 600 000 единиц пенициллина, достаточное количество витамина С и рыбьего жира. Лечение закончилось облучением ультрафиолетовыми лучами. Все болезненные очаги зарубцевались, успех был несомненным и в косметическом отношении.

Лечение хронической глубокой пиодермии инъекциями пенициллина давало в общем удовлетворительные результаты. Однако ввиду небольшого числа больных и малого срока наблюдения трудно сделать какие-либо выводы. В этих случаях, в зависимости от распространенности и тяжести процессов, нужно вводить 1 млн.—1½ млн.—2 млн. единиц пенициллина и более. Больной с *dermatitis papillaris puchae* многомесячной давности получил 800 000 единиц пенициллина. Наступило улучшение, но через 7 дней после окончания лечения — ухудшение.

Больных с вульгарным сикозом было трое. Один больной с выраженной картиной вульгарного сикоза бороды с пустулезно-корочковыми элементами, узелками и узлами различной величины получил 1 400 000 единиц, и местно пенициллиновую мазь. Эффект был весьма хорошим. За исключением небольшого инфильтрата на подбородке величиной 0,5 × 0,5 см никаких высыпаний больше не отмечалось. Лицо после бритья было почти чистым, за исключением указанного выше инфильтрата, небольшого числа мелких рубцовых атрофий и нескольких эритематозных пятен. К сожалению, больной спустя 10 дней исчез из-под наблюдения.

Второй больной с умеренно выраженным сикозом бороды трехмесячной давности получил в течение 5 дней 1 000 000 единиц пенициллина и местно повязки с пенициллиновой мазью, которые сменяли 2 раза в сутки — утром и вечером. Отмечено существенное улучшение. Через 15 дней — рецидив. Больному ввели дополнительно 1 000 000 единиц пенициллина. Несмотря на это, улучшение не только не наступило, но, наоборот, с каждым днем распространялась инфильтрация, появлялись новые фолликулиты. Пенициллинотерапию прекратили, назначили ручную эпиляцию и смазывание спиртовым раствором бриллиантовой зелени.

Третий больной с сикозом в области усов давностью 1 год 9 месяцев с умеренной сплошной инфильтрацией синевато-багрового цвета, покрытой желтовато-белыми корочками и единичными фолликулитами. Введение 1 000 000 единиц пенициллина дало существенное улучшение.

Состояние больного с *acne necrotica* волосистой части головы после введения 1 400 000 единиц пенициллина не изменилось. Удовлетворительный результат наблюдался в одном случае с *acne vulgaris* при введении 1 000 000 единиц и в одном случае с *acne picipis* при введении 1 200 000 единиц пенициллина.

Совершенно исключительный и неожиданно успешный результат был получен у больного с *erythema chronicum migrans annulare*. Заболевание четырехмесячной давности с гигантским эритематозным кольцом. Впервые эритема была замечена через 2 месяца после укуса клеща. В дальнейшем эритема, увядая в центре и разрастаясь эксцентрически, образовала эритематозное кольцо с неровными, местами несколько извилистыми очертаниями шириной 0,5—2,5 см. В момент первичного обследования эритематозное кольцо начиналось от правой подмышечной впадины, проходило на 3 см выше правого соска, затем пересекло в косом направлении грудину, направлялось на 2 см ниже левого соска; здесь оно прерывалось, вновь появлялось в области левой задней аксиллярной линии примерно на уровне X ребра, поднималось кверху на 3 см кнутри от внутреннего края левой лопатки, пересекало позвоночник, поднималось до IV ребра, шло почти по внутреннему краю правой лопатки, пересекало угол лопатки и, подходя к правой подмышечной впадине, замыкалось. Нижняя граница кольца начиналась от верхней границы правой

ягодицы, шла несколько ниже переднего верхнего острого отростка гребня подвздошной кости, далее границы кольца становились неотчетливыми.

Больному было введено 800 000 единиц пенициллина парэнтерально. К концу пятых суток эритема настолько поблекла, что едва была заметна на передней и задней поверхности грудной клетки. Еще через 3 дня эритема уже не определялась.

С конца февраля 1947 г. было начато (и продолжается в настоящее время) лечение кожных болезней (по преимуществу из группы пиодермий) дюрантным пенициллином. Результаты лечения первых 14 больных (распределение по диагнозам указано выше в группе 1б) следует признать удовлетворительными. Дюрантный пенициллин вводили один раз в сутки в количестве 200 000 оксфордских единиц. Дюрантный пенициллин по сравнению с обычным более удобен и для лечащего врача, и для больного, так как не требует затраты времени для нескольких инъекций. Но инъекции дюрантного пенициллина болезненны, особенно спустя 1—2 часа после введения. Боль ощущается в ягодице, распространяется по бедру и голени. Нередко больные жалуются на боль «в ноге» и на следующий день после инъекции. Поэтому некоторые больные неохотно соглашались продолжать лечение в течение многих дней. Обычные же водные растворы пенициллина не дают никаких побочных явлений, за редким исключением.

Наши наблюдения над местным применением пенициллина касаются пенициллиновой мази, изготовляемой аптекой поликлиники по прописи, предложенной проф. А. Б. Селиским: растительного масла (подсолнечного, хлопкового или другого) 43%, желтого пчелиного воска 5%, желатини 2%, воды 50%. В эту основу пенициллин вводят из расчета 500 единиц на 1 г мази.

Экспериментальные исследования, проведенные в Центральном кожно-венерологическом институте, показали, что мазь при содержании ее при постоянной температуре (8°) сохраняет свою активность в течение месяца и дольше.

Мазь накладывают с повязкой, сменяемой 2 раза в сутки.

Стрептогенные или иного вида импетиго, фолликулиты, пустулы, эктимы, импетигинированные экземы, язвенные поверхности фурункулов, карбункулов, сикозы и ряд других поражений под влиянием пенициллиновой мази в 1—3 дня резко улучшаются и порой становятся неузнаваемыми. Много раз удавалось больным с распространенной и достаточно выраженной формой пиодермии вылечить одной пенициллиновой мазью в течение 4—5 дней без госпитализации, хотя к последней были прямые показания.

Пенициллиновая мазь — очень экономный способ лечения: за несколько дней расходуется 5 000—15 000 единиц пенициллина. Однако не следует переоценивать действия препарата. В некоторых случаях оно выражено неясно, а при слишком длительном применении мазь может стать причиной раздражения в виде пенициллиновых аллергических сыпей. Поэтому следует согласиться с проф. Машкиллейсоном в том, что если нет улучшения болезненного процесса в ближайшие 4—5 дней, то эффекта не будет и следует перейти к другому методу лечения.

На основании изложенного следует признать, что в пенициллине дерматологи получили весьма эффективное средство для лечения пиодермий и некоторых других кожных заболеваний. Не будет преувеличением сказать, что при лечении препаратом ряда пиодермических заболеваний срок нетрудоспособности больного сокращается в 2—3 раза. Но это не значит, что следует игнорировать другие методы лечения. Разумное применение других местных средств, использование иммунологических методов лечения, витаминотерапии, физиотерапии, рентгенотерапии, диетотерапии и других способов воздействия на большой макроорганизм в ряде случаев совершенно необходимо.

Выводы

1. Пенициллин — одно из наиболее эффективных средств при лечении пиодермий.

2. Имеются определенные показания для парентерального и местного применения пенициллина.

3. Внутримышечное введение водного раствора пенициллина в дозе 200 000 оксфордских единиц в день с суммарной дозой в 600 000—800 000 единиц обычно дает быстрый терапевтический эффект при фурункулах, фурункулезе, гидраденитах и карбункулах; при сикозе, хронической глубокой пиодермии и некоторых других хронических пиококковых заболеваниях кожи показано применение больших доз пенициллина, а также других методов лечения.

4. Пенициллиновая мазь является весьма эффективным средством при лечении ряда поверхностных форм пиодермии.



Майор мед. службы М. Г. ТАГИЕВ

ОПЫТ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ИНФЕКЦИОННОГО ГОСПИТАЛЯ В ПЕРИОД ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 1941 — 1945 гг.

В системе лечебных учреждений Советской Армии инфекционные госпитали занимают особое место. Они должны строить свою деятельность так, чтобы не допускать рассеивания инфекции ни в стенах госпиталя, ни за его пределами и помогать противоэпидемической службе армии быстрейшей постановкой диагноза инфекционного заболевания и своевременной сигнализацией о нем. Следовательно, инфекционный госпиталь не может быть только местом для окончательной изоляции и лечения инфекционного больного; он должен быть звеном армейской противоэпидемической службы, помогать выявлению и особенно установлению характера эпидемического очага.

Значение инфекционного госпиталя как противоэпидемического учреждения наиболее выступает в современной маневренной войне, когда при быстром продвижении войск армейские медицинские учреждения нередко отстают от воинских частей и госпиталю приходится принимать на себя частично функции санитарно-эпидемиологического отряда.

В госпитале, сформированном нами в августе 1941 г. и в течение всей войны находившемся в действующей армии, мы строили работу так, чтобы в любых условиях, не снижая темпов приема и качества обслуживания больных при передислокациях госпиталя, создавать условия, исключающие возможность внутригоспитальной инфекции больных и персонала, а также вынос ее за пределы госпиталя. Поэтому помещения для больных сразу оборудовались с таким расчетом, чтобы можно было одновременно принимать больных минимум трех различных инфекций. В первую очередь устраивался изолятор, санитарный блок пропускного типа, дезинфекционная камера и прачечная.

При приеме больных особое внимание обращалось на полное обеззараживание больного — у него сбрасывали все волосы не только на голове, лобке и в подмышечных впадинах, но и на груди, в ушах, вокруг заднепроходного отверстия и т. д. Выбритые места дополнительно обрабатывали 40% мыльно-сольвентной эмульсией. Волосы сжигали. Пол протирали 20% мыльно-сольвентной эмульсией или раствором лизола. Больной получал ванну или душ и только после этого направлялся в палату. В палатах контроль за педикулезом проводился ежедневно. Дежурная сестра, а периодически и врачи, наблюдали за этим и в истории болезни обязательно отмечали результаты осмотров.

Мы своими силами оборудовали дезинсекционную камеру. Хорошо работала построенная по нашей схеме вошебойка-землянка. В иных случаях под вошебойки приспособляли крестьянские бани.

В 1942 г. мы сконструировали передвижную паровую дезкамеру с пропускной способностью 6 комплектов обмундирования в 30—40 минут.

Потолок и стены камеры были сделаны из деревянных брусьев толщиной в 5 см, обшитых с обеих сторон фанерой. Дном служил также деревянный ящик. Стены устанавливались на верхние края ящика — дна. С внутренней стороны сте-

ны, потолок и дно дезкамеры были обиты листовым железом. Печь устанавливалась снаружи. От нее в нижнюю часть дезкамеры шла железная труба диаметром 15 см. Труба делала внутри камеры 4 поворота и выходила наружу. Вход и выход трубы перед работой обкладывали кирпичами и замазывали глиной. Непосредственно над трубой помещалась предохранительная сетка из железной проволоки, служившая и полом.

В боковой стенке дезкамеры, имеющей контрольное окно, была дверь для вноса вещей, которые развешивались на вешалки, помещающиеся у потолка. Дверь герметически закупоривалась. Температуру воздуха в дезкамере можно было доводить до 115°, экспозиция продолжалась 30—40 минут. После дезинсекции вещи извлекались через другую дверь, устроенную в стенке, противоположной той, в кото-

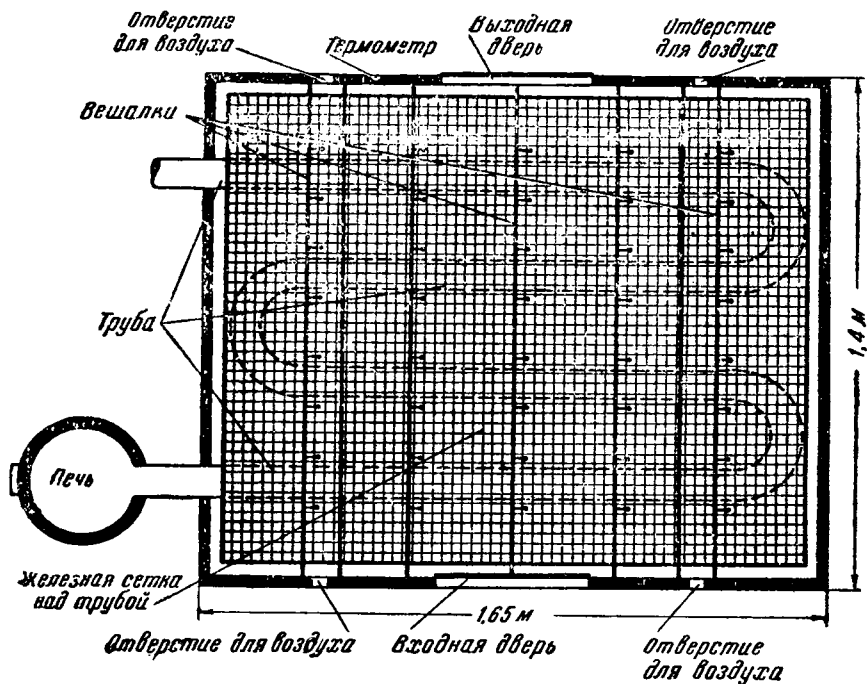


Рис. 1

рой была сделана дверь для вноса одежды. Для наблюдения за температурой воздуха с наружной стороны дезкамеры прикреплялся термометр так, чтобы нижний конец его находился внутри камеры. Эту камеру можно было уложить в два ящика, которые свободно помещались на одноконной повозке.

В наиболее ответственные моменты — при значительном поступлении сыпнотифозных больных — работу квалифицированного дезинфектора проверял специально назначенный офицер для бракеража. Следует заметить, что наши дезкамеры-вошебойки работали безупречно.

Белье больных мы стирали в своей нештатной прачечной, которую оборудовали в первые же дни работы госпиталя, так как с эпидемической точки зрения недопустимо отправлять белье инфекционных больных для стирки в армейские прачечные отряды. Имея свою прачечную, мы смогли качественно и количественно сохранить госпитальный бельевой фонд.

Транспорт, на котором привозили больных, мы подвергали дезинфекции с механической очисткой. При доставке больных сыпным тифом дезинфекционным средством служила 20% мыльно-сольвентная эмульсия, а при доставке больных с кишечными инфекциями — 5% раствор нафтализолола.

Когда в госпиталь поступали больные с паразитарными тифами, а также подозрительные на эти тифы, все сопровождающие в обязательном порядке проходили санитарную обработку.

Здесь следует отметить недостатки в организации транспортировки больных в инфекционный госпиталь, выступившие особенно ярко в на-

чале Великой отечественной войны и, к сожалению, изредка встречавшиеся и до последнего времени. Вследствие разбросанности воинских частей и лечебных учреждений, мы с нашим количеством санитарного транспорта могли лишь частично вывозить инфекционных больных из ПМП и МСБ «на себя» своим транспортом. Значительную часть больных доставляли в госпиталь на транспорте лечебных учреждений и даже воинских частей. С этим нельзя мириться. Для того чтобы обеспечить возможность всех инфекционных больных эвакуировать «на себя», необходимо в нужное время усиливать инфекционный госпиталь санитарным транспортом, в зависимости от стоящих оперативно-тактических задач войск и эпидемиологической обстановки. Мы порой вели настоящую борьбу с руководителями некоторых лечебных учреждений, которые с целью экономии горючего разрешали направлять в одной машине больных с различными инфекциями и, что еще хуже, иногда на попутных машинах или повозках.

Для иллюстрации небезынтересно привести факт, говорящий о вопиющем нарушении элементарных санитарных правил лечебными учреждениями системы ПЭП.

В феврале 1942 г. в наш госпиталь был доставлен больной сыпным тифом с обнаруженным педикулезом в автобусе совместно с 16 выздоровевшими бойцами, которых «попутно» отправляли в пересыльный пункт для направления в действующие части. Пришлось провести полную санитарную обработку всех этих «сопровождающих» лиц и сообщить начальнику пересыльного пункта о их тесном контакте с сыпнотифозным больным. К сожалению, отдельные случаи, подобные описанному, наблюдались и позже.

Наряду с борьбой с педикулезом, в отделениях проводилась повседневная текущая дезинфекция и борьба с мухами. Фекалии кишечных больных обеззараживались 10% раствором хлорной извести в течение 2 часов. Персонал был приучен к обработке рук дезинфекционным раствором после каждого соприкосновения с больным или его выделениями, а также к выполнению и других правил личной гигиены. В свою очередь врачи и медицинские сестры старались привить больным основные санитарно-гигиенические навыки.

За время Великой отечественной войны госпиталь имел дело с разнообразными инфекциями — сыпным и брюшным тифом, паратифами, дизентерией, инфекционной желтухой, а зимой 1944 г. — с дифтерией; бывали отдельные больные скарлатиной, корью и другими инфекциями. За все время войны не было ни одного случая внутригоспитального заражения.

Выписка больных кишечными инфекциями производилась после двукратного бактериологического исследования кала на бациллоносительство с отрицательным результатом. Кроме того, по указанию главного эпидемиолога Ленинградского фронта при лечении больных хронической дизентерией, кроме бактериологических исследований, мы широко пользовались копрологией и ректороманоскопией. Каждый больной подвергался таким исследованиям по нескольку раз. Эти методы контроля за динамикой анатомических изменений в кишечнике больного значительно облегчали диагностику, терапию и профилактику хронической дизентерии, нередко позволяли распознать дизентерию там, где клинически ее не удавалось выявить. Таким образом, дизентерийные больные-хроники выписывались из госпиталя лишь после полного клинико-анатомического выздоровления.

Для сбора эпидемиологического анамнеза, имеющего большое значение для выяснения источника заболевания, мы еще в январе 1942 г. ввели в госпитале карты эпидемиологического обследования на больных с тифозно-паратифозной инфекцией. Карты были разработаны в двух вариантах: для больных с брюшным тифом и паратифами и для боль-

ных с паразитарными тифами. На дизентерийных больных эпидемиологические сведения собирались по особой форме.

Обычно эпидемиологические карты составлялись на основании опроса больного при его поступлении. Данные опроса дополнялись сведениями, полученными от сопровождающих лиц.

Эпидемиологическая карта давала достаточно полные эпидемиологические данные о больном и облегчала сигнализацию о заболеваниях.

Придавая большое значение роли инфекционного госпиталя в ликвидации очага инфекции, мы немедленно после установления диагноза сыпного или брюшного тифа, а также при подозрении на заболевание сыпным тифом извещали об этом не только вышестоящего медицинского начальника, но и командиров соответствующих воинских частей и всех этапов санитарной эвакуации, по которым прошел больной. При остальных инфекциях командиров воинских частей извещали лишь в тех случаях, когда из части поступало несколько больных с данной инфекцией.

В ряде случаев мы не ограничивались одной письменной сигнализацией воинским частям и санитарному отделу армии о поступлении больных сыпным тифом, а выезжали в часть для подробного эпидемиологического обследования и оказания практической помощи в быстрой локализации очага и для предупреждения рассеивания инфекции.

Это мероприятие на наш взгляд ценно потому, что при отдаленности инфекционного госпиталя от санитарного отдела армии и СЭО оно увеличивает оперативность противоэпидемической службы.

Нередко частям приходилось помогать не только советом, но и дезинфекционными средствами, чтобы ускорить проведение нужных мероприятий. Акт обследования направлялся в санитарный отдел армии. Часто жизнь заставляла госпиталь брать на себя функцию СЭО не только по проведению эпидемиологических обследований, но и по лабораторному обслуживанию воинских частей. Лаборатория госпиталя проводила много обследований работников пищеблоков частей и учреждений на бациллоношение, систематически в течение 2 лет вела бактериологический контроль за водосточниками, проводила для госпиталей серологические исследования и т. п.

Работая в течение 2¹/₂ лет на Волховском фронте, госпиталь зарекомендовал себя как противоэпидемическое учреждение, в котором врач части мог получить консультативную помощь.

Связь госпиталя с воинскими частями осуществлялась также посредством однодневных сборов врачей гарнизона. За 2¹/₂ года мы провели несколько сборов врачей войсковых частей по актуальным инфекциям. Во время одного сбора выяснилось, что врачи Н-ского соединения задерживали у себя дизентерийных больных, рассматривая их заболевание как вульгарные кишечные расстройства, и тем самым подерживали очаг инфекции в части. Когда же все больные были немедленно госпитализированы, заболевания прекратились — очаг инфекции был ликвидирован.

Одной из форм связи госпиталя с воинскими частями являлись также месячные курсы войсковых врачей по циклу терапевтов-инфекционистов. Эти курсы были организованы по инициативе главного терапевта фронта генерал-майора мед. службы проф. Н. С. Молчанова и под его руководством функционировали на базе нашего госпиталя полтора года.

Во время обучения врачей на курсах мы старались дать им навыки противоэпидемической работы в войсковом районе, кладя в основу указания генерал-полковника Е. И. Смирнова о том, что «разрешение такой сложной и ответственной задачи, как противоэпидемическая защита войск, требует огромной и напряженной работы всей санитарной службы Красной Армии, а это возможно только лишь при том условии, если»

все без исключения медицинские работники, независимо от их специальности и занимаемой должности, будут вооружены знаниями в области эпидемиологии и диагностики, клиники, терапии и профилактики инфекционных заболеваний». Отрадно было наблюдать и слышать отзвук командования, что врачи, прошедшие курсы, работая старшими врачами полков, командирами санитарных взводов МСБ, терапевтами, неуклонно проводили в жизнь санитарно-профилактические навыки, полученные на курсах.

Как упоминалось выше, госпиталь в течение года имел изолятор на 10—15 коек с дежурной автомашиной и медицинским персоналом при санитарно-контрольном пункте Волховского железнодорожного узла.

Наш опыт показал, что организация изолятора инфекционного госпиталя на магистрали, питающей армию и фронт людскими пополнениями, — весьма ценное в эпидемиологическом отношении мероприятие, так как препятствует проникновению инфекции из тыла в действующую армию. Через наш изолятор проходили инфекционные больные, в том числе и сыпнотифозные, снятые с эшелонов. Если бы эти больные попали в боевые части, они могли бы там вызвать вспышки инфекции.

В течение Великой отечественной войны нам пришлось по эпидемиологическим показаниям 3 раза выдвигать одно отделение госпиталя для обслуживания инфекционных больных на расстояние до 120 км от нашей основной базы.

Хотя руководство и контроль за работой отделений мы сохранили, но организационно-хозяйственно его приходилось прикреплять к одному из местных госпиталей, так как санитарная техника с ее обслуживающим персоналом, аптека с ее штатом и частично лаборатория с ее оснащением и штатом оказались неделимыми. Разумеется, совершенно неделим и административно-хозяйственный аппарат госпиталя. Поэтому выдвигаемое отделение в основном занималось лечебной работой и не могло в полной мере осуществлять противоэпидемические функции.

Отделение встречало огромные трудности в деле дезобработки больных, лабораторной диагностики, проведения диетотерапии, своевременной сигнализации, проведения эпидемиологического обследования и т. д. Все это безусловно снижало его противоэпидемическое значение.

Таким образом, наш опыт показывает, что штаты и оснащение инфекционного госпиталя нужно перестроить так, чтобы сделать возможным разделять его на две полномочные лечебно-противоэпидемические единицы, чтобы в момент, когда этого потребует обстановка, он мог полноценно обслужить инфекционных больных одновременно в двух точках.

Противоэпидемическая служба армии и фронта, в непосредственном подчинении и под руководством которой госпиталь неизменно находился (не входя в систему эвакуопунктов), оснащала его всем необходимым, направляла его работу и помогла сделать наш госпиталь истинным лечебным и противоэпидемическим учреждением, сохранить специально обученные кадры медицинского персонала, автотранспорт, медико-санитарное и хозяйственное имущество.

Вещевое и продовольственное снабжение шло непосредственно через армейские и фронтовые интендантские управления и также всегда было очень хорошим.

В ы в о д ы

1. Противоэпидемическая работа в инфекционном госпитале является таким же важным звеном, как и лечебная.

2. Проведение инфекционным госпиталем в нужный момент эпидемиологической работы в очагах инфекции является эффективным про-

тивноэпидемическим мероприятием, повышающим оперативность армейской эпидемиологической службы.

3. Усиление инфекционного госпиталя санитарным транспортом, в зависимости от оперативно-тактических задач войск и эпидемиологической обстановки, обеспечивает возможность эвакуации «на себя» инфекционных больных из войскового района.

4. Штаты и оснащение инфекционного госпиталя должны быть построены с учетом возможности делить его на две полноценные единицы, могущие в нужный момент самостоятельно осуществлять лечебно-противоэпидемические функции.

5. Инфекционный госпиталь как лечебно-противоэпидемическое учреждение должен проводить консультативно-педагогическую работу среди войсковых врачей для расширения их знаний в области диагностики, лечения и профилактики инфекционных заболеваний.

6. Организация при санитарно-контрольном пункте на железнодорожных магистралях, питающих боевые части людскими пополнениями, изолятора инфекционного госпиталя является ценным противоэпидемическим мероприятием.

7. Инфекционный госпиталь должен иметь свою прачечную.

8. Работа инфекционного госпиталя наиболее плодотворна и оперативна в том случае, если он находится непосредственно в подчинении армейской или фронтовой противоэпидемической службе.



Майор мед. службы Н. С. ПОЛЯНСКИЙ

О ТЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ПАЛОЧКОЙ БРЕСЛАУ У ЛЮДЕЙ

Палочке Бреслау — *Bac. enteritidis Breslau* — до сих пор приписывается роль одного из возбудителей пищевых токсикоинфекций. Заболевания эти клинически достаточно изучены. Они протекают в виде поносов разной интенсивности, рвот, сопровождающихся явлениями интоксикации той или иной степени. Длительность заболевания 2—3 дня.

Палочка Бреслау, как и остальные возбудители этой группы, развивается интенсивно на различных пищевых продуктах при комнатной температуре. Считается, что в организме человека эти возбудители размножаться не могут. Поэтому все сходятся на том мнении, что палочка Бреслау не может вызывать у человека общесептическое заболевание. Это мнение подкрепляется еще и тем, что обычно в ходе пищевых токсикоинфекций температура у больных остается нормальной или повышается незначительно и кратковременно. В связи с этим безынтересно будет привести данные, показывающие, как при резком падении защитных сил организма, вследствие неблагоприятных обстоятельств, в корне меняются его взаимоотношения с инфекцией.

Излагаемые наблюдения касаются значительной группы лиц, освобожденных Советской Армией из «лагеря смерти» юго-западнее г. Гданьска. В момент освобождения эти люди находились в состоянии столь значительного истощения, что в дальнейшем часть их погибла. Кроме того, все они незадолго перенесли сыпной тиф, многие находились в стадии реконвалесценции, у некоторых заканчивался острый период, у многих к тому же имелись отмирания III степени кистей и стоп.

После госпитализации выяснилось, что некоторые из них длительное время до госпитализации, а также и после помещения на койку страдали умеренно выраженными поносами недизентерийного характе-

ра (стул за сутки 3—6 раз, водянистый, без слизи и крови) и недизентерийной этиологии (возбудители дизентерийной группы в этих случаях, как правило, не выделялись). Температура у наших больных повышалась по вечерам до 37,5—37,8°, давая по утрам ремиссии в 0,3—0,5°. У многих больных в ходе заболевания в дальнейшем наблюдалось развитие плевритов, артритов, наружных абсцессов разнообразной локализации и особенно часто тромбофлебитов нижних конечностей. Все осложнения имели вялое течение и существенным образом на температуру не влияли. У части больных температура оказалась высокой, достигала 39—40°, причем такая лихорадка длилась помногу недель, создавая впечатление тифоподобного заболевания. Надобно, однако, заметить, что настоящего «тифозного» состояния и свойственных брюшному тифу интоксикации и поражения нервной системы мы в этих случаях не наблюдали. Сознание оставалось все время ясным, сердечно-сосудистая система страдала мало.

Предполагая все же у наших больных заболевание брюшнотифозной группы, мы предприняли ряд исследований для подтверждения или исключения этого диагноза. Были произведены посевы на получение гемокультуры, а также бактериологические исследования кала и мочи. В большинстве случаев посевы не дали положительных результатов, лишь у 5 больных из крови были выделены культуры, отличавшиеся от тех, которые обычно в таких случаях высеваются (палочки брюшного тифа, паратифа А и В). При дальнейшем изучении эти культуры по биологическим и серологическим признакам были идентифицированы как палочка Бреслау. Такие же культуры были выделены у одной больной из кала и у двух из мочи. У одной из последних палочка Бреслау была одновременно выделена из кала, а также из гноя, добытого из флегмоны плеча. Еще у одной больной, у которой развилось гнойное воспаление многих суставов, из гноя была высеяна палочка Бреслау. Всего, таким образом, культура выделена у 9 больных, что составляет весьма небольшой процент к числу всех исследований. В поисках других средств для распознавания заболевания мы обратились к реакции агглютинации. У 30 больных с одинаковой клинической картиной была поставлена реакция агглютинации их сывороток с палочкой Бреслау. В качестве антигенов были взяты живые суточные культуры штаммов, выделенных от наших больных, после нескольких пассажей этих штаммов на агаре (мертвые стандартные антигены достать не удалось). Сыворотки разводились 1 : 100 — 1 : 800.

Однако мы быстро убедились в том, что и этот метод исследования не может считаться в данном случае сколько-нибудь удовлетворительным. Отрицательной реакция агглютинации оказалась и у лиц, у которых палочка Бреслау была выделена тем или иным способом из организма. Все же у двух из них реакция дала положительный результат в слабом разведении. Еще у 4 больных, у которых культуры не были выделены, реакция с палочкой Бреслау также оказалась положительной. У всех исследуемых попутно производилась агглютинация с антигенами брюшного тифа, паратифа А и В и туляремии. Положительных реакций при этих исследованиях не получено. Считая и последние 4 случая вызванными палочкой Бреслау, мы имели, следовательно, всего 13 таких больных.

Все эти 13 больных страдали поносами. Стул, как правило, был водянистым, без слизи и крови, 4—8 раз за сутки. В 2 случаях частота стула достигала 30 раз в сутки. Лихорадка у этих лиц продолжалась 6—10 недель, имея вид типичного субфебрилитета, в ходе которого наблюдались спорадические подъемы температуры выше 38°, не находившие себе объяснения в клинической картине. Иногда такие повышения температуры продолжались по 5—6 дней. Затем температура опускалась до своего обычного уровня. У одной больной имелся экссу-

дливый плеврит, у одной — бронхопневмония, у трех — фурункулез и трофические кожные язвы, почти у всех — разнородные дерматиты. У одной больной отмечен длительно текущий тромбоз голени. Последнее осложнение заслуживает внимания в том отношении, что среди всех больных этой группы (несколько сот человек) тромбозы наблюдались в 20% и по частоте стояли на первом месте.

Со стороны крови наблюдалось падение числа эритроцитов при нормальных количествах лейкоцитов и нормальных лейкоцитарных формулах. У больных с гнойными осложнениями был умеренный лейкоцитоз.

О возможности длительного бациллоношения палочки Бреслау свидетельствует тот факт, что у одной нашей больной возбудитель выделен из мочи еще спустя месяц после госпитализации.

При лечении этих больных мы в единичных случаях видели эффект от применения сульфидина. Препарат прекращал понос, температура возвращалась к нормальному уровню. Обычно же сульфидин влияния на понос не оказывал, состояние больных улучшалось крайне медленно. Не удавалось добиться быстрого улучшения ни введением больших доз витаминов, ни соответствующей диетой, ни симптоматическими средствами.

Подавляющее большинство больных поправилось.

В заключение приводим типичные для этих случаев 2 истории болезни.

1. Больная К. Л., 25 лет, госпитализирована 20.III.1945 г. Алиментарная дистрофия третьей степени. На стопах, голених и кистях отеки. Стул до 20 раз в сутки, без слизи и крови. Сульфидин, глюкоза, кофеин и пр. без результатов. С 30.III двусторонняя бронхопневмония. Повторно курс сульфидина. С 9.IV стул нормальный. Однако развился гидраденит левой подмышечной ямки, перешедший во флегмону, захватившую все плечо и боковую поверхность груди до пояса. 10.IV из мочи выделена палочка Бреслау. 15.IV эта же культура выделена из кала (стул к этому времени снова жидкий). 18.IV из гноя флегмоны выделен этот же возбудитель. Смерть 20.IV. На вскрытии, кроме явлений дистрофии и энтероколита, септические эмболии в почках, септическая селезенка.

2. Больная К. М., 30 лет, госпитализирована 7.IV.1945 г. на 5-й день заболевания. Начало внезапное, головная боль, понос. Истощение второй степени, на высоте болезни стул очень частый, водянистый, лихорадка на высоких цифрах продолжалась 23 дня. На 19-й день болезни, после двух бесплодных посевов, из крови выделена палочка Бреслау. Несмотря на высокую температуру, общее состояние оставалось нетяжелым. Реакция агглютинации со всеми применявшимися антигенами отрицательная.

В ы в о д ы

1. При наличии неблагоприятных обстоятельств возможно проникновение палочки Бреслау в кровь и развитие заболевания септического типа.

2. Входными воротами могут быть как пищеварительный тракт, так, возможно, и повреждения кожных покровов.

3. В наших случаях наблюдалась довольно выраженная склонность возбудителя вызывать нагноительные процессы.

4. Явлений общей интоксикации, свойственной тифо-паратифозным заболеваниям, не наблюдалось. Все случаи протекали с поносами.

5. Методика выделения возбудителя Бреслау из организма совершенно не разработана. Необходимо дальнейшее изучение этой инфекции у человека.

СПОСОБ СТЕРИЛИЗАЦИИ ЧАШЕК ПЕТРИ В ПОХОДНЫХ УСЛОВИЯХ

Стерилизация бактериологической посуды, как известно, должна проводиться суховоздушным путем в специальном сушильном шкафу—«печи Пастера» при температуре 160—180° в течение 1—2 часов. Только при этих условиях гарантируется полное обеспложивание посуды от вегетативных и споровых форм бактерий.

Стерилизация в автоклаве при давлении пара в 1—1½ атмосферы дает надежный результат при обеспложивании жидкостей, содержащих как вегетативные, так и споровые формы бактерий, если обеззараживание продолжается в течение 30—45 минут. Но этот способ мало или совсем непригоден для стерилизации бактериологической посуды, так как посуда покрывается влагой и часто ломается.

В походных же условиях трудно применимы оба способа стерилизации, так как автоклав перегружает походную лабораторию, а сушильный шкаф при отсутствии электроэнергии или недостаточном напряжении тока вообще нельзя использовать.

Пробирки занимают сравнительно мало места и долго сохраняют свою стерильность под ватной пробкой, поэтому в походных условиях запас их всегда можно иметь в достаточном количестве. В крайнем же случае пробирки можно стерилизовать путем прокаливания на примусе или на бензиновой горелке по способу, описанному Берманом в учебнике микробиологии. Чашки Петри более хрупки и громоздки, к тому же быстро загрязняются после стерилизации. Поэтому при массовой работе в походных условиях их приходится стерилизовать на месте.

В период Великой отечественной войны при выездах в части с походной чемодан-лабораторией мы применяли следующий способ: чашки кипятили в воде в течение 10—15 минут в эмалированном тазике или кастрюле, на дно которых предварительно помещали слой гигроскопической ваты. После кипячения чашки вынимали из воды длинным пинцетом и помещали на стол дном вверх на развернутом стерильном полотенце или салфетке. В стакан или в одну из крышек чашки наливали небольшое количество чистого спирта, пропитывали им ватный тампончик, которым обтирали внутреннюю поверхность крышек чашки, после чего крышки фламбировались на огне спиртовки.

При фламбировании крышку следует держать левой рукой вверх дном. Эту процедуру лучше выполнять в резиновых перчатках, которые также необходимо предварительно прокипятить вместе с чашками. После фламбирования чашка становится совершенно сухой, стерильной и вполне пригодной для работы, т. е. для разливки агара.

Партии чашек Петри, обработанные этим способом, мы неоднократно проверяли на стерильность путем выдерживания в термостате после заливки агаром. Лишь очень редко наблюдался в чашках пророст единичных изолированных колоний стафилококка. Это объяснялось загрязнением поверхности агара бактериями из воздуха в момент разливки. Случаи пророста обычно не превышали 3—5% от общего количества проверенных чашек.

Описанный способ стерилизации чашек Петри позволяет лаборатории в походной обстановке производить анализы на кишечную флору.

Инженер-майор Е. И. БАЛАШОВ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПАРА ДЛЯ ОСВЕТИТЕЛЬНЫХ ЦЕЛЕЙ

Для полевых медицинских учреждений правильное и достаточное освещение рабочего места имеет особое значение. Нарушение норм освещенности таких рабочих мест, как операционная, сортировочная, перевязочная, совершенно недопустимо.

Особенно высоких норм освещенности требует операционная и в первую очередь — операционное поле. Так, например, если для общего освещения в классах, аудиториях, лабораториях, зрительных залах и библиотеках допустима освещенность в пределах 50—75 люкс, в чертежных — на досках 100 люкс, то для освещения лечебных учреждений требуются более высокие нормы как общего, так и местного освещения (табл. 1).

Таблица 1

Наименование помещений	Наименьшая допустимая освещенность (в люксах)	
	общее освещение	местное освещение
Операционные	100	2 000
Перевязочные и приемные покои	100	600
Лечебные кабинеты	100	300
Палаты	20	—
Лаборатории и аптеки	100	300
Медицинские склады	100	—
Анатомические кабинеты	60	600

Для полевых медицинских учреждений в военное время эти нормы были значительно снижены (табл. 2).

Таблица 2

Наименование помещений	Наименьшая допустимая освещенность (в люксах)	
	общее освещение	местное освещение
Операционные	30—40	800—1 000
Перевязочные	20—25	150—250
Сортировочные	15—20	50—75
Медицинский склад и аптека	20—30	50—60
Штаб	15—20	25—30

Но и эти цифры достаточно убедительно показывают, что в отношении освещения полевые медицинские учреждения занимают особое положение и организации освещения их необходимо уделить серьезное внимание.

Между тем медицинская служба Вооруженных Сил СССР как до Великой отечественной войны, так и во время нее располагала крайне ограниченными осветительными средствами. Правда, накануне войны был разработан ряд очень удобных конструкций карбидных, бензинокалильных, керосиновых и других ламп и фонарей для местного освещения, но, к сожалению, их было недостаточно.

Электростанции с первичными двигателями внутреннего сгорания, как показал опыт Великой отечественной войны, оказались неудобными из-за трудности доставки для них жидкого топлива, и электроснабжение полевых медицинских учреждений все более сокращалось, а например, на Ленинградском фронте от него пришлось совсем отказаться уже в первый период войны.

Кроме того, для эксплуатации первичных двигателей внутреннего сгорания требуются квалифицированные кадры.

Попытки использовать твердые виды топлива путем постройки газогенераторных электростанций, работающих на древесных чурках, древесном угле, брикетах и т. п., не дали удовлетворительных результатов. Заготовка газогенераторного топлива на ряде фронтов была совершенно невозможна.

Однако положение не так уже безвыходно, как кажется на первый взгляд. Медицинская служба Советской Армии располагает громадным парком передвижных паровых котлов, являющихся генераторами пара для дезкамер и душевых установок. В связи с этим возникает мысль, нельзя ли для полевых медицинских учреждений сконструировать передвижную электростанцию с паровым двигателем.

Паровые двигатели более просты и надежны в работе, чем двигатели внутреннего сгорания, не требуют такой высокой квалификации обслуживающего персонала, обладают более высокими амортизационными сроками. Имея паровые двигатели в качестве первичных двигателей генераторов передвижных электростанций, можно отжатый пар использовать для дезинфекции, нагрева воды и других нужд. Поэтому коэффициент полезного действия паровой электростанции с утилизацией выхлопного пара будет значительно выше, чем электростанции с двигателем внутреннего сгорания. Наиболее совершенным паровым двигателем является паровая турбина, но можно пользоваться и поршневыми двигателями, несколько модернизируя их.

Поставив перед собой такую задачу, мы решили в качестве первичного двигателя подвижной электростанции принять турбогенератор завода «Ревтруд» и, разрабатывая станцию, максимально сохранять современную конструкцию паровых котлов, которыми располагает медицинская служба Советской Армии, а также и турбогенератор.

Турбогенератор ТГ-1-50 состоит из компаундного генератора постоянного тока и сидящей на одном валу с ним паровой турбины. Общий вид турбогенератора ТГ-1-50 показан на рис. 1.

После первого опытного испытания турбогенератора, питаемого от парового котла душевой установки АДП при давлении пара не более 3—4 атм, мы смогли снять всего лишь 90 W (9%). В последующем мы пошли по линии повышения теплосодержания пара путем его перегрева, а также по линии создания устойчивого давления пара путем предварительного подогрева питательной воды (мятым паром), изменения ввода питательной воды (снизу) и замены насоса «Красный факел» насосом «Инжектор».

Эти мероприятия позволили значительно повысить съём мощности— до 500—600 W (50—60%).

В последующих опытах, наряду с повышением температуры перегрева пара до 190—200°, мы увеличили проходное сечение обратной направляющей лопатки. В результате мощность турбогенератора поднялась до 1100 W.

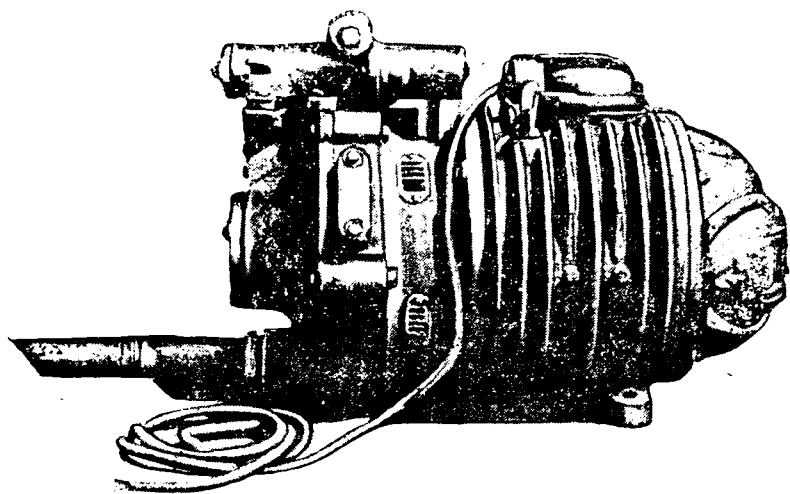


Рис. 1. Общий вид турбогенератора

Турбогенератор ТГ-1-50 характеризуется следующими данными:

Род тока—постоянный. Тип генератора—двухполюсный. Число оборотов 3500 об/мин. Напряжение 50 V. Сила тока 20 A. Система возбуждения — компаундная. Турбина — активная, с радиальным подводом пара, с двумя ступенями скоростей. Пар — сухой, насыщенный. Начальное давление пара 10—15 атм. Расход пара при полной нагрузке — 100 кг/час. Регулятор — центробежный. Габаритные размеры турбогенератора: длина 67 мм, ширина 332 мм, высота 412 мм. Вес турбогенератора 110 кг

Данные испытаний представлены на графике (рис. 2).

Дальнейшие эксперименты показали, что выхлопной пар вполне возможно использовать для дезинфекции обмундирования и подогрева воды. Дезинфекция обмундирования выхлопным паром производилась в дезкамере ДКП. Камера была загружена 16 комплектами летнего обмундирования. Прогрев до 80° продолжался 12 минут, экспозиция при температуре 80—84° — 10 минут. Температура внутри комплектов по показаниям максимальных термометров составляла 80—84°.

Таким образом, использование пара, генерируемого в котлах передвижных санитарно-

технических установок, будет более широким.

Схематически это использование можно представить в следующем виде (рис. 3).

По опыту Великой отечественной войны мы знаем, что для обеспечения основных потребностей полевых медицинских учреждений и их хирургических блоков в первую очередь достаточно иметь мощность передвижной электростанции в пределах 1 kW.

Известно также, что для обеспечения питания осветительных приборов основных хирургических блоков полевых медицинских учрежде-

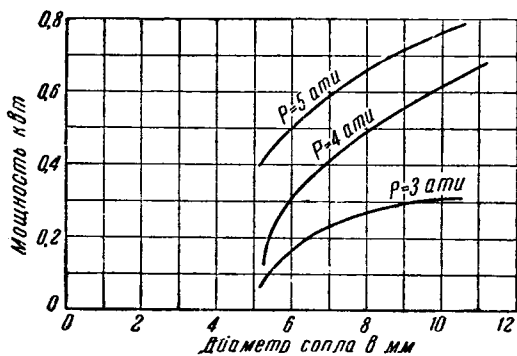


Рис. 2

ний достаточно иметь небольшие комплекты сетей на 20—25 точек, общей протяженностью до 250—300 м. Поэтому вопрос об использо-

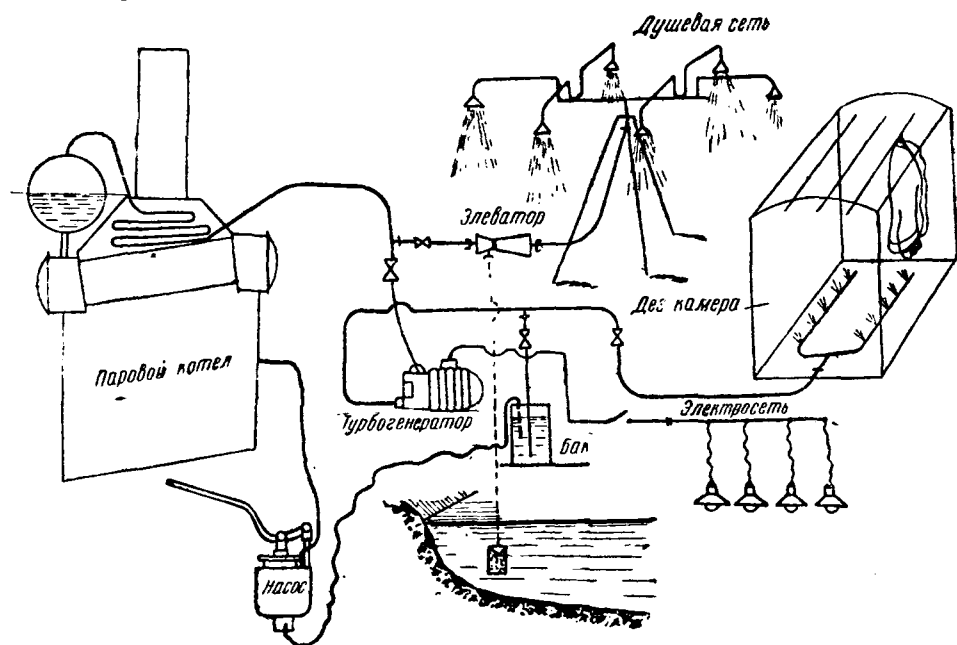


Рис. 3. Схема использования пара для санитарно-технических целей и электрического освещения полевых санитарных учреждений

вании турбогенераторных станций мощностью в пределах 1 kW для полевых медицинских учреждений становится совершенно реальным.

Выводы

1. Паровые котлы передвижных санитарно-технических установок и, в частности, душевых ОДП-2 и АДП могут быть использованы в качестве генераторов пара для передвижных электростанций мощностью до 1,2 kW. Эта мощность достаточна для освещения хирургического блока, состоящего из операционной на 3 стола, перевязочной на 2 стола и сортировочной.

2. Паровые электростанции особенно выгодны для полевых медицинских учреждений, где выхлопной пар можно использовать для дезинфекции (дезинсекции) и нагревания воды.

3. Опыты показали, что целесообразно иметь специальную паровую электростанцию (с использованием выхлопного пара) для нужд медицинской службы.



Подполковник мед. службы **Е. М. МАРГОРИН**

„ПАМЯТКА“ (MEMORANDUM) И. В. БУЯЛЬСКОГО

Из кафедры оперативной хирургии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова (нач. кафедры — генерал-лейтенант мед. службы действ. член Академии медицинских наук В. Н. Шевкуненко)

8 декабря 1946 г. исполнилось 80 лет со дня смерти выдающегося русского хирурга и анатома прошлого века профессора С.-Петербургской медико-хирургической академии Ильи Васильевича Буяльского (1789—1866).

Военно-медицинский журнал, описывая торжество празднования 50-летия врачебной деятельности «знаменитейшего хирурга», приводит приветствие юбиляру от имени Военно-медицинского ученого комитета, начинающееся следующими словами: «Ваши заслуги человечеству всем известны и Ваше имя во врачебной практической деятельности сделалось непреложным авторитетом»¹.

И действительно, занимаясь до последних дней жизни не только научной и педагогической работой, но и обширной практикой, Буяльский снискал себе уважение и известность среди всех слоев населения.

Замечательным документом его полувекового служения медицине является «Меморандум» («Памятка»), оконченная в 1864 г. Эта большая рукопись, в 275 листов, хранившаяся у потомков Буяльского как семейная реликвия, не только не была нигде опубликована, но и вообще

до недавнего времени оставалась в неизвестности².

В предисловии к ней Буяльский пишет: «Доктору невозможно удержать в памяти все формулы и все пропорции лекарств, входящих в состав нескольких сот рецептов, которые он читал в разных медицинских сочинениях. Иной рецепт придется прописать в год или в два-один только раз.

Я где-то читал и прописывал больным в течении 50-летней моей практики, всегда для памяти вносил в мой «Меморандум».

Не ищите, судья, правильного оглавления болезней — оно нет. Во многих рецептах пропорция лекарства означена меньше и больше, что и предоставляется каждому врачу, по его усмотрению, прибавить—

¹ Военно-медицинский журнал, 1864.

² «Меморандум» И. В. Буяльского был получен мною от его внучки А. П. Левашовой-Буяльской в октябре 1940 г. (Е. М.).

уменьшить или вовсе что исключить, смотря: по сложению больного, по летам, возрасту, полу и ходу самой болезни».

Последние слова, призывающие лечить не болезни, а больного, безусловно, знаменательны. В них дана подлинно научная основа взглядов на практическую медицину и вместе с тем разгадка поразительных успехов Буяльского на врачебном поприще.

Являясь представителем старой классической русской медицины XIX столетия, врачом в широком смысле этого слова, он лечил все болезни. Об этом наглядно говорит его меморандум.

Оглавление «Памятки» содержит 78 различных наименований. В их числе представлены: внутренние и хирургические болезни, акушерские, заразные, нервные, детские, кожные, венерические, глазные и многие другие. Наряду с ними приводятся также средства от «укушения змей», «от запоя и умопомешательства от оного» и даже от «веснушек и загара», «для чернения седых волос», «от моли, клопов и вшей».

Цели и рамки настоящей статьи не разрешают мне подробно остановиться на рассмотрении многочисленных средств и советов, содержащихся в «Памятке», тем более, что там их имеется около тысячи. Опуская узкие вопросы, в том числе фармако-фармацевтическую оценку материалов, я ограничусь кратким изложением только некоторых основных положений, характеризующих научные воззрения Буяльского.

Как известно, теории, господствовавшие в первой половине прошлого столетия, объясняли причину заболеваний воспалением, а последнее — результатом действия различных раздражающих факторов. Логическим следствием такого толкования главнейшего вопроса патологии было лечение, основную роль в котором играли активно действующие отвлекающие средства. К ним относились прежде всего пиявки, кровопускание, шпанские мушки и слабительные.

Буяльский являлся сторонником такого взгляда на происхождение болезней и широко пользовался в своей практике «противовоспалительными методами».

В подтверждение приведу выписку из раздела о воспалении легких. Начинается она следующим важным замечанием.

«Всякому врачу известно, что во всех активных воспалениях нашего тела самая верная средства: пиявки, рожки, кровопускания, горчишники, шпанския мушки, смягчающия мази и припарки. Также слабительныя».

В другом месте, говоря о лечении «воспаления сердца, желудка, кишек, печени и селезенки», Буяльский опять возвращается к этому вопросу и указывает, что «надобно употреблять пывок, кровопускание, каломель, шпанския мушки и другия».

Особенно часто назначалось кровопускание при апоплексии. «В этой болезни, — пишет Буяльский, — первое лекарство — кровопускание из руки фунт и полтора¹, второе: пывок в нос и на затылок 12—18 штук».

Автором приводятся даже способы «остановления кровотечения»

М. М. МАНДИН
Docteur à Boujalky.

1864 г. м. м.

Рис. 2

¹ Количество выпускаемой крови измерялось тогда на вес. (Е. М.).

после пиявок, что лишний раз свидетельствует о частоте их употребления¹.

Не реже применялись во времена Буяльского и шпанские мушки. «Ломота в бедре и пояснице, ишиас и люмбаго, сильные боли в голове, груди, лица; параличи» — вот неполный перечень показаний, имеющихся в «Памятке». Автор назначал это средство и своим детям, что видно из следующей интересной записи:

«В хроническом кашле, от переноса кори на легкие Василию И. Буяльскому прописано: 10 шпанских мушек на грудь, бока и на спину, где чувствует колотьи или тупую боль: мушки держать 2—3 дня не снимав, а после отпадения перевязать свинцовой мазью или свежим салом».

Тот же принцип отвлекающей терапии проводится и при лечении болезней печени.

«В болезнях печени, в умноженном или уменьшенном отделении желчи; в отвердении печени и происходящих от того водяной болезни, ипохондрии, меланхолии делаются ножные ванны из селитро-соляной кислоты».

При многих нервных болезнях Буяльский довольно широко применял препараты стрихнина. Он пишет:

«В параличе половины тела, в темной воде, в запоре и недержании мочи, в мужеском безсилии, в судорогах разного рода и в пляске С. Витта назначается: спиртовая вытяжка рвотного ореха».

Заслуживает особого внимания глубокое заключение Буяльского об эпилепсии: «настоящая падачая болезнь, бываемая безсамосознания, всегда происходит от мозга. Без сомнения мозг и кровеносные сосуды во время припадка находятся в судорожном состоянии»².

Прежде всего надо заметить, что такое материалистическое толкование «падачей болезни» разделялось тогда далеко не всеми врачами. Но главное заключается в мысли о «судорожном» состоянии кровеносных сосудов как основе эпилептического припадка. Это предположение нашло свое подтверждение лишь спустя много времени в работах Шпильмейера, а затем в наблюдениях Ферстера при операциях на головном мозге. В настоящее время, как известно, большинством невропатологов признается ишемическая природа эпилептических припадков, наступающих в результате спазма мозговых сосудов (Аствацатуров, Кроль и др.).

Борьба с заразными заболеваниями, возбудители которых не были известны, составляла тогда очень трудную задачу и носила чисто эмпирический характер. Каких только не предлагалось средств в поисках лучших методов лечения. При этом врачи особенно часто обращались за помощью к народной медицине.

Естественно поэтому, что и «Памятка» Буяльского пестрит средствами, применяемыми «простыми людьми».

Так, например, подробно излагая лечение водобоязни, этого подлинного бедствия тогдашней сельской России, автор перечисляет многочисленные народные лекарства, применявшиеся в Сибири, на Украине, в Эстляндии, Арзамасе, Орловской, Саратовской губерниях и «дрогих сторонах России». В числе их, между прочим, указываются крепкий чай из травы львиный хвост, зеленый мох и даже настой из жуков и кровь «курей».

Остановливаясь далее на «перемежающейся лихорадке» и ее лечении хиной, автор замечает, что «простой народ после лихорадочного

¹ Во второй половине XIX века русские врачи постепенно отходят от такого «вампиризма» и показания к кровопусканию все более начинают суживаться. Большая заслуга в этом отношении принадлежит С. П. Боткину и его передовой школе.

² Разрядка моя. (Е. М.).

пароксизма употребляет чесночный и луковый сок с водою», а «черный и белый перец от 5 до 15 зерен на прием, через три часа, в свободное от лихорадки время, не уступает хины».

Говоря подробно о лечении чахотки легких и приводя 35 различных рецептов, Буяльский настойчиво советует принимать пивные дрожжи. Среди народных средств как весьма полезные им упоминаются «осенний сок огурцов, которого надобно выпивать каждый день по полкружки», и «сельдяные молоки», принимаемые по утрам в течение месяца.

В связи с этим небезынтересно указать Буяльского о действии иодистого эфира. Он пишет, что в пользу можно употреблять вдыхание иодистого эфира. С начала надобно сделать 15—20 вдыханий один раз в день; а потом два раза, что достаточно будет напитать тело иодом».

Из других заразных болезней Буяльским уделяется много места холере, которая при нем два раза свирепствовала в Петербурге¹ и унесла в могилу любимую его дочь Марию Ильиничну. Им перечисляются применявшиеся тогда микстуры, капли и мази, куда входили селитра, настойки корицы, валерианы, арника, отвар корня салепа и другие средства.

Интересно, что сам Буяльский во время холерной эпидемии «вытирал себе все тело несколько дней сряду, по утрам и приказывал вытирать всех детей и людей прованским и деревянным маслом»².



Рис. 3

Переходя к рассмотрению хирургических глав «Памятки», необходимо заметить, что Буяльский работал в период, когда даже малые операции таили в себе роковую опасность и сопровождалась большой смертностью. Поэтому хирурги прибегали к ним только в последнюю очередь, окончательно исчерпав все терапевтические пособия.

Наглядным примером может служить распространенная тогда каменная болезнь. Буяльский считался по праву лучшим оператором-литотомистом³ и выпустил прекрасный атлас, посвященный камнесечению и камнедроблению. Однако в «Памятке» приводится 27 различных лекарств «для разрешения камней», «от камня в почках», «от зарождения мочевого камня и песка» и т. п. Как весьма полезное средство указывается, между прочим, «обыкновенная спаржа».

В ряде случаев терапевтические пособия давали хороший лечебный эффект, о чем говорит следующая запись.

«Доктор Бимберг, страдавший мочевыми камнями известкового свойства, принимал каждый день по 10 трех гран пилюли, состоящая

¹ В 1831 и в 1853 гг.

² «Друг Здравия», № 25, 1848.

³ В музее кафедры оперативной хирургии Военно-медицинской академии хранится собранная Буяльским коллекция в 200 мочевого и почечных камней, извлеченных им во время операций и патологоанатомических вскрытий. Буяльский в 1828 г. выпустил прекрасный атлас под названием «Анатомико-хирургические таблицы, объясняющие производство перевязывания больших артерий». Кроме того, лечению аневризм была посвящена его докторская диссертация.

из одного казанского мыла. Я видел у него 83 или 87 камешков. Кроме пилюль, он принимал каждый день содовую воду».

Буяльский также в совершенстве владел оперативным лечением аневризм, которые, по его мнению, «происходят от изъязвления собственных оболочек артерий». Однако в своей рукописи он приводит терапевтические средства и среди них «как самое рациональное» — раствор соляной кислоты (по 15—20 капель на прием).

При расширении вен «на ногах, в семенном канатике и яичка» автором широко рекомендуются в виде примочек различные вяжущие средства (сернокислое железо, хлористый аммоний, медный купорос и др.). Эти же примочки назначаются им и при подкожных кровоизлияниях. Последним отведено вообще много места. При кровотечениях «из носа, легких, желудка, из матки, мочевого пузыря и прямой кишки» Буяльским применялись препараты квасцов, корицы и вытяжка из «маточных рожков». Интересно, что при наружном кровотечении автор советует «примачивать и перевязывать рану раствором креозота». Последний, как известно, обладает не столько гемостатическим, сколько дезинфицирующим свойством.

Злокачественные опухоли в то время почти не оперировались. В «Памятке» приводится всего несколько рецептов, и то главным образом для «перевязывания раковидных ран». При этом автор нигде не дает им оценки — настолько, повидимому, все они были неудачными. Он пишет, что при перевязке изъязвившейся раковой опухоли «доктор Высоцкий употреблял сок, выжитый из свежих и зрелых калиновых ягод, смешанный с равным количеством сотового перегнанного меда».

Некоторый интерес представляют записи о лечении рака отваром из свежих листьев и цветов растения «ноготки» (трава и цветы календулы). Лекарство принималось внутрь «4 раза в день по столовой ложке»; это же средство употреблялось в виде мази и пилюль. Автор отмечает далее, что отвар из растения «ноготки» с добавлением очищенного древесного уксуса применяется и для «впрыскивания» в раковую опухоль грудной железы.

Тяжелую задачу представляло лечение острых хирургических заболеваний, в частности, заворота кишок.

При «завитке кишек» Буяльский советует вначале испробовать «противовоспалительные» методы лечения (пиявки, кровопускание, слабительные, промывательные), а также «эндермическое¹ приложение» препаратов морфина.

Но если все это не помогает, то надобно «вливать больному в рот полфунта и даже целый фунт живой ртути. От этого средства я несколько раз видел разрешение завитка кишек. Именно у купца Лытикова два раза и в Мариинской больнице два раза».

Буяльский подробно останавливается на лечении ущемленных грыж и рекомендует испробовать вначале терапевтические пособия. Грыжесечение считалось очень опасной операцией, и к нему прибегали лишь после того, как ручное вправление не давало результата.

«От ущемленной грыжи, — пишет он, — все первоначальные средства каждому врачу известны: 1) слабительное, 2) промывательные, 3) припарки, 4) холодные примочки со льдом, 5) пьавок над грыжею и на живот 12—18 штук, 6) при полном и крепком пульсе, при частой рвоте, открыть фунт или полтора фунта крови, 7) сделать ванну для всего тела и в ванне пробывать вкладывать грыжу и 8) хлороформировать 2—3 и 5 минут, и при этом тоже стараться грыжу вкладывать».

При «водяных грыжах» (гидроцеле), особенно у детей, Буяльский прописывает примочку, состоящую из водного раствора хлористого ам-

¹ Внутрикюжное.

мония в смеси с вкусом морского лука, и замечает, что «от употребления этой примочки грыжа у детей излечивается в две и три недели». Далее, однако, автор пишет: «Радикальное лечение водянки яичка: сделать прокол — выпустить воду и внутрь впрыснуть раствор настёйки иода в 3—5 частях воды».

Буяльский был в числе первых русских хирургов, настойчиво вводивших у нас эфирное и хлороформное обезболивание. Достаточно указать, что 10 августа 1848 г. (т. е. всего через десять месяцев после первого хлороформирования больного Симсоном) он уже делал операцию «8-месячному дитяти при помощи хлороформа»¹.

Трудно допустить, чтобы такой хирург, как Буяльский, решил впервые хлороформировать грудного ребенка, не имея до этого достаточного опыта над взрослыми пациентами. Подобное предположение тем более вероятно, что отношение к усыплению в те годы было весьма сдержанным, а часто и просто враждебным.

Во всяком случае, из «Памятки» видно, что наркотические вещества использовались автором часто и не только при операциях.

В разделе «Анестезические средства» Буяльский пишет: «Главное употребление хлороформа — при операциях. Хлороформ также употребляют: при спазмах, корчах, столбняке, в истерических припадках, в бессоннице, словом, во всех нервных раздражениях».

Он считает его показанным и при эпилепсии, отмечая при этом, что «трое детей в возрасте 6—8 лет, одержимые падучей болезнью, были излечены хлороформом в продолжение 6 дней, давая только нюхать».

Помимо хлороформа, Буяльский упоминает о серном углероде как о «новом одуряющем средстве», но считает его непригодным «по причине вонючего запаха». Из других обезболивающих веществ он отдаёт предпочтение хлорному эфиру, так как последний «действует приятно, сильно и скоро, а упадок сил от него не так велик, как при хлороформе».

В качестве курьеза можно сообщить, что Буяльский рекомендует давать нюхать хлороформ «при болтовне после пьянства».

Представляет также интерес отдел об «отмораживании членов» и общем «замерзании». Начинается он следующим советом:

«Отмороженные члены: щеки, нос, руки и ноги, надобно тот же час тереть снегом, льдом и намачивать холодною водою. Точно так же поступать должно с замерзшим и в безчувственном состоянии находящимся; а когда появятся признаки жизни, тогда надобно тело постепенно согреть».

Для перевязывания чистых ран на «отмороженных членах» он рекомендует вяжущие вещества, замечая при этом, что «в деревнях отличное средство — отвар из столченного овса или дубовой коры».

Несомненно, особый интерес имеет указание Буяльского о лечении гнойных ран после отморожения разведенным раствором хлорной извести. Я подошел к самому важному месту рукописи Буяльского, придающему ей большую историческую ценность. Речь идет о весьма широком применении Буяльским антисептического раствора хлорной извести. Он употребляет его не только при перевязывании «нечистых ран после отмораживания» и «лишаев на голове», но также при лечении чумы и «гнилостного поноса».

«От чумной заразы, — пишет Буяльский, — больному надо делать ванны из раствора хлоровой извести. Больной голову должен держать

¹ Буяльский так описывает наступление наркоза: «Через две минуты по начети вдыхания, дитя опустило ручки, побледнело и начало закрывать глаза. Не теряя времени, я сделал продолговатый разрез в покровах, и дитя не оказало ни малейшего чувства, что и убедило в достаточном действии хлороформа». Военно-медицинский журнал, т. 54, 1849.

вне ванны: ванна покрывается плотно одеялами, смоченными слабым раствором поташа». При «гнилостном поносе» он рекомендует хлорную воду по 15—20 капель через два часа. Буяльский особо подчеркивает значение хлорной извести как средства, предупреждающего заражение. «Во время скарлатины, оспы, злокачественной жабы, нервных и тифозных горячек, для предохранения от заражения других и дляправления воздуха надобно два раза в день брызгать пол крепким или разведенным раствором хлорной извести».

Совершенно очевидно, что Буяльский, задолго до открытия возбудителей болезни, признавал возможность передачи инфекционного начала посредством воздуха и окружающих больного предметов.

48. •

16. *Предохранительное Средство отъ Жа-*
= мытья рук.

Предохранительное Средство для Опериро-
вель, Акушеров, Повивальных Бабок,
Врачей и фельдшеров при Операциях, вну-
тренних Осмотрах, при перевязываниях
ран гангренозных, раковидных, венериче-
ских и бешеными животными нанесенных.
так при вскрытии мертвых тел обмывание
рук крепким или разведенным раство-
ром хлорной извести есть самое лучшее
средство».

Рис. 4. Меморандум И. В. Буяльского. 48-я страница.

Более замечательно, однако, что еще до Листера Буяльский считал мытье рук хирурга перед операцией раствором хлорной извести наилучшим предохранительным средством от заражения. На 48-й странице «Памятки» читаем: «Предохранительное средство для операторов, акушеров, повивальных бабок, врачей и фельдшеров при операциях, внутренних осмотрах, при перевязываниях ран гангренозных, раковидных, венерических и бешеными животными нанесенных: так при вскрытии мертвых тел обмывание рук крепким или разведенным раствором хлорной извести есть самое лучшее средство».

Итак, Буяльский не только допускал возможность передачи болезнетворного начала путем непосредственного контакта и широко применял в своей практике обеззараживающие средства, но и настойчиво стукался в дверь хирургической антисептики, которую раскрыл потом гениальный Листер. Уже одно это обстоятельство ставит автора «Памятки» в один ряд с выдающимися представителями медицинской науки.

Правда, Буяльский говорит лишь о возможности заражения самого оператора через его руку, а не больного от руки оператора, но это не снижает исторической ценности его догадки. Да и сам Листер, как известно, в первых своих работах еще не упоминает о возможности инфицирования ран руками хирурга и только впоследствии начинает настаивать на мытье рук раствором карболовой кислоты.

Таково вкратце содержание этой замечательной медицинской рукописи середины прошлого века. Несомненно, она заслуживает более подробного изучения представителями различных специальностей.

Когда мы перелистываем теперь пожелтевшие страницы «Мемогалдшт», перед нами встает образ крупнейшего русского врача-практика и ученого медика Ильи Васильевича Буяльского.

Полковник мед службы И. Л. МАКАРОВ

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

(Продолжение)¹

18. Повреждение позвоночника и спинного мозга

- Брискман Е. Я., К клинике огнестрельных ранений спинного мозга, в кн. Сборник научных трудов, в 2, Л., стр. 319—334, 1942 (Ленинградский Краснознаменный военный госпиталь).
- Брискман Е. Я., Механизм огнестрельных повреждений спинного мозга как основа для оперативного вмешательства, в кн. Труды 1-й хирургической конференции Н-ского РЭП 27—30 июля 1942, Б. м., стр. 214—223, 1943.
- Бротман М. К., Некоторые вопросы ранней диагностики травм спинного мозга, Невропатология и психиатрия, 13, 1, 1944.
- Вайль С. С., О некоторых изменениях головного и спинного мозга при острогнойных осложнениях огнестрельных ранений, в кн. Материалы по патологоанатомической боевой травме, Киров, стр. 113—116, 1943.
- Вайнер М. Н., О травматических поражениях шейного отдела спинного мозга, Вопросы нейрохирургии, 5—6, 1941.
- Варшавская Д. Я., Из опыта работы спинального отделения фронтового эвакогоспиталя, Вопросы нейрохирургии, 9, 1, 1945.
- Варшавская Д. Я., Надлобковый свищ при спинальной травме, Вопросы нейрохирургии, 9, 1, 1945.
- Василенко Ю. В., Клиника комбинированных спинально-плексальных травм и их лечение, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 13, Тюмень, стр. 337—345, 1943.
- Василенко Ю. В., К патогенезу отдаленных синдромов при травмах центральной нервной системы, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 13, Тюмень, стр. 101—112, 1943.
- Василенко Ю. В., Неврологические основания к определению посттравматических форм поражений спинного мозга и его оболочек, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 13, Тюмень, стр. 214—221, 1943.
- Васильев А. И., Урологические осложнения при травме позвоночника ч меры борьбы с ними, в кн. Сборник докладов 1-й Самаркандской областной научной конференции эвакогоспиталей, Самарканд, стр. 74—81, 1942.
- Вегер А. М. и др., Анализ тысячи случаев военных поражений нервной системы, в кн. Труды окружной хирургической конференции госпиталей СибВО, Красноярск, стр. 280—289, 1944.
- Вельвовский И. З., Запросы нейротравматологии к лечебной физкультуре (Тезисы доклада), в кн. Лечебная физкультура при травмах военного времени, М., стр. 61—62, 1944.
- Власова Е. Ф., Абсцессы спинного мозга, Хирургия, 1, 1945.
- Вознесенский С. Д., Расстройства функций спинного мозга при ранениях грудной клетки без повреждений позвоночника, в кн. Сборник трудов эвакогоспиталей Московского облздравотдела, М., стр. 120—124, 1944.
- Воробьев Н. Ф., Военные травмы спинного мозга, в кн. Краткое пособие по невропатологии и психиатрии для военных врачей, Уфа, Башгосиздат, стр. 16—24, 1942.
- Газова О. А., Огнестрельные ранения спинного мозга и их консервативное лечение в тыловых госпиталях, в кн. Сборник научных работ эвакогоспиталей СибВО, М., стр. 331—335, 1942.
- Гаккель В. М., К патологической характеристике боевого огнестрельного ранения черепа и позвоночника, Вопросы нейрохирургии, 5, 2, 1941.
- Галкин В. С., Повреждения центральной нервной системы и открытые травмы черепа и мозга, в кн. Боевая работа нервной системы, Киров, стр. 35—42, 1943.
- Гальчинская О. П., К применению сульфамидов при травматических поврежде-

¹ См. ВМЖ, № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11.

- ниях центральной нервной системы, в кн. Сборник работ санитарной службы СибВО, в. 2, М., стр. 34—50, 1943.
- Гейманович А. И. и Золотова Н. А., Морфологические изыскания при травмах спинного мозга (Экспериментальное исследование), в кн. Травматические поражения центральной и периферической нервной системы, Харьков, стр. 146—156, 1945.
- Гейманович А. И. и Чернышева К. Н., Болевые феномены при позвоночно-спинальной травме и их значение, в кн. Травматические поражения центральной и периферической нервной системы, Харьков, стр. 157—163, 1945.
- Гейманович З. И., Военно-травматические поражения позвоночника и спинного мозга, Тюмень, 119 стр., 1943.
- Гейманович З. И., К дифференцировке невротравматологического материала в системе госпиталей, Госпитальное дело, 9, 1944.
- Гейманович З. И., К патогенезу абдоминального комплекса при травме позвоночника, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 13, Тюмень, стр. 205—213, 1943.
- Гейманович З. И., Огнестрельная травма позвоночника, Вопросы нейрохирургии, 7, 1, 1943.
- Голубов Р. А., К симптоматике повреждений верхне-шейного отдела спинного мозга, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 12, Тюмень, стр. 346—356, 1943.
- Голубов Р. А., Огнестрельные ранения периферических нервов без макроскопических изменений в операционном поле, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 13, Тюмень, стр. 235—254, 1943.
- Голубов Р. А., Неврологические обоснования к операциям при огнестрельных ранениях позвоночника и спинного мозга, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 14, Харьков, стр. 164—170, 1945.
- Гольман С. В. и др., Повреждения и ранения позвоночника и спинного мозга, в кн. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, в. 5, Калуга, стр. 28—31, 1943.
- Гольфанд И. П., Опыт лечения проникающих огнестрельных повреждений позвоночника, Хирургия, 5, 1944.
- Гольфанд И. П. и др., Огнестрельные повреждения позвоночника, Хирургия, 9, 1944.
- Гориневская В. В., Повреждения позвоночника и спинного мозга, в кн. Гориневская В. В. и Рамм М. Г., Первая медицинская помощь при травмах военного и мирного времени, М., стр. 252—270, 1942.
- Гориневская В. В., Ранения позвоночника и спинного мозга, в кн. Лечение ранений на войне, Л., стр. 279—285, 1942.
- Гориневская В. В., Ранения позвоночника и спинного мозга, в кн. Лечение военных ранений, Л., стр. 295—302, 1945.
- Гращенко Н. И., Огнестрельные ранения позвоночника и спинного мозга, М., Медгиз, 180 стр., 1945.
- Гращенко Н. И., Оперативное и неоперативное лечение ранений позвоночника и спинного мозга, Хирургия, 5—6, 1943.
- Гращенко Н. И., Ранения позвоночника и спинного мозга и методы их лечения. (Ранний и поздний периоды), Вопросы нейрохирургии, 9, 1, 1945.
- Гращенко Н. И. и др., Хирургическая тактика и клиническая симптоматология при ранениях позвоночника и спинного мозга, Вопросы нейрохирургии, 1, 1944.
- Давиденков С. Н., Основные вопросы военного невротравматизма, в кн. Труды 1-й хирургической конференции Н-ского РЭП 27—30 июля 1942, 6. м., стр. 187—191, 1943.
- Давиденков С. Н., О содружественных параличах и парезах (при огнестрельных ранениях), Невропатология и психиатрия, 4, 1944.
- Дямент Л. В., Эпидемический церебральный менингит при ранении позвоночного столба, в кн. Помощь медработникам эвакогоспиталей, 8—9, 1942.
- Жоголев Г. О., Опыт лечения прележней при повреждении спинного мозга после огнестрельного ранения позвоночника, Медицинская сестра, 6, 1943.
- Жоголев Г. О., Случай своеобразного вегетативного и корешкового синдрома при огнестрельном ранении грудного отдела позвоночника, Хирургия, 9, 1945.
- Зароченцева В. И., Попытка лечения ликвореи введением воздуха, Хирургия, 4, 1943.
- Захаров Н. В., Триста операций на периферических нервах, в кн. Труды госпиталей Приволжского военного округа, в. 1, Куйбышев, стр. 105—111, 1944.
- Зенкевич Г. А., К патоморфологической характеристике осложнений при мозжечковых ранениях, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 14, Харьков, стр. 137—145, 1945.
- Зильберштейн С. М., Цереброспинальная жидкость и состояние гемато-энцефалического барьера при острой закрытой травме черепа, Вопросы нейрохирургии, 2, 1941.
- Зильберштейн Х. Н., Некоторые особенности патоморфологии травматических повреждений спинного мозга, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 14, Харьков, стр. 181—195, 1945.

- Златоверов А. И., О местном и отдаленном действии травмы нервной системы, в кн. Сборник работ эвакогоспиталей Красноярского края, Красноярск, стр. 189—199, 1945; Невропатология и психиатрия, 14, 3, 1945.
- Иванов Б. А., Огнестрельные повреждения центральной и периферической нервной системы. (Библиография), Госпитальное дело, 12, 1944.
- Иванов К. С., Об антискапулярных абсцессах, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну. Рефераты, в. 1, М., стр. 60—62, 1944 (ГВСУ Красной Армии).
- Изменения спинномозговой жидкости и крови при закрытых травмах центральной нервной системы. Сообщение 2-е, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 3, 1944.
- Ильинский М. В., К вопросу терапии ликворных свищей, Вопросы нейрохирургии, 9, 2, 1945.
- Инструкция по лечению травматических повреждений позвоночника и спинного мозга в нейрохирургических эвакогоспиталях, Казань, Медгиз, 7 стр., 1942 (Главное управление эвакогоспиталей НКЗдрава СССР), в кн. В помощь лечащему врачу. М. — Казань, стр. 25—29, 1942; Инструкция НКЗдрава СССР по методам хирургического лечения в госпиталях, Горький, стр. 68—71, 1942; Сборник инструкций и указаний по лечению последствий огнестрельных ранений, М., Медгиз, стр. 19—23, 1945; Советская медицина, 10, 1942.
- Караев Р. Г. и др., Комбинированное лечение травматических повреждений спинного мозга и его корешков при переломах позвоночника, Невропатология и психиатрия, 4, 1941.
- Кириченко А. М. и др., К вопросу о проницаемости гемато-энцефалического барьера при травмах спинного мозга, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 17, 6, 1944.
- Кислов В. А., К вопросу о клинической диагностике острых и ранних форм боевых травматических заболеваний центральной нервной системы. (Реферат), Невропатология и психиатрия, 13, 6, 1944.
- Кислов В. А., Клинические особенности боевых повреждений спинного мозга, Вопросы нейрохирургии, 7, 3, 1943.
- Коган С. А., К вопросу о функциональном лечении переломов позвоночника, в кн. Труды 2-й оборонной республиканской сессии Туркменского научно-медицинского общества, стр. 22—24, 1944.
- Козырев А. А. и др., Опыт восстановления субарахноидального пространства, в кн. Сборник научных трудов Ивановского медицинского института, Иваново, стр. 166—169, 1945.
- Корейша А. А., Текущие вопросы нейрохирургии во второй год Великой отечественной войны, 2-й пленум Госпитального совета НКЗдрава СССР, Вопросы нейрохирургии, 7, 3, 1943.
- Корнянский Г. П., Ближайшие результаты ранних оперативных вмешательств при огнестрельных ранениях позвоночника и спинного мозга, Вопросы нейрохирургии, 9, 1, 1945.
- Корнянский Г. П., Комбинированные огнестрельные ранения спинного мозга и органов грудной клетки и брюшной полости, Хирургия, 2—3, 1943.
- Кривницкий Я. М., К вопросу о пролапсах мозга при черепно-мозговых ранениях, Вопросы нейрохирургии, 9, 6, 1945.
- Куимов Д. И., Случай хронического негнойного спинального эпидурита (перипахименингита), Вопросы нейрохирургии, 1, 1944.
- Лазарев В. Г., О военно-травматических повреждениях спинного мозга (Аутореферат), в кн. Труды окружной хирургической конференции госпиталей СибВО, Красноярск, Воениздат, стр. 279—280, 1944.
- Лазарев В. Г., Огнестрельные повреждения конского хвоста, Вопросы нейрохирургии, 9, 1, 1945.
- Лазарев В. Г., О травматических поражениях конского хвоста, в кн. Сборник работ санитарной службы СибВО, в. 2, М., стр. 336—339, 1943.
- Летник С. Ф., Особенности течения травматических остеомиелитов шейной части позвоночника, Хирургия, 7, 1945.
- Луковский Л. и др., К вопросу организации лечения контуженных, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 82—83, 1945 (ГВСУ Красной Армии).
- Майкова-Строганова В. С., Контуры тел позвоночников при травмах, в кн. Рохлин Д. Р., Очерки рентгенологии ранений и заболеваний военного времени, Вологда, РЭП-95, стр. 162—170, 1945.
- Майорчик В. Е., Внезапное изменение лабильности нервно-мышечного синапса при операциях на спинном мозге, Вопросы нейрохирургии, 1, 1945.
- Майдельбойм А. В., Изменения спинномозговой жидкости и крови при закрытых травмах центральной нервной системы, Здравоохранение Казахстана, 10—11, 1943.
- Маргулис М. С., Вопросы клиники и патогенеза закрытых огнестрельных ранений спинного мозга, Невропатология и психиатрия, 13, 1, 1944.

- Маргулис М. С. и др. Зоография и патогенез поражений периферической нервной системы при огнестрельных ранениях черепа и головного мозга, Клиническая медицина, 20, 7, 1942.
- Мартынов Д. А., Оперативное лечение ранений позвоночника в армейском районе, Хирургия, 4, 1945.
- Никольский В. А., Об огнестрельных ранениях позвоночника и их хирургическом лечении, Вопросы нейрохирургии, 1, 1944.
- Нильсон Е. А., О вегетосиндромах при военных травмах, Клиническая медицина, 23, 4—5, 1945.
- Нуштаева О. С., Применение гипертонических растворов при лечении поздних проляптей закрытых травм центральной нервной системы, в кн. Труды оборонно-республиканской сессии Туркменского научного медицинского общества и Госпитального совета НКЗдрава Туркменской ССР, Ашхабад, стр. 193—195, 1942.
- Овчининский Н. Н. и др., Бактериальная флора ликвора при огнестрельных ранениях черепа, Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии, 7—8, 1945.
- Оксенгендлер С. М., О лечении посттравматического церебрального синдрома сернокислотной магнезией, Советский журнал, 2, 1941.
- Основы практической нейрохирургии, Л., Медгиз, 547 стр. с илл., 1943.
- Первая помощь при повреждениях головного и спинного мозга, Л., Главсевморпуть, 8 стр., 1941 (Ленинградский дом санитарного просвещения).
- Петров И. Р., Научная конференция по проблеме «Последствия и лечение травмы нервной системы» 25 мая 1942, Военно-санитарное дело, 9, 1942.
- Петров Н. В., Повреждения позвоночника, в кн. Санитарная служба Тихоокеанского флота в Хасанской операции, Л., стр. 66—71, 1941.
- Плотичер А. И., Клинические формы сурдомутизма военного времени, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 14, Харьков, стр. 321—335, 1945.
- Плотичер А. И., Лечение сурдомутизма военного времени, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 14, Харьков, стр. 314—353, 1945.
- Повреждения позвоночника и спинного мозга, в кн. Панченко Д. И. Избранные вопросы фронтовой невропатологии, б. м., стр. 97—104, 1944 (ВСУ 4-го Украинского фронта).
- Погибко П. М., Этапы восстановления речи и слуха при различных формах сурдомутизма, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 14, Харьков, стр. 336—343, 1945.
- Подгорная А. Я., К характеристике спинномозговой травмы по материалам тылового нейрохирургического госпиталя, Вопросы нейрохирургии, 1, 1944.
- Поленов А. Л., Несколько практических замечаний по поводу некоторых операций на содержимом позвоночного канала, Вопросы нейрохирургии, 3, 1941.
- Поленов А. Л. и др., Клиника и лечение циститов при огнестрельных ранениях спинного мозга, Вестник хирургии им. Грекова, 62, 5—6, 1943.
- Поленов А. Л. и др., О методах так называемой первичной обработки огнестрельных ранений позвоночника и содержимого позвоночного канала, Вопросы нейрохирургии, 1, 1941.
- Положение о нейрохирургических госпиталях системы НКЗдрава СССР, Медгиз, 4 стр., 1942.
- Попов Б. А., Ортопедическая помощь при травматических огнестрельных порезах позвоночника и спинного мозга (Реферат), Невропатология и психиатрия, 13, 6, 1944.
- Применение кровоостанавливающих средств при ранении центральной нервной системы, в кн. Отчет о научно-исследовательской работе клиники нервных болезней ВИЭМ, М., стр. 40—54, 1944.
- Применение современных электрофизиологических методов исследования при боевой травме центральной и периферической нервной системы, Невропатология и психиатрия, 1, 1944.
- Пропер-Гращенко Н. И., Огнестрельные ранения позвоночника и спинного мозга, М., Медгиз, 103 стр. с илл., 1945.
- Протокол № 3 научной конференции нейрохирургов 11 марта 1942 г., в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, в. 8, Л., стр. 112—116, 1943 (СУ Ленинградского фронта).
- Протокол научной конференции нейрохирургов Ленинградского фронта, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, в. 11—12, Л., стр. 192—196, 1944 (СУ Ленинградского фронта).
- Протокол научной конференции нейрохирургов Ленинградского фронта, посвященной ранним осложнениям огнестрельных черепно-мозговых ранений, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, в. 11—12, Л., стр. 197—212, 1944 (СУ Ленинградского фронта).
- Раздольский И. Я., Перинео-анальный синдром и его диагностическое значение при огнестрельных повреждениях конского хвоста, в кн. Работы ленинградских врачей за годы Отечественной войны, в. 2, Л., стр. 80—85, 1942.
- Раздольский И. Я., Спонтанные и послеоперационные гнойные осложнения при огнестрельных поражениях спинного мозга, Вопросы нейрохирургии, 1, 1941.

- Раздольский И. Я., Факторы, травмирующие спинной мозг при огнестрельных повреждениях его, в кн. Нервнопсихические заболевания военного времени, Л., стр. 77—89, 1945.
- Ранения позвоночника и спинного мозга, в кн. Отчет о научно-исследовательской работе клиники нервных болезней ВИЭМ, М., стр. 55—63, 1943.
- Рапопорт М. Ю., Процессы рубцевания при повреждениях мозга, Вопросы нейрохирургии, 9, 6, 1945.
- Ревякин Л. П., Эвакуация, сортировка и санитарный транспорт при огнестрельных ранениях позвоночника и спинного мозга, в кн. Бонтарчук А. В. Основы военно-полевой хирургии, Л., стр. 199—202, 1942.
- Резолюция нейрохирургической комиссии 2-го пленума Госпитального совета Главного управления эвакогоспиталей НКЗдрава СССР о лечении поврежденных центральной и периферической нервной системы, Вопросы нейрохирургии, 7, 3, 1943.
- Резолюция 6-й сессии нейрохирургического совета по разделу огнестрельных ранений позвоночника и спинного мозга, Вопросы нейрохирургии, 8, 2, 1944.
- Рисунев Б. С., Электрофизиологические наблюдения при травмах нервной системы, в кн. Экспериментальная медицина, М., стр. 137—148, 1944.
- Розенберг А., Ленинградская городская конференция, посвященная вопросам травматических поражений центральной нервной системы, Советская психоневрология, 1, 1941.
- Розенцвейг И. С., Рентгенодиагностика огнестрельных повреждений позвоночника, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 14, Харьков, стр. 176—180, 1945.
- Рубинштейн Я. Т., Повреждения и ранения позвоночника и спинного мозга, в кн. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, в. 5, Калуга, стр. 21—32, 1943.
- Рыжкова, Функциональное лечение поражений центральной и периферической нервной системы, в кн. Опыт постановки функционального лечения в эвакогоспиталах, М., стр. 63—66, 1944.
- Санитарная служба в дни Отечественной войны. Травматические поражения центральной и периферической нервной системы, т. 1—2, Тюмень, 1943; т. 1—390 стр. с илл., т. 2—413 стр. с илл. (Труды Украинского психоневрологического института, т. 12, 13).
- Саркизов С. А., Электрофизиологические исследования при боевой травме центральной нервной системы, Вопросы нейрохирургии, 6, 6, 1942.
- Синегубко Л. Л., Изменение ликвора при абсцессах мозга, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 14, Харьков, стр. 118—123, 1945.
- Сиротина Е. И., К вопросу об абсцессах спинного мозга, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 14, Харьков, стр. 171—175, 1945.
- Ситенко В. М., Изменения в продукции и балансе спинномозговой жидкости под влиянием внутривенных введений гипертонических растворов, Хирургия, 7, 1943.
- Схема конъюнктурного обзора нейрохирургических госпиталей и отделений, Вопросы нейрохирургии, 8, 5, 1944.
- Танан Н. Г., Биохимические сдвиги в подостром периоде церебральных травм, в кн. Травмы нервной системы, Уфа, стр. 54—63, 1942.
- Терпугов Е. А., К клинике и лечению огнестрельных комбинированных ранений спинного мозга, Вопросы нейрохирургии, 1, 1941.
- Техника операций на центральной и периферической нервной системе при повреждениях военного времени. Под ред. проф. А. Л. Поленова, Л., Медгиз, 104 стр., 1941.
- Травматические поражения центральной и периферической нервной системы, Харьков, 406 стр., 1945 (Труды Украинского психоневрологического института, т. 14).
- Триумфов А. В., Закрытые травмы головного мозга, в кн. Боевые травмы нервной системы, Киров, стр. 31—35, 1943.
- Триумфов А. В., Закрытые травмы спинного мозга, в кн. Боевые травмы нервной системы, Киров, стр. 27—29, 1943.
- Триумфов А. В., Топическая диагностика заболеваний центральной нервной системы, Вопросы нейрохирургии, 4, 1944.
- Триумфов А. В., Экспертиза, в кн. Боевые травмы нервной системы, Киров, стр. 42—43, 1943.
- Тэриан К. Г., К вопросу об этапном лечении огнестрельных ранений позвоночника с повреждением спинного мозга, Вопросы нейрохирургии, 1, 1944.
- Указания по военно-врачебной экспертизе лиц, страдающих последствиями травм центральной и периферической нервной системы, Л., 1943 (МСУ ВМ флота).
- Указания по диагностике, лечению и эвакуации поврежденных центральной и периферической нервной системы в войсковом и армейском районе, б. м., 23 стр., 1942 (ВСУ Северо-Западного фронта).
- Успенская В. Э., Дискуссия о восстановлении функций после травмы центральной нервной системы, в кн. Военная медицина за рубежом, в. 3, М., стр. 93—99, 1942.

- Фаворский Б. А., Изменения центральной нервной системы в связи с повреждением периферических нервов, Невропатология и психиатрия, 13, 1, 1944.
- Филиппова А. Г., Хронаксия спинальных корешков при огнестрельных травмах позвоночника и спинного мозга, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 17, 4—5, 1944; Вопросы нейрохирургии, 9, 1, 1945.
- Фольборг Г. В., Комплексный анализ явлений, наблюдаемых при травмах нервной системы, Врачебное дело, 3—4, 1945.
- Фрейдин Х. М. и др., К вопросу об объективной регистрации вазомоторных асимметрий при травмах спинного мозга, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1—2, 1944.
- Хазанская А. И., Роль сестры в уходе за ранеными с повреждениями позвоночника и спинного мозга, Медицинская сестра, 1—2, 1945.
- Харитонов С. А., Об изменениях в центральной нервной системе и в органах чувств при ранениях периферических нервов, Невропатология и психиатрия, 6, 1945.
- Ходос Х. Г., Травматические повреждения и огнестрельные ранения нервной системы, Иркутск, Иркутоблиздат, 207 стр. с илл., 1943. Библиогр.
- Хорошко В. К., Вопросы организации комплексного лечения и восстановления трудоспособности при травматических повреждениях нервной системы военного времени, Невропатология и психиатрия, 13, 4, 1944.
- Шамовская Э. З. и др., Некоторые наблюдения над изменениями спинномозговой жидкости, глазного дна и нервной системы при военных травматических поражениях головного мозга, в кн. Труды окружной хирургической конференции госпиталей СибВО, Красноярск, Воениздат, стр. 268—274, 1944.
- Шарапов В. И., Острые травматические повреждения головного и спинного мозга (Клиника, патологическая анатомия и консервативное лечение), Л., 86 стр. с илл., 1941 (Сталинградский государственный медицинский институт).
- Шнейдер С. Л., Материалы к вопросу о хирургическом лечении позвоночника и спинного мозга, в кн. Труды окружной хирургической конференции и госпиталей СибВО, Красноярск, Воениздат, стр. 273—279, 1944.
- Штейнвиль Н. С., Боевая травма центральной нервной системы и ее варианты, Невропатология и психиатрия, 13, 6, 1944.
- Эдельштейн А. О., Травмы нервной системы (Сессия Всесоюзного общества невропатологов и психиатров) Невропатология и психиатрия, 11, 15, 1942.
- Эпштейн П. Д., Церебральные явления при огнестрельных ранениях периферических нервов, Невропатология и психиатрия, 13, 6, 1944.
- Ягмени Р. М., Травматические повреждения спинного мозга и его корешков по материалам неврологического госпиталя, в кн. Сборник работ эвакогоспиталей Красноярского края, Красноярск, стр. 234—245, 1945.
- Ямпольский Н., Применение цититона в нейрохирургической практике, Вопросы нейрохирургии, 9, 2, 1945.

(Продолжение следует)



ПОСРАВКА

В № 10 «ВМЖ» 1947 г. стр. 37, 22-я строка снизу напечатано — норлейцин, аскорбиновая кислота — следует читать: — норлейцин, аспарагиновая кислота.

ПЕРЕЧЕНЬ СТАТЕЙ, РЕЦЕНЗИЙ, РЕФЕРАТОВ И ОБЪЯВЛЕНИЙ, НАПЕЧАТАННЫХ В „ВМЖ“ за 1947 г.

Общеполитические вопросы

Приказ Министра Вооруженных Сил СССР Генералиссимуса И. В. Сталина от 23 февраля 1947 г., 2, 3—4.

XXX-летие Великого Октября, 11, 3—11.

Общие вопросы военной медицины

Лукашевич Д. Н. (генерал-майор мед. службы) и Скороходов Л. Я. (полковник мед. службы). Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, 11, 30—38.

Макаров И. Д. (полковник мед. службы) и Акодус Я. И. (полковник мед. службы). К тридцатилетию советской военной медицины, 11, 12—25.

Маслинковский Т. И. (полковник мед. службы), Санатории и дома отдыха Вооруженных Сил СССР к тридцатой годовщине Октября, 11, 25—30.

Розенблум Д. Е. (полковник мед. службы, проф.), Отечественная физиологическая мысль в вопросах утомления, 11, 52—61.

Смирнов Е. И. (генерал-полковник мед. службы), Памяти врача-большевика, первого организатора советской военной медицины З. П. Соловьева, 1, 3—10.

Смирнов Е. И. (генерал-полковник мед. службы), Задачи подготовки офицерского состава медицинской службы и роль КУМС в выполнении этих задач, 8, 3—15.

Фарбер В. Б. (подполковник мед. службы, доцент), С. П. Боткин — основоположник и организатор школы отечественной научно-клинической медицины, 11, 38—50.

Лечебно-профилактические вопросы

Агте Б. С. (майор мед. службы), Вопросы диагностики огнестрельных черепно-мозговых ранений в армейском районе, 10, 16—21.

Ашбель С. И. (доктор мед. наук) и Каганов И. А. (ассистент), Характеристика течения малярии в условиях военного времени, 9, 17—22.

Баев В. К. (майор мед. службы), Ранение крупных магистральных сосудов в войсковом и армейском районах, 2, 5—9.

Баев В. К. (майор мед. службы), К методике хирургического лечения крупных артерио-венозных аневризм, 2, 9—12.

Басин Я. Б. (подполковник мед. службы), Огнестрельные ранения крупных суставов верхних конечностей, 5, 3—6.

Белостокский Е. М. (подполковник мед. службы), Изменения калибра сосудов

сетчатой оболочки глаза при подъемах в барокамере, 3, 17—20.

Беркутов А. Н. (подполковник мед. службы), Письмо в редакцию, 4, 25.

Булыгин И. И. (майор мед. службы, канд. мед. наук), Опасность чревосечения при гнойных тонзиллитах и гнойных заболеваниях верхних дыхательных путей, 5, 12—13.

Бункии Н. А. (полковник мед. службы, канд. мед. наук), Повысить уровень работы медицинской службы в области физической подготовки, 7, 3—9.

Варламов В. И. (майор мед. службы), Поясничный симптом при аппендиците, 8, 16—18.

Винодаров В. Е. (подполковник мед. службы), Основные недостатки в работе госпитальных военно-врачебных комиссий, 9, 13—17.

Вишневский А. А. (генерал-майор мед. службы, проф.), Нервная система в профилактике и терапии осложнений боевой травмы, 4, 3—7.

Гололобов А. П. (капитан мед. службы), К вопросу об анестезирующих свойствах сернокислой магнезии, 5, 15—19.

Гурьев А. Н. (подполковник мед. службы), О маскировке первичной язвы сифилиса при лечении гонорреей пенициллином, 9, 11—12.

Дахновский А. К. (майор мед. службы), Глазная помощь военнослужащим Н-ского гарнизона за период Великой отечественной войны по материалам гарнизонного госпиталя и гарнизонной поликлиники, 10, 7—15.

Дембо А. Г., Назарова Е. Т. и Щерба М. Л., О так называемой второй волне алиментарного истощения, 6, 9—16.

Долгопол М. Б., Некоторые особенности структуры специализированного госпиталя черепного профиля, 2, 17—20.

Долгопол М. Б., О распознавании и лечении легкой черепной травмы на различных этапах эвакуации, 2, 20—22.

Законвич Р. М., Активный метод серодиагностики сифилиса, 4, 18—19.

Зангиев Т. Х. (майор мед. службы), Некоторые профилактические мероприятия при анаэробной инфекции, 6, 3—6.

Киреев П. М. (майор мед. службы, канд. мед. наук), К вопросу об острых паренхиматозных гепатитах военного времени, 1, 16—22.

Климовская В. Н. (майор мед. службы), К оценке результатов сульфидиноте-

рапии при гнойных заболеваниях роговицы, 10, 27—31.

Крейнин В. М. (подполковник мед. службы), Лечение пенициллином пиококковых заболеваний кожи, 12, 18—22.

Крупко И. Л. (подполковник мед. службы, проф.), Диагностика и терапия дремлющей инфекции в восстановительной хирургии, 7, 10—17.

Крупко И. Л. (подполковник мед. службы, проф.), Восстановительные операции в инфицированном очаге, 12, 3—8.

Лыткин В. Г. (подполковник мед. службы), Рентгенодиагностика легочных каверн при помощи суперэкспонированных снимков, 1, 11—16.

Ляпунов А. Я. (майор мед. службы), Глазную боевую травматизм в годы Великой отечественной войны, 7, 18—21.

Макоха М. С. (майор мед. службы), Острый личиночный конъюнктивит, 6, 22—23.

Марголис М. Г. (подполковник мед. сл.), Лечение слезотечения, 6, 16—22.

Мирфайзиев М. (майор мед. службы), Открытый способ лечения газовой инфекции, 2, 15—17.

Митусов А. Д. и Черноморди-ков В. В., Эпидемический гепатит на N-ском фронте, 3, 12—17.

Намичейшвили М. С. (капитан мед. службы), Об уплотненном курсе лечения первичного сифилиса, 5, 13—15.

Новинский Г. Д., О лечении травматических повреждений лицевого нерва по Геймановичу, 2, 32—33.

Островский М. И. (подполковник мед. службы), К военно-врачебной экспертизе ночного энуреза, 10, 22—24.

Подзолков П. Г., Материал к вопросу о раке желудка в молодом возрасте, 8, 18—20.

Полянский Н. С. (майор мед. службы, канд. мед. наук), Наложения сыпного тифа на туляремию инфекцию, 6, 6—8.

Попов Е. Н. (подполковник мед. службы), Новая модификация костнопластической ампутации стопы по Пирогову, 2, 12—15.

Путилин Т. В. (майор мед. службы), Огнестрельные ранения бедра, 12, 15—18.

Рябов Н. А. (майор мед. службы) и Агапов Н. И. (капитан мед. службы), Из опыта организации контроля за физическим состоянием и питанием войск, 10, 3—6.

Садковский П. С. (майор мед. службы), Лечение проникающих ранений шеи в войсковом районе, 12, 9—15.

Свечняков А. С. (подполковник мед. службы), Небоевой травматизм, 7, 21—26.

Сорейский М. Я. (проф.), О последующих психических изменениях после военной травмы черепа и их лечении, 5, 7—12.

Снежневский А. В., Опыт работы фронтового невропсихиатрического госпиталя в Великую отечественную войну, 2, 23—31.

Смирнов К. М. (майор мед. службы, канд. мед. наук), О физической работоспо-

собиности выздоравливающих после легких ранений и заболеваний, 4, 20—24.

Соколовский В. П. (полковник мед. службы, доц.), О физическом состоянии курсантов N-ского военного училища, 9, 3—10.

Соринсон С. Н. (капитан мед. службы), Сульфамидная терапия дизентерии, 10, 24—27.

Стычинский З. Л. (подполковник мед. службы), Новый метод оживления утопающего, 8, 20—21.

Суксов М. Г. (майор мед. службы), Изменения центральной и периферической нервной системы при алиментарной дистрофии, 2, 33—48.

Хохуткин И. И., Опыт лечения пенициллином гонорреи у мужчин, 10, 31—36.

Элинсон Г. И. (подполковник мед. службы), Кровоостанавливающий жгут, 1, 22—25.

Элинсон Г. И. (подполковник мед. службы), К вопросу наложения жгута, 4, 13—17.

Энтин Д. А. (генерал-майор мед. службы, проф., засл. деятель науки), Предварительные итоги лечения челюстно-лицевых раненых в Отечественной войне, 3, 3—12.

Ярославский В. П. (проф., д-р мед. наук), Об остановке кровотечения из внутренней яремной вены при высоком ранении ее, 7, 9—10.

Ясиновский М. А. (полковник мед. службы, проф.), О применении пирамидона при внутренних заболеваниях, 4, 7—12.

Организация и тактика медицинской службы

Аншелевич Р. А. (подполковник мед. службы), Приемы перекладывания раненых в полевых условиях, 3, 21—26.

Аронов С. Н. (полковник мед. службы), Некоторые вопросы в организации работы гарнизонного госпиталя, 3, 32—35.

Георгиевский А. С. (полковник мед. службы), Медицинское обеспечение партизанской войны в Югославии, 8, 22—28.

Данков С. С. (капитан мед. службы), Контрольно-сортировочные медицинские пункты на путях эвакуации, 9, 23—25.

Исахаиов И. Г., Медицинское обеспечение дивизии при подвижной обороне и наступлении в условиях современной войны, 7, 35—37.

Кобзев А. Ф. (полковник мед. службы), Некоторые вопросы лечебной и организационной работы войсковых врачей в мирное время, 11, 61—64.

Либов С. Л. (подполковник мед. службы), Организация лечения нетранспортабельных раненых во время наступательных операций, 3, 26—29.

Скворцов В. В. (полковник мед. службы), Бункин Н. А. (полковник мед. службы), Сибиряков М. А. (майор мед. службы), Основные вопросы медицинского обеспечения марша, 7, 27—34.

Шпак В. М. (майор мед. службы, канд. мед. наук), Структура и организация приемно-сортировочного отделения специализированного госпиталя фронтового тыла, 3, 29—31.

Вопросы противозидемической защиты войск

Замышляев Н. И. (подполковник мед. службы) и Приходько И. Ф. (майор мед. службы), К вопросу о характере сыпного тифа Квантунского полуострова, 9, 26—28.

Кожухов С. И. (инженер-капитан), Первые опыты применения дуолит-препаратов в борьбе с личинками комаров, 9, 29—31.

Полянский Н. С., О течении инфекции, вызванной палочкой Бреслау у людей, 12, 28—30.

Савваитов С. А. (подполковник мед. службы), Пищевая токсикоинфекция, вызванная *Vac. enteritidis dublin*, 1, 41—43.

Соринсон С. Н. (гв. капитан мед. службы), Сравнительная оценка поливакцины НИИСИ и тривакцины, 1, 36—41.

Тагиев М. Г. (майор мед. службы), Опыт противозидемической работы инфекционного госпиталя в период Отечественной войны 1941—1945 гг., 12, 23—28.

Угрюмов Б. Л. (подполковник мед. службы), Некоторые особенности брюшного тифа в Н-ской армии, 1, 26—32.

Юлаев С. Е. (полковник мед. службы), Проверка эффективности поливакцины НИИСИ при эпидемической вспышке брюшного тифа, 1, 33—36.

Яковлев Я. И. (майор мед. службы), Способ стерилизации чашек Петри в походных условиях, 12, 31.

Вопросы военной гигиены

Балашов Е. И. (инженер-майор), Использование пара для осветительных целей, 12, 32—35.

Гольдберг Н. Г. (полковник мед. службы), Рациональная организация водолечебниц Советской Армии, 5, 20—32.

Громов А. С. (майор мед. службы), К вопросу дезинфекции рук и посуды в походно-полевой обстановке, 1, 47—49.

Калмыков П. Е. (полковник мед. службы, проф.), Портативный (карманный) набор для хлорирования и коагуляции воды, 1, 44—46.

Калмыков П. Е. (полковник мед. службы, проф.), Приготовление витаминных настоев из хвон, древесных листьев и травянистых растений, 6, 35—47.

Калмыков П. Е. (полковник мед. службы, проф.), Простой метод определения влажности хлеба, муки, крупы и других продуктов, а также готовой пищи, 8, 35—41.

Коротков И. Л. (майор мед. службы), Бихроматный способ определения витамина С в настоях, 5, 32—34.

Либерзон З. Л. (полковник мед. службы), Предложение о стандартизации метода определения воздухопроницаемости тканей и одежды, 4, 30—35.

Петровский К. С. (подполковник мед. службы), Качественные факторы питания, 10, 37—41.

Российский Д. М. (засл. деятель науки, проф.), Лимонник китайский — новое стимулирующее и тонизирующее средство, 8, 41—47.

Скворцов В. В. и Соколов М. К., Некоторые итоги работы по научно-медицинскому контролю за питанием и физической нагрузкой войск, 7, 38—42.

Вопросы медицинской службы ВВС

Жилкин К. Н. (полковник мед. службы), Из опыта работы санитарной авиации на Н-ском фронте, 4, 26—29.

Иванов В. А. (майор мед. службы), Переломы конечностей у личного состава авиации, 6, 26—34.

Комендантов Г. Л. (подполковник мед. службы) и Левашев В. В. (майор мед. службы), Ускорения, воздействующие на летчика в полете, 8, 29—34.

Татаринов И. П. (майор мед. службы), К вопросу об организации медицинского пункта на аэродроме, 6, 24—25.

Обмен опытом

Каплан А. С. (подполковник мед. службы) и Подхватильнев П. Ф. (майор мед. службы), Серологическая и аллергическая реакция у людей в бруцеллезном хозяйстве, 4, 39—42.

Кирьянова А. И. (капитан мед. службы), Оценка стерилизующего действия спирали, предложенной для индивидуального обеззараживания воды, 3, 38—40.

Коротков И. Л. (майор мед. службы), Воздушно-паровой холодильник, 5, 46—47.

Сайков А. Д., Особенности работы партизанского врача, 4, 36—38.

Сухарев В. М. (капитан мед. службы), Носилки и стол для санитарной обработки тяжело раненых, 4, 38—39.

Царьков В. М. (инженер-подполковник, канд. техн. наук), Ремонтное обслуживание полковой санитарной техники в период Отечественной войны и очередные задачи по организации ремонтного дела, 5, 42—46.

Червоный Д. Х., Инфекционное отделение на «Малой Земле», 3, 36—37.

Шапошников А. А. (подполковник мед. службы), Мероприятия по уменьшению боевых потерь личного состава торпедных катеров, 5, 35—42.

Из истории военной медицины

Абрамов П. В. (полковник адм. службы), Инструкция по организации хирургической помощи раненым на фронте, 2, 49—56.

Еланский Н. Н. (генерал-лейтенант мед. службы, проф.), К истории организации производства хирургического инструментария в России, 6, 50—57.

Зархин И. Б., Русская морская фармакопея, 5, 55—56.

Зархин И. Б. Медицинские рукописи начала XVIII века, 9, 34—38.

Корнеев В. Л. (полковник мед. службы), Военно-медицинское дело в Отечественную войну 1812 года (к 135-летию Отечественной войны), 10, 42—48.

Маргорин Е. М. (подполковник мед. службы), «Памятка» (Memorandum) И. В. Буяльского, 12, 36—42.

Российский Д. М. (засл. деят. науки, проф.), Первая морская фармакопея, 5, 48—54.

Российский Д. М. (засл. деят. науки, проф.), Русские доктора медицины в XVII веке, 7, 47—49.

Яковлев Г. (полковник мед. службы), К истории Казанского военного госпиталя, 9, 38—39.

В Ученом медицинском совете при Начальнике ГВМУ ВС СССР

Скворцов В. В. (полковник мед. службы), В Ученом медицинском Совете. Итоги совещания гигиенической секции УМС при Начальнике ГВМУ ВС СССР, 1, 50—51.

В медицинских обществах и на научных конференциях

Совещание по проблеме лептоспирозов и инфекционных желтух, 5, 57.

Совещание по туляремии, 6, 48—49.

В УМС Министерства здравоохранения СССР, 6, 49.

В Президиуме Академии медицинских наук СССР, 7, 43—46.

Рефераты, критика и библиография

Болдырев Т. Е. (генерал-майор мед. службы, проф.) и Вашков В. И. (канд. мед. наук), О токсических свойствах ДДТ, 4, 43—54.

Попов И. Н., Венерические заболевания в американской армии, 9, 40.

Долгопол М. Б., Общие данные о ранениях черепа и помощь при них на ранних этапах медицинской эвакуации (по зарубежной медицинской литературе за 1941—1945 гг.), 8, 54—60 и 9, 50—56.

Долгопол М. Б., Рецензия на «Краткое руководство по военно-врачебной экспертизе» (под редакцией генерал-майора мед. службы А. В. Рахманова), второе издание, Медгиз, 1947 г., 184 стр., 9, 41.

Долгопол М. Б., Лечение свежих ранений черепа в госпитальной обстановке по данным зарубежной медицинской литературы за 1941—1945 гг., 10, 55—58 и 12, 50—54.

Макаров И. Д. (полковник мед. службы), Библиография по военной медицине за годы Великой отечественной войны (1941—1945 гг.), IV. Военно-полевая хирургия, 7, Шок. 8. Раны и их лечение (Абрикосов-Жухин), 1, 52—59.

8. Раны и их лечение (Заблудовский-Палладин), 2, 57—64.

8. Раны и их лечение (Палладин-Юфит), 3, 41—48.

9. Раневые инфекции (Аведисов-Мушкатин), 4, 55—61.

9. Раневые инфекции. 10. Инородные тела. 11. Отморожения (Андреева-Меркулов), 5, 58—64.

11. Отморожения, 6, 58—61.

12. Повреждения крупных сосудов (Аминов-Яковлев), 13. Транспортная иммобилиза-

ция (Анчелезич-Ярушевич), 14. Восстановительная хирургия (Александров-Эпштейн), 7, 50—59.

15. Повреждения черепа и головного мозга (Абашев-Константиновский), 8, 48—54.

15. Повреждения черепа и головного мозга (Зареченцева-Пылаева), 9, 42—49.

15. Повреждения черепа и головного мозга (Работалов-Указания), 10, 51—54.

15. Повреждения черепа и головного мозга (Указания-Ярицын), 11, 65—68.

16. Повреждения позвоночника и спинного мозга (Аронович-Бондарчук), 11, 68 и 12, 43—48.

Неговский В. А. (проф.), Рецензия на статью подполковника мед. службы З. Л. Стычинского «Новый метод оживления утоляющего», 8, 48.

Старокадомский Л. М. (д-р мед. наук), Из содержания журналов «Журнал английской военно-санитарной службы» (июль—сентябрь 1945 г.) и др., 1, 59—62.

Старокадомский Л. М. (д-р мед. наук), Из содержания журнала «Военный врач» (США), сентябрь—декабрь 1945 г., 1, 61—62 и 4, 61—64.

Старокадомский Л. М. (д-р мед. наук), Военный врач (США), № 1, январь 1946 г., 6, 61—64.

Старокадомский Л. М. (д-р мед. наук), Из содержания журнала «Военный врач» (США), февраль—июнь 1946 г., 7, 59—62.

Старокадомский Л. М. (д-р мед. наук), Обзор иностранных журналов, 8, 61—64.

Черняк С. Н. (гвардии подполковник мед. службы), О статье С. Н. Аронова «Некоторые вопросы в организации работы гарнизонного госпиталя», 10, 50.

Письма в редакцию, объяснения

Братковский Р. К. (майор мед. службы), Ответ подполковнику вет. службы т. Михайлевику на запрос о статье «16% раствор сульфадина для парентерального применения» (напеч. в № 4—5 «ВМЖ» за 1946 г.), 9, 32.

Гренаус Г. И., Запрос по поводу статьи доцента П. Н. Косякова «О бактериальных свойствах поливакцины НИИСИ», 10, 49.

Косяков П. Н. (доцент), Ответ на вопросы тт. Гренаус Г. И. и Эфрон И. Б., 10, 49.

Неговский В. И. (проф.), Ответ на запрос доктора П. И. Баскакова о методике восстановления жизненных функций организма (проблема оживления), 9, 32—33.

Эфрон И. Б., Запрос по поводу статьи доцента П. Н. Косякова «О бактериальных свойствах поливакцины НИИСИ», 10, 49.

От редакции. Вниманию авторов, 12, 65.

Условия конкурса на соискание премий имени академика Н. Н. Бурденко, 7, 62—63.

Перечень статей, рецензий, рефератов и объявлений, напечатанных в «ВМЖ» за 1947 г., 12, 61.

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ

Статьи, предназначенные автором к печатанию, можно посылать только в один журнал. Посялая статью одновременно в два журнала, автор должен сообщить об этом в сопроводительной. Например: «В редакцию «ВМЖ», — копия в редакцию «Хирургия» и т. п. Имея такое указание, редакции журналов смогут согласовать вопрос о статье и избежать дублирования.

Рукопись должна быть перепечатана на машинке в два интервала между строками. На левой стороне надо оставлять поля. Общий объем статьи не должен превышать 12—16 страниц машинописи.

Напоминаем названия отделов, имеющих в «ВМЖ»:

Передовые, Лечебно-профилактические вопросы, Организация и тактика медицинской службы, Вопросы противозидемической защиты войск, Вопросы медицинской службы ВВС, Вопросы гигиены и санитарно-химической защиты войск, Вопросы лечебной физкультуры, Подготовка кадров, Медицинское снабжение, Краткие сведения, Обмен опытом, В Главном военно-медицинском управлении ВС СССР, В Ученом медицинском совете при начальнике ГВМУ ВС СССР, В медицинских обществах и на научных конференциях, Письма редакции, Из истории военной медицины, Рефераты, Критика и библиография.

Заглавие статьи должно быть кратким и конкретным. Над заглавием статьи автору надлежит обозначить свои: воинское звание, ученую степень, инициалы и фамилию.

Иностранной транскрипцией слов и латинскими терминами статью загружать не следует.

Если в тексте упоминаются иностранные фамилии, слова или термины, необходимо давать их по-русски с обозначением в скобках их иностранной транскрипции.

Не сокращать произвольно слова и наименования. За исключением официально принятых в военной медицине сокращений, как: МСБ, ГЛР и т. п., или общепринятых, как вуз и пр., все слова текста должны быть написаны полностью.

Цитаты тщательно сверять с оригиналом и указывать их источник, название книги, страницу и пр.

Следует обращать особое внимание на четкость изложения цифровых данных.

Таблицы и диаграммы должны проверяться автором особо, так как сплошь и рядом цифры текста и таблиц не сходятся. Данные таблиц должны соответствовать данным текста.

Количество таблиц и диаграмм должно быть минимальным. Все цифровые данные необходимо давать по возможности текстуально. К оформлению цифр в таблицы или диаграммы следует прибегать только для действительно сложных соотношений.

Количество рисунков (схем) также должно быть минимальным (1—2 на статью). На обороте рисунка (схемы) необходимо обозначать его порядковый номер и соответствующую страницу рукописи. Если рисунок мал, его следует наклеить на отдельном листе бумаги.

В соответствующем месте рукописи на рисунок делается ссылка (рис. 1). На поле в соответствующем месте должна быть вынесена буква «Р» (рисунок, схема).

Каждая статья должна иметь в конце ее выводы, кратко и четко сформулированные.

Желательно получать от авторов вместе со статьями авторефераты.

Материалы, присланные в редакцию, возвращению не подлежат. Поэтому рекомендуется автору оставлять себе дубликаты.

Редакция оставляет за собой право вносить в принятые к печати материалы необходимые сокращения и изменения и в некоторых случаях давать сокращенное изложение статьи в виде оригинального реферата или в виде аннотации.

Адрес должен обозначаться не только на конверте, но обязательно и в конце самой рукописи. Москвичам необходимо, помимо адреса, сообщать телефон.

Если автор присылает в редакцию несколько своих статей одновременно или в разные сроки, — адрес должен быть указан в конце каждой статьи в отдельности.

Имя и отчество во избежание искажений при перепечатке необходимо писать не инициалами, а полностью.

О всяком изменении адреса необходимо ставить редакцию в известность.

При получении статьи редакция ставит автора в известность письмом с обозначением регистрационного номера статьи. На этот номер автору при дальнейшей переписке с редакцией надлежит ссылаться.

По выходе статьи из печати редакция высылает автору 10 экз. оттисков.

Авторский гонорар выплачивается по запросу автора Медгизом. Адрес Медгиза: Москва, Орликов пер., 3.

Адрес. «ВМЖ» — Москва, 20, 1-й Краснокурсантский проезд, 7, комн. 8.

Редакция