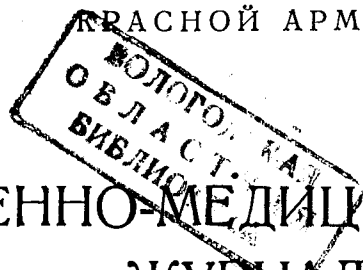


ГЛАВНОЕ ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
КРАСНОЙ АРМИИ



ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ж 7851

Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМЕРНОВ

Ответственный секретарь
полковник медицинской службы С. М. БАГДАСАРЬЯН

Члены редколлегии:

генерал-лейтенант медицинской службы Н. Н. БУРДЕНКО,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН,
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ

ЯНВАРЬ — ФЕВРАЛЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МОСКВА — 1944

Адрес редакции ВМЖ Москва, 160

Отв. редактор Е. И. СМЕРНОВ

Издается с 1823 г. Л39134. Подписано к печати 11/III 1944 г.
Печ. л. 6 Авт. л. 7,20. Знаков в 1 п. л. 55 тыс. Цена 4 р. Заказ 125.
Типография «Красное знамя», Москва, Сушевская, 21.

ВСЕСТОРОННЕ ИЗУЧАТЬ И УМЕЛО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ОПЫТ ВОЙНЫ

За время Великой отечественной войны во всех военно-медицинских учреждениях фронта и тыла накопился огромный и весьма поучительный опыт практической работы. Наши медицинские кадры прошли суровую школу современного боя, приобрели необходимую закалку и ценнейшие навыки в области организации лечебно-эвакуационного обслуживания войск в различных условиях боевой обстановки.

Военно-врачебное искусство идет по пути дальнейшего совершенствования. Лучшие традиции русской военной медицины, идеи гениального русского хирурга Н. И. Пирогова получили достойное применение в деле медицинского обслуживания войск в дни ожесточенных боев с немецко-фашистскими захватчиками. Наши медицинские работники научились в сложных условиях современного боя организовать быстрое оказание медицинской помощи, вынос раненых с передовых позиций, этапное лечение с эвакуацией по назначению, научились умело маневрировать полевыми санитарными учреждениями. Все это позволяет успешно разрешать основную задачу — возвращать в строй как можно больше раненых воинов.

Однако мы ни в коем случае не можем довольствоваться достигнутым. Каждый военно-медицинский работник повседневно должен учиться на опыте войны, все более совершенствовать свои знания, стремиться быть подлинным мастером своего искусства.

«Дело победы над врагом, — указывается в приказе народного комиссара обороны маршала Советского Союза товарища Сталина, посвященном 25-летию Академии им. М. В. Фрунзе, — требует постоянного и глубокого изучения опыта Отечественной войны и немедленного использования этого опыта в войсках».

Организация медицинского обслуживания действующей армии находится в прямой и тесной зависимости от оперативно-тактической обстановки — непрерывного развития методов использования различных родов войск, видоизменения приемов боевых действий. Для того чтобы правильно и успешно организовать эвакуацию и лечение раненых, военные медики должны внимательно следить за всеми этими изменениями, во-время приспособляться к новым условиям, решительно отказываясь от всего ог-

жившего, не соответствующего требованиям нынешнего дня. Долг каждого войскового санитарного начальника — смело внедрять в практику лучшие образцы работы, поощрять людей растущих, искренне заботящихся о всестороннем медицинском обслуживании нашей доблестной армии. Нельзя при этом пренебрегать «мелочными вопросами». Любая мелочь, в зависимости от условий, обстановки, степени знаний и навыков работника, может превратиться в важный фактор выздоровления раненого воина. Наша ответственнойшая работа должна носить углубленный характер с разумным и своевременным использованием решительно всего, что возможно в той или иной степени улучшить и ускорить лечение раненого и вообще все виды его обслуживания.

В большой войне деятельность как военной медицины, так и гражданских органов здравоохранения приобретает важное государственное значение. Вся работа медицинской службы — от наложения первичной повязки на поле боя и до сложнейшей хирургической операции в госпитальной обстановке глубокого тыла — должна быть так построена, чтобы в кратчайшие сроки возвращать армии максимальное количество раненых воинов. Об этом нельзя забывать ни на минуту, тем более что данный контингент войск, обстрелянный, побывавший в боях, представляет надежнейший костяк армии, насаждающий в ее рядах свой боевой опыт и лучшие традиции бывалых солдат. Наконец, нужно постоянно помнить и о том, что наши усилия должны быть направлены на максимальное достижение также и другой важнейшей цели — вернуть государству как можно больше трудоспособных людей для работы в тылу — на фабриках, заводах, в колхозах, учреждениях, предприятиях.

Решение указанных весьма ответственных и сложных задач возможно лишь при одном условии: если повседневно мы будем изучать богатый опыт войны, во-время и смело применять новые методы лечения, рационализировать и улучшать обслуживание раненых воинов Красной Армии.

С первых же дней священной Отечественной войны советского народа против немецко-фашистских захватчиков помощь раненым и больным воинам организована у нас в таких размерах, какие доступны только нашей стране. Сталинская забота о человеке — непреложный для всех нас закон. Наши госпитали и полевые медицинские учреждения снабжены всем необходимым — оборудованием, медикаментами, бельем, продуктами питания. Здесь собраны лучшие, искуснейшие врачи-профессора, цвет советской медицинской науки. Рука об руку с военно-медицинской службой работает такой солидный санитарный тыл, как гражданские органы здравоохранения, которые все свои усилия прилагают к тому, чтобы возможно скорее вернуть фронту полноценными воинами раненых и больных бойцов и командиров Красной Армии.

К сожалению, многие руководящие работники как Главного военно-санитарного управления, так и фронтов и округов недостаточно изучают и используют те богатые материалы, которые по-

ступают к ним в виде докладов и отчетов о работе полевых и тыловых медицинских учреждений.

Между тем эти материалы, как в зеркале, отражают нашу работу по медицинскому обслуживанию войск, показывая на конкретных фактах положительные и отрицательные в ней моменты, фиксируя практический опыт данного учреждения за определенное время в условиях определенной боевой оперативно-тактической обстановки. Не изучая и не обобщая на основе критического анализа доклады и отчеты с мест, нельзя достигнуть больших успехов в области правильного руководства и управления полевыми и тыловыми медицинскими учреждениями, равно как и в области изыскания наилучших методов лечебной и профилактической работы в войсках. Изучение и умелое использование поступающих с фронтов и из округов материалов может стать одним из действенных рычагов в повседневном совершенствовании военно-врачебного искусства при условии, если все лучшее, подкрепленное опытом, будет во-время сделано достоянием широкой массы наших врачей.

Многие ценные материалы, к сожалению, залеживаются в шкафах наших управлений и отделов как в центре, так и на местах без всякого движения. Руководящие работники, которым адресованы эти материалы, будучи зачастую всецело поглощены «текучкой», забывают о них, не думая о том, что чрезвычайно полезно для дела было бы привлечь к их разработке квалифицированных специалистов.

Наши войсковые и полевые медицинские учреждения, представляя свои отчеты, совершенно законно, но тщетно ожидают критических указаний со стороны руководящих работников, одобрения или осуждения своего опыта, сообщения о лучших образцах работы медицинских учреждений других армий, фронтов и округов.

Вместе с тем нельзя не отметить, что мы еще редко встречаем на страницах центрального «Военно-медицинского журнала» фамилии наших руководящих санитарных начальников и главных специалистов. А они, несомненно, на основе богатого опыта войны могли бы показать широким кругам медицинских работников те достижения, которые мы имеем по всем разделам военной медицины, и в то же время — предостеречь от наметившихся типичных ошибок и промахов в нашей работе.

Нам кажется также, что пришло уже время (и не надо его упускать) обстоятельных статей, брошюр и монографий по таким важнейшим вопросам, как медико-санитарное, хирургическое, противоэпидемическое обеспечение отдельных армейских и фронтовых наступательных операций.

Не изучая опыта войны и не делая из него необходимых выводов, нельзя должным образом организовать лечение и эвакуацию раненых. Знакомясь с документами прошлого, мы убеждаемся, какое исключительное значение придавал гениальный русский хирург Н. И. Пирогов собиранию исторического материала, его критическому анализу и обобщению. Его «Севастопольские письма»

1854—1855 гг. и «Дневник старого врача» красноречиво говорят о том, как бережно относился он к историческим фактам, имея в виду большую пользу, какую они могут принести молодому поколению. Замечательный пример того, как нужно изучать опыт войны, показывает его «Отчет о посещениях военно-санитарных учреждений в Германии, Лотарингии и Эльзасе в 1870 г.». Детально изучив опыт прусской войны, Н. И. Пирогов с большой полнотой описал организацию медицинского обслуживания действовавших в то время войск, положительные и отрицательные стороны работы военно-санитарного ведомства воевавших стран. На основе тщательного анализа приведенного материала он сделал поучительные выводы для отечественной военной медицины.

Многие из его высказываний не потеряли своей актуальности и в наше время. В соответствии с современными условиями и требованиями они нашли свое практическое применение в дни Великой отечественной войны, и их неуклонное проведение немало способствовало тем достижениям советской военной медицины, которые признаются далеко за пределами нашего отечества.

О том, какое значение имеет правильно учтенный опыт войны, наглядно свидетельствуют большие штатно-организационные изменения, происшедшие в структуре нашей санитарной службы со времени советско-финляндской войны 1939—1940 гг. Изучение опыта боев на Хасане, Халхин-Голе и в Финляндии дало нам возможность пересмотреть ряд принципиальных установок военной медицины.

История войн убедительно показывает, что ни одна санитарная служба, вступая в войну, не имела единой военно-полевой медицинской доктрины. Что это так, мы знаем из истории первой мировой войны, когда масштабы войны заставили французов и немцев серьезно беспокоиться об установлении единого языка. Различные конференции и съезды, устраиваемые ими, все же не дали должных результатов, налицо были расхождения, в особенности по такому важному вопросу, как первичная обработка и первичный шов. Не лучше дело обстояло и в русской армии. Санитарная служба вышла на войну без достаточно продуманной системы лечебно-эвакуационного обслуживания войск, без наличия каких бы то ни было единых установок в деле лечения раненых и возвращения их в строй. В силу этого возврат раненых в русской армии равнялся только 40%.

Наше военно-санитарное руководство, учтя опыт медицинского обслуживания русской и иностранных армий, а также боевых действий на реке Халхин-Гол и в Финляндии, выработало единую военно-полевую медицинскую доктрину, вооружив ею кадры военных медиков.

Первым документом, регламентирующим работу войсковых хирургов, были «Указания по военно-полевой хирургии», вышедшие в свет тотчас же после начала войны — в июле 1941 г. Этот документ, действующий и поныне, воспитал наших хирургов, помог установить единый взгляд на происхождение и развитие болезней, на методы их профилактики и лечения, обусловив в то же время

единое понимание принципов хирургической работы в полевой санитарной службе.

Непрерывно накапливающийся опыт войны вскоре же потребовал внесения в «Указания» ряда изменений и дополнений, что и было осуществлено во втором издании, опубликованном в апреле 1942 г.

Прямым продолжением «Указаний» являются «Инструкции по методам хирургического лечения» — для эвакуогоспиталей, которые, как известно, призваны завершать работу полевой санитарной службы по восстановлению здоровья раненых и быстрейшему возвращению их в строй.

Другим важным установочным документом было вышедшее тоже в начале Отечественной войны «Наставление по санитарной службе», показывающее организацию и взаимодействие отдельных полевых санитарных учреждений в войсковом районе.

Нельзя было, однако, ограничиться только этими руководящими документами. Требовалась еще широкая пропаганда основных установок единой военно-полевой медицинской доктрины, уточнение и изменение ряда положений на основе опыта текущей войны. С этой целью Главное военно-санитарное управление Красной Армии выпустило многочисленные инструкции, руководства и положения по лечебно-эвакуационному обслуживанию войск, по новым методам лечения.

Эта энергичная деятельность в области фиксации и популяризации многообразного опыта войны и меняющихся в зависимости от оперативно-тактической боевой обстановки условий работы находит живой отклик на периферии как в тыловых, так и во фронтовых учреждениях санитарной службы. Так, например, санитарным отделом Уральского военного округа (начальник отдела — полковник медицинской службы М. Г. Лазарев) на основе использования научно-исследовательского материала, сосредоточенного в эвакуогоспиталях округа, выпущено несколько сборников под общим названием «Санитарная служба в дни Отечественной войны». Санитарный отдел Сибирского военного округа (начальник отдела — полковник медицинской службы А. Н. Правдин) издал сборник научных работ лечебных учреждений округа.

Интенсивную деятельность в этом направлении развернуло Санитарное управление Ленинградского фронта (начальник — генерал-майор медицинской службы Д. Н. Верховский, главный хирург — генерал-майор заслуженный деятель науки профессор П. А. Куприянов). Здесь вышел в свет ряд сборников и отдельных трудов по различным вопросам лечебно-эвакуационного обслуживания армии, военно-полевой хирургии, противоэпидемической защиты войск и др.

Заслуживает особо быть отмеченной плодотворная научно-исследовательская работа, проводимая систематически и по заранее продуманному плану Распределительным эвакуационным пунктом (начальник — полковник медицинской службы С. Г. Сиверс). Здесь тоже издан ряд сборников по вопросам военно-полевой хирургии, терапии и рентгенологии и несколько монографий,

трактующих актуальные организационные и лечебные проблемы военной медицины.

В тех или других масштабах работа по исследованию, обобщению опыта санитарной службы и обмену им ведется во всех военных округах и на всех фронтах Великой отечественной войны.

Огромная роль в деле обобщения опыта военной медицины в Отечественной войне принадлежит Ученому медицинскому совету, на пленумах которого обсуждаются научно-практические вопросы военной медицины. Материалы его работ, издаваемые типографским способом, должны быть тщательно изучены медицинскими кадрами армии, ибо в них подводятся итоги нашей работы, намечаются дальнейшие пути развития нашего военно-врачебного искусства.

Научно-исследовательская работа, посвященная изучению и вопросам исследования текущего опыта военной медицины, проводится у нас в широких масштабах. Этой работой заняты не только наши научно-исследовательские институты, лаборатории, специальные кафедры и клиники в глубоком тылу, но также и многочисленные учреждения полевой санитарной службы.

Особенно следует отметить достижения в этой области на N-ском фронте, где главным хирургом генерал-майор медицинской службы заслуженный деятель науки профессор Н. Н. Еланский. В ноябре 1942 г. здесь был организован Ученый медицинский совет при Санитарном управлении фронта, на первом же своем пленуме, 10 ноября 1942 г., наметивший конкретный план научно-исследовательской работы на 1943 г. для лечебных учреждений фронта. К числу наиболее важных проблем этого плана относятся: организационные вопросы лечебно-эвакуационного обслуживания войск; профилактика, диагностика и лечение шока; асептика и антисептика в полевых условиях; лечение огнестрельных ран и переломов; ранняя диагностика и лечение анаэробной инфекции; ранения черепа, мозга, грудной клетки, живота и др. Большинство этих тем практически разработано, и результаты доложены на научных конференциях врачей фронта или изданы в виде отдельных сборников («Опыт врачей N-ского фронта» и др.), или же опубликованы на страницах журнала «Военно-санитарное дело».

Во всех санитарных учреждениях фронта и тыла ключом бьет живая творческая медицинская мысль, направленная на изыскание новых методов лечения раненых и больных воинов, на рационализацию и усовершенствование медицинской техники и способов ее использования; на всемерную экономию предметов медицинского снабжения. Из поступивших в этом плане в течение 1942 и 1943 гг. предложений фронтовых работников Главным военно-санитарным управлением Красной Армии одобрено и принято к использованию в практике санитарной службы восемьдесят. Около сорока предложений находится в стадии рассмотрения.

Наконец, одним из крупных событий в истории санитарной службы Красной Армии является создание в обстановке войны Музея военной медицины. В этом музее будет собрано все наибо-

лее значительное, по чему можно шаг за шагом проследить развитие и совершенствование отечественной военно-медицинской науки. Музей должен быть в центре нашего внимания. Наша обязанность — всемерно помогать этому учреждению, посылать сюда все те материалы, которые показывают славные дела наших санитарных работников.

«К сожалению,— указывает в своей директиве начальникам санитарных служб фронтов, армий, округов и войсковых соединений начальник Главвоенсанупра,— все еще мало принято мер, чтобы отразить... героические дела медицинской службы в ясной форме для последующего изучения. Исчезают многие детали, характеризующие условия и обстановку, в которых протекала деятельность отдельных лиц и учреждений службы в Великой отечественной войне советского народа против немецких захватчиков.

Обобщение богатейшего опыта военной медицины в Отечественной войне должно быть центром внимания военно-медицинских начальников всех степеней и главных специалистов фронтов и военных округов».

В целях систематического собирания и обобщения соответствующих материалов в этой директиве предлагается начальникам всех войсковых, полевых и тыловых военно-медицинских учреждений немедленно приступить к составлению истории каждого данного учреждения. Историческое описание должно быть начато кратким изложением хода формирования учреждения и характеристикой этапов его работы за время войны. В нем должны быть отражены деятельность учреждения по всем разделам военной медицины, героическая работа медицинских кадров и их рост. К описанию следует прилагать соответствующие схемы, статистические таблицы, вырезки из фронтовых и армейских газет, фотографии как характерных моментов из жизни учреждения, так и особо отличившихся санитарных работников. Описание рассчитано на две части, из которых первая должна быть закончена и представлена в Главное военно-санитарное управление 1 марта 1944 г.

Нужно помнить, что изучение опыта войны, составление истории санитарных учреждений должны не только иметь в виду будущих историков, но и преследовать более близкие, так сказать, «злободневные» цели. Уже сейчас в самом ходе войны нужно изучать материалы, касающиеся медицинского обслуживания каждой данной боевой операции, делать критические анализы их, учитывая положительные и отрицательные стороны деятельности санитарной службы, внедряя в свою практику то новое, что может еще более укрепить военно-медицинское дело, еще более улучшить организацию войскового здравоохранения.

Для популяризации лучших образцов работы военно-медицинской службы и быстрейшего обмена опытом нужно широко использовать армейскую и фронтовую печать, а также страницы центрального «Военно-медицинского журнала». На местах следует своими силами выпускать листовки, небольшие брошюры, знакомящие с новыми методами лечения и ценными рационализаторскими

предложениями по экономии в расходовании медикаментов и других предметов медицинского снабжения.

В госпиталях и полевых лечебных учреждениях надо широко практиковать конференции врачей и работников медицинского снабжения, обобщать опыт боевых действий, извлекать из него для себя уроки и доводить до сведения всех военных медиков как положительные образцы работы, так и допускаемые в тех или других случаях ошибки.

Всесторонне изучать опыт войны, умело и во-время использовать его — задача всех медицинских работников Красной Армии.



Генерал-майор медицинской службы Ф. А. ХОДОРКОВ

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННОЙ РАБОТЫ В ЗИМНИХ УСЛОВИЯХ

Успешные наступательные действия Красной Армии ставят перед санитарной службой ряд важных задач по медицинскому обеспечению войск. Эти задачи особенно осложняются зимними условиями работы.

В своем приказе № 309 от 7.XI.1943 товарищ Сталин указывает на необходимость «быстро подтягивать тылы».

Отставание лечебно-эвакуационных учреждений от войск зимой равносильно полному срыву медицинского обеспечения. Вся деятельность любого санитарного начальника, начиная с войскового и кончая тыловым районом, должна быть в первую очередь посвящена решению этой кардинальнейшей задачи — не отставать от войск.

Руководство Главного военно-санитарного управления Красной Армии в служебном письме указывало: «...важно одно, что эти госпитали должны перебрасываться вперед по мере передвижения войск. Работа этих госпиталей имеет большую специфику, требующую определенных организационных и практических навыков от личного состава. Размещение этих госпиталей будет связано с невероятными трудностями. То, что их придется часто разворачивать в крестьянских избах, — это аксиома, но что часто этого нельзя будет сделать и придется прибегать к землянкам, палаткам и т. д. это нужно твердо знать и быть к этому готовым».

Продвижение войск вперед изо дня в день, из недели в неделю на разное количество километров требует такой же систематической передвигки вперед лечебно-эвакуационных учреждений. Разница только в том, что если медсанбаты могут менять места своей дислокации каждые 2—3 дня, то полевые госпитали меняют их иногда раз в 6—8 дней, а эвакуационные госпитали значительно реже.

Таким образом, ежедневно значительное количество лечебно-эвакуационных учреждений находится в состоянии свертывания, в пути и развертывания, т. е. по сути дела теряется для практического использования. Так как средства санитарной службы во всех ее звеньях достаточно ограничены, то каждый день и час, сэкономленные на передислокации учреждений, дают огромный эффект.

Однако в ряде случаев наблюдается недостаточно серьезное отношение санитарных начальников к вопросам организации бы-

стрейшей передислокации учреждений и скорейшего введения их в строй. Например, при передислокации эвакогоспиталей фронтовой госпитальной базы не учитывается, что госпитали будут находиться в пути по железной дороге иногда до 1—2 месяцев. Все это время коллективы госпиталей и их материальное оснащение остаются мертвым капиталом. А ведь можно было бы основную медицинскую группу личного состава госпиталей с необходимым медицинским инструментарием быстро направить вперед и использовать на работе в других действующих и, как правило, перегруженных в это время госпиталях. Забывают и о том, что передислоцируемым госпиталям следует самим заботиться о подготовке для себя условий размещения. Брошенная вперед группа хозяйственных работников с подсобными рабочими могла бы за время движения госпиталя подготовить необходимые помещения, отремонтировать их, приспособить, завести топливо, подготовить продукты.

Работы по приспособлению и ремонту помещений для эвакогоспиталей всегда будет много, так как враг разрушает все, что может. Об этих трудностях предупреждал начальник Главвоенсанупра и требовал: «Если нет условий для размещения эвакогоспиталей, нужно их создавать».

Таким же важным является вопрос о преемственности в использовании помещений. Иногда эвакогоспитали, приходящие на место ГЛР или ППГ, застают голые помещения и должны начинать работу по их приспособлению заново. Больше того, иногда огромный труд, сделанный коллективом лечебно-эвакуационного учреждения по созданию условий для размещения раненых, тратится впустую с уходом этого учреждения, так как вновь приходящие учреждения ставятся санитарными начальниками в другое место без особых к тому оснований. Иногда лечебно-эвакуационные учреждения, имея свободное время, не используют его для развертывания такого количества мест, которое превышает их потребность, забывая, что сюда же могут прийти такие учреждения, которым потребуется значительно большая площадь, на которые не будут иметь времени для ее оснащения.

Помещения этапов санитарной эвакуации должны передаваться одним учреждением другому. Каждый начальник лечебно-эвакуационного учреждения, приспособляя помещение для своего учреждения, должен одновременно думать и о тех учреждениях, которые станут на его место.

В армии, где начальником санитарной службы т. Григорьев, работники медсанбатов, вооруженные пилами и топорами, часто продвигаются вместе с боевыми порядками войск. Это дает им возможность немедленно и максимально использовать в освобожденном населенном пункте сохранившийся жилой фонд или строительные материалы для подготовки помещений медсанбату. Часто эти работники принимали энергичнейшее участие в тушении пожаров и сохраняли значительное количество зданий, обеспечивая удовлетворительные условия для работы основных подразделений медсанбатов, вскоре прибывавших в данный населенный пункт.

Медицинская помощь на поле боя и организация выноса и вывоза раненых в войсковом районе

Основным вопросом работы войсковой санитарной службы в зимних условиях является своевременный вынос раненых с поля боя. Возможность отморожения делает каждую лишнюю задержку раненого на поле боя подчас более опасной, чем даже само ранение. Потеря крови, пониженная сопротивляемость организма вызывают очень тяжелые отморожения и простудные заболевания даже при небольших задержках в выносе раненых. В то же время большая насыщенность современных боев огневыми средствами, большие трудности маскировки зимой при равномерном снежном покрове сильно осложняют вынос раненых.

Для обеспечения своевременного их выноса необходимо наличие полного штатного количества санитаров-носильщиков, а в необходимых случаях и выделение дополнительных групп.

В январе 1942 г. начальник Главвоенсанупра, говоря об особенностях и трудностях обеспечения наступательных операций, указывал:

«Немедленный вынос раненых с поля боя сейчас диктуется зимним характером времени, морозами, а не опасностью оставить раненых врагу. Однако своевременный вынос раненых в условиях глубокого снега и бездорожья, как правило, будет возможным только при условии усиления санитаров-носильщиков бойцами».

Очень часто раненые, которые летом могли бы добраться до пункта самостоятельно, зимой нуждаются в помощи, ибо затрачиваемая ими на передвижение энергия может привести к быстрому истощению сил и ослаблению организма.

При оснащении санитаров зимой необходимо учитывать особые условия зимнего времени. Помимо перевязочного материала и средств иммобилизации, все санитары должны быть снабжены средствами, которые позволили бы утеплить поврежденную часть тела и согреть раненого (вата, шерстяные косынки, горячий чай, спирт). Этими средствами должны во всякое время располагать батальонные пункты медицинской помощи, которые необходимо бесперебойно снабжать и такими теплыми вещами, как ватные конверты, меховые одеяла и пр.

Обеспечение санитарных подразделений полков и дивизий лыжно-носилочными установками, волокушами, санками, значительно ускоряющими вынос и вывоз раненых, обязательно.

Практика медицинской работы в зимы 1941/42 и 1942/43 гг. показала огромное значение, которое трудно переоценить, работы подразделений санитарных собак. Санитарные начальники всех степеней на всех фронтах, где применялись санитарные собаки, дают блестящую оценку их работе. Своевременная подготовка упряжек на местах, тренировка собак, повседневный контакт с органами связи могут обеспечить нашу войсковую службу значительным количеством этого ценнейшего вида санитарного транспорта.

Санитарные собаки могут быть также использованы для розыска раненых, снабжения их горячим питьем и перевязочным материалом.

Начальники санитарных служб полков и дивизий, планируя вынос раненых с поля боя, должны обязательно предусматривать создание гнезд раненых и их обозначения. Хорошо себя зарекомендовали специальные указатели в виде дощечек. Командиры санитарных взводов, батальонов должны заранее намечать на местности возможные гнезда, устанавливая места укрытия от ветра, широко используя для этой цели окопы, блиндажи и траншеи тех наших подразделений, которые уходят вперед в процессе наступления.

Огромное протяжение фронта представляет разнообразные условия для действия наших войск. На ряде фронтов в течение зимы могут иметь место достаточно долгие периоды оттепели, появление грязи, распутица, когда вынос раненых с поля боя становится еще более трудным, чем при наличии хорошего снежного покрова. Только постоянное проявление инициативы, изобретательности позволяет организовать вынос раненых в любых условиях. Так, например, на 4-м Украинском фронте возникла необходимость организовать вынос раненых через Сиваш, а в другом месте — через пески. В первом случае использование деревянных волокуш, прицепленных по 3—4 к лошади, позволило сравнительно быстро доставлять раненых на берег; во втором очень хорошо зарекомендовали себя те же волокуши, но подбитые железными листами.

Надо широко использовать изобретательность и сметку санитарного персонала, создавая из подручных средств те виды транспорта, которые позволили бы своевременно вынести раненых в любых условиях боя и при любых атмосферных условиях.

Организация дальнейшей эвакуации раненых на полковые и дивизионные пункты медицинской помощи зимой особенно тесно связана с широким использованием конного транспорта. Конно-санитарные роты должны быть в первую очередь использованы для эвакуации наиболее тяжелых раненых. Постройка отепленных и отапливаемых кузовов на санитарных саях, создание подпрессоривающих приспособлений для носилок или использование соломы и сена создают вполне благоприятные условия для перевозки не на очень большие расстояния самых тяжелых раненых.

Большую часть раненых следует в пределах войскового района перевозить с использованием обратного порожняка войскового транспорта, подвозящего продовольствие и боеприпасы. Низкие температуры воздуха значительно осложняют использование этого транспорта и поэтому требуют специальных мероприятий. Например, в зимних условиях совершенно недопустимо отправлять раненых на войсковом транспорте без укрытия их теплыми вещами, без снабжения горячим питьем, без сопровождения со стороны медицинского персонала. В то же время должен быть организован быстрый возврат в соответствующие санитарные подразделения медицинского персонала и теплых вещей. В этих же целях рекомендуется колонне войскового порожняка, который используется для перевозки раненых, придавать от 1 до 3 саней, принадлежащих санитарным органам, в виде групп сопровождения, которые в пунктах выгрузки забирали бы персонал и имущество и возвра-

щались к себе. Необходимо избегать использования для эвакуации раненых одиночно следующих саней в силу невозможности обеспечить раненых укрытием и сопровождающим персоналом.

Широкое использование обратного войскового порожняка возможно только при наличии необходимого контакта с органами тыла, которые, как правило, могут полностью обеспечить нужды войсковой санитарной службы.

Особенности лечебно-эвакуационной работы в армейском районе

В организации эвакуации раненых зимой, уже начиная с батальонного пункта медицинской помощи, особо важной является тщательно продуманная система мероприятий по профилактике шока. Зимой больше, чем в другое время года, необходимо применять впрыскивание морфина в целях обезболивания. Более тщательно, чем когда бы то ни было, следует проводить иммобилизацию. Более широк должен быть ассортимент средств согревания раненых, так как низкая температура резко снижает сопротивляемость организма и благоприятствует возникновению шока.

Разбирая вопрос о том, где должна оказываться основная хирургическая помощь в зимних условиях, начальник Главвоенсанупра пишет:

«Вследствие глубокого снега, бездорожья доставка раненого в медсанбаты сопряжена с большими трудностями и будет осуществляться в основной своей массе в промежуток времени от 6 до 15 часов с момента ранения. В этих условиях первичная хирургическая обработка основной массы раненых должна производиться в медсанбате. Учитывая темпы наступательных операций, медсанбаты будут вынуждены менять место работы максимум один раз в сутки, а следовательно, будут вынуждены известное время работать одновременно на двух площадках. Чтобы медсанбаты могли непрерывно следовать за своими соединениями и справляться с большим объемом хирургической работы, они должны чувствовать своими пятками непрерывную поступь вперед полевых подвижных армейских госпиталей».

Следовательно, в зимней наступательной операции выделение ППГ первой линии с задачей хирургической обработки тех раненых, которым не могут обеспечить этой обработки медсанбаты, является обязательным условием, обеспечивающим своевременную помощь большому количеству раненых.

Организация сортировки

«Пора понять, — пишет начальник Главвоенсанупра, — что медицинская сортировка в медико-санитарных батальонах и в ППГ первой линии должна иметь законченный характер, который, заключается в том, что раненый, подвергаясь хирургической обработке, получал бы четкое направление в карточке передового района в нужный госпиталь, с указанием места дислокации этого госпиталя и транспортом был бы направлен именно в этот пункт, минуя промежуточные этапы».

Если во все времена года правильная организация сортировки раненых и больных на этапах эвакуации является важнейшей задачей, то зимой недостатки сортировки раненых, в особенности в армейском районе, могут иметь самые тяжелые последствия. Лишний этап, задержка в доставке раненого в то учреждение, где ему должна быть оказана необходимая помощь, просчеты и дефекты в организации эвакуации по назначению часто ведут зимой к непоправимым потерям.

Практика работы на Северо-Кавказском, Западном, Брянском и других фронтах показала огромную значимость организации распределительных постов. Выдвинутый впереди медсанбата распределительный пост позволяет сразу делить потоки раненых на носильных и ходячих, на легко и тяжело раненых и направлять их в соответствующие подразделения медико-санитарного батальона. При наличии по соседству двух медсанбатов такой распределительный пост дает возможность проводить равномерную загрузку обоих этих учреждений.

Сейчас уже как будто не вызывает никаких сомнений преимущество расположения полевых госпиталей группами, кустами в определенных районах, с обеспечением в них необходимой помощи по узким специальностям для легко раненых, для терапевтических и инфекционных больных. Условия театра военных действий, необходимость, в особенности зимой, широко использовать наличные возможности жилого фонда приводят к тому, что такие группы располагаются на площади в несколько квадратных километров. В таких условиях особенно необходима организация распределения раневых уже на подходе к этим кустам. Организация на пути подвоза распределительного поста позволяет прямо на подводах, на машинах путем просмотра документов, опроса сопровождающих лиц организовать направление раненых и больных в то лечебное учреждение, какое им необходимо по характеру заболевания. Состав распределительных постов можно вариировать в зависимости от количества обслуживаемых ими учреждений, от количества раненых и больных, поступающих в данный куст. Во главе распределительного поста должен находиться врач или хорошо подготовленный фельдшер. В его распоряжении должно быть достаточное количество санитаров для сопровождения колонн, групп и отдельных машин в назначенный им госпиталь. Пост необходимо все время и полностью информировать о загрузке лечебных учреждений данного куста.

Следующим элементом, обеспечивающим правильную сортировку и оказание помощи в зависимости от тяжести ранения, является обязательная организация во всех полевых учреждениях приемно-сортировочных отделений, мощных перевязочных блоков и эвакуоотделений. В каждом приемно-сортировочном отделении должна проводиться медицинская сортировка, санитарная обработка, дезинфекция и заполнение медицинских документов.

Практика обеспечения ноябрьских боев на Западном и 1-м Прибалтийском фронтах показала полную возможность организации санитарных пропускников в каждом полевом госпитале и медсан-

бате. Характер медицинской работы медсанбатов и полевых госпиталей диктует необходимость в первую очередь организации мощных перевязочных на 8—12 столов с поточной системой работы, с обслуживанием одним врачом 2—3 перевязочных столов, а одной перевязочной сестрой — 4—5 столов. Важность такой организации очень часто недооценивается, и перевязочная организуется в палатках ДМП, где один вход наглухо закрыт, где встречные потоки обработанных и необработанных раненых создают толчею, закупорку проходов и задержку в отношении хирургической обработки.

Наличие эвакуационных отделений обязательно для контроля за состоянием эвакуируемых, для ускорения погрузки на эвакуационный транспорт и для освобождения персонала, обслуживающего еще не обработанных раненых.

Эвакуация раненых зимой в армейском районе на конном и автомобильном транспорте требует обязательного создания перевязочно-обогревательных пунктов не реже чем на каждые 15—20 км грунтового пути. На этих пунктах, разворачиваемых органами военно-дорожной службы, должно быть обеспечено питание, обогревание раненых и минимальная медицинская помощь, для чего создаются перевязочные и помещения для размещения раненых, отяжелевших в пути. Медицинский персонал этих пунктов должен быть ориентирован о порядке вызова специального транспорта и о пунктах дислокации ближайших лечебных учреждений для направления этих отяжелевших раненых. Если эвакуация проводится по дорогам, где нет организации военно-дорожной службы, то перевязочно-обогревательные пункты должны разворачиваться силами и распоряжением соответствующих санитарных начальников.

Противоэпидемическая защита лечебно-эвакуационных учреждений

Особое внимание должно быть уделено вопросам противоэпидемической защиты лечебно-эвакуационных учреждений. Главной опасностью зимой является распространение сыпного тифа, почему энергичнейшие мероприятия должны быть направлены на борьбу со вшивостью.

Санитарные пропускники во всех лечебных учреждениях, организация своими силами дезинфекционных камер, наличие запасов антипаразитарных средств, качественная стирка белья, наличие запаса обменного фонда белья и обмундирования должны являться обязательным условием деятельности каждого лечебно-эвакуационного учреждения. Все госпитальные базы, а также наиболее крупные, лечебные учреждения должны распоряжениями соответствующих противоэпидемических органов обеспечиваться штатными средствами противоэпидемической защиты (подразделения или целые обмывочно-дезинфекционные роты). Для обслуживания раненых и больных необходимо широко использовать обмывочно-дезинфекционную технику, свободную от работы в войсках. Армейские и фронтовые эпидемиологи должны значительную часть своей работы посвящать помощи лечебно-эвакуационным органам и учреждениям в организации противоэпидемической защиты.

Эвакуация железнодорожным транспортом и работа ФГБ

Весьма сложным элементом лечебно-эвакуационной работы зимой является эвакуация раненых и больных по железной дороге. Ограниченность железнодорожных путей, прилегающих к армейским районам, и их, как правило, незначительная пропускная способность, большое количество оперативных перевозок делают обычно весьма затруднительным продвижение штатных средств санитарной железнодорожной эвакуации (ВВСП и санлетучек) к пунктам погрузки. Санитарная служба вынуждена часто пользоваться обратным железнодорожным порожняком для вывоза раненых из армейского района. Использование обратного порожняка требует большого напряжения сил и внимания со стороны санитарных органов, так как вагоны обычно бывают холодными, для перевозки раненых не приспособленными, и лечебно-эвакуационные учреждения вынуждены выделять из своих штатных средств персонал и имущество для оснащения порожняка.

При производстве расчетов движения таких нештатных санитарных летучек всегда следует учитывать вынужденную медленность их следования и обеспечивать их продуктами и перевязочными материалами в достаточном количестве. Для скорейшего возврата персонала, имущества и предметов ухода, направленных с такими летучками, необходимо в пунктах выгрузки концентрировать их в одном вагоне и добиваться прицепки этого вагона к первому составу, идущему в сторону фронта, что предусмотрено приказами НКПС № 852/Ц от 2.XII.1943 и начальника тыла Красной Армии № 0104 от 30.XI.1943 (§ 3).

Пользуясь вынужденно обратным товарным порожняком, работники санитарной службы должны сделать максимум возможного, чтобы создать удовлетворительные условия пребывания раненых в этих вагонах. С помощью органов ВОСО и НКПС необходимо отбирать вагоны без щелей, с хорошо пригнанными дверями, закрывать углы, стены соломенными матами, обязательно обеспечивать каждый вагон печкой и запасом топлива, выделять достаточное количество предметов ухода (поильники, грелки, подкладные судна, мочеприемники, ведра) и теплых вещей.

При всех условиях тяжело раненых, требующих особого внимания и ухода, необходимо размещать в отдельных вагонах и обеспечивать большим количеством персонала и средств.

В целях максимального сокращения сроков пребывания раненых в санитарных летучках начальникам этих летучек следует выделять инициативных и энергичных людей, которые через линейные органы ВОСО и НКПС добивались бы скорейшего продвижения летучки и своевременно информировали бы последующие этапы, пункты выгрузки о дальнейшем направлении состава. При малейшей к тому возможности желательно контингенты более тяжелых раненых перевозить в специальных вагонах штатных санитарных поездов. Своевременная информация пунктов выгрузки о характере контингентов, следующих в санитарных поездах и летучках, позволит обеспечить скорейшую доставку раненых в ле-

чебные учреждения в соответствии с характером повреждения. В пунктах выгрузки временных поездов и санитарных летучек (во фронтовой госпитальной базе) необходимо вновь внимательно проверять санитарное состояние прибывающих раненых и больных и проводить тщательную их санитарную обработку, не допуская заноса вшивости в эвакуогоспитали фронтовых госпитальных баз.

При больших потоках раненых в проведение санитарной обработки, помимо санитарных пропускников сортировочных госпиталей, надо включать и обмывочно-дезинфекционные средства самих госпиталей путем непосредственного направления из привокзальных эвакуприемников раненых в эвакуогоспитали. Делать это следует при наличии твердо установленного диагноза и с учетом пропускной способности госпитальных пропускников.

В целях контроля за качеством работы госпиталей фронтовой госпитальной базы, недопущения эвакуации в тыл раненых с дефектами в медицинской и санитарной обработке, а также в медицинской документации в каждом кусте фронтовой госпитальной базы необходимо организовать контрольно-эвакуационные госпитали. Всю эвакуацию в тыл постоянными санитарными поездами следует производить только через эти контрольные эвакуационные госпитали.

Созданные по указанию Главного военно-санитарного управления Красной Армии такие госпитали вначале в Москве, а затем и во многих других пунктах (в Курске, Рязани, Саратове и др.), сыграли огромную роль в выявлении и устранении дефектов работы медицинских учреждений.

Чем тяжелее обстановка во фронтовой госпитальной базе, чем больше загрузка коечной сети, чем больше объем работы по приему и эвакуации раненых, тем больше вырастает значение контрольных эвакуационных госпиталей в борьбе с дефектами по обслуживанию раненых. Своевременные сигналы контрольных эвакуационных госпиталей соответствующим эвакуогоспиталиям и эвакуопунктам позволяют немедленно оперативно вмешиваться в деятельность этих госпиталей и быстро устранять обнаруженные недостатки.

Фронтовые госпитальные базы требуют повседневного пристального внимания со стороны санитарных управлений фронтов.

Передвижка значительного количества госпиталей фронтовых госпитальных баз создает известные затруднения, особенно в обеспечении их топливом и овощами. При планировании передислокации госпиталей необходим теснейший контакт с квартирно-экс-плоатационными и продовольственными органами в целях своевременного завоза топлива и овощей в пункты новой дислокации и обеспечения в дальнейшем бесперебойного снабжения госпиталей.

Спаянные дружной работой коллективы лечебно-эвакуационных учреждений Красной Армии сумеют в третью, решающую, зиму Великой отечественной войны с честью справиться с возложенными на них задачами.



ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ЛЬДОМ ДЛЯ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТЕЙ

В прошлом году группа американских ученых (F. M. Allen, L. W. Grossman, V. Hurley and C. E. Warden) закончила ряд подготовительных работ, обеспечивших успешное применение чрезвычайно простого, но в то же время замечательного способа обезболивания при производстве ампутаций: охлаждение тающим льдом дистально от наложенного резинового жгута. Главным идейным автором метода является Аллен.

Я не буду цитировать весьма интересные исследования этих нью-йоркских ученых, касающиеся состояния и участи различных тканей при наложении жгута и выключении кровообращения, а также полученных ими данных о влиянии повышенной или, наоборот, пониженной температуры на ткани и органы при временно выключенной или редуцированной васкуляризации. Эти данные сами по себе интересны и, несомненно, могли служить хорошей вспомогательной базой для выработки нового метода обезболивания, вернее сказать, для того, чтобы научно мотивировать безвредность для жизни и регенерации человеческих тканей значительного охлаждения их при выключенном кровообращении.

Так родился новый способ обезболивания для ампутации конечностей. Новизна его, разумеется, относительна.

Еще в XVI веке Ambroise Paré (1509—1590), истинный гений военно-полевой хирургии, прославившийся больше всего своими работами по лечению именно огнестрельных ран и переломов; а также техникой ампутаций и вычленений, прочно ввел в тогдашнюю хирургию два принципа: 1) лигатуру кровеносных сосудов взамен практиковавшегося прижигания их и 2) тугую перетяжку конечностей с целью обезболивания перед ампутацией, так называемую *ligatura fortis*. За неимением лучшего обезболивания приходилось мириться на этом.

Сама техника сдавления нервов проделала несколько этапов и вариантов. Van Swieten и Theden добились сильного придавливания, распределяющегося отдельными частями на всю конечность, Juvet же считал, что достаточно местной перетяжки выше линии опиала. Этот метод прочно привился у французских авторов и продержался вплоть до открытия эфирного наркоза. И если Desault отказался от него, опасаясь гангрены, то через 30 лет после него Velpeau и Liegard вновь очень хвалили обезболивающее действие перетяжки конечностей.

В Англии J. Moore сконструировал особый аппарат, с помощью которого действием винтовых пелотов можно было отдельно придавливать сзади седалищный нерв, а спереди бедренный, не нарушая кровообращения и тем гарантируя ногу от омертвения. Способ этот хвалил B. Bell и даже сам знаменитый John Hunter. Например, Malgaigne отмечал, что, помимо силь-

ного венозного застоя, сдавление нервов пелотами само причиняет мучительные боли.

Применение холода как фактора обезболиваниялось много позже метода перетяжек. Однако Th. Berthol около середины XVI века пробовал хирургическое обложение холодом, ссылаясь на советы своего учителя, неаполитанского хирурга Marco Aurelio Severino. После течения трех веков нет аналогичных работ с охлаждением только Джон Хентер в Англии начал анестезировать уши с помощью охлаждающих смесей.

Клинические наблюдения над обезболивающим действием холода были впервые опубликованы J. D. Larrey, главноглавным хирургом армий Наполеона. После битвы при Эйлау (7—10 июля 1807 г.) Ларрей, ампутируя раненых при температуре от 30 до 35°С, отмечал полную потерю болевой чувствительности. Подобные наблюдения сделал и другой французский военный хирург Moricheau Voauvre, находившийся при отступавшей из наполеоновской армии.

Анестезирующее действие локального замораживания установлено еще позже Arnott (1848), Guérard, Richet окончательно работами Richardson (1866).

Практического значения эти работы иметь уже не могли по времени они совпали с открытием эфирных и хлорсннаркозов.

Последовавший поток прекрасных методов местной, спинной и спинальной анестезии, а также замечательных газовых, внутривенных и ректальных, возникавших и развивавшихся на протяжении почти целого столетия, полностью сменял прежние примитивные методы перетяжек и охлаждения.

Что же могло вновь выдвинуть идею обезболивания с помощью охлаждения в наш век, характеризующийся изобилием и расцветом методов хирургического обезболивания для любого случая и при каких угодно клинических условиях имеется богатый выбор анестезий на самые требовательные случаи.

Американские авторы прибегли к обезболиванию охлаждения для ампутаций бедер в случаях старческих гангреноз или же омертвений ног на почве эмболий и тромбозов у тяжело больных органическими пороками сердца, тоже чаще глубоких стариков. В подобных случаях прогноз ампутации плохой вследствие чрезвычайно тяжелого общего состояния с полной декомпенсацией сердечной деятельности. Эта задача выбора обезболивания очень ответственной и трудной.

Спинальная анестезия кажется рискованной из-за боязни колебаний кровяного давления при безнадежно расстроенной деятельности сердца.

Никакие виды общего наркоза недопустимы в глубокой старости короткое время, а неполное выключение болевой проводимости грозит серьезного, часто необратимого послеоперационного шока.

Что касается местной анестезии, то хотя путем терпеливых серийных инъекций во все слои и плоскости предстоящих разрезов удается чаще всего добиться достаточного обезболивания, тем не менее

дый трезвый хирург не будет спорить, что для ампутации бедер метод инфльтрационной анестезии не является ни удобным, ни совершенным способом.

Вот для таких-то специальных показаний, т. е. у глубоких старцев с гангренами ног и септическим состоянием, при полной сердечной декомпенсации, не позволяющей им лежать ни на спине, ни на боку и вынуждающей их оперироваться в полусидячем положении, — больных, для которых любая дополнительная наркотная интоксикация может оказаться непереносимой, замораживание конечности льдом могло являться неплохим выходом, если подобная анестезия окажется достаточной и не окажет вредного влияния на процессы заживления ампутационной культи.

Результаты получились превосходные не только в обоих этих отношениях, но также ввиду весьма низкой смертности, полученной американскими авторами в первой полусотне таких анестезий при ампутациях по поводу гангрен. Не имея в то время (1942 г.) собственного опыта при других показаниях к ампутациям, американские авторы высказали надежду, что анестезия охлаждением сможет быть использована также и при острой промышленной и транспортной травме, а также при огнестрельных раздроблениях на войне.

Я тоже не располагаю пока личным опытом в производстве ампутаций под охлаждением на фронте. Однако публикуемые ниже результаты наших операций при тяжелейшей трамвайно-железнодорожной травме позволяют сделать весьма важные практические выводы и небезынтересные теоретические догадки. Кроме того, я располагаю небольшой серией ампутаций бедер, сделанных в госпитальном отделении нашей клиники раненым бойцам по поводу тяжелых септических состояний или «раневой чахотки» в поздние сроки — обычно через 2—4 месяца после огнестрельных переломов.

* * *

Техника обезболивания охлаждением показана на прилагаемых рисунках и не нуждается в больших комментариях.

Прежде чем накладывать на конечность жгут, избранное место предварительно охлаждают в течение 15—20 минут тремя резиновыми мешками со льдом (рис. 1). Жгутом служит полудюймовая

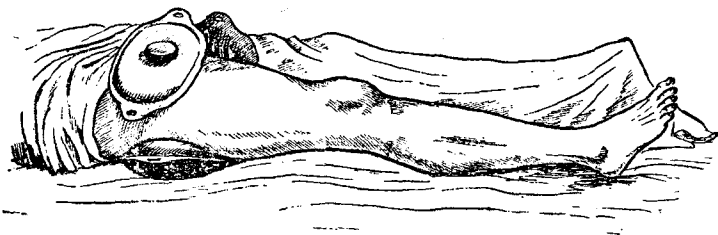


Рис. 1

резиновая трубка из мягкого каучука, например, желудочный зонд. Мы также успешно пользовались плоским эсмарховским

резиновым бинтом, только сложенным по длине, т. е. удвоенной толщины.

Перетягивать конечность надо настолько, чтобы только прекратилось кровообращение. Стягивать жгут надо деликатно, избегая образования складок кожи. Два последующих тура жгута желательно располагать не рядом, а один поверх другого, чтобы они занимали максимально узкое пространство на поверхности конечности. Концы резинового жгута не связывают один с другим, а закрепляют прочным торсионным зажимом, который укладывают проксимально, чтобы не мешал при операции.

После этого всю конечность обкладывают мелко колотым льдом, уменяя его в клеенке (рис. 2). Надо следить, чтобы лед

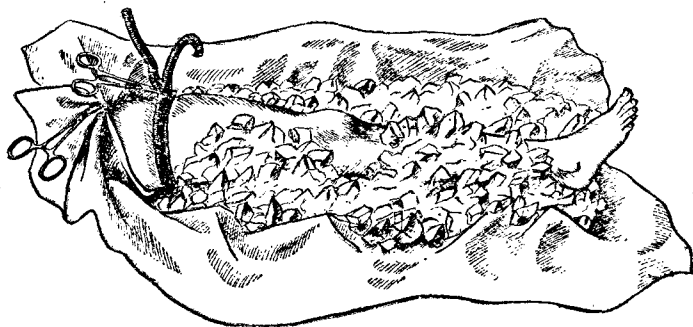


Рис. 2

покрыл конечность со всех сторон и прилегал возможно плотнее к коже. Это значит, что крупные куски льда не годятся, а лучше всего применять снег, особенно под заднюю поверхность бедра и голени. Если хорошо обложили заднюю поверхность, то надо не только обложить всю ногу с боков и спереди, но и необходимо следить, чтобы лед не сползал в стороны и не оставлял большую часть конечности без контактного охлаждения. Достигается это тем, что края клеенки сводят вместе и фиксируют какими-нибудь зажимами. Периферический край клеенки оформляют в виде жолоба для оттока талой воды; для этого головной конец кровати или носилки лучше немного приподнять (рис. 3).

Так охлаждают целую конечность. Если ампутируют ниже колена или дистально от локтя, а раненый может сидеть, то охлаждение проводят просто в ведре или ручной ванне с битым льдом (рис. 4 и 5). Талая вода покрывает всю поверхность конечности, причем не будет вредных воздушных пространств с их плохой теплопроводностью. Температура же талой воды достаточно низка для полного обезболивания.

Продолжительность охлаждения надо рассчитывать не на сроки наступления достаточной анестезии кожи, нерва и надкостницы, а на все время, потребное для окончания ампутации. Сроки 2—2½ часа охлаждения для высокой ампутации бедра являются подходящими при различно развитых мускулатуре и подкожном жиром

вом слое. Наши ассистенты за последнее время значительно сократили эти сроки, и чаще всего для ампутаций по Гритти и в нижней трети бедра охлаждают не более $1\frac{1}{2}$ часов. Сроки охлаждения и голеней, и предплечий сокращены до $1-1\frac{1}{2}$ часов.

При такой продолжительности охлаждения температура конечности обычно снижается до $7-10^{\circ}$ выше нуля. Литературные данные о критическом снижении температуры, ниже которой пре-

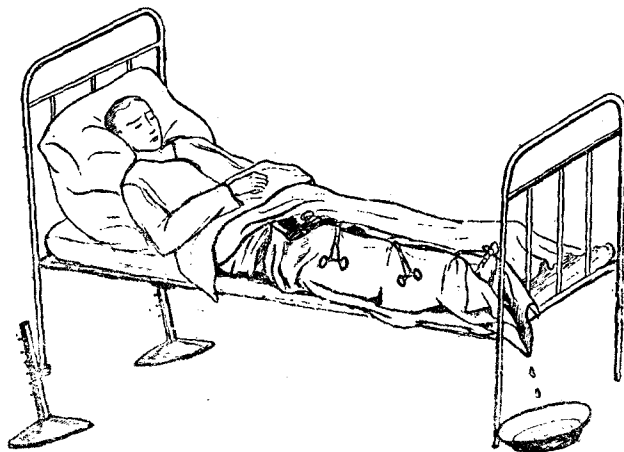


Рис. 3

кращается проводимость при охлаждении периферических нервов, довольно противоречивы, наши же прямые исследования еще не закончены. Но нет сомнения, что болевая и иная проводимость в периферических нервах парализуется гораздо раньше, чем дости-

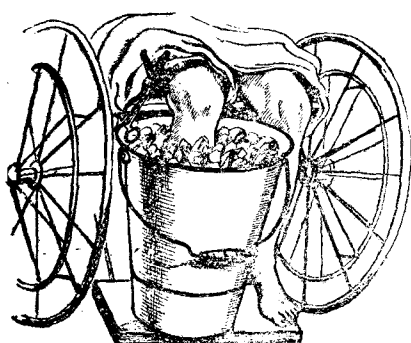


Рис. 4

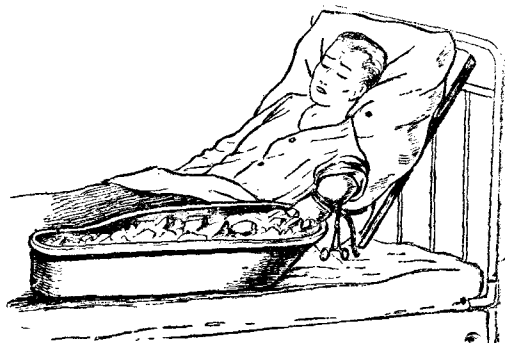


Рис. 5

гается вышеуказанное снижение температуры. Эти температурные данные были добыты д-ром С. В. Лобачевым путем прямых измерений маленькими стерильными термометрами в различных мышечных слоях в момент ампутационных циркулярных разрезов. Чаще

всего температура оказывалась около 10° выше нуля. При такой температуре анестезия бывала абсолютно полной.

Мне кажется, что все же не следует стремиться выгадывать полчаса, особенно в тяжелых случаях. В трех случаях двусторонних ампутаций бедер, произведенных мной лично, конечности охлаждались от 2½ до 3 часов; анестезия была абсолютной, идеальной до самого конца операций; все ампутации протекли гладко и закончились благополучно, несмотря на тяжелейшее состояние шока, в котором все пострадавшие были доставлены с улицы.

Эти лишние 15—30 минут охлаждения позволяют не так торопиться после снятия льда при переноске пациентов на операционный стол, когда приступят к очистке в дезинфекции кожи. Мы обрабатываем кожу обычным спиртовым раствором йода, но стремимся предварительно посуше вытереть операционное поле мягким полотенцем, чтобы смешение спиртового раствора с талой водой не создавало нежелательного согревания.

Закончив охлаждение, приносят стерильное белье и делают ампутацию или вычленение по наиболее подходящему способу.

С июля по ноябрь 1943 г. в нашей клинике в Институте им. Склифосовского по этому методу было ампутировано 120 конечностей у 106 человек. Они составляют три отдельные группы. Наибольшая из них — промышленные и уличные травмы — включает 92 человек, которым ампутировано 106 конечностей.

	Бедро	Голень	Плечо	Пред- плечье
Мужчины	20	22	3	8
Женщины	14	19	—	6
Всего	34	41	3	14

Двусторонних ампутаций бедер было сделано девять, а двусторонних ампутаций голеней — пять.

Вторая группа состоит из 10 раненых бойцов. Им было ампутировано 9 бедер и 1 голень по поводу септического состояния, вторичных кровотечений из незаживших ран или по поводу «раневой чахотки».

Отдельно значатся четверо, которым были ампутированы бедра по поводу старческих, диабетических гангрен или некроза на почве эмболий у тяжелых больных с сердечными пороками.

Что касается качества анестезии, то у 81 больного она расценена как отличная, т. е. в течение всей операции больные не предъявляли ни малейших жалоб. У 22 анестезия аттестована как хорошая; у них отмечены небольшие ощущения при перерезке крупных нервов или при соскабливании надкостницы распатором. В этой группе не только не пришлось прибегать к наркозу или дополнительной анестезии новокаином, но и жалобы больных были очень умеренны и, вероятно, диктовались больше опасением, что станет больнее.

Три раза получилась полная неудача: у одного жгут ослаб и наступило остановка кровообращения; другой больной выдернул

ногу из льда и держал ее лишь поверх ледяной кучи; у третьего наши ассистенты попробовали охладить ногу без жгута, одним льдом; из этого, разумеется, ничего не вышло и больному пришлось дать эфирный наркоз.

Надо заметить, что *excrementi causa* ни одному больному не было сделано никаких наркотических инъекций, т. е. ни морфина, ни пантопона. Теперь, поскольку испытание метода мы считаем законченным, дано распоряжение об обязательном назначении морфина с самого начала подготовки анестезии. А так как у многих из этих больных вследствие шока сильно редуцировано кровообращение, т. е. резко понижена способность всасывания растворов, вводимых под кожу, то впрыскивания морфина лучше делать внутривенно.

Морфинные инъекции мы намерены впредь делать не потому, что анестезии охлаждением якобы оказались недостаточными, а только из чисто гуманных побуждений и как дополнительное, весьма действенное средство борьбы с имеющимся травматическим шоком.

Наши исходы допускают еще две другие характеристики: течение заживления культей и послеоперационная смертность.

Десять ампутаций на септических конечностях не зашивались вовсе, а потому культы эти не интересны с точки зрения асептичности течения.

У 4 больных, ампутированных при гангренах, все протекало гладко при редких направляющих швах.

Наибольший интерес представляют 96 ампутированных культей, зашитых или совершенно наглухо, или с кратковременными резиновыми дренажами. Только в четырех из них наступило нагноение, потребовавшее снятия швов: на одном предплечье, одной голени и двух бедрах. Остальные 92 культы зажили первичным натяжением.

Итак, речи быть не может об ухудшении заживления или пониженной жизнеспособности тканей культы вследствие имевшего место охлаждения при выключенном кровообращении. И хотя во всех наших случаях раны перед зашиванием обильно припудривали белым стрептоцидом (к тому же нестерилизованным), тем не менее одному этому фактору нельзя приписать столь малое число нагноений. Нельзя ли допустить, что применявшийся холод не только не имел вредного действия на схлаждаемые ткани, но что, наоборот, он оказал, может быть, даже полезное влияние, обладая более эффективным тормозящим действием на изолированные одиночные клетки патогенных микробов, чем на клетки макроорганизма, сохранившие взаимосвязь и черпающие защитные силы из ресурсов всего человека?

Я не утверждаю этого, но допускаю как вероятность. На этом, быть может, и основан несомненно полезный эффект холода: во многих случаях начальных воспалительных явлений и готовящихся нагноений (например, аппендициты), и, может быть, действительно

есть смысл держать мешки со льдом поверх повязки на культе в течение 2—3 дней после операции, как то делали очень многие хирурги еще в доантисептическую эпоху. Помимо обезболивания, это продолжавшееся действие холода могло оказывать двойное влияние: во-первых, оно, несомненно, удержит кровообращение в заметном редуцированном объеме соответственно степени достигнутого охлаждения, как то было доказано Гирголавом и его школой, а вследствие этого уменьшится число поводов к образованию гематом из мелких неперевязанных сосудов и тем самым предотвратится одна из главнейших причин нагноений.

Во-вторых, не обладая грубым деструктивным действием на ткани, а лишь временно понижая их жизненные функции, продолжающееся после снятия жгута действие умеренного охлаждения способно, повидимому, в достаточной мере задерживать рост и размножение патогенных микроорганизмов.

Если изложенная мной концепция верна хотя бы в основном, то рекомендуемый метод охлаждения при ампутациях конечностей может найти особо целесообразное применение в случаях операций по поводу газовых флегмон. В этих случаях преимущества столь безвредного способа анестезии могут сочетаться если не с терапевтическим эффектом, то по крайней мере с выраженным тормозящим действием холода на возбудителя анаэробной инфекции. Может быть, такое двухчасовое охлаждение окажется все-таки полезным.

Для проверки возможной роли анестезии охлаждением в асептическом заживлении культей привожу данные об ампутациях, произведенных в Институте им. Склифосовского, представляющие все ампутации бедер, голеней и вычленений в коленном суставе по Гритти, произведенные по поводу тяжелой свежей травмы в первом полугодии 1943 г., во втором полугодии 1942 г. и за полный отчетный 1940 г.

	Январь— июнь 1943 г.	Июль—де- кабрь 1942 г.	Январь— декабрь 1940 г.	Всего
Ампутации бедер	17	18	16	51
» по Гритти	5	7	15	27
» голеней	20	24	35	79
Всего ампутаций . .	42	49	66	157
Нагноений	13	7	20	40=25,3%

Если вспомнить, что при охлаждении на 96 зашитых культей нагноение имело место только четыре раза, т. е. только 4% и небольшим, то разница отмечается громадная. И если даже допустить, что ампутациями под охлаждением интересовались как новинкой и их делали более опытные старшие ассистенты, то вряд ли одна улучшенная техника сама по себе могла уменьшить число нагноений во столько раз. Мне кажется, что метод обезболивания тут тоже сыграл немаловажную полезную роль. Я постараюсь показать это еще ярче и на еще более важном признаке — послеоперационной смертности.

Группа тяжелейших больных со старческими и эмболическими гангренами хотя смертей и не дала, но она слишком мала для того, чтобы делать какие-либо выводы. Зато у вышеуказанных американских авторов на последние три десятка из полусотни таких ампутаций при гангренах смертность снизилась до 3,50%.

Десяток наших ампутаций, сделанных у септических, раненых, тоже не очень убедителен численно. Но отсутствие смертей в этой группе лично меня очень радует, ибо по-своему все эти больные ампутированы, как всегда с большим опозданием, т. е. когда иссякла всякая надежда на возможность сохранить конечность, зато сильно ухудшились шансы спасти жизнь. Несколько случаев выздоровлений в этой группе граничили с чудом, и должны быть отнесены в значительной степени за счет идеальной, безвредной анестезии.

Для госпиталей глубокого тыла, где показания к поздним ампутациям у септических раненых довольно часты, этот метод обезболивания можно настойчиво рекомендовать. Он спасет много почти потерянных жизней.

В основной группе, включающей 92 человека с раздроблениями или отрывами конечностей, смертельных исходов было всего три: один ампутированный умер через 2 месяца от милиарного туберкулеза, а двое погибли в первые дни от сопутствующих смертельных повреждений головного мозга (обоим были произведены двусторонние ампутации бедер). Кроме этого, смертей не было.

Результат этот можно считать замечательным. При самом придиравом отношении позднюю смерть от милиарного туберкулеза у ампутированного с совершенно зажившей культей вряд ли можно ставить в прямую связь с перенесенной операцией и способом анестезии. Точно так же и обе смерти от проверенных на аутопсии значительных повреждений головного мозга отягощают собой исходы ампутаций не совсем справедливо. Но за вычетом этих случаев, смертности не получилось вовсе. И если даже отбросить 17 ампутаций верхних конечностей, которые действительно должны были бы пройти без смертельных исходов, то на 75 больных с 89 ампутациями нижних конечностей (в том числе девять двусторонних ампутаций бедер) смертность должна бы быть почти неизбежной и даже не слишком малой.

В этом легко убедиться, если обратиться к уже цитированным выше отчетам нашего института за предшествующий период. За те же самые годы послеоперационная смертность при ампутациях бедер и голеней оказалась следующей:

	Январь— июнь 1943 г.	Июль— декабрь 1942 г.	Январь— декабрь 1940 г.	Всего
Ампутации бедер				
» по Гритти	17+5=22	18+7=25	16+15=31	78
Умерло	6	11	8	25
Ампутации голеней	20	24	35	79
Умерло	1	1	5	7

Итак, из 156 ампутированных на нижних конечностях под общим эфирным наркозом или под местной анестезией новокаином умерло 32 человека. Мы прочли все скорбные листы и протоколы вскрытий и смогли разделить все смертельные исходы на три группы: 1) 13 человек погибли от травматического и послеоперационного шока; 2) 5 человек погибли от септических осложнений; 3) 14 человек погибли от комбинированной травмы нижних конечностей с повреждениями ребер, таза, черепа и т. п., тоже сопровождавшихся чаще всего тяжелым шоком.

Мы видим, что смертность при ампутациях нижних конечностей не только довольно значительна, но что одной из основных причин гибели пострадавших после операции является шок. Свои соображения по поводу возможности профилактики инфекции благодаря охлаждению я уже высказал, комментируя поразительно малое число нагноений. Попробую теперь сделать догадки о шоке, стремясь разгадать причину отсутствия смертей от этой классической причины у всех ампутированных нами под охлаждением.

Очень многим из наших пациентов, поступивших с раздроблением обеих конечностей в состоянии тяжелейшего шока (иногда без пульса на лучевых артериях), мы делали переливания 500—750 см³ трупной крови почти с неизменным непосредственным успехом. Эти трансфузии производились, пока пострадавшие лежали со жгутами и ледяным охлаждением в ожидании наступления полной анестезии. Таким образом, времени не терялось вовсе, ибо потребные для охлаждения 1½—2 часа использовались на определение группы крови, выбор и перекрестную пробу и самую трансфузию.

Итак, к моменту начала операции не только наступало полное обезболивание, но и значительно улучшалось кровообращение благодаря сделанному переливанию крови как противошоковому мероприятию. Общее состояние раненого тоже заметно улучшалось. Естественно, возникает вопрос: при чем же тут способ анестезии охлаждением, если состояние шока удалось побороть путем сделанной трансфузии еще до операции?

Но такие же трансфузии для предоперационной подготовки мы делали всем больным с тяжелым травматическим шоком, начиная с 1930 г. Как могучее антишоковое средство я горячо рекомендовал массивные трансфузии еще на XXI съезде российских хирургов. И если с той поры во многих книгах и статьях нам довелось многократно представлять и убедительную казуистику, и неплохие общие итоги борьбы с шоком помощью массивных трансфузий крови, то в случаях размокжений бедер окончательно спасти жизнь часто не удавалось. Это видно из анализа смертности: 13 из числа 22 умерших погибли от шока, т. е. от послеоперационного шока, вопреки повторным трансфузиям крови.

После сказанного не может быть сомнения в том, что именно анестезия охлаждением сама по себе способствует уменьшению смертности от шока среди ампутированных. Как это можно объяснить?

Будучи сторонником теории комплексного патогенеза травматического шока, я не склонен особо выдвигать каждую из вероятных причин в отдельности, а поэтому стремлюсь планировать и осуществлять лечебно-профилактические мероприятия не против отдельных, хотя бы даже и главных этиологических моментов, вызывающих шок, а обязательно против большинства таких вредных факторов. Анестезия охлаждением благоприятно решает по меньшей мере четыре из таких задач.

Во-первых, она не вносит сама по себе в организм никакой дополнительной интоксикации, столь нежелательной у больных в состоянии тяжелого шока. В этом смысле анестезия охлаждением не только превосходит все существующие медикаментозные способы анестезии, но поистине близка к идеалу.

Во-вторых, анестезия эта чрезвычайно полная, т. е. она действительно полностью исключает какую бы то ни было болевую, тактильную и все прочие виды нервной проводимости как по спинальным нервам, так и по симпатическим. Нужно ли напомнить, что недостаточно глубокий наркоз, сохраняющий у бессознательного больного проводимость по нервным стволам и по сосудистым сплетениям, является главной, если не единственной, причиной операционного шока?

Замечательные работы Крайля и Холстада еще 50 лет назад указали на категорическую необходимость дополнительной кокаиновой блокады крупных нервных стволов, проходящих в операционном поле у больных, находящихся в ингаляционном наркозе. С той поры факт этот стал классическим.

Но изолированно можно опрыскать только видимые, крупные нервные стволы; бесчисленное же количество мелких и мельчайших нервных проводников остается неблокированным. Точно так же остаются совершенно вне действия дополнительной блокады все многочисленные симпатические нервы, оплетающие перерезанные сосудистые стволы, подлежащие сдавливанию торсионными зажимами и грубой перетяжке лигатурами. Мудрено ли, что вся эта непосредственная травма бесчисленных нервных проводников всякого калибра не окажется без дурного влияния в смысле непосредственного операционного шока, наслаивающегося на уже имеющийся травматический шок, вызванный ранением.

Совсем иначе обстоит дело при анестезии охлаждением. Тут угасание нервной проводимости наступает очень равномерно, по мере снижения температуры. Полная потеря всякой нервной проводимости наступает, повидимому, довольно скоро, т. е. при относительно высокой еще температуре тканей, окружающих нерв. Прямые экспериментальные исследования на этот счет уже ставятся, и ответ будет получен в ближайшее время. Эти опыты покажут, что нами ампутации под охлаждением производятся с большим, если можно так выразиться, запасом переохлаждения. Такое переохлаждение диктуется необходимостью охладить самые глубокие, осевые части конечности, что достигается избыточным охлаждением более поверхностных слоев. Что такое остывание не приносит ущерба остающимся тканям культи, мы уже видели по

результатам заживлений и срастаний мышц. Здесь же я подчеркиваю полноту получаемой анестезии, гарантирующую от операционного шока.

В-третьих, мне кажется, что постепенное согревание культи после произведенной операции, обеспечивающее тоже медленное восстановление проводимости всех перерезанных нервов, служит важной гарантией против чрезмерного перераздражения воспринимающих мозговых центров, что должно бы неизбежно наступить, если бы общий наркоз или локальная блокада внезапно прекратила свое парализующее действие. Замедленное, постепенное восстановление проводимости обуславливается еще тем, что зона паралича у всех выключенных нервов весьма значительна по длине. Ведь если до отсечения конечности все нервы в ней были парализованы от линии жгута до самой периферии, то после ампутации все нервные проводники остаются выключенными по всей их длине внутри оставшейся культи, т. е. на довольно значительном протяжении.

Итак, вся масса нервных элементов является выключенной в культе до линии жгута. И на всем протяжении нервы станут медленно возвращать свою проводимость по мере согревания после снятия жгута. Такого тотального выключения всех нервных элементов внутри всей массы культи не могут обеспечить ни инфильтрационная анестезия по линии разреза, ни тем более проводниковая.

Четвертый полезный фактор в профилактике шока — это замедленное всасывание тканевых токсинов, могущих остаться в культе, дистально от жгута. Если продуктам клеточного распада как фактору, могущему вызвать шоковое состояние, ныне уделяется менее значительное место, чем то было в конце первой мировой войны, то совсем не считаться с этой теорией, по-моему, нет еще достаточных оснований. Наряду со многими другими этиологическими моментами я лично приемлю и этот фактор.

Итак, токсины, образовавшиеся в месте мышечных разможе-ний и в результате процессов протеолиза, могут скопиться в каком-то количестве в тканях ампутационной культи, дистально от наложенного жгута. Чем выше температура, тем быстрее и дальше идет процесс тканевого распада и размножение микробов внутри обширного очага травматических разрушений. Подо льдом все эти процессы полностью останавливаются, и можно допустить, что 2—2½ часа происходившего охлаждения в иных случаях не останутся бесполезными.

Но главным образом рассчитывают все же не на задержку продукции токсинов, а на замедленное всасывание их из культи тотчас после снятия жгута. В самом деле, если жгут снимается с теплой культи, то кровообращение восстанавливается почти мгновенно, а вместе с тем начинается быстрое всасывание и поступление токсических продуктов в общий ток кровообращения. И можно опасаться, что именно бурное поступление токсиче-

ских веществ, т. е. концентрированное действие их на сосудодвигательные и регулирующие центры головного мозга и вызывает снова те явления шока, с которыми до операции удалось было справиться благодаря переливанию крови.

Иное дело на охлажденной культе. Проф. С. С. Гирголаву в опытах на животных удавалось путем искусственного охлаждения конечностей до такой степени замедлить процессы всасывания, что животные могли благополучно переносить локальное приложение смертельных доз иприта.

После снятия жгута с культи в ее охлажденных тканях кровообращение возможно вначале только в самых крупных сосудах; не только капиллярная сеть, но и все мелкие сосуды в охлажденном состоянии не пропускают крови. Следовательно, и способность всасывания в культе после снятия жгута восстанавливается лишь постепенно, по мере согревания. В результате имевшиеся в культе токсины поступят в общий ток кровообращения очень медленно, в низкой концентрации, а вследствие этого не смогут оказать вредного действия на мозговые центры.

Таковы мои догадки, претендующие объяснить необыкновенное благополучие всех сделанных нами ампутаций под охлаждением в смысле отсутствия смертей от послеоперационного шока. Я не настаиваю на них, а предлагаю как правдоподобную гипотезу. Сами же факты неоспоримы и практически очень важны.

Анестезию эту можно рекомендовать как весьма ценное приобретение и в тылу, и на фронте. Она не требует никакой аппаратуры, кроме клеенки или чистого ведра. В зимнее время, при больших потоках раненых, нуждающихся в ампутациях, можно по нескольку человек выносить наружу, укрывши теплыми одеялами, а обреченные конечности со жгутами высунуть на снег и обложить льдом. Не следует оставлять такие конечности голыми, обрезаая их на замораживание морозным воздухом значительно ниже нуля, тогда действительно может случиться отморожение конечности в пределах будущей культи, которая вследствие этого, разумеется, некротизируется. При охлаждении снегом или льдом для такого отморожения условий нет. Это случилось бы только в случае чрезмерно долгого охлаждения и перетяжки жгутом. Делать этого, разумеется, никак нельзя, а жгут и лед держать дольше 3 часов недопустимо.



РУБЦОВЫЕ КОНТРАКТУРЫ ПОСЛЕ РАНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ И ОЖОГОВ В СВЕТЕ ЛЕЧЕБНО-ЭКСПЕРТНОЙ РАБОТЫ¹

Рубцовые контрактуры в настоящее время приобретают исключительно важное значение; они занимают ведущее место среди причин утраты боеспособности и трудоспособности при ранениях мягких тканей и военных ожогах.

По данным военно-врачебной комиссии Н-ского эвакуационного пункта за 1942 г., среди всех причин негодности к военной службе контрактуры стоят на первом месте (27,9%). Значительно меньший удельный вес имеют занимающие следующие места остеомиелит (15%) и повреждения периферических нервов (12%).

В свою очередь рубцовые контрактуры являются наиболее частыми среди прочих форм сведений суставов. По материалам военно-врачебной комиссии Н-ского эвакуационного пункта, из всех случаев контрактур на долю рубцовых падает 34,9%, тогда как многогенные отмечены в 25%, артрогенные — в 19,9%, невротические — в 11%.

Следует отметить, что в группе смешанных (комбинированных) контрактур, на долю которых приходится 8,3%, рубцовый компонент во многих случаях имеет главенствующее значение.

Помимо большой частоты рубцовых контрактур, как причины утраты боеспособности, значение их в настоящий момент определяется рядом особенностей, резко выделяющих их среди прочих видов контрактур. Они имеют ясный генез и четкую анатомическую локализованность, так как связаны с развитием плотной рубцовой ткани вблизи сустава.

Преобразование грануляционной ткани в грубую, плотную, неподатливую рубцовую ткань представляет собой процесс необратимый. Этим объясняется малая эффективность консервативного лечения сформировавшихся истинных рубцовых контрактур.

Однако общераспространенный взгляд на рубцовые контрактуры как на окончательный и неизбежный исход повреждения, не поддающийся и не подлежащий лечению, является совершенно неверным и должен быть решительно осужден. При современных успехах восстановительной хирургии мы имеем все возможности для успешной борьбы с рубцовыми контрактурами, что даст дополнительные резервы для армии и трудового фронта.

Профилактика рубцовых контрактур должна проводиться преимущественно активными хирургическими методами: вторичный шов, вторичное иссечение раны с глухим швом, ранние пересадки эпидермиса на свежие гранулирующие раны, иссечение длительно не заживающих ран в комбинации с кожной пластикой. Физиотера-

¹ Доложено 29.III.1943 на Окружной научной конференции Уральского военного округа по военно-врачебной экспертизе.

пия и плечевая физкультура при разбираемых формах контрактур имеют лишь вспомогательное значение.

Особенно коренной ломки требует хирургическая тактика в области лечения сформировавшихся рубцовых изменений суставов. Наш довольно значительный клинический опыт дает основание смело рекомендовать широкое применение в госпиталях оперативного устранения рубцовых контрактур. Однако следует подчеркнуть, что операцию необходимо производить возможно раньше, не ожидая полного заживления раны.

На основании собственных наблюдений мы можем утверждать, что своевременно (до развития тяжелых вторичных изменений суставного и сухожильного аппаратов) и правильно выполненная пластическая операция может возратить боеспособность и трудоспособность большинству раненых с истинными рубцовыми контрактурами независимо от их локализации. Надо попутно отметить, что проблема оперативного устранения рубцовых контрактур представляется довольно сложной. Рубцовые контрактуры отличаются большим клиническим разнообразием, имеют различные формы и степени поражения. Для их устранения должны применяться различные оперативные способы, число которых измеряется десятками.

Применявшиеся нами способы могут быть разбиты на три группы: 1) способы местной пластики, 2) способы, основанные на применении пересадки кожи на ножке, и 3) способы, связанные со свободной пересадкой кожи.

Простые способы первой группы дают полный успех лишь при сравнительно легких формах контрактур.

Отдаленная пластика с помощью филатовского стебля (или по типу «итальянской» пластики) показана лишь в особенно тяжелых случаях, так как отличается большой длительностью лечения.

Наибольшее значение при оперативном лечении рубцовых контрактур имеют способы, связанные со свободной пересадкой кожи во всю толщу. Этот вид пластики еще недавно считался капризной и ненадежной операцией. Разработанный нами способ свободной пересадки больших пластов кожи во всю толщу обеспечил в нашем материале (свыше 2000 наблюдений) приживление трансплантата во всех случаях.

Оперативное лечение рубцовых контрактур требует специальных знаний и опыта со стороны хирурга и соответствующей обстановки. Поэтому для получения наилучших результатов пластические операции по поводу контрактур должны проводиться в специальных отделениях (или госпиталях) восстановительной хирургии, а не в общих эвакуо-госпиталях.

Изложенное делает понятным, что отношение военно-врачебных комиссий к рубцовым контрактурам должно быть резко изменено. Рубцовые контрактуры не должны более рассматриваться как окончательный исход повреждения, не поддающийся лечению. Напротив, рубцовые ограничения движений следует оценивать как осложнение ранения, подлежащее оперативному устранению.

Во избежание неправильностей в оценке характера повреждения необходимо указать, что наиболее тяжелые формы с одновременными резкими изменениями сустава, разрушением мышц и сухожилий, большой давностью повреждения и наличием в анамнезе указаний на тяжелую гнойную инфекцию плохо поддаются лечению. В настоящий момент, когда оперативное лечение рубцовых контрактур должно сделаться массовым мероприятием, с практической точки зрения эти формы следует считать иноперабильными. Все остальные формы рубцовых контрактур подлежат оперативному лечению.

Работники военно-врачебных комиссий должны также иметь ясное представление о том, что наилучшие результаты дает своевременная ранняя операция. В этом отношении длительное применение физиотерапии, лечебной физкультуры и т. п. следует считать при рубцовых контрактурах неправильным и вредным, так как оно оттягивает сроки производства радикальной операции и может снизить ее эффективность.

Таким образом, вместо вынесения простого решения о негодности к военной службе на основании статей, трактующих об обширных рубцах, наклонных к изъязвлению или приросших к подлежащей ткани и препятствующих свободным движениям конечности, военно-врачебные комиссии должны прежде всего выполнять функции контроля за правильностью лечения раненых с рубцовыми контрактурами. При этом следует исходить из принципиального положения, что рубцовые контрактуры, как правило, должны подвергаться оперативному лечению.

Вынесение решения о негодности к военной службе на основании упомянутых статей должно проводиться лишь при наиболее тяжелых, действительно иноперабильных формах рубцовых контрактур, в комбинации с большими разрушениями сухожилий, мышц и суставов.

Вынесение решения о временной негодности к военной службе с последующим переосвидетельствованием через 6—9—12 месяцев при операбильных формах рубцовых контрактур является нецелесообразным, так как домашний отдых, трудотерапия и несложная физиотерапия, на которые можно рассчитывать после выписки больного из госпиталя, не принесут пользы при истинных рубцовых контрактурах и к моменту переосвидетельствования раненый останется с прежней степенью утраты боеспособности. Оперативное же лечение рубцовых контрактур в гражданских лечебных учреждениях не проводится в достаточно широких размерах. Следовательно, необходимо добиваться проведения пластических операций при рубцовых контрактурах в стенах госпиталя. Ни один раненый с операбильной формой рубцовой контрактуры не должен выписываться из госпиталя без операции.

В отношении лиц, перенесших оперативное вмешательство по поводу рубцовой контрактуры, военно-врачебная комиссия должна выносить различные решения в соответствии с исходной тяжестью поражения и эффективностью предпринятых операций. В случаях

с полным или значительным восстановлением функции пораженного сустава возможно непосредственное направление на строевую службу.

Если операция заключалась в пересадке большого пласта кожи, выгоднее дать на первые 6 месяцев годность к нестроевой службе, учитывая первоначальную недостаточную стойкость трансплантата и отсутствие в нем чувствительности.

В более тяжелых случаях с полным устранением рубцовой контрактуры в результате операций, но неполным восстановлением силы и объема движений за счет сопутствующих изменений является целесообразным решение о временной негодности к военной службе из расчета на возможное восстановление функции в результате трудотерапии.

Наконец, в ряде случаев и после пластических операций достигаемое восстановление функции сустава не настолько велико, чтобы можно было в дальнейшем рассчитывать на возврат боеспособности. В этих наиболее тяжелых случаях следует принимать решение о негодности к военной службе.

В ы в о д ы

1. Рубцовые контрактуры после ранений мягких тканей и ожогов должны подвергаться оперативному лечению. Ни один раненый с операбельной формой рубцовой контрактуры не должен выписываться из госпиталя без операции.

2. Своевременная и правильно выполненная пластическая операция может вернуть боеспособность и трудоспособность большинству раненых с истинными рубцовыми контрактурами.

3. Пластические операции по поводу рубцовых контрактур должны проводиться в специальных отделениях или госпиталях восстановительной хирургии.

4. В практике работы военно-врачебных комиссий рубцовые контрактуры должны оцениваться не как окончательный исход повреждения, а как поддающееся оперативному устранению осложнение.

5. Решение о негодности к военной службе по ст. ст. 45 и 46 должно выноситься лишь при наличии наиболее тяжелых, действительно иноперабельных форм контрактур.

6. Решение о временной негодности с переосвидетельствованием через 6, 9 и 12 месяцев при неоперированных рубцовых контрактурах нецелесообразно. Необходимо стремиться к проведению операции в стенах госпиталя.



ТРЕНИРОВКА ОПОРНОЙ ФУНКЦИИ НА БЛОЧНО-ПОДВЕСНОМ АППАРАТЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ В ПЕРИОД ХОДЬБЫ НА КОСТЫЛЯХ

Реакция кости на давление и тягу определяет рост и организацию (архитектонику) кости. Эта гипотеза, высказанная еще в 80-х годах прошлого столетия (Вольф), в настоящее время считается твердо установленной.

«Кость при меняющейся на нее нагрузке перестраивается под влиянием живой плазмоидальной массы, причем при уменьшении работы вся кость утончается, при увеличении кость и у взрослого человека разрастается в толщину, заменяя собой больную или отсутствующую» (Воробьев).

Ортопеды учитывают эту роль постоянного давления на кость при лечении различных костных заболеваний и особенно при лечении переломов костей. Еще Ру доказал, что для сращения переломов важное значение имеет взаимное давление отломков. Он отмечает, что характер ткани, развивающейся на концах костных отломков, зависит от механических условий, а именно: плотное соприкосновение костных отломков при их взаимном давлении способствует развитию костной ткани; смещение и трение не очень плотно прилегающих отломков ведут к развитию хрящевой ткани; значительное расхождение и чрезмерная подвижность концов костей обуславливают разрастание соединительной ткани.

В течение последних 50 лет наиболее прогрессивная хирургическая мысль была направлена на сочетание этого закона Вольфа и правила Ру с другими принципами лечения переломов и прежде всего на совмещение двух моментов — правильного положения отломков с движениями в суставах и с ранней нагрузкой.

Доказано, что ранние движения и нагрузка ускоряют течение регенеративных процессов как при лечении методами вытяжения, так и при лечении гипсовыми повязками (Белер, Гориневская и др.). Следовало бы ожидать, что после исключения иммобилизации, когда представляется широкая возможность для разнообразных движений, тренировка опорной функции на основе закона трансформаций Вольфа должна бы найти широкое применение, но в действительности это не так. Разрешение этого вопроса часто предоставляется самому больному. Врач же при этом бывает вынужден констатировать уже совершившийся факт: «Больной оставил костыли», «Перешел на ходьбу с палочкой» и т. д. Между тем активное врачебное вмешательство в виде назначения больному соответствующего режима покоя и движения в этом периоде могло бы уменьшить сроки восстановления трудоспособности, так как известно, что сроки отпусков после госпитального лечения часто бывают больше, чем лечение в госпитале.

По нашим наблюдениям дозированная нагрузка на формирующуюся костную мозоль ускоряет процесс ее функциональной перестройки и роста.

Тренировка опорной функции в период иммобилизации

Закон трансформации Вольфа и правило Ру получили наиболее полное применение при функциональном методе лечения.

Профессор Турнер функциональным методом лечения переломов называет тот, который обеспечивает нормальный прилив крови к месту повреждения, пробуждает засыпающую деятельность надкостницы и дает нагрузку поврежденной конечности. Этот метод может быть применен при лечении переломов как способами вытяжения, так и усовершенствованными способами наложения гипсовых повязок.

В настоящее время лечение в гипсовых повязках с успехом конкурирует с вытяжением и при лечении целого ряда переломов по праву может быть названо функциональным методом лечения, так как с первых же дней возвращает поврежденной конечности возможность выполнять ее основную функцию.

Больные в клинике Белера очень рано начинают ходить в гипсовых повязках со стременем.

«Стремя, по нашему мнению, — говорит Белер, — не преследует цели разгрузки места перелома; мы признаем даже целесообразность такой нагрузки: стремя должно лишь устранить возможность изнашивания гипсовой подошвы».

Вот это сочетание иммобилизации с ранней нагрузкой, в результате усовершенствования наложения гипсовых повязок, по мнению профессора Куслика и др., явилось основной причиной нового подъема авторитета гипсовых повязок.

Белер при лечении переломов придает очень большое значение нагрузке. Он рекомендует вначале установить отломки в правильное положение, затем зафиксировать их гипсовой повязкой до полного заживления перелома, заставляя больного в то же время пользоваться ногой (т. е. ходить), предупреждая этим атрофию мышц и костей, тугоподвижность в суставах и расстройства кровообращения.

Ходьба как лечебное средство применяется Белером при лечении следующих переломов нижних конечностей (в гипсовых повязках): при внутрисуставных переломах шейки бедра, мыщелков бедренной кости, головок большеберцовой и малоберцовой костей, диафизов обеих костей голени и при других переломах.

При лечении переломов диафиза бедра гипсовая повязка накладывается через 2 недели после исчезновения отека. На рентгене убеждаются в безукоризненном состоянии отломков. На следующий день прикрепляют стремя для ходьбы; с этим стременем пострадавший может начать ходить.

В течение первой недели он должен делать по 1 км, а затем прибавлять каждую неделю по 1 км. Каждые 3—4 недели необходимо делать контрольную рентгенограмму. При поперечных переломах с сильным смещением отломков пострадавшие носят гипсовую повязку от 3 до 10 недель.

При лечении переломов костей голени Белер считает ошибочным «не производить систематических упражнений в ходьбе, что ведет к похуданию мышц и костей, к тугоподвижности и к расстройствам кровообращения».

При переломах диафиза большеберцовой, а тем более малоберцовой кости пострадавшие могут начать ходить тотчас же по наложению гипсовой повязки.

При отсутствии смещения отломков и незначительном припухании конечности после перелома лодыжек можно через час после затвердения гипса укрепить железное стремя, с которым пострадавший в состоянии тотчас же начать ходить.

Подобным же образом в клинике Белера проводится лечение и других переломов.

Из этого видно, какое большое значение давлению по оси (ходьба) придает одна из авторитетнейших хирургических школ в мире. На основании изложенного мы решили разработать схему тренировки опорной функции при лечении переломов на грязевом курорте, т. е. в период со времени снятия иммобилизации до полного восстановления функции.

Этот период начинается с того момента, когда клинически или рентгенологически удается констатировать костное сращение отломков, и характеризуется следующими этапами восстановления целостности кости: увеличение костной мозоли, окостенение и отграничение костной мозоли, исчезновение линии перелома, плотность нормальной кости, пластичность нормальной кости. Длительность этого периода при обычном лечении несмещенных переломов диафизов, по Адри и Матти, доходит до 2 лет.

В функциональном отношении это охватывает последовательно этапы: ходьба на костылях без опоры на больную ногу, ходьба на костылях с частичной опорой на больную ногу, ходьба с палочкой, ходьба без посторонней опоры и, наконец, бег и другие равнозначные движения.

Тренировка опорной функции ног в период ходьбы на костылях

Ответственным моментом являются первые самостоятельные шаги больного. На основании рентгеновских данных и клинической оценки врач разрешает больному первый раз встать с постели. Оставить костыли, палку и перейти на бег врач разрешает на основе строго объективных методов обследования, а еще чаще это решается самим больным.

При ходьбе на костылях пострадавшие полностью или частично разгружают больную ногу. Для объективного исследования силы

давления на больную ногу мы пользовались обыкновенными медицинскими весами «Фербенкс». Пострадавший ставил больную ногу на площадку весов, а здоровую ногу на скамейку, установленную на одном уровне с весами. Испытуемому предлагалось переносить центр тяжести на больную ногу. Последовательно уравнивая весы и предлагая пострадавшему надавливать корпусом на больную ногу, мы определяли возможную силу давления на эту ногу.

Значение этого исследования и последующих физкультурных мероприятий будет показано на примере больного Ив-ва.

Больной Ив-в прибыл в санаторий через 5 месяцев после огнестрельного перелома левой большеберцовой кости. Заживление перелома осложнилось остеомиелитом. За 15 дней до приезда в санаторий была произведена секвестротомия; после операции больной лежал 10 дней, не вставая с постели. На рентгенограмме от 29.VII.1940 установлен крупнооскольчатый перелом средней трети большеберцовой кости с крупным центральным дефектом. Смещение отломков незначительное, с недостаточно выраженной мозолью. В центре мелкие секвестры. Остеопороз. Клинически в средней трети левой голени свищ с обильными гнойными выделениями. Правое бедро на 2 см тоньше левого; правая голень на 3 см тоньше левой. Амплитуда движений в левом голеностопном суставе 15° , т. е. на 53° меньше, чем в одностороннем здоровом суставе.

Определено, что больной может давить на больную ногу с силой в 17 кг. Вес тела—64,2 кг. У нас возникла мысль «облегчить» противовесом вес тела больного до 17 кг и позволить ходить без костылей. Эту задачу мы разрешили при помощи простых блоков; с этой целью на больную надевали особое крепление типа парашютного, соединенное со стальным тросом, перекинутым через два блока. К противоположному концу троса прикреплялся груз в 47,2 кг, который с этой силой тянул больного вверх. После «подвески» больного он становился на весы для контроля; его вес оказался равным 17 кг (рис. 1).

Таким образом, цель была достигнута: ноги испытывали давление, определенное при предварительном испытании силы давления больной ноги. Достигнув этого, мы предложили больному ходить на месте.

Уменьшая постепенно изо дня в день груз «подвески» и увеличивая этим давление на больную ногу, т. е. на место перелома, мы приближали давление к нормальному весу больного. Через 15 дней больной мог ходить при грузе в 10 кг, а на 16-й день без посторонней опоры, вначале—на месте, а затем передвигаясь по комнате. Дозировка ходьбы при помощи блока определялась, кроме груза, временем, темпом, высотой шага. Таблица показывает, как постепенно увеличивалась нагрузка на мозоль у больного Ив-ва; при этом принцип тренировки, т. е. ежедневного увеличения нагрузки, соблюдался особенно строго. Каждый день больной получал большую нагрузку, чем в предыдущий; если же облегчение веса тела за счет груза оставалось неизменным, то увеличивалось время ходьбы или темп.

Как видно из таблицы на стр. 43, больной с тяжелым, не вполне сросшимся осложненным переломом большеберцовой кости через 16 дней смог оставить костыли, тогда как вначале он совершенно не опирался на больную ногу. Одновременно подвижность в голеностопном суставе увеличилась с 15° до 25° . Атрофия мышц левого бедра и голени уменьшилась на 1 см. Нога приняла нормальную окраску и форму, но свищ оставался открытым и выделения из него продолжались попрежнему. Из свища вышло три секвестра. Секвестрация сопровождалась незначительной местной воспалительной реакцией.

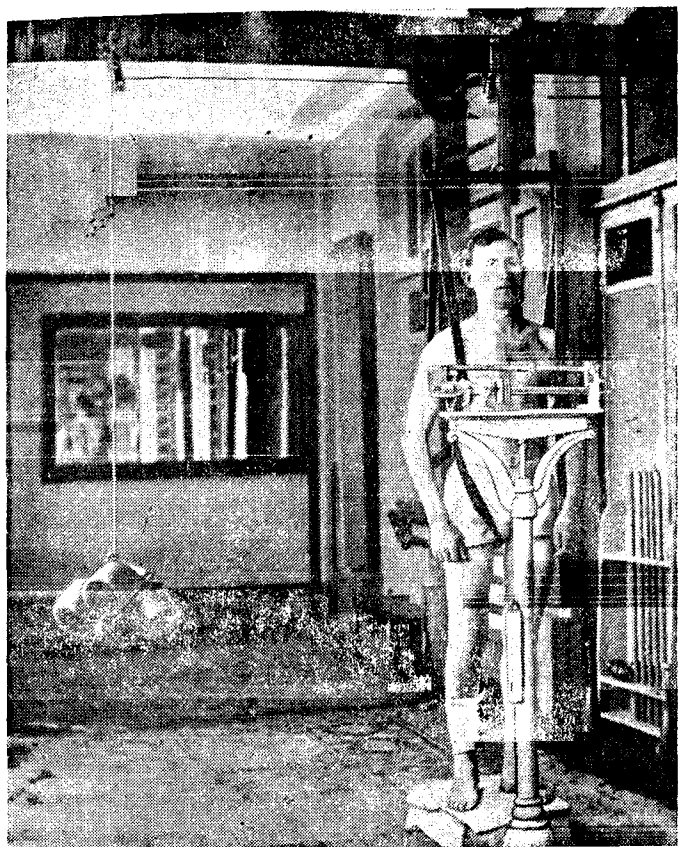


Рис. 1

Повторная рентгенограмма через 28 дней показала заметное увеличение кальцинации мозоли за счет уменьшения линии перелома. Центральный дефект кости и мелкие секвестры сохранились. В последующем с больным проводилась тренировка в ходьбе и беге.

Через 19 дней после оставления костылей больной ходил строевым и походным шагом, т. е. 120 шагов в минуту при длине шага в 75—80 см, проходя километр за 11—12 минут.

Одновременно с обучением и тренировкой больного в ходьбе проводилось обучение бегу на месте при помощи той же блоковой системы. Таким образом, нервно-мышечный и суставный аппараты готовились к следующему этапу восстановления функций. Застывшая в течение многих месяцев сложная игра импульсов бега снова проявлялась. Через 24 дня после оставления костылей больной мог бегать в темпе 180 шагов в минуту при длине шага в 1 м. Вскоре Ив-ов участвовал в волейбольных играх, совершал пешеходные экскурсии до 3 км по гористой местности. Амплитуда

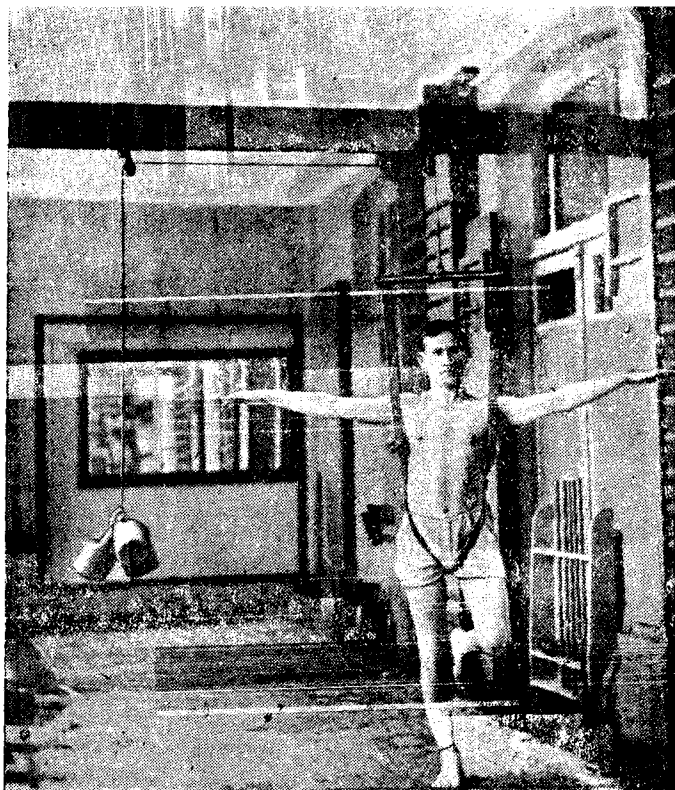


Рис. 2

движений в голеностопном суставе восстановилась до 40° . Рентгенограмма через 45 дней отразила указанные функциональные результаты — кальцинация мозоли между отдельными фрагментами была выражена резче; края дефекта более четкие; секвестры имели меньшую интенсивность.

Тренировка в ходьбе у больного Ив-ва сопровождалась ощущением давления в месте мозоли. Часто больной отмечал легкую болезненность в месте перелома или в соседних суставах, которая через 1—2 часа исчезала. Выделения из свища во время ходьбы увеличивались. Местная воспалительная реакция несколько раз усиливалась, обычно в связи с секвестрацией; за $1\frac{1}{2}$ месяца выделилось четыре секвестра. При этом температура тела ни разу не повышалась, местная воспалительная реакция не распространялась за пределы голени. Однако в отношении других больных этого не можем отметить. Из 7 человек с переломами, осложненными остеомиелитом, у троих имело место кратковременное повышение температуры тела, причем у одного оно закончилось секвестрацией, у двоих температура через 2 дня снизилась до нормы.

**Ходьба на месте с «облегченным» весом тела больного
Ив-ва**

Дата	Темп (шаги в 1 минуту)	Время (в минутах)	Облегчаю- щий груз	Вес тела в аппарате
3.VIII	80	10	42	22
5.VIII	100	12	42	22
7.VIII	100	18	37	27
8.VIII	100	14	39	29
9.VIII	100	18	35	29
13.VIII	100	30	25	39
14.VIII	100	30	25	39
15.VIII	120	20	20	42
16.VIII	130	30	20	42
17.VIII	138	20	20	42
18.VIII	112	15	15	49
20.VIII	120	20	15	49
21.VIII	120	15	12	52
22.VIII	108	30	10	54
23.VIII	120	20	10	54
23.VIII	Самостоятельная ходьба на месте без всяких приспособлений			

Краткая выписка из истории болезни Ив-ва является характерной для остальных. Всего по данной методике в комбинации с бальнеолечением (грязевыми и серными ваннами) в Пятигорском санатории Красной Армии лечилось 15 человек. Это были раненые с финляндского фронта со сложными, вяло срастающимися огнестрельными переломами: бедренных костей—6 человек, большеберцовой кости—4 человека, обеих костей голени—2 человека, костей голени и стопы—2 человека и костей стопы—1 человек. Прибыли они в санаторий после ранения: через 4 месяца — 3 человека, через 5 месяцев — 5 человек и через 6 месяцев и позже — 7 человек. У большинства больных заживление переломов сопровождалось тяжелыми осложнениями: остеомиелизитом—у 7 человек, неправильным положением отломков — у 5 человек, повреждением периферических нервных стволов — у 2 человек и анкилозом суставов (тазобедренного и голеностопного) — у 2 человек. До поступления в санаторий больные ходили на костылях: по 1 месяцу — 4, по 2 месяца — 6 и по 3 месяца и более — 5 человек. Сила опоры на больную ногу была различная. Если давление статического веса тела больного на нижние конечности принять за 100%, то возможная сила опоры на больную ногу была при поступлении: у 4 человек — до 50%, у 5 — до 75% и у 3 — до 80—90% (методика исследования при помощи весов «Фербенкс» описана выше). В конце санаторного лечения сила опоры на больную ногу восстановилась до 100% у 14 человек и только у одного (с анкилозом тазобедренного сустава) — до 90%. Первые могли ходить по кабинету без посторонней помощи, а последний — с палкой. Однако при дли-

тельных прогулках, особенно по гористой местности, многие пользовались палкой. Это пользование палкой преследовало профилактические цели, так как ею пользовались даже те больные, которые в кабинете ходили строевым и походным шагом и могли бегать.

Необходимо отметить, что тренировка с помощью описанного аппарата, наряду с указанными результатами, оказывала большое психотерапевтическое влияние на больных. Больные изо дня в день сами наблюдали за успехами своего лечения. Результаты повторных измерений силы давления больной ногой были понятны больным. Этот показатель они приводили как главный при приемах и обходах врача.

У больных была полнейшая возможность самим наблюдать и исчислять ежедневную разницу в нагрузках и, что самое главное, заранее знать, что с момента нагрузки полным своим весом они смогут безболезненно ступать без помощи костылей. Это устраняло страх при первых самостоятельных шагах.

Последующий этап лечения после оставления костылей, т. е. тренировка опорной функции дозированной ходьбой, переход на бег и обучение спортивным играм, разработан отдельно и послужит предметом особого изложения.

На основе вышеизложенного мы считаем возможным сделать предварительные выводы:

1. Предложенный аппарат для «облегчения» веса тела травмированных весьма прост, дает возможность строго дозировать нагрузку на место перелома, т. е. последовательно тренировать опорную функцию нижних конечностей при заживлении переломов.

2. Тренировка опорной функции ног после переломов костей уменьшает сроки пользования костылями.

3. Ходьба при помощи блочно-подвесной системы оказывает прекрасное психотерапевтическое влияние на больных.

4. Обычные весы «Фербенкс» (или другие удобные для этой цели) могут быть использованы для объективного определения силы опоры на больную ногу.

5. Предложенный способ лечения устраняет момент субъективизма при решении вопроса об оставлении костылей.



АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТЕЙ С ВЫКРАИВАНИЕМ ТРУБЧАТОГО ЛОСКУТА

Из-за сложности обстановки и угрозы инфекции ампутации конечностей в войсковом и армейском районах обычно не дают полноценной культи и в подавляющем большинстве случаев впоследствии необходимы реампутации конечности.

Для устранения этого я в феврале 1942 г. предложил при ампутациях конечностей выкраивать кожно-фасциальный лоскут из тканей части конечности, подлежащей отсечению, и сшивать его в трубчатый стебель, чтобы использовать в будущем для пластики.

Пользуясь этим способом, можно: 1) ускорить процесс лечения раны культи; 2) освободить в дальнейшем больного от пластических операций, связанных со взятием кожи на новых местах, а в ряде случаев и избежать реампутации конечности; 3) создать более благоприятные условия для протезирования путем закрытия раны кожно-фасциальным, подвижным лоскутом с рубцом, расположенным по задней поверхности культи.

Техника операции. На участке конечности, подлежащем удалению, из неповрежденных тканей выкраивают кожно-фасциальный лоскут размерами 10×12 или 12×15 см, полуовальной формы; после отделения лоскута от подлежащих тканей его отворачивают кверху и ампутация производится обычным способом с оставлением раны культи открытой. Лоскут сшивают в трубчатый стебель и во избежание перегиба дренируют тонкой резиновой трубкой. Рану культи засыпают порошком белого стрептоцида или на нее накладывают повязку с мазью Вишневского.

По истечении 3—5 дней, если нет воспалительных явлений в ране, или позже при появлении чистых грануляций рану культи закрывают развернутым трубчатым лоскутом с наложением швов.

Лечение заканчивается в 16—20 дней с образованием годной для протезирования культи.

По этому способу произведено около 100 ампутаций. Полученные результаты позволяют рекомендовать этот метод для широкого применения, особенно при первичных ампутациях конечностей. Метод прост, безопасен и удлиняет операцию всего лишь на несколько минут.

Применение метода сокращает срок лечения в два-три раза, обеспечивая получение вполне пригодной для протезирования культи.

Противопоказанием к применению метода служат: газовая гангрена, отсутствие необходимых жизнеспособных тканей в местах, подлежащих ампутации, резко ослабленное состояние больного.

КУПИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ГОНОБЛЕНОРРЕИ ГЛАЗ У ВЗРОСЛЫХ ВНУТРИВЕННЫМИ ВЛИВАНИЯМИ СУЛЬФИДИНА

(Предварительное сообщение)

Из кафедры глазных болезней Военно-медицинской академии
им. С. М. Кирова (нач. кафедры — полковник медицинской службы
проф. Б. Л. Поляк)

В глазной клинике Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова начали применять сульфидин при лечении конъюнктивитов и гнойных язв роговой оболочки с 1940 г. За это время накопился значительный материал относительно действия сульфидина при различных глазных заболеваниях, а также методов применения его (присыпки, мази, субконъюнктивальные и внутривенные инъекции).

В настоящем сообщении мы имеем в виду поделиться своими впечатлениями об исключительно эффективном действии внутривенных инъекций сульфидина при гонобленоррее глаз у взрослых¹.

Сульфидин применяется нами внутривенно в 5% концентрации по схеме Н. И. Корнетова, предложенной для лечения крупозной пневмонии. 5% раствор сульфидина готовится на растворе едкого натра в дистиллированной воде. К 95 см³ горячей дистиллированной воды добавляют 20 капель 50% раствора едкого натра и сразу же в этот раствор всыпают 5,0 заранее отвешенного сульфидина. Взбалтывают до растворения (если растворяется не полностью, нужно добавить еще 1—2 капли 50% раствора NaOH). Раствор сульфидина фильтруют и стерилизуют на водяной бане в течение 25—30 минут. Первые 3 дня вводят внутривенно по 20 см³ 5% раствора сульфидина два раза в день с промежутком в 2 часа; в последующие 3 дня — по одному разу в день по 20 см³ того же раствора; всего вводится 180 см³ 5% раствора, т. е. 9 г чистого сульфидина.

Результаты внутривенного применения сульфидина при гонобленоррее глаз у взрослых превзошли все наши ожидания: отек век, хемоз конъюнктивы, обильное гнойное отделяемое — все это значительно уменьшалось уже через сутки; гонкокки из конъюнктивального мешка исчезали через 24 часа и в дальнейшем при ежедневных исследованиях вновь не обнаруживались. На пятый и шестой день обычно исчезает отделяемое. Остается в течение 1—2 недель гиперемия конъюнктивы век и бархатистость. Язвы роговицы, столь часто и грозно осложняющие

¹ Мы предпочитаем внутривенное применение сульфидина введению его per os, так, как: 1) при внутривенном введении не наблюдается побочных явлений (рвоты и др.), 2) расход препарата уменьшается в 2 раза.

гонорройные конъюнктивиты у взрослых, протекают доброкачественно. Никаких отрицательных явлений общего или очагового характера при внутривенном введении сульфидина мы не наблюдали.

Мы применяли внутривенные инъекции 5% раствора сульфидина при лечении 16 взрослых с гонобленореей глаз¹.

Здесь мы приводим краткие выписки из трех историй болезни, типичных для всей группы.

Случай 1. Больная Д., 19 лет (история болезни № 5172). 1.VII.1942 заболел внезапно левый глаз, а через 4 дня и правый. Из анамнеза выяснилось, что у больной в феврале этого года были выделения (бели) и болезненное мочеиспускание. В клинику поступила 11.VII. При поступлении веки опухшие, глазные щели закрыты. При раскрывании век из конъюнктивального мешка вытекает обильное серовато-зеленоватого цвета гнойное отделяемое. Конъюнктивы век резко гиперемированы, разрыхлены. Хемоз конъюнктивы глазного яблока. Роговица правого глаза прозрачна, блестяща, зрачок узкий, радужка слегка изменена в цвете; дно из-за светобоязни рассмотреть не удастся. Левый глаз: глазное яблоко резко инъецировано, перикорнеальная инъекция. На роговице на IX часах, в 1 мм от лимба, язва размером 3 × 4 мм с сероватым выпячиванием в центре. В роговицу с X до XIII часов врастают поверхностные сосуды, не доходящие до язвы. Цвет радужки изменен, рисунок ступенчат. Дно рассмотреть не удастся из-за резкой светобоязни. В мазке из конъюнктивального содержимого обоих глаз — гонококки.

Диагноз: гонорройный конъюнктивит обоих глаз; язва роговицы левого глаза.

Проведен курс вливаний 5% раствора сульфидина по схеме Корнетова. Местно — только частые промывания глаз раствором марганцовокислого калия 1:5000, 10% сульфидиновая мазь в оба глаза и 1% раствор пилокарпина в левый глаз.

Через 24 часа после первого вливания сульфидина отек век, хемоз конъюнктивы и гнойное отделяемое значительно уменьшились; гонококки из конъюнктивального содержимого исчезли. На третий день отек век почти исчез, больная свободно открывает глаза. Отделяемого мало. Роговица без изменений. На пятый день отек век исчез, отделяемого нет. Правый глаз спокоен, левый глаз раздражен. Выпячивание дна язвы несколько увеличилось. Постельный режим. Через 10 дней правый глаз в хорошем состоянии; язва левого глаза эпителизируется, дно ее уплощается. Через 20 дней язва роговицы зарубцевалась. Острота зрения правого глаза равна 1,0, левого — 0,5.

Случай 2. Больная Р., 28 лет (история болезни № 6275). Глаза заболели 16.VIII.1942. Поступила в клинику 21.VIII. При поступлении: резкий отек век, глазные щели закрыты, обильное гнойное отделяемое из конъюнктивального мешка. Конъюнктивы век гиперемированы; хемоз соединительной оболочки глазного яблока. Роговицы несколько тусклы; радужные оболочки без изменений. В мазках из конъюнктивального содержимого обоих глаз — гонококки.

Диагноз: гонорройный конъюнктивит обоих глаз.

Назначено промывание глаз раствором марганцовокислого калия (1:5000) и присыпка мельчайшим порошком сульфидина шесть раз в день. На третий день — гнойного отделяемого много; отек век несколько меньше, хемоз держится. На роговице правого глаза у лимба, от XI до II½ часов, появился инфильтрат в виде полоски шириной 0,5—1 мм, окрашивающийся флюоресцентом. Ввиду безрезультатности местного лечения сульфидином начат курс внутривенных вливаний сульфидина по схеме Корнетова. Уже на следующий день (после первых двух вливаний) отек век, хемоз и отделяемое значитель-

¹ Более подробный анализ эпидемиологических и клинических особенностей этих наших наблюдений будет дан в специальной работе.

но уменьшились; больная свободно открывает глаза; инфильтрат на роговице держится. Через 2 дня (после четырех вливаний) отделяемого нет, инфильтрат на роговице меньше, флюоресценном не красится. Гонококков в мазках из конъюнктивального содержимого не обнаружено.

В этом случае сделана было всего 6 вливаний, т. е. введено 6 г сульфидина (вместо 9 г по Корнетову). К концу недели остались только явления гиперемии конъюнктивы хрящей и переходных складок. Больная выписана из клиники в хорошем состоянии через 10 дней.

Случай 3. Больная Н., 24 лет (история болезни № 6678). При поступлении в клинику (8.IX.1942) веки отечны, глазные щели закрыты, обильное гнойное отделяемое, конъюнктивит век резко гиперемирован. В верхней и нижней части роговицы правого глаза поверхностные инфильтраты серого цвета, окрашивающиеся флюоресценном. В роговице левого глаза на II часах и близ центра — также небольшие поверхностные инфильтраты. Хемоз конъюнктивы вокруг лимба. В мазках из конъюнктивального отделяемого обоих глаз — гонококки в большом количестве.

Диагноз: гонобленоррея обоих глаз; начинающееся изъязвление роговицы.

Сразу же приступили к внутривенным вливаниям 5% сульфидина. Местно — только промывания глаз раствором марганцовокислого калия и 3% ксероформной мази. Через сутки отек век, хемоз и гнойное отделяемое значительно уменьшились. Больная открывает глаза. Гонококки в мазках не обнаружены. Инфильтраты в роговицах почти исчезли, как бы растворились, на их месте остались дефекты ткани, которые покрылись эпителием в течение последующих 3 суток. К этому времени отделяемое почти исчезло. В дальнейшем лечение цинковыми каплями. На двенадцатый день — умеренная гиперемия и набухлость конъюнктивы; отделяемого нет. В верхней части роговицы правого глаза глубокая фасетка, покрытая эпителием; в роговице левого глаза — точечное помутнение в центральной ее части.

Крайне важно, помимо лечебного, и профилактическое значение внутривенной сульфидинотерапии в отношении второго глаза, если он к моменту начала лечения был здоров. Повидимому, лучшей защитой для здорового глаза является при этом методе быстрая ликвидация гонококковой флоры в больном глазу.

Местное применение сульфидина в порошке и в мази оказалось при этом заболевании малоэффективным (у взрослых). При проведении курса вливаний сульфидина местное лечение может быть ограничено частыми промываниями глаз раствором марганцовокислого калия (чтобы удалить гной), закладыванием ксероформной мази при наличии заболевания роговицы и инстилляциями атропина или пилокарпина (по показаниям).

На основании наших 16 случаев гонорройного конъюнктивита у взрослых, леченных внутривенными вливаниями 5% сульфидина, у нас создалось впечатление, что этот метод купирует, обрывает течение болезни. По своей эффективности он оставляет далеко позади все прочие методы лечения такого грозного заболевания, как гонобленоррея глаз. Это и побуждает нас опубликовать первые свои наблюдения в порядке предварительного сообщения.

Мы полагаем, что этот метод завоеует прочное место в практической офтальмологии. Дальнейшие наблюдения должны уточнить дозировку сульфидина, количество препарата на одну инъекцию и на курс лечения. Есть основания предполагать, что количество сульфидина на курс лечения можно будет несколько снизить по сравнению со схемой Корнетова, как было установлено во втором из приведенных нами случаев.



СЛУЧАЙ ПЕРЕВЯЗКИ А. АНОНЫМА ПО ПОВОДУ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ АНЕВРИЗМЫ

Красноармеец М-н, 29 лет, 5.IX.1943 ранен осколком снаряда в правую надключичную область у наружного края m. sternocleidomastoideus.

Первая помощь оказана через 4 часа; прошел три госпиталя с одинаковым диагнозом: «слепое ранение в области правой ключицы».

Раненый 16.IX поступил в Н-ский эвакуогоспиталь, где дежурный врач установил ранение крупных сосудов. Раненый жаловался на боли в области ранения и в голове, невозможность поднять голову, наклонять ее влево.

Больной среднего роста, правильного телосложения, подкожный жировой слой развит в средней степени. Шея наклонена вправо, голова согнута слегка вперед, а лицо обращено влево; кожа и видимые слизистые окрашены нормально. Справа в надключичной области от наружного края грудино-ключично-сосковой мышцы слепое осколочное ранение размером 0,5 см с серозным отделяемым. В окружности раны отечность и следы кровоподтека. Пальпаторно определяется урчание в области рукоятки грудины; на передней поверхности грудной клетки вверху справа и слева, на правых и значительно слабее на левых aa. carotis, subclavia, axillaris выслушивается непрерывный дующий шум, усиливающийся при пульсации сосудов. Такой же дующий шум, но более слабый слышен и в области сердца. Наиболее интенсивно он ощущается у края рукоятки грудины справа. Тоны сердца чисты, в легких везикулярное дыхание. Пульс 76 в минуту, хорошего наполнения, одинаков на обеих лучевых артериях. Гемоглобина 38%, эритроцитов 3 600 000.

При рентгенологическом обследовании в полости грудной клетки сзади, медиально, на уровне X ребра, на паравертебральной линии позади тени сердца проицируется мелкий металлический осколок.

Диагноз — аневризма а. анонымае. Предложена операция.

Перед операцией производилось периодически прижатие общей сонной артерии, которое переносилось без неприятных ощущений.

5.X под хлороформно-эфирным наркозом сделан дугообразный разрез по внутреннему краю грудино-ключично-сосковой мышцы от средней ее трети вниз, оглябая грудино-ключичное сочленение и далее под ключицей параллельно наружной ее трети. По отсепаровании кожного лоскута сделан на передней поверхности ключицы продольный разрез надкостницы, отсепарована надкостница, ключица перепилена, сделано вычленение в грудино-ключичном

суставе, ножка грудино-ключичной мышцы отсечена от грудины; надкостнично-мышечный лоскут поднят вверх, рассечена передняя стенка сосудистого влагалища на шее и обнажена общая сонная артерия; последняя тупо выделена, под нее подведена лигатура. При прижатии пальцем общей сонной артерии шум остается и определяется ниже. Кожный разрез продлен по правому наружному краю грудины и сделан поперечный разрез к нижнему краю левого грудино-ключичного сочленения, отсепарована надкостница и долотом удалена справа большая половина рукоятки грудины; лоскут задней надкостницы рукоятки грудины отброшен влево. Таким образом вскрыто переднее средостение, отсепарована справа плевра и выделена а. аопупта, после того как v. аопупта sinistra была оттянута вниз к дуге аорты. В верхнем отделе безымянной артерии у бифуркации обнаружено расширение и выпячивание кзади сосуда с истончением его стенок, инфильтрация, кровоподтек. Под артерию со стороны правой безымянной вены подведена лигатура на игле Дешана. У места расширения сосуда определяется пальцем резкий дуоющий шум. Безымянная артерия у основания захвачена мягким кровоостанавливающим зажимом. Шум у места аневризмы исчез, и сразу же спались общая сонная и подключичная артерии. На а. аопупт, у ее отхождения от дуги аорты, наложена лигатура, подведена вторая лигатура и завязана на некотором расстоянии от первой. Наложены также лигатуры на мелкие сосуды, ранее захваченные пнеаном. После наложения лигатуры на а. аопупта артерия и вены спались, ткани операционной раны приняли тусклокоричневый вид и не кровоточили.

Резецированная ключица и рукоятка грудины убраны, ножка грудино-ключично-сосковой мышцы с надкостницей пришта к остаткам надкостницы грудины. На раневую поверхность насыпано 10 г белого стрептоцида, введена турунда, на кожу наложены швы. Перелито 500 см³ крови. Больной уложен на койку без подушки, нижний конец кровати приподнят, рука помещена в суховоздушную ванну температурой 39° и периодически обкладывалась грелками.

На 3-й день удалена турунда. Выделилось около 100 см³ серозно-кровянистой жидкости. На 9-й день сняты швы. Заживление первичным натяжением. Послеоперационный период протекал гладко. Рука все время оставалась теплой, движения сохранены, хотя ослаблены, пульсация в сосудах руки и на а. carotis communis справа и на лице не определяется. Спустя 55 дней после операции больной ходит свободно, головокружения нет; движения в правой руке сохранены; рука слегка цианотична, концы пальцев бледноваты. Динамометром правой руки выжимает 20, левой — 30; до операции правая рука была сильнее. Отсутствует пульсация на сосудах правой руки и правой половины шеи и головы.

С 6-го дня после операции выслушивается венозный шум справа на шее; при прижатии v. jugularis interna шум прекращается. Этот венозный шум зависит, повидимому, от сжатия v. jugularis и v. subclavia рубцами.

По имеющимся у меня данным, в мировой литературе описано 70 случаев оперативных перевязок а. аопупта с 24 случаями выздоровления.

Из русских хирургов а. аопупта перевязали Арендт, Буяльский, Пирогов в 1852 г., затем Крымов, Герцен, Парин, Юкельсон (больные трех последних авторов выздоровели); описываемый мной случай является четвертым случаем выздоровления в России.

Надо подчеркнуть мощность коллатерального кровообращения в приведенном случае. Питание правой верхней конечности взяли на себя межреберные артерии и *a. carotis sinistra* со своими ветвями: *a. thyreoidea* и *a. carotis externa*, а питание центральной нервной системы, головного мозга происходит за счет *a. carotis interna sinistra* и *a. vertebralis sinistra*.



Майор медицинской службы И. И. ПРОТОПОПОВ

ЛЕЧЕНИЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ В УСЛОВИЯХ АРМЕЙСКОГО ТЫЛА

В течение года через госпиталь прошло 302 раненных в череп, в том числе 121 человек с повреждением мозга. Большинство раненных доставлено на 2—3-и сутки после ранения. Из оперированных на предыдущих этапах умерло 16%, из оперированных в госпитале — 13%. Результаты хирургической помощи улучшились, когда в практику вошло засыпание операционной раны белым стрептоцидом (6 г) и дача сульфамидов внутрь. Всем оперированным производилось внутривенное вливание 40% глюкозы и уротропина; морфин не применялся; раненные получали люминал. Описана применявшаяся методика оперирования черепных ранений и приведено несколько историй болезни.

Выводы: раненные в череп легче переносят эвакуацию до оперативного вмешательства, которое следует производить на передовом этапе по тактическим соображениям и принимая во внимание состояние путей эвакуации; срок пребывания в лечебном учреждении после операции следует продлить до 3 недель; применение стрептоцида и дача сульфамидов внутрь снижают количество осложнений при черепно-мозговых ранениях.



Капитан медицинской службы В. Р. ОВЕЧКИН

К ЭКСПЕРТИЗЕ И ЛЕЧЕНИЮ ТРАВМАТИЧЕСКИХ НЕВРИТОВ

Обследовано 1 020 раненных с травматическим поражением периферических нервов. Количество годных к военной службе после переосвидетельствования уволенных в запас в среднем через 8½ месяцев после ранения и через 4½ месяца после выписки из госпиталей достигло 50,4%. При лечении существенно помочь электродиагностики в период функционального восстановления конечности: в 57% всех случаев оказалось необходимым консервативное лечение (нервно-мышечная реакция нормального харак-

тера, часто понижена) и в 43% — оперативное вмешательство (реакция перерождения в 13% случаев полная, в 30% частичная). Заживление раны длилось в среднем 82 дня; в 50% случаев раны заживали в течение 5 дней — 2 месяцев, в 25% случаев — дольше 4 месяцев, при максимальной длительности заживления в 300 дней.



Проф. А. Г. ИВАНОВ-СМОЛЕНСКИЙ

ВЛИЯНИЕ КВИЕТАЛА (НОКТАЛЯ) НА СОСТОЯНИЕ ОБЩЕГО ВОЗБУЖДЕНИЯ У НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Изучая терапевтическое действие квиетала, мы, кроме того, сравнивали его с действием других успокаивающих и снотворных веществ, исследовали влияние всех этих веществ на корковую динамику и изучали их влияние на вегетативную нервную деятельность.

За 3 месяца поставлено около 170 опытов на 75 больных. Изучались квиетал, амитал, гексонал, сонбутал, паральдегид и смесь А. И. Кузнецова (диал, сернокислая магнезия, хлоралгидрат).

Наиболее эффективными оказались квиетал и амитал. Для квиетала характерен длительный успокаивающий и кратковременный снотворный эффект, особенно в дозах 0,3—0,5; никаких соматических осложнений не наблюдалось; усиления имевшегося во всех случаях возбуждения не наблюдалось; корковая динамика изменялась во время успокаивающего эффекта в смысле общего улучшения ее; влияние на вегетативную нервную деятельность выражалось в понижении кровяного давления и замедлении дыхания и пульса; общая вегетативная картина носила характер вегетативной дистонии.



ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ

Полковник медицинской службы С. Г. СИВЕРС

и полковник медицинской службы проф. М. И. КУСЛИК

ОПЫТ ЭВАКУАЦИОННО-СОРТИРОВОЧНОЙ ГРУППИРОВКИ РАНЕННЫХ ПО СРОКАМ ЛЕЧЕНИЯ

На этапах санитарной эвакуации маневр коечным фондом должен отвечать размерам потока раненых. В соответствии с ожидаемым количеством раненых эвакуация должна освободить необходимое количество мест. В периоды напряженного потока раненых сроки госпитализации, естественно, сокращаются, интенсивность эвакуации увеличивается и в госпиталях задерживаются только нетранспортабельные и легко раненые с весьма короткими сроками лечения; наоборот, в периоды затишья эвакуация резко сокращается и основная масса раненых, за исключением требующих крайне длительного лечения, задерживается в эвакуогоспиталях. Сроки лечения контингентов, подлежащих оставлению в эвакуогоспиталях и подлежащих эвакуации, в каждом отдельном случае комплектования поездов определялись ориентировочно. В каждом случае изменения напряжения поступающего потока раненых изменялась длительность лечения раненых, подлежащих оставлению в эвакуогоспиталях, колеблясь в очень значительных пределах: от 2 недель до 6 месяцев. Легко понять затруднение врачей, которым практически приходилось отбирать для эвакуации раненых со сроками лечения выше или 2 недель, или 1 месяца, или 1½ месяцев и т. д., в зависимости от потребности в койках. Ввиду трудности предсказания сроков выздоровления сортировка врачами раненых не всегда приводила к цели и не всегда освобождалось необходимое количество коек. Это зависело от недостаточной осведомленности командования о составе заполнявших эвакуогоспитали раненых с точки зрения длительности лечения, поэтому указания о предельном сроке лечения раненых, подлежащих оставлению в системе РЭП, давались по приблизительным данным. Получаемые РЭП ежедневные донесения из госпиталей с детальным указанием состава раненых по диагнозам соответственно установленной форме были для этой цели мало пригодны. Убедившись, что для правильного и планового маневра койками необходима, кроме диагностической сортировки, еще и прогностическая, указывающая длительность сроков лечения и его исходы, авторы ввели эвакуационно-сортировочные группы.

С февраля 1943 г. в эвакуогоспиталях Н-ского РЭП было вве-

дено 5 эвакуационно-сортировочных групп, что при планировании эвакуации дало ряд существенных преимуществ.

В первые четыре, эвакуационно-сортировочные группы входили раненые, подлежащие по выздоровлении возвращению в часть, причем к первой группе относились раненые со сроком лечения до 1½ месяцев, ко второй группе — от 1½ до 3 месяцев, к третьей группе — от 3 до 4½ месяцев и к четвертой группе — от 4½ до 6 месяцев, в пятую же группу входили раненые со сроком лечения свыше 6 месяцев и все остальные раненые, которые независимо от сроков лечения должны быть признаны по выздоровлении негодными к службе в Красной Армии; отдельно указывается, сколько в этом числе ампутированных.

По каждой группе показывалось общее количество раненых и сколько из них подготовлено к эвакуации.

В день поступления каждому раненому устанавливали диагноз и относили его к соответствующей эвакуационно-сортировочной группе. Если диагноз представлял трудности, решение вопроса задерживалось на несколько дней до проведения необходимых исследований, получения заключения консультантов и т. п., но и в таких случаях раненого при поступлении относили предположительно к одной из групп. Сравнительно большие интервалы (в 1½ месяца) при делении на группы приняты для облегчения прогностической сортировки. В таких пределах возможно наименьшее количество ошибок. С введения постоянной схемы прогностической сортировки количество ошибок резко уменьшилось, и в настоящее время врачи прекрасно овладели этим принципом сортировки, прочно внедрившимся в практику работы наших эвакуогоспиталей.

Командование РЭП, получая ежедневные сводки о составе контингентов соответственно эвакуационно-сортировочным группам, получило возможность точно планировать эвакуацию, тогда как получавшиеся ранее сведения о диагностическом составе раненых этой возможности не давали. Зная точно на каждые сутки количество раненых, относящихся к каждой группе, командование РЭП может легко разрешить задачу освобождения потребного количества коек, предлагая эвакуировать соответствующее количество групп, естественно, начиная с V группы, с таким расчетом, чтобы общее количество эвакуированных соответствовало необходимому количеству коек.

Эвакуационно-сортировочная группировка, кроме того, помогает осуществлять эвакуацию и комплектование военно-санитарных поездов по назначению. Так, например, для эвакуации в ближний тыл отбирается третья или вторая группа с более короткими сроками лечения, в глубокий тыл эвакуируются пятая и четвертая группы. Этой же сортировкой пользовались и для ретроградной эвакуации на запад, отбирая с этой целью первую и вторую группы с короткими сроками лечения и обеспеченным возвратом в часть.

Такая ориентированность в состоянии контингентов эвакуогоспиталей чрезвычайно облегчает обоснованное и плановое проведение эвакуационного маневра.

Кроме того, это дает еще одно весьма важное преимущество: мы получаем возможность довольно обоснованно и точно планировать выписку в часть по крайней мере на 3 ближайших месяца: общее число раненых первой и второй группы составляет число раненых, подлежащих выписке в часть в течение ближайших 3 месяцев. Наличие эвакуационно-сортировочных групп побуждает начальников отделений и ординаторов следить за выполнением плана по выписке в часть, а начальников эвакуогоспиталей — требовать своевременного его осуществления.

Мы отнюдь не настаиваем на указанных нами сроках лечения при распределении на группы. Возможно, что в целях большей гибкости эвакуационного маневра и пригодности метода для всех районов и этапов следует увеличить количество групп, сократив размеры интервалов.

Очень полезно было бы ввести единую общеармейскую систему эвакуационно-сортировочной группировки. Такая система облегчила бы выполнение указаний генерал-полковника Е. И. Смирнова о планомерной и целесообразной эвакуации раненых по назначению и дала бы календарный перспективный план выписки в часть.



Подполковник медицинской службы И. Ш. БЛЮМИН

ТРАНСПОРТИРОВКА РАНЕННЫХ С ПОЛЯ БОЯ В ЗИМНИХ УСЛОВИЯХ

В зимних условиях транспортировка раненых с поля боя имеет особое значение, так как движение с носилками по снегу затруднено, оставление же раненых на поле боя на более долгое время может причинить непоправимый вред. Часто пользуются лыжно-носилочными установками или лодочками-волокушами, тип которых не установлен.

Эвакуационно-транспортные средства должны отвечать следующим общим требованиям:

- 1) не травмировать раненого (опасность травматического шока!);
- 2) обеспечивая удобную перевязку тяжело раненых, одновременно выполняя в первое время после ранения роль иммобилизирующего приспособления;
- 3) облегчать работу санитаров-носильщиков при наименьшем составе носилочного звена;

4) быть пригодными для выноса раненых под огнем противника (ползком, волочением по снегу, по льду).

Принятые на снабжение в Красной Армии носилки совершенно не удовлетворяют указанным требованиям в зимних условиях при наличии снежного покрова.

В зимних условиях эвакуация лежащих раненых до поста санитарного транспорта или полкового пункта медицинской помощи должна производиться, как правило, на лыжно-ноСИЛОЧНЫХ установках или волокушах; начиная же с полкового пункта медицинской помощи — на носилках.

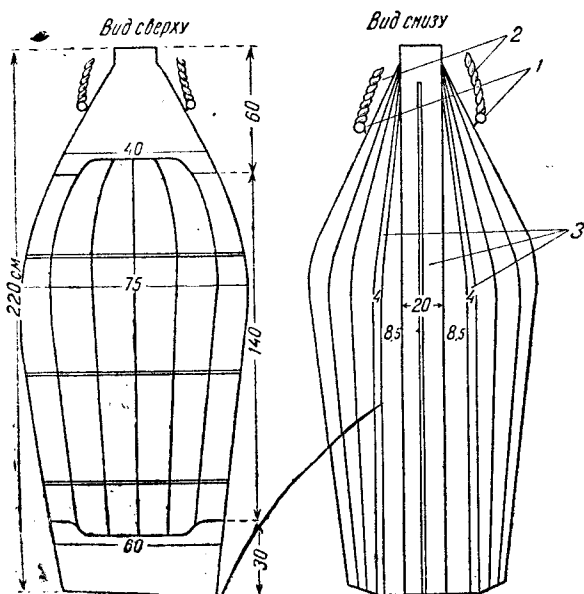


Рис. 1.

1—кольцо для лямки (тяги); 2—лямки (тяги); 3—скользящие рабочие поверхности лодочки

Перекладывание раненых на ПМП с волокуш на носилки вызывает ряд неудобств для раненых, поэтому лыжно-ноСИЛОЧНЫМ установкам следовало бы отдать предпочтение перед волокушами. Имеющиеся лыжно-ноСИЛОЧНЫЕ установки непрочны, недостаточно устойчивы на пересеченной местности, оборудование их требует особых приспособлений, но волокуши все же являются в зимних условиях лучшим средством эвакуации раненых с поля боя до ПМП.

Чрезвычайно желательно приспособить различные типы волокуш, имеющих в частях, что значительно облегчит достаточное снабжение ими этапов эвакуации.

Пулеметная лодочка-волокуша, принятая на снабжение в Красной Армии (рис. 1), дает возможность эвакуировать тяжело раненых в лежащем положении.

Волокуша перевозится 1—2 санитарями. Раненого укладывают головой к переднему концу волокуши; санитар, подползая к раненому, толкает волокушу перед собой задним концом вперед, чтобы не разворачивать ее при начале движения с раненым. Уложенный в лодочку-волокушу раненый не испытывает неудобств. Несмотря на кажущуюся громоздкость этой лодочки-волокуши, она легко скользит по глубокому снегу. На пересеченной местности желательна помощь второго санитаря.

Лодочка-волокуша требует некоторого переоборудования для перевозки раненых с поля боя. Переоборудование это сводится к укорочению обеих поперечных верхних скрепляющих площадок:

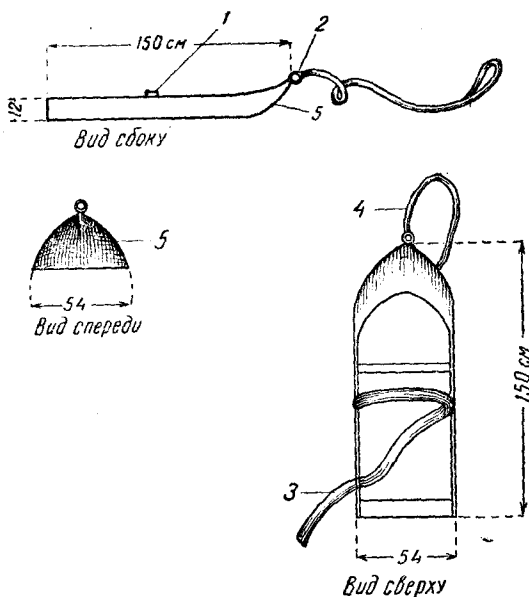


Рис. 2.

1—скобки на планке для ремня; 2—кольцо для ляжки; 3—ремень для фиксации раненого; 4—лямка; 5—оцинкованное железо на скользящей поверхности

задней — на 15—20 см, а передней — на 30—35 см, что удлинит внутреннюю поверхность лодочки-волокуши на 45—55 см. Внутренняя поверхность лодочки будет равна 185—195 см, что даст возможность перевозить раненых в удобном положении.

Укладывание раненого затрудняют высокие борта.

Отвечая основным требованиям, эта лодочка-волокуша не может считаться достаточно легким и пригодным в любых зимних условиях средством эвакуации раненых с поля боя.

При сопровождении лыжных команд, выполняющих особые задания, эта лодочка-волокуша может считаться средством выбора, так как обеспечивает достаточный покой раненому, предупреждает охлаждение при длительной транспортировке (высокие борта дают возможность хорошо укутать раненого меховым или

ватным одеялом, прокладывая химические грелки между одеялом и одеждой раненого). На пересеченной местности волокуша достаточно устойчива, обеспечивает возможность эвакуации раненого с запасом горячего чая в термосах, алкоголя и т. п. (размещается в нижней части лодочки-волокуши).

Финская лодочка-волокуша, отвечая основным требованиям носилочных приспособлений, лишена недостатков описанной лодочки-волокуши, а поэтому имеет преимущество перед ней.

Волокуши (рис. 2), принятые на снабжение в Красной Армии. В случае перевозки раненых специальное оборудование с волокуш снимается.

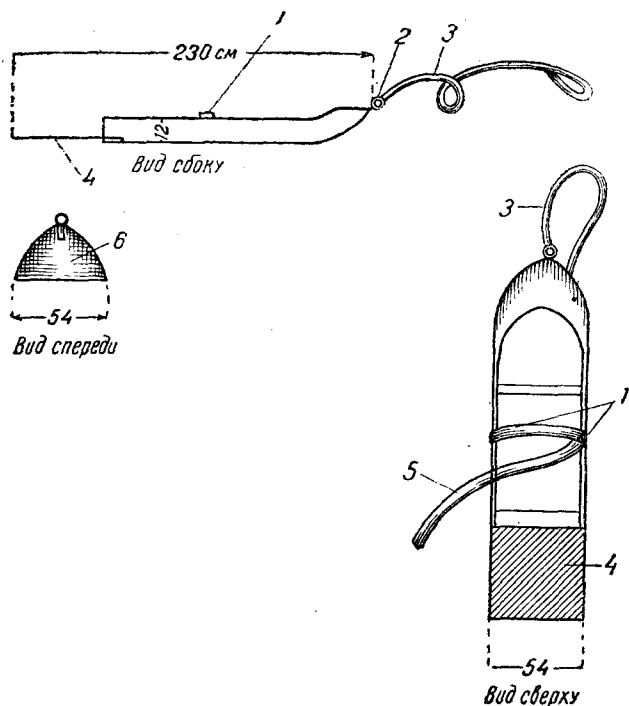


Рис. 3.

1—скобки на планке для ремня; 2—дольцо для ляжки; 3—ляжки; 4—фанера; 5—ремень для фиксации раненого; 6—оцинкованное железо на скользящей поверхности

Длина этих волокуш (150 см) не обеспечивает спокойной эвакуации раненых с поля боя, кроме людей ниже среднего роста, и для целей эвакуации эту волокушу можно использовать только после удлинения нижнего щита привинчиванием фанерного щитка длиной в 80 см и толщиной в 1 см (рис. 3).

В передней части скользящей поверхности волокуш прикреплен лист оцинкованного железа, облегчающий скольжение и предохраняющий от быстрого изнашивания. Волокуша очень легка, доста-

точно устойчива и может перетаскиваться совершенно свободно одним человеком.

Волокушу подтаскивают или подталкивают к раненому задним концом, чтобы не разворачиваться при начале обратного движения. Раненого укладывают на волокушу, и в тех случаях, когда вытаскивание производится по пересеченной местности или когда раненый ведет себя беспокойно, его привязывают ремнем. Ремень высвобождают заранее, до укладки раненого, а затем под-

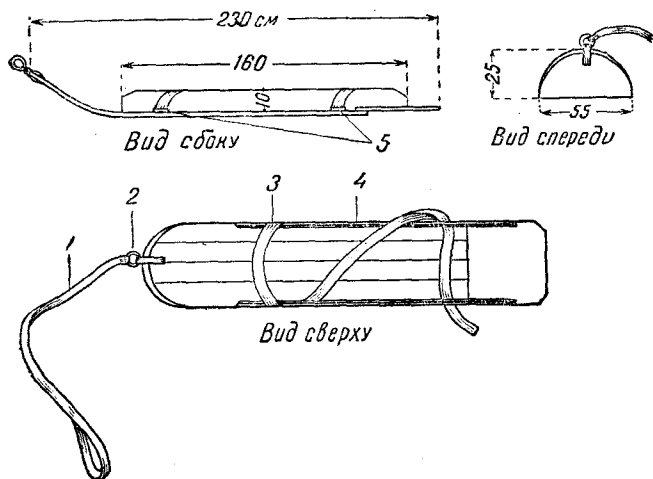


Рис. 4.

1 — лямка; 2 — кольцо для лямки; 3 — ремень для фиксации раненого; 4 — продольная планка; 5 — прорези в продольной планке для ремня

тягивают. Это в значительной степени облегчает привязывание раненого.

В носовой части волокуш можно хранить химические грелки, сетчатые шины, не обременяя санитаров-носильщиков их хранением и переноской.

Эти волокуши отвечают требованиям, предъявляемым нами к носилочным средствам.

Волокуши (рис. 4), выпускаемые для эвакуации раненых с поля боя, удовлетворяют требованиям, отличаясь от волокуш (рис. 2) лишь отсутствием лодочкообразной выемки в носовой части.

Отрицательным моментом следует считать, что продольные боковые планки этих волокуш не доходят до носовой части и при движении, особенно по рыхлому снегу, последний набивается под раненого; кроме того, в них нет места для хранения химических грелок и запаса сетчатых шин.

Эти волокуши оказались достаточно удобными при эвакуации раненых с поля боя.

Санитарные волокуши из четырех лыж охотничьего типа, предложенные Тимофеевским, по своим каче-

ствам мало отличаются от других волокуш (рис. 5). Эти волокуши должны собираться на местах (ПМП), что не может иметь широкого применения ввиду возможного отсутствия некоторых из необ-

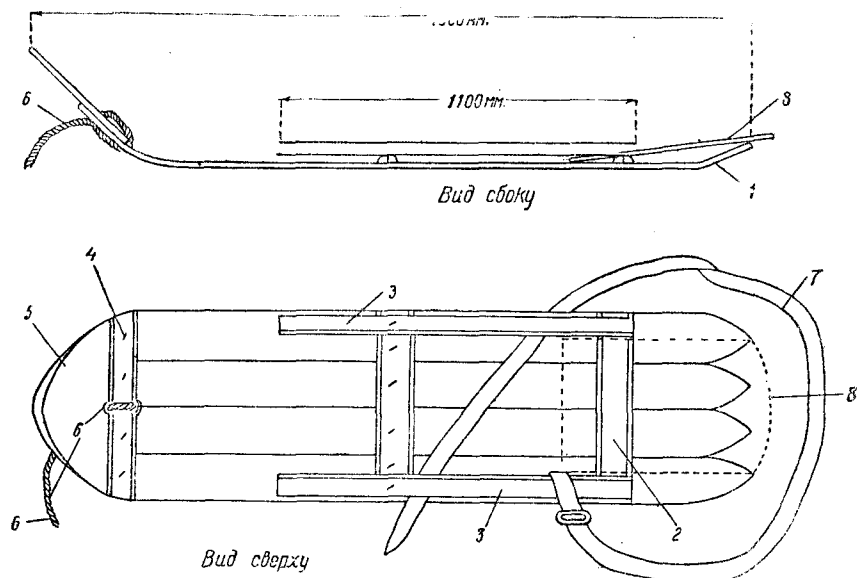


Рис. 5.

1—лыжи; 2—поперечные планки; 3—продольные планки; 4—приголовная поперечная планка; 5—фанерный щиток (ноз); 6—веревка (тяги); 7—ремень для фиксации раненого; 8—фанерное изголовье.

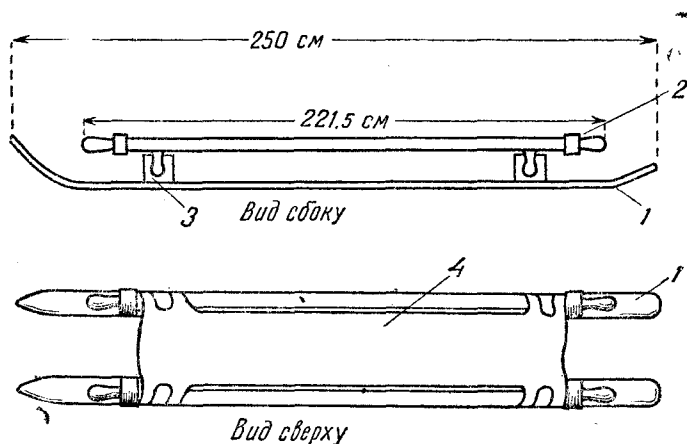


Рис. 6.

1—лыжи; 2—носки; 3—коды для ножек носилок; 4—полотно носилок

ходимых материалов, а также опытных людей. Поперечные пере-
кладыны внутри волокуши неудобны для раненых.

Лыжно-носильные установки (рис. 6), предложенные в нашей армии, изготавливаются чрезвычайно просто и при

них переключивание раненых устранено. Изготовить лыжно-носилочные установки можно в мастерских полка. Устойчивость хорошая; перетаскивать может один человек.

Опыт работы с этими лыжно-носилочными установками показал, что эвакуация раненых на них вполне возможна и не вызывает никаких осложнений. Проверка производилась в зимних условиях при форсировании реки с крутыми берегами.

Недостатком этих лыжно-носилочных установок является то, что они недостаточно прочны: лыжи на месте прикрепления фиксирующих муфт часто ломаются, фиксирующие муфты не всегда хорошо удерживают ножки носилок.

Мы имеем основание считать, что носилочные установки имеют ряд преимуществ. При централизованном производстве их главным образом на артиллерийских лыжах мы могли бы иметь портативные лыжно-носилочные установки, а главное, в любых условиях раненые эвакуировались бы на одних и тех же носилках — зимой носилки перевозят на лыжах, летом переносят на руках.

Выводы

1. Наиболее полно разрешают задачу эвакуации раненых с поля боя до поста санитарного транспорта или ПМП волокуши с фанерным щитком (рис. 2).

2. Для обеспечения эвакуации раненых из лыжных команд или отдельно действующих групп и подразделений лучшим средством следует считать пулеметные лодочки-волокуши.

3. Имеющиеся лыжно-носилочные установки не удовлетворяют полностью всем требованиям.

4. Для предупреждения охлаждения и отморожения по пути эвакуации с поля боя до ПСТ или ПМП каждая установка должна снабжаться теплым одеялом и химическими грелками.



Инженер С. И. РЫЖКОВ

ЗИМНИЙ САНИТАРНЫЙ ТРАНСПОРТ

В санитарной эвакуации зимой в районе войскового тыла значительное место занимает специальный зимний санитарный транспорт (лыжно-носилочные установки, волокуши и санитарные сани).

Перевозка раненых на специальном зимнем санитарном транспорте неразрывно связана с защитой их от холода, которая достигается укутыванием в одеяла и спальные мешки, а также обогреванием грелками. Этими средствами утепления и обогрева должны быть снабжены все виды санитарного транспорта.

1. Лыжно-ноСИЛОЧная установка НИИСИ Красной Армии образца 1941 года

Установка (рис. 1) состоит из армейских лыж, унифицированных носилок, опорной металлической рамы, дугообразной поперечины и тяговых веревок.

При сборке установки лыжи надевают отверстиями, предназначенными для носковых ремней, на лапки опорной рамы, охватывают их щечками зажимов за грузовые площадки и закрепляют винтами. Рукоятки винтов после завинчивания направляют к задним концам лыж.

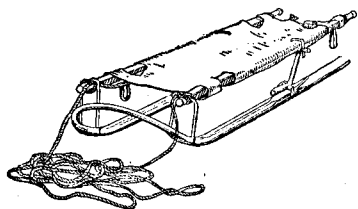


Рис. 1. Лыжно-ноСИЛОЧная установка на стойках

Дугообразную поперечину надевают коробочками на носы лыж и прочно закрепляют на них зажимными винтами.

На опорную раму и кронштейны дугообразной поперечины укладывают унифицированные носилки и закрепляют их крючкообразными зажимами.

Тяговые веревки после связывания ими ручек носилок с кронштейнами поперечины привязывают концами к ножкам носилок.

На некоторых установках кронштейны дугообразной поперечины заменены брезентовыми растяжками, на которые подвешивают передний конец носилок. Вес установки (в собранном виде) около 20 кг.

Перевозится установка, в зависимости от дальности расстояния, условий пути и боевой обстановки, одним или несколькими санитарями, идущими на лыжах. В большинстве случаев она перевозится двумя санитарями. Ее может перевозить упряжка из 2—4 ездовых собак.

На крутых спусках и при движении параллельно крутым склонам установку необходимо поддерживать тяговой веревкой, привязанной сзади. В этих случаях транспортируемый должен быть зафиксирован на установке носилочной лямкой.

В работе нужно охранять лыжи и установку от ударов о камни, деревья и другие препятствия.

При выборе лыж для установки нужно отдавать предпочтение лыжам больших ростовок: на них установка меньше погружается в снег.

2. Лодочка-волокуша

Лодочка-волокуша (рис. 2) представляет собой деревянное судно минимальных размеров. Киль ее обит листовым железом. У концов имеются кольца, к которым крепятся тяговые веревки. Внутри лодочки-волокуши закреплены ремни для фиксации транспортируемого.

Лодочка-волокуша свободно проходит по глубокому снегу, в кустарнике и по заболоченной местности. Хорошая проходимость и устойчивость ее достигаются обтекаемой формой, наличием широкого киля и низким размещением груза. Ее можно применять не только зимой, но и в другие времена года: она легко скользит по траве, болоту и пашне. Как средство водной переправы лодочка-волокуша непригодна. Грузоподъемность ее незначительна: при грузе в 70—80 кг она уже тонет.

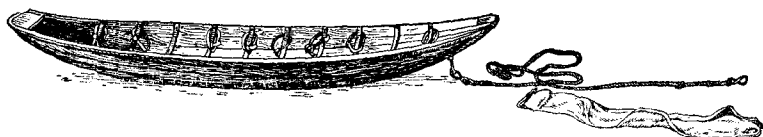


Рис. 2. Лодочка-волокуша

Недостатком ее является громоздкость, несмотря на небольшой вес. Размеры ее: длина — 2 м 40 см; ширина — 61 см; высота — 20 см; вес — 15—20 кг.

Перевозится лодочка-волокуша 1—2 санитарами, идущими на лыжах, или же упряжкой из 2—4 ездовых собак.

3. Импровизация лыжно-носилочных установок и волокуш

Лыжно-носилочные установки и волокуши, наряду с промышленным их изготовлением, могут быть построены силами частей из местных материалов. Правильно построенная импровизированная установка по своим эксплуатационным качествам не уступает установке заводского изготовления.

Легкость продвижения, поворотливость и устойчивость установки зависят в основном от расположения лыж и размещения на них носилок. Носилки необходимо размещать на опорной раме или стойках, укрепленных на лыжах так, чтобы последние приняли форму полоза, т. е. скользящая поверхность их расположилась в горизонтальной плоскости.

Размещение носилок на стойках, отнесенных к концам лыж, вызывает неправильное размещение нагрузки, не обеспечивающее горизонтального положения скользящей поверхности лыж. Все это приводит к тому, что установка получается тяжелой и трудно поворачиваемой.

Лыжи с нормальным изгибом носков при движении установки зарываются в снег, что затрудняет продвижение и поворот установки. Чтобы избежать этого, нужно носки лыж подтягивать вверх для придания им большего изгиба.

Тяговые веревки после прикрепления к раме установки или носковым ремням необходимо привязывать к носкам лыж. Крепление тяговых веревок только к опорной раме или носковым ремням без привязывания к носкам лыж затрудняет поворот и способствует опрокидыванию установки.

Практикой установлен наиболее рациональный клиренс (нижняя точка) установки, равный 18 см. Установка с большим клиренсом менее устойчива, но более проходима; с меньшим клиренсом — более устойчива, лучше маскируема, но менее проходима: на глубоком снегу она проваливается и полотнищем носилок задевает за снег.

Установка с развалом лыж (расстановка их на ширину, большую ширины носилок) обладает хорошей устойчивостью, но тре-



Рис. 3. Лыжно-носилочная установка — легкие сани

бует более широкой дороги и поэтому мало пригодна в лесистой местности.

Развал лыж следует брать равным ширине носилок, а ширину носилок (ложка) — равной 45—50 см, когда используются неунифицированные носилки.

Носилки меньшей ширины неудобны для размещения раненого.

Носки лыж в установке нужно обязательно соединять поперечной. Последняя придает установке прочность и лучшую проходимость, препятствует застреванию в кустах и зарыванию в снег носков лыж, а также предохраняет последние от поломок.

Неразборная лыжно-носилочная установка с прибитыми наглухо к раме или стойкам лыжами проще разборной. Разборность же, как показала практика, за небольшим исключением, в импровизированных установках не требуется.

Лыжно-носилочная установка — легкие сани. Из доски толщиной 5 см выпили-

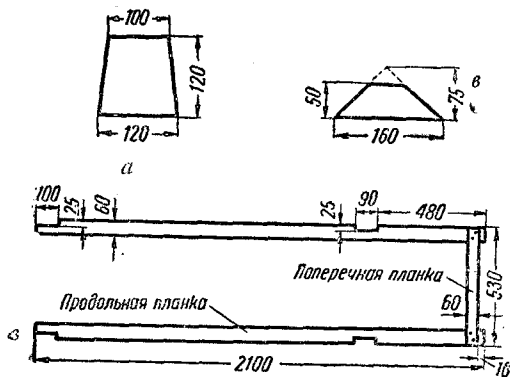


Рис. 4. Схема расположения планок рамы
а — стойка; б — раскос; в — опорная рама

вают шесть стоек и четыре раскоса (рис. 4). Из другой доски толщиной 2,5 см выпиливают три поперечные планки и две продольные планки.

Затем берут пару лыж и на них устанавливают стойки: средние — на трузовые площадки, передние — на расстоянии 70 см и задние — на расстоянии 60 см от средних. Каждую стойку прибивают двумя гвоздями (длиной 8 см), которые забивают

со стороны скользящей поверхности лыж. Для предохранения лыж от раскалывания необходимо предварительно просверлить или прожечь отверстия соответственно диаметру гвоздей. Нужно щадить от ударов молотка или топора скользящую поверхность лыж.

Сверху стоек прибивают продольные и поперечные планки, а к ним и стойкам с внутренней стороны прибивают раскосы. Носки лыж прикрепляют к продольным планкам и передней поперечной планке проволокой или осторожно прибивают гвоздями. Веревки



Рис. 5. Плоская фанерная волокуша

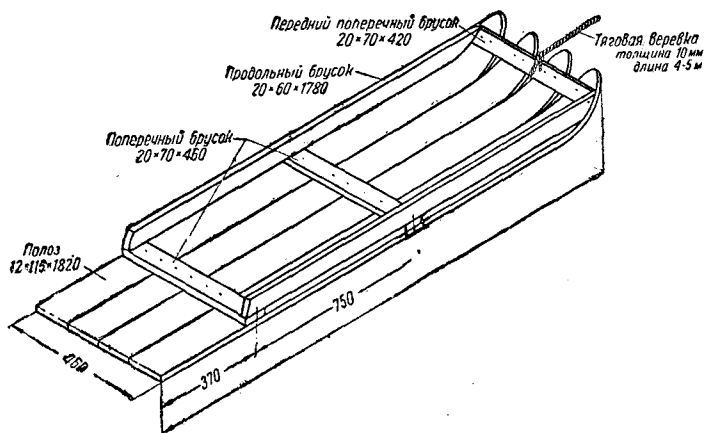


Рис. 6. Плоская волокуша из лыж

привязывают к передним стойкам и передней поперечной планке. На свободных концах веревок делают петли длиной 1 м, которые санитары надевают на плечи.

Фанерная волокуша. Волокушу (рис. 5) изготовляют из трех фанерных кусков размером 45 см×1,5 м, 45×80 см и 45×60 см, вырезанных из листа фанеры толщиной 3—4 мм, с продольным расположением волокон древесины наружного шпона; из двух продольных брусков размером 2,5 см×5 см×1,6 м и двух поперечных брусков размером 2,5×7×37 см.

Первый кусок фанеры служит основанием волокуши. Носовую часть основания заостряют и загибают. Такую же форму придают и остальным фанерным кускам.

К носовой части основания сверху прибивают третий кусок фанеры, усиливающий нос волокуши. Второй кусок фанеры накладывают на заднюю сторону основания так, чтобы он перекрывал его на 5 см и приходился загнутым концом назад.

Длинные бруски соединения сверху накладывают поперечный брусок и к нему прибивают оба куска. Затем прибивают продольные бруски и поперечный брусок. Гвозди во всех случаях забивают со стороны фанеры, а концы их загибают. Тяговые веревки закрепляют к переднему поперечному бруску. Для упрощения изготовления волокуши можно заменять накладку, усиливающую нос волокуши, косыми брусками, а заднюю часть волокуши делать без носкообразного загиба.

Аналогичную волокушу можно сделать из лыж или досок (рис.6).

4. Санитарные сани НИИСИ Красной Армии

Санитарные сани (рис. 7) состоят из обычных одноконных саней-розвальней и кузова, установленного на них.

Кузов представляет собой ящик с легким каркасом и фанерной или тесовой обшивкой следующих размеров: длина — 2 м 32 см; ширина — 1 м 24 см, высота — 1 м 36 см. Пол кузова сделан из досок толщиной 1,5 см.

Всю заднюю стенку кузова занимают двустворчатые двери, открывающиеся наружу. Спереди кузова установлены два сидения.

Кузов отапливается печкой, укрепленной к передней стенке между сидениями и заключенной в кожух из кровельного железа. Перед печкой и ее трубой в передней стенке прорезано от-

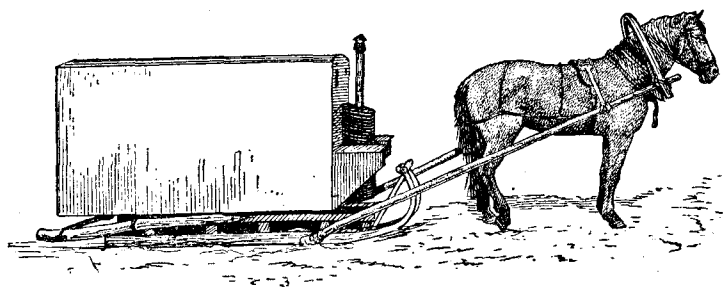


Рис. 7. Санитарные сани

верстие для доступа нагретого печкой воздуха внутрь кузова. Топочным отверстием печка выходит наружу. Запасы топлива (дрова) хранятся в ящиках под сидениями. Кузов прикреплен к саням болтами. Кресла саней опущены на грядки.

Внутреннее оборудование кузова состоит из скамеек и приспособлений для установки верхних носилок. Верхние носилки ручками переднего конца устанавливают на брус передней стенки, а заднего конца — левой ручкой на крючок, правой — на веревочную подвеску, которую можно регулировать по длине.

Запряжка санитарных саней — одноконная с дугой.

Вес кузова с санями и оглоблями — около 270 кг.

Кузов санитарных саней вмещает двух лежащих раненых на унифицированных носилках и двух сидячих на скамейках или только трех лежащих или же только четырех сидячих раненых.

В случае необходимости перевести трех лежащих, третьи носилки устанавливают на полу рядом со вторыми.

Носилочных раненых грузят ногами к печке.

При движении по крутым склонам повозочный должен следовать рядом с санями и следить за их равновесием.

Скорость передвижения саней колеблется, в зависимости от условий пути и нагрузки, в пределах 4—8 км в 1 час.

5. Санитарный спальный мешок-конверт НИИСИ Красной Армии

Санитарный спальный мешок-конверт (рис. 8) представляет собой в развернутом виде ватное одеяло с откидывающимися бортами, головным и ножным клапанами. В рабочем положении (сложенном виде) санитарный спальный мешок представляет собой конверт. На наружной стороне правой полы нашит клапан для перекрывания левой полы при укутывании раненого. Внутри мешка, в ножном конце, укреплен клеенка, предохраняющая мешок от загрязнения обувью раненого. Мешок застегивается клеветантами или завязывается.

Вес санитарного спального мешка-конверта — 7—8 кг.

Порядок укутывания: раненого укладывают на развернутый мешок и накрывают сперва правой полкой, а затем ножным клапаном, потом набрасывают левую полу. Ее перекрывают клапаном правой полы и застегивают клеветанты. Последним приемом укутывают голову раненого.



ВОПРОСЫ ГИГИЕНЫ И САНИТАРНО-ХИМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

Генерал-майор медицинской службы проф. Ф. Г. КРОТКОВ

«ПРОФИЛАКТИКА АВИТАМИНОЗОВ В ВОЙСКАХ

Значение витаминов для сохранения здоровья и боеспособности войск в достаточной мере осознано не только врачами, но и командирами Красной Армии. В практической работе военного врача по осуществлению медицинского контроля за питанием войск мероприятия по предупреждению авитаминозов занимают одно из первых мест. Опыт Великой отечественной войны показал, что путем своевременного проведения необходимых и доступных военному врачу мероприятий можно эффективно бороться с авитаминозами.

Есть все основания утверждать, что в условиях современной войны сведущий врач располагает вполне реальными средствами устранить угрозу появления и развития авитаминозов в войсках даже при отсутствии витаминных препаратов. Поэтому возникновение авитаминозных заболеваний следует рассматривать как событие чрезвычайной важности.

Одной из наиболее сложных задач является предупреждение витаминной недостаточности питания войск в конце зимы и начале весны, когда нарушается снабжение армии свежими овощами. В это время года совершенно естественно вспомнить о витаминных препаратах кустарного и заводского изготовления. В остальное время профилактика авитаминоза должна базироваться: 1) на бесперебойном снабжении свежими овощами; 2) на правильном приготовлении пищи с сохранением ее витаминной активности и 3) на широком использовании дикорастущей и культурной (огородной) зелени.

Снабжение действующей армии свежими и квашеными овощами относится к компетенции специальной службы. Однако медицинские работники Красной Армии не могут и не должны уклоняться от участия в разрешении вопросов распределения, доставки и хранения овощей, а главное, замены последних крупами и вермишельно-макаронными изделиями.

При наличии овощей, содержание которых в красноармейских пайках 1-й и 2-й категории достигает 820 г в сутки, потребности бойца в главнейших витаминах покрываются со значительным избытком. Теоретический подсчет показывает, что при отпуске полного набора всех пищевых продуктов, включая и овощи, боец действующей армии получает от 3 до 4,5 мг каротина, около 4 мг витамина В₁ и от 40 до 120 мг аскорбиновой кислоты. По современным воззрениям эти количества важнейших для питания войск

витаминов являются совершенно достаточными для обеспечения полного благополучия организма даже в суровых условиях боевой обстановки.

При рассмотрении вопроса о нормах витаминов в рационе бойца на пленуме гигиенической секции Ученого медицинского совета при начальнике Главного военно-санитарного управления Красной Армии было установлено, что для войсковых частей действующей армии в качестве основного уровня витамина А следует принять 3 мг каротина (5 000 ИЕ). В случаях повышенной физической нагрузки, особенно при неблагоприятных метеорологических условиях (охлаждение, нагревание), желательное повышение этой нормы до 4 мг (6 600 ИЕ). Для некоторых категорий военнослужащих, выполняющих боевые задания в условиях пониженного освещения, уровень каротина в питании должен быть поднят до 5 мг (8 300 ИЕ). Во всех случаях, когда это представляется возможным сделать, необходимо стремиться к тому, чтобы не менее трети витаминного рациона составлял собственно витамин А; остальные две трети могут быть представлены в виде каротина. Особенно важно выдержать это соотношение в тех случаях, когда к зрению военнослужащих предъявляются особенно высокие требования (экипажи ночных бомбардировщиков и истребителей, снайперы, артиллерийские наблюдатели, разведчики, расчеты зенитно-прожекторных установок и пр.).

Витамин В₁, в связи с преобладанием углеводистого питания, должен доставляться в количестве 2,5—3 мг в сутки. В условиях напряженной физической работы, а также при повышенной температуре наружного воздуха (оборонительные работы, боевая деятельность в танках и бронепоездах в жаркую погоду, работа у топок на морских кораблях) потребность в витамине В₁ возрастает и нормы его должны быть увеличены.

Суточная доза аскорбиновой кислоты для войсковых контингентов должна быть поднята до 50 мг с повышением этой нормы при напряженной физической работе до 75 мг. В условиях длительного воздействия высокой и низкой температуры, особенно при обильном потоотделении, следует доводить уровень витамина С в питании войск до 100 мг в сутки.

Сопоставление данных содержания витаминов А, В₁ и С в основных пайках действующей армии с только что разобранными нормами показывает, что потребности бойца могут быть покрыты за счет этих пайков полностью. Но это возможно только в том случае, если в результате кулинарной обработки продуктов и выпечки хлеба не происходит разрушения каротина, аскорбиновой кислоты в готовых блюдах и витамина В₁ в хлебе.

О степени потери витамина С можно судить по исследованиям НИИСИ Красной Армии и Государственной контрольной витаминной станции. Из этих исследований видно, что вследствие неумелого приготовления пищи в готовых блюдах остается не свыше 10—12 мг аскорбиновой кислоты при содержании последней в наборе сырых продуктов от 80 до 120 мг. Таким образом, потери витамина С в процессе приготовления пищи достигают почти 90%.

Опыт Великой отечественной войны показывает, что при соблюдении элементарных правил приготовления пищи из овощей содержание витамина С в готовых блюдах можно поднять до 50% витаминной активности сырых продуктов. В этом отношении весьма поучителен опыт Ленинградского фронта, где среднее содержание аскорбиновой кислоты в готовой пище удалось поднять до 65 мг (майор медицинской службы Аграновский). Отсюда очевидно, что главной задачей медицинских работников действующей армии является добиться таких условий приготовления пищи в войсках, чтобы витаминная активность готовых блюд обеспечивала покрытие суточной потребности бойцов в аскорбиновой кислоте.

Надо помнить, что витамин С не синтезируется в человеческом организме и единственным источником его поступления в клетки и ткани нашего тела являются овощи. Наблюдения последнего времени показывают, что потребность в витамине С особенно возрастает при ограничении белка в рационе. Словом, чем больше аскорбиновой кислоты содержится в пище, тем меньше потребность в белке. И, наоборот, при углеводистом по преимуществу питании уровень витамина С в питании должен быть повышен.

В настоящее время мы хорошо знаем, какие обстоятельства благоприятствуют сохранению и способствуют разрушению аскорбиновой кислоты в готовой пище. Поэтому не представляет больших трудностей добиться повышения витаминной активности блюд даже в условиях фронтовой обстановки.

Надо помнить, что главным моментом, определяющим степень сохранения витамина С в готовой пище, является длительность нагревания пищевых продуктов. Чем дольше нагревается в процессе варки пища и чем дольше она хранится до момента раздачи потребителям, тем больше аскорбиновой кислоты разрушается.

По данным проф. Б. А. Лаврова 3-часовое хранение сваренного картофеля при 60—70° ведет к потере 70—80% витамина С. Через шесть часов хранения такой картофель становится совершенно свободным от аскорбиновой кислоты.

Отсюда следует практический вывод: овощи надо закладывать в котел за 30—40 минут до полной готовности блюда и раздачу пищи производить немедленно по окончании варки. Вторичное подогревание готовой пищи, часто практикуемое в войсках, ведет к полному уничтожению аскорбиновой кислоты.

Второй важный фактор, с которым надо считаться, это окисление аскорбиновой кислоты за счет кислорода воздуха. Высокая температура резко ускоряет этот процесс. По этим соображениям овощи в процессе варки должны быть покрыты водой, которая оберегает их от воздействия кислорода. Следует также избегать частого помешивания пищи во время варки; котлы необходимо держать закрытыми.

При варке пищи овощи надо закладывать не в холодную воду, как это часто практикуется на фронте, а в горячую. Это требование обуславливается необходимостью разрушить окислительные ферменты растительных клеток и тканей. При постепенном нагревании овощей, погруженных в холодную воду, медленный переход через

термостатный интервал (между 37° и 42°) влечет за собой снижение содержания витамина С за счет усиления ферментативно-окислительных процессов.

Овощи и зелень не следует хранить в измельченном виде длительное время. В таком виде облегчается воздействие кислорода на аскорбиновую кислоту и стимулируется деятельность окислительных ферментов. Предназначенные для варки овощи должны быть быстро измельчены и немедленно погружены в кипящую воду или бульон.

Относительно быстрый переход аскорбиновой кислоты в воду при вымачивании и варке овощей требует обязательного использования воды и отвара для приготовления пищи. Чтобы показать, какое практическое значение имеет это требование, достаточно привести исследования проф. Н. С. Ярусовой, которыми установлено, что после часовой варки капусты в бульон переходит свыше 60% витамина С. В самой капусте при этом обнаруживалось не более 15—20% исходного количества аскорбиновой кислоты.

Поскольку картофель является основным поставщиком витамина С в красноармейском рационе, особенно важно сохранить его витаминную активность. Не надо забывать, что в суточном пайке картофеля (500 г) содержится от 30 до 85 мг аскорбиновой кислоты, т. е. полная человеко-доза.

Предварительное вымачивание чищенного картофеля в холодной воде в продолжение 18 часов, по данным проф. Б. А. Лаврова, не снижает его витаминной активности. Отсюда как будто следует сделать вывод о «безопасности» заблаговременной очистки картофеля и хранения его в течение ночи до момента приготовления пищи. Однако большинство авторов (Шрейбер, Крамер, Штарфингер и др.) не разделяет этого мнения и настоятельно предостерегает от выдерживания очищенного картофеля в воде. При приготовлении пищи в полевых кухнях следует категорически запретить предварительную очистку картофеля накануне дня варки и вымачивание его в воде до начала приготовления пищи.

Большое практическое значение имеет использование в войсках картофеля, сваренного в кожуре. По данным проф. Б. А. Лаврова, картофель, сваренный в «мундире», после хранения без отвара в течение 24 часов в полной мере сохранил свою витаминную активность. Из этого следует заключить, что практикуемая на фронте выдача вареного в кожуре картофеля на второй завтрак является вполне целесообразной мерой.

В зимнее время особое значение приобретает правильное использование мороженых овощей и картофеля. Если замороженный картофель погружается непосредственно в горячую воду или кипящий бульон, его витаминная активность практически почти не снижается. В случае предварительного оттаивания содержание витамина С в мороженом картофеле значительно падает. Больше того, если мороженный картофель погружают в холодную воду и затем подвергают нагреванию, количество витамина С в нем заметно уменьшается. Из этих фактов следует сделать единственно пра-

вильный вывод о необходимости закладывать мороженный картофель обязательно в кипящие воду и бульон. Этим достигается не только сбережение витамина С, но и сохранение вкусовых качеств такого ценного продукта питания, каким является картофель. Для облегчения очистки мороженный картофель рекомендуется погрузить на короткое время в горячую воду для размягчения верхнего слоя, непосредственно прилегающего к кожуре. Обработанный таким образом картофель может быть очищен с помощью простой картофелечистки, описанной в циркуляре начальника ГУПС Красной Армии № 31 от 4.XII.1942.

Вторым по важности носителем витамина С в пайке красноармейца является капуста. В 170 г свежей капусты, предусмотренной нормами приказа НКО № 312, содержится от 42 до 112 мг аскорбиновой кислоты. Витаминная активность правильно засоленной и хорошо сохраняемой квашеной капусты колеблется от 29 до 51 мг в 170 г продукта. Из простого подсчета видно, что суточная норма картофеля и капусты в рационах 1-й и 2-й категории обеспечивает бойцу от 60 до 200 мг аскорбиновой кислоты, т. е. полностью покрывает потребность взрослого человека в витамине С. Сказанное относится к сырым продуктам, которые в зависимости от условий кулинарной обработки в большей или меньшей степени теряют свою витаминную активность. Отсюда со всей очевидностью вытекает необходимость взять под строгое медицинское наблюдение кулинарную обработку овощей и научить поваров правилам сохранения витамина С в готовой пище.

В отношении кислой капусты, являющейся особенно ценным продуктом питания в зимние месяцы, необходимо стремиться прежде всего к устранению воздействия кислорода воздуха. С этой целью капусту следует заквашивать в плотной посуде и хранить под слоем рассола. Открытую бочку с капустой необходимо как можно скорее использовать по назначению (избегая длительного хранения продукта на воздухе). Надо иметь в виду, что капуста, вынутая из рассола, через 6 часов хранения теряет около 50% аскорбиновой кислоты, а за сутки потеря достигает 75%.

Замороженная капуста должна быть использована в пищу без предварительного оттаивания. Длительная варка свежей и квашеной капусты недопустима. Опыт показывает, что квашеная капуста в результате 20-минутного кипячения теряет около 50% содержащегося в ней витамина С.

На содержание аскорбиновой кислоты в готовых блюдах существенное влияние оказывает и качество посуды. Варка пищи в железных и медных (нелуженых) котлах ведет к резкому снижению витамина С. По данным проф. Калмыкова, после часовой варки картофеля в алюминиевой и чугунной посуде средние потери аскорбиновой кислоты в первом случае равнялись 18%, а во втором случае — 53%. Полтора часовая варка свежей капусты дала следующие потери витамина С: 33% — для алюминиевой посуды и 49% — для чугунной.

То же самое следует сказать и о хранении готовой пищи. Вареная капуста, хранившаяся в алюминиевой посуде, через три часа

потеряла 25% аскорбиновой кислоты; в чугунной посуде за то же время утратилось 60% витамина С. Из сказанного следует, что чугунные, не покрытые эмалью котлы оказывают значительное отрицательное влияние на витаминность блюд из свежих овощей.

В условиях фронтовой обстановки не всегда возможно заменить чугунные котлы другой посудой, поэтому потери витамина С в таких случаях следует рассматривать как неизбежное зло. Но эти потери необходимо учитывать с целью внесения соответствующих поправок в снабжение войск витамином С.

В тех случаях, когда по тем или иным причинам доставка овощей на фронт затрудняется, необходимо витаминизировать питание войск путем использования имеющихся запасов свежих и квашеных овощей в сыром виде. Наиболее целесообразно, конечно, готовить из таких овощей винегреты и салаты, если позволяет обстановка.

Весьма эффективным средством профилактики С-авитаминоза являются проросшие зерна злаков и плоды бобовых. Опыт Ленинградского фронта показал полную возможность осуществить эту меру предупреждения и лечения цынгы в условиях Великой Отечественной войны.

Горох и другие бобовые надо проращивать до того момента, когда корневые ростки достигнут 2 см длины. С этой целью горох предварительно замачивают в течение 24 часов до полного набухания, после чего его перекалывают в плетеную корзину и подвешивают в теплом месте. В течение суток проращиваемый горох должен несколько раз увлажняться поливкой. При отсутствии корзины можно использовать дырчатые ящики, заполненные сырым песком. Последний должен все время поддерживаться в увлажненном состоянии.

Проросшие бобовые могут употребляться в пищу в натуральном виде или приготовленными в виде салата. Можно из этого продукта приготовить пюре, пропустив его через мясорубку, или сварить кашу с небольшим количеством воды. Суточная профилактическая доза проросшего гороха равняется 150 г на 1 человека.

Для проращивания ржи зерно насыпают в посуду и увлажняют, подливая несколько раз в сутки воду. На 4—5-е сутки проросшее зерно может быть использовано для предупреждения и лечения С-авитаминоза. Его целесообразно пропустить через мясорубку или порубить ножом, сечкой, лопатой и т. д. Суточная доза проросшей ржи равняется 200 г на 1 человека. Выдавать также следует в виде салата, пюре или каши.

По наблюдениям В. Шрейбера проращивание глазков картофеля весной способствует восстановлению его витаминной активности. На этом основании автор рекомендует пролежавший до весны и утративший значительную часть аскорбиновой кислоты картофель проращивать в течение 3 дней при температуре 15°. Таким простым способом можно восстановить С-витаминную активность картофеля.

В южных районах страны ранней весной можно для целей профилактики использовать молодые ростки сахарной свеклы. При

прореживании посевов может быть снято огромное количество ростков, не уступающих по содержанию витаминов и вкусовым качествам даже шпинату.

При отсутствии возможности повысить содержание витамина С в пище за счет пищевых ресурсов необходимо обратиться к использованию дикорастущих. Мы располагаем в настоящее время тщательно разработанной методикой приготовления витаминных настоев и концентратов из хвои, листьев березы, липы, люцерны и клевера. Опыт Великой отечественной войны говорит, что витаминные настои во всех случаях следует сгущать посредством упаривания до сиропообразного состояния. Полученный таким образом С-витаминный концентрат обладает неизмеримо более высокой активностью (до 1 800 мг⁰/о) и может сохраняться несколько месяцев без значительной потери аскорбиновой кислоты.

Высокая витаминная активность концентратов и их длительная сохраняемость позволяют заготовить эти препараты заблаговременно и хранить их до того времени, когда в них появится надобность. В зимние месяцы надо находить необходимое время для заготовки впрок витаминных концентратов с тем, чтобы в конце зимы обеспечить витаминизацию питания войск в случае затруднений с доставкой овощей. Способы приготовления витаминных концентратов изложены в Инструкции Главного военно-санитарного управления Красной Армии по приготовлению настоев и концентратов витамина С.

Опыт Великой отечественной войны показал, что горький вкус настоев из хвои не является серьезным препятствием к широкому использованию этого доступного средства профилактики в войсках. Полная безвредность горьких компонентов хвойного настоя в настоящее время не вызывает сомнений. Для устранения и маскировки горечи можно рекомендовать добавление к настою из хвои капустного рассола, хлебного кваса, клюквенного сока, сахарина, свекольного отвара и пр. Улучшение вкуса может быть достигнуто и подкислением настоя или концентрата любой органической или соляной кислотой. Эта мера не только улучшает вкус настоя, но и повышает его сохраняемость.

На крайних северных участках фронта, богатых запасами ягеля (олений мох), может быть целесообразно использован и этот продукт, содержащий от 10 до 20 мг⁰/о аскорбиновой кислоты. Некоторые виды лишайников обладают более высокой С-витаминной активностью (до 40 мг⁰/о аскорбиновой кислоты). Измельченный, сырой или вареный ягель может быть рекомендован в качестве добавки к готовым блюдам в количестве 50—100 г. Добавление ягеля в некоторых случаях даже повышает вкусовые качества блюда. Опыт приготовления из ягеля водных настоев оказался мало удачным.

При полном отсутствии овощей и невозможности использовать витаминоносители из группы дикорастущих войска снабжают витаминными препаратами промышленного изготовления. Для профилактических и лечебных целей в Красной Армии применяются следующие препараты производства Союзвитаминыпрома: 1) таблетки

из чистой аскорбиновой кислоты с сахаром (витаминная активность— 50 мг); 2) таблетки из шиповника, содержащие по 15—20 мг аскорбиновой кислоты; 3) драже из чистой аскорбиновой кислоты (витаминная активность— 50 мг); 4) кристаллическая аскорбиновая кислота (50—100 тыс. человеко-доз в 1 кг)¹; 5) порошок шиповника (750—1500 человеко-доз в 1 кг) и 6) сироп из шиповника с добавлением сока черной смородины или рябины (200—250 человеко-доз в 1 л).

Помимо указанных препаратов, Союзвитаминыпрот приступил к выпуску поливитаминных драже с содержанием 50 мг аскорбиновой кислоты и 2,5 мг витамина В₁.

Хорошо зарекомендовала себя пробная партия таблеток из шиповника с добавлением чистой аскорбиновой кислоты (витаминная активность 50 мг).



Майор медицинской службы А. Д. АСТАФЬЕВ

О ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ ОТМОРОЖЕНИЙ НОГ

Наиболее частыми и тяжелыми по течению поражениями от холода являются отморожения нижних конечностей.

На основании госпитальной статистики многие клиницисты считают, что отморожения ног в военное время составляют 96—97% всех поражений от холода. Причиной отморожений ног чаще всего является промокание обуви от соприкосновения с тающим снегом, сырой и влажной почвой, а также увлажнение ног во время переправ через реки, болота и озера, если обувь не высушивается или не сменяется тотчас же после промокания.

При наступлении холодного времени, в связи с опасностью появления отморожений, профилактическим мероприятиям по предупреждению поражений ног следует уделять должное внимание. Сырая погода исключает возможность носки в переходное время валенок и поэтому для защиты ног в этот период применяют кожаную обувь и портянки. Вследствие увлажнения кожаной обуви и портянок теплопроводность их возрастает. Сочетание этого фактора с увеличением перепада между температурой поверхности кожи и температурой почвы ведет к значительному повышению теплоотдачи с поверхности ног, в результате чего возникает разное местное охлаждение тканей. В целях предупреждения этого охлаждения показано применение добавочной теплоизолирующей прослойки, которая способствовала бы уменьшению теплопотери.

В НИИСИ Красной Армии совместно с Институтом коммунальной гигиены и при участии сотрудников ортопедического отделения Протезного института разработаны такие утеплители для кожаной

¹ Союзвитаминыпрот принимает за человеко-дозу 20 мг аскорбиновой кислоты.

обуви: вкладные стельки, суконные носки и специальные накладки для наружного утепления обуви.

Вкладные стельки можно изготавливать из двух слоев сукна от старых шинелей, непригодных к употреблению. Выкроенные соответственно размеру обуви оба слоя сукна должны быть прошиты по длине стельки (рис. 1). Такая стелька значительно мягче по сравнению с принятой на снабжение стелькой из войлока на картонной подкладке.

Мягкая суконная стелька не ломается при ходьбе, как это иногда бывает с жесткой стелькой, когда промокший картон теряет свою стойкость. Из промокшей суконной стельки воду легко удалить



Рис. 1

Рис. 2

простым выжиманием. При длительной носке и загрязнении мягкую стельку можно выстирать, а грязь с нее удалить с помощью щетки. Увеличивая теплоизолирующую способность подошвы, суконная стелька, благодаря своей высокой гигроскопичности, впитывает влагу с поверхности кожи стопы и подошвы, почему обувь становится менее влажной.

Суконные носки (рис. 2), изготавливаемые из тех же материалов, как и стельки, выкраивают из двух отдельных частей, которые затем сшивают вместе. Швы на готовом носке можно для прочности обшить тесьмой; при применении же достаточно прочных ниток можно обойтись и без этого.

Суконный носок при изготовлении можно пригонять на голую ногу или на ногу, обернутую одной хлопчатобумажной портянкой. Поверх носка, если позволяет размер обуви, лучше наворачивать вторую портянку для защиты его от изнашивания. Слабое раздражение кожи, которое можно ожидать при ношении суконного носка на голую ногу, не является противопоказанием, так как оно может оказать полезное действие, вызывая усиленный прилив крови к коже. Суконные носки могут быть изготовлены не только из серошинельного сукна, но и из различных шерстяных отходов промышленности и лоскута.

Для изготовления суконных носков требуется значительно меньшее количество материала, чем для портянок: из 4 пар суконных портянок размером 35 × 70 см можно получить 9 пар носков.

Рис. 3. Помощью суконных носков перед портянками является возможность их применения при таких размерах обуви, когда суконные портянки делают обувь тесной и непригодной для носки. Суконные носки можно делать более открытого типа (рис. 3).

Для защиты от холода только пальцев ног можно из тех же материалов изготовить вместо суконного носка колпачки, которые



Рис. 3



Рис. 4

будут закрывать только пальцы (рис. 4). Выкраиваются они аналогично передней части суконного носка.

Для уменьшения отдачи тепла с наружной поверхности кожаной обуви можно применять специальные покрывшки, изготовляемые наподобие суконного ботинка. Для большей сохранности покрывшек лучше их делать без каблука. Подошву у них можно делать из двух слоев сукна и одного слоя (наружного) ткани плащ-палатки. Верхняя часть накладки, состоящая из одного слоя сукна, по форме напоминает союзку. Накладка держится на кожаной обуви двумя тесемками: одной, проходящей через пятку, во избежание соскальзывания вперед, и второй, прижимающей накладку к подошве, для предупреждения проникновения снега. Она надевается при низких температурах, а также употребляется при малоподвижной службе или на привалах.

Накладки могут быть использованы лыжниками, кавалеристами и в других родах войск.

Все утеплители были испытаны в различных условиях: в лабораторных условиях, в холодильной камере, в опытной носке отдельными лицами и целыми подразделениями и везде оказывались достаточно эффективными.

Ю. В. Вадковская, проводя исследования утеплителей зимой 1941/42 г. при наружных температурах от -10° до -27° , когда действие утеплителей при кожаной обуви сопоставлялось с действием валенок, получила при двухчасовой экспозиции на морозе

Следующий график ожидаемых потерь (средние значения):

	1-е изменение	2-е изменение	3-е изменение	4-е изменение	5-е изменение	6-е изменение
Валенки	26,0	22,6	20,4	16,7	13,7	12,4
Сапоги с утеплителями	24,8	21,1	18,4	16,3	12,8	13,0

На основании этих материалов, а также целого ряда других исследований, когда подопытные лица либо надевали на обе ноги одинаковую обувь, либо различную на правую и левую ногу, можно считать установленным, что утеплители значительно повышают тепловые свойства кожаной обуви, лишь немного уступая в этом отношении валенкам.

Предлагая для защиты ног бойцов различные утеплители из серошинельного сукна, отслужившего свой срок, следует указать, что техника их изготовления несложна, не требует специальных приспособлений и осуществима при любых условиях.



Полковник медицинской службы К. Д. ТИМАНЬКОВ

ОЧЕРЕДНЫЕ ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОГО СНАБЖЕНИЯ КРАСНОЙ АРМИИ

Лечебно-эвакуационное обслуживание наступательных действий войск — дело весьма сложное. Наступление Красной Армии идет по разрушенной противником территории, где отсутствует жилой фонд и нет железнодорожных и автомобильных путей, что значительно затрудняет эвакуацию раненых и снабжение войск.

Военная медицина развила и утвердила ряд принципов, полное осуществление которых обеспечивает успешность лечебно-эвакуационного обслуживания войск Красной Армии.

Эти достижения в значительной степени зависят от материального оснащения всеми необходимыми видами медицинского имущества, которое санитарная служба Красной Армии во все время войны получает в нужном количестве в основном от нашей промышленности.

Сейчас мы имеем достаточную базу по производству медикаментов, хирургического инструментария, перевязочных средств и санитарно-хозяйственного имущества.

«Тыл обязан снабжать фронт четко и бесперебойно в любых условиях и при любой обстановке, работая с удвоенными силами и энергией», — говорит маршал Советского Союза И. В. Сталин. Это должны твердо помнить все работники медицинского снабжения, так как от их работы, инициативы и находчивости зависят жизни сотен тысяч раненых защитников нашей родины.

Для выполнения этой задачи необходимо все время быть в курсе обеспеченности соединений, частей и лечебных учреждений медицинским имуществом. Оперативные донесения о наличии имущества должны быть в центре внимания для принятия срочных мер к пополнению без особых требований.

Товарищ Сталин требует «быстрее подтягивать тылы». Работники медицинского снабжения совместно с начальниками санитарных служб обязаны, исходя из оперативной обстановки, выдвигать вперед наши базы медицинского снабжения, лучше и оперативнее маневрировать подвижными отделениями санитарных складов и проводить снабжение от себя.

Без рационального использования транспорта нельзя выполнить поставленные задачи. В этом отношении работники медицинского снабжения находятся в достаточно выгодном положении. Мы имеем значительное количество постоянных и временных санитарных поездов, санитарные автороты, санитарные самолеты и автотранспорт.

У начальников санитарной службы и работников медицинского снабжения должен быть установлен железный закон: все вагоны санитарного транспорта, идущие вперед к войскам, должны везти прежде всего медицинское имущество. Этим обеспечивается сохранность его и быстрота доставки. В местах разгрузки от раненых военно-санитарных поездов, автосанрот и т. д. должны находиться базы медицинского снабжения — склады ФЭП, МЭП, ГОПЭП или филиалы складов армий, фронта.

Умением четко обслуживать маневренные операции частей определяется сейчас ценность того или иного хозяйственника, соответствие его занимаемому посту. Такого умения у нас еще недостаточно. В этом отношении наши начальники медицинского снабжения не всегда стоят на должной высоте.

Так, т. Ворович, имея на своем фронтовом складе несколько тысяч одеял, с августа не принял должных мер к доставке их армиям и этим ухудшил условия эвакуации раненых. У т. Варшавского на складе лежат в достаточном количестве поильники, резиновые грелки, а в лечебных учреждениях в этих предметах ощущается нужда. Такие факты не единичны.

Генерал-полковник медицинской службы Е. И. Смирнов в письме к т. Устинову говорит: «Я считаю необходимым иметь запасы на фронтовых и армейских складах; больше того, я требую, чтобы такие резервы создавались. Но создавать складские запасы можно и нужно при обеспеченности нужным медицинским имуществом частей и учреждений».

На практике мы не проявляем должной маневренности нашим медицинским имуществом. Некоторые товарищи под маневром понимают простую передислокацию наших учреждений, в том числе и санитарных складов. В упомянутом письме сказано о маневре: «Это проведение всесторонних мер, обеспечивающих целесообразное и полноценное использование всех имеющихся средств в данной конкретной обстановке». Между тем, например, у т. Семки в одном хозяйстве лежит двухмесячный запас мыла, а рядом в другом хозяйстве мыла нет вовсе и нет достаточной инициативы и гибкости, чтобы сделать перераспределение до подхода мыла с фронта и из центра.

В понятие маневра медицинским имуществом входит умение рационально заменять отсутствующие предметы другими соответствующими по своему действию, например: нет порошка от кашля, но может быть кодеин с содой, нет аспирина, но его можно заменять салициловым натрием и т. п. Отсутствуют ампульные препараты — надо организовать на месте приготовление необходимых растворов в меру потребности.

Многие наши работники медицинского снабжения, например, начальник снабжения N-ской армии, т. Литвин и другие, стали значительно лучше планировать снабжение наступающих войск. Но наряду с этим еще имеется ряд пробелов в планировании снабжения операций. Например, у тт. Ворович, Ниворожкина, Мартиросяна отсутствует ориентация в оперативной обстановке

и они не обеспечивают выполнения лечебно-эвакуационного плана, не находятся повседневно в курсе развития операции. Начальники санитарных служб тт. Семека, Песис не уделяют достаточного внимания вопросам медицинского снабжения.

Наша страна для своей армии не жалеет ничего. Санитарная служба имеет все необходимое для оказания высококвалифицированной врачебной помощи раненым и быстрого возвращения их в строй по выздоровлении. Необходимо бережное отношение к особо ценному в условиях войны медицинскому имуществу и медицинские работники добились определенных успехов в экономии перевязочных материалов; по отдельным фронтам и армиям она достигает 30—50% общего расхода перевязочного материала. Мы имеем также, например, хорошие результаты в экономии сульфидина и стрептоцида в связи с переходом на эмульсии и водные растворы их и т. д. Но наряду с такими положительными имеются и отрицательные моменты—расходование имущества не по назначению.

Приказ НКО ясно требует всемерного сбережения военного имущества. Однако некоторые товарищи легко относятся к имеющимся фактам нарушения этого приказа. Мы должны воспитать в себе и в наших подчиненных чувство безусловной непримиримости со всякими злоупотреблениями и сурово наказывать расхитителей военного имущества и их покровителей. Это даст нам возможность еще лучше обслуживать наших раненых.

Работники медицинского снабжения тыловых частей и учреждений обогатились значительным опытом и во многих случаях проявляют прекрасную инициативу.

В хозяйстве т. Шамашкина хорошо организован ремонт санитарной техники, выпуск новых банно-дезинфекционных установок, ампулирование стрептоцида, сульфидина. У т. Заваляшина широко поставлено производство носилок, шин Крамера, гипса и т. д. Таких примеров много. Удачная инициатива способствует улучшению обслуживания раненых, экономит железнодорожный и автомобильный транспорт.

Вместе с тем некоторые работники, как, например, тт. Ворович, Недорубов, живут иждивенческими настроениями и не желают заниматься местными заготовками. В Харькове имеется гипсовый завод. Однако вместо принятия срочных мер к его пуску и быстрому наращиванию его производственных мощностей эти работники требуют подачи гипса из Москвы.

Работники медицинского снабжения должны твердо помнить, что у нас имеется полная возможность отлично выполнять приказ товарища Сталина о четком и бесперебойном снабжении фронта. Они должны свято следовать этому приказу.



РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ГИПСОВЫХ ЛОНГЕТ

Нами разработан способ изготовления гипсовых лонгет, при котором марля расходуется вчетверо меньше, а гипса по 30 г на 1 см² лонгеты. Наши лонгеты вполне удовлетворяют требованиям, предъявляемым к гипсовым лонгетам. Техника изготовления следующая.

На гипсовальную доску шириной в 25 см и длиной в 130 см с бортиками по краям (рис. 1) накладывают марлю такой же ширины, но в два раза длиннее желательной лонгеты. Доске придают наклон до 20°, ставя верхний конец ее на деревянный брусок или даже прибив его к доске, чтобы через отверстие в нижнем бортике стекала излишняя вода. Отступая на 10 см от

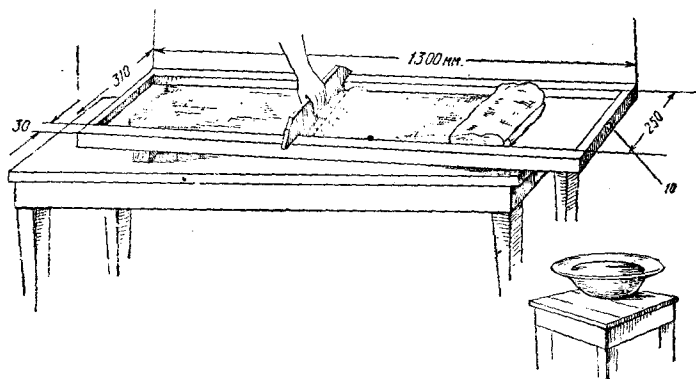


Рис. 1. Гипсовальная доска

верхнего бортика и на 4 см от боковых бортов, в доску вбивают два гвоздя; головки гвоздей перекусывают и заостряют концы. На полученные таким образом шпильки нацепляют верхний конец марлевой полосы для того, чтобы она прочно удерживалась во время распределения гипсового порошка до требуемой длины (например, до 60 см). Остальную часть марли складывают у этой метки в виде гармошки. На верхний край марли насыпают гипс в количестве, необходимом для равномерного распределения его по всей марле слоем до 4 мм. Равномерное распределение гипса достигается при помощи небольшой фанерной распределительной планки (рис. 2, 1), скользящей по бортикам и не достигающей поверхности доски на 4 мм. Вначале следует вести распределительную планку сверху вниз, затем можно спокойно вести ее снизу вверх, удаляя остаток гипса кверху — марля при этом не сдвигается. Остаток гипса убирают при помощи другой планки (2), достигающей дна доски. Можно пользоваться обыкновенной доской без бортиков, применяя особую планку с вырезом на нижнем крае, соответствующем ширине лонгеты. (3). Распределив равномерно гипс, поверх него аккуратно накладывают свободный конец марли, расправляя ее и накатывая на шпильки. Приготовленную таким образом гипсовую лонгету смачивают водой, равномерно орошая ее из лейки, и легким поглаживанием ладонями прессируют до получения однородной массы. Затем нижнюю часть лонгеты приподнимают и снимают верхнюю часть со шпильки. Лонгета готова для наложения на конечность. Нижнюю часть лонгеты накладывают дистально, чтобы у пальцев стопы или кисти приходился тот конец лонгеты, в котором гипс окружен снизу марлей; подрезания свободного конца

лонгеты следует избегать, а выступающие части лонгеты затирать для большей прочности лонгеты. На изготовление лонгеты требуется от 2 до 3 минут вместо обычно запрашиваемых на это 10—15 минут, за 1 час можно приготовить в среднем 25 лонгет.

Экономия марли, скорость и простота изготовления лонгет по нашему способу делают целесообразным широкое применение их не только в эвакогоспиталиях, но и на передовых этапах хирургической работы (ППГ, МСБ, ГОПЭП и др.), где после обработки ран конечности обычно накладываются сетчатые или крамеровские шины, редко удовлетворяющие как раненого, так и хирурга в отношении прочности фиксации отломков костей во время транспортировки. Гипсовая лонгета создает необходимую иммобилизацию конечности, причем

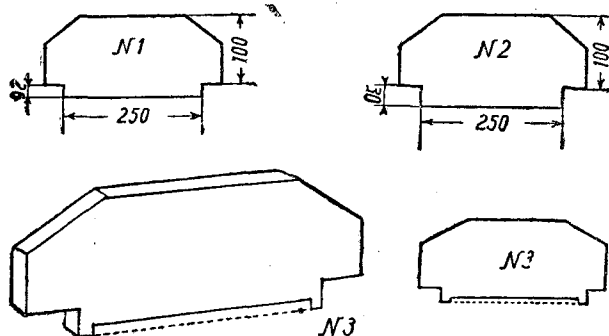


Рис. 2. Распределительные планки

нет надобности в подкладочном материале (вата, лигнум), большим количеством которого укутывают шины перед наложением на конечность во избежание давления на нее.

Мы не считаем, что обычно употребляемая восьмислойная лонгета хуже предлагаемой нами, хотя нашу лонгету легче моделировать, особенно в местах изгибов (пявка, локоть и пр.), причем не образуется складок, а получается монолитный угол, не изменяющийся от восьмислойной лонгеты. Возможно, что в некоторых случаях откажутся от восьмислойной лонгеты нельзя, но в огромном большинстве случаев гипсовые лонгеты, изготовленные по нашему способу, вполне применимы как при транспортной иммобилизации, так и при дальнейшем лечении раненых.

Майор медицинской службы кандидат медицинских наук **Л. Л. Дорфман**



СТУЛ-НОСИЛКИ ДЛЯ ВЫНОСА РАНЕНЫХ ИЗ ТРАНШЕЙ И ДЛЯ ВНУТРИГОСПИТАЛЬНЫХ ПЕРЕНОСОК

Вынос раненых при боях в траншеях представляет значительные трудности. В узких траншеях и ходах сообщения обычные средства, стандартные носилки, не могут быть использованы. Санструкторы, имеющие наибольший боевой стаж, указывают, что лучшими из способов являются: вынос по дну траншеи волоком на плащ-палатках, оттащивание на руках или на спине или в плащ-палатках на жердях.

Все эти приемы несовершенны. В дождливую погоду и в болотистой местности вынос волоком угрожает загрязнением раны и создаются предпосылки для возникновения газовой инфекции. Несомненно, что вынос раненых был бы облегчен, если приспособить род носилок, небольших по габариту и весу, проносимых по траншеям.

В основу конструкции подобных носилок положены следующие условия:

1) носилки должны иметь в ширину не более 50 см (поскольку максимальная

ширина траншей — 80 см), 2) носилки должны проходить через углы, т. е. быть незначительной длины, 3) носилки должны допускать переноску раненого одним носильщиком, 4) носилки должны изготавливаться из того же материала, что и стандартные носилки, чтобы можно было изготавливать их из негодных к употреблению обычных носилок.

Образец стула-носилки для выноса раненых из траншей предлагаемой конструкции был изготовлен в одном из наших ХППГ. Носилки имеют вид (см. рисунок).

Раненый находится на носилках в сидячем положении, но носильщики могут нести стул и в горизонтальном положении, держа его за ручки. При поворотах в узких местах стул переводят в вертикальное положение, перехватывая носилки за концы диагонального бруса, причем передний носильщик становится спиной к носилкам и для облегчения надевает лямки. Последние служат также для переноски раненого одним носильщиком на спине. В этом случае важно укрепить тяжело раненого к носилкам; это достигается подвязыванием его при помощи обмоток или бечевки к спинке стула, матерчатым ремнем к диагональному брусу.

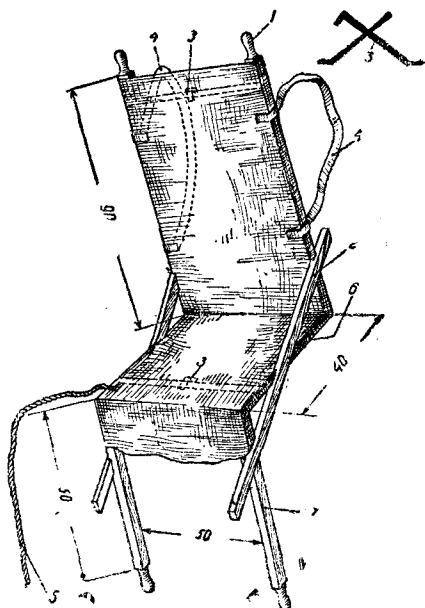
Стул-носилки складываются по длине при помощи обычных носилочных металлических замков.

При ширине носилок в 50 см и длине сиденья в 40 см (а с учетом концов ручек диагонального бруса в 60 см) они проходят свободно в наших траншеях.

Стул-носилки пригоден также для внутренних переносок раненых в полевых лечебных учреждениях, палаты которых развертываются в крестьянских избах и в палатках, не допускающих свободного маневрирования с обычными носилками.

Изготовление стула-носилки своими силами доступно любой санитарной роте долка и лечебному учреждению. Описываемая модель испытана с успехом в санитарных ротах одной из наших стрелковых дивизий.

Полковник медицинской службы проф. *А. М. Геселевич*



Стул-носилки для выноса раненых из траншей и внутригоспитальных переносок



ДРЕВЕСНАЯ ПУДРА—ЗАМЕНИТЕЛЬ ВАТЫ

Из Н-ского госпиталя (нач.—капитан медицинской службы А. С. Тумаркина, консультант—проф. А. З. Цейтлин)

Древесная пудра получается при полировании деревянной детали. Она представляет собой чистую, желтоватого цвета, сухую, мягкую порошкообразную массу.

Эта масса 1) не менее гигроскопична, чем белая вата; 2) пластична, мягка и эластична, что позволяет придавать ей любую форму, чем обеспе-

хорошо сушит и дезодорирует рану; 4) легко стерилизуется.

В N-ском госпитале древесную пудру применяют в течение последнего года взамен серой и белой ваты.

Способ применения ее таков: мешочки из двойного слоя марли набивают древесной пудрой, наглухо зашивают, стерилизуют в автоклаве и накладывают непосредственно на раневую поверхность.

Смесь древесной пудры с гипсом в равных по объему частях применяется для гипсовых повязок. Эта смесь, обладая всеми качествами хорошего гипса, дает повязку, вдвое легче обычной и притом с лучшей дренажной способностью.

Доктор медицинских наук *Я. А. Бродский*



В ГЛАВНОМ ВОЕННО-САНИТАРНОМ УПРАВЛЕНИИ КРАСНОЙ АРМИИ

В декабре 1943 г. Ученый медицинский совет при начальнике Главного военно-санитарного управления Красной Армии провел совещания ряда своих секций.

Доклады участников секций — руководящих специалистов санитарной службы, работающих на фронте и в тылу, — были посвящены актуальным вопросам медицинского обслуживания действующих войск.

14—16.XII.1943 состоялось совещание секции медицинского снабжения. Совещание открылось вступительным словом начальника Главного военно-санитарного управления Красной Армии генерал-полковника медицинской службы Е. И. Смирнова, который указал на положительные и отрицательные стороны в практике военно-медицинского снабжения и наметил основные задачи для его работников во время наступательных операций.

Доклад подполковника медицинской службы С. И. Шевцова был посвящен некоторым итогам работы по обеспечению Красной Армии медсанхозимуществом за два года Великой отечественной войны. Об итогах работы и перспективах заготовок медсанхозимущества в дни Великой отечественной войны говорил и полковник медицинской службы Н. Г. Поляков.

Полковник интендантской службы Н. А. Кошелев в своем докладе сообщил о финансировании децентрализованных заготовок, об итогах работы в этой области за прошедший период Великой отечественной войны и о стоящих перед финансовыми работниками ближайших задачах.

Доклад полковника медицинской службы К. Д. Тиманькова касался основных принципов организации обеспечения войск медсанхозимуществом во время наступательных действий.

В этом плане некоторые выступления были посвящены отдельным боевым операциям: доклад подполковника медицинской службы И. Я. Баренбаум — операции по разгрому фашистов под Сталинградом; доклад подполковника медицинской службы М. Л. Воровича — фронтовой наступательной операции летом 1943 г.; доклад майора медицинской службы И. Я. Осипова — операции по разгрому немцев на Таманском полуострове.

Забота о бережном и экономном расходовании медсанхозимущества — такова тема доклада полковника административной службы Я. И. Рогинко. Подполковник медицинской службы А. П. Хренов сообщил о принципе построения изданных и подготовленных к изданию норм и табелей медсанхозимущества для частей и лечебных учреждений фронтового тыла. Подполковник медицинской службы И. П. Овчинников доложил совещанию о новом «Наставлении о ведении учета и отчетности по медико-санитарному имуществу».

Работа совещания представляет особый интерес в том отношении, что на нем удалось, используя большой фактический материал, подытожить боевой опыт работников военно-медицинского снабжения в различных условиях боевой обстановки. Соответствующие материалы будут изданы типографским способом.

17—19.XII.1943 состоялось совещание офтальмологической и отоларингологической подсекций Ученого медицинского совета. После вступительного слова начальника Главного военно-санитарного управления Красной Армии генерал-полковника медицинской службы Е. И. Смирнова, наметившего основные задачи офтальмологической и отоларингологической помощи в войсках, и выступления начальника лечебно-эвакуационного управления Главновоенсанупра генерал-майора медицинской службы Ф. А. Ходоркова на совещании были заслушаны основные доклады.

Организации отоларингологической помощи в действующей армии и округах был посвящен доклад генерал-майора медицинской службы проф. Г. Г. Куликовского. О состоянии ЛОР-помощи на фронтах доложили специалисты — полковник медицинской службы П. И. Трифонов, майор медицинской службы А. Р. Хамаилов, полковник медицинской службы Н. М. Афонский, подполковник медицинской службы С. М. Гордиенко, полковник

медицинской службы Б. А. Чембарский, подполковник медицинской службы М. И. Филиппов и др.

Основные принципы восстановительной ЛОРхирургии изложил заслуженный деятель науки генерал-лейтенант медицинской службы В. И. Воячек.

Проф. К. Л. Хиллов посвятил свой доклад особенностям клиники огнестрельных ранений органов слуха.

О диагностике и лечении боевых травм шеи сообщил проф. В. Ф. Ундриц, об инородных телах ЛОРорганов огнестрельного происхождения — проф. Р. А. Засосов.

Доклад проф. Н. А. Вишневого на офтальмологической подсекции был посвящен организации и состоянию глазной помощи в действующей армии и в округах. О состоянии глазной помощи на фронтах, в округах говорили в своих выступлениях полковники медицинской службы Л. А. Дымшиц, М. З. Попова, А. С. Трофимова, Г. Д. Поляк. Ряд специалистов дебатировал вопросы клиники и терапии боевых повреждений глаза и его придатков. Проф. А. А. Колен коснулся восстановительной хирургии в области глаза после боевых повреждений.

Первое и заключительное заседания офтальмологической и отоларингологической подсекций были объединенными. В заключительном слове генерал-полковник медицинской службы Е. И. Смирнов указал на основные задачи, над которыми должны работать специалисты этих областей.

25—28.XII.1943 состоялся пленум гигиенической секции Ученого медицинского совета.

Открывая совещание, начальник Главного военно-санитарного управления Красной Армии генерал-полковник медицинской службы Е. И. Смирнов остановился на задачах санитарной службы по гигиеническому обслуживанию войск.

С докладом о гигиенических мероприятиях в войсках как основе противоэпидемической работы выступил генерал-майор медицинской службы Т. Е. Болдырев. Об итогах годовой работы и очередных задачах санитарных инспекторов действующей армии говорил генерал-майор медицинской службы Ф. Г. Кротков. С сообщением об опыте работы фронтовых санитарных инспекторов по водоснабжению войск в наступательной операции выступили майор медицинской службы Остапеня и т. Н. С. Харшат. Доклады майора медицинской службы Б. Л. Гордина и т. З. В. Агроновского были посвящены опыту работы фронтовых санитарных инспекторов по организации медицинского контроля за питанием войск в наступательной операции. Майоры медицинской службы П. П. Хитровский и Н. Б. Якубсон в своих выступлениях рассказали об опыте работы армейского санитарного инспектора по организации питания и водоснабжения войск во время наступательных действий.

Полковник медицинской службы В. А. Зотов рассмотрел вопрос об организации, методике и технике медицинского контроля за физической нагрузкой и физическим состоянием войск.

Доклад проф. С. Н. Черкинского был посвящен медицинскому обеспечению восстановления водоснабжения в населенных пунктах, освобождаемых от врага. Об особенностях водоснабжения войск в наступательных операциях сделал сообщение инженер-подполковник Калутин.

В обстоятельном докладе главный терапевт Красной Армии генерал-майор медицинской службы М. С. Вовси изложил диагностику и лечение расстройств питания и авитаминозов.

Затем отдельные доклады были посвящены: особенностям организации питания войск в наступательных операциях (полковник интендантской службы А. А. Ефремов-Ларин), приготовлению пищи и подготовке поварских кадров в войсках (проф. Д. И. Лобанов), профилактике авитаминозов в войсках (генерал-майор медицинской службы Ф. Г. Кротков), пищевым токсикоинфекциям (проф. Н. И. Орлов).

В этих выступлениях на пленуме фронтовые и окружные специалисты на основе изучения опыта Великой отечественной войны подвели итоги по актуальным вопросам гигиены в войсках. Участие в совещании представителей инженерной и продовольственной службы дало возможность уточнить и согласовать ряд важнейших проблем по водоснабжению и питанию войск, так как в этой области требуется тесная согласованность в работе как медицинской, так и указанных выше служб.

ОТЧЕТНАЯ СЕССИЯ В ГОСПИТАЛЕ ДЛЯ ЛЕГКО РАНЕНЫХ

Коллектив госпиталя для легко раненых Н-ского ФЭП, где начальником полковник медицинской службы Розбаш, проводит отчетные сессии с целью подведения итогов медицинской работы, выявления недостатков и путей к их искоренению: В середине октября провели сессию с более широкой повесткой дня. Были заслушаны доклады медицинских работников, ведущих и подсобных отделов и сообщения хозяйственных отделов, обеспечивающих работу госпиталя.

Доклады, сопровождавшиеся демонстрацией таблиц и диаграмм, отразили разностороннюю лечебную и хозяйственную работу по лечению раненых в период наступательных боев по прорыву Миус-фронта и очищению Донбасса.

Впервые госпиталю пришлось работать на территории, освобожденной от немецких захватчиков, создавших большие затруднения работе госпиталя разрушением при своем отступлении лучших зданий и разорением народного хозяйства. Много пришлось поработать, чтобы в кратчайшее время подготовить помещения для приема раненых.

Первый день сессии был посвящен вопросам приемно-сортировочной и хирургической работы ГЛР.

Начальники медицинских отделений капитаны медицинской службы Белик, Бердичевская и Вигдорович отметили, что введение специализации отделений по лечению ранений различных частей тела помогло лучшему освоению методики лечения.

Организация приемно-сортировочного отделения с перевязочным блоком и операционной обеспечивала лучшую обработку ран, более детальное ознакомление с клиническим течением травм и составление правильного плана комплексного лечения. В приеме больших масс раненых участвовали, кроме врачей и медицинских сестер, также политработники, строевые командиры и работники материального обеспечения. Этим облегчалась разбивка раненых внутри отделений на взводы по периодам лечения и включение их с первого же дня в комплексное лечение и занятия боевой подготовкой.

Ведущий хирург, кандидат медицинских наук майор медицинской службы Кузнецов подвел итоги хирургической работе ГЛР. Докладчик отметил, что применялся ряд новых методов лечения. В 73 случаях применено наложение вторичного шва с удовлетворительным результатом в 70% случаев. При проникающих ранениях трудной клетки использовалась новокаиновая вагосимпатическая блокада по Вишневному с неизменно благоприятными результатами.

Опыт показал необходимость удалять большинство инородных тел, так как оставление их часто вызывает нежелательные изменения в окружающих тканях.

Активная борьба с остеомиелизмом, секвестротомия в ряде случаев способствовали прекращению процесса, ускорили заживление ран и выписку раненых в части.

Перевязочными медицинскими отделениями и санпропускника сделано 18 тысяч перевязок.

Хирургическая работа велась в тесной связи с рентгенологическими и лабораторными исследованиями. Организовав собственными силами передвижную электроустановку, наладили бесперебойную работу рентгеновского кабинета.

Рентгентехник младший лейтенант медицинской службы Красницкий сообщил, что рентгенологические данные подтвердили предварительные диагнозы в 63% случаев, при ранениях же с повреждением костей в 87% случаев. Рентгенодиагностика способствует правильности лечения повреждений. При ранениях кисти и стопы требуется рентгенографическое исследование.

Начальник лаборатории капитан медицинской службы Юджовская отметила обязательность лабораторного исследования мазков из ран при намерении наложить вторичный шов. Кроме таких исследований, лабораторией проведено 750 анализов крови, желудочного сока, мокроты и пр. по требованиям хирургов.

отделением 11 000 м бантов и 4 000 м марли. Некоторые медицинские отделения образцово сэкономили медикаменты, реставрировали бинты и гипсовые повязки. Аптека (нач. — старший лейтенант медицинской службы Калужский) хорошо справлялась с работой. Отпуск медикаментов с подтверждением визы о выдаче зам. нач. ГЛР по медицинской части непосредственно в аптеке с учетом данных о наличии медикаментов создает возможность рационально расходовать медицинские средства и побуждает врачей знакомиться со списками имеющихся в аптеке медикаментов.

Второй день сессии был посвящен комплексному лечению и боевой подготовке.

Начальник кабинета лечебной физкультуры старший лейтенант медицинской службы Абрамса сообщила о широком применении лечебной физкультуры в ГЛР. Гигиенической гимнастикой было охвачено 91,59%, лечебной гимнастикой — 24,92%, массовыми физкультурными мероприятиями — 38,8% всех раненых. Новым было введение плановых занятий трудотерапией в уголке трудобучения и столярной мастерской под руководством специального инструктора.

Групповыми занятиями лечебной гимнастикой было охвачено 87% раненых, назначенных на этот вид лечения. В третий период лечения раненые включались в занятия физической подготовкой, входящей в программу боевой подготовки. При ранениях кисти особенно эффективным оказалось одновременное лечение теплом и движениями. В итоговом физкультурном празднике приняло участие 700 раненых и больных.

По данным капитана медицинской службы Колесниченко было отпущено физиотерапевтических процедур:

	Парафин	Массаж	Местные ванны	Гелиотерапия	Аэротерапия	Всего
Отпущено процедур	922	1 624	730	300	500	4 071
Число больных	123	146	124	70	100	563

Зубоврачебный кабинет (нач. — капитан медицинской службы Гуртова), кроме текущей работы по оказанию помощи раненым, подготовился к применению протезирования после консультации во фронтовой зуботехнической лаборатории.

Зам. нач. ГЛР по медицинской части капитан медицинской службы Долматов отметил, что врачи и медицинские сестры значительно подготовились теоретически, чему способствовали семинары по основам лечебной физкультуры, оперативной хирургии и токсикологии для медицинских сестер и научные конференции врачей. На последних были зачитаны доклады хирурга Кузнецова с техникой и результатах вторичного шва, старшего инструктора лечебной физкультуры Макридина о методике трудотерапии и исследовании функций конечностей, врача лечебной физкультуры Абрамовой о лечебной физкультуре в терапевтическом отделении и инструктора лечебной физкультуры Шабурова о лечении повреждений периферической нервной системы методами лечебной физкультуры.

Отдел боевой подготовки, которым руководит старший лейтенант Алисинов, многое сделал для упорядочения распорядка дня, организации рот, взводов и систематических занятий.

Для раненых, находящихся в первом периоде лечения, проводились занятия в палатах в виде бесед и лекций. Во втором периоде лечения раненые изучали современные образцы отечественного и трофейного оружия, уставы Красной Армии и посещали политзанятия.

В третьем периоде широко практиковались занятия по строевой тактической и огневой подготовке непосредственно в поле. Выпущены специальные взводы минометчиков, автоматчиков и пулеметчиков; почти все занимавшиеся получили оценки «хорошо» и «лично».

Офицерский состав занимался по вопросам тактики, взаимодействия различных родов войск и практически огневой подготовкой. Боевой подготовкой занимался также личный состав госпиталя.

Третий день сессии был посвящен подведению итогов организационно-хозяйственной работы. За короткий период завезено 284 555 кг различных продуктов. Раненые и личный состав бесперебойно снабжались хорошо приготовленной горячей пищей. За это же время пищеблоком изготовлено 491 000 разнообразных блюд, истреблено 98 320 федер воды. Автомашинами проделано 31 130 км, что составляет 115 км в сутки. Оперативно работал отдел вещевого снабжения. Раненые, выписывающиеся в часть, своевременно и тщательно обмундировывались.

В подсобных мастерских было отремонтировано свыше 2 500 пар обуви, 9 331 шт. белья, прачечной выстирано 17 566 кг белья.

Систематическая связь хозяйственного аппарата с начальниками медицинских отделений была недостаточна.

Заместитель начальника ГЛР по политической части капитан Эйдельман подчеркнул расширение и большое разнообразие культурно-массовой работы среди раненых и личного состава.

Начальник ГЛР майор медицинской службы Юдковский, подводя итоги сессии, подчеркнул необходимость расширения хирургической работы и, в частности, наложения вторичного шва и удаления инородных тел. Нужно стремиться к достижению не менее 60—70% заживления ран первичным натяжением. Недостаточен учет эффективности применения сульфамидных препаратов. Необходимо улучшить ведение историй болезни. Нужно добиться более широкого охвата раненых трудотерапией и другими активными методами лечения, повысив одновременно и качество этих назначений. Для этого нужно укрепить связь лечащих врачей с работниками лечебной физкультуры. Военные уголки нужно развернуть при каждом медицинском отделении, сделав их местом учебной и консультативной работы.

В. П. Макридан



В МОСКОВСКОМ ОБЩЕСТВЕ НЕВРОПАТОЛОГОВ И ПСИХИАТРОВ

С начала Великой отечественной войны невропатологи и психиатры советской столицы сосредоточили центр тяжести своей научной и практической работы на проблемах, имеющих актуальное значение для обороны страны.

Еще в предвоенные годы советскими психиатрами и невропатологами было много сделано в области изучения патологии, клиники и терапии поражений центральной и периферической нервной системы при травмах, нейроинфекциях и интоксикациях. Комплексная работа совместно с физиологами, морфологами и представителями других «теоретических» дисциплин по разработке проблемы локализации, с одной стороны, изучению соматогений и корреляций между нервно-психическими и соматическими расстройствами — с другой, позволили двинуть вперед изучение именно тех проблем, которые в военное время подлежали дальнейшей разработке на массовом материале.

Московское общество невропатологов и психиатров свое первое после начала войны заседание посвятило травматическим поражениям головного мозга. Эта проблема была освещена в докладах профессора А. С. Шмарьяна «Клиника острой фазы травмы мозга» и председателя общества заслуженного деятеля науки профессора М. О. Гуревича «О психопатологии рассеянных мелкоочаговых ранений головного мозга».

В течение 1942 г. общество обсуждало ряд докладов актуального оборонного значения, в том числе серию сообщений по диагностике и лечению черепно-мозговых ранений (профессора Н. И. Гращенков и В. К. Хорош-ко, доцент Е. В. Шмидт и др.). Ряд сообщений был посвящен ранениям периферической нервной системы и активизации методов лечения при них (профессора Л. А. Корейша, Д. Г. Шефер, П. К. Анохин, Я. А. Ратнер и др.). Серия докладов касалась нейроинтоксикаций военного времени, в частности, невро-психических изменений при отравлениях препаратами, с которыми приходится иметь дело летному составу (антифриз, тетраэтил-

Свищев) — профессор В. Н. Русских, Г. И. Попова, В. Д. Зверева, Е. Е. Ска-
нави, Д. Е. Мелехова.

Роль соматогений и коматической астенизации в возникновении психозов
военного времени была освещена в докладах заслуженного деятеля науки
профессора В. А. Гиляровского, профессора Г. Е. Сухаревой, доцента А. О. Молочек.

Общество организовало специальные заседания по вопросам военно-
врачебной экспертизы, по которым были заслушаны доклады профессора
Т. А. Гейера, доцента А. Н. Молохова, П. М. Сухаребского и др.

Большое внимание было уделено организационным вопросам: обобщению
опыта войны в организации невро-психиатрической помощи в целом (доклад
полковника медицинской службы Н. Н. Тимофеева) и разработке ряда част-
ных проблем, имеющих весьма актуальное значение (доклады областного
психиатра д-ра медицинских наук И. А. Бергера об организации невро-пси-
хиатрической помощи в эвакуационных, Р. Е. Столиной и городского пси-
хиатра И. С. Иоловича об опыте работы оперативных отделений психиатри-
ческой больницы и др.).

К инструкциям по лечению ранений центральной и периферической нерв-
ной системы обществом были разработаны существенные дополнения.

Общество участвовало во 2-м пленуме Госпитального совета Нарком-
здрава СССР, по окончании работ которого организовало сессию, посвященную
травмам центральной и периферической нервной системы, а также психоген-
ным военного времени. На сессии были заслушаны доклады профессора
М. Ю. Раппопорта об очередных вопросах неврологии и нейрохирургии
черепно-мозговых ранений, профессора А. С. Шмарьяна о клинике невро-
психических расстройств при травмах черепа, заслуженного деятеля науки
профессора М. О. Гуревича о динамике психических нарушений в связи с
травмами черепа, заслуженного деятеля науки профессора В. В. Лебеденко
о травмах позвоночника, профессора Н. С. Четверикова о ранениях спинного
мозга, ряд сообщений, посвященных хирургическому и консервативному ле-
чению травматических поражений центральной нервной системы (академик
Л. С. Штерн, заслуженные деятели науки Б. И. Лаврентьев, В. А. Гиляров-
ский, профессора Н. И. Гращенков, М. С. Маргулис, А. Е. Кульков,
Д. С. Футер, Х. И. Гаркави, В. К. Хорошко, Д. Г. Шефер, К. Н. Третьяков,
Пинес, Шпирт, М. Я. Серейский, доктора С. В. Крайц, Х. М. Фрейдин).

Работа общества протекает по разработанному тематическому плану,
которым предусмотрены следующие актуальные темы.

1. Слетые ранения черепа и мозга металлическими осколками.
2. Ранние
осложнения черепно-мозговых ранений: менингиты, энцефалиты, абсцессы.
3. Сочетанные повреждения основных нервных стволов и скелета конечностей
(совместное заседание с Хирургическим обществом).
4. Картины сотрясения
и ушиба мозга при тяжелых внечерепных ранениях (грудная клетка, конеч-
ности).
5. Неврологические и психопатологические синдромы при проникаю-
щих ранениях черепа.
6. Спинномозговая жидкость в ранних периодах че-
репно-мозговой травмы и ее осложнений.
7. Ранние стадии повреждения спин-
ного мозга.
8. Болевые каузалгические синдромы.
9. Катамнез больных,
перенесших черепно-мозговые ранения.
10. Классификация и номенклатура
психогений и травматических повреждений нервной системы военного вре-
мени.
11. Проблемы гипо- и авитаминозов и неврологии и психиатрии.
12. Проблемы невро-психиатрической экспертизы и трудоустройства и ряд
других проблем.

Значительная часть этого плана уже выполнена. Ряд ценных докладов
(профессора А. С. Шмарьяна о психопатологии осложнений и несложненных
ранений головного мозга, профессора А. М. Гринштейна о клинике, патоге-
незе и терапии каузалгий и др.) был подвергнут оживленному обсуждению.

В общий вклад советских ученых московские невропатологи и психиат-
ры вносят и свой труд, способствуя быстрейшему возвращению в строй ране-
ных защитников родины.

Майор медицинской службы **И. И. Лукомский** — отв. секретарь
Московского общества невропатологов и психиатров.

„ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“

«Военно-медицинский журнал» занимает важное место в истории отечественной военной медицины. Являясь одним из старейших русских медицинских периодических изданий, он начал выходить с 1823 г. На своих страницах журнал освещал актуальные вопросы и достижения медицинской науки того времени. В публикуемых статьях помещались такие материалы, как изучение влияния специфических условий войскового быта и службы на здоровье военных чинов и создание благоприятных условий, способствующих укреплению физических сил солдата и предупреждению развития в армии так называемых «войсковых» болезней.

Журнал особенно много внимания уделял вопросам организации медицинского обслуживания армии в мирное и военное время, вопросам военной гигиены, профилактики инфекционных болезней, военно-полевой хирургии, распознавания «притворных» болезней, военно-санитарной статистики и, наконец, военно-медицинской старины.

Издание журнала явилось большим вкладом в дело подготовки и повышения квалификации армейских врачебных кадров. К моменту выхода в свет первого номера журнала в России было крайне незначительное количество руководств и пособий по основным вопросам медицины, а тем более по организации военно-медицинского дела в армии.

В «предупреждении» к первому номеру журнала редакция писала: «Между тем как иностранные земли почти преизбыточествуют врачебными сочинениями, между коими журналы занимают весьма значительное место, не издается в России ни одного... Медицинский департамент военного министерства, признав в рассуждении необходимость доставить военным врачам способ ознакомиться с успехами врачебной науки, считает наиприличнейшим для сего средством приступить к изданию журнала»¹.

Чтобы дать представление о круге проблем, ставившихся на страницах журнала, целесообразно перечислить его разделы, установленные с выходом первого же номера. К ним относились: «1) оригинальные рассуждения по всем частям внутреннего и наружного врачевания, имеющие целью клиническую пользу с приложением, где нужно, к военной медицине; 2) подобные же рассуждения, извлеченные из иностранных сочинений, и переводы небольших сочинений, если они особенно полезны; 3) такие же рассуждения о ветеринарно-врачебном искусстве; 4) из вспомогательных наук то, что полезно для медицины; 5) госпитальная часть; 6) смесь (медицинского содержания) и, наконец, 7) официальные известия для военных врачей, как-то: производство, особые награды, исключение умерших, показания вновь определенных медицинских чиновников, перемещение их и т. п.»².

Журнал выходил ежегодно в шести книжках от 8 до 10 листов каждая. Каждый военный врач состоял подписчиком журнала, ибо из его жалованья удерживалось 10 рублей ассигнациями — подписная плата. Для прочих врачей, не получающих жалованья от военного ведомства, подписная плата устанавливалась в 15 руб. в год.

Приведем перечень статей, опубликованных в первых трех номерах.

В первом номере были напечатаны статьи о нервной горячке, о губчатом артериальном желваке, об египетском воспалении глаз, приведены случаи, «доказывающие несомнительную пользу обливания височной водою при

¹ Военно-медицинский журнал, издаваемый Медицинским департаментом военного министерства, Санкт-Петербург, часть II, 1823 г., стр. VI.

² Военно-медицинский журнал, часть I, № 1, 1823 г., стр. VII.

отравления опием». В разделе «Судебная медицина» помещены заметки о способах как открытию присутствия опиума при отравлении им.

Во втором номере, кроме продолжения статей о нервной горячке и об египетском воспалении глаз, следует отметить некоторые наблюдения о Кавказских минеральных водах и официальные известия.

Наконец, в третьем номере даются статьи о cholera morbus, о водобоязни и официальные известия. В статье «О холере восточных стран» сообщается: «В продолжении 5 лет, от начала ее в Бенгале, распространилась она от Явы до Персии, от Китая до острова Бурбо, на пространстве 50° широты (от 30° северной широты до 20° южной) и 60° долготы (от 130° до 70° восточной долготы). В первые три года похитила она более 3 млн. с половиной людей. Английское правительство употребил всевозможные меры для открытия причины сей болезни и изыскания способов лечения оной. Посему имеется довольно опасений, составленных нарочно комиссиею, для сего правительством назначенною, и прсчими английскими врачами, ныне живущими. Извлекая из их сочинений все, заслуживающее внимания, будем, мы помещать оное в нашем журнале»¹.

С 1858 г. журнал стал выходить ежемесячно. В дальнейшем в нем появились такие разделы, как обозрение текущей медицинской литературы, критика и библиография, известия, касающиеся врачебного быта, и ответы на запросы читателей. К журналу ежегодно прилагались одно или два капитальных сочинения по медицине и отчет о санитарном состоянии русской армии.

Подписная плата была установлена для военных врачей 9 руб. в год, а для врачей, не служащих в армии, 12 руб. К 1911 г. она была снижена до 6 руб. в год. С этого же момента журнал все больше отводит места статьям по военно-санитарному делу и постепенно становится исключительно военно-санитарным журналом.

Так издавался журнал до 1917 г. После годичного перерыва издание журнала под таким же названием было возобновлено Военно-медицинской академией РККА, которая выпускала его до 1933 г.

16 октября 1924 г. под редакцией З. П. Соловьева, Н. Н. Бурденко, Н. А. Зеленева и А. П. Савельева вышел первый номер «Военно-санитарного сборника». Сборник оказал большую помощь врачам кадрам. На его страницах публиковались основные руководящие статьи по вопросам медицинского обеспечения войск. Он уделял внимание и обобщению опыта санитарной службы русской армии, знакомил своих читателей с опытом военно-медицинской службы в иностранных армиях. Всего было издано пять сборников, последний из которых вышел в 1928 г.

В феврале 1929 г. стал издаваться новый журнал для военных врачей, — «Военно-санитарное дело», который выходил до декабря 1943 г. В журнале были установлены следующие разделы: организация военно-санитарной службы, санитарный, лечебно-профилактический и санитарно-просветительный, физиология военного труда и военно-профессиональный обзор, труд и быт военно-санитарной службы, библиография и рефераты, съезды и конференции, критика и, наконец, официальный раздел.

В последующие годы эти разделы несколько видоизменялись, а с десятого номера за 1941 г. были установлены новые разделы: лечебно-эвакуационный, организация и тактика санитарной службы, вопросы противоэпидемической защиты войск, вопросы гигиены и санитарно-химической защиты войск, обмен опытом, консультация, медики на фронтах Отечественной войны, в Главном военно-санитарном управлении Красной Армии, рефераты, критика и библиография.

С целью сохранения преемственности и продолжения лучших традиций старейшего русского военно-медицинского журнала, который выходил в течение 109 лет, с первого номера 1944 г. журнал издается под названием «Военно-медицинский журнал».

Полковник медицинской службы **С. М. Багдасарьян**

¹ Военно-медицинский журнал, часть I, № 3, 1823 г., стр. 379.

Р. Ильмен и Ф. Л. Браун; К. Лешер и Р. Ильмен. (R. Elman and F. L. Brown), (C. Lescher and R. Elman), War medicine, vol. 3, N 5-май 1943 г.

Экспериментальные ожоги

Клинические наблюдения над обширными ожогами военного времени вызвали ряд экспериментальных исследований. В двух рассматриваемых работах сообщается о методике опытов, смертности, изменениях концентрации крови и влиянии эластического давления на обожженную поверхность.

Первая группа опытов проведена на 75 собаках, которых за час до ожога обезболивали посредством внутривенного введения пентобарбитала (30 мг на 1 кг веса) с одновременным выпрыскиванием под кожу 60 мг сернокислого морфина. Эффект обезболивания длился 12 часов с постепенным возвращением к полному сознанию к концу суток. В большинстве опытов ожоги причинялись погружением животного до подмышек (около 75% поверхности тела) в нагретую до 80° воду на 5 секунд. Ожоги непосредственно пламенем или горячей водой температуры около 100° неизменно вызывали гемолиз и были оставлены. Ожоги, причиненные водой в 85° и выше, сопровождались смертью в 100% случаев; смертность быстро уменьшалась с понижением температуры обжигающей воды, и ожоги, вызванные погружением в 70° горячую воду, вовсе не дали смертных исходов. Погружение в воду с температурой 80° на 5 секунд причиняет однообразный ожог, выражающийся воспалительными изменениями без некроза тканей. Экссудативный период при несмертельных ожогах продолжался около 14 часов и в течение следующих 14 часов концентрация крови возвращалась к норме. Это указывает на важное терапевтическое значение переливаний плазмы при ожогах у людей в продолжение, вероятно, не менее 30 часов.

Опыты по изучению влияния эластического давления на обожженную поверхность проведены на 29 собаках, которых после обезболивания погружали до подмышек на 5 секунд в воду температурой 90°, после чего у 15 собак обожженная поверхность спустя 1 час плотно бинтовалась эластическим бинтом; повязка была снята у 9 собак через 10 часов, у 6 собак через сутки. Остальные 14 собак оставались без повязки. У всех собак проводилось наблюдение за состоянием концентрации крови. Погибло 50% собак без повязки и 53% собак, которым повязка была наложена. Хотя смертность среди животных обеих этих групп была в общем одинакова, следует отметить, что применение местного эластического давления понижало степень концентрации крови и, следовательно, уменьшало потерю жидкости с обожженной поверхности. Уменьшение это, однако, не было столь значительным, чтобы могло повлиять на величину смертности от ожога.

Доктор медицинских наук Л. М. Старокадомский

Гаге и Кларк (R. Hare, E. M. Clark). Применение пластических гелей в качестве наполнителей при лечении ран сульфамидами War medicine, vol. 4, N 2, август 1943 г., стр. 140—151.

Работами ряда исследователей доказано, что применение сульфамидов непосредственно на рану имеет весьма существенное значение для предотвращения газовой гангрены и заражения раны стрептококками. Однако известно, что в засыпанной сульфамидами ране это вещество почти нацело исчезает уже к концу первых суток; вследствие этого надлежащая хирургическая помощь должна быть оказана раненому до истечения 24 часов с момента ранения, что практически далеко не во всех случаях возможно.

Гаре и Кларк нашли, что сульфатазол менее быстро растворяется, но зато он образует кристаллы в тканях, поэтому этот препарат мало пригоден. Опытами авторы установили, что большие удобства представляет использование веществ, образующих в ране род коллоида, из которого сульфамиды всасываются медленно. Такими веществами являются поливиниловый спирт и метилцеллюлоза, в особенности последняя.

Метилцеллюлоза получается в виде белых хлопков, растворяющихся в холодной воде, но нерастворимых в горячей воде, в насыщенных солевых растворах, в большинстве органических растворителей. На метилцеллюлозу не действуют маслянистые и жирные вещества животного, растительного и минерального происхождения. Она бесцветна, без запаха и вкуса и неядовита; стойка в отношении щелочей и разведенных кислот; выдерживает, не изменяясь, нагревание до 300°.

Поливиниловый спирт представляет белый или желтоватый порошок, без запаха и вкуса, нейтральной реакции, растворимый в воде, не растворимый в большинстве органических растворителей, крайне стойкий в отношении физических и химических агентов, не разлагающийся при нагревании; безвреден.

Оба эти порошкообразных вещества превращаются в коллоидные гели при соприкосновении с живыми тканями или некоторыми химическими веществами, как борная кислота. Образовавшиеся в ране гели остаются в тканях как инородное тело дольше 28 дней; сульфамиды, включенные в эти гели в виде порошка или раствора, встречаются еще в ране после 72 и 120 часов.

Метилцеллюлозу легко удалить из тканей как легко растворимую в воде, но до удаления ее, конечно, нельзя накладывать ни первичных, ни вторичных швов.)

Можно также применять другие вещества, обладающие буферным свойством — ланолин, вазелин, олеиновую кислоту, но при них необходимо иметь сжимаемые трубки или подобные дефицитные емкости, тогда как метилцеллюлоза, похожая на вату, легко транспортируется и некоторое неудобство представляют лишь ее большой объем и необходимость содержать ее совершенно сухой.

Доктор медицинских наук *Л. М. Старокадомский*

К. Троммер (K. Trommer). Фронтные наблюдения над участвовавшими в мочеиспускании неврозами.

По реферату в „*Vierteljahrsschrift für Schweizerische Sanitätsoffiziere*“ № 2, 1943 г.

Автор описывает участвовавшее на фронте в немецких войсках заболевание, выражающееся коликообразными болями в области почек и значительной слабостью сфинктера мочевого пузыря, вследствие которой происходит непроизвольное мочеиспускание днем. Количество мочи увеличено, удельный вес ее низкий. В большинстве случаев наступлению этого мочеиспускательного невроза, как называет это расстройство автор, предшествует катарр кишок. Возможно, что этот невроз имеет токсическое происхождение. При лечении оказалось полезным применение сухого тепла и аутогемотерапия.

К. Н. Браецкая



Доктор медицинских наук профессор А. Г. Иванов-Смоленский. Влияние quietale (ноктала) на состояние общего возбуждения у нервных психических больных 52

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ

Полковник медицинской службы С. Г. Сиверс и полковник медицинской службы профессор М. И. Куслик. Опыт эвакуационно-сортировочной группировки раненых по срокам лечения 53

Подполковник медицинской службы И. Ш. Блюмин. Транспортировка раненых с поля боя в зимних условиях 55

Старший техник-лейтенант инженер С. И. Рыжков. Зимний санитарный транспорт 61

ВОПРОСЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

ВОПРОСЫ ГИГИЕНЫ И САНИТАРНО-ХИМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

Генерал-майор медицинской службы профессор Ф. Г. Кротков. Профилактика авитаминозов в войсках 69

Майор медицинской службы А. Д. Астафьев. О предупреждении отморожений ног 76

МЕДИЦИНСКОЕ СНАБЖЕНИЕ

Полковник медицинской службы К. Д. Тиманьков. Очередные задачи медицинского снабжения Красной Армии 80

ОБМЕН ОПЫТОМ

Майор медицинской службы, канд. медицинских наук Л. Л. Дорфман. Радио-ализация изготовления гипсовых лонгет 83

Полковник медицинской службы профессор А. М. Геселевич. Стул-носилки для выноса раненых из траншей и для внутригоспитальных переносок 84

Доктор медицинских наук Я. А. Бродский. Древесная пудра—замедитель ваты 85

Prof. A. G. Ivanov-Smolensky, M. D. The effect of quietale (noctale) on the general excitation in the nervous neuro-psychical patients 52

ORGANIZATION AND TACTICS OF THE SANITARY SERVICE

S. G. Sivers, Colonel, Medical Corps and Prof. I. I. Kuslik, Colonel, Medical Corps. Experiment of evaco-sorting grouping of the wounded after treatment terms 53

I. Sh. Blumin, Lieutenant-colonel, Medical Corps. Transportation of the wounded from a battle field under winter conditions 55

Senior technician S. I. Ryjkov, Ing. lieutenant. Winter sanitary transport 61

PROBLEMS OF THE ANTIEPIDEMIC PROTECTION OF THE TROOPS

HYGIENE PROBLEMS AND SANITARY-CHEMICAL PROTECTION OF THE TROOPS

Prof. F. G. Krotkov, Major-general, Medical Corps. The prophylaxis of avitaminoses in the troops 69

A. D. Astafiev, Major, Medical Corps. On the feet congelations' prevention 76

MEDICAL SUPPLY

K. D. Timan'kov, Colonel, Medical Corps. The tasks next in turn of the medical supply of the Red Army 80

INTERCHANGE OF EXPERIENCE

Cand. in med. sci. L. L. Dorfman, Major, Medical Corps. Rationalization of the gypseous longuettes 83

Prof. A. M. Geselevich, Lieutenant-Colonel, Medical Corps. A chair litter for the bearing-out of the wounded from the trenches and for the intrahospital transportation 84

J. A. Brodsky, M. D. The wood-powder as a substituent for the wadding 85

В ГЛАВНОМ ВОЕННО-САНИТАРНОМ УПРАВЛЕНИИ КРАСНОЙ АРМИИ

Полковник медицинской службы С. М. Багдасарьян. В Ученом медицинском совете при начальнике ГВСУ Красной Армии 87

В МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ

В. П. Макридин. Отчетная сессия в госпитале легко раненых 89

Майор медицинской службы И. И. Лукомский. Работа Московского общества невропатологов и психиатров в дни Великой отечественной войны . . 92

ИЗ ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Полковник медицинской службы С. М. Багдасарьян. Военно-медицинский журнал . 93

РЕФЕРАТЫ

Доктор медицинских наук Л. М. Старокадомский. Экспериментальные ожоги . . 95

Применение пластических гелей в качестве наполнителей при лечении ран с сульфамидами 96

К. Н. Браецкая. Фронтальные наблюдения над участвовавшими мочеполовыми неврозами 96

IN THE HEAD MILITARY SANITARY OFFICE OF THE RED ARMY

S. M. Bagdasaryan, Colonel, Medical Corps. In the Scientific Medical Council at the Commander of HMSO of the Red Army 87

IN THE MEDICAL ASSOCIATIONS AND ON THE SCIENTIFIC CONFERENCES

V. P. Makridin. Accountable session in an hospital for the mildly wounded 89

I. I. Lukomsky, Major, Medical Corps. The work of the Moscow Association of neuropathologists and psychiatrists during the Great patriotic war 92

FROM THE HISTORY OF THE MILITARY MEDICINE

S. M. Bagdasaryan, Colonel, Medical Corps. Military Medical journal 93

ABSTRACTS

L. M. Starokadomsky, M. D. Experimental burns . . . 95

The use of the plastic gels in wound's treatment with sulphamids 96

K. N. Braetskaya. Front observations on becoming more frequent genito-urinary neuroses . 96