

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ

Ж У Р Н А Л



7

ИЮЛЬ

МЕДГИЗ · 1947

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Редактор

генерал-лейтенант медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН

Секретарь

полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ

Члены редколлегии:

генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,

генерал-полковник медицинской службы Н. Н. БУРДЕНКО,

генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,

генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,

генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ,

генерал-майор М. И. РЕДЬКИН

7

ИЮЛЬ

Полковник мед. службы канд. мед. наук Н. БУНКИН

ПОВЫСИТЬ УРОВЕНЬ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ В ОБЛАСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ

... Опыт показал, что современная война требует от войск высоких боевых и моральных качеств, хорошей военной и политической подготовки, умелого владения боевой техникой, надежного взаимодействия и большой физической выносливости. . . .

(Из приказа Министра Вооруженных Сил СССР)

Развитие боевой техники неизмеримо повысило значение всесторонней физической подготовки личного состава войск. Солдат и офицер современной армии должны быть ловкими, быстрыми, сильными и выносливыми. От физической подготовленности личного состава армии и флота в значительной мере зависит успех боевой учебы.

Медицинская служба обязана непосредственно участвовать в организации физической подготовки личного состава в своей части и тем самым способствовать укреплению здоровья солдат и офицеров и успеху их боевой подготовки.

Между тем в ряде частей и военных учебных заведений медицинский контроль за физической подготовкой поставлен неудовлетворительно. Крупнейшей и, к сожалению, наиболее часто встречающейся ошибкой является узкое толкование работы, непонимание той простой истины, что медицинский контроль — действенный процесс, позволяющий врачу активно воздействовать на организацию дела. Молодые врачи некоторых частей, не имея достаточного опыта войсковой работы в мирных условиях, слабо знают свои задачи в области физической подготовки, не всегда участвуют в разработке соответствующих мероприятий, плохо организуют систематический контроль за санитарно-гигиеническими условиями проведения физической подготовки, нерегулярно наблюдают за физическим состоянием личного состава. Бывает, что вся работа медицинской службы в данной области сводится к эпизодическим медицинским осмотрам участников спортивных соревнований и другим случайным мероприятиям, проводимым в отрыве от общей лечебно-профилактической деятельности медицинской службы в части.

Физическое состояние личного состава войск в послевоенный период настойчиво требует резкого улучшения работы медицинской службы в области физической подготовки. В основе медицинского контроля за физической подготовкой лежат два ведущих принципа: 1) широкое использование средств и методов физической подготовки для тренировки и укрепления здоровья всего личного состава части; 2) предупреждение возможного вреда здоровью и снижения работоспособности в результате отдельных нарушений правильной методики тренировки.

Основной формой медицинского контроля за физической подготовкой является активное участие врачей в планировании всей работы, в частности, в разработке мероприятий по закаливанию, планов проведения зарядки, тренировок, занятий с солдатами, отстающими в физи-

ческом развитии, занятий с офицерским составом, массовой спортивной работы, подготовки к испытаниям по комплексу «ГТО», календарей спортивных соревнований и т. п. Это имеет большое принципиальное и практическое значение, так как даже при самой лучшей постановке медицинского контроля только за условиями занятий и состоянием личного состава без учета санитарно-гигиенических требований в начальной стадии организации физической подготовки никогда не удастся полностью устранить все дефекты физической подготовки.

При этом планировании необходимо учитывать местные климатические и географические условия, характер боевой подготовки и все данные медицинской службы о состоянии отдельных групп личного состава части, режиме его работы и отдыха, условия жизни, питания и пр. Весьма важно, уже во время планирования, достигнуть взаимного понимания между врачом и офицерами — практическими организаторами физической подготовки. В этом залог успеха всей работы.

Важной формой медицинского контроля за физической подготовкой является также постоянное наблюдение за санитарно-гигиеническими условиями ее проведения.

Предметом медицинской оценки при этом должны быть: общая обстановка занятий, физиологическая нагрузка на занимающихся, степень и последовательность выполнения принятых программ тренировки, соблюдение занимающимися отдельных гигиенических правил (например, правильное дыхание при выполнении гимнастических упражнений, уход за ногами и питьевой режим на марше, согревающие движения после купанья в прохладную погоду и т. п.). Особое внимание должно уделяться мерам, предупреждающим травматизм при занятиях (последовательность при изучении сложных упражнений, взрыхленность почвы в ямах для прыжков, предупреждение возможности ушиба и падения во время упражнений на снарядах и др.). В борьбе с травматизмом большое значение имеет правильно организованный учет и анализ его причин.

Медицинский контроль за условиями занятий по физической подготовке должен быть постоянным, а не эпизодическим. Врачи, фельдшеры, санитарные инструкторы обязаны систематически присутствовать на всех занятиях. При этом следует помнить, что фельдшеры и санитарные инструкторы сумеют правильно решать поставленные им задачи лишь в том случае, если будут знать методику контроля применительно к различным формам занятий (закаливание, зарядка, уроки, маршевая подготовка и др.).

Очень важно оперативно использовать результаты медицинского контроля за условиями занятий по физической подготовке. Нужно добиваться, чтобы все недочеты санитарно-гигиенического характера, отмеченные медицинским составом, устранялись немедленно. Если это невозможно, о них нужно своевременно докладывать по команде.

Для учета посещения занятий по физической подготовке медицинским составом и делаемых замечаний рекомендуется завести в подразделения специальные тетради. Третья форма медицинского контроля — систематическое наблюдение за физическим состоянием личного состава.

Данные периодических углубленных обследований и ежемесячных медицинских осмотров личного состава части помогут правильно разработать планы и программы тренировок и пр. Это особенно важно в отношении лиц, отстающих в физическом развитии. Для некоторых из них потребуется определенная индивидуализация нагрузки и даже изменение всего характера физической подготовки. Как известно, все лица, отстающие в физическом развитии, вообще нуждаются в особом медицинском наблюдении. Тем более оно необходимо для правильной организации их тренировки.

В дальнейшем повторные углубленные обследования и ежемесячные

медицинские осмотры позволяют выявить динамику изменений в физическом состоянии личного состава. Получаемые при этом данные отражают общее «суммарное» воздействие военной службы на физическое состояние солдата, причем физическая подготовка является лишь одним из слагаемых. Для «изолированного» изучения и оценки влияния физической подготовки необходимо организовать специальные наблюдения. Например, для выяснения воздействия марша можно организовать наблюдение за физическим состоянием личного состава контрольного подразделения (взвод, рота). То же следует сделать с группами готовящихся к спортивным соревнованиям, занимающихся отдельными видами спорта и даже с участниками отдельных занятий.

Методика исследования зависит от задач его, условий проведения, подготовки медицинского состава и наличия оборудования. Так, при изучении влияния тренировки могут быть применены измерение веса, спирометрия, измерение кровяного давления, функциональная проба сердца и другие методы. При наблюдениях на отдельных занятиях следует широко применять оценку физического состояния по внешним признакам утомления (дыхание, окраска кожи, потливость, характер движений), подсчет пульса, учет отставших или закончивших марш в состоянии сильного утомления.

Необходимо добиться, чтобы этими простыми методами оценки физического состояния практически овладели не только фельдшера и санитарные инструктора, но и офицерский состав подразделений, непосредственно руководящий занятиями.

Организуя любое наблюдение или исследование, связанное с изучением физической подготовки, нужно подробно учитывать тактические условия и технические результаты уроков по физической подготовке и всех других факторов (общего режима работы и отдыха, организации питания и пр.). Для правильной постановки медицинского контроля за физическим состоянием личного состава весьма большое значение имеет своевременная информация командования о результатах врачебных наблюдений и деловое обсуждение вытекающих из них практических выводов. Для этого необходима тесная связь врачей с офицерским составом. В процессе деловой связи врачи части смогут на конкретных примерах разъяснять офицерам многие практические вопросы, касающиеся физиологии и гигиены физической подготовки, вести пропаганду научных основ ее и научной методики. Весьма желательна также организация с этой же целью лекций для офицеров по общим вопросам научных основ физической подготовки и докладов на темы, посвященные итогам медицинского контроля за физическим состоянием личного состава, за санитарно-гигиеническими условиями занятий и др.

Успех физической подготовки, как и всех других видов боевой подготовки, зависит от сознательного отношения солдата и матроса к своим обязанностям. Пробудить сознательное отношение рядового состава к физической подготовке, добиться, чтобы каждый понимал основные методические и санитарно-гигиенические требования — одна из важнейших задач пропагандистской работы медицинской службы. Эту пропаганду обязаны повседневно вести врачи, фельдшеры, санитарные инструкторы. Форма пропаганды — специальные беседы и беседы «на коротке» — в перерывах между занятиями, на привалах, в свободное время. Темы для таких бесед всегда можно почерпнуть здесь же на занятиях.

Беседы могут касаться и более общих вопросов: что дает солдату физическая подготовка в целом или ее отдельные средства — закаливание, гимнастика, плавание и др.; зачем проводятся и что дают зарядка, уроки физической подготовки; какую пользу приносят занятия спортом и т. д. Наравне с этими темами беседы могут проводиться и по частным вопросам. Солдатам надо разъяснить, как правильно дышать при

беge, гимнастике, плавании и почему это нужно; как применять согревающие упражнения после купанья в прохладную погоду; в чем значение правильного питьевого режима на марше и т. д. Во всех случаях, когда только это возможно, разъяснения должны сопровождаться показом. Как можно шире нужно использовать для пропаганды печать части — стенные газеты, многотиражки. Темы для статей и темы заметок — практика физической подготовки данного подразделения или части.

Было бы большой ошибкой ограничить содержание пропагандистской работы вопросами гигиены физических упражнений. Пропаганда должна охватывать все средства физической культуры и физического воспитания, вопросы личной и общественной гигиены солдата и сопровождаться систематической проверкой соблюдения приобретенных навыков.

Таким образом, работа медицинской службы в области физической подготовки неразрывно связана с ее общей профилактической работой.

Советские Вооруженные Силы вступили в напряженный период летней учебы. Характер летней боевой подготовки и большой удельный вес в ней физической тренировки значительно повышают общую нагрузку личного состава.

Вместе с тем пребывание войск в лагерях, как правило, в здоровой природной обстановке, делает летний период особенно благоприятным для развития работы по физической подготовке.

Все это определяет исключительную важность медицинского контроля за физической подготовкой в лагерном периоде обучения войск.

Из всех средств физической подготовки закаливание ближе всего к компетенции медицинской службы. Поэтому врач должен не только активно участвовать в разработке мероприятий по закаливанию в части, но быть и организатором. Необходимо в полной мере использовать для закаливания такие мероприятия, как купанье, зарядка в облегченной одежде, обнажение тела во время некоторых учебных занятий и ряда работ и т. д.

Задача медицинского контроля за закаливанием состоит в том, чтобы обеспечить бесперебойное осуществление намеченных мероприятий в течение всего времени пребывания войск в лагере и, следовательно, преэминентность мероприятий по закаливанию в летний и зимний период боевой подготовки.

Большое значение имеет работа с физически отстающими солдатами. Крупнейшую ошибку совершают те войсковые врачи, которые всех солдат из этой группы безоговорочно освобождают от всех видов физической подготовки. Необходим индивидуальный подход, основанный на анализе причин физического отставания того или иного солдата. Полное освобождение от физической подготовки по медицинским показаниям может быть лишь временным и касаться небольшого количества лиц, недавно перенесших тяжелое заболевание. Ведущими принципами в работе с отстающими должны быть ограничение нагрузки и индивидуализация режима работы, отдыха и питания.

Солдат, отстающих в физическом развитии, следует для зарядки и на уроках по физической подготовке по возможности сводить в отдельные группы. Если же они занимаются в составе подразделений, можно ограничивать их нагрузку (уменьшая число повторений упражнений или даже освобождая от выполнения наиболее трудных, снимая все снаряжение во время марша), организовать специальные тренировочные занятия и т. д. Опыт работы запасных частей в период Великой отечественной войны показывает, что систематическая тренировка, при которой используются специально подобранные силовые и скоростные упражнения, дает хорошие результаты. При оценке физического состояния этих групп солдат наравне с медицинскими показателями следует учитывать технические результаты занятий.

Известно, что при марше энергетические затраты солдата сильно возрастают. Вместе с тем при марше вырабатывается важнейшее качество солдата — общая выносливость. Участвуя в разработке планов и программ маршевой подготовки, медицинская служба должна добиваться планомерного использования всех видов физической подготовки, помогающих тренировке в марше. Сюда относятся зарядка, проводимая в форме втягивания в ходьбу и бег, различные пешие переходы, спортивные игры и состязания (особенно кроссы).

Большое внимание нужно уделить выработке правильного дыхания и шага, правильной техники ходьбы и бега в различных условиях рельефа местности и грунта, настойчиво прививать солдатам гигиенические навыки, необходимые в походе.

Значительно более активной, чем сейчас, должна быть роль медицинской службы в организации массовой спортивной работы. Необходимо вовлечь в нее возможно больше личного состава части. В массовой спортивной работе, при определенных условиях организации ее, могут участвовать даже отстающие в физическом развитии.

Однако, добиваясь количественного роста спортивной работы, медицинская служба должна главное внимание сосредоточить на качественной стороне дела. Нужно, чтобы расписание спортивной работы было рационально связано с общим режимом и расписанием боевых занятий, чтобы была обеспечена достаточная тренировка для готовящихся к сдаче норм по комплексу «ГТО» и к спортивным соревнованиям. Все это — важные вопросы, мимо которых не может пройти медицинская служба. Медицинский контроль за физическим состоянием лиц, занимающихся спортом, имеет ряд особенностей.

Врач должен помочь в выборе того или иного вида спорта каждому, желающему заняться им, установить режим занятий и характер тренировки. Исходные материалы для такой рекомендации дают данные общего наблюдения за физическим состоянием военнослужащего (периодические углубленные обследования рядового состава, диспансеризация офицеров, ежемесячные медицинские осмотры). Там, где система этого наблюдения поставлена хорошо, врач найдет в медицинской книжке военнослужащего все данные, необходимые для заключения. В отдельных случаях, когда речь идет о рекомендации спортивных занятий солдату с некоторыми дефектами в состоянии здоровья или офицеру старше 35 лет, перед началом систематической спортивной тренировки необходимо произвести специальное медицинское обследование. При этом обследовании важно собрать «спортивный анамнез», а также использовать такие методы исследования, как функциональная проба сердца. Нельзя ограничиться первичным осмотром начинающих заниматься спортом, нужно регулярно наблюдать за их физическим состоянием в процессе тренировки, особенно лиц, имеющих отдельные дефекты в физическом состоянии. Регулярного наблюдения требуют и лица, ведущие систематическую тренировку к спортивным соревнованиям, связанным с большой нагрузкой. Наблюдения могут проводиться в форме периодических специальных обследований и осмотров спортсменов, а также путем оценки влияния отдельных тренировочных занятий. Важнейшим дополнением к врачебному наблюдению является самоконтроль, т. е. наблюдение самих спортсменов за своим самочувствием и физическим состоянием. В число методов самоконтроля входят: ведение дневника тренировки (запись тренировок, их характера, технических результатов), запись данных о самочувствии (сон, аппетит, работоспособность), систематическое измерение веса, спирометрия, динамометрия. Пропаганде самоконтроля, обучению спортсменов его методике, а также технике ведения дневников необходимо уделять большое внимание. Правильно организованный самоконтроль имеет большое воспитатель-

ное значение. Он прививает спортсмену культурное отношение к своему здоровью и к занятиям спортом.

Последний момент медицинского контроля за занятиями спортом — заключение врача о допуске спортсмена к спортивным соревнованиям. К сожалению, в ряде случаев заключение дается чисто формально. Нужно понять, что любое спортивное соревнование является практическим подведением итогов определенной тренировочной работы. Не без оснований по результатам соревнований судят о постановке всей спортивной работы в части. Любое спортивное соревнование связано с большой физиологической нагрузкой и общим нервным и физическим напряжением спортсмена. Поэтому не всякого записавшегося в ту или иную спортивную секцию и участвовавшего в нескольких, порой случайных, тренировках можно допустить к соревнованиям. Этот вопрос в каждом отдельном случае решается особо, в зависимости от индивидуальной, физической и технической подготовленности участника, причем физическое состояние, конечно, имеет первостепенное значение.

Врач не сможет дать полноценного заключения о допуске к соревнованиям, если будет основывать его только на формальном, часто поверхностном, медицинском осмотре солдата — участника соревнования. Для правильного заключения необходимо систематическое изучение физического состояния каждого спортсмена, а равно учет фактически проведенной тренировки. Лишь в этом случае врач будет располагать крайне важными для заключения данными — показателями динамики физического состояния обследуемого и функциональной способности его организма.

Нет нужды перед массовыми соревнованиями подвергать специально медицинскому осмотру поголовно всех участников. Следует лишь внимательно просмотреть данные углубленных обследований физического состояния личного состава части, ежемесячных медицинских осмотров и наблюдений при тренировке, проверить списки всех солдат, физически отстающих, а равно лиц, имеющих те или иные дефекты в состоянии здоровья. Допускать всех этих лиц к соревнованиям нужно особенно осторожно. Специальный медицинский осмотр перед соревнованиями групп личного состава, отстающих в физическом развитии, не вполне здоровых, а равно лиц в возрасте старше 35 лет следует считать обязательным.

Кроме того, давая заключение о допуске к спортивным соревнованиям, врач обязан проверить, кто прошел достаточную подготовку. Эта последняя мера особенно необходима в связи с встречающимся в практике некоторых частей порочным приемом «аврального» выполнения плана соревнований, сдачи испытаний по комплексу «ГТО» и других массовых мероприятий без всякой подготовки к ним.

Задачи в области физической тренировки войск настойчиво требуют улучшения деятельности войсковой медицинской службы на этом ответственном участке работы. Решающее значение здесь имеет организация дела. В первую очередь необходимо повысить знания войскового медицинского состава в области организации и методики медицинского контроля за физической подготовкой.

Занятия по этой теме, проведенные в порядке специальной подготовки медицинского состава в гарнизонах и лагерях, должны положить начало этой работе. Знания и навыки, полученные на этих занятиях, нужно закреплять и углублять на практической работе в частях.

Надо научить войсковой медицинский состав работать в области физической подготовки, показать, как составлять планы, как учитывать условия расположения и особенности боевой подготовки части, разъяснить, в чем заключаются обязанности врачей, фельдшеров, санитарных инструкторов в этой области, на что врачу следует обратить внимание

в разработке мероприятий по закаливанию, планов занятий с физически отстающими, программ маршевой тренировки и т. д.

Нельзя серьезно надеяться на действенность медицинского контроля за физической подготовкой, если медицинский состав, осуществляющий контроль, не будет иметь достаточного представления о самой сущности физической подготовки, ее средствах и методах. Одного «теоретического» понимания мало. Нужны практические знания. Самый верный путь решения этой задачи — личное участие медицинского состава, и прежде всего врачей, в занятиях по физической подготовке и спортом. Для руководства медицинским контролем за физической подготовкой в войсковых частях следует выделить специальных врачей. Но это не освобождает, конечно, весь остальной медицинский состав части от участия в контроле.

Врач, выделенный для руководства медицинским контролем, разрабатывает планы этой работы, представляет их на утверждение своему медицинскому начальнику, инструктирует медицинский состав по организационным и методическим вопросам, проверяет работу медицинского состава в области физической подготовки. Непосредственно же медицинский контроль за физической подготовкой, конечно, осуществляется всем медицинским составом части.

Большую роль в организации дела призваны сыграть окружные инспекторы по медицинскому контролю за физической подготовкой, а также специалисты-начальники отделений лечебной физкультуры гарнизонных госпиталей. Регулярное посещение частей врачами-специалистами по лечебной физкультуре для консультации и практического инструктажа войсковых работников — столь же необходимое и актуальное дело, как и работа в войсках других госпитальных специалистов.

Не приходится доказывать, как много практически это даст для улучшения постановки медицинского контроля за физической подготовкой.



Проф., доктор мед. наук В. П. ЯРОСЛАВСКИЙ

ОБ ОСТАНОВКЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВНУТРЕННЕЙ ЯРЕМНОЙ ВЕНЫ ПРИ ВЫСОКОМ РАНЕНИИ

Остановка кровотечения из яремной вены лигированием ее на протяжении обычно не представляет трудностей. Нужна лишь крайняя осторожность для предотвращения воздушной эмболии при работе на вене. Но когда во время операции обнаруживается, что вена ранена у самого выхода ее из яремного отверстия, положение хирурга кажется безвыходным: перевязка вены выше места ранения невозможна. Мне известен случай такого ранения, когда очень опытный хирург в госпитале, в котором работал и я, пытался при таком ранении остановить кровотечение различными приемами: тугой тампонадой, ушиванием мягких тканей у места ранения, пломбировкой яремного отверстия воском. Кровотечение упорно возобновлялось, и раненый погиб.

В 2 случаях такого ранения я применил метод, который, насколько мне известно, в литературе не описан и который дал прекрасный результат. После длительных и безуспешных попыток остановить кровотечение на месте ранения я тут же произвел трепанацию сосцевидного отростка по типу мастоидотомии, не вскрывая антрума, обнажил сигмовидную пазуху и ввел марлевый тампончик между стенкой пазухи и костью. Кровотечение тотчас же прекратилось.

Как известно, такой метод тампонады применяется в отиатрии при синустромбозе, когда желательно вскрыть синус без кровотечения из

него (при пристеночном тромбе, тампонада по Майер-Уайтингу). В этих случаях стенку синуса обнажают на достаточно большом протяжении и марлевые тампончики вводят между стенкой синуса и костью в двух местах — у верхнего и нижнего колена синуса. После такого сдавливания синуса с обоих концов вскрытие его бескровно. При ранении внутренней яремной вены достаточно прижать стенку синуса у одного конца его (предпочтительно у верхнего, так как книзу стенка синуса крепче спаяна с покрывающей ее костью и ее легче в этом месте надорвать). В обоих моих случаях кровотечение из яремной вены больше не возобновлялось, тампоны, введенные между стенкой синуса и костью, были удалены на 5—7-й день. Оба раненых выздоровели без каких-либо осложнений со стороны трепанационной раны на сосцевидном отростке.

Предлагаемый метод можно рекомендовать как метод выбора при высоких ранениях внутренней яремной вены.



Подполковник мед. службы проф. И. Л. КРУПКО

ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ ДРЕМЛЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

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

Под дремлющей инфекцией надо понимать такое состояние, при котором ответная реакция со стороны макроорганизма на пребывание в его тканях жизнеспособных микробов, окруженных заградительной оболочкой, не всегда улавливается методами, доступными современной медицинской науке. Только в тех случаях, когда соотношение сил между микро- и макроорганизмом значительно меняется в пользу первого, происходит вспышка дремлющей инфекции с ясными клиническими симптомами.

Трудности распознавания дремлющей инфекции, безусловно, огромны, однако не непреодолимы.

Для диагностики дремлющей инфекции необходимы, во-первых, специальные наблюдения и, во-вторых, временное создание таких условий, при которых повышается жизнедеятельность микроба, его питание и размножение или ослабляются местные и общие защитные силы организма.

Выполнение второго условия сопряжено с определенным риском. Поэтому мы можем принять только такие «провоцирующие» методы, которые исключают возможность нанесения организму явного вреда.

Между тем значение предоперационной клинической диагностики дремлющей инфекции нельзя недооценивать. Нередко из-за наличия дремлющей инфекции остеопластические операции, выполненные технически блестяще и с соблюдением всех правил асептики, дают нагноения, которые уничтожают операционный эффект, а подчас влекут за собой и смертельный исход. Понятно, что поэтому непрерывно изыскиваются все новые и новые методы клинического выявления дремлющей инфекции.

Существующие методы распознавания дремлющей инфекции можно распределить на две группы: 1) методы, основанные на оценке данных клинко-рентгенологического обследования: а) анамнеза, б) пальпации, в) морфологии крови и РОЭ, г) местной крови, д) общей и местной температуры, е) рентгенографии, ж) сроков, прошедших с момента заживления раны; 2) методы, провоцирующие вспышку дремлющей инфекции: а) массаж и поколачивание рубцов, б) активная и пассивная нагрузка,

в) термические раздражения (применение грязи, глины, торфа, больших доз тепловых процедур, облучение кварцевой лампой, диатермия и т. д.), г) биологические раздражения (введение специфических вакцин, молока, собственной крови больного и т. д.), д) раздражающее облучение лучами Рентгена (проба Fründ), е) иссечение рубца.

Методы, основанные на оценке клинко-рентгенологического обследования

Тщательное соби́рание и оценка данных анамнеза имеют важное значение. Однако нередко эти данные настолько субъективны, что не могут быть использованы для выводов без риска впасть в заблуждение. Определенное значение имеют сведения об обострениях, происшедших после заживления огнестрельной раны, о местной реакции на травму, перенесенную инфекцию и т. п. Учитывать эти сведения необходимо даже в тех случаях, когда все провоцирующие мероприятия не указывают на наличие дремлющей инфекции.

Мы в 4 случаях игнорировали эти данные и во всех 4 случаях жестоко поплатились за это.

Случай 1. Е., 35 лет, ранен 11.II.1942 г. Сквозное ранение правого плеча с переломом плечевой кости. При первичной хирургической обработке раны удалено много костных отломков, вследствие чего образовался диастаз около 5 см. К концу 1942 г. оформился свищ в связи с развившимся остеомиелитом конца центрального отломка. 18.V.1944 г. произведена операция секвестрэктомии. Рана зажила 8.VII.1944 г.

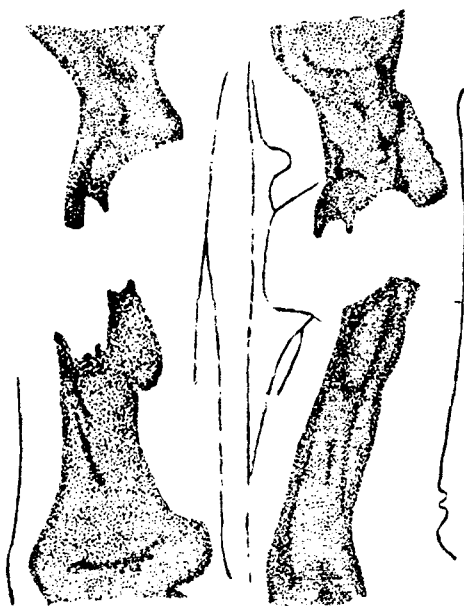


Рис. 1. Диагностика и терапия дремлющей инфекции в восстановительной хирургии. Больной Е., дефект плечевой кости после огнестрельного ранения

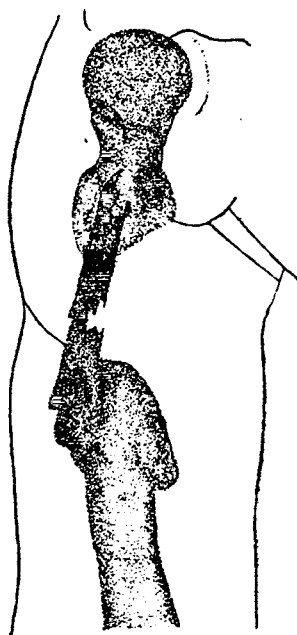


Рис. 2. Диагностика и терапия дремлющей инфекции в восстановительной хирургии. Тот же больной. Патологический перелом аутографтата

В последующем больной периодически испытывал скоропроходящие боли на месте дефекта кости. В начале ноября 1944 г. в течение 3 дней отмечалась краснота и боли в области рубца. В клинику поступил 16.III.1945 г. с дефектом правой плечевой кости. Для провокации дремлющей инфекции применен массаж рубца, поколачивание, парафиновые аппликации, облучение кварцевой лампой. Ни общей, ни местной реакции при этом не отмечено. Формула белой крови под влиянием провоцирующих мероприятий оставалась без существенных изменений. 11.IV.1945 г. при очередном анализе крови получены следующие данные: РОЭ 3 мм в час, л. 6800; из них: п. 3%, с. 66%, э. 5%, лимф. 21% и мон. 5%.

12.IV.1945 г. произведено иссечение рубца как кожного, так и расположенного между костными отломками. Распространенность рубца не позволила удалить его полностью. Концы костных отломков освежены. Рана зашита. В посеве кусочка удаленного рубца микрофлоры не было. Рана зажила первичным натяжением.

На рентгенограмме (рис. 1): диастаз между отломками плечевой кости около 3 см; костномозговой канал на концах костных отломков закрыт; очагов деструкции не отмечается. 26.IV.1945 г. произведена операция остеосинтеза под эфирным наркозом. Разрез мягких тканей вне рубца. Выделены из рубцов костные отломки, вскрыт костномозговой канал; в расщепы, сделанные на концах отломков, при вытяжении по оси глеча вставлен костно-надкостничный трансплантат, взятый из большеберцовой кости больного. Тщательный гемостаз. Рана зашита. Наложена гипсовая повязка в положении бокового отведения и передней девиации плеча. С четвертого дня после операции температура до 39°. Гипсовая повязка разрезана. Резкая отечность и инфильтрация тканей на протяжении всего плеча и области плечевого сустава. На пятый день вскрыт наметившийся участок размягчения в области старого рубца и дан свободный отток гнойному отделяемому. Бактериологическое исследование показало наличие золотистого стафилококка. В дальнейшем образовался свищ, вследствие остеомиелита трансплантата. К декабрю 1945 г. трансплантат спаялся с концами отломков плечевой кости, но ложный сустав все же не ликвидирован, так как произошел патологический перелом трансплантата (рис. 2). Операционная рана в области голени зажила первичным натяжением.

Этот случай весьма демонстративен. Он говорит о недостоверности провоцируемых мероприятий и необходимости учитывать анамнестические данные.

Во всей сумме диагностических методов некоторое значение имеет пальпация. Увеличение регионарных лимфатических желез должно настораживать исследователя — в подобных случаях возможно существование скрытого очага инфекции. К сожалению, определение болезненных точек в области рубцов не может служить веским критерием, так как очень часто их источником является нервный проводник, втянутый в рубец.

Многие авторы (Бом, Соловов, Гирголав и др.) придают большое значение исследованию крови, особенно формуле белой крови и РОЭ. Лейкоцитоз, моноцитоз, эозинопения, сдвиг формулы влево и повышенная РОЭ, по их мнению, указывают на незаконченность процесса. Мы постоянно производили исследование крови до и после различных провоцирующих мероприятий, но сделать определенные выводы не можем. Мы наблюдали нагноения при совершенно нормальной картине белой крови и низкой РОЭ, и в то же время в случаях со значительно повышенным числом лейкоцитов и ускоренной РОЭ послеоперационное течение раны проходило без всяких осложнений. Диагностическое значение РОЭ более чем сомнительно, ибо увеличение скорости оседания эритроцитов отражает белковый распад в организме безотносительно к тому, где и по какой причине он происходит.

Не большее значение имеют данные о морфологии периферической и местной крови, взятой из области подозреваемого очага дремлющей инфекции и соответствующих участков симметричной стороны.

Наши исследования показали, что обычно не отмечается сдвига формулы влево или заметного увеличения количества лейкоцитов в крови, взятой из подозреваемого участка, по сравнению с кровью из симметричного здорового участка и из пальца.

Случай 2. Г., 31 года, поступил в клинику с дефектом большеберцовой кости правой голени, резецированной по поводу огнестрельного остеомиелита. Периодически отмечаются обострения. На рентгенограмме — очаговый остеопороз концов отломков кости. В промежутках между вспышками инфекция клинически ничем себя не проявляет. Исследованная в один из таких промежутков кровь дала следующую картину.

Формула крови, взятой из области очага дремлющей инфекции: л. 6000; из них: э. 1%, п. 3%, с. 68%, лимф. 21%, мон. 7%.

Формула крови, взятой из соответствующего участка симметричной стороны: л. 6200; из них: э. 2%, п. 2%, с. 68%, лимф. 21%, мон. 7%.

Формула периферической крови: л. 5800; из них: э. 2%, п. 2%, с. 70%, лимф. 22%, мон. 4%; РОЭ 11 мм в час.

Через 3 недели после этого исследования, не показавшего какой-нибудь разницы между данными крови, взятой из пальца, из подозреваемого очага и из симметричной здоровой стороны, у больного произошло очередное обострение, закончившееся образованием абсцесса в области рубца.

Случай 3. И., 34 лет, поступил в клинику для восстановительной операции по поводу болтающегося правого тазобедренного сустава. В связи с гнойным воспалением, развившимся после огнестрельного ранения, больному более года назад произвели резекцию сустава. Имеется полный травматический перерыв правого седалищного нерва. Трофическая язва пяточной области правой стопы. В мягких тканях области сустава определяется деформированная пуля.

При исследовании крови получены следующие данные.

Формула крови, взятой из подозреваемого очага: л. 8800; из них: э. 1⁰/₆, п. 4⁰/₆, с. 69⁰/₆, лимф. 20⁰/₆, мон. 6⁰/₆.

Формула крови, взятой из соответствующего участка симметричной стороны: л. 8700; из них: э. 0, п. 3⁰/₆, с. 71⁰/₆, лимф. 20⁰/₆, мон. 6⁰/₆.

Формула крови, взятой из пальца: л. 8500; из них: э. 2⁰/₆, п. 4⁰/₆, с. 68⁰/₆, лимф. 20⁰/₆, мон. 6⁰/₆; РОЭ 10 мм в час.

Местная температура в области рубца правой ягодицы на 1,5° ниже температуры симметричной стороны. Вынести заключение о наличии дремлющей инфекции из сопоставления анализа крови было невозможно. Решено для провокации дремлющей инфекции иссечь рубец вместе с находящейся в нем пульей и зашить рану.

На третий день после удаления пули вместе с окружавшей ее рубцовой оболочкой развились бурные воспалительные явления с подъемом температуры до 40°, что потребовало снятия швов и раскрытия послеоперационной раны. В гнойном отделяемом обнаружен стрептококк. Восстановительная операция отложена.

Систематическое, по нескольку раз в день, измерение температуры, как правило, не дает каких-нибудь указаний о наличии дремлющего очага инфекции. Так называемое беспричинное повышение температуры может иметь настолько много неизвестных для нас источников, что было бы необоснованным решать вопрос в пользу наличия дремлющей инфекции, однако и прибегать к восстановительной операции в это время, конечно, не следует. Многие авторы (Рауг, Михельман) придают большое значение измерению кожной температуры. По словам Рауг, разница температуры в 1,5—2°, измеренной простым максимальным градусником, весьма подозрительна. Михельман измерял кожную температуру термоэлектрической установкой, для чего необходимо создание специальных условий: «повторные измерения производятся при одинаковой температуре помещения, в одинаковом положении (сидячем, стоячем или лежащем), при отсутствии сквозняков, открытых форточек и т. п.; кожа больного должна быть суха и обезжирена; измеряемые участки равномерно согреты; во время измерения ходьба и стук должны быть устранены». По Михельману, разница температуры выше 0,5° приобретает диагностическое значение. Правда, автор справедливо замечает, что при измерениях кожной температуры необходимо учесть состояние мягких тканей, характер рубцов и т. п., могущих сдавливать сосуды и тем обусловить более низкие показатели температуры по сравнению с температурой симметричного участка. Но не только характер рубца отражается на показателях кожной температуры. Не меньшее, если не большее, значение имеет состояние мышц и нервных проводников конечности. Мы измеряли кожную температуру с помощью термоэлектрической установки более чем у 50 человек и при этом выяснили следующее:

а) у больных с клинически выраженной инфекцией во всех случаях местная температура на 1—3° выше, чем на соответствующих участках симметричной стороны;

б) у больных с подозрением на наличие дремлющей инфекции, у которых в послеоперационном периоде отмечалось нагноение, местная температура в области рубца была выше на 0,5—2° по сравнению с симметричной стороной только в единичных случаях и то не во всех отделах рубца; так, у больного П. температура в центре рубца была выше на 0,8°, в проксимальном отделе рубца — ниже на 0,6°, в дисталь-

ном отделе — выше на $1,5^{\circ}$; в медиальном — выше на $0,4^{\circ}$; в латеральном — одинакова с симметричной стороной (размеры рубца 11×4 см);

в) у больных с подозрением на наличие дремлющей инфекции, у которых в послеоперационном периоде отмечалось нагноение (страдавших одновременно параличом мышц, вследствие перерыва нервного проводника), местная температура в области рубца всегда была ниже на $0,3—1,5^{\circ}$ по сравнению с температурой симметричной стороны (случай 3);

г) у больных с подозрением на наличие дремлющей инфекции, у которых в послеоперационном периоде отмечалось нагноение (страдавших одновременно параличом отдельных групп мышц, вследствие перерыва нервного проводника), местная температура рубца, если он располагался в области парализованных мышц, была либо ниже на $0,2—1,5^{\circ}$ по сравнению с температурой симметричной стороны, либо одинакова с нею;

д) у больных с подозрением на наличие дремлющей инфекции, у которых в послеоперационном периоде отмечалось нагноение (страдавших одновременно расстройствами, связанными с нейрогенной дистрофией), местная температура рубца в разных случаях колебалась от $0,6^{\circ}$ до $2,5^{\circ}$ в ту или иную сторону.

Таким образом, показатели местной температуры не могут служить для диагностики дремлющей инфекции, особенно при локализации ее в глубине тканей, в костях, при наличии повреждений нервных проводников, нейрогенных дистрофий и т. п.

Большое значение для обнаружения скрытой инфекции в костной ткани и суставах имеет рентгенография. Рентгенограммы для этой цели должны быть структурными и выполненными не менее чем в двух проекциях. Всякого рода продуктивные и деструктивные изменения, каемки остеопороза вокруг инородных тел, не говоря уже о секвестрах, являются прямыми показателями наличия дремлющей инфекции в костной ткани. Каждый участок костной ткани, вызывающий сомнения или неясно обозначенный на снимке, требует повторной рентгенографии в том же или других положениях больного. Тщательное изучение рентгенограмм в предоперационном периоде и правильная их интерпретация во многих случаях дают возможность поставить диагноз дремлющей инфекции. Наибольшее значение для решения вопроса о возможности остеопластической операции после огнестрельного ранения имеют сроки, прошедшие с момента заживления раны.

Практическая ортопедия уже давно выработала положение, по которому костнопластическая операция с минимальным риском последующего нагноения может производиться после открытых и огнестрельных переломов не ранее чем через 6, а лучше 12 месяцев после заживления раны. Вieg считал, что ортопластика суставов после гнойного воспаления их допустима не ранее чем через 2—3 года; Lexer этот срок сокращает до 6—10 месяцев; Walker, Добротворский считают, что выжидать с восстановительной операцией на костях более года нет особой необходимости, в некоторых случаях этот срок может быть значительно сокращен; Гирголав ограничивает срок выжидания 3—6 месяцами. Противоположного взгляда держится Соловов, заявляя, что: «никаких сроков для дремлющей инфекции, по истечении которых можно было бы считать ее автоматически уничтоженной или обезвреженной, не существует». Этот автор свое утверждение основывает на известных в литературе случаях вспышки дремлющей инфекции через десятки лет после клинического выздоровления.

Совершенно очевидно, что через какой бы срок после заживления огнестрельной раны ни производилась восстановительная операция на кости, у нас нет полной гарантии от вспышки дремлющей инфекции. Однако уже на материале в несколько десятков случаев можно проследить явную зависимость послеоперационных осложнений от сроков,

разделяющих моменты клинического выздоровления после огнестрельного ранения и восстановительной операции. Так, например, на 21 операцию, произведенную в сроки от 1 до 7 месяцев после заживления раны, нагноение было в 14 случаях (66,7%), а на 24 операции, произведенные в сроки от 7 месяцев до 3 лет после заживления раны, нагноение было только в 4 случаях (16,7%).

Если тот же материал распределить так, чтобы в первую группу включить раненых, оперированных в срок от 1 до 12 месяцев после заживления огнестрельной раны, а во вторую группу — раненых, подвергшихся восстановительным операциям на костях не ранее, чем через год после заживления, то картина будет еще более наглядной (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Зависимость послеоперационных нагноений от срока между заживлением раны и остеопластической операцией

Срок между заживлением раны и остеопластической операцией	Число случаев	И с х о д ы		Примечание
		без ослож-нений	нагноение	
От 1 до 12 месяцев . . .	24	7	17	Нагноение через 2 года 9 месяцев
> 1 года и больше . . .	21	20	1	

Следовательно, на 45 остеопластических операций, главным образом операций остеосинтеза с применением аутотрансплантата, нагноения развились в 18 случаях, из них 17 у раненых, оперированных в сроки до 12 месяцев после заживления огнестрельной раны. Нагноения были, безусловно, результатом вспышки дремлющей инфекции, а не погрешности хирурга. На это указывает тот факт, что у всех раненых послеоперационные раны в области голени, сделанные одномоментно для взятия трансплантата из большеберцовой кости, зажили первичным натяжением. Нагноение, наблюдавшееся в одном случае через 2 года 9 месяцев после заживления раны, повидимому, надо объяснить наличием инфекции вокруг металлических тел, расположенных в рубце.

Таким образом, чтобы при костнопластической операции избежать опасности последующего нагноения, следует рекомендовать делать операцию не ранее чем через год после заживления огнестрельной раны, тем более, что клиническая диагностика дремлющей инфекции исключительно трудна, а в ряде случаев и невозможна, и все методы провокации скрытой инфекции ненадежны. Но, может быть, осложненное послеоперационное течение раны не снижает или далеко не всегда снижает результаты восстановительной операции с применением костного аутотрансплантата, и наша задача не менять план лечения, несмотря на нагноение. Ведь некоторый небольшой процент неудач вполне можно оправдать. К сожалению, наблюдения наши и других авторов не позволяют делать подобного заключения.

М е т о д ы , п р о в о ц и р у ю щ и е в с п ы ш к у д р е м л ю щ е й и н ф е к ц и и

Ко второй группе средств диагностики относятся те методы, которые провоцируют вспышку скрытой инфекции и тем самым облегчают ее клиническое распознавание. Сюда относятся приемы механического раздражения: массаж, поколачивание рубцов, активная и пассивная нагрузка, специальные упражнения на механотерапевтических аппаратах; термические раздражения: грязь, глина, торф, большие дозы тепловых процедур, облучение кварцевой лампой, воздействие диатермическим током и т. п.; биологические методы: введение специфических вакцин, молока или собственной крови больного и т. д.

Мы применяли самые разнообразные комбинации провоцирующих мероприятий: массаж и поколачивание рубцов; массаж и облучение кварцевой лампой; массаж, поколачивание и аппликации глины, а в некоторых случаях параллельно или последовательно — все предложенные методы за исключением торфа и грязи. Как правило, у всех больных до и после провоцирующих мероприятий систематически измеряли общую и местную температуру, исследовали периферическую и местную кровь и при этом никаких достаточно убедительных данных, указывающих на наличие или активизацию инфекционного начала, мы не получали. Между тем в послеоперационном периоде нагноения развились почти в 40% случаев. Причина этих нагноений, на наш взгляд, — вспышка дремлющей инфекции. Иные результаты при подозрении на наличие очага дремлющей инфекции в суставе после гнойного воспаления его дает редрессация. Однако этот метод далеко не безопасен и может вызвать тяжелое обострение. Поэтому пользоваться им следует весьма осторожно и ограниченно.

Многие авторы предлагают в окрестность подозреваемого очага вводить 200—300 см³ физиологического раствора поваренной соли, рингер-локковского раствора или глюкозы, применять поливалентные вакцины, впрыскивать под кожу молоко, собственную кровь больного и т. п.

Мы обычно в окрестность рубца вводили 10—15 см³ 10% раствора поваренной соли с глюкозой и впрыскивали 10 см³ иногруппной крови. Никакой местной реакции при этом вызвать не удавалось. Только в одном случае после введения иногруппной крови температура у больного повысилась и в течение 48 часов держалась в пределах 37—37,4°. Наличие дремлющей инфекции у этого больного подтвердилось после операции удаления инородного тела.

По заявлению Рауг, прекрасные результаты дает применение рентгеновых лучей — предложенное Gründ «раздражающее облучение» $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ НЕД. В случае наличия очага скрытой инфекции у больного через 12—24 часа после облучения повышается температура и появляются явления местного воспаления. Наш небольшой опыт с применением фрондовской реакции пока не позволяет судить о ее целесообразности.

Одним из наиболее ценных способов выявления дремлющей инфекции является предварительное иссечение рубца. Иссечение подлечит не только кожный рубец, но и глубже лежащий, по возможности весь с инородными телами и свободными костными отломками. Мало того, если имеется ложный сустав, то концы костных отломков следует освежить. На 50 иссечений рубцов мы в 16 случаях (32%) получили нагноение, что послужило основанием для отсрочки костнопластической операции. В 34 случаях наблюдалось первичное заживление, однако после костнопластической операции в 6 случаях все же развились нагноения. Таким образом, если бы костнопластические операции были произведены во всех 50 случаях без предварительного иссечения рубцов, то число нагноений, надо полагать, произошло бы в 22 (16 + 6) случаях, т. е. в 44%. Ценность метода, родоначальником которого надо считать Lехег, не подлежит сомнению. Эффективность метода была бы гораздо большей, если бы полное иссечение рубца и удаление металлических осколков было возможно всегда. К сожалению, такое иссечение из-за распространенности рубца или топографических особенностей не всегда осуществимо.

Обезвреживание дремлющей инфекции

Операция иссечения рубцов показана не только для целей провокации дремлющей инфекции. Она имеет гораздо более глубокий смысл — удаления очагов скрытой инфекции, следовательно, является могущественным лечебным фактором и потому должна быть рекомендована во

всех случаях как предварительный этап восстановительной операции на костях.

Если иссечение рубца — не только провоцирующий, но и лечебный фактор, то необходимо ли выжидать определенные сроки перед производством восстановительной операции? Приведенные выше данные говорят в пользу такого выжидания. Чем меньше срок от момента заживления огнестрельной раны, тем больше оснований ожидать нагноения после иссечения рубца, что в итоге значительно отсрочит восстановительную операцию. А так как в ряде случаев полностью иссечь рубец невозможно, то нет гарантии в удалении очага инфекции, и, следовательно, при малых сроках, прошедших от момента заживления огнестрельной раны, опасность нагноения значительно увеличивается.

Из других лечебных средств по отношению к дремлющей инфекции можно отметить те, которые усиливают защитную реакцию организма и местную реакцию тканей в борьбе со скрытой инфекцией. Сюда относятся: поливалентная вакцина, аутогемотерапия, лактоотерапия, облучение кварцевой лампой, солнцелечение, грязелечение, применение рентгеновых лучей, диатермия и все то, что повышает лейкоцитоз, фагоцитоз и усиливает клеточно-гуморальные силы организма. В последние годы получено могучее средство для борьбы с некоторыми видами микробов — пенициллин. Мы испробовали его для профилактики вспышки дремлющей инфекции в послеоперационном периоде. Пока мы еще не можем сделать выводы, но все же заметили, что курс пенициллинотерапии (по 100 000 оксфордских единиц в течение 6 дней) исключает вспышку дремлющей инфекции после восстановительных операций на скелете.

В ы в о д ы

В настоящее время наука еще не располагает достаточно надежными средствами для диагностики дремлющей инфекции в тканях хирургического больного. Для предварительного суждения о наличии скрытой инфекции служат анамнестические данные о местной реакции, появляющейся без видимых причин или в отве на травму, перенесенное инфекционное заболевание и т. п.

Тщательное изучение рентгеновского снимка и правильная его интерпретация в ряде случаев дают возможность поставить диагноз дремлющей инфекции. Повышенная РОЭ, лейкоцитоз, а также периодические подъемы температуры далеко не всегда служат признаками наличия очага дремлющей инфекции, но всегда должны побуждать хирурга к отсрочке восстановительной операции.

Важное значение для решения вопроса о возможности костнопластической операции имеет срок, прошедший с момента заживления огнестрельной раны. Наши наблюдения показывают, что выжидание в 12 месяцев перед восстановительными операциями на костях и минимум 24 месяца перед операциями на суставах, если в течение этого времени не было обострений, дает наибольшую гарантию от последующих осложнений. Одним из наиболее надежных методов профилактики скрытой инфекции и вместе с тем ценным способом лечения ее является предварительное радикальное иссечение рубца. Иссечение рубца в сочетании с указанными сроками выжидания — основа восстановительной хирургии огнестрельных дефектов скелета. Хотя соблюдение этих условий также не дает абсолютной гарантии от последующих осложнений, вызываемых вспышкой дремлющей инфекции, но, несомненно, сводит риск к минимуму. Протеинотерапия, физиотерапия, солнце-грязелечение должны найти широкое применение в практике; многообещающие перспективы открываются в связи с внедрением в клинику пенициллина.



ГЛАЗНОЙ БОЕВОЙ ТРАВМАТИЗМ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Через стационар передового специализированного госпиталя за время с марта 1943 г. по июнь 1945 г. прошло 1560 раненых, имевших боевые травмы органа зрения.

У большинства (65,3%) было повреждено глазное яблоко. В 71,4% случаев эти ранения сопровождалось прободением глазного яблока, причем в 35,5% случаев было инородное тело в глазу или в орбите. Непрободные ранения глазного яблока составили 28,6%. Ранения роговицы наблюдались в 69% случаев (инородные тела на роговице были у 127 раненых); ранения конъюнктивы — в 31% (инородные тела на конъюнктиве были у 43 раненых); ранения орбиты составили 1,6% (в том числе с инородными телами 16 случаев); ранения век — 6,9%; контузии — 7% (из них: контузии придатков глаза — 24%, контузии глазного яблока — 75%, контузии орбиты — 0,9%, вывих глазного яблока — 0,1%).

Сравнительно часто наблюдались сочетанные ранения лица, черепа, носа и глаза (16,7%). Ранения эти сопровождалось легкими и средней тяжести кровоизлияниями в конъюнктиву, радужку, переднюю камеру; более тяжелыми оказывались кровоизлияния в сосудистую оболочку, сетчатку с разной степенью помутнения стекловидного тела. Нередко наблюдалась отслойка и разрыв сетчатки.

Ожоги глаз были в 3% случаев, в том числе в 15 случаях — ожоги век и в 32 случаях — ожоги глазного яблока (роговицы и конъюнктивы). Прочие ранения составляли 0,5%.

Осколочные ранения наблюдались в 83,7% случаев, пулевые — в 7,3%, прочие — в 9%. Из осколочных ранений: минноосколочных — 61%, от осколков артиллерийских снарядов — 20%, осколков гранат — 9%, осколков бомб — 2,3%, осколков разрывных пуль — 2,3%, прочих осколков — 5,4%.

Контузии большей частью происходили при разрыве снарядов, авиабомб. Ожоги чаще наблюдались у танкистов, шоферов и летчиков.

При ранениях органа зрения повреждения собственно глаза или его придатков составили 41%. В 59% случаев ранения глаз комбиниrowались с повреждением других частей тела; преобладали множественно-комбинированные ранения. Наиболее часто встречались следующие комбинации: ранения глаза, лица и челюсти — 50%, глаза и черепа — 13%, глаза, уха и носа — 6,9%, глаза и груди — 4%, глаза и живота — 2%, глаза и верхней конечности — 15%, глаза и нижней конечности — 9%. Одновременное ранение глаза и века наблюдалось в 21% случаев.

Ранения правого глаза были у 42% пострадавших, левого — у 40%, обоих глаз — у 12%.

Тяжелые бинокулярные ранения мы встретили в 6% случаев, причем совсем потеряло зрение 56% этих раненых, или 3,4% всех раненных в орган зрения; на один глаз потеряло зрение 33% (осталось небольшое зрение в другом глазу), не потеряло зрения (осталось небольшое зрение в обоих глазах) — 11%. Почти у 4% раненых с прободными повреждениями глазного яблока при поступлении в наш госпиталь был отмечен развивающийся панопталмит, и в одном случае при комбинированном ранении глаза и черепа мы наблюдали развивающийся менингит.

Большинство случаев с тяжелыми осложнениями падает на 1943 г. и зиму 1943/44 г., когда специализированный госпиталь находился на расстоянии 40—80 км от передовой линии и раненые поступали с запозданием — на 4—5-й день после ранения.

При прободных повреждениях глаза не было осложнений только у 4% раненых. В остальных 96% случаев ранения были осложненными: выпадение внутренних сред глаза — в 77% случаев, наличие металлических осколков внутрибуглярно или внутриорбитально (при сквозных или тангенциальных ранениях глазного яблока) — в 35,5%, повреждение хрусталика — в 4%, инфицирование ран — в 4% случаев. Полное разрушение глазного яблока наблюдалось у 12% раненых. Выпадение внутренних сред глаза сопутствовало почти всем прободным повреждениям, осложненным наличием металлических осколков, и повреждениям с нарушением целостности хрусталика. В чистом виде выпадение внутренних сред глаза наблюдалось в 40% случаев.

Все раненые получали в специализированном госпитале необходимую оперативную помощь. Но из-за отсутствия электромагнита электромагнитные операции не производились. Оперировано 49% раненных в глаз. 86% операций сделаны на глазном яблоке. Операции на глазном яблоке производились для закрытия ран в 32% случаев, для энуклеации — в 63%, экзентерации — в 5%. Из других операций 28 сделаны для удаления металлических осколков из орбиты, 15 — для удаления осколков из толщи века, 60 — для закрытия разрывов века и 4 — для удаления металлических осколков из области лица и носа. 368 раненым оказано малое оперативное пособие (удаление инородных тел с роговицы, из конъюнктивы, наложение швов на разрывы).

При выборе операции мы прежде всего учитывали состояние поврежденного глаза. Если имелась надежда, что удастся сохранить глаз, пусть не в функциональном, но хотя бы в удовлетворительном косметическом состоянии, мы шли на закрытие прободения. Такие случаи составили 32% всех прободных ранений глазного яблока. При больших разрушениях глазного яблока, при полной функциональной гибели глаза, там, где была опасность развития тяжелого иридоциклита или в будущем симпатической офтальмии, производилась энуклеация (63%). Столь высокий процент энуклеаций указывает на тяжесть боевых травм органа зрения. 5% раненых, у которых развился паноптальмит, произведена экзентерация.

В 27 случаях при прободных ранениях был поврежден хрусталик. В 7 случаях потребовалось удалить поврежденный хрусталик в первые дни после ранения. После удаления хрусталика закрывалось как место прободения, так и послеоперационная рана.

У 28 раненых внутри орбиты остались металлические осколки, но глазное яблоко сохранилось целым. Так как осколки вызывали значительный экзофтальм и сильно механически раздражали глазное яблоко, их пришлось удалить в первые дни после ранения.

При прободных ранениях глазного яблока с наличием металлических осколков внутрибуглярно, там, где нужна была магнитная операция, при первичной обработке мы долгое время закрывали прободение по методу Кунта. Но конъюнктивальное закрытие прободения в дальнейшем мешало рентгенографии, поэтому в последнее полугодие войны мы стали после туалета раны, иссечения и устранения выпадения внутренних сред глаза делать блефароррафию, если, конечно, в ней была необходимость. После такой обработки всех раненых срочно эвакуировали во фронтальной специализированный госпиталь, имевший электромагнитную установку.

Исход и течение глазных ранений зависят от срока, в который оказывается медицинская помощь раненому. У нас в этом отношении не все обстояло хорошо. Из 195 человек, поступивших в первые сутки с момента ранения, в первые 6 часов после ранения прибыло 23 человека, в срок от 6 до 12 часов — 52, от 12 до 18 часов — 41, от 18 до 24 часов — 79 человек. В 1943 г. и в зимние месяцы 1943/44 г. в первые сутки после ранения поступало ничтожно мало, большинство ране-

ных прибывало на третьи-пятые сутки, а то и позже. Во втором полугодии 1944 г. число поступивших в первые сутки значительно возросло, наибольшее число раненых доставлялось в госпиталь в первые три-четыре суток после ранения; в 1945 г. большинство раненых поступало на первые-вторые сутки.

Сроки поступления прямо зависели от места расположения специализированного госпиталя: чем ближе он был к передовой линии, тем раньше поступали раненые. В 1943 г. и зимой 1944 г. госпиталь находился в среднем в 40—80 км от передовой. Начиная с апреля 1944 г. (Севастопольская операция) госпиталь дислоцировался часто вблизи передовой линии, почти рядом с МСБ, на расстоянии иногда 6—8 км от передовой. Это приближение специализированного госпиталя к передовой линии ускорило поступление раненых и обработку их, что благоприятно отразилось на течении и исходе ранений, дало возможность сохранить зрение большему числу раненых и резко снизить процент осложнений. Так, во втором полугодии 1944 г. и в 1945 г. мы имели лишь 3 случая панопталмита, а в 1943 г. и зимой 1943/44 г. их было 25.

Причина запоздалого поступления раненых в 1944 и 1945 гг. — поздний вынос с поля боя или тяжесть комбинированных ранений, делавших раненых в первые дни нетранспортабельными. По инициативе армейского хирурга и ПЭП окулисты сделали к таким раненым 12 выездов в МСБ.

Из всего числа раненых, прошедших через стационар, выздоровело и выписано в части 21%, переведено после обработки в другие отделения специализированного госпиталя 6%, переведено в другие ППГ армии 5%, экзитировано 0,19% (тяжелые комбинированные ранения с развившимся менингитом — 2 случая и тяжелая контузия с большими кровоизлияниями в мозг — 1 случай, причем у этого раненого был вывих обоих глазных яблок), эвакуировано в ГБФ 66%.

Эвакуировались все тяжело раненые, требующие длительного лечения, и раненые, не успевшие закончить лечение в нас ввиду перемещения госпиталя. Перемещения эти во второй половине 1944 г. и в 1945 г. происходили в среднем через 3—4 недели. Из-за сравнительной частоты переездов и ограниченности мест в отделении мы вынуждены были всех раненых со сроками лечения более 3—4 недель эвакуировать в ГБФ.

Среднее число раненых в глазном отделении приближалось к 40, но в дни активных боев доходило до 60—70. Чем больше был наплыв раненых, тем быстрее приходилось их эвакуировать, а значит укорачивать срок госпитализации в глазном отделении.

Средняя продолжительность пребывания в госпитале раненных в орган зрения, подлежащих эвакуации, равнялась 4—5 дням.

Раненых с внутрибурбарными инородными телами, требующих магнитной операции, эвакуировали срочно. Раненых с прободным ранением эвакуировали обычно на второй день после операции, а после энуклеации — через 1—2 дня. Лишь тяжело раненых с комбинированными ранениями мы выдерживали в нашем отделении до момента восстановления транспортабельности.

Выводы

1. При боевых травмах органа зрения преобладали ранения глаза (89%), причем чаще всего наблюдались повреждения глазного яблока (63,5%), из них в 71,4% случаев — прободные.

2. В 35,5% случаев эти ранения были с наличием металлических осколков внутрибурбарно или в орбите.

3. Прободные ранения глаза отличались тяжестью — в 96% случаев они были осложненными. Несложные прободные ранения глаза составили лишь 4%.

4. В 16,7% случаев наблюдались повреждения окружающих глаз частей с травмой глаза без нарушения целостности глазного яблока, но с сопутствующими тяжелыми, во многих случаях необратимыми, изменениями со стороны внутренних сред глаза.

5. Осколочные ранения глаз составили 83,7%, пулевые — 7,2%.

6. В 59% случаев ранения глаз комбинировались с ранениями других частей тела: глаз, лицо и челюсть — 50%, глаз и верхняя конечность — 15%, глаз и череп — 13%. Другие комбинации встречались реже. Отмечалось много случаев множественных комбинированных ранений.

7. Тяжелые бинокулярные ранения наблюдались в 6% случаев, причем больше половины этих раненых потеряли зрение.

8. Оперативное пособие обусловливалось состоянием глаз и характером ранения. Тяжесть ранения в 63% случаев вынудила пойти на энуклеацию, и лишь в 32% была надежда на сохранение глаза. В последних случаях произведено закрытие прободения.

9. Передовой армейский специализированный госпиталь возвратил в часть после выздоровления 21% раненных в орган зрения и 66% их эвакуировал в ГБФ.

10. Передовой специализированный госпиталь, особенно глазное отделение, должен по возможности стоять ближе к передовой линии, к войсковому району. Приближение госпиталя к передовой линии ускоряет поступление раненых и оказание им медицинской помощи. Это в свою очередь значительно уменьшает число инфицированных ранений.



Годполковник мед. службы А. С. СВЕЧНИКОВ

НЕБОЕВОЙ ТРАВМАТИЗМ

Среди всех заболеваний небоевой травматизм в частях Советской Армии занимает одно из значительных мест как по количеству случаев, так и по количеству потерянных рабочих дней. По данным Писемского, в различные годы небоевые травмы составляли от 6 до 7,5% всего числа заболеваний. Такое же соотношение мы наблюдали и в нашем соединении.

Процент лиц, нуждающихся в госпитальном лечении после полученных ими небоевых травм, также велик. Среди всего числа хирургических больных эти лица составляли 23,2%. Но все эти данные неполны, так как очень часто случаи травматизма в амбулаторных журналах не регистрируются. Фактически процент небоевых травм по отношению ко всем заболеваниям значительно выше.

В нашем распоряжении были данные статистических отчетов соединений за 1943, 1944 и 1945 гг., амбулаторные журналы и истории болезни. Всего мы разобрали 8 476 случаев небоевых травм, причем по отношению ко всему числу заболевших лица, пострадавшие от небоевых травм, в 1943 г. составили 8,1%, в 1944 г. — 8,9%, в 1945 г. (за 7 месяцев) — 9,1%.

Непрерывный рост числа случаев в последние годы вынуждает заниматься детальным изучением причин, порождающих его, и разработкой мер профилактики.

Как врач, так и командир части должен точно знать причины травматизма, особенно специфического травматизма, характерного для данной части.

Характер небоевого травматизма по нашему соединению в процентном отношении показан в табл. 1.

Таблица 1

Годы	Ушибы	Резаные и рваные раны	Ссадинь	Переломы	Вывихи	Ожоги
1944	46,7	19,6	13,2	13,6	3 4	3,5
1945	49,0	17,3	14,1	14,3	4,1	2,9

Данные о локализации повреждений (в проц.) представлены в табл. 2

Таблица 2

Годы	Голова	Грудная клетка	Живот	Позвоночник	Таз	Верхние конечности	Нижние конечности
1944	19,2	5,9	2,8	2,3	2,3	23	39,5
1945	18,8	10,5	2,3	4,3	3,2	31,5	29,4

Сравнивая данные нашего кавалерийского соединения с данными Писемского, мы можем отметить, что у нас число травм, полученных в связи с уходом за лошадей, значительно меньше. Так, по данным Писемского, эти травмы составляют 31,6%, а у нас — 24,9%. Здесь играет роль продолжительность службы личного состава в кавалерии. По данным Писемского, 77,6% случаев травматизма при уходе за лошадью падали на молодых бойцов первого года службы, которых в нашем соединении немного. Все же и 24,9% — цифра большая, и ее можно значительно уменьшить. Для этого следует рационально распределить личный состав при уходе за животными, организовать изучение бойцами нрава лошади, выделить строптивых лошадей в отдельные станки, сделать на этих станках предупредительные надписи и строго выполнять уставные положения при езде на лошадях, наконец, постепенно повышать нагрузку на организм бойцов во время занятий.

В 1944 и 1945 гг. среди пострадавших от небоевых травм, находившихся на стационарном лечении, лица, получившие травмы при уходе за животными, составили 27,2%. Каждый такой больной в среднем находился на стационарном лечении 16,1 дня в кавалерийских частях и 20,4 дня — в стрелковых.

По характеру травм 55% этой группы больных имели ушибы, 9,6% — растяжения, 6,3% — вывихи и 18,4% — переломы костей. Прочие повреждения составили 10,7%. В 40,19% случаев были повреждены нижние конечности, в 33,1% — верхние, в 22,2% — голова и туловище, в 4,6% — прочие части тела.

При амбулаторном лечении каждый пострадавший потерял в среднем 6 рабочих дней. Среди амбулаторных больных было меньше лиц, имевших травмы головы и туловища, и несколько больше лиц с ушибами и ссадинами. В 1944 г. наибольшее количество травм падает на летние месяцы (июнь—сентябрь), в 1945 г. распределение по месяцам равномернее.

В стрелковых соединениях в группе пострадавших от небоевых травм 25,5% составляли лица, получившие потертости. В 1944 г. таких случаев было больше всего в мае и сентябре, в 1945 г. — в апреле. На месяцы май — октябрь приходится до 90% всех случаев потерто-

стей, причем максимум падает на начало летнего периода обучения (апрель—май), когда личный состав стрелковых частей еще не имел маршевой подготовки, и на конец лета (сентябрь—октябрь), когда производились большие переходы. Командиры частей, врачи, фельдшеры и санитарные инструкторы должны обратить серьезное внимание на обучение личного состава правилам заворачивания портянок. Пригонку обуви обязаны производить сам командир и медицинский работник и ни в коем случае не накануне выступления в поход. Сапоги для обноса нужно выдавать не ранее чем за 10—20 дней до марша.

Рациональное медикаментозное лечение потливости, обмывание ног прохладной водой, особенно летом, ежедневное мытье ног перед сном и уход за ногтями значительно снизят процент трудовых потерь по данной причине. Наблюдавшиеся у нас случаи потертости не вызвали больших трудопотерь пострадавших, требовали стационарного лечения только при осложнениях. Однако нужно помнить, что даже кратковременный выход из строя солдат во время марша резко снижает боеспособность части.

Большое число травм (16,2%, по нашим данным) наблюдается при выполнении хозяйственных работ (строительные работы, заготовка топлива, погрузка и разгрузка тяжестей и др.). Особенно много таких случаев (до 50%) произошло в июле—августе 1944 г. Это можно объяснить усиленным производством строительных работ, на которые выделялись недостаточно подготовленные люди, причем на работах не всегда выдерживались правила техники безопасности. 28,1% случаев травм произошли в результате падения с высоты, многие пострадавшие получили при этом тяжелые повреждения, потребовали госпитализации и находились на койке в среднем до 30 дней. 18% травм были получены при заготовке дров в лесу, 16% — при разгрузке транспорта и переноске тяжестей.

При травмах, полученных во время хозяйственных работ, чаще всего поражались верхние и нижние конечности. По нашим материалам, в 1944 г. травмы конечностей составляли 61,5%, а в 1945 г. — 69,8% всего числа травм данного вида. По характеру повреждений преобладали ушибы (54%), переломы (17%) и вывихи (6,2%).

Развитие автомобильного транспорта, естественно, вызвало травматизм, связанный с авариями во время движения и с уходом за машинами. Следует отметить, что увеличение числа травм при уходе за транспортом нельзя объяснить только высокой автомобилизацией частей. Наши данные показывают, что больше всего травмируются лица, работающие на машине первый год. Около 70% всех случаев падает на новичков либо в процессе учебы, либо вскоре после окончания ее. Наличие специфических травм, получаемых только при уходе за автомашиной, — «шоферские переломы правого предплечья» — заставляет обратить на них особое внимание. Предварительное изучение элементов запуска мотора, тренировка на макете или станине, строгое соблюдение правил вождения автомашин помогут резко снизить травматизм.

При этом виде травм в 59% случаев были повреждены верхние конечности, в 34% — нижние и в остальных случаях — голова или туловище. Преобладали ссадины (47%), затем идут ушибы (28%), переломы (4%) и прочие виды (21%).

10,7% всех случаев травм приходится на так называемые «прочие случайные повреждения». Изучая эти случаи, мы установили, что большинство из них попало в графу «прочие» вследствие невдумчивого и поверхностного отношения к разбору причин, вызвавших травму. Часть случаев занесена в эту графу из-за отсутствия каких-либо характерных данных.

Такой учет мешает правильному анализу причин возникновения травм и, следовательно, принятию мер предупреждения. В раздел

«прочие случайные виды травматизма» следует относить действительно прочие травмы, количество которых, несомненно, значительно ниже 10⁰/₀.

Распределение «прочих травм» по месяцам 1944 и 1945 гг. аналогично с распределением общего травматизма. Наибольшее количество «прочих травм» приходится на летние и осенние месяцы. По видам травмы представляют: ушибы — 45,2⁰/₀, вывихи — 3,9⁰/₀, переломы — 12,1⁰/₀, ссадины — 13,4⁰/₀, резаные и рваные раны — 21,6⁰/₀ и ожоги — 3,8⁰/₀.

Наиболее часто поражаются верхние и нижние конечности (69,3⁰/₀), остальные части тела — в 30,7⁰/₀. Это также приближается к средним цифрам всего травматизма.

Большой процент случаев травмы связан с процессом боевой и физической подготовки. 13,1⁰/₀ пострадавших потребовали стационарного лечения в части (средняя трудопотеря у них — 8¹/₂ рабочих дней) и 5,2⁰/₀ нуждались в госпитальном лечении (средняя потеря — 28 рабочих дней). 14 пострадавших пришлось представить на врачебную комиссию.

В 1944 г. число случаев этого вида травматизма начало расти с июля; максимум наблюдался в октябре. На июль—октябрь падает до 60⁰/₀ всех случаев, что, по нашему мнению, объясняется усилением занятий в поле и на спортплощадках. В 1945 г. максимум случаев отмечен в феврале и марте, т. е. в период усиленной подготовки к армейскому и фронтовому смотрам после зимнего перерыва.

Наиболее часто наблюдались ушибы и растяжения (52,7⁰/₀), 14⁰/₀ пострадавших имели рваные раны, полученные вследствие неосторожного или небрежного обращения с оружием во время преодоления препятствий. При прыжках через забор и ров наиболее частым видом повреждений было растяжение связок голеностопных суставов. 4⁰/₀ случаев травм произошло во время учебных занятий в горах. Причина: недостаточная подготовка по технике альпинизма и неиспользование всех средств страховки во время преодоления препятствий. Горная подготовка войск требует максимального внимания со стороны медработников. Они должны знать основные правила преодоления препятствий и предупреждения несчастных случаев.

Чаще всего причинами травматизма при физической подготовке являются недостаточная предварительная отработка того или иного упражнения, неоднородное физическое развитие занимающихся и отсутствие индивидуального подхода при занятиях. Ценой «травматического отбора» отсеивается группа наименее успевающих. Принцип «выполнить упражнение во что бы то ни стало» приводит к тому, что наименее подготовленный, слабее развитый боец вынужден проделать упражнение несколько раз, в то время как выполнивший его с первого раза отдыхает. В результате нескольких неудачных попыток занимающийся утомляется. В этот момент и происходит наибольшее количество несчастных случаев, избежать которые можно путем постепенного втягивания занимающихся в данное упражнение и организации дополнительных занятий для отстающих.

Как уже говорилось, число случаев травм при физической подготовке в 1945 г. увеличилось в феврале—марте и, очевидно, связано с усиленной подготовкой к проверке. Эта подготовка производилась после длительного перерыва в занятиях и сопровождалась большой физической нагрузкой.

Большое значение в профилактике травматизма при физической подготовке имеет хорошее состояние материальной базы — спортивных площадок, снарядов и т. п. В 34,1⁰/₀ разобранных нами случаев причиной травм являлись неисправность и неподготовленность мест для занятий, в 22,7⁰/₀ — отсутствие страховки, в 29,4⁰/₀ — самостоятельные

упражнения на снарядах без руководителя и в 8% — игры. При проверке состояния турников и брусьев, имеющих в частях, мы обнаружили, что 50% их не подготовлены к занятиям. Турники, как правило, были сделаны из металлических стержней или труб, незачищенных и неотшлифованных. Во время занятий на таких турниках часто нарушалась целостность кожи на ладонях. При загрязнении ссадин могут образоваться флегмоны. Плохое крепление турника приводит к тяжелым последствиям. Гимнастические брусья должны иметь приспособление для изменения их высоты и ширины. Изготовление неподвижных стоек для брусьев исключает возможность развода их в стороны и часто является причиной ушибов и ссадин.

Из-за отсутствия матов и взрыхленной почвы у снарядов часто происходят растяжения связок суставов, ушибы и переломы костей стопы во время прыжков. По нашим данным, в 18% случаев повреждения стопы произошли при прыжках. Во время проверки мы обнаружили, что благоустроенные ямы вблизи снарядов имелись только на 11 объектах из 39. Довод, что в боевой обстановке бойцу приходится прыгать не на мягкий матрац и не на вскопанную землю, не основателен. Необходимо помнить, что тренировка есть тренировка. Во время нее укрепляется и развивается связочный и мышечный аппарат, которые после тренировки будут выдерживать значительно большую нагрузку. Особенно много случаев травм наблюдается при прыжках через гимнастического «коня» (по нашим данным, 30,9% всех случаев физкультурного травматизма). Пользование кустарно изготовленными «конями» без подъемных ног, не обшитых кожей или материей (а такие снаряды мы обнаружили на 70% объектов), не может не привести к травмам.

Во время прыжков через гимнастического «коня» в частях, как правило, мостиком не пользуются. Прыгающий отталкивается прямо от земли. Но так как подъемных ног у снаряда нет, то регулировать высоту для различно развитых групп занимающихся невозможно.

В 13,5% случаев ушибы и вывихи пальцев рук произошли при прыжке через «коня», что объясняется недостаточной отработкой техники перехвата рук и нестандартной длиной «коней». Следовало бы предварительно обучать занимающихся прыжкам через более короткого гимнастического «козла», а затем переходить к прыжку через «коня».

Вопрос о страховке при выполнении тех или иных упражнений на снарядах весьма важен и актуален. Отсутствие страховки часто приводит к тяжелым ранениям, требующим длительного госпитального лечения пострадавших. Страховщик не должен подменять выполняющего упражнения; он должен оказывать помощь, лишь когда в этом есть необходимость. Страховка помогает вырабатывать такое качество, как товарищеская взаимопомощь и выручка, что исключительно важно для солдата. Особенно необходима страховка в начале отработки упражнения. Страховщик становится у снаряда так, чтобы в нужный момент помочь выполняющему упражнение или поддержать его. В качестве страховщиков необходимо выделять наиболее подготовленных и физически развитых людей.

Немаловажную роль в профилактике травматизма играет качество одежды и обуви занимающихся. Конечно, боец идет в бой в обычном обмундировании, а не в спортивной одежде и обуви. Тем не менее необходимо, чтобы на тренировочных занятиях, в процессе которых вырабатывается спортивная техника, бойцы были в спортивных костюмах и тапочках. Лишь после того, как будут изучены все элементы упражнения и достигнута ловкость, допускается осложнение упражнения — выполнение его в обычной обуви и одежде.

8⁰/₀ травм произошли во время спортивных игр, чаще всего при игре в футбол.

Футбол — любимая массовая игра наших бойцов и офицеров — вырабатывает у играющих выносливость, силу, находчивость, быстроту реакции, развивает мышцы и увеличивает емкость легких, развивает чувство товарищеской ответственности, коллективизм, так необходимый в боевой обстановке. Однако футбол дает массовый травматизм.

В большинстве причиной травм является низкая техника, грубость участников игры. В некоторых случаях вмешательство медицинских работников может предотвратить травмы.

При осмотре 110 играющих мы обнаружили, что у 68 из них были неправильно изготовленные бутцы (подбитые гвоздями с широкими шлямпами, с неправильно расположенными шипами, с набитыми железными скобами). У 84 человек отсутствовали щитки, прикрывающие голень, наколенники были только у 7 вратарей. Подобное состояние спортивной одежды и обуви увеличивает травматизм.

Чаще всего (в 89⁰/₀ случаев) травмированы были нижние конечности, в 6⁰/₀ — голова и в 2⁰/₀ — туловище. По виду травмы распределяются следующим образом: ушибы — 58,1⁰/₀, вывихи и растяжения — 11,3⁰/₀, переломы — 6,1⁰/₀.

Значительно реже наблюдаются травмы при игре в баскетбол (17⁰/₀ всех случаев травм, полученных во время игр). По нашим данным, при этом чаще встречались вывихи, растяжения и ссадины.

Необходимо перед началом игры в баскетбол проверять ногти на руках играющих и разрешать игру только лицам с коротко остриженными ногтями. Недопустима игра в шиповках.

Легкая атлетика дала 11,7⁰/₀ всех физкультурных травм. Причиной травм во время бега на различные дистанции является плохое устройство беговых дорожек, наличие на пути бегущих посторонних предметов, недостаточная подготовленность бегунов, особенно к пробегам на большие дистанции.

Наши материалы показывают, что цифры травматизма сравнительно велики и имеют тенденцию к росту. Это заставляет заняться разработкой рациональной профилактики. Врач и командир должны детально разбирать каждый случай травмы и принимать меры для предотвращения повторений подобных случаев в дальнейшем.

Необходимо упорядочить учет травматиков в амбулаторных и стационарных лечебных учреждениях. Графу «прочие виды травматизма» нужно сократить до минимума. В это графу следует вносить только те случаи, которые не могут быть внесены ни в одну из других граф.

Термин «по собственной неосторожности», к сожалению, слишком часто фигурирующий в записях, необходимо изъять. Следует повысить личную ответственность руководящего занятия офицера за каждый случай травматизма. Обучение элементам страховки, внимательная подготовка инвентаря и мест для занятий, предварительное изучение элементов упражнения и тщательный медицинский контроль в процессе занятий, особенно за группами физически ослабленных, резко уменьшат количество случаев травмы при физической подготовке солдат и офицеров.



ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Полковник мед. службы В. В. СКВОРЦОВ

ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МАРША

Опыт Великой отечественной войны подтвердил, что бурный рост технического оснащения современных армий отнюдь не снизил значения маршевой подготовки войск. Наоборот, маневренная тактика современной войны с быстротечным развитием ее операций еще более повысила требования к мобильности войск и их способности к внезапным передвижениям с большой скоростью и на большие расстояния в любой обстановке.

Маршевая подготовка является основным средством развития важнейшего качества солдата — его общей выносливости, способности организма к длительной и напряженной физической работе, связанной с походом.

Успех маршевой подготовки во многом зависит от полноты учета при ее постановке в части данных о физическом состоянии личного состава. Это определяет значение активного участия медицинской службы во всей организации маршевой подготовки в войсках. Работа по медицинскому обеспечению маршевой подготовки должна выполняться при участии всего медицинского состава части.

Сбережение сил солдат на походе остается важнейшим условием правильной организации любого марша. Поэтому воспитание сознательного отношения к правилам гигиены, привитие гигиенических навыков, необходимых бойцу на походе, обеспечение контроля за выполнением гигиенических требований на каждом марше являются первоочередной и повседневной задачей в работе по медицинскому обеспечению маршевой подготовки. Без полного учета основных положений физиологии и гигиены марша эти задачи выполнить нельзя.

Марш, как известно, относится к тяжелым видам физической работы. Исследования показали, что при переходе на 30 км энергетические затраты пехотинца за сутки составляют 4 000 и более б. калорий.

Энергетические расходы на марше зависят от многих условий — от его скорости, нагрузки солдата (выкладки), тренировки, степени усталости личного состава, предшествующей работы, качества обмундирования, обуви и снаряжения, характера дорог и местности и условий погоды, времени года и суток.

Влияние скорости движения на расход энергии солдат видно из следующих данных: ходьба со скоростью 110 шагов в минуту вызывает расход энергии в 4 840 м. калорий в минуту, ходьба со скоростью 120 шагов в минуту — 6 600 м. калорий, тогда как ходьба ускоренным шагом со скоростью 140 шагов в минуту требует 10 820 м. калорий, а бег на броске — 13 900 м. калорий в минуту. Исходя из этих данных, можно ориентировочно вычислить энерготраты любого совершаемого марша, пользуясь «Указаниями по организации и проведению научно-медицинского контроля за физическим состоянием и питанием войск» (ГВМУ ВС 1946 г.).

Большое воздействие на работу организма при марше оказывают метеорологические факторы. Например, сильный встречный ветер снижает скорость движения на 20—25%, а снег и дождь без ветра — до 10—15%, соответственно чему возрастает и расход энергии.

Наибольшего расхода энергии требуют марши в период весенней распутицы, осенних дождей и зимой, а в южных районах — и в жаркое лето. Так, например, 30-километровый марш со скоростью 4—4,5 км в час в условиях Средней Азии в августе сопровождался энергозатратами, достигающими 408 б. калорий в час и потерей веса до 3 кг в сутки.

Движение ночью связано с увеличением энергетических затрат на 23—30% по сравнению с движением в дневные часы. Поэтому личный состав части перед маршем должен хорошо отдохнуть и выспаться (не менее 4—5 часов сна).

Наиболее экономным по энергетическим затратам признан средний по длине и темпу движения шаг. Установлено, что для среднего человека оптимальным является темп 110—120 шагов в минуту, а длина шага 70—80 см (общая скорость движения около 5—6 км в час).

Марш оказывает непосредственное влияние на деятельность сердечно-сосудистой и дыхательной системы.

Мышечная работа, связанная с маршем, требует увеличения снабжения работающих органов питательными веществами и кислородом и ускоряет ток крови. Минутный объем крови (объем крови, выбрасываемой сердцем в 1 минуту) в покое равен 3—5 л. На марше он может возрасти до 20—25 л. Такое увеличение циркуляции крови в организме может быть достигнуто двумя путями — либо за счет увеличения систолического объема крови при небольшом увеличении частоты сокращения сердца, либо за счет резкого учащения числа ударов сердца при почти неизменном систолическом объеме. При увеличении веса нагрузки (выкладки) частота пульса возрастает. Так, при нагрузке в 22 кг она увеличивается на 28,5%; при 27 кг — на 29,8%, а при 31 кг — на 44%. При средней физической нагрузке пульс удерживается в пределах 120 ударов в минуту.

Обеспечение организма питательными веществами и кислородом в процессе марша у различных лиц происходит по-разному. У тренированных людей это происходит преимущественно за счет увеличения систолического объема крови, в результате чего относительно сохраняется периодичность работы сердечной мышцы и ее отдыха. У нетренированных людей — за счет учащения пульса. Число пульсовых ударов у последних увеличивается иногда в 3—4 раза.

Возросшая работа организма, вызывающая увеличение в нем потребления кислорода и образование углекислоты, требует усиления и легочной вентиляции. Последнее достигается учащением и углублением дыхания.

Установлено, что в состоянии покоя человек вдыхает 5 л воздуха в минуту, медленная ходьба требует уже 10—12 л, а марш — 15—18 л. При подъеме в гору количество вдыхаемого воздуха возрастает до 20—25 л, а во время бега — до 50 л и более. У некоторых лиц в эти моменты частота дыхания увеличивается в 2 и 3 раза (с 15—18 до 30—40 дыханий в минуту).

У тренированных солдат легочная вентиляция повышается главным образом за счет увеличения объема и глубины дыхания, у нетренированных — за счет увеличения числа дыханий.

Нормально в начале марша дыхание несколько учащается, затем, достигнув определенного уровня, остается постоянным. При этом в первые минуты отдыха, но не более как через 10 минут, дыхание приходит к исходному или остается слегка учащенным.

Физическое напряжение организма резко повышает его теплопродукцию на марше. Исследованиями показано, что организм солдата во время передвижения с полной выкладкой на каждый километр вырабатывает дополнительно 56 калорий тепла. Тепловое равновесие достигается усиленной теплоотдачей. Она происходит за счет проведения,

излучения тепла и испарения пота с поверхности кожи и одежды. В нормальных условиях при средней нагрузке человек теряет около 45% тепла излучением, свыше 30% — проведением и только около 20% — испарением.

При резком возрастании физической нагрузки (форсированный марш), когда обычные пути теплоотдачи становятся недостаточными, значительно возрастает в терморегуляции роль испарения пота с поверхности кожи. Особенно сильно это проявляется во время марша при высокой температуре атмосферного воздуха, при безветрии и при несоответствующей метеорологическим условиям одежде солдат.

Средние потери в весе за счет потоотделения на 30-километровом марше 1,5—2 кг; форсированные же марши могут вызвать общую потерю воды организмом до 4—5 л, а иногда и более.

Охлаждение тела в результате потоотделения происходит эффективнее, когда пот испаряется с поверхности кожи или одежды, а не стекает с них.

В нормальных условиях, когда теплоотдача находится в соответствии с теплообразованием, при ненапряженном марше температура тела повышается в пределах 0,5°. Нарушение терморегуляции неминуемо влечет за собой перегревание организма. При этом повышение температуры тела до 38° является неблагоприятным признаком, а дальнейшее ее повышение угрожает возникновением теплового удара.

Возникновению теплового удара способствуют высокая температура окружающего воздуха при большом содержании в нем водяных паров, а также резкое физическое напряжение человека.

Тепловой удар может наступить на марше внезапно и проявляться в форме слабости или коллапса, но бывают случаи и позднего его возникновения — на отдыхе, спустя 6 часов. Случаи теплового удара относятся к числу тяжелых заболеваний и пострадавшие подлежат госпитализации.

От тепловых ударов следует отличать солнечные удары. Последние являются следствием воздействия на голову (головной мозг) солнечных лучей.

Особенное значение на марше имеет достаточное и своевременное питание людей (выдача 3 раза в сутки доброкачественной горячей пищи и горячего чая, внимательное и рациональное составление суточных меню-раскладок с учетом заданного режима марша в течение данных суток, установление времени приемов пищи). Марш следует начинать не ранее как через 1½—2 часа после приема пищи.

Не менее важное значение во время марша играет установление рационального режима питья на марше. Как уже указывалось, общая потеря веса организмом за счет воды во время марша может достигать 3—4 и более килограммов. При этом нужно учитывать, что выпиваемая во время работы (марш) жидкость плохо усваивается организмом, а беспорядочное и излишнее питье ведет к перегрузке организма жидкостью, что затрудняет деятельность сердца и дыхания и вызывает излишнее потение. Поэтому пить целесообразно только на отдыхе (на привалах, на ночлеге).

Известно, что при марше организм человека может без всякого ущерба для своей работоспособности переносить значительные потери воды (1—2 л) и легко восстанавливать их систематическим питьем на привалах, ночлеге. Тренировку в соблюдении питьевого режима следует организовать на всех учебных занятиях, связанных с маршевой подготовкой. В основу должно быть положено воспитание у солдат соблюдения дисциплины в питье. Это может быть достигнуто разъяснением личному составу значения для сбережения сил в походе основных правил питьевого режима, в частности, воздержания от излишне-

го (бесполезного и вредного) питья на марше, воспитания у солдат бережного отношения к носимому во фляге запасу воды, с расходом ее лишь в случае действительной необходимости. Необходимо добиваться, чтобы запас воды, носимый во фляге, при двукратном наполнении ее в течение суток обеспечивал потребность людей во время марша до мест больших привалов и ночлега.

В условиях, когда марш происходит в тяжелой метеорологической обстановке (температура воздуха свыше 25°, большая относительная влажность — свыше 80%, слабое или полное отсутствие ветра), происходит обильное потоотделение и большая потеря организмом соли.

В этих случаях для сохранения солевого равновесия в тканях появляется необходимость дополнительного введения в организм поваренной соли. Она выдается за завтраком и обедом примерно по 5—7 г (лучше на хлебе), дополнительно к соли, принимаемой в пищу.

Активное участие врачей частей в разработке программ и режима маршевой подготовки части в интересах систематического повышения уровня физического развития и выносливости солдат представляет важнейшую задачу медицинской службы.

Маршевая тренировка обеспечивается в процессе всей боевой подготовки войск.

В учебных планах и программах боевой подготовки стрелковых частей на тренировку в марше предусматривается выделение специального времени.

Так, в лагерном периоде на выполнение маршей в связи с тактическими учениями отводится около 40 часов.

Однако для достижения надлежащей подготовленности личного состава в марше только этого времени было бы недостаточно. Для маршевой тренировки должны быть широко и планомерно использованы все другие возможности, которые представляются летней учебой войск. Наибольшее значение в этом отношении, как будет показано ниже, имеют переходы подразделений части на учебные поля и стрельбища.

Большую вспомогательную роль в повышении маршевой тренированности играет утренняя зарядка, проводимая в форме втягивания в ходьбу и бег, а также массовая спортивная работа, особенно такие ее формы, как подготовка и участие солдат в кроссах.

В деле маршевой подготовки большое значение имеет обучение рядового состава правильной технике ходьбы (проходным шагом, бегом, в снаряжении и т. д.), а также правильному дыханию во время движения. Практически с этого и следует начинать тренировку в марше.

В основе тренировки в марше, как и всякой физической тренировки, лежат сложные физиологические процессы. Их сущностью является систематическое приспособление организма к большим и все возрастающим физическим напряжениям.

Эффект повышения работоспособности организма при тренировке неизбежно связан с наступлением при отдельных тренировочных занятиях определенного утомления организма. Без этого тренированность, выносливость достигнуты быть не могут.

Однако это «нормальное» утомление не должно переходить определенных границ, т. е. быть чрезмерным, так как в последнем случае вместо повышения наступает снижение работоспособности организма.

Проведенные за ряд лет научные исследования показывают, что широко принятый ранее метод маршевой тренировки, основанной на постепенном увеличении проходимой дистанции с неизменяемой скоростью, мало целесообразен. Он связан с большой тратой времени и не обеспечивает высокого тренировочного результата.

Наиболее целесообразна система тренировки со смешанной нагрузкой: чередование переходов на небольшие расстояния (3—6 км), про-

ходимые с повышенной скоростью (6—7 км в час), с переходами с нормальной скоростью (до 5 км в час).

В соответствии с этим в плане и программе тренировки следует предусматривать формы «смешанного передвижения» (чередование при движении ходьбы и бега) в виде коротких бросков, начиная с 1—1½ км. При этом нужно иметь в виду, что бег, особенно в снаряжении, резко повышает физиологическую нагрузку. Поэтому бег должен применяться в начале тренировки на небольшие расстояния (100—200 м), сменяясь ходьбой.

Такая система тренировки на марше представляет большие практические удобства, так как осуществляется главным образом в порядке переходов подразделений на учебные поля и стрельбища и поэтому не требует много специального времени.

Вместе с тем достигаемая в результате планомерного выполнения коротких маршей-бросков тренированность личного состава в скоростном марше, т. е. в условиях работы организма с повышенной мощностью, является необходимой физиологической базой и для подготовки к маршу с уставной скоростью на большие расстояния.

Подразделения, тренированные к переходам на небольшие расстояния со скоростью 6,5—7 км в час, уже после 2—3 тренировок на «промежуточных» дистанциях (10—12 км) будут способны к выполнению переходов на 25—30 км и более со скоростью 5 км в час.

Таким образом, при разработке программ маршевой подготовки практически наиболее важна продуманная система использования для тренировки переходов подразделений на тактические и стрелковые занятия.

Эта тренировка ведется, как правило, в составе взвода под руководством его командира. Переход на стрельбище в форме броска проводится в среднем 2 раза в неделю через 2—3 дня. Более частое проведение тренировок в форме броска нецелесообразно. Это может привести к переутомлению бойцов.

В «нетренировочные» дни переход на стрельбище или на учебное поле совершается в обычном темпе (скорость 5 км в час).

Нецелесообразно также назначение тренировочных бросков накануне и на следующий день после маршей, выполняемых по программе, в связи с тактической подготовкой в специально отводимое для этого время.

В основе тренировочного броска лежит «смешанное передвижение» — чередование ходьбы и бега.

Изменение нагрузки и ее смена от занятия к занятию идут за счет повышения скорости движения (увеличение удельного веса передвижения на броске бегом).

Броски выполняются как самостоятельная форма тренировки в марше или ими завершается переход на стрельбище с уставной скоростью.

Планомерное проведение тренировочных занятий в маршах-бросках имеет особенное значение в начальном периоде лагерного сбора, когда закладывается основа тренированности солдат к походному передвижению.

Представление об общих принципах построения маршевой подготовки в лагерный период обучения дает примерная схема тренировки (табл. 1).

Как видно из приведенной схемы, дистанция при тренировочных маршах-бросках в отдельные дни может достигать до 5—7 км.

Для многих лагерей это значительно превышает расстояние от расположенных частей до учебных полей и стрельбищ. В таких случаях неизбежно движение на стрельбище на отдельных тренировках не по кратчайшему пути, а по кривой.

Таблица 1

Неделя тренировки	Тренировка	Режим движения	Примерная дистанция (в км)	Примерное время (в минутах)
1	1	Изучение техники ходьбы и бега . . .	2—2,5	20—25
	2	То же	2—2,5	20—25
	3	Ходьба 4 минуты; бег 1 минута; повторить 5 раз	2,5—3	25
2	4	Ходьба 4 минуты; бег 1 минута; повторить 6 раз	3—3,5	30
	5	Ходьба 4 минуты; бег 1 минута; повторить 4 раза	2,5	25
3	6	Ходьба 4 минуты; бег 1 минута; повторить 7 раз	3,0	30
	7	Переход в составе роты	6,0	60
4	8	Ходьба 4 минуты; бег 2 минуты; повторить 5 раз	3,0	25
	9	Ходьба 4 минуты; бег 2 минуты; повторить 8 раз	5,5	48
5	10	Ходьба 3 минуты; бег 2 минуты; повторить 5 раз	3,3	30
	11*	Переход в составе батальона (первые 4 км в противогазе, последние 4 км — бросок) с тактическим учением	20,0	5 часов
6	12	Ходьба 4 минуты; бег 2 минуты; повторить 8 раз	5,5	48
	13	Ходьба 3 минуты; бег 2 минуты; повторить 6 раз	3,5	30
7	14	Ходьба 4 минуты; бег 2 минуты; повторить 10 раз	7,2	60
	15	Ходьба 3 минуты; бег 2 минуты; повторить 7 раз	4,4	35
8	16	Переход роты с тактическим учением	10	2 часа
	17	Ходьба 3 минуты; бег 2 минуты; повторить 6 раз	3,8	30
9	18	Ходьба 4 минуты; бег 2 минуты; повторить 10 раз	7,2	60
	19	Ходьба 3 минуты; бег 2 минуты; повторить 6 раз	3,8	30
10	20*	Переход роты с тактическим учением	25	8 часов
	21	Ходьба 4 минуты; бег 8 минут; повторить 8 раз	5,5	48

Неделя трени- ровки	Трени- ровка	Режим движения	Примерная дистанция (в км)	Примерное время (в минутах)
11	22	Ходьба 3 минуты; бег 2 минуты; по- вторить 6 раз	3,8	30
	23	Ходьба 4 минуты; бег 2 минуты; по- вторить 10 раз	7,2	60
12	24*	Марш-бросок роты	15	2,5 часа
	25	Ходьба 4 минуты; бег 2 минуты; по- вторить 6 раз И так далее	3,8	30

- Примечания. 1. При ходьбе применяется походный шаг: 110—120 шагов в 1 минуту, размер шага 70—80 см; движение бегом 165—180 шагов в 1 минуту, размер шага 85—90 см.
2. Знаком * помечены переходы предусмотренные в программах на маршевую подготовку.

На тренировочных занятиях целесообразно менять время от времени маршруты, добиваясь у солдат овладения техникой передвижения в условиях разнообразного рельефа и грунта. В процессе маршевой подготовки важнейшее значение имеет планомерное повышение нагрузки за счет введения передвижения в противогазе и увеличения веса снаряжения.

Втягивание в ходьбу в противогазе надо проводить на переходах со скоростью не более 4—5 км в час, на легких для передвижения участках маршрута, начиная с небольших расстояний (500—1 000 м).

Увеличение веса снаряжения солдат на марше должно идти также постепенно.

Полное походное снаряжение может быть введено лишь при достаточной тренированности личного состава в походном движении (как правило, не ранее 7—8 недели), начиная с небольших переходов с уставной скоростью.

При тренировочных маршах-бросках полное походное снаряжение не применяется вовсе.

Большая физиологическая нагрузка организма при марше делает особенно важным при маршевой тренировке хорошо организованный медицинский контроль за физическим состоянием личного состава и в первую очередь за здоровьем физически отстающих лиц.

Помимо широкого использования ежемесячных медицинских осмотров и выборочных обследований контрольных подразделений, в этой работе большое значение имеет наблюдение за физическим состоянием личного состава в процессе отдельных тренировок в марше.

Медицинским работникам и строевым командирам необходимо знать признаки утомления солдат на походе с тем, чтобы следя за их появлением, можно было своевременно принять необходимые меры. Для практических целей имеет особое значение наблюдение за так называемыми внешними признаками утомления. Эти наблюдения просты и легко могут быть организованы.

Для оценки степени утомления солдат на марша можно пользоваться следующей схемой (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Объект наблюдения	Признаки степени утомления		
	небольшого	значительного (среднего)	большого
Окраска кожи и лица	Небольшое покраснение	Значительное покраснение	Резкое покраснение, или побледнение, синюха
Потливость	Небольшая	Большая, особенно верхнего пояса	Особенно резкая, включая и нижний пояс, выступание соли на одежде
Дыхание	Учащенное ровное	Сильно учащенное	Сильно учащенное, поверхностное, отдельные глубокие вдохи, сменяющиеся беспорядочным дыханием
Движение	Бодрая походка	Неуверенный шаг, покачивание туловища	Резкое покачивание туловища, отставание на марше

В числе практических мероприятий, вытекающих из наблюдений за физическим состоянием солдат на походе, могут быть проведены: снижение темпа движения, временное освобождение утомленных людей от части снаряжения, посадка их для отдыха на имеющийся транспорт, а иногда даже назначение внеочередных привалов.

Накануне маршей, связанных с большой нагрузкой (большое расстояние, условия погоды и т. д.), старейший врач должен доложить командиру части о необходимых мероприятиях, вытекающих из данного медицинского контроля за физическим состоянием личного состава. Общий порядок проведения маршевой подготовки будет во многом зависеть от особенностей частей (специальные задачи и условия боевой подготовки, особенности физического состояния личного состава, климато-географические особенности и пр.).

Поэтому для накопления опыта и дальнейшего усовершенствования системы маршевой подготовки в войсках огромное значение будет иметь исследовательская работа в этой области, проводимая в самих частях. В основу этой работы должны быть положены наблюдения за отдельными подразделениями (взвод, рота) с использованием простейших методов исследования (измерение веса, исследование пульса, оценка физического состояния по внешним признакам утомления и др.) с последующей тщательной разработкой результатов медицинских наблюдений и данных учета хода тренировки.

При организации медицинского обеспечения маршевой подготовки не должны быть забыты вопросы медицинской помощи на марше.

В отношении этой работы особая роль выпадает на средний медицинский состав и санитарных инструкторов подразделений. Они должны в совершенстве знать признаки заболеваний, характерных для марша, и уметь своевременно оказать медицинскую помощь (солнечный и тепловой удар, потертости и т. д.). Хорошо должны быть продуманы и отработаны на практике вопросы транспортировки заболевших на марше, что имеет особое значение для походов, выполняемых частями и соединениями.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИВИЗИИ ПРИ ПОДВИЖНОЙ ОБОРОНЕ И НАСТУПЛЕНИИ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ ВОЙНЫ

Я хочу поделиться опытом работы МСБ N-ской дивизии, действовавшей в горно-лесистой местности. Еще в то время, когда дивизия находилась во втором эшелоне, мы начали теоретически и практически готовить личный состав медицинской службы полков и личный состав МСБ к предстоящим боям в горно-лесистой местности. Внимание концентрировалось на правильной организации медицинского обслуживания раненых, начиная с переднего края, правильном и своевременном оказании доврачебной и врачебной помощи, борьбе с шоком, остановке кровотечения, иммобилизации, блокаде по Вишневскому, футлярной анестезии, поясничной блокаде, переливании крови и кровозаменителей, правильной документации, учете и ведении отчетности. Эта работа продолжалась и в то время, когда дивизия была на марше, а затем в обороне.

После каждой боевой операции МСБ созывал совещания полковых медицинских работников. На совещаниях подробно разбирали все дефекты в работе, причины их, отмечали положительный опыт как отдельных товарищей, так и целых подразделений. Проведение подобных совещаний облегчалось тем, что для проверки работы на переднем крае и для инструктажа мы к каждому полку прикрепили хирурга-ординатора, часто выезжавшего на место и прекрасно изучившего работу своего подразделения.

Весь медицинский состав МСБ был разбит на три бригады, а имущество операционно-перевязочного взвода — на две очереди. К первой очереди относились инструментарий, стерильный и перевязочный материал и все необходимое для оказания квалифицированной медицинской помощи в любой момент и в любых условиях.

Имущество содержалось в сумках, сшитых из простынь, и в цветных наволочках. В дальнейшем эти сумки мы заменили обычными вешевыми мешками. На каждой сумке был ярлычок с описью имущества и фамилией владельца. Сумки хранили всегда в определенном месте. В случае тревоги каждый медицинский работник брал свою сумку и становился на отведенное ему место в своей бригаде.

Имущество распределялось так, что каждая бригада могла работать самостоятельно — делать все виды операций.

Во время стремительного наступления создавалось пять хирургических бригад (четыре возглавляли ординаторы хирургического взвода, а пятую — ведущий хирург), при этом одна-две, а иногда даже три бригады оставались с нетранспортабельными ранеными (в основном после лапаротомии и закрытия пневмоторакса).

В сумках врачей и медсестер обязательно имелись халаты, маска, колпак, косынка, перчатки, стерильные пакеты с салфетками, бинтами, шприц, камфора, морфин, кофеин, спирт, иод, хлорэтил, эфир, свечи, спички и ампулы с сыворотками. Врачи и операционные сестры, кроме того, имели мягкие укладки с инструментарием для всех видов операций.

В каждую бригаду входили ответственные лица — наркотизаторы, шинизаторы, по переливанию крови, имевшие специальные упаковки со всем необходимым. Каждый из других членов бригады в своей укладке носил 2 сетчатые шины, 5 фанерных, 3 флакона эфира, 3 ампулы хлорэтила, а старшие сестры и один из хирургов, кроме того, — новокаин, физиологический раствор, жидкость Попова и систему для переливания крови.

Санитары снабжались сумками санинструкторов. В каждую бригаду входило три ответственных санитаря: один отвечал за стерилизацию инструментов (у него находился примус в деревянной клетке с ручкой и бидон с 5 кг керосина); второй обеспечивал мытье рук (у него находились тазики, нашатырный спирт, рукомойник, 3 щетки, мыло, полотенца и таз для стола); третий отвечал за освещение (носил фонарь, специально сконструированный для работы на открытом воздухе, лампы, свечи и спички). Аккумулятор на 12 V с рефлекторами и лампочками перебрасывали с вещами второй очереди.

В состав имущества первой очереди входили:

1. Инструментарий в мягких укладках (большой операционный набор и 2 стерилизатора).
2. Малый операционный набор (2 мягкие укладки, деревянный пенал и 1 стерилизатор).
3. 3 бикса (1 большой и 2 средних со стерильным материалом).
4. Стерильный материал в наволочках из расчета на 3 дня боя для всей дивизии.
5. Комплекты Б-1 — 4 шт.
6. Комплекты Б-3 — 3 шт.
7. Спирт винный — 4 кг.
8. Спирт денатурированный — 4,5 кг.
9. Пантопон в ампулах — 120 шт.
10. Морфин в ампулах — 300 шт.
11. Камфора в ампулах — 300 шт.
12. Кофеин в ампулах — 150 шт.
13. Лобелин в ампулах — 30 шт.
14. Эфедрин в ампулах — 10 шт.
15. Шелк разных номеров в ампулах — 135 шт.
16. Кетгут разных номеров в ампулах — 135 шт.
17. Эфир для наркоза — 24 флакона.
18. Хлорэтил — 60 ампул.
19. Глюкоза — 60 ампул.
20. Кальций хлорат — 30 ампул.
21. Кожный клей — 6 флаконов.
22. Противостолбнячная сыворотка — 200 доз.
23. Антигангренозная сыворотка — 60 доз.

Кроме того, каждая бригада имела: растворы риванола 1 : 1 000 500,0 и новокаина 0,15% 500,0; мазь Вишневского 500,0; физиологический раствор 0,85% 1 000,0, иод 600,0, нашатырный спирт 200,0, вазелин стерильный 100,0, новокаин в порошке 20,0, хлорамин в порошке 30,0. почкообразные тазики, тазики четырехугольные с крышками, дренажные трубки, катетеры, кружки Эсмарха, желудочный зонд, утки, судна, кислородную подушку, кислородный ингалятор.

Кроме того, имелись продукты (сухой паек) на 2 дня.

Стерильный материал, растворы и продукты пополнялись по мере расхода.

Вес сумок сестер и врачей колебался от 4 до 8 кг, санитаров — от 10 до 14 кг (2 сумки весили 20 кг).

Для операционно-перевязочного взвода мы сконструировали легкий портативный инвентарь, удобный для переноски на плечах (операционные и стерильные столы, койки, умывальник и систему для переливания крови).

В состав имущества второй очереди входили: автоклав, операционный стол (железный), аккумулятор, палатки, комплект Б-1, Б-3, ПР-2, ПР-1 и т. д.

Все имущество было распределено по повозкам. Повозочные, зная свой груз, быстро грузили его на повозки и отвечали за сохранность имущества в пути.

Имущество других подразделений МСБ (госпитального взвода, сортировочного, медснабжения, штаба, хозяйственного и др.) также было распределено на две очереди.

Аптечное имущество мы укладывали в специальные небольшие легкие ящики с крышками и ручками.

Помощник начальника медснабжения с имуществом первой очереди следовал в основной передовой группе, а начальник медснабжения с имуществом второй очереди оставался на базе. В том же порядке передвигались остальные подразделения.

Во время боевых действий мы выделяли отдельную группу, располагавшуюся на дороге, по которой шел поток легко раненых.

Основная группа состояла из двух бригад, работавших по 12 часов на 4 столах. Каждую бригаду, как уже говорилось, возглавлял хирург-ординатор. Ведущий хирург руководил работой бригады и делал сложные операции. Сестры были распределены в следующем порядке: первая обслуживала 4 операционных стола, вторая производила инъекции (морфин, сыворотки, сердечные и внутривенные вливания и т. д.), третья и четвертая снимали и накладывали повязки и шины. Этим сестрам помогали два санитары (оба впоследствии получили звание санинструкторов).

Сестры систематически менялись: та, которая накануне обслуживала операционные столы, становилась на инъекции и т. д. Старшая сестра руководила работой остальных сестер и снабжала их стерильным и перевязочным материалом и медикаментами.

Благодаря правильной организации работы и правильной расстановке сил, мы ни разу не ощущали недостатка ни в стерильном и перевязочном материале, ни в медикаментах. Даже, наоборот, были случаи, когда нам приходилось снабжать соседние МСБ и ПМП стерильным материалом, шелком, кетгутотом, новокаином и т. д.

Между расположением ударной группы и базой на перевале мы организовали питательно-обогревательный перевязочный пункт. Во главе пункта стояли военфельдшер и сестра. Здесь раненые отдыхали, получали чай и пищу. Проверяться и, если нужно, исправлялись повязки.

В районе боевых действий нашей дивизии — в горно-лесистой местности — была одна горная дорога с крутыми подъемами и спусками. Во время дождей дорога становилась непроезжей. Поэтому для передвижения бригады и перевозки имущества, а также для эвакуации раненых мы использовали три вида транспорта: автомобильный, гужевой и вьючный.

Каждая бригада имела полутоннажную машину с приспособленными съемными сиденьями. На эту же машину грузилось имущество бригады и вещи ее личного состава.

Имущество второй очереди оперативно-перевязочного взвода также отправлялось на автомашине.

Гужевым транспортом наш МСБ пользовался в период боев с 18 августа по 11 сентября и с 25 по 29 сентября. Каждая бригада имела по три подводы, на которых переезжал личный состав и перевозились укладки и личное имущество. На подъемах и спусках люди в полном вооружении шли пешком, местами помогая лошадям. К подводам были прикреплены повозочный и ответственный за имущество. Каждый из них имел список имущества, находящегося на данной подводе, а командир взвода — тетрадь, в которую записывался номер подводы и находящееся на ней имущество, фамилии повозочного и личного состава, сопровождавшего повозку.

Зимой единственным видом транспорта был вьючный. Личный состав бригад двигался пешком с сумками на плечах. Личное имущество, а также наиболее тяжелые укладки санитаров перевозились во вьюках на лошади. Сверху вьюки покрывали плащ-палатками. Количество лошадей, закрепленных за каждой бригадой, зависело от наличия конского состава. Имущество второй очереди хранилось в переметных сумках (перевязочный и стерильный материал — в мешках из клеенки), а для жидкостей мы имели портативные ящики с гнездами. Для перевозки автоклава и динамомшины были сделаны коляска на старых автомобильных колесах и волокуша.

Полковник мед. службы В. В. СКВОРЦОВ и майор мед. службы М. К. СОКОЛОВ

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ РАБОТЫ ПО НАУЧНО-МЕДИЦИНСКОМУ КОНТРОЛЮ ЗА ПИТАНИЕМ И ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ВОЙСК

Со второго полугодия 1946 г. войсковые врачи и гигиенисты СЭО проводят работу по научно-медицинскому контролю за питанием и физическим состоянием личного состава с применением метода изучения энерготрат. Несмотря на непродолжительность работы, уже сейчас обнаруживаются положительные стороны рекомендованного ГВМУ комплексного метода контроля.

Практическая ценность упомянутого метода, кроме его доступности для врача части, заключается в возможности детального медицинского анализа режима учебно-боевой подготовки и отдыха солдата. Изучение физической нагрузки, питания, физического развития и состояния здоровья и сопоставление полученных данных позволяют выявлять и устранять возможные вредные воздействия на организм.

Осуществление научно-медицинского контроля уже на первом своем этапе дало возможность установить ранее оставшиеся незамеченными существенные недостатки, особенно в организации распорядка занятий и отдыха личного состава частей.

Проведение контроля позволило также с известной долей приближенности определить величину физической нагрузки и соответствие ее питанию, получаемому личным составом.

Суточные энерготраты одних и тех же специалистов частей по материалам наблюдений оказались неоднородными.

При нормальной физической нагрузке и соблюдении отдыха, установленного Уставом Внутренней службы, энерготраты личного состава соответствовали калорийности питания, предусмотренной нормами приказа НКО № 312.

В случаях значительной физической нагрузки и плохой организации питания нередко отмечались более высокие энерготраты личного состава по сравнению с калорийностью пищевых пайков.

Анализ данных хронометрирования рабочего дня показал, что несоответствие между энерготратами и суточной калорийностью объясняется главным образом недочетами распорядка дня. В отдельных частях имели место такие нарушения распорядка дня, как сокращение времени для дневного отдыха и выполнение в течение длительного времени хозяйственных работ, связанных со значительным физическим напряжением и пр.

Материалы медицинского контроля послужили основанием для издания Военными советами некоторых округов соответствующих приказов об устранении организационных недочетов в распорядке рабочего дня и в питании личного состава.

Медицинская служба округов уделила достаточно большое внимание вопросам предварительной подготовки к проведению научно-медицинского контроля за питанием и физическим состоянием личного состава (инструктивные совещания, опытный хронометраж, прием зачетов и др.).

Однако не все работники медицинской службы с достаточной полнотой уяснили себе роль и значение предложенного ГВМУ метода науч-

но-медицинского контроля и некоторые из них ограничили работу выявлением соответствия энерготрат калорийности питания личного состава.

Вопросы анализа физического состояния личного состава, динамика физического развития, учета физически ослабленных, индивидуального регулирования физической нагрузки еще не нашли должного отражения в работе целого ряда округов.

В практике работы по изучению энерготрат на местах возник целый ряд вопросов, которые требовали своего разрешения. Так, при выборе метода хронометрирования большинство округов правильно остановилось на применении индивидуального хронометрирования. Наряду с этим отдельные округа проводили как индивидуальный, так и групповой хронометраж.

Из материалов наблюдений видно, что групповой хронометраж более затруднителен и менее точен. Представляет большие трудности точное хронометрирование групп в периоды отдыха, когда отдельные лица используют отдых неодинаково, а также и в период занятий, когда отдельные элементы работы разными лицами выполняются не одновременно.

Эти трудности сказываются на точности записей. В одной из записей группового хронометража значится спуск группы с 4-го этажа лестничной клетки на 1-й в течение явно завышенного периода — 9 минут; повидимому, засекались моменты начала спуска первых людей из группы и конец спуска последнего человека.

Отдельные округа недостаточно серьезно подошли к отбору испытуемых лиц. Наблюдения в отдельных случаях проводились над лицами, занятыми необычной для части работой, в условиях необычного для части распорядка дня. Были случаи хронометрирования лиц, занятых продолжительное время в течение дня тяжелыми хозяйственными работами, получивших в тот же день назначение в наряд с крайне сокращенным временем сна.

Изучение таких случаев представляет определенный интерес, однако они не могут характеризовать режима работы и отдыха, а также и энерготрат личного состава части.

Округа редко ставили задачу изучения энерготрат определенных специалистов. Наблюдения обычно велись или над курсантами, или над рядовыми и сержантами без учета их узкой специальности. Такие нецелестремленные наблюдения не дадут нужного материала для оценки физической нагрузки и внесения коррективов в распорядок дня.

В последующей работе необходимо более четко поставить задачу изучения энерготрат и режима учебно-боевой подготовки и отдыха солдат. Нужно взять ориентировку на изучение в первую очередь основных специальностей: стрелковых, механизированных, артиллерийских и других частей. Изучение должно охватить различные периоды боевой подготовки (лагерный, зимний и т. п.).

В указаниях по научно-медицинскому контролю точно регламентировалось, кого по состоянию физического развития следует выбирать в качестве испытуемых лиц.

Этот вопрос должны решать врачи частей на основе данных периодических медосмотров личного состава частей. Наблюдение надлежало вести над бойцами, физическое развитие и состояние здоровья которых возможно более соответствуют среднему уровню физического состояния и тренированности личного состава всего подразделения.

Не всегда такие наблюдения велись над лицами со средним типичным для данной части физическим развитием.

В группу испытуемых в отдельных частях попадали лица и в 50, и в 80 кг весом. При вычислении энерготрат по существующей методике за единицу принимаются энерготраты на 1 кг.

Таким образом, энерготраты у лиц с весом в 80 кг окажутся много выше (приблизительно в $\frac{80}{50} = 1,6$ раза), чем у лиц с весом в 50 кг. Такой неудачный выбор испытуемых искажает оценку физической нагрузки.

Весьма важным представляется вопрос о длительности хронометража. Практика работы частей с преимущественно однодневными наблюдениями себя не оправдала. Однодневные данные не могут характеризовать труда отдельных специалистов. Они не отражают особенностей режима в отдельные дни, особенно в предвыходные и выходные дни, несения нарядов и других особенностей службы. С другой стороны, опыт хронометража в течение нескольких суток показывает на значительную разницу в физической нагрузке одних и тех же лиц за отдельные дни — до 600 и более калорий. Продолжительность хронометрирования работы отдельных лиц нужно увеличивать до нескольких суток и по возможности до недели, куда входили бы и праздничные, и предпраздничные дни.

Некоторые затруднения встретились при подборе коэффициентов энерготрат отдельных видов работ, непредусмотренных таблицей, например: чистка обуви, подъем по лестнице и др. В большинстве случаев коэффициенты энерготрат для отдельных видов работ подбирались в пределах таблицы правильно. Однако в применении коэффициентов энерготрат наблюдались и серьезные ошибки. В одной из хронокарт объединены в один вид работы — получение и переноска продуктов — и оба вида работ приравнены к энерготратам при переноске снаряженных ящиков. В другом случае за отсутствием коэффициента энерготрат при игре на духовых инструментах, этот вид работы приравнен к надуванию камеры автомашины.

Необходимо расширить список коэффициентов, указанных в имеющейся таблице энерготрат. Последнее возможно только на основе специального изучения отдельных видов работ с применением метода газообмена.

К сожалению, СЭО округов упомянутую работу еще не развернули.

Как недочет отдельных наблюдений следует отметить неправильное пользование укрупненными показателями. В таблице содержится ряд таких показателей, как «стрелковый урок», «урок тактической подготовки», «физические упражнения». Одним из округов была сделана попытка подсчитать энерготраты личного состава при выполнении месячного учебного зимнего плана, общевойсковой боевой подготовки. Все отведенное на уроки тактической, стрелковой и физической подготовки время (за вычетом перерывов) помножено для расчета энерготрат на упомянутые коэффициенты.

Такой прием привел к явно завышенным величинам энерготрат. Нужно иметь в виду, что урок физической подготовки, например, складывается из целого ряда элементов — движений строем, выполнения физических упражнений, перерывов между отдельными упражнениями и др., энерготраты при которых далеко не однородны. Строевые или тактические занятия по своему содержанию (программе) и темпу выполнения также являются неоднородными.

Укрупненные показатели для какого-либо определенного занятия, например, для того или другого вида урока, целесообразно устанавливать на основе данных повторного детального хронометрирования всех элементов такого урока на местах, в своих частях. Установленные таким путем средние показатели энерготрат урока (занятия) окажут существенную помощь при составлении плана учебно-боевой подготовки личного состава в своих частях.

Пользование укрупненными показателями имело место и при проведении хронометрирования. Так, в некоторых записях хронометрирова-

ния значатся длительные, без перерывов, работы: погрузочные работы в течение 240 минут, изучение устава—110 мин., копанье рва—150 мин. Это значит, что при хронометрировании тех или других занятий, последние не расчленились на отдельные элементы работы. При погрузочных работах не измерялось время движения с грузом, без груза, при всех видах упомянутых работ не учитывали перерывов. Такие приемы хронометрирования ведут к искаженной оценке энерготрат.

В большинстве случаев практиковалось сравнение энерготрат с суточной калорийностью за день обследования, расчетной или определенной лабораторным путем. Такое сравнение не дает уверенности в точности получаемых результатов.

Развая калорийность питания может быть следствием случайных, непостоянных причин.

Указанием по организации научно-медицинского контроля за физическим состоянием и питанием предусматривалось проведение периодической, не реже двух раз в неделю, проверки суточной калорийности расчетным методом.

Целесообразно при оценке соответствия питания личного состава суточным энерготратам сравнивать энерготраты не только с суточной калорийностью за дни наблюдения, но и со средней суточной калорийностью за дни наблюдения, и со средней суточной калорийностью за предшествовавший обследованию месяц (из данных периодических подсчетов калорийности питания).

Оценку соответствия физической нагрузки калорийности питания личного состава нельзя, конечно, ограничивать данными энерготрат.

Метод расчета энерготрат по записям хронометрирования рабочего времени применяется в массовом масштабе впервые. Показатели энерготрат при различных видах работ требуют уточнения. Имеющиеся коэффициенты еще не обнимают всех видов энерготрат.

Поэтому нужна особая осторожность при анализе полученных при изучении энерготрат материалов.

Вывод о соответствии питания физической нагрузке личного состава должен строиться на основе строгого учета и сопоставления показателей всех примененных методов медицинского наблюдения за физическим состоянием и состоянием здоровья личного состава (питание личного состава в количественном и качественном отношении, физическая нагрузка и энерготраты личного состава, физическое состояние личного состава и его динамика, заболеваемость и динамика ее).

В этих условиях особое значение приобретают данные антропометрических измерений, а среди них в особенности динамика веса личного состава.

Однако систематизированных материалов о научно-медицинском контроле за физическим состоянием и питанием войск во всем своем объеме пока еще нет.

Только по отдельным частям прослежена связь между физической нагрузкой (энерготратами), питанием и физическим состоянием личного состава.

Применение метода хронометража рабочего дня оказалось полезным не только для определения энерготрат, но и для выявления и устранения имеющихся в частях и подразделениях организационных недочетов в распорядке рабочего дня, что отмечалось выше.

Медицинская служба на основании анализа хронометража рабочего дня может оказать существенную пользу командованию в правильном планировании распорядка рабочего дня, чередовании тяжелых и легких работ, изменения в необходимых случаях общей и индивидуальной нагрузки. Для этого нужна также тесная и постоянная связь с отделами, руководящими боевой и физической подготовкой войск в округах.

Выводы

1. Научно-медицинский контроль за физическим состоянием и питанием личного состава с применением метода изучения энерготрат может обеспечить эффективное воздействие медицинской службы на повышение уровня здоровья личного состава.

2. Работу по изучению режима учебно-боевой подготовки, физической нагрузки и энерготрат личного состава необходимо в первую очередь сосредоточить на изучении основных специальностей стрелковых, механизированных и артиллерийских частей.

3. Хронометрирование необходимо производить в течение нескольких суток, по возможности до недели, с учетом выходных и предвыходных дней.

4. Оценка соответствия питания физической нагрузке личного состава должна производиться на основе полного учета и сопоставления показателей всех методов медицинского наблюдения за физическим состоянием и состоянием здоровья личного состава и в том числе метода изучения энерготрат.



В МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ

В ПРЕЗИДИУМЕ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК СССР

В декабре 1946 г. Президиум Академии медицинских наук СССР созвал 2-ю конференцию по изучению санитарных последствий войны¹. В работах конференции принял участие министр здравоохранения УССР И. Ф. Кононенко, заместитель министра здравоохранения Казахской ССР И. С. Корякин, акад. Н. А. Семашко. Письменные доклады представили действительные члены Академии медицинских наук СССР С. А. Новосельский и М. Д. Тушинский. В работах конференции также активно участвовал ряд докторов медицинских наук, профессоров, доцентов, руководителей кафедр организации здравоохранения медицинских институтов Москвы и периферии.

17 декабря был заслушан доклад акад. Н. А. Семашко «Состояние мероприятий по ликвидации медико-санитарных последствий войны» и доклад о состоянии дел.

Тов. Семашко сообщил, что материалы, которыми располагает Институт здравоохранения Академии медицинских наук СССР, а также отчеты и письма с мест свидетельствуют о том, что в последнее время достигнуты серьезные успехи в ликвидации санитарных последствий войны. Достаточно сказать, что на 1 января 1946 г. сеть амбулаторно-поликлинических учреждений выросла до 102,5% по отношению к 1941 г. по городам и до 105% — по сельским местностям. Восстановление медицинской сети в областях, которые временно были оккупированы врагом, идет медленнее, чем в других районах. Одновременно с развертыванием внебольничной помощи населению необходимо качественно улучшить работу этой сети. Особенно большое внимание докладчик призывает уделить проблемам борьбы с раком, как этого требует постановление правительства от 30 апреля 1946 г.

Количество больничных коек на 1 января 1946 г. в городах выросло до 107% по сравнению с 1941 г., а в селах — до 106%. Докладчик указывает, что среднегодовая занятость больничных коек, по отчетам 1945 г., равнялась 280 дням в городах и 234 дням — в сельских местностях, в то время как в 1940 г. было соответственно 306 и 253 дня.

В 1945 г. полностью не использовались преимущественно самые важные виды стационарной помощи, а именно койки в родильных, туберкулезных, детских и других отделениях больниц.

Н. А. Семашко подчеркнул, что по сравнению с 1944 г. показатели 1945 г. свидетельствуют о значительном численном и качественном улучшении лечебной помощи населению.

Резюмируя свое выступление, Н. А. Семашко призывает к строжайшей бдительности при оценке тех или иных статистических данных и отмечает необходимость детального изучения отдаленных последствий войны у подрастающего поколения. Одним из основных условий научно-исследовательской работы по изучению медико-санитарных последствий войны на ближайшем этапе является комплексность изучения.

В содокладе «Первые итоги ликвидации санитарных последствий войны и оккупации УССР в области здравоохранения» проф. С. С. Каган отметил, что процесс ликвидации санитарных последствий войны и оккупации УССР начался одновременно с изгнанием фашистских захватчиков.

В основном восстановительная работа в области народного здоровья в УССР заключалась в воссоздании органов здравоохранения, отборе руководящих кадров для аппаратов здравоохранения, распределении медицинских кадров в соответствии с потребностями населения, в восстановлении медико-санитарных учреждений, реконструкции и оснащении их, возрождении всей системы советского здравоохранения и медицинской науки, выявлении заболеваемости населения (подворные обходы, обследования, экспедиции, изучение физического развития) и, наконец, в широком вовлечении масс населения в дело возрождения советского здравоохранения.

Председатель Комиссии по изучению медико-санитарных последствий войны в Ленинграде — член-корреспондент Академии медицинских наук СССР проф. Р. А. Бабаянц сделал доклад о ходе изучения и ликвидации медико-санитарных последствий войны в Ленинграде. Следует особо подчеркнуть, что как показывают работы, законченные под руководством проф. И. И. Богорова, такие последствия войны и блокады Ленинграда, как мертворождаемость, повышенная смертность новорожденных и повышенная заболеваемость и смертность среди рожениц, могут считаться ликви-

¹ 1-я конференция — см. «ВМЖ», № 10, 1946 г.

рованными. Существенно не изменились пока показатели недонашиваемости, до сих пор еще тяжело протекает эпилепсия, остается повышенным число случаев осложнений при беременности — генитальный инфантилизм и пр. Борьба с этими последствиями, по мнению докладчика, заключается в широкой витаминизации беременных, улучшении обслуживания их в консультациях и в охвате патронажем, в проведении более радикальных мер по борьбе с раком и пр.

Большой интерес вызвал доклад действительного члена Академии медицинских наук СССР С. А. Новосельского о влиянии войны и блокады на изменение возраста, полового состава населения, на брачность и частоту разводов в Ленинграде. По данным автора, половой состав гражданского населения Ленинграда характеризуется в 1946 г. резким преобладанием женского населения: на 100 лиц мужского пола приходится 190 лиц женского (в 1940 г. было соответственно 100 и 139). Возрастной состав женского населения Ленинграда в 1946 г. сравнительно с составом женского населения по последней предвоенной переписи (1932 г.) характеризуется уменьшением относительного количества детей в возрасте до 4 лет (вследствие резкого понижения рождаемости в 1942 и 1943 гг.) и уменьшением женского населения пожилого и старческого возраста — старше 50 лет. Среди мужского гражданского населения Ленинграда наиболее значительно уменьшилось количество лиц в возрасте от 20 до 29 лет.

Брачность в Ленинграде исключительно резко понизилась в 1942 г., но с 1943 г. стала быстро повышаться и после блокады быстро превысила довоенные цифры.

Число разводов в Ленинграде круто снизилось до минимальной величины во второй половине 1944 г. В первой половине 1946 г. число разводов в Ленинграде было в 8 раз меньше, чем в период 1938—1939 гг.

Проф. Г. Ф. Ершов в докладе «Демографические последствия войны в Молотовской области» отметил, что война вначале отрицательно сказалась на прочности семейных отношений. Но после Указа Президиума Верховного Совета СССР от 8 июня 1944 г. разводы стали единичными.

Военные потрясения повлекли за собой повсеместное снижение рождаемости. Но в 1945 г. отмечено уже повышение рождаемости и быстрое снижение мертворождаемости. Главнейшими причинами смертности городского населения докладчик считает болезни: инфекционные, органов пищеварения, дыхания, сердца и органов кровообращения.

1946 год — первый год послевоенной Сталинской пятилетки — является переломным годом в демографии Калининской области. Растет рождаемость, снижается общая смертность. Начался процесс естественного прироста населения.

Действительный член Академии медицинских наук СССР М. А. Тушинский и проф. С. С. Вайль в докладе «Об особенностях заболеваний ленинградского населения в период блокады» отметили, что в период блокады и в первые послевоенные годы повысился удельный вес заболеваний гипертонией; изменилось также течение некоторых инфекций, поскольку особые условия создали иные взаимоотношения между микробами и макроорганизмами. Вспышка дизентерии в 1942—1943 гг. возникла на фоне алиментарной дистрофии по схеме: дистрофия — колит — истощение — дизентерия.

Доц. С. Л. Гаухман охарактеризовал особенности патологии внутренних заболеваний в Ленинграде в военное время и отметил значение реактивности организма и нервно-психического фактора для развития и течения болезней внутренних органов.

По частоте и характеру заболеваний С. Л. Гаухман делит свой материал на семь периодов. В первом периоде — первые 4 месяца войны — участилась только гипертоническая болезнь и наметилось увеличение числа случаев перфорации язвы желудка. Второй период — с ноября 1941 г. по февраль 1942 г. — характеризуется резким ростом заболеваний алиментарной дистрофией, на фоне которой, как тяжелое осложнение, развивались пневмония и дизентерия; о том, что здесь имела место именно дизентерия, говорят и патологоанатомические данные, и очаговость процессов. Третий период — с мая по июнь 1942 г. Продовольственное положение Ленинграда было много легче, но алиментарная дистрофия все еще являлась ведущим заболеванием. Отмечались также авитаминозы и вспышки туберкулеза, принимавшие злокачественный характер. В четвертый период — июль 1942 г. — май 1943 г., когда бытовые условия значительно улучшились, но продолжалось действие психической травмы (артиллерийские обстрелы города), свежих случаев алиментарной дистрофии наблюдалось уже немного. В этот период начинает расти число заболеваний гипертонической болезнью. В пятом периоде — с апреля по декабрь 1943 г. — появляются многие исчезнувшие заболевания: диабет, бронхиальная астма, но все же 1943 г. проходит под знаком преобладания заболеваний гипертонической болезнью. Шестой период охватывает 1944 г. — блокада города ликвидирована, снимается психическое напряжение, под знаком которого жило ленинградское население; начинает прогрессивно улучшаться продовольственное положение. В этот период учащаются случаи язвенной болезни, причем она наблюдается у лиц или не болевших алиментарной дистрофией, или вышедших из состояния дистрофии. Наконец, в седьмом периоде — 1945 г. — алиментарной дистрофии почти уже нет, гипертонические болезни затихают, язвенная же болезнь продолжает распространяться, все еще остается на высоком уровне острый полиартрит.

По мнению докладчика, течение внутренних заболеваний в годы войны еще раз подчеркнуло значение реактивности организма и нервно-психического фактора.

Проф. Л. М. Хатенев, выступивший на конференции с обстоятельным докладом «Влияние войны на эпидемиологию туляремии», указал, что концентрация людских масс на линии фронта, в землянках, блиндажах и траншеях вызвала скопление мелких мышевидных грызунов. В распространении туляремии особенно большое значение имело заражение соломы, пищевых продуктов и воды выделениями и группами грызунов.

Для борьбы с туляремией в 1942 г. была приготовлена, испытана на клиническом материале, а в 1943 г. предложена лечебная вакцина. Лечение вакциной сократило сроки пребывания больных в госпиталях, ускорило их выздоровление и возвращение на фронт. Значительная вспышка заболеваний туляремией произошла в осенне-зимний период 1941/42 г. в областях, временно оккупированных немецко-фашистскими захватчиками, где немцы никаких мер профилактики и борьбы с туляремией не проводили. Изучение медико-санитарных последствий войны диктует необходимость коренной рациональной перестройки системы профилактики туляремии в СССР.

Действительный член Академии медицинских наук СССР проф. В. А. Гиларовский и проф. В. Е. Архангельский в своем докладе «Задачи психо-гигиенической работы в послевоенное время» подчеркнули, что в основу психогигиены должен быть положен материалистический принцип: биологическая психика развертывает психику в соматику. Психика — функция мозга, мозг — часть всего организма. Исходя из этого положения докладчики считают, что психогигиена в настоящее время должна стать общей гигиеной. Влияние психогигиены докладчики иллюстрировали на опыте повторных исследований значительных групп учащихся — студентов московских вузов. Положительные сдвиги в общем состоянии организма обследуемых, по мнению докладчиков, были обусловлены и психогигиеническими мероприятиями.

Министр здравоохранения УССР И. Ф. Кононенко в докладе «Опыт организации лечебной помощи инвалидам Великой отечественной войны с повреждениями центральной и периферической нервной системы» поделился итогами проведенного в УССР подвозного обследования инвалидов. Среди них 1% имели повреждения черепа и головного мозга. По данным 1946 г., последствия травмы позвоночника и спинного мозга встречались у 0,7% инвалидов. Таким образом, состав этой группы значительно уменьшился. Последствия пораженной периферической нервной системы имеет 3,13% инвалидов. Нейропсихическая группа в 1946 г. составила 1,63% против 3,4% в 1945 г. Среди инвалидов, находившихся на учете в УССР на 1 июля 1946 г., 8,13% имели повреждения и заболевания центральной и периферической нервной системы, в то время как в 1945 г., по данным первого учета, эта группа составляла 14,4%.

В другом докладе И. Ф. Кононенко привел общие данные, характеризующие состав инвалидов Великой отечественной войны, находящихся на учете в УССР. В 85,8% случаев причиной инвалидности являются последствия травм и ранений. Наибольшее число инвалидов имеет анкилозы суставов и контрактуры (20,2%). Лечение в стационарах подлежит 63,6% всех учетных и в поликлиниках — 30,6%. В протезировании нуждается 17,1%. По данным докладчика, 63,1% инвалидов работают, остальные нуждаются в переобучении и переквалификации, хотя часть из них также работает. Всего на 1 октября 1946 г. трудоустроено 86,3% всех инвалидов. У двух третей инвалидов в результате лечения можно достигнуть или полного, или значительного восстановления трудоспособности.

Из числа лечившихся инвалидов полностью восстановили свою трудоспособность 19,1%. Докладчик подчеркивает, что по УССР почти нет инвалидов с травматическим неврозом, которых так много было после первой мировой войны. Это объясняется высоким моральным состоянием советских воинов и тем, что советское правительство и партия еще в ходе войны в одинаковой мере заботились как о раненых, так и об инвалидах. Лечение и уход снимали психогенную травму.

С. Я. Фрейлин представил материалы об обслуживании инвалидов Отечественной войны органами здравоохранения и социального обеспечения в Ленинграде. В середине 1946 г. был проведен учет инвалидов Отечественной войны. Около 30% их нуждались в переосвидетельствовании. Из явившихся на переосвидетельствование (85%) нуждающимися в восстановительном лечении оказалось 82%, что составляет к общему числу находящихся на учете в органах Собеса 20%.

В каждом из 19 районов Ленинграда имеется врач, ответственный за организацию лечебной помощи инвалидам. Инвалиды получают лечебную помощь во всех стационарах и крупных районных поликлиниках Ленинграда.

Выделенные койки используются неполностью. Недостаточна курортная помощь.

У 53% леченных наступило улучшение, у 22% перемены не произошло, у 0,4% наблюдалось ухудшение; смертность отмечена в 0,8%.

Восстановление трудоспособности инвалидов Отечественной войны — процесс длительный и трудоемкий; организация лечебной помощи инвалидам Отечественной войны завершается в течение 2—3 лет.

Член-корреспондент Академии медицинских наук СССР проф. В. Ф. Ундриц в докладе о последствиях контузий ЛОР-органов отметил, что воздушные контузии сильнее всего действуют на слух и речь; это в свою очередь порождает целый ряд

невропатологических явлений. Экспериментальным исследованием в Ленинградском научно-исследовательском институте удалось уточнить диагностику повреждения ЛОР-органов. Разработаны способы, способствующие восстановлению слуха.

Уделено большое внимание вопросам трудового устройства. Инвалиды направлялись на работу на такие заводы, где процесс восстановления шел быстрее.

Проф. И. А. Бершер в докладе «Пути компенсации нервно-психических нарушений у инвалидов Отечественной войны» отметил, что у инвалидов Отечественной войны наблюдаются нарушения бервно-психической, травматической, сосудистой и психогенной этиологии. Приток новых больных в московские нервно-психические диспансеры составил около 2 на 1 000 населения и пока не уменьшается ввиду прибытия демобилизованных, возвращающихся из плена, или больных из других амбулаторий.

Выражена тенденция к компенсации, лечению и возвращению инвалидов данной категории к трудовой деятельности (85% инвалидов III группы работают).

Пути компенсации являются: влияние непосредственно на болезненный процесс, выявление положительных социально-бытовых факторов и подбор определенных видов труда и его режима.

А. С. Вольф и М. М. Аникин сообщили, что 64% из 500 инвалидов этого рода нуждаются в поликлинической помощи, 17% — в санаторной, 14% — в стационарной и 5% оказались выздоровевшими. Вообще инвалиды работают в 73%, инвалиды же данной ими группы — только в 60%. Эти группы инвалидов наиболее тяжелые и требуют специального наблюдения и приспособления к труду. Врачам и органам Собеса необходимо обратить особое внимание на инвалидов с травмами нервной системы.

Я. Л. Гроссман отметил, что существует мнение, что проблема инвалидности может быть разрешена в ближайшие 2—3 года и тогда можно передать всю специальную сеть для обслуживания инвалидов в общегражданскую. Между тем изучение значительных групп инвалидов Отечественной войны в Москве показывает, что активной диспансеризации еще нет и эффективность лечения еще далеко не совершенна, хотя и выяснилась возможность снижения числа инвалидов I и II группы с момента выписки из госпиталя с 66,5% до 27,0%. Однако процент инвалидов, у которых изменений не наступило, достигает 39,3. Инвалиду необходимо дать такую работу, на которой производственный процесс являлся бы одновременно и процессом лечебным в смысле восстановления утраченной функции. Опыт Ленинграда не может быть в полной мере применен к сельским местностям.

Прсф. С. С. Мазель указал, что постановка учета инвалидов неудовлетворительна. Целевой установкой диспансеризации инвалидов и их лечебного обслуживания должно быть и стремление перевести максимально большее число их из II группы в III. К изучению трудового устройства инвалидов необходимо привлечь всех физиологов, в особенности физиологов труда.

В деле лечебного обслуживания инвалидов Отечественной войны большую роль должны сыграть городские лечебные организации, сельские участковые врачи, врачи амбулаторий.

Н. А. Семашко, резюмируя доклады и прения по вопросам лечения отдаленных последствий войны у инвалидов Отечественной войны, указал, что главным делом является правильная организация лечения. Прежде всего необходимо наладить правильный учет инвалидов Отечественной войны; следующая задача — глубоко продуманная диспансеризация их; наконец, необходимо повести решительную борьбу с самоотъемом в вопросе о трудовом устройстве инвалидов Отечественной войны.

Эти положения включены в резолюцию конференции. Проект резолюции конференции принят за основу дальнейшей работы.



Проф., засл. деят. науки Д. М. РОССИЙСКИЙ

РУССКИЕ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ В XVIII веке

В XVII столетии стали более часто, чем в допетровской России, направлять за границу молодых русских людей для усовершенствования в медицинских науках и получения высшей ученой медицинской степени — доктора медицинских наук. Этому всемерно содействовало русское правительство. Так, указами Сената от 6 марта и 3 апреля 1761 г. Медицинской коллегии предписывалось:

«1. Ежели кто из русских медицине обучаться похочет и желателем явится, таковым не токмо в следствие желаний их надлежащие к тому предводительству делать и обучать совершенно, но стараться таковых надлежащим порядком призывать и добрым содержанием обнадёживать и попечение об них иметь, чтобы и русские в медицине до высших градусов науки достигли.

2. Определенным в отпуск в чужия государства лекарям жалованье производить по окладам двойное, отпуская оное как им, так и впредь, буде кто из таких русских пожелает для оных наук за море ехать для перевода к ним из статс конторы».

Молодые лекари и подлекари, посылаемые за границу для усовершенствования в медицинских науках, защиты диссертации и получения докторского диплома, обыкновенно оставались за границей от 5 до 6 лет. Получив докторский диплом и вернувшись в Россию, они держали проверочный, весьма строгий и публичный докторский экзамен, производившийся членами Медицинской коллегии.

В XVIII столетии в заграничных университетах получили ученую степень доктора медицины свыше 100 уроженцев России.

Однако посылка русских молодых людей за границу, обучение их там обходились государству слишком дорого и требовали слишком много времени. Кроме того, и правительства иностранных государств чинили всякие препятствия. Поэтому 9 июня 1764 г. Екатерина II специальным указом предоставила Медицинской коллегии право после соответствующих испытаний выдавать дипломы доктора медицины.

В этом «Указе Коллегии медицинской» от 9 июня 1764 г. говорится: «По установлению новому медицинского факультета, каковое состоит теперь в государстве нашем под правлением медицинской нашей коллегии, нималая больше нужда не состоит, чтобы кандидаты медицины производимы были через экзамены в университетах чужестранных в докторы сего факультета. И сего ради повелеваем нашей коллегии медицинской, по собственным ея экзаменам всех обучавшихся сей науке производить в докторы медицины и давать на то каждому патент на пергаменте за рукою президента коллегии с приложением нашей печати. Июня 9 дня 1764 года. Екатерина».

Первым получил от Медицинской коллегии диплом доктора медицины лекарь Орреус Густав Максимович, преподаватель хирургии и практической анатомии при госпитальной школе С.-Петербургского генерального адмиралтейского госпиталя. На имя Орреуса был дан императорский указ о признании его доктором медицины. Одновременно Медицинской коллегии было предложено выдать Орреусу диплом доктора медицины.

Сохранились интересные сведения о присуждении Медицинской коллегией диплома доктора медицины профессору анатомии и хирургии

медицинского факультета Московского университета Францу Керестури, родом венгерцу. Первоначальное медицинское образование Керестури получил в Московской госпитальной школе.

В феврале 1784 г. Керестури подал в Медицинскую коллегия следующе заявление:

«Имею я быть при Московском Вашего Императорского Величества Университете ординарным анатомии и хирургии профессором; також и по достоинению Римской Императорской Академии ея натуральной истории членом; дошед уже я в носящих сих чинах радетельно к обществу должностию моею и к получению докторского экзамена, о котором и просить сие правительство нашел я благонадежным. Дабы высочайшим Вашего Императорского Величества указом повелено было сие мое прошение Государственной Медицинской Коллегии принять и удостоить допущением меня до докторского экзамена в Москве».

Экзамен Керестури держал в Москве. В качестве докторской диссертации принял речь, произнесенную Керестури на торжественном акте в Московском университете 28 июня 1783 г. — в день 21-й годовщины восшествия Екатерины II на престол. Эта речь была отпечатана на 6 страницах in 40 под заголовком: „S. lemnitatem annuam XXVIII Junii recurrent m, quod augustissima ac potentissima omnium Rossiarum Imperatrix et Autocrator Catharina II, clementissima patris mater, thronum rossicum conscenderit. Indicit Franciscus Keresturi, collegiorum assessor anatomiae et chirurgiae p. p. o. academiae imperialis naturae curiosorum collega. Qui disserit De cognoscenda vita, ut intima corporis humani indolis clarius luceat. Anno 1783 die XXVIII Junii“.

В мае 1784 г. Медицинская коллегия вынесла постановление, гласящее: «означенного коллежского асессора, анатомии и хирургии профессора Франца Керестури, по достоинству о нем при экзамене произвест доктором медицины с тем правом, каким подобные доктора в Российской Империи пользуются, и дать ему на то, по силе именного Ея Императорского Величества Указа от 9 июня 1764 г. от сей коллегии на пергаменте патент за рукою господина президента оной коллегии с приложением коллежской печати».

Сохранились также сведения о лекаре Федоре Петровиче Ершове, который после окончания курса на медицинском факультете представил в Медицинскую коллегия диссертацию на латинском языке и 19 июня 1791 г. был признан доктором медицины. 19 декабря 1793 г. Медицинская коллегия признала доктором медицины окончившего медицинский факультет Московского университета лекаря Ивана Осиповича Тимковского за представленную им на латинском языке диссертацию под заглавием „Specimen anatomico microchystologicum de structura ventri uli eius functione“.

Через 27 лет после того, как право вылавать дипломы на степень доктора медицины было предоставлено Медицинской коллегии, состоявшей из виднейших представителей медицинской науки, получил это же право и медицинский факультет Московского университета.

В указе Екатерины II Сенату от 29 сентября 1791 г. говорится:

«В рассуждении, что Московский наш университет имел по силе пожалованной грамоты, при основании его данной между другими факультетами и медицинской, соизволяем, чтоб оный по примеру иных университетов пользовался и относительно сего факультета правом, каковое присвоено ему по другим; вследствие чего дозволяем помянутому нашему Университету учившимся в оном врачебной науке и успевающим в нем давать докторскую степень по произведении таковым надлежащего экзамена, при определенных для того от медицинской коллегии депутатах, которых оная коллегия долженствует назначать; по получении же докторской степени, все таковые в отправление практики имеют вступать с ведома медицинской коллегии».

В начале октября 1791 г. Московский университет, объявляя о полученном им праве присуждения ученой степени доктора медицины и выражая благодарность, указывает, что «тем открыт ему всемилостивейше верный способ преподаваемым в нем публичным учением медицины оказать отечеству впредь вышше, нежели донныне, услуги».

Первым русским врачом, получившим степень доктора медицины от Московского университета, был кандидат медицины Фома Иванович Барсук-Моисеев, впоследствии профессор физиологии, патологии, терапии, семиотики и диететики Московского университета. Еще студентом Ф. И. Барсук-Моисеев написал сочинение на тему из «повивального искусства», за которое был награжден золотой медалью.

21 июля 1793 г. Московский университет обратился к Медицинской коллегии с просьбой выделить депутатов для присутствия при испытании Барсук-Моисеева. Медицинская коллегия назначила своими депутатами почетного члена Данилу Самойловича и профессоров Московского медико-хирургического училища Иоганна Гильдебрандта, Александра Шумлянского и Фридриха Стефана, которые и присутствовали при испытаниях Барсук-Моисеева, проведенных 29 марта 1794 г. в 10 часов 30 минут утра на заседании конференции Московского университета. Ф. И. Барсук-Моисеев защитил диссертацию на тему о дыхании под названием „De respiratione dissertatio inauguralis Mosquae“.

В истории Императорского московского университета, составленной проф. С. П. Шевыревым к столетнему юбилею университета, это торжественное заседание описывается следующим образом.

«29 марта, в половине одиннадцатого часу утра, Университетская Конференция открыла торжественное заседание, при многих знаменитых посетителях, духовных и светских. Прочтена из дневной записки статья, содержащая определение удостоенного к производству. Введен кандидат медицины; определение ему объявлено и велено приобретенное им знание в медицине вторично доказать публичным диспутом. Барсук-Моисеев защищал с кафедры свое латинское рассуждение: о дыхании, против всех возражений, сделанных ему на латинском и русском языках. Возражали студенты-медики. Принимали участие в диспуте именитые ученые посетители. Кандидат на все отвечал основательно. Состязание продолжалось более часу. Когда окончилось, конференция приступила к производству. Сначала прочитано было Высочайшее повеление, дарующее Университету право производить в ученые степени. Все слушали его стоя. Когда сели, профессор Зыбелин, как сенитор Медицинского Факультета, произнес слово, исполненное чувств благодарности Императрице, и именем Медицинского Факультета сделал представление директору о достойном. Директор испросил соизволения у Куратора Хераскова. Составлен протокол и подписан членами конференции. Доктор провозглашен торжественно и возведен на высшую кафедру, с которой он произнес речь и благодарил Императрицу, Начальников Университета, Профессоров, своих наставников и посетителей».

Диплом на степень доктора медицины был выдан Барсук-Моисееву из Московского университета 24 марта 1794 г., а удостоверение Медицинской коллегии на право практики в России — 5 мая 1794 г.

За 125 лет (с 1794 г. по 1919 г.) медицинский факультет Московского университета присудил степень доктора медицины 830 врачам, удостоенным этого высокого ученого звания после предварительных испытаний и публичной защиты диссертации.

Военно-медицинская академия в С.-Петербурге, медицинские факультеты Киевского, Харьковского, Казанского, Новороссийского, Юрьевского (Дерптского), Томского и других высших русских медицинских учреждений в течение XIX и XX столетий также присудили ученую степень доктора медицины большому числу русских врачей.

Полковник мед. службы И. Д. МАКАРОВ

БИБЛИОГРАФИЯ ПО ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ЗА ГОДЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941—1945 гг.) (продолжение)¹

ПОВРЕЖДЕНИЯ КРУПНЫХ СОСУДОВ

- Аминев А. М., К вопросу о хирургическом лечении аневризм дуги аорты, Хирургия, 8, 1942.
- Арун-Газыева В. Ю., Шов бедренной артерии в условиях медико-санитарного батальона, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 22 (ГВСУ Красной Армии).
- Арутюнов А. И., Огнестрельные ранения магистральных сосудов и их хирургическое лечение на этапах эвакуации. Диссертация докторская, М., 280 л. с илл. и табл., 1945. (Отпечатано на пишущей машинке.)
- Арьев М. Я., Расстройства кровообращения при артерио-венозных аневризмах, Клиническая медицина, 9, 1943.
- Баташов В. А., Случай травматической аневризмы а. hypogastricae sin., Хирургия, 3, 1944.
- Беренштейн В. С., Опыт хирургического лечения огнестрельных повреждений кровеносных сосудов и их осложнений, в кн. Сборник работ Госпитальной базы, в. 1, Львов, МЭП-92, стр. 51—56, 1945.
- Бигман Б. М., Вторичные кровотечения при повреждении крупных сосудов, в кн. Опыт работы эвакогоспиталей за годы Отечественной войны, Горький, Государственный медицинский институт им. Кирова, стр. 25—46, 1942.
- Богораз Н. А., Об аневризмах подключичных сосудов, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, стр. 96—105, 1943 (Среднеазиатский военный округ).
- Болдин А. М., Случай артерио-венозной аневризмы подключичных сосудов, в кн. Вопросы хирургии и урологии, Горький, стр. 126—130, 1942.
- Бурденко Н. Н., Основные установки современного учения об огнестрельных ранениях артерий, М., Медгиз, 39 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии).
- Быстрицкий М. И. и Брегман И. С., Ранения кровеносных сосудов (по материалам двух Н-ских госпиталей). Реферат, Хирургия, 4, 1944.
- Бялик В. Л. и Шейнис М. И., К вопросу о тромбофлебитах у раненых, в кн. Сборник работ Госпитальной базы, в. 1, Львов, МЭП-92, стр. 57—64, 1945.
- Вайнштейн В. Г., Об огнестрельных повреждениях ветвей глубокой бедренной артерии, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, № 5—6, Л., стр. 73—77, 1943 (ВСУ Ленинградского фронта).
- Василенко Л. Д., Травматические аневризмы, в кн. Труды 1-й хирургической конференции Н-ского РЭП 27—30 июля 1942 г., 6. м., стр. 300—303, 1943.
- Вельяминский С. П., Повреждения кровеносных сосудов, в кн. Сборник научных трудов эвакогоспиталей Куйбышевской области, в. 1, Куйбышев, Облгиз, стр. 27—36, 1945.
- Визен Э. М., Неуропатологические данные к учению об огнестрельных аневризмах сонных артерий, Вопросы нейрохирургии, 8, 4, 1944.
- Вилесов С. П., Анализ причин смертности при ранениях кровеносных сосудов, Хирургия, 4, 1944.
- Гальсман А. И., О лечении аневризм крупных сосудов, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, № 1, Л., стр. 65—69, 1942 (ВСУ Ленинградского фронта).
- Герасимов П. В., Клиника и лечение аневризм, в кн. Труды госпиталей Приволжского военного округа, 1, Куйбышев, стр. 90—97, 1944.
- Герцберг Б. Г., К диагностике и лечению последствий ранений кровеносных сосудов, Хирургия, 2—3, 1943.
- Герцберг Б. Г., О методе лигатуры при травматических аневризмах, Госпитальное дело, 8—9, 1943.
- Геселевич А. М., О лечении огнестрельных повреждений сосудов в войсковом и армейском районах, ВСД, 10, 1943.
- Гиговский Е. Е., Случай травматической аневризмы ягодичных сосудов, Хирургия, 4, 1944.

¹ См. «ВМЖ», № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 1947 г.

- Глинер Т. И., Лечение ранений кровеносных сосудов, в кн. Лечение раненых и больных в эвакуационных госпиталях ВЦСПС по Узбекистану, Ташкент, стр. 44—48, 1945 (Сборник научных трудов, в. 1).
- Гнилорыбов Т. Е., Опыт 130 операций на кровеносных сосудах, Хирургия, 8, 1942.
- Гольдгаммер К. К., Сосудистый шов при травматических аневризмах сонных артерий, Хирургия, 9, 1945.
- Гольдгаммер К. К., Сосудистый шов при травматических аневризмах и пульсирующих гематомах, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 18—21, 1945 (ГВСУ КА).
- Державец М. А., Сосудистый шов при травматических аневризмах и пульсирующих гематомах, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 18—21, 1945 (ГВСУ Красной Армии).
- Джанелидзе Ю. Ю., Сосудистый компрессор для развития коллатерального кровообращения при артериальных и артерио-венозных аневризмах, Военно-морской врач, 4, 1, 1945.
- Джанелидзе Ю. Ю., Универсальный сосудистый компрессор для развития коллатерального кровообращения при артериальных и артерио-венозных аневризмах, Хирургия, 10, 1944.
- Дубинский М. Б., Случай шва брюшной аорты, Хирургия, 4, 1944.
- Дунье Л. В., К вопросу об изолированных ранениях крупных вен шеи, Вестник хирургии им. Грекова, 5—6, 1943.
- Зайцев П. Е., Травматические артерио-венозные аневризмы и изменения сердечно-сосудистой системы при них, в кн. Сборник работ эвакуационных госпиталей Красноярского края, Красноярск, стр. 277—287, 1945.
- Иванюшкин А. Г., Развитие коллатералей и дистрофические расстройства при повреждении артериальных стволов, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 179—183, 1943.
- Калмановский С. М., Ошибки в распознавании и лечении ранений крупных сосудов, Госпитальное дело, 1, 1943.
- Колесников И. С., Случай перевязки безмятной артерии (Доклад в Хирургическом обществе им. Пирогова 22.XI.1944), Вестник хирургии им. Грекова, 1, 65.
- Колесов В. И., Несколько случаев сосудистого шва при ранениях кровеносных сосудов. (Доклад в Хирургическом обществе им. Пирогова 1.XI.1944), Вестник хирургии им. Грекова, 65, 1, 1945.
- Криворотов И. А., Случай аневризмы внутренней сонной артерии, наступившей после воздушной контузии при выстреле над ухом, Новый хирургический архив, 49, 3, 1941.
- Крымов А. П., Огнестрельная аневризма, Челябинск, Медгиз, 63 стр., 1943 (Киевский медицинский институт. В помощь врачам военных госпиталей). Библиогр.
- Крымов А. П., Операция артерио-венозной аневризмы, Хирургия, 11—12, 1942.
- Крымов А. П., Операция артерио-венозного свища, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, в. 2, Свердловск, стр. 127, 1943.
- Кьяндский А. А., О травматических аневризмах сонных артерий, Вестник хирургии им. Грекова, 64, 2, 1944.
- Лейфер Л. Я., Результаты 50 операций по поводу поврежденных сосудов с применением метода профилактики гангрены конечности по автору, в кн. Сборник научных трудов эвакуационных госпиталей фронтного N-ского МЭП, б. м., стр. 62—64, 1944.
- Либоз С. Л., Хирургическая помощь в передовом войсковом районе при огнестрельных ранениях сосудов, Вестник хирургии им. Грекова, 62, 3, 1941.
- Липкин Л. Н., Ранения крупных кровеносных сосудов конечностей по данным медико-санитарного батальона, в кн. Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя, М., Медгиз, стр. 112—115, 1943.
- Лорин-Эпштейн М. Ю., Растяжение сопровождающего нерва и анестезия сосудов и нервов при перевязке больших сосудов, Хирургия, 11—12, 1943.
- Ляпунов Н. А., К вопросу об ушивании ранений венозных синусов, Хирургия, 9, 1945.
- Максименков А. Н., Крапкое пособие по перевязке артерий и топографической анатомии конечностей, Л., Медгиз, 67 стр., 1941 (Библиотека военного врача).
- Манучарова Е. Д., К вопросу о рентгенодиагностике травматических аневризм, в кн. Сборник научных трудов эвакуационных госпиталей Куйбышевской области, в. 1, Куйбышев, Облгиз, стр. 40—46, 1945.
- Майкин Н. Ф., Операции на кровеносных сосудах, в кн. Сборник научных трудов эвакуационных госпиталей Куйбышевской области, в. 1, Куйбышев, Облгиз, стр. 37—39, 1945.
- Майкин Н. Ф., Ранения ягодичной артерии, в кн. Сборник научных трудов эвакуационных госпиталей Куйбышевской области, в. 1, Куйбышев, Облгиз, стр. 51—54, 1945.
- Махмудбеков В. М., Диагностические и терапевтические ошибки при ранении кровеносных сосудов. Реферат, Хирургия, 4, 1944.
- Мелькумянц Н. Б., Диагностика и лечение огнестрельных ранений сосудов в войсковом районе, Фельдшер и акушерка, 8, 1944.
- Милиц Г. М. и Городецкий Е. М., Об огнестрельных ранениях сосудов, Госпитальное дело, 12, 1944.

- Надеин А. П., Развитие коллатерального кровообращения при операции по поводу аневризмы *art. subclaviae*, в кн. Сборник научных работ института за 2-й год Отечественной войны, Л., стр. 177—180, 1944 (Ленинградский институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова).
- Никитин М. П., Огнестрельные повреждения кровеносных сосудов бедра, в кн. Сборник работ Госпитальной базы, в. 1, Львов, МЭП-92, стр. 11—34, 1945.
- Огнев Б. В. и Левитин С. Л., О показаниях к оперативным вмешательствам и сроках вмешательств при межсосудистых фистулах и аневризмах, Хирургия, 11—12, 1942.
- Одес Л. А., Концевые аневризмы, Вестник хирургии им. Грекова, 1—2, 1943.
- Одес Л. А., Обнаженные аневризмы, Вестник хирургии им. Грекова, 62, 5—6, 1943; Военно-морской врач, 1, 1943.
- Одес Л. А., Повторное кровотечение после огнестрельных ранений кровеносных сосудов, Военно-морской врач, 4, 1944.
- Орлов Г. А., Особенности топографии и оперативного лечения больших травматических аневризм, в кн. Вопросы военной медицины, Архангельск, стр. 66—71, 1943 (Архангельский государственный медицинский институт, Сборник трудов, в. 7).
- Орлов И. И. и Волкояская О. Ф., К вопросу о лечении аневризмы подключичных сосудов, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 105—108, 1943.
- Осипов Б. К., К вопросу о лечении огнестрельных аневризм, Хирургия, 4, 1945.
- Острейко В. М., Два случая травматической аневризмы лучевой артерии, приняты за абсцессы, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, № 9, Л., стр. 151—153, 1943.
- Петросян Х. А., Лечение огнестрельных повреждений кровеносных сосудов, Госпитальное дело, 1—2, 1944.
- Печатникова Е. А., Травматические аневризмы, их лечение и уход, Медицинская сестра, 4—5, 1943.
- Полубояринов М. А., К повторным кровотечениям при ранениях сосудов шеи, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, № 1, Л., стр. 58—64, 1942 (ВСУ Ленинградского фронта).
- Полянецв А. А., Опыт лечения огнестрельных ранений сосудов на войне, в кн. Сборник научных трудов Башкирского государственного медицинского института, в. 5, Уфа, стр. 21—29, 1943.
- Привез М. Г., Регенерация лимфатических сосудов после удаления лимфатических узлов, в кн. Сборник работ по военно-полевой и общей хирургии, Л., стр. 103—111, 1944. Библиогр.
- Радущкевич В. П., К вопросу об огнестрельных повреждениях крупных кровеносных сосудов и их оперативном лечении, в кн. Сборник научных работ эвакогоспиталей, М., стр. 53—64, 1942 (Сан. отдел СибВО).
- Ратнер Л. М., Десятисто операций по поводу аневризм, в кн. Труды 1-й хирургической конференции Н-ского РЭП 27—30 июля 1942 г., 6. м., стр. 299—303, 1943.
- Ратнер Л. М., Случай шва общей сонной артерии по поводу артерио-венозной аневризмы, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, в. 1, Свердловск, стр. 119—122, 1942.
- Ратнер Л. М., Сто операций травматических аневризм, Клиническая медицина, 20, 10, 1942.
- Ромм Е. И., Об огнестрельных аневризмах, в кн. Сборник научных трудов эвакогоспиталей Куйбышевской области, в. 1, Куйбышев, стр. 47—50, 1945.
- Русанов С. А., О контроле результатов предоперационной тренировки коллатералей при травматических аневризмах, Хирургия, 7, 1945.
- Русанов С. А., Огнестрельные ранения крупных кровеносных сосудов конечностей, в кн. Сборник научных трудов, в. 2, Л., стр. 67—82, 1942 (Ленинградский красноармейский военный госпиталь).
- Сапожков К. П., Новый способ хирургического лечения травматических аневризм, Хирургия, 5—6, 1943.
- Сапожков К. П., Травматические аневризмы, их развитие, диагностика и лечение, Медицинский бюллетень Иркутского медицинского института, 5, 1942.
- Сенчалло-Явербаум З. Т., Анализ 30 случаев травматических аневризм. (Автореферат). Медицинский бюллетень Иркутского медицинского института, 7, 1944.
- Сенчалло-Явербаум З. Т., К вопросу об оперативном лечении травматических аневризм, в кн. Сборник научных работ, Иркутск, стр. 119—124, 1945 (Отдел эвакогоспиталей Иркутского облздрава).
- Симпсон Ю. М. и Нейштадт В. Б., Хирургическое лечение огнестрельных повреждений кровеносных сосудов, в кн. Сборник работ Госпитальной базы, в. 1, Львов, МЭП-92, стр. 45—50, 1945.
- Скобский П. Л., Расстройство мозгового кровообращения после травмы крупных сосудов шеи, в кн. Труды оборонной республиканской сессии Туркменского научного медицинского общества и Госпитального совета НКЗдрава Туркменской ССР, Ашхабад, стр. 271—273, 1942.

- Слупский Н. Е., Случай перевязки а. аюпута по поводу травматической аневризмы, ВМЖ, январь—февраль, 1944.
- Сперанский А. В., Ложные аневризмы и лечение их по материалу N-ского эвакогоспиталю, в кн. Научные труды госпиталей, 1, М., стр. 27—28, 1942.
- Тихомиров И. В. и Зимогорская Е. М., Огнестрельные повреждения кровеносных сосудов, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, № 5—6, Л., стр. 78—83, 1942.
- Топровер Г. С., Личный опыт хирургического лечения поврежденных суставов сосудов, в кн. Труды Сталинградского медицинского института, т. 5, Сталинград, стр. 71—77, 1945.
- Трофимов П. Е., Травматические аневризмы по материалам эвакогоспиталей г. Махач-Кала, в кн. Сборник научных трудов врачей эвакогоспиталей НКЗдрава Дагестанской ССР, т. 1, Махач-Кала, стр. 32—41, 1943; Хирургия, 4, 1944.
- Туровец И. Г., Об огнестрельных ранениях кровеносных сосудов, Хирургия, 5—6, 1942.
- Факрман И. Л., Последствия огнестрельных ранений сосудов и их лечение, в кн. Сборник инструктивных материалов по работе эвакогоспиталей, в. 11, М., Медгиз, стр. 15—18, 1943.
- Федоров П. С., К казуистике наблюдений по перевязке одноименной вены при ранении артерий, в кн. Сборник работ Санитарной службы СибВО, в. 2, М., стр. 107—108, 1943.
- Флеровский А. Ф., К вопросу о ранении позвоночной артерии, Хирургия, 1, 1945.
- Фурсов Н. И., Результаты оперативного лечения аневризмы, Хирургия, 7, 1942 Библиогр.
- Хенкин В. Л., Опыт лечения ранений кровеносных сосудов в войсковом и армейском районе, Хирургия, 9, 1944.
- Чибукмахер Н. Б., Травмы сосудисто-нервного пучка, сопровождающиеся образованием аневризм, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, т. 13, Травматические поражения центральной и периферической нервной системы. Тюмень, стр. 297—307, 1943.
- Шиловцев С. П., Классификация и диагностика травматических аневризм, в кн. Труды госпиталей Приволжского военного округа, 1, Куйбышев, стр. 84—89, 1944.
- Шиловцев С. П., Показания к операции и хирургическая методика лечения артерио-венозных аневризм, Вестник хирургии им. Грекова, 65, 1, 1945.
- Шиловцев С. П., Травматические аневризмы по материалу сталинградских эвакогоспиталей, Советская медицина, 12, 1945.
- Шмелев И. В., О влиянии новокаинового блока сосудодвигательных нервов на коллатеральное и капиллярное кровообращение при сосудистых операциях, Хирургия, 5, 1944.
- Шур Б. Ю., Тромбофлебит яремных вен и сепсис, в кн. Сборник научных работ Киевского окружного военного госпиталя, в. 2, Киев, Госмедиздат, стр. 59—70, 1945.
- Щекотов Г. М., О лечении ранений сосудов по материалам эвакогоспиталю с 31/VII 1941 г. по 31/VIII 1944 г., в кн. Сборник работ Госпитальной базы, в. 1, Львов, МЭП-92, стр. 35—44, 1945.
- Яковлев А. П., Случай произвольной остановки кровотечения из крупных сосудов, ВСД, 8—9, 1943.

15. Транспортная иммобилизация

- Апчелевич В. Д., Лечение ран иммобилизацией в гипсе, Хирургия, 5—6, 1942.
- Асатиани Г. К., Замена обычных хирургических повязок гипсовокаркасными, В помощь медработникам эвакогоспиталей, 2—3, 1942.
- Ахутин М. Н., Транспортная иммобилизация на этапах эвакуации войскового района, Л., Медгиз, 18 стр., 1941 (Б-ка войскового врача); М., Медгиз, 26 стр., 1941 (ГВСУ Красной Армии); М., Медгиз, 26 стр., 1942.
- Байков Н. И., Иммобилизация при огнестрельных ранениях кисти и пальцев, М., Медгиз, 21 стр. с илл., 1943.
- Барановский Д. М., Гипсовая повязка при огнестрельных ранениях пальцев, Вестник хирургии им. Грекова, 1, 1944.
- Бом Г. С., Гипсовая повязка в ортопедии и травматологии, М.—Л., Медгиз, 178 стр. с илл., 1941; М., Медгиз, 176 стр. с илл., 1942.
- Бом Г. С., Различные виды гипсовых повязок при лечении огнестрельных переломов в эвакогоспиталях ближайшего тыла, Советская медицина, 7—8, 1943.
- Вайнштейн В. Г., Основные принципы лечебной иммобилизации огнестрельных переломов, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, в. 2, Л., стр. 17—29, 1943.
- Ващенко М. Л., Гипсово-ортопедическая техника. Руководство для среднего медицинского персонала, М.—Л., Медгиз, 62 стр. с илл., 1941. Библиогр.
- Векслер С. М. и др., Лигнино-марле-гипсовая лонгетная повязка, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, Рефераты, в. 1, М., стр. 21—23, 1944 (ГВСУ Красной Армии).

- Векслер С. М., Шина для иммобилизации и функционального лечения при повреждении кисти и пальцев, Хирургия, 10, 1945.
- Веревкин М. Д., Источники ошибок при лечении глухой гипсовой повязкой, Госпитальное дело, 1, 1943.
- Гиндиш Е. М. и Ованесов А. Г., К модификации шины Томаса-Виноградова, ВСД, 1—2, 1942.
- Гирголав С. С. и Эпштейн Г. Я., Основные принципы применения гипсовых повязок при огнестрельных ранениях, Советский врачебный журнал, 2, 1941.
- Гринберг Е. А., Лечение огнестрельных переломов костей глухими гипсовыми повязками, в кн. Сборник научных трудов врачей эвакуоноспиталей НКЗдрава Дагестанской АССР, т. 1, Махач-Кала, стр. 94—98, 1943.
- Гуков А. П. и др., Транспортная иммобилизация. (Наставление для врачей и военфельдшеров кораблей и частей ВМФ), М., Военно-морская медицинская академия, 32 стр. с илл., 1942.
- Гуреева М. П., Гипсовое отделение эвакуоноспиталья, Медицинская сестра, 3—4, 1942.
- Дементьева В., Техника применения гипсово-опилочных повязок, Медицинская сестра, 1—2, 1943.
- Дитерихс М. М., К технике наложения гипсовых повязок, Вестник хирургии им. Грекова, 61, 2, 1941.
- Еланский Н. Н., К вопросу об организации и методике наложения и высушивания гипсовых повязок в условиях ППГ и эвакуоноспиталей, ВМЖ, сентябрь—октябрь, 1944.
- Еланский Н. Н., Организация и методика наложения и высушивания гипсовых повязок в условиях ППГ и ЭГ, в кн. Рационализация и изобретательство, в. 6, М., стр. 29—31, 1945.
- Еланский Н. Н., Шина для иммобилизации головы и шейной части позвоночника при ранениях черепа, в кн. Рационализация и изобретательство, в. 6, М., стр. 20—21, 1945.
- Загумевный Н. В., Лечение ранений мягких тканей глухой гипсовой повязкой по «манжетному» способу. Предварительное сообщение, Военно-морской врач, 2—3, 1943.
- Ильин Н. Л., Транспортная иммобилизация шинами, изготовленными на этапах эвакуации в войсковом районе, в кн. Рационализация и изобретательство, в. 6, М., стр. 22—25, 1945.
- Иткинсон Е. С., Деревянные шины для иммобилизации бедра, в кн. Обмен опытом, в. 9, М., стр. 9—11, 1944 (ГВСУ Красной Армии).
- Ишханов В. В., Наше впечатление о глухой гипсовой повязке, Военно-морской врач, 4, 1942.
- Казунин Ф. А., Сетчато-гипсовая шина при транспортной иммобилизации, ВСД, 11—12, 1943.
- Каплан А. В., Гипсовая повязка при лечении огнестрельных повреждений. М., Медгиз, 96 стр. с илл., 1943 (ГВСУ Красной Армии).
- Каплан В. С., Костная транспортно-лечебная шинизация огнестрельных переломов, в кн. Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя, М., стр. 123—127, 1943.
- Козакевич И. Е., Лечение огнестрельных повреждений глухими гипсовыми повязками, в кн. Работы ленинградских врачей за годы Отечественной войны, в. 4, Л., стр. 41—44, 1943.
- Криворотов П. А., О глухой гипсовой повязке при переломах костей и о лечении ран мягких тканей глухими гипсовыми футлярами, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, Рефераты, в. 1, М., стр. 39—42, 1944 (ГВСУ Красной Армии).
- Куслик М. И., Гипсовая техника, М., Медгиз, 38 стр., 1943 (ГВСУ Красной Армии, В помощь войсковому врачу).
- Лайшевский В. В., Шина для иммобилизации нижней конечности, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, Рефераты, в. 1, М., стр. 183—184, 1944 (ГВСУ Красной Армии).
- Левенсон М. С., Твердый гипс — новый вид гипсовой повязки, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, в. 1, Свердловск, стр. 146—147, 1942.
- Маликова А. А. и др., Окончатый гипсовый корсет, в кн. Сборник рационализаторских предложений эвакуоноспиталей ПЭП-122 и фронтового МЭП-99, б. м., стр. 77—78, 1945.
- Минеев П. П., Приспособление для разработки функции тазобедренного и голеностопного суставов, в кн. Вопросы хирургии, М.—Л., стр. 92—95, 1944.
- Михельсон Н. М., Несколько замечаний о проволочных шинах, Госпитальное дело, 1—2, 1942.
- Нечаева А. И., Петли для вытягивания нижней конечности и фиксации челюсти при переломах, ВСД, 8, 1941.
- Новинский Т. Д., Ортопедическая повязка для кисти руки при повреждении лучевого нерва, ВСД, 8, 1942.

- Новожилов Д. А., Некоторые вопросы транспортной иммобилизации, Клиническая медицина, 10—11, 1941.
- Новотельнов С. А., Иммобилизация переломов в войсковом районе, М., Медгиз, 33 стр. с илл., 1942 (ГВСУ Красной Армии и НКЗдрав СССР).
- Орловский А. С., Шит и подголовник к носилкам для транспортной иммобилизации раненных в позвоночник в войсковом районе, ВМЖ, сентябрь—октябрь, 1944.
- Островер Л. И., Шина для бедра, в кн. Сборник научных трудов эвакогоспиталей. Куйбышевской области, в. 1, Куйбышев, стр. 151—153, 1945.
- Перминов А. Д., Шина с седлом и подвижной коробкой для постоянного бескровного вытяжения при лечении переломов бедра и голени, Вестник хирургии им. Грекова, 63, 3—4, 1943.
- Петров Б. А., Глухая гипсовая повязка (принципы, клиника и техника), М., Медгиз, 115 стр. с илл., 1943 (МСУ Военно-Морского Флота). Библиогр.
- Петров Б. А., Наложение гипсового бинта непосредственно на рану, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 108—110, 1945 (ГВСУ Красной Армии).
- Петров Б. А., Техника глухой гипсовой повязки в военное время, Тбилиси, 40 стр., 1943 (НКЗдрав Грузинской ССР. Институт усовершенствования врачей, в. 8).
- Петров Б. А., Транспортная иммобилизация, Сочи, 47 стр., 1942 (Медико-санитарный отдел Черноморского флота).
- Посада С. Д., Усовершенствованная шина Томаса для огнестрельных переломов бедра, Хирургия, 3, 1945.
- Рабинович С. С., О шинировании огнестрельных переломов костей кисти и пальцев в войсковом районе металлической сетчатой шиной, в кн. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, в. 1, М., стр. 87—88, 1943 (Санитарное управление Западного фронта).
- Райфельд Я. А., Новый тип циркулярной гипсовой повязки при переломах плеча, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 441—442, 1945 (ГВСУ Красной Армии).
- Раскин И. А., Морфологическая маркировка ранений при глухой гипсовой повязке, в кн. Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя, М., стр. 127—129, 1943.
- Романов П. К. и Исаков Ф. Н., О глухих гипсовых повязках, в кн. Труды 1-й хирургической конференции N-ского РЭП 27—30 июля 1942 г., 6. м., стр. 117—121, 1943.
- Росновский А., Вариант проволоочной шины для иммобилизации голеностопного сустава и стопы, Госпитальное дело, 10, 1942.
- Рубашов С. М., Транспортная шина, Л., Медгиз, 19 стр. с илл., 1941.
- Самарина О. К., Сплошная гипсовая повязка в условиях современных войн. (Обзор иностранной литературы за 1939—1941 гг.), Вестник хирургии им. Грекова, 62, 4, 1943.
- Сафронов А. Л., Универсальная шина для иммобилизации нижних конечностей, в кн. Обмен опытом, № 8, М., стр. 4—8, 1944 (ГВСУ Красной Армии).
- Синадский Н. Е., Гипсовая повязка в условиях военно-санитарного поезда, ВСД, 11—12, 1942.
- Скрыжченко, Гипсование нижних конечностей с предварительной обработкой ран, в кн. Рационализация и изобретательство, в. 6, М., стр. 27—28, 1945.
- Соколов М. М., Набор к перевязочному столу для наложения гипсовых повязок с экстензионной тягой, Госпитальное дело, 7—8, 1944.
- Сосняков Н. Г., Гипсовый сапожок, заменяющий скелетное вытяжение при переломах бедра, Советская медицина, 10, 1942.
- Таборнский М. Г., Методы иммобилизации на этапах как средство профилактики контрактур, в кн. Труды всеармейского совещания по лечебной физкультуре, М., стр. 76—77, 1945.
- Таборнский М. Г., Техника наложения гипсовых бинтолонгетных повязок. (Краткое руководство), 6. м., 40 стр., 1943.
- Торковская В. Я., Техника наложения гипсовой повязки, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, в. 1, Свердловск, стр. 37—46, 1942.
- Тофило П. И., Трехстворчатая транспортная шина для нижней конечности, в кн. Обмен опытом, № 3, М., стр. 2—7, 1944 (ГВСУ Красной Армии).
- Транспортная иммобилизация при повреждениях, Советское здравоохранение Киргизии, 1, 1941.
- Фрумин И. О., Гипсовые повязки и шины и основные принципы их изготовления. Ампутационная культя и ее протезирование, Алма-Ата, Казгостубинститут, 28 стр., 1942.
- Цзангер Л. Г., Иммобилизация гипсовой лонгетной повязкой при переломах конечностей, в кн. Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя, М., Медгиз, стр. 117—123, 1943.
- Цымбал В. Е., Полисадова К. И. и Войчевская Ю. В., Лечение ранений с помощью глухих гипсовых повязок, Новый хирургический архив, 48, 1941.

- Шарутина В. В., Лигнино-марлевая гипсовая повязка, Военно-морской врач, 3, 1942.
- Шатайло Э. В., Техника наложения гипсо-желатиновых повязок, в кн. Сборник рационализаторских предложений эвакуогоспиталей ПЭП-122 и фронтового МЭП-99, б. м., стр. 24—25, 1945.
- Шибанова К. А., Илово-гипсовые повязки, ВСД, 1, 1942.
- Штейн Л. И., Лечение ран глухой гипсовой повязкой в тылу, Хирургия, 4, 1943.
- Эдельштейн Г. Л., Особенности врачебного наблюдения и ухода за ранеными после наложения им гипсовых повязок, Л., Медгиз, 32 стр., 1943.
- Эльяшев А. И., Основы транспортной иммобилизации, Вестник хирургии им. Грекова, 61, 2, 1941.
- Эскин И. А., Транспортная иммобилизация в войсковом районе при огнестрельных повреждениях костей конечностей, Советское здравоохранение Узбекистана, 1, 1941.
- Эскин И. А., Транспортная иммобилизация стандартными шинами при огнестрельных повреждениях костей конечностей, Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, 28 стр., 1943.
- Языков Д. К., Транспортные шины, Фельдшер и акушерка, 9, 1941.
- Якубовский М. И., Абдукционная шина для лечения огнестрельных переломов плеча, в кн. Сборник научных работ госпиталей НКО № 388, в. 1, б. м., стр. 57—62, 1943.
- Ярушевич А. Д., Применение глухой гипсовой повязки для лечения огнестрельных переломов в условиях фронтового ЭГ, в кн. Труды эвакуогоспиталей ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, № 9, Л., стр. 22—30, 1943.

16. Восстановительная хирургия

- Александрова Э. А., Некоторые данные о дремлющей инфекции при восстановительных операциях на лице после огнестрельных ранений, в кн. Сборник научных работ института за третий год Отечественной войны, Л., стр. 141—146, 1945 (Ленинградский институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова).
- Александрова Э. А., Применение аэрона при пластических операциях на лице после огнестрельных ранений, Вестник хирургии им. Грекова, 64, 2, 1944.
- Александрова Э. А., Частичный некроз ножки стеблячатого лоскута при его пересадке, Вестник хирургии им. Грекова, 65, 1, 1945.
- Архангельский П. Ф., Филатовскому стеблю 25 лет, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, стр. 449—501, 1943 (Среднеазиатский военный округ).
- Барановский Д. М., Стрептоцид-вазелиновая паста для заполнения костных полостей после радикальной операции по поводу огнестрельных остеомиелитов, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 111—114, 1945 (ГВСУ Красной Армии).
- Бетельман А. И., Формирующие аппараты при пластике мягких тканей подбородочной области, в кн. Труды конференции работников челюстно-лицевой хирургии эвакуогоспиталей НКЗдрава РСФСР и 5-го пленума совета института, М., стр. 69, 1945 (Центральный институт травматологии и ортопедии и НКЗдрав РСФСР).
- Блохин Н. Н., К вопросу о показаниях и технике кожной пластики при гранулирующих ранах, в кн. Лечение длительно не заживающих ран мягких тканей, М., стр. 17—22, 1944; Научные труды госпиталей, в. 1, М., стр. 67—73, 1942.
- Блохин Н. Н., Об использовании «утильной» кожи в пластической хирургии, в кн. Вопросы хирургии в эвакуогоспиталях, Горький, стр. 33—36, 1942.
- Блохин Н. Н., Свободная пересадка кожи по способу Тирша как метод лечения ран, в кн. Вопросы неотложной хирургии и онкологии, Горький, стр. 190—202, 1941.
- Браун А. Е. и Орлова Г. Н., Опыты на гетеротрофной трансплантации кожи. Доклады Академии наук СССР. Новая серия, т. XIV, № 2, стр. 141—142, 1943.
- Бутикова Н. И., Пластика больших дефектов приротовой области филатовским стеблем, в кн. Труды конференции работников челюстно-лицевой хирургии эвакуогоспиталей НКЗдрава РСФСР и 5-го пленума совета института, М., стр. 73—77, 1945 (Центральный институт травматологии и ортопедии и НКЗдрав РСФСР).
- Васильев Г. А., Опыт ранней пластики после ранения лица, в кн. Сборник научных работ Главного госпиталя Красной Армии, М., стр. 113—116, 1945.
- Великанова М. М., Пластическое восстановление огнестрельных дефектов и деформации лица, в кн. Труды конференции работников челюстно-лицевой хирургии эвакуогоспиталей НКЗдрава РСФСР и 5-го пленума совета института, М., стр. 55—59, 1945 (Центральный институт травматологии и ортопедии и НКЗдрав РСФСР).
- Восстановительная хирургия, в. 1—8, М., Медгиз, 1943—1945.
- В. 1. Бом Г. С., Основы восстановительного лечения конечностей, 101 стр. с илл., 1943.

- В. 2. Филатов В. П., Круглый стебель в офтальмологии, 28 стр., 1943. Библиогр.
- В. 3. Воячек В. И., Устранение дефектов уха, горла и носа после огнестрельных ранений, 26 стр. с илл., 1943. Библиогр.
- В. 4. Парин В. В., Кожная пластика при травматических повреждениях, 43 стр. с илл., 1943.
- В. 5. Анохин П. К., Пластика нервов при военной травме периферической нервной системы, 104 стр. с илл., 1944.
- В. 6. Войно-Ясенецкий В., Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов, 96 стр. с илл., 1944.
- В. 7. Рауэр А. Э., Методы пластических операций мягких тканей лица после огнестрельных ранений, 52 стр. с илл., 1945.
- В. 8. Линберг Б. Э., Хронические эмпиемы и бронхиальные свищи раневого происхождения, 67 стр. с илл., 1945. Библиогр.
- Гектин Ф. Л., Кожная пластика на службе восстановительной хирургии в тыловых госпиталях, Хирургия, 2, 1944.
- Джанелидзе Ю. Ю., Свободная пересадка кожи в России и Советском Союзе. Вестник хирургии им. Грекова, 65, 2, 1945; Стоматология, 1, 1945.
- Джанелидзе Ю. Ю., Тезисы доклада «Свободная пересадка кожи в России и Советском Союзе», М., 3 стр., 1944.
- Дыхно А. М., Заметки по восстановительной хирургии, Хабаровск, Дальгиз, в. 1, 110 стр., 1942; в. 2, 127 стр., 1943 (Госпитальная хирургическая клиника Хабаровского медицинского института). Библиогр.
- Збарж Я. М., Отсроченный (пластиночный) шов при ранениях лица, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 56—57, 1945 (ГВСУ Красной Армии).
- Жак Е. М., Новое в методике образования и воспитания стебельчатого лоскута. Филатова, Госпитальное дело, 6, 1944.
- Евдокимов А. Н., Пластика губ, в кн. Труды конференции работников челюстно-лицевой хирургии эвакогоспиталей НКЗдрава РСФСР и 5-го пленума совета института, М., стр. 48—50, 1945 (Центральный институт травматологии и ортопедии и НКЗдрав РСФСР).
- Евстифьев П. Ф., Первичная пластика некоторых травматических повреждений лица, в кн. Труды конференции работников челюстно-лицевой хирургии эвакогоспиталей НКЗдрава РСФСР и 5-го пленума совета института, М., стр. 78—82, 1945 (Центральный институт травматологии и ортопедии и НКЗдрав РСФСР).
- Иванов А. Ф., Филатовский стебель в пластике обширных дефектов подбородка, в кн. Труды конференции работников челюстно-лицевой хирургии эвакогоспиталей НКЗдрава РСФСР и 5-го пленума института, М., стр. 63—68, 1945 (Центральный институт травматологии и ортопедии и НКЗдрав РСФСР).
- Карташевский Н. Г., Случай пересадки кожи по способу Маянца, в кн. Труды Владивостокского военно-морского госпиталя, Л., стр. 85—88, 1941.
- Козырев А. А. и др., Метод выбора аутопластического заполнения больших дефектов черепа, Хирургия, 7, 1945.
- Кокаев З. В., Опыт лечения инвалидов Отечественной войны в отделении восстановительной офтальмохирургии, Вестник офтальмологии, 24, 3, 1945.
- Колмановская С. М. и Крохина Ф. И., Иссечение рубцов и язв после огнестрельных ранений, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, Рефераты, в. 1, М., стр. 10—13, 1944 (ГВСУ Красной Армии).
- Колпаков Т. А., Опыт лечения рубцовых контрактур методом пересадки консервированной кожи кролика, в кн. Контрактуры и их лечение, М.—Свердловск, стр. 11—16, 1945.
- Конференция по восстановительной хирургии, созданная Управлением эвакогоспиталей Молотовской области и эвакопунктом № 44 в апреле 1942 г., Молотов, 8 стр., 1942.
- Конференция по восстановительной хирургии и другим восстановительным методам лечения, 13-я, Свердловск, 22 стр., 1944.
- Косматый А. С., Пересадка пальца с ноги на место утраченного большого пальца руки по способу Николадоши, Хирургия, 3—4, 1942. Библиогр.
- Котон С., Мастер пластических операций (проф. А. А. Лимберг и его ученики), в кн. Возвращение в строй, М., стр. 48—52, 1944.
- Кузменко Л. Н., Профилактика и лечение контрактур и деформаций при повреждениях верхних конечностей, в кн. Сборник научных работ эвакогоспиталей МЭП-45, Киев, стр. 128—138, 1945.
- Куслик М. Н., Мышечная сухожильная и кожная пластика при необратимых параличах в результате поражения нервов, в кн. Лечение ранений нервных стволов, 6. м., стр. 178—181, 1944.
- Лимберг А. А., Математические обоснования к выбору различных фигур встречных трехугольных лоскутов для исправления рубцов на поверхности человеческого тела, Вестник хирургии им. Грекова, 62, 4, 1943.

- Лимберг А. А., О предварительной биологической подготовке саженцев и ложа при свободной пересадке собственной кожи, в кн. Работы ленинградских врачей за годы Отечественной войны, в. 1, Л., стр. 66—82, 1942.
- Лимберг А. А., Теория планирования местно-пластических операций на коже применительно к исправлению рубцовых искажений, в кн. Труды конференции работников челюстно-лицевой хирургии эвакогоспиталей НКЗдрава РСФСР и 5-го пленума совета института, М., стр. 38—42, 1945 (Центральный институт травматологии и ортопедии и НКЗдрав РСФСР).
- Мануйлов А. И., Госпитали восстановительной хирургии, в кн. Сборник работ санитарной службы Сибирского военного округа, в. 2, М., стр. 9—13, 1943.
- Михельсон Н. М., Еще о пересадке губного хряща, Хирургия, 10, 1943.
- Михельсон Я. Д., Восстановительная хирургия при ранениях уретры, в кн. Труды 1-й конференции урологов, М., стр. 156, 1945.
- Мухин М. В., Сравнительная оценка методов пластического восстановления дефектов подбородочной области, в кн. Труды конференции работников челюстно-лицевой хирургии эвакогоспиталей НКЗдрава РСФСР и 5-го пленума совета института, М., стр. 43—48, 1945 (Центральный институт травматологии и ортопедии и НКЗдрав РСФСР).
- Непорент М. И., Случай обызвествленного гидроцеле, в кн. Сборник научных работ, М., стр. 229—231, 1945 (Главный военный госпиталь Красной Армии).
- Николаева М. М., Сохранение функций сухожилия при помощи пересадки кожных лоскутов, в кн. Военная медицина за рубежом, в. 3, М., Медгиз, стр. 38, 1944.
- Попов Е. Н., Свободная пластика кожи толстым лоскутом, в кн. Труды госпиталей Приволжского военного округа, в. 1, Куйбышев, стр. 129—147, 1944.
- Приоров Н. Н., Восстановительная хирургия на службе лечения инвалидов Отечественной войны, Советское здравоохранение, 6, 1943.
- Райхман И. М. и Полетаева З. С., 50 операций пересадки эпидермиса по Ольше-Тиру и ее модификация, Госпитальное дело, 3, 1944.
- Рихтер Г. А., Восстановление подвижности языка после тяжелых ранений дна ротовой полости, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, стр. 271—274, 1945 (Среднеазиатский военный округ).
- Руфанов И. Г., Боевая травма и восстановительная хирургия, Клиническая медицина, 23, 12, 1945.
- Семенов В. С., Восстановление большого пальца пересадкой пальца с ноги по методу Николадоли, в кн. Сборник научных работ Якутской республиканской больницы, в. 2, Якутск, стр. 58—62, 1945. Библиогр.
- Склярлов И. П., Мышечная пластика при хронических остеомиелитах, в кн. Труды 2-й оборонной республиканской сессии Туркменского научного медицинского общества, Ашхабад, стр. 1—4, 1944; Госпитальное дело, 1—2, 1943.
- Слуцкая М. М., Повреждения лириковой области, в кн. Труды конференции работников челюстно-лицевой хирургии эвакогоспиталей НКЗдрава РСФСР и 5-го пленума совета института, М., стр. 61—84, 1945 (Центральный институт травматологии и ортопедии и НКЗдрав РСФСР).
- Таборисский М. Г., Восстановительная хирургия во фронтовом районе, Фельдшер и акушерка, 7—8, 1944.
- Тихомиров П. Е., Пластика век, в кн. Труды конференции работников челюстно-лицевой хирургии эвакогоспиталей НКЗдрава РСФСР и 5-го пленума совета института, М., стр. 197, 1945 (Центральный институт травматологии и ортопедии и НКЗдрав РСФСР).
- Хаятин С. М., О восстановительных операциях при травматическом отсутствии века, Вестник офтальмологии, 24, 4, 1945.
- Харитонович Э., Возвращенный облик. (Пластические операции), Техника молодежи, 9—10, 1942.
- Хрулева К. И., Лечение контрактур подсадкой химически обработанной ткани по Краузе, в кн. Контрактуры и их лечение, М. — Свердловск, Медгиз, стр. 17—22, 1945.
- Цейтлин А. З., Основные принципы восстановительной хирургии сухожильно-мышечного аппарата, в кн. Сборник научных работ эвакогоспиталей МЭП-45, Киев, стр. 139—155, 1945.
- Шавэлс Е. Ю., Новая модификация пересадки кожи по Девису, Хирургия, 11—12, 1941.
- Шатуновская Е. Г., Восстановление обширных дефектов филатовским стеблем, в кн. Труды конференции работников челюстно-лицевой хирургии эвакогоспиталей НКЗдрава РСФСР и 5-го пленума совета института, М., стр. 60—62, 1945 (Центральный институт травматологии и ортопедии и НКЗдрав РСФСР).
- Шипачев В. Г., К реконструкции пальцев руки, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 96—104, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

- Шипачев В. Г., О закрытии обнаженных костей и костных полостей кожным трансплантатом, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, Рефераты, в. 1, М., стр. 17—18, 1944 (ГВСУ Красной Армии); Медицинский бюллетень Иркутского медицинского института, 7, 1944.
- Шипачев В. Г., Реконструированная кисть руки, Вестник хирургии им. Грекова, 61, 6, 1941.
- Шипачев В. Г., Реконструкция пальцев и кисти рук. (30 лет работы над хирургией пальцев рук), Иркутск, 103 стр., 1944.
- Шнейдер О. Я., Метод «лоскут-сито» в восстановительной и неотложной хирургии, Новосибирск, Облгосиздат, 69 стр. с илл., 1944. Библиопр.
- Эпштейн И. И., Предварительные итоги восстановительной хирургии в эвакуогоспиталях МЭП-45, в кн. Сборник научных работ эвакуогоспиталей МЭП-45, Киев, стр. 13—17, 1945.

(Продолжение следует)



ИЗ СОДЕРЖАНИЯ ЖУРНАЛА

„The Military Surgeon“, 1946, V. 98, № 2—6, february—june. Военный врач (США), 1946, т. 98, № 2—6, февраль—июнь

№ 2, февраль

F. A. M. Webster, Медицинская кампания в Бирме, стр. 106—109.

Английские войска в Бирме находились во время войны в таком же хорошем состоянии, как оккупационные войска в Германии, благодаря отличной организации медицинской службы. Основными болезнями на Дальнем Востоке были малярия, амёбная и бациллярная дизентерия и кустовый тиф (японская речная лихорадка—цзугамучи). С успехом применялась профилактика меприцином—синтетическим препаратом, заменявшим хинин; проводилась большая работа по уничтожению мест выплода комаров. Были образованы корпусные медицинские центры, в состав которых входили самостоятельные организации по борьбе с малярией и эвакуационный пункт; хирургическая часть этих центров состояла из подвижной хирургической установки, рентгеновской установки, зубоучебного отделения, лаборатории и отделения переливания крови. Широко применялись эвакуации по воздуху на самолетах двух типов, в которых помещалось 20 носилочных или 40 сидячих раненых или же 15 носилочных или 25 сидячих раненых.

L. Scharigo and M. M. Scharigo, Унцинариаз — борьба с ним снова является международной проблемой, стр. 109—119. Приведена литература—44 названия.

Унцинариаз распространен повсеместно между 36° северной широты и 30° южной широты, где живет более половины населения земного шара. За время второй мировой войны в этих районах находились многотысячные войска, состоявшие из людей, не знакомых с местными условиями и способами защиты. Рассмотрев эпидемиологию унцинариаза и экономическое значение этой болезни, авторы указывают меры профилактики и борьбы с заболеванием. Очень большое значение имеет устройство удовлетворительных в санитарном отношении уборных и санитарное просвещение, наряду с радикальным лечением всех зараженных унцинариями.

J. W. Hall, Добракачественная пептическая язва как диагностическая проблема, стр. 119—125. Приведена литература—22 названия.

Рассмотрены следующие методы исследования: анамнез, физическое исследование, серийное исследование кала, исследование желудочной секреции, рентгеновское исследование, «кислотная проба», исследование нейтрализации, гастроскопия. Трудности распознавания обуславливаются тем, что пептическая язва может проявляться атипическими признаками, что может быть налицо симптоматология язвы в отсутствие таковой, что симптоматология язвы может быть вызвана деформированием двенадцатиперстной кишки ранее бывшей язвой и что пептическая язва может быть одновременно с другими заболеваниями.

R. Reeser jun. and M. B. Guthrie, Лечение пептической язвы у военнослужащих—анализ 200 случаев, стр. 125—131. Приведена литература—17 названий.

У 185 больных имелась язва двенадцатиперстной кишки, у 13—язва желудка, у 2—оба вида язвы. 163 больных (81,5%) уволены от военной службы; 65 из них лечились затем в лечебных учреждениях для ветеранов. Из общего числа больных только 54 (27%) заболели в бытность на военной службе, прочие имели симптомы пептической язвы до поступления в ряды войск.

J. D. Nelson, Возвратный инфекционный гепатит, стр. 134—137. Приведено 3 литературных источника.

Описание 2 случаев пятикратного заболевания катаральной желтухой в течение 7 лет. Таким образом, вирусное заболевание печени не вызывает образования постоянного иммунитета.

№ 3, март

Ph. Thygeson, Этиология и лечение блефарита, стр. 191—203, 2 рис. Приведена литература — 16 названий.

Изучение 350 случаев блефарита у военнослужащих показало, что преимущественно наблюдаются три его вида: стафилококковый, себорройный, при котором обычно встречается в соскобе края века дрожжевой грибок *Pityrosporum ovale* с невыясненным этиологическим значением, и диплобациллярный. Часто наблюдается смешанная форма — стафилококково-себорройная. Вторичными факторами являются: повышенная деятельность сальных и мейбомиевых желез, недостаточная личная гигиена и тропический климат. Недостаток витаминов, неправильности рефракции глаза и аллергия не играют заметной роли. (Статья не окончена.)

O. V. Morrison jun. and R. Mazet jun., Деятельность медицинской организации в совместных береговых и морских операциях, стр. 204—214, 4 диаграммы. Приведено 4 литературных источника.

Рассмотрены функции различных медицинских частей и учреждений во всех стадиях совместных боевых действий наземных войск и флота.

P. V. McCarthy and R. E. van Demark, Маршевый перелом нижней ветви лобковой кости, стр. 233—235, 4 рис. Приведено 4 литературных источника.

Описание 2 случаев маршевого перелома у молодых солдат.

G. W. Merck, Биологическая война, стр. 237—242.

Предположение о возможности применения врагом биологических методов войны и необходимость быть готовыми ко всякого рода случайностям вызвали в 1942 г. учреждение в США специальной исследовательской организации. Проведена была весьма обширная работа по изучению методов и устройств для массового получения микробов и продуктов их жизнедеятельности, способов быстрого и точного обнаружения малейших количеств патогенных микробов, получение кристаллических бактериальных токсинов с целью приготовления иммунизирующих токсоидов высокой очистки, по изучению вопросов иммунитета, лечения некоторых инфекционных болезней, изготовления эффективной защитной одежды и снаряжения и пр. Хотя биологическая война никогда не применялась, возможности в этом отношении можно считать большими, чем для применения атомной бомбы и других секретных видов оружия.

№ 4, апрель

Ph. Thygeson, Этиология и лечение блефарита, стр. 279—288 (окончание).

Приведено дополнительно 5 литературных источников.

При лечении блефаритов автор применял: 1) антисептические вещества, 2) краски, генцианвиолет и бриллиантовую зелень, 3) сульфамиды, 4) антибиотики — пенициллин и тиретрицин, 5) вакцины и токсоиды.

R. E. Curti and J. A. Rosenkrantz, Инфекционный мононуклеоз и острый инфекционный лимфоцитоз, стр. 304—307. Приведена литература — 15 названий.

Авторы наблюдали за время с января 1941 г. по октябрь 1945 г. 24 больных инфекционным мононуклеозом, 7 из которых впоследствии оказались больными инфекционным лимфоцитозом — *febris lymphocytotica*. Возбудители этих болезней не известны. Инкубационный период при обоих заболеваниях составляет 5—10 дней, продолжительность болезни в среднем 28 и 32 дня соответственно. Ангина, припухание лимфатических желез, озноб, головная боль, светобоязнь, лихорадка, потеря аппетита, усталость, боли в суставах и в животе, иногда тошнота, рвота, желтуха — болезненные явления при том и другом заболевании. При мононуклеозе часто наблюдается увеличение селезенки. Лечение симптоматическое.

M. M. Schapiro, Унцинариаз в Латинской Америке, стр. 309—320. Приведена литература — 104 названия.

Исторический очерк. Первый случай унцинариаза в Центральной Америке был описан в Сан-Сальвадоре в 1889 г. С 1911 г. начата борьба с этим гельминтозом. В Южной Америке эта болезнь была известна с 1867 г. В настоящее время в согласованной борьбе с анкилостомиазом принимают участие все государства западного материка, кроме Аргентины и Чили.

W. P. Killingsworth, Лечение венерических болезней в полевых войсках в боевых условиях, стр. 320—326.

В 3-й армии США за время с 1.VII.1944 г. по 1.V.1946 г. подвергалось лечению от венерических болезней 4869 человек; гонорреей болело 3912 человек (80,3%), сифилисом — 846 человек (17,4%), мягким шанкром — 111 человек (2,3%). Анализ результатов лечения показывает, что методом выбора при лечении гонорреи следует считать назначение пенициллина в начальной дозе 200 000 единиц. Излечивается и возвращается в строй через 24—48 часов 90%, а в остальных 10%

требуется дополнительное урологическое исследование и соответствующие манипуляции. При лечении сифилиса — первичного и раннего вторичного — также применяется пенициллин, при лечении которым возможно возвращение в строй через 10—12 дней. Больные мягким шанкром возвращаются в строй через 5—14 дней; лечение состоит в применении сульфамидов местно и внутрь по 1 г 4 раза в день в течение 5 дней.

Н. С. Modlin, Нарколепсия в военном отношении, стр. 329—337. Приведена литература — 7 названий.

Описано 5 случаев нарколепсии. Автор полагает, что так как лечение этого заболевания только паллиативное, больные не должны оставаться на военной службе. Однако при недостатке людей они при надлежащем лечении могут быть использованы на нестроевых должностях.

№ 5, май

Р. R. Hawley, Госпитальная программа управления по социальному обеспечению участников войны, стр. 383—388.

Исходя из положения, что участники войны должны быть обеспечены наилучшей медицинской помощью, включая госпитальное лечение, автор сообщает ряд цифровых данных, по которым можно судить о размерах этой задачи, стоящей перед Управлением по социальному обеспечению «ветеранов». При составлении статьи война еще продолжалась. Число ветеранов второй мировой войны достигало уже 10 610 700 человек, а общее число ветеранов первой и второй мировой войны составляло 14 600 000 человек. По окончании войны это число должно было превышать 20 млн. человек. В госпиталях управления лечилось 74 000 больных, в других больницах — 8 800 и лечилось на дому около 13 000 человек, в общем около 95 000 человек. 39% госпитальных больных составляли ветераны второй мировой войны, значительное большинство остальных больных — ветераны первой мировой войны. В 38% всех случаев заболевания были связаны с военной службой, в 65% — не связаны; 51% больных страдали нейропсихическими расстройствами, 7% — туберкулезом, 42% — различными заболеваниями, в том числе хирургическими. Нейропсихические расстройства были связаны с военной службой в 41% случаев (среди ветеранов второй мировой войны — в 60% случаев, среди ветеранов первой мировой войны — в 33% случаев), туберкулез был связан с военной службой в 48% случаев, общие заболевания — в 15% случаев. Отметим, что 24 700 человек ожидают помещения в больницы, автор вычисляет, что по окончании войны потребуется до 150 000 коек для обеспечения больницы помощью всех нуждающихся в ней ветеранов, а впоследствии — не менее 250 000 коек. Потребуется более 12 000 врачей, занятых полное рабочее время, 40 000 человек персонала по уходу за больными и 150 000 прочих больничных служащих.

L. W. Breck and N. L. Higinbotham, Улучшенный хирургический метод лечения надколенного и локтевого бурсита, стр. 396—399, 3 рис.

Авторы применили новый способ хирургического лечения бурсита — надколенного и локтевого в 44 случаях — и получили полное излечение во всех случаях, кроме одного. Операция состояла в иссечении сумки и закрытии образовавшегося мертвого пространства глубокими матрацными швами, затянутыми на перламутровых пуговицах. Поверх накладывалась большая давящая повязка. До снятия швов через 2 недели после операции больному рекомендовалось не сгибать колено или локоть. Полное выздоровление наступало и функция восстанавливалась приблизительно через неделю после снятия швов; лишь в 7 случаях заживление продолжалось до 6 недель.

Р. С. Talkington, Боевая психиатрия, стр. 401—404.

Описан опыт 3-й армии США по лечению нейропсихических заболеваний во время продолжительных боевых действий. Из общего числа больных и раненых 278 262 человека было 19 622 (7%) нейропсихических больных, из которых 14 218 (72,4%) были возвращены для службы в армии. На дивизионном эвакуационном пункте, в каждом эвакуационном госпитале находилось по одному, а в госпитале для выздоравливающих — 3 опытных психиатра. При заболеваниях легкой степени лечение проводилось на батальонном пункте медицинской помощи, если больной мог быть возвращен в часть не позже, чем через 12 часов, и в полковом пункте медицинской помощи, если больного можно было вернуть в часть после лечения и отдыха в течение еще 3 суток. Прочих больных отправляли на эвакуационный пункт.

L. Gussow, Врожденная аномалия грудины — вертикальное неслияние грудной кости, стр. 429—424, 5 рис. Приведена литература — 16 названий.

Описаны 2 случая врожденной вертикальной щели в груди. Эта аномалия может иметь практическое значение при современных методах исследования костного мозга, парентерального введения цитратной крови и других жидкостей и при хирургическом вмешательстве в грудной полости.

W. O. Puckett, W. D. McElroy and E. N. Harvey, Изучение ранений живота и груди, произведенных снарядами большой скорости, стр. 427—439, 15 рис. Приведена литература — 8 названий.

Опыты проводились на анестезированных кошках. Действие проникающих с большой скоростью мелких снарядов фиксировалось кинематографически со скоростью 2 000—2 800 кадров в секунду и рентгенографически (микросекундные рентгенограммы).

№ 6, июнь

K. H. Abbott, Лечение острых боевых черепно-мозговых повреждений, стр. 469—482, 4 рис. Приведена литература — 23 названия.

Описание способов, применявшихся в эвакуационных госпиталях юго-западного Тихоокеанского театра военных действий.

G. I. Ude, Личный опыт лечения ожогов боевыми отравляющими веществами верхних дыхательных путей во время второй мировой войны, стр. 483—487, 1 рис. Приведено 3 литературных источника.

Сообщение о 1 097 случаях ожогов БОВ, преимущественно ипритом (1 008 случаев). Остальные 89 случаев были причинены: хлорацетофеном (30), адамситом (24), фосгеном (11), люизитом (8), хлором (6), белым фосфором (5), хлорпикрином (3), дифенилхлорарсином (1) и серотриоксихлорсульфоновой кислотой (1). Ожоги в большинстве случаев произошли на производстве.

I. I. Bedrick and S. A. Zawadski, О переломах ладьевидной кости руки, стр. 488—491, 4 рис. Приведено 3 литературных источника.

На основании наблюдения 31 случая перелома ладьевидной кости руки автор заключает, что при всех повреждениях лучезапястного сустава необходимо проводить рентгеновское исследование. Изредка сращения не наступает; в таком случае методом выбора надо считать просверливание и вколачивание спицы.

S. Mead, Значение определения содержания алкоголя в крови, стр. 495—496. Приведена литература — 4 названия.

Определение содержания алкоголя в крови имеет значение для подтверждения показаний очевидцев, так как в нормальной крови алкоголя не содержится вовсе. Судить о наличии состояния опьянения можно лишь при содержании в крови очень большого количества алкоголя — 4 мг на 1 см³ и больше, так как индивидуальная выносливость в отношении алкоголя чрезвычайно различна.

E. N. Harvey, A. H. Whiteley, H. Grundfest and J. H. McMillen, Пьезоэлектрическое измерение изменения давления в брюшной полости глубоко-наркотизированных животных во время прохождения высокоскоростного снаряда, стр. 509—528, 16 рис. Приведена литература — 5 названий.

Экспериментальное исследование на кошках.

Доктор мед. наук Л. М. Старокадомский

Комиссия по присуждению премий им. академика Н. Н. Бурденко

на основании постановления Президиума Академии медицинских наук Союза ССР от 5.II.1947 г. объявляет конкурс на соискание премий имени академика Н. Н. Бурденко.

Условия конкурса

1. Премии им. академика Николая Ниловича Бурденко присуждаются Президиумом Академии медицинских наук ежегодно, начиная с 1947 г., за выдающиеся научные труды и крупные научные достижения в области нейрохирургии, хирургии и военно-полевой хирургии, всего три премии по 20 000 рублей каждая.

2. Премии им. Н. Н. Бурденко присуждаются за законченные оригинальные работы по вышеуказанным дисциплинам, содержащим новые данные или обобщения, а также за открытия и новые методы, имеющие крупное научно-теоретическое, практическое или профилактическое значение.

3. На соискание премии им. Н. Н. Бурденко могут представляться работы как неопубликованные, так и опубликованные в год, предшествующий присуждению. Открытия и методы практического терапевтического и профилактического характера могут представляться на соискание премий лишь при условии, что они уже введены и апробированы в клинической практике в год, предшествующий присуждению.

4. Премии им. Н. Н. Бурденко могут быть удостоены ученые труды только советских граждан, их авторских коллективов и советских научных учреждений. Работы могут представляться научно-исследовательскими институтами, высшими учебными заведениями и отдельными гражданами СССР.

5. Работы на соискание премий им. Н. Н. Бурденко представляются в отделение клинической медицины Академии медицинских наук с надписью: «На соискание премии им. академика Н. Н. Бурденко», по адресу — Москва, 5-я Тверская-Ямская, д. № 5, Институт нейрохирургии им. академика Н. Н. Бурденко Академии медицинских наук СССР, — не позднее 1 октября 1947 г., а в последующие годы не позднее 1 января года присуждения премий.

6. Работы представляются в 3 экземплярах, отпечатанные на машинке или типографским способом. При этом обязательно представление кратких автобиографических сведений о кандидате, с перечнем основных научных работ и изобретений. Личная подпись кандидата должна быть надлежащим образом заверена по месту его работы.

7. Решения Комиссии по премиям им. Н. Н. Бурденко утверждаются Президиумом АМН СССР 11 ноября 1947 г. (в день смерти Н. Н. Бурденко), и 6 мая в последующие годы (день рождения Н. Н. Бурденко), после чего делается публикация о присуждении премий в «Вестнике Академии медицинских наук СССР», в центральных газетах, в «Известиях Академии наук СССР» (серия биологическая), а также в основных медицинских журналах СССР.

8. Если Комиссия по премиям решит, что ни одна из представленных на премии работ не заслуживает полной премии, она может войти с представлением в Президиум АМН СССР о присуждении достойным соискателям половинного размера каждой премии. При отсутствии работ, достойных премирования, конкурс считается несостоявшимся.

9. Если премированные работы не были изданы до присуждения премии, Академия медицинских наук публикует их через соответствующие издательства. На титульном листе работы, удостоенной премии, делается надпись о присуждении премии.

Председатель Комиссии по присуждению премий
имени академика Н. Н. Бурденко

Действительный член АМН СССР проф. В. Н. Шамолев

Секретарь комиссии М. А. Салазкин.



Адрес редакции ВМЖ: Москва, 20

Редактор *Н. И. Завалишин*

Техн. редактор *А. Ф. Аксенов*

Издается с 1823 г. Сдано в произв. 10/VI 1947 г. Подп. к печ. 10/VII 1947 г.
Г 82013. Ф. бум. 70×108/16. Печ. л. 4,0. Учетно-изд. л. 6,65. Зн. в 1 п. л. 67 000.
Тираж 8 800 экз. Цена 2 руб. Заказ 357.

13-я типография треста «Полиграфкнига» ОГИЗа при Совете министров
СССР, Москва, Денисовский, 30

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Полковник мед. службы, кандидат мед. наук Н. Бункин. Повысить уровень работы медицинской службы в области физической подготовки	3
Проф., доктор мед. наук В. П. Ярославский. Об остановке кровотечения из внутренней яремной вены при высоком ранении ее	9
Подполковник мед. службы проф. И. Л. Крупко. Диагностика и терапия дремлющей инфекции в восстановительной хирургии	10
Майор мед. службы А. Я. Ляпунов. Глазной боевой травматизм в годы Великой Отечественной войны	18
Подполковник мед. службы А. С. Свечников. Небоевой травматизм.	21

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Полковник мед. службы В. В. Скворцов. Основные вопросы медицинского обеспечения марша	27
А. Г. Исаханов. Медицинское обеспечение дивизии при подвижной обороне и наступлении в условиях современной войны	35

ВОПРОСЫ ВОЕННОЙ ГИГИЕНЫ

Полковник мед. службы В. В. Скворцов и майор мед. службы М. К. Соколов. Некоторые итоги работы по научно-медицинскому контролю за питанием и физической нагрузкой войск.	38
--	----

В МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ

В президиуме Академии медицинских наук СССР.	43
--	----

CONTENTS

THERAPEUTIC PROPHYLACTIC QUESTIONS

Colonel of the Medical Service, Candidate of Medical Sciences N. Bunkin. To Raise the Level of the Medical Services Work in the Field of Physical Training	3
Prof., Doctor of Medical Sciences V. P. Yaroslavsky. On the Stopping of Haemorrhage from High Wounds of the Internal Jugular Vein.	9
Prof. Lieutenant-Colonel of the Medical Service I. L. Krupko. Diagnostic and Therapy of the Latent Infection in Restoration Surgery	10
Major of the Medical Service A. Y. Ljapunov. Eye War Traumatism during the Patriotic War.	18
Lieutenant-Colonel of the Medical Service A. S. Svechnikov. The non — War of Traumatism	21

ORGANIZATION AND TACTICS OF THE MEDICAL SERVICE

Colonel of the Medical Service V. V. Skvortsov. Principal Problems of Medical Security of the March.	27
A. G. Isakhanov. The Medical Security of the Division in Mobile Defence and Offensive in Conditions of Modern War	35

QUESTIONS OF MILITARY HYGIENE

Colonel of the Medical Service V. V. Skvortsov, Major of the Medical Service M. K. Sokoloff. Some Results of the Work in the Scientific Medical Control on Nutrition and Physical Task of the Troops.	38
---	----

AT MEDICAL SOCIETIES AND SCIENTIFIC CONFERENCES

At the Presidium of the Academy of Medical Sciences	43
---	----

*ИЗ ИСТОРИИ ВОЕННОЙ
МЕДИЦИНЫ*

Проф., засл. деятель наук Д. М.
Российский. Русские доктор
тора медицины в XVIII веке 47

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д. Ма-
каров. Библиография по
военной медицине за годы
Отечественной войны (1941—
1945 гг.) 50
Доктор мед. наук Л. М. Старо-
кадомский. Библиогра-
фический обзор иностранных
журналов 59

*FROM THE HISTORY OF WAR
MEDICINE*

Prof., the Honorary Promoter of
Science D. M. Rossijsky.
Foreign and Russian Doctors of
Medicine in the Moscow State
of the XVIII th Centuries . . 47

BIBLIOGRAPHY

Colonel of the Medical Service I. D.
Makarov. Bthliography on War
Medicine during the Years of
the Patriotic War (1941—1945). 50
Doctor of Medical Sciences L. M.
Starokadomsky. Bibliogra-
phic Survey of Foreign Journals 59

