

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ответственный редактор

генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ

Ответственный секретарь

полковник медицинской службы С. М. БАГДАСАРЬЯН

Члены редколлегии:

генерал-полковник 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

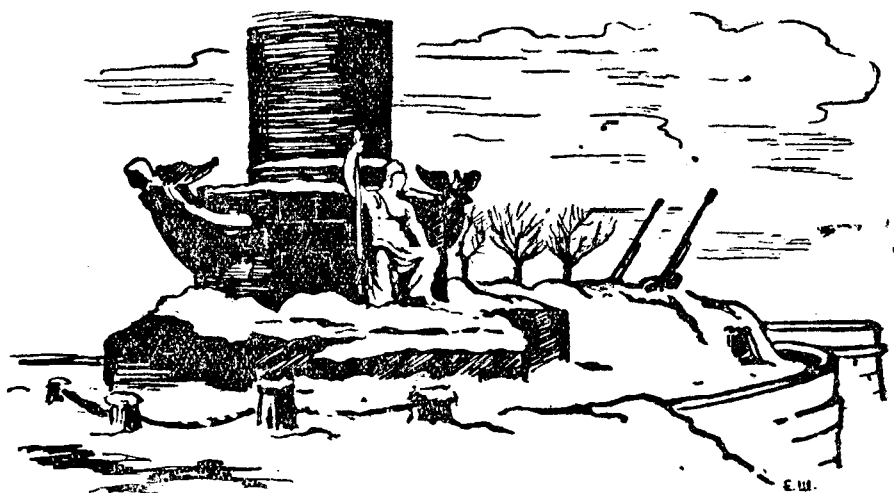
МАЙ

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 160

Отв. редактор Е. И. Смирнов

Сдано в набор 25 апр. 1944 г. Подписано к печ. 26 июля 1944 г. М—02447. Печ. 4,5 л. Уч.-авт. 5,46 л.
Ф. 60×92¹/₁₆. Заказ № 91

Типография № 1 им. Володарского Управления полиграфии
и издательств при Ленгорисполкоме



Ф. А. КОПЫЛОВ
Майор медицинской службы,
старший хирург N-ского эвакогоспиталя

ТЕХНИКА АМПУТАЦИЙ



АМПУТАЦИИ производятся с древнейших времен и сохранили следы взглядов и установок различных эпох развития хирургии. Это вносит в вопрос об ампутациях ряд затруднений, особенно во время войны, когда количество ампутаций чрезвычайно возрастает, а выполняют их врачи, в большинстве своем раньше не имевшие к ним никакого отношения.

Начнем с принципиальной установки. На протяжении многих веков усечения конечностей представлялись операциями особого рода по объему вмешательства и связанной с ним смертельной опасности, а главное по своему принципу — совершенного удаления больной или поврежденной части человеческого тела. Отсюда издавна и прочно установившаяся оценка ампутаций как показателя бессилия хирургии.

Этот взгляд повторяется, переходя из учебника в учебник, до самого последнего времени, хотя хирургические установки, на основании которых такой взгляд сложился, коренным образом изменились.

Дело, конечно, не в словах. Оценка ампутации как вмешательства, до известной степени компрометирующего хирурга, усваиваемая поколениями врачей, создает психическую задержку, когда встает вопрос об ампутации. Отсюда — откладывание ампутаций без достаточных оснований, нередко с печальным исходом.

Совершенствование хирургии суживает показания к ампутации. Но едва ли когда-нибудь удастся воскрешать мертвые, нередко уже разлагающиеся ткани конечностей, пострадавших от суммиро-

ванного действия травмы и инфекции, и тем самым сделать ампутации ненужными. Старинная оценка ампутаций как показателя бессилia хирургии перестала быть правильной и должна быть снабжена в учебниках соответствующими разъяснениями.

Традиции прошлого продолжают тяготеть и в вопросах о технике ампутаций. До сих пор, например, продолжают рекомендовать в числе прочих для усечения верхних и нижних конечностей на различных уровнях способ *par transfixion*. Это скоростной способ, которым возможно произвести вычленение бедра в две минуты. Он порожден стремлением сократить до минимума продолжительность хирургической пытки в донаркозный период и в свое время имел несомненные преимущества.

Теперь же вместо былых преимуществ ампутации *par transfixion* остались лишь ее недостатки: производство операций вслепую, без всякого учета состояния глубоких тканей, возможность рассечения одних и тех же сосудистых стволов в нескольких местах, затруднения вследствие наличия в мягких тканях отломков кости и инородных тел и мясистые, отечные культы с массивными пластинами нефункционирующих мышц, требующие длительного срока для восстановления кровообращения в последующей атрофии. Тем не менее и теперь еще этот способ продолжает по традиции излагаться в учебниках, как по традиции же сохранился в ампутационных наборах нож с обоюдоострым концом, специально предназначенный для вычленения в тазобедренном суставе *par transfixion* и совершенно ненужный теперь.

Война требует максимальной стандартизации всей хирургической работы. Даже небольшие мероприятия в этом направлении существенно облегчают ее и повышают эффективность. Было бы крайне желательным разработать для каждого отдела верхней и нижней конечности определенный, наилучший способ ампутации. Для усечения конечности «в холодном периоде» и реампутаций эта задача в значительной степени выполнена: имеются известные схемы Цур-Верта, Юсевича, Кауша, Приорова и др., в основу которых положен принцип создания культей, наиболее пригодных для протезирования.

При ампутациях в военное время эти схемы не должны применяться, так как забота о протезировании оттесняется другой, гораздо более важной: сохранить жизнь раненого ценою возможно меньшей части пострадавшей конечности.

Главная опасность для жизни заключается в инфекции, уже развившейся в зоне повреждения или неизбежно угрожающей своим развитием в самое ближайшее время. И ампутация по поводу военной травмы сама по себе должна рассматриваться прежде всего как средство в борьбе с инфекцией, правда, средство, самое тяжелое по своим последствиям. Распространением и вирулентностью инфекции должны определяться как уровень, так и способ ампутации.

В этом заключается трудность выбора. От ошибок именно в этом направлении и зависят многие неудачи с последующими осложнениями, вплоть до смертельного исхода.

Из всех способов ампутаций должен быть избран такой, который в каждом данном случае наиболее соответствует современному представлению о раневой инфекции и мерах борьбы с ней.

Все остальные соображения: скорость выполнения ампутации, техническая простота ее, авторитет больших имен прошлого, забота о будущем протезирования, привычка хирурга к тому или иному способу и пр. должны отпасть совсем.

Наиболее совершенным хирургическим вмешательством в борьбе с инфекцией является полное удаление инфекционного очага в пределах здоровых тканей с последующим зашиванием операционной раны наглухо.

Но в условиях войны такого рода ампутации рекомендовать нельзя. Хорошие результаты могут быть получены только дорогой ценой усеечения конечности на более высоком уровне, чем это необходимо, т. е. ценой значительного понижения работоспособности ампутированного в продолжение всей его последующей жизни. Тем самым костно-пластические способы ампутации, наиболее совершенные во всех отношениях, во время войны неприменимы.

Если отказаться от мысли изъять при ампутациях целиком весь очаг инфекции и защитить рану, то задачей хирурга становится выполнение ампутации с таким расчетом, чтобы, удалив все нежизнеспособные ткани, обеспечить обследование раневой поверхности в послеоперационном периоде и сток раневого отделяемого.

При тяжелых разможениях или отрывах конечности, когда внесенная в ткани инфекция еще не успела развиваться, для достижения указанной цели достаточно рассечь мостики мягких тканей, на которых висит нежизнеспособная часть конечности, и перевязать сосуды. В отдельных случаях приходится, кроме того, скусить или спилить конец кости, если он выстоит из мягких тканей.

Это вмешательство в сущности не является настоящей ампутацией и потому называется некоторыми авторами (Ю с е в и ч), в отличие от нее, «отсечением» конечности. Оно представляет собой хирургическую обработку обширной раны с удалением явно нежизнеспособных тканей. В этом отношении нет принципиальной разницы, что именно удаляется: лоскуток кожи или целая конечность, висящая на обрывках покровов и мышц. Оба вмешательства являются хирургической обработкой раны — не больше.

При уже развившейся инфекции приходится удалять конечность максимально зоны повреждения в пределах тканей, макроскопически здоровых. В самых тяжелых случаях такого рода показана одномоментная круговая ампутация «гильотинным» способом.

Гильотинная ампутация гораздо старше гильотины. Теперь, как последнее средство в борьбе с бурно прогрессирующей инфекцией, она стоит вне всякой конкуренции. Образующаяся при этом методе раневая поверхность является минимальной по сравнению со всеми другими способами и полностью доступна осмотру в послеоперационном периоде. Гильотинная ампутация универсальна, так как может быть произведена на любом уровне верхней и нижней ко-

нечности. Техника ее выполнения доведена до предельного упрощения. Эти преимущества настолько велики, что, вопреки всем возражениям и протестам, гильотинная ампутация сохранит свое значение, пока не будут найдены для борьбы с инфекцией более могущественные средства, чем те, которыми мы теперь располагаем.

Но не менее велики и недостатки этого способа. Речь идет не о том, что в результате гильотинной ампутации культи оказываются порочными и нуждаются для протезирования в последующем оперативном исправлении, как правило, в виде реампутации. Ампутации военного времени, производимые и другими способами, также дают в значительном большинстве культи, весьма далекие от требований протезирования.

Хирургический принцип оставить рану открытой, если она инфицирована, и, по возможности, скорее закрыть ее, когда инфекция миновала, может быть осуществлен при гильотинной ампутации только в первой своей части. Раневая поверхность, образующаяся в результате гильотинной ампутации, постепенно уменьшается путем рубцевания с периферии, но полностью может быть закрыта только посредством реампутации. Медленно сглаживающаяся отечность свежей культи и опасения вызвать новую вспышку инфекции заставляют даже при самых благоприятных условиях откладывать реампутацию, особенно нижней конечности, не менее чем на 2 месяца. Большей частью этот срок по разным причинам (необходимость дальнейшей эвакуации, нежелание ампутированного подвергнуться повторной операции, наличие других ранений и пр.) намного увеличивается. При неизбежных многочисленных перевязках обширную гранулирующую поверхность на конце культи трудно уберечь от инфекции. Отсюда образование воспаленных язв, затеков, рожи, остеомиелита и стрептодермии, препятствующих оперативной реконструкции культи.

Таким образом первоначальное преимущество гильотинного способа в борьбе с инфекцией в дальнейшем превращается в полную противоположность. Это заставляет относиться к гильотинному способу чрезвычайно сдержанно и пользоваться им только при несомненных показаниях.

Еще покойный профессор Р. Р. Вреден говорил, что гильотинную ампутацию следует производить в двух случаях: «если думать некогда и если думать нечем». В сущности действительным показанием является положение, предусматриваемое первой половиной этого афоризма: бурно прогрессирующие формы тяжелой инфекции, почти всегда анаэробной, когда опасность для жизни настолько велика, что заставляет забыть все остальное.

Второе показание крайне условно: это неумение правильно оценить положение и вытекающая отсюда известная перестраховка, в результате чего применяется способ, дающий для спасения жизни больше гарантий, чем это в действительности необходимо, в ущерб борьбе с последующими инфекционными осложнениями.

От того, что пришлось видеть, складывается впечатление, что на Ленинградском фронте в первый период войны в отдельных

учреждениях гильотинные ампутации производились чаще, чем это было необходимо. Веское подтверждение этому можно найти в статистических таблицах, опубликованных главным хирургом фронта, проф. Куприновым. За первые полтора года войны в отдельных учреждениях госпитальной базы армии по гильотинному способу ампутации бедра были произведены в 45,7% всех случаев, голени — в 46% и верхней конечности — в 19,9%. При этом общее количество ампутаций по поводу газовой инфекции равно 45,7%. Такое близкое совпадение цифр дает право думать, что в учреждениях госпитальной базы армии почти все ампутации по поводу газовой инфекции были произведены гильотинно.

Соответствующие цифры госпиталей фронтового эвакуационного пункта за тот же период времени равны: для бедра 5,4%, для голени 14,4% и для верхней конечности 4,6% при общем количестве ампутаций по поводу газовой инфекции — 39,4%. Сравнение этих цифр позволяет сделать вывод, что в учреждениях госпитальной базы армии гильотинные ампутации производились чаще, чем это было необходимо.

Для большинства ампутаций во время войны приходится выбирать между круговыми и лоскутными способами в той или иной их модификации. Ампутации, производимые овальными разрезами, нет надобности выделять в особую группу: по существу они являются однолоскутными.

По сравнению с гильотинным круговой и лоскутный способы имеют существенные преимущества. По миновании острой инфекции раневая поверхность легко может быть покрыта кожей. Этим намного сокращается продолжительность заживления и уменьшается опасность вторичной инфекции во всех ее проявлениях. В дальнейшем оперативное улучшение культи применительно к требованиям протезирования оказывается необходимым не во всех случаях, причем часто можно ограничиться вместо реампутации менее обширными вмешательствами.

Наряду с этими преимуществами, круговой и лоскутный способы имеют явные недостатки. Раневая поверхность получается более обширной, обследование ее в послеоперационном периоде затрудняется нависающей с краев кожей; условия стока раневого отделяемого менее благоприятны; послеоперационное ведение ампутированных требует большего внимания и опыта; техника выполнения сложнее.

Промежуточным между гильотинной и круговой ампутациями является круговой способ с боковыми расщепами до кости. Добавление боковых расщепов облегчает обследование раны в послеоперационном периоде и обеспечивает лучший сток отделяемого. Кроме того, этот способ при прочих равных условиях позволяет произвести ампутацию дистальнее, чем при круговом способе, так как боковые расщепы дают возможность справиться с инфекцией выше уровня ампутации.

Указанными особенностями кругового способа с расщепами определяется и область его применения. Он показан в случаях с менее тяжелой инфекцией, чем для гильотинного способа, но

более тяжелой, чем для способа кругового. Считать его универсальным нельзя. Во многих случаях добавление боковых расщепов тоже имело бы характер излишней перестраховки. Боковые расщепы можно сравнить с дополнительными разрезами, производимыми, например, при флегмонах. Если можно ограничиться только одним разрезом без дополнительных, то нет надобности их и делать. Более подробных указаний как для разрезов при флегмонах, так и для боковых расщепов установить нельзя; в каждом случае вопрос решается опытом оператора.

Если есть основания опасаться инфекции не в мышцах, а только в подкожной клетчатке, то дополнительные разрезы следует проводить более поверхностно, только до мышечной фасции. Расположение разрезов, длина их и количество зависят от особенностей случая.

Говоря о круговой ампутации, мы имеем в виду способы с повторными рассечениями мягких тканей, связанные с именами Дюпюитрена, Дезо и Пирогова. Эти способы показаны, когда граница жизнеспособных тканей конечности идет поперечно ее оси. Способ с манжеткой в том виде, как он предложен Пти (Petit), лучше не применять. Манжетка, состоящая только из кожи и жировой клетчатки, обладает, вследствие плохого кровоснабжения, малой сопротивляемостью к инфекции. Если опасность инфекции невелика и можно, следовательно, рассчитывать на заживление без осложнений, то способ Пти тоже не следует применять, особенно на нижней конечности. Клетчатка манжетки спаивается с раневой поверхностью, вследствие чего кожа конца культи лишается необходимой при ношении протеза смещаемости.

Для круговой ампутации бедра, безразлично — с боковыми расщепами или без них, очень целесообразны технические приемы, рекомендованные проф. П. А. Куприяновым, а именно — рассечение первым разрезом только кожи и подкожной клетчатки, вторым — апоневроза по краю сократившейся кожи; затем постепенное рассечение мускулатуры и в последний момент седалищного нерва. При такой методике уменьшается опасность шока, так как нерв пересекается один раз. При ампутации же типично по Пирогову седалищный нерв приходится пересекать дважды.

Наиболее целесообразными для большинства ампутаций военного времени следует признать лоскутные способы. Они создают более благоприятные возможности для обследования раневой поверхности в послеоперационном периоде, чем круговые, сохраняя преимущества этих последних в отношении закрытия конца культи кожей. Кроме того, они позволяют использовать участки здоровой кожи в зоне самого повреждения и потому произвести ампутацию более дистально, чем при круговом способе.

Но для максимального использования этих преимуществ лоскутных способов следует отказаться от мысли найти среди них какой-либо один наилучший. Каждый из них, независимо от количества лоскутов и их формы, взятый вне особенностей случая, требует свободного выбора здоровой кожи. Для большинства военных травм применение любого из этих способов как универ-

сального возможно только при условии перенесения уровня ампутации выше, чем это безусловно необходимо. Иными словами, в жертву чистоте способа будет принесена длина культи.

Количество лоскутов, расположение и форма их должны определяться в каждом случае локализацией и характером механического повреждения и распространением инфекции. Так, например, в относительно свежих случаях, когда гнойная инфекция выражена еще слабо, а кожа повреждена только на боковых поверхностях конечности, показана ампутация с передним и задним лоскутами. Если, как это бывает при сквозных ранениях в сагиттальной плоскости, кожные покровы разрушены только на передней и задней поверхностях, следует воспользоваться здоровой кожей латеральной и медиальной поверхностей и образовать два боковых лоскута. При повреждении кожи с трех сторон иногда оказывается достаточно здоровой кожи на уцелевшей стороне, чтобы произвести ампутацию с одним лоскутом.

Теми же соображениями приходится руководиться и при выраженной инфекции. Она обычно развивается из глубины раны и распространяется на поверхностные слои тканей несколько позже и неравномерно. Нередко при явном наличии гнойной инфекции в глубоких мышцах кожа остается не вовлеченной в процесс и может быть использована для образования лоскута.

Говоря о лоскутах, мы всюду имеем в виду кожно-фасциальные лоскуты, включающие в себя, кроме кожи и подкожной клетчатки, обязательно еще фасцию или апоневроз, т. е. все слои тканей до мышц.

Необходимо самым настойчивым образом проводить при ампутациях принцип максимального использования кожных покровов, уцелевших от травмы и инфекции. Это дает возможность сохранить более длинную культю и ускорить заживление раневой поверхности. Тем самым уменьшается опасность инфекционных осложнений и упрощаются последующие оперативные вмешательства для исправления культи.

Призыв к сбереганию кожных покровов в военной хирургии не нов. В первые месяцы войны первичная обработка ран нередко была связана с расточительным отношением к коже. В окружности ран кожа, ушибленная или пропитанная кровоподтеком, но еще вполне жизнеспособная, старательно иссекалась. Круглые кожные дефекты, получившие название «пяточков», хорошо известны по первому году войны. Теперь их редко можно видеть. Но при ампутациях необходимость максимального сохранения участков здоровой кожи пока еще недостаточно учитывается.

Принятые в оперативной хирургии расчеты длины лоскутов — в зависимости от диаметра ампутируемой конечности и сократительности кожи на том или ином ее уровне — при ампутациях по поводу военной травмы имеют очень относительное значение. Если возможно, в дополнение к основному лоскуту следует сохранить даже отдельные выступы кожи по периферии. Эти выступы, не предусматриваемые классической техникой ампутаций и не заслуживающие даже названия лоскутов, с большой пользой

могут дополнить основной лоскут, не покрывающий всей раневой поверхности.

Техника круговых ампутаций стандартна. Техника лоскутных способов должна быть применена к особенностям случая. Она требует большого клинического опыта в оценке состояния различных тканей и характера инфекции. Слишком оптимистическая оценка повлечет за собой некроз лоскута, а в некоторых случаях будет способствовать дальнейшему распространению инфекции и поставит под угрозу жизнь.

Изложенными соображениями определяется и техника вычленений. Преимущество их по сравнению с ампутациями — значительно меньшая опасность последующих инфекционных осложнений, так как костно-мозговая полость остается не вскрытой, а мышцы пересекаются не в мясистой, а в сухожильной части. Исключения составляют экзартикуляции в плечевом и особенно в тазобедренном суставе, они должны производиться только в самых крайних случаях. Для вычленения во всех остальных суставах показания довольно четки: следует пользоваться любой возможностью произвести вычленение вместо ампутации на более высоком уровне. Все замечания об атипичном образовании лоскутов сохраняют полностью свое значение.

Быше было указано, что показания для костно-пластических ампутаций во время войны почти никогда не встречаются, так как для успешного результата таких ампутаций необходимо заживление первичным натяжением. Но всякую возможность для последующей костно-пластической реконструкции культи следует использовать. Встречаются, например, случаи, когда локализация и характер повреждения допускают ампутацию по Гритти, но уверенности в асептическом состоянии тканей нет.

В этих случаях можно применить модификацию, предложенную Оппелем. Она заключается в том, что хрящевую поверхность коленной чашки без всякой обработки прикладывают к опилу бедренной кости. Как окончательное вмешательство модификация Оппеля не должна применяться, потому что сращения хрящевой поверхности чашки с опилом бедренной кости не происходит. При нагрузке на конец культи чашка более или менее соскальзывает. Это скольжение, повторяющееся при каждом шаге, причиняет боли; культя оказывается неопорной.

Но как предварительное вмешательство, с расчетом на создание опорной культи в дальнейшем, модификация Оппеля может найти применение. Необходимо только в этих случаях опилить бедренную кость на 1—2 см дистальнее, чем это обычно производится при так называемом «коротком Гритти». После освежения конца бедренной кости во время последующей реконструкции культи получается нормальной длины. Мы четыре раза производили ампутацию по Гритти — Оппелю и пять раз реконструировали такие культи и не имеем никаких оснований жалеть об этом.

Несколько мелких замечаний. В учении об ампутациях много внимания уделяется обработке концов крупных нервных стволов. Соображения, выдвигаемые за и против каждого предложенного

способа, имеют большое значение при ампутациях с расчетом на первичное натяжение. При ампутациях по поводу военной травмы дело обстоит проще. Если конец нервного ствола виден в ране, следует захватить его, но не вытягивать, а слегка отодвинуть в проксимальном направлении окружающие ткани и отсечь конец нерва одним взмахом бритвенно-острого ножа. Если нервного ствола в ране не видно, искать его не следует, так как расслоение окружающих мышц может способствовать занесению инфекции в глубь тканей культи.

От обработки костного опиала по Бунге в большинстве случаев лучше воздержаться по тем же соображениям. Достаточно тщательно перерезать кругом надкостницу и позаботиться, чтобы она не попадала под пилу. При гильотинных ампутациях какая-либо обработка нервов и костного опиала во всех случаях противопоказана. При вычленениях удалять суставной хрящ не надо.

Резюмируем кратко изложенное. Ампутации по поводу военных травм должны рассматриваться прежде всего как средство борьбы с угрожающей жизни инфекцией. Подавление инфекции должно быть достигнуто ценой потери возможно меньшей части конечности, чтобы сохранить для последующей реконструкции культи наибольшие возможности. Указать для того или другого отдела конечности какой-либо из способов ампутации как наилучший невозможно. Способ ампутации в каждом случае определяется локализацией, а также характером повреждения, распространением и вирулентностью инфекции. Классические способы обычно связаны с излишним укорочением конечности. Наиболее целесообразными для большинства случаев являются атипичные лоскутные способы.



П. А. АЛЕСКОВСКИЙ

Гвардии подполковник медицинской службы и

Н. П. ЗНАДВОРОВ

Гвардии майор медицинской службы

МЕДСАНБАТ ВО ВРЕМЯ ПРОРЫВА БЛОКАДЫ



ДЕСЯТОГО января 1943 г. наш медсанбат расположился в 4,5—5 км от переднего края, на опушке леса, непосредственно у дороги, служившей магистралью для движения войск и санитарного транспорта. Ближайшим к нам лечебным учреждением был полевой подвижной госпиталь в 6 км от нас в тылу.

К началу операции медсанбат имел в своем распоряжении палаточный фонд, состоявший из семи палаток ДПМ и четырех ППМ, и несколько фанерных домиков. Этот фонд был распределен следующим образом: одна палатка ДПМ была использована

для операционной № 1 на три стола; вторая палатка ДПМ с при-точенной к ней палаткой ППМ — под операционную № 2 на пять столов с предоперационной; две палатки ДПМ — под сортировочную (для легко и тяжело раненых); две палатки ДПМ — под эвакуотделения (для ходячих и для носилочных); одна палатка ДПМ — под стационар (для послеоперационных) и, наконец, остальные две палатки ППМ — одна для шоковых больных и одна — под материальную. В фанерных домиках размещались общежития для личного состава, а также некоторые служебные и хозяйственные объекты (штаб, кладовые, аптека и т. п.).

Таким образом хирургический блок состоял всего лишь из восьми столов, из которых три были предназначены для оперирования раненных в живот и в грудную клетку и пять — для всех остальных, в том числе два стола — для обработки легко раненных. Специальной операционной для легко раненных развернуть не представлялось возможным из-за недостатка палаточного фонда.

Единичные раненые — разведчики — стали поступать в медсанбат с 11 на 12 января. Основной, массовый поток раненных начался с 14 часов 12 января, а уже к вечеру этого же дня медсанбат стал заполняться прибывавшими с фронта ранеными. Отведенные под сортировку две палатки ДПМ и утепленный сруб уже вечером этого дня не смогли вместить всех раненных. Поэтому пришлось наиболее легко раненных из них, сняв с машин, обогрев и накормив, отправлять на следующий этап эвакуации. В первые сутки работы мы не задерживали также и «транспортных, черепно-лицевых и раненных в живот.

В эти первые сутки хирургическая обработка раненных проводилась только хирургами медсанбата.

К вечеру 13 января прибыла группа усиления, и вместе с тем был получен приказ — раненных в живот оперировать на месте.

Работа была чрезвычайно напряженной. В дни максимальной загрузки хирурги отдыхали не более четырех-пяти часов в сутки.

Наибольший поток раненных наблюдался 12—15 января. В эти дни через медсанбат прошло 68% всех поступивших раненных.

Раненные доставлялись с полкового медицинского пункта и непосредственно с поля боя автотранспортом, лошадьми, собачьими упряжками, на волокушах и шли сами. Помещения, отведенные для приемно-сортировочного взвода, иногда быстро заполнялись, что лишало возможности точной и полной регистрации раненных. К тому же медицинская документация на предыдущих этапах была неполной, что оправдывалось крайней перегруженностью полкового медицинского пункта, отсутствием там света, а также разрешением начсандива в отдельных случаях направлять раненных в медсанбат без карточки передового района в целях быстрой эвакуации их с переднего края и предупреждения массовых обморожений. Это мероприятие оправдало себя и привело к тому, что с обморожением поступали действительно только единицы.

Через операционные медсанбата прошло 64% всех поступивших раненых. Из числа пропущенных через операционные 66% подверглись оперативному вмешательству, а остальным 34% был произведен лишь туалет окружности ран. К этой группе относились раненные в череп, лицо, кисти, часть раненных в грудную клетку без явлений открытого пневмоторакса, а также остальные, характер ранений у которых не требовал оперативного вмешательства. Лишь раненных, находившихся в тяжелом, нетранспортабельном состоянии, мы оставляли в шоковой палатке и в стационаре.

Среди раненных в грудную клетку, прошедших через операционную, 44,7% пало на раненных с явлениями открытого пневмоторакса.

Ушивание открытого пневмоторакса, как правило, производилось под местной анестезией, но часть раненных, имевших обширные повреждения, оперировалась под ингаляционным наркозом (хлорэтил плюс эфир). Техника операции сводилась к следующему: иссекались поврежденные ткани, кусачками Люэра скручивались торчащие костные осколки ребер, лигировались кровоточащие сосуды, и рана грудной стенки ушивалась трехэтажными швами. Рана кожи оставалась открытой. В трех случаях, ввиду обширных дефектов в грудной клетке, была произведена пневмопексия.

Эта группа раненных после хирургической обработки оставалась в стационаре 4—5 дней, после чего эвакуировалась на дальнейший этап лечения. В стационаре им проводилась сульфидинотерапия, давался кислород. К послеоперационным пункциям плевры прибегли всего лишь в одном случае тотального гемоторакса с тяжелым послеоперационным течением.

Из всех поступивших в операционную пострадавших с проникающим ранением в брюшную полость оперировалось 50%. Группа неоперированных представляла собой раненных, прошедших через противошоковую палатку, в крайне тяжелом состоянии, с множественными и обширными повреждениями. Целый ряд мероприятий (переливание крови и кровезамещающей жидкости, сердечные, наркотики) не выводили эту группу раненных из тяжелого состояния. Что касается давности ранения, то этот фактор в медсанбате не являлся препятствием для оперативного вмешательства.

Чревосечения производились под наркозом (хлорэтил плюс эфир). Во время операции и после операции переливалась кровь дробными порциями. Техника операции: послойно производился срединный разрез брюшной стенки, проводилась ревизия брюшной полости начиная от желудка до прямой кишки, и, в зависимости от ранения, предпринималось то или иное оперативное вмешательство.

После операции раненных в живот помещали в стационар, где в течение первых двух дней по отношению к ним проводили голодную диету; с третьего дня давали чай, бульон, кисель, вино. С большой охотой питались эти раненные смесью Спасокукоцкого. На протяжении послеоперационного периода раненым в брюшную

полость производились внутривенные вливания кровезамещающей жидкости и 5% глюкозы на физиологическом растворе в массивных дозах, до 2 л в сутки. Эти раненые эвакуировались на седьмой-восьмой день после операции.

Раненные в конечности составляли 79% всех раненых, прошедших через операционные медсанбата. Из раненных в верхние конечности подверглось операции 71,8%. Из числа оперированных в 3,2% случаев были произведены ампутации. Послеоперационной смертности среди этих раненых не было.

Раненных в нижние конечности оперировали в 76% случаев. Из этого количества 14,1% имело огнестрельный перелом бедра. Во всех случаях перелома бедра раненым были наложены шины Дитерихса и Томаса. Из числа оперированных по поводу ранений нижних конечностей в 4,9% случаев была произведена ампутация. Все ампутации — под хлорэтилом с предварительным введением внутривенно 1,5 см³ 1% раствора морфия. Ампутация — круговая, двухмоментная, как правило — без жгута. В ране перевязывались сосуды. Сечение и обработка нервов производились по Витцеле, обработка кости — по Бунге. В случае обширного разможнения костно-мышечного аппарата и сосудисто-нервных пучков высокая ампутация плеча производилась после предварительной перевязки сосудов в подмышечной ямке, а высокая ампутация бедра — после предварительной перевязки сосудов в скарповом треугольнике. Перевязка сосудов в ране и на протяжении была произведена в 6,9% случаев к числу оперированных в конечности.

После ампутации бедра и плеча раненые задерживались в медсанбате на двое-трое суток.

Анаэробная инфекция у раненных в нижние конечности наблюдалась в одном случае. Этот раненый был оперирован через двое суток после множественного осколочного ранения нижних конечностей с многооскольчатыми переломами костей левой голени. Ввиду клинически развившейся газовой гангрены голени раненому была произведена ампутация в нижней трети бедра, введена лечебная доза противогангренозной сыворотки, и на третьи сутки после операции раненый был эвакуирован в хорошем состоянии.

Шок наблюдался у 5,6% по отношению ко всем поступившим в медсанбат раненым, у 8,9% — к числу раненых, прошедших через операционную, и у 13,9% — к числу оперированных.

Столь высокий процент шоковых раненых следует объяснить охлаждением раненых на поле боя (температура воздуха до —25°С), а также недостаточной иммобилизацией. Значительный процент шока падает на раненных в нижние конечности вследствие обширных разможнений, сопровождающихся разрывом сосудисто-нервных стволов, и переломов костей, а также и отрывов конечностей. Эта группа раненых поступала со значительными кровопотерями, и весьма тяжелое состояние их исключало возможность оперативного вмешательства. Большой процент шока падает также на группу с торако-абдоминальными ранениями (плевро-пульмональный и абдоминальный шок).

К капельным переливаниям крови шоковым больным до и после операции мы не прибегали вследствие загруженности операционной и послеоперационной палаток.

В качестве противошокового мероприятия мы часто прибегали к методу одновременного вливания смеси крови, противошоковой и кровезамещающей жидкости из обыкновенных цилиндров, приспособленных из ампул Ленинградского и Московского институтов переливания крови. К переливанию крови дробными порциями раненым с отрывом конечностей и с обширными ранениями, а также раненым в живот, мы прибегали очень редко, так как убедились, что этот метод в данном случае мало эффективен и медленно выводит из шока. Раненым же в брюшную полость с подозрением на внутренние кровотечения кровь переливалась малыми дозами до операции и массивными — по окончательной остановке кровотечений. Как правило, раненым в грудную клетку с явлениями плевро-пульмонального шока, а также раненым в череп при наличии шока переливания производились малыми дозами (200—250 см³).

Борьба с шоком заключалась в обогревании раненых, введении им внутривенно или подкожно морфия, в применении массивных переливаний крови, кровезамещающей и противошоковой жидкостей, в введении сердечных препаратов, алкоголя.

Работа в шоковой палатке возглавлялась командиром госпитального взвода и проводилась молодым врачом, ранее работавшим в Институте переливания крови. Общее количество трансфузий в медсанбате составило 16,4% по отношению к раненым, поступившим в операционную палату, и 61,4% — в шоковую. Кровь переливали всем, за исключением лишь абсолютно безнадежных, явно агонирующих.

В. А. КАРЕЛИН
Капитан медицинской службы

РАНЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

(По наблюдениям в медико-санитарном батальоне)



БОЕВЫЕ действия велись в условиях торфяно-болотистой местности и носили крайне ожесточенный характер с обеих сторон. Рельеф местности, плохие пути эвакуации, исключительно неблагоприятные метеорологические условия делали эвакуацию с передовых этапов чрезвычайно сложной и отягощавшей состояние транспортируемых.

Даже легко раненые, прибывавшие в медсанбат, нуждались в отдыхе, обогревании и питании прежде чем следовать на дальнейший этап эвакуации. Состояние же тяжело раненых во время транспортировки значительно ухудшалось.

Подвергнуть хирургической обработке всех поступавших раненых медсанбат не мог и не должен был — в соответствии с санитарно-тактической обстановкой и приказанием начсанарма. Поэтому часть раненых — после отдыха, питания, обогрева, исправления повязок и иммобилизации и соответствующей документации — прямо из сортировочного отделения медсанбата следовала на дальнейший этап эвакуации (транзитная эвакуация) и уже там подвергалась необходимой хирургической обработке.

Все раненые, которые нуждались в срочной хирургической помощи или по своему общему состоянию не могли следовать дальше, оставались в медсанбате и из сортировочного отделения направлялись либо в перевязочную, либо в шокową палатку.

Разбираемые нами данные характеризуют собой ту часть раненых в грудную клетку, которая, главным образом из-за своего тяжелого состояния, не могла следовать на дальнейший этап эвакуации.

В большинстве случаев общее состояние раненых при поступлении (а значит и их дальнейшая судьба) зависело от того, насколько хорошо и полно им была оказана первая врачебная помощь на полковом медицинском пункте.

Особенно это касается раненых с открытым пневмотораксом.

Раненые с открытым пневмотораксом, которым на полковом медицинском пункте было сделано герметическое закрытие раны путем наклеивания поверх легкой марлевой повязки воздухопроницаемой материи (прорезиненная ткань от индивидуального пакета), дан морфий и сердечные, придано удобное (приподнятое) положение во время транспортировки, прибывали в медсанбат в относительно удовлетворительном состоянии.

Пример. Раненый Л. И. Г. Ранен 12/VIII 1943 г., в 14.00. Диагноз — слепое осколочное ранение правой половины грудной клетки по передней мышечной линии на уровне V ребра. Открытый пневмоторакс. На полковом медицинском пункте поступил через 2 часа, — туалет раны, асептическая повязка. Поверх нее наклеена клеенка от индивидуального перевязочного пакета; инъекция морфия 1,5, камфоры 3,0, обогревание, небольшой отдых лежа с приподнятой верхней половиной туловища; тепло укрытый, эвакуирован в медсанбат, куда прибыл через 4 часа после ранения. Общее состояние удовлетворительное, пульс хорошего наполнения, 90 в минуту, дыхание ровное, 22 в минуту. Бледен. Небольшой цианоз видимых слизистых. Направлен в операционную, где сделано ушивание пневмоторакса. На третий день эвакуирован в удовлетворительном состоянии.

Особенно тяжелую картину представляли раненые, поступившие через 16—18 часов после ранения и имевшие открытый пневмоторакс.

По срокам поступления в медсанбат раненые с проникающими ранениями грудной клетки распределяются следующим образом: до 12 часов — 76,6%; 12—24 часа — 18,7%; позднее — 4,7%.

По виду ранящего оружия 70% были осколочные, 30% — пулевые ранения.

Среди поступавших преобладали раненые с множественными осколочными ранениями с близких дистанций, а следовательно.

с большой пробивной силой. Поэтому и повреждения грудной клетки часто сочетались с ранением других областей тела.

Почти в половине случаев ранения груди комбинировались с ранением других областей.

Раненые с комбинированным поражением груди и живота прибывали в тяжелом шоке — бледные, со слабым нитевидным пульсом, охлажденные, безразлично относящиеся к окружающей обстановке. Если не было диагностировано внутреннее кровотечение, большинство из них направлялось в шоковую палату. Здесь при надобности поправлялись повязки и иммобилизация, открытый пневмоторакс временно герметизировался наклейкой на повязку воздухонепроницаемой материи, затем принимались все противошоковые мероприятия.

Раненый находился в шоковой палате до того момента, пока его общее состояние не позволяло приступить к операции. Чаще всего операция по поводу проникающего ранения в живот делалась одновременно с ушиванием пневмоторакса. В отдельных случаях пневмоторакс ушивался немедленно. Затем раненый направлялся в шоковую палату и находился там в течение нескольких часов, пока общее состояние его не позволяло приступить к операции лапаротомии.

Следующей по тяжести является комбинация проникающего ранения грудной клетки и ранения конечностей с повреждением костей или сосудисто-нервного пучка. Среди этой группы раненых в большом проценте случаев наблюдался тяжелый шок.

Левосторонний открытый пневмоторакс встречался реже, чем правосторонний, так как при прочих равных условиях аналогичные ранения с левой стороны протекают значительно тяжелее, чем с правой.

Двусторонний открытый пневмоторакс наблюдался нами в 2,8% случаев. Все эти раненые поступали в тяжелом состоянии и умерли через несколько часов после операции ушивания открытого пневмоторакса, несмотря на все принятые меры.

У раненых с закрытым пневмотораксом повреждения ребер и лопатки встречались в 28,3% случаев. Эта цифра, конечно, неточная. Истинный процент таких повреждений у этой группы раненых, повидимому, выше, так как хирургическая обработка в данном случае проводится крайне осторожно из-за опасности превратить закрытый пневмоторакс в открытый. Сопутствующие повреждения ребер сильно утяжеляют общее состояние раненых. Особенно тяжело в остром периоде протекают ранения с открытым пневмотораксом и переломом трех и больше ребер. Такие ранения, как правило, дают смертность, близкую к 100% из-за тяжелейшего плевропульмонального шока. Пострадавшие гибнут в первые сутки после ранения.

Оперативные вмешательства по поводу проникающих ранений грудной клетки проводились в обстановке строгой асептики.

При ранении нижних отделов грудной клетки важно определить, проникает ли это ранение в брюшную полость или нет. В некоторых случаях решать этот вопрос на операционном столе,

пользуясь анамнестическими данными и одномоментным исследованием физикальным методом, представлялось невозможным.

Пример. Старший лейтенант Б. А. И. ранен 13/VIII 1943 г. Поступил через 6 часов после ранения. Диагноз: слепое осколочное ранение правой половины грудной клетки без открытого пневмоторакса. Рана $0,5 \times 0,3$ на уровне V ребра по передней подмышечной линии справа. Жалобы на затрудненное дыхание, одышку, кровохарканье и сильные боли в животе. После ранения была рвота. Общее состояние средней тяжести, пульс 110 в минуту, слабого наполнения; бледность, цианоз. Язык влажный.

На стороне поражения диагностирован закрытый пневмоторакс. Живот сильно напряжен, болезнен при пальпации. Газы, по словам больного, не отходят. При осмотре решить, проникает ли в живот это ранение, было трудно. В диагнозе было поставлено — «проникающее в живот», «под вопросом». Больной был направлен в госпитальную палату, под наблюдение. После двух суток стало ясно, что ранение непроникающее. Эвакуировать в обычный срок — «третий—пятый день» — этого раненого мы не могли из-за его тяжелого состояния вследствие ползучей бронхопневмонии в неповрежденном легком.

На седьмой—десятый день на стороне поражения диагностирована эмпиема плевры. 28/VIII — резекция ребра и торакотомия: 30/VIII — вынужденная эвакуация, которую раненый перенес хорошо. Позднее из писем нам стало известно, что больной находится на пути к выздоровлению.

При исследовании грудной клетки в случаях закрытого пневмоторакса важно установить наличие гемоторакса и пневмоторакса.

Эту комбинацию следует особо отделить в истории болезни, так как такие случаи дают, по данным Куприянова, высокий процент нагноения. В то же время, при соответствующем ведении, этот процент может быть снижен. Наличие большого гемоторакса при исследовании обращало внимание хирурга на имеющееся кровотечение, и если это бывало возможным, хирург во время операции старался найти и перевязать сосуд.

Переходя к обследованию раны, важно установить, «открытый» это или «закрытый» пневмоторакс.

В большинстве случаев затруднения в этом не бывало, и «сосущая рана груди» сама за себя говорила. Но в отдельных случаях, правда — редких, бывало, что казавшийся на вид «закрытым» пневмоторакс следовало трактовать как «открытый» и прибегать к операции — его ушиванию.

Приходилось наблюдать, что входное отверстие, обычно достаточных размеров, не вполне плотно и надежно закрылось сместившимися мышцами и кровяными сгустками, и что закрытие произошло в поверхностных слоях мышц грудной клетки, — рана воздуха не сосет и даже при сильных кашлевых толчках выхождения воздуха из полости плевры не наблюдается. Однако стоит лишь осторожно развести поверхностные слои мышц (что бывает необходимо при хирургической обработке раны), как обнаруживается явный открытый пневмоторакс.

Подготовка раненого к операции заключалась в даче ему сердечных (чаще — камфорного масла $4-5$ см³), внутривенном введении 1% морфия $1,5-2$ см³, а иногда и переливания крови в небольших дозах — $200-250$ см³.

К числу мероприятий по подготовке больного к операции следует отнести и ваго-симпатическую блокаду, проводимую открытым

(Бурденко) или закрытым (Вишневский) способом. Мы проводили эту блокаду по закрытому способу. Можно сказать, что ваго-симпатическая блокада благотворно влияет на раненых, особенно с открытым пневмотораксом. Раненый легче переносит операцию, и наблюдающийся в первые сутки плевро-пульмональный шок при неоднократном применении этой блокады протекает легче и быстрее заканчивается.

Почти в 100% случаев операции проводились под местной инфильтрационной анестезией с дополнительной блокадой ниже и выше расположенных межреберных нервов (в трех случаях сочетания открытого пневмоторакса с множественным ранением других областей применялся дополнительно хлорэтил-рауш. Операции прошли успешно).

Тщательная хирургическая обработка раны должна предшествовать ушиванию пневмоторакса. От этого в большей части зависит, разошется или нет ушитый пневмоторакс в дальнейшем. Острые сломанные концы ребер резецируются. При этом особое внимание мы обращали на сохранение целостности межреберной артерии и нервов, а также надкостницы ребра, которую можно в ряде случаев использовать вместе с мышцами для закрытия дефекта в грудной стенке.

Во время хирургической обработки глубоких слоев грудной стенки иногда приходится вскрыть полость плевры довольно широко и быстро, что особенно опасно, так как может наступить мгновенная рефлекторная остановка дыхания и быстрое падение сердечной деятельности.

Пример. Красноармеец В. А. И. Ранен 6/VIII 1943 г. В медсанбат поступил через час после ранения. Общее состояние — средней тяжести. Бледен. Пульс хорошего наполнения, 90 в минуту. Дыхание учащенное, поверхностное. Справа по передней подмышечной линии, на уровне IV—V ребер, рана размером 4×3 см. Сместившейся большой грудной мышцей открытый пневмоторакс закрылся, но при перемене положения и кашлевых толчках он обнаруживается. В правом подреберье — рана размером 2×3 см, из которой выходит сальник.

Решено было пневмоторакс закрыть, и если общее состояние позволит, произвести лапаротомию. В момент обработки обнаружено раздробление IV, V, VI, VII ребер. Плевральную полость пришлось раскрыть широко и быстро. Неожиданно, среди кажущегося благополучия, ровного дыхания, хорошего пульса наступила мгновенная остановка дыхания, а затем и быстрое падение сердечной деятельности. Больной умер на операционном столе.

После обработки раны грудной стенки, если позволяют ее размеры, следует, предварительно убедившись, что кровотечения из сосудов грудной стенки нет, быстро, но осторожно произвести ревизию плевральной полости и ткани легкого. В полость плевры засыпается порошок стрептоцида (5—10 г).

Многие раненые абсолютно не переносят свободного открытия плевральной полости, начинают задыхаться и просить «дать воздуха». Поэтому операция часто идет с перерывами, во время которых отверстие грудной стенки закрывается марлевыми салфетками. В случае достаточно большого отверстия в грудной стенке и неполного коллапса легкого полезно бывает в самом начале взять

ткань легкого на окончатые жомы, закрыть его пневмоторакс и уже затем проводить обработку костной раны. При неполном коллапсе легкого и сравнительно большом дефекте стенки полезно произвести пневмопексию, тщательно, герметично и прочно подшивая ткань легкого к краю раны грудной стенки. Во время пневмопексии желательно совместить рану легкого с раной грудной стенки.

Если рана расположена в нижних отделах грудной стенки и имеет достаточную величину, дефект стенки может быть ликвидирован путем подшивания диафрагмы к краю раны грудной стенки прочными узловатыми швами. Желательна блокада диафрагмального нерва на шее. Мы делали эту блокаду закрытым методом — по заднему краю грудинно-ключично-сосковой мышцы на границе нижней и средней ее трети, при максимально повернутой в противоположную сторону голове: игла вводится под заднюю поверхность мышцы. Ориентир — 1 см кнаружи от сосудистого пучка на этом уровне. На другой день после операции подшивания диафрагмы раненый жалуется обычно на сильные боли тянущего характера в подреберной области. Применяемая нами вторично блокада диафрагмального нерва эти боли снимала.

Особенно трудна технически операция ушивания открытого пневмоторакса в области лопатки при дырчатых ее переломах и тангенциальных ранениях грудной стенки под лопаткой. В этих случаях необходима хирургическая обработка надлопаточных мышц, растрепанирование лопатки, обработка подлопаточного слоя мышц, а если необходимо, то и сломанных концов ребер. Наложение глубоких плевро-мышечных швов через растрепанированное отверстие лопатки — дело весьма сложное и при всей необходимости могло оказаться не под силу хирургам нашего медсанбата. Поэтому мы стали в случаях подлопаточных ранений грудной стенки применять способ, на первый взгляд более травматичный, но зато дающий более удобный доступ для обработки раны грудной стенки. Ранеными он переносился неплохо, а будучи применен неоднократно (майор медицинской службы С. М. Симон о в), давал хорошие результаты.

Раненого укладывают на грудь с опущенной со стола рукой больной стороны; под грудь — мягкий валик или подушка; паравертебральная анестезия, тонкой длинной иглой новокаиновая инфильтрация подлопаточных мышц; кожная анестезия по линии разреза — от верхнего угла лопатки по ее внутреннему краю с загибом ниже нижнего угла лопатки кнаружи (как это делается при торакопластике). Лопатка откидывается кнаружи, удерживается помощником посредством крючков; опущенная рука раненого этому приему помогает. Перед хирургом открыта вся грудная стенка, что особенно важно для обработки костной раны. После обработки стенки и подлопаточных мышц — обычное ушивание раны без швов на кожу. Руку прибинтовывают по общим правилам.

Общепризнанным считается мнение, что для вывода раненого из шока необходима ликвидация открытого пневмоторакса. Однако нам хочется отметить, что не во всех случаях это надо делать оперативным путем сразу же после поступления раненого. Группа

раненых с комбинированными ранениями грудной клетки и ранением конечностей с повреждением костей или сосудисто-нервного пучка поступала в исключительно тяжелом состоянии, причем общая картина травматического шока у них доминировала над симптомами проникающих ранений грудной клетки. Самая же операция ушивания открытого пневмоторакса, как бы ни хороша была анестезия, как бы ни осторожно она проводилась, представляет собой известную травму. Раненый, находящийся в состоянии глубокого шока, зачастую эту травму перенести не может.

Ушивание открытого пневмоторакса следует производить не сразу после поступления подобного раненого, а лишь после герметизации плевральной полости наклеиванием воздухо непроницаемой материи (клеенки). При наложении наклейки надо учитывать возможность ее флотирования, что влечет за собой флотирование средостения, а значит и нарастание плевро-пульмонального шока. Во избежание этого наклейку мы подкрепляем бинтовой повязкой. Затем всеми возможными методами (ваго-симпатическая блокада, кровь, глюкоза, морфий, сердечные) добиваемся некоторого улучшения общего состояния раненого. Лишь после этого можно приступить к оперативному вмешательству.

После оперативного вмешательства раненые с открытым пневмотораксом, как правило, направлялись в послеоперационную палату, независимо от их общего состояния. В отношении же раненых с закрытым пневмотораксом наше поведение было иным: если общее состояние раненых не допускало немедленной их эвакуации после хирургической обработки, мы направляли их в эвакуотделение, где они оставались до состояния транспортабельности.

Еще в операционной некоторым раненым, состояние которых было наиболее тяжелым, производилось переливание крови — преимущественно малыми дозами — 150—230 см³. Переливание крови было произведено в 23,2% случаев всех проникающих ранений грудной клетки. Кровь переливалась чаще раненым с открытым пневмотораксом — в 31,5% случаев. При проникающих ранениях без открытого пневмоторакса — в 15% случаев.

Для раненных в грудную клетку рекомендуются отдельные палатки, чистые, просторные, с большим количеством свежего воздуха. В условиях боевой операции помещали раненых в общую послеоперационную палату, для удобства обслуживания собирая их на одной стороне. Для большинства этих раненых наиболее удобным положением является возвышенное — полусидячее. С этой целью мы применяли специально изготовленные у нас ящики, которые устанавливаются на носилках и обеспечивают нужное положение — больной не сползает. Положение это для больного необременительно: он полулежит, опираясь на боковые стенки ящика, которые находятся у него подмышками. Общее состояние раненого после операции (если он до нее не находился в состоянии глубокого шока) значительно улучшается. Уложенный в чистую, теплую постель в удобном для него положении, под действием морфия он обычно засыпает на несколько часов. Пульс его заметно улучшается, становится полным, частота снижается

до 80—90 в минуту, бледность уменьшается, цианоз также заметно ослабевает. Дыхание средней глубины, ровное, иногда клоко-чущее. Кровяное давление вскоре после операции поднимается и держится на цифрах, близких к норме (с 75—80 до 115—120 максимум).

При бегом осмотре раненый производит неплохое впечатление, но состояние это крайне неустойчиво: среди кажущегося общего благополучия вдруг неожиданно и грозно может наступить буря. Наблюдение со стороны обслуживающего персонала должно быть достаточно внимательно, чтобы не просмотреть этого ухудшения. Обычно этот период вторичного ухудшения общего состояния наступает через 8—12, иногда 16 часов после оперативного вмешательства. Раненый начинает жаловаться на увеличивающуюся одышку, поведение его становится беспокойным, усиливается бледность, учащается пульс, наполнение его уменьшается, падает кровяное давление. Словом, нарастает картина шока. Причина часто остается невыясненной. И если не будут приняты энергичные меры, ухудшение может привести к смерти.

Врач прежде всего устанавливает, нет ли здесь быстро нарастающего гемоторакса, не образовался ли клапанный напряженный пневмоторакс или медиастинальная эмфизема. Убедившись в отсутствии этих трех грозных осложнений, обычно наступающих в первые-вторые сутки после операции, методы борьбы с которыми указаны выше, следует применить весь арсенал средств борьбы с шоком. По нашим наблюдениям, особое значение в этот период имеет переливание крови (малые дозы — 150—250 см³) и повторная ваго-симпатическая блокада. Из сердечных предпочтительны кофеин (3 см³), 2—3 капли настойки строфанта на физиологическом растворе внутривенно; тепло; кислород.

В целях борьбы с имеющейся почти всегда у таких раненых гипоксемией мы давали кислород, предварительно увлажненный, через носовой катетер. Аппарат для этого мы устраиваем из стандартной банки для переливания крови и имеем их несколько штук. Оптимальным является расходование подушки емкостью в 40 л в течение 15—20 минут, регулярно через 1—2 часа.

Из медикаментозного лечения в остром периоде (первые-вторые сутки) главное место принадлежит морфию. При разумном его применении он приносит огромное облегчение раненому. Дозировка 1% морфия, обычно по 1 см³ три-четыре раза в сутки подкожно, оказывается вполне достаточной (помнить об опасности применения морфия в состоянии «серой аноксемии»!). Но так как морфий подавляет кашлевой рефлекс, ухудшает дренаж бронхов, то рекомендуется комбинация его с атропином: 1% морфия 1 см³, 0,1% атропина 0,5 см³ одновременно за один укол. Из сердечных чаще употребляется камфора, кофеин или настойка строфанта, 2—3 капли в растворе глюкозы или на физиологическом растворе, внутривенно. Действие мощное, но быстро проходящее.

Не меньшее, а быть может и большее значение имеет ваго-симпатическая блокада, применяемая иногда повторно через 6—8

часов, особенно в первые сутки после операции. Мы применяли ее и на первый, и на второй день после операции и наблюдали ее благотворное влияние.

Настойчиво рекомендуем в остром периоде применять переливания крови в малых дозах (150—200 см³). Имеющаяся при этом опасность перегрузки правого сердца преувеличивается. Опыт показывает, что дробное переливание малых доз крови таким раненым, кроме гемостатического действия, способствует скорейшему выходу из шока и, кроме того, может сыграть роль в смысле предупреждения нагноительных процессов в плевре и легких (П. А. Куприянов).

В более тяжелых случаях мы применяли внутривенное введение 33% алкоголя (начиная с 10 см³, постепенно увеличивая дозу до 20—30 см³) ежедневно по одному вливанию. Иногда алкоголь комбинировали с внутривенным введением 30—50 см³ 40% глюкозы: утром — алкоголь, вечером — глюкоза. Влияние алкоголя, кроме общетонизирующего, сводится также к профилактике развития воспалительных и нагноительных процессов. Рекомендуемая профилактическая сульфамидная терапия у нас планоно и систематически не применялась.

При назначении диеты таким раненым (если точно установлено, что нет повреждения брюшной полости) мы больших ограничений не делали, стараясь дать удобоваримую и питательную пищу. Единственная опасность при назначении диеты — возможность вздутия кишечника вследствие обильного газообразования, что тяжело переносится такими ранеными (выключение диафрагмы при брюшном преимущественно типе дыхания).

Данных о развитии нагноительных процессов мы не имеем из-за короткого срока пребывания раненых у нас. В отдельных случаях рано развившихся пневмоний мы применяли лечение сульфидином, но хороших результатов не имели.

Клапанный пневмоторакс наблюдался нами в 2,3% случаев.

Распространенная подкожная эмфизема наблюдалась в 3% случаев, причем причиной смерти она не была ни разу.

Малые гемотораксы во многих случаях нами не диагностировались. Субтотальные и тотальные гемотораксы, диагностика которых не представляла затруднений, наблюдались у нас в 14,2% случаев.

Анаэробная инфекция у таких раненых представляет особый интерес. Имеющаяся общая гипоксемия организма является важнейшим фактором, способствующим развитию анаэробной инфекции. На нашем материале она наблюдалась в 4,7% всех случаев проникающих ранений грудной клетки. Самые раны грудной клетки анаэробной инфекцией не осложнялись. Во всех случаях наблюдавшейся анаэробной инфекции последняя начиналась из сопутствующих ранений других областей тела (чаще на конечностях).

Пример. Р. А. В. Ранен 24/VIII 1943 г. Поступил в медсанбат через двадцать часов после ранения. Общее состояние тяжелое. Диагноз: сквозное пулевое ранение правой половины грудной клетки. Открытый пневмоторакс. Касательное пулевое ранение мягких тканей правого предплечья

(рана — $4 \times 1,5$ см, открытая, с ровными краями). Перелито 230 см³ крови. 4 см³ камфоры, 1,5 см³ морфия внутривенно. Пневмоторакс ушит, Ваго-симпатическая блокада. Туалет окружности раны на предплечье. Стрептоцид. Повязка, иммобилизация.

В госпитальном отделении благополучно перенес острый период, и к концу вторых суток общее состояние уже оценивалось как удовлетворительное. С утра третьих суток (после операции) стал жаловаться на боли в правом предплечье. Взят в перевязочную. Никаких признаков газа нет. Конечность не отекает, рана чистая.

К 15.00 того же дня при обходе врача отмечены явления анаэробной инфекции. Взят в перевязочную. Молниеносная форма газовой инфекции, — за несколько часов газ распространился на всю конечность. Тотчас ампутация правого плеча в верхней трети с дополнительными разрезами (под местной анестезией). Перелито 230 см³ крови. Умер через час после операции.

Главной задачей здесь является профилактика анаэробной инфекции. При поступлении в операционную все сопутствующие, даже мелкие ранения должны быть обработаны тщательно. В послеоперационном периоде необходимо самое внимательное наблюдение за течением этих сопутствующих ранений.

Эвакуация проводилась строго по показаниям. Как только состояние раненого позволяло, его немедленно эвакуировали.

Пострадавших с проникающими ранениями грудной клетки без открытого пневмоторакса в 61% случаев направляли на эвакуацию прямо из операционной. В 36,5% их эвакуировали на вторые и третьи сутки и лишь в 2,5% — позднее.

После операции ушивания открытого пневмоторакса эвакуация — главным образом на четвертые сутки, что видно из следующей таблицы.

Эвакуированы после ушивания открытого пневмоторакса

на третьи сутки	на четвертые сутки	на пятые сутки	на шестые сутки	позднее	всего
в п р о ц е н т а х					
25	50	12,5	8,3	4,2	100

Никаких замечаний от последующих этапов на неправильности и погрешности в эвакуации мы не имели.





С. М. СИМОНОВ
 Майор медицинской службы

ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ

(По материалам медсанбата)



ДВА ли где-нибудь переливание крови имеет большее значение, чем в войсковом районе, в частности в медсанбате. Шок, острая кровопотеря и другие моменты, угрожающие жизни раненого, едва ли могут возникнуть где-нибудь так часто и так остро, как в медсанбате.

Одним из лучших средств спасения жизни является переливание крови и кровезамещающих растворов. Однако до сих пор еще встречаются мнения, правда — отдельные, о трудностях в использовании крови, о «невозможности в полевых условиях организовать, например, капельное переливание крови».

В области переливания крови мы к боевой операции подготовились. Снабжение кровью, растворами и разной аппаратурой, в том числе и для капельного переливания, было организовано безукоризненно. Операционная, перевязочная, госпитальное отделение и шок-палатка — все подразделения имели в достаточном количестве аппаратуру (для капельного переливания — не меньше трех систем каждое); мы располагали еще и достаточным резервом и снабдили все полки дивизии.

Несколько хуже обстояло дело в отношении кадров — людей, владеющих методикой переливания крови. Пришлось принять сроч-

ные меры, и к началу боевой операции весь врачебный, фельдшерский, сестринский состав и даже некоторые санитарные инструктора были у нас вполне подготовленными для самостоятельного переливания крови в различных условиях.

Контроль за кровью и растворами был сосредоточен у одного из врачей-хирургов. В его обязанность входило: наблюдение за наличием запасов, хранение, забота о запасах при переездах, обеспечение подразделений, бракераж, контроль за документацией переливаний и отчетность. Это мероприятие, в общем, оказалось полезным для дела. Если говорить о «мелочах», то очень важно, что мы обеспечили себя достаточным количеством острых игл. Эта «мелочь», несомненно, играет большую роль в технике прокола вены и уменьшения венесекций.

Все это дало нам возможность сразу же с начала боевой операции использовать в полной мере переливание крови.

Количество проведенных у нас переливаний крови составляет 39% по отношению к нуждавшимся в немедленной хирургической помощи и 27% по отношению ко всем оперированным. На каждого раненого из получивших переливание крови приходится в среднем по 1,7 переливания (колебания в пределах от 1,5 в наиболее легких случаях до 2,3 при газовой инфекции и до 3,0 при повреждении сосудов и кровопотере). При других ранениях и случаях среднее количество переливаний: при шоке — 1,64, при ранениях живота — 1,63, при ранениях грудной клетки — 1,88.

Среди показаний к переливанию крови первое место принадлежит шоку, кровопотере и газовой инфекции, затем по тяжести ранений — грудь, живот, конечности.

Представляет интерес следующий случай, где, несомненно, переливание крови, настойчиво примененное, дало спасительный эффект.

Старший сержант М., 25 лет, поступил через шесть часов после ранения с плохо наложенным жгутом и плохой иммобилизацией. Кровопотеря; общее состояние крайне тяжелое: пульс не прощупывается, сознание затемнено, охлажден.

Диагноз: шок III степени; кровопотеря; множественное ранение осколками артснаряда с разможением мягких тканей и костей правой стопы, голени и коленного сустава, с повреждением сосудов голени; обширный дефект кожи. Раны сильно загрязнены землей и осколками дерева.

В операционной перелито крови 460 см³, кровезамещающего раствора № 3 — 500 см³. Под местной анестезией произведена перевязка бедренной артерии в гунтеровом канале. Раны обработаны. Повязка. Иммобилизация.

Помещен в шокую палатку. Состояние продолжает быть тяжелым. Через шесть часов перелито крови 460 см³ и раствора № 28 — 500 см³. Состояние несколько улучшилось.

К концу суток состояние вновь крайне тяжелое, пульс едва ощутим, температура 39°. Явления анаэробной инфекции.

Кровяное давление (максимальное) — 65. В операционной произведено переливание крови 460 см³ и раствора № 28 — 500 см³, капельным способом во время операции. Под хлорэтил-эфирным наркозом — ампутация бедра в средней трети. После операции состояние крайне тяжелое, «агональное». Перелито 230 см³ крови. К исходу суток после операции — состояние возбуждения. Перелито 460 см³ крови. Через несколько часов (пять-шесть) созна-

ние проявляется, пульс улучшается. Перелито крови 460 см³ и раствора № 28 — 500 см³ — медленно. К исходу третьих суток после ранения общее состояние улучшилось, больной в сознании, пульс удовлетворительного наполнения. На четвертые сутки, после осмотра ран, эвакуирован.

Переливание крови мы широко использовали при подготовке раненых к тяжелым оперативным вмешательствам, во время самого оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде.

Обычно мы переливали в первый раз от 500 до 1000 см³ крови, имея в виду наличие кровопотери, требующей заполнения кровяного русла, а затем уже переходили к более дробным дозам от 200 до 500 см³. Чаще (особенно при шоке) во время операций и в послеоперационном периоде мы переходили к капельному способу переливания — длительно, в количестве до 1000—2000 см³ крови.

Что касается капельного переливания, то мы прошли «этап» подставок, проволочных корзинки для подвешивания и сейчас остановились на более простом приспособлении. Мы пользуемся марлевым платком, завязываемым узелком. В этот платок помещается сосуд с кровью и подвешивается на марлевом бинте или к потолку землянки, или к намету палатки, или к протянутой через палатку у потолка проволоке. Укорочением или удлинением бинта регулируется высота подъема сосуда с кровью.

Остается фиксация иглы в вене. Это лучше и проще удается при пользовании для переливания венами голени в нижней ее трети. Ногу легче фиксировать к носилкам, а иглу к ноге. Вот и вся «сложность» капельного переливания крови в полевых условиях. Особые люди для этого не нужны, необходимо только общее наблюдение сестры. Зато эффект при капельном переливании общеизвестен и оценивается высоко. На нашем материале в шоковой палате во время тяжелых длительных оперативных вмешательств и в послеоперационном периоде капельное переливание оказало неоценимую услугу и спасло многие жизни.

Из всех раненых, получивших переливание крови, 61% получили по одному переливанию, 19,5% — по два, 12% — по три, 3% — по четыре, 2% — по пять и 1% — по шести и семи переливаний. Из всех переливаний крови врачами проведено 26% и средним медицинским персоналом — 74%.

Нам удалось начать внедрение переливания крови в полках, на полковых медицинских пунктах. За время боевой операции в ряде случаев шокового состояния и кровопотери там были проведены переливания крови и кровезамещающего раствора. На этих случаях мы имели возможность лично убедиться в прекрасных результатах раннего переливания крови по данным показаниям.

Уже около полутора лет мы, как правило, переливаем кровь без подогревания и ничего плохого от этого не видели.

Переливаемая кровь и растворы у нас подвергаются строгому контролю. Этому вопросу мы всегда придаем серьезное значение и каких-либо упущений, случайностей и осложнений из-за этого отметить не можем.

«Переливание крови» у нас понимается как термин, в комплекс которого входит кровь и растворы Ленинградского института переливания крови № 3 и 28. Мы весьма редко переливаем кровь одну, чистую. Обычно это бывает при ранениях грудной клетки и повреждениях черепа, а во всех остальных случаях мы переливаем кровь с растворами, предоставляя право выбора и дозировки лечащему врачу, которым осознано значение кровезамещающих растворов. В результате расход крови у нас выразился в 31,6% по отношению ко всем перелитым жидкостям, а кровезамещающих растворов — в 68,4%. Расход крови для шоковых больных, например, у нас равен 41,4%, а растворов — 58,6% (против 31,6 и 68,4% общих средних).

Излюбленным аппаратом для переливания крови у нас является перевернутая стандартная банка. При необходимости увеличить давление присоединяется баллон Ричардсона. Нередко пользуемся сифоном, т. е. универсальным аппаратом Ленинградского института переливания крови с капельницей Беякова, что нам дает возможность при надобности тотчас перейти на капельное переливание.

Воронки, шприца для переливания никогда не употребляем.

Кровь переливаем в вены локтевого сгиба и почти всегда венепункцией. При невозможности венепункции обнажаем вену и прокалываем ее без последующей перевязки и перерезки.

В этой боевой операции мы начали применять переливание крови в вены голени, что особенно удобно при шоке для капельного переливания. В тех случаях, когда приходится прибегать к венесекции, потеря вены голени не так существенна, как потеря вен в локтевом сгибе.

При широко применяемом у нас переливании крови и строгом отношении к подготовке аппаратуры, а также контролю за качеством крови и растворов, серьезных осложнений мы не наблюдали. Весьма редко имели место непродолжительные ознобы, не требовавшие специальной помощи.

В ы в о д ы

1. Переливание крови и кровезамещающих растворов является могучим средством спасения жизни и оказания неотложной помощи раненым в войсковом районе.

2. Дело переливания крови в медсанбате должно быть поставлено на большую высоту в отношении подготовки, организации и обеспечения аппаратурой и кадрами. Весь врачебный и средний медицинский состав должен владеть методикой переливания и иметь соответствующие навыки.

3. Переливание крови в медсанбате должно быть внедрено во всех его подразделениях. Организация капельного переливания обязательна.

4. В тяжелых случаях у беспокойных шоковых больных капельные переливания мы рекомендуем производить в вены нижней трети голени.

5. Медсанбат должен стать организатором переливания крови на полковых медицинских пунктах. При шоке и кровопотере производить его нужно возможно раньше.



А. М. МАРКОВ

Майор медицинской службы, доктор медицинских наук

БОРЬБА С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ВОЙСКОВОМ РАЙОНЕ



ЗАБОЛЕВАНИЯ желудочно-кишечного тракта в войсковом районе — это по преимуществу различного характера гастриты, гастроптозы, язвенные поражения, холецистопатии, хронические колиты.

Изучение этого вопроса показывает, что известная часть таких больных может с успехом проходить лечение амбулаторно. Помимо того, борьба с желудочно-кишечными заболеваниями не может ограничиваться лишь госпитализацией больных в период обострения. Эффективность лечения в госпиталях невелика, если она не подкрепляется лечебно-профилактическими мероприятиями, проводимыми в частях.

Эти мероприятия должны быть построены на принципе взаимосвязи и последовательности в их проведении. Основное звено — лечебно-профилактическая работа передовых медицинских пунктов. При необходимости временной госпитализации того или иного больного требуется соблюдение принципа этапности лечения и взаимной информации между лечебными учреждениями (полковые медицинские пункты, терапевтические полевые госпитали, медсанбаты) о характере заболевания и плане лечебно-профилактических мероприятий.

Опыт организации борьбы с желудочно-кишечными заболеваниями в войсковом районе показывает, что необходимо проводить в частях и соединениях следующие лечебно-профилактические мероприятия.

Изучение здоровья личного состава. Оно требует проведения систематических освидетельствований бойцов и офицеров со взятием на учет болеющих и переболевших. При таком методе выявляются хронические заболевания, которые более детально изучаются при повторных освидетельствованиях или консультациях в соответствующих лечебных учреждениях. Одновременно в каждом отдельном случае устанавливается требуемый профилактический режим.

Организация режима для болеющих. Наибольшее значение здесь имеет режим питания. В войсковых условиях, тем более в обста-

новке наступательных боевых действий и стремительного продвижения вперед, этот вопрос представляет известные трудности, которые, тем не менее, не являются непреодолимыми. Чаше наблюдаются своего рода косность и непонимание задачи.

Обычно медицинские работники указывают на отсутствие специальных «диетных» норм. Однако вопрос организации питания для желудочно-кишечных больных в войсковых условиях прежде всего следует рассматривать не как установление диетического режима, скажем — для язвенного больного. Требуется лишь рациональное приготовление пищи для определенного контингента людей с заменой в отдельные дни одного вида продуктов другими, что предусматривается и существующими приказами Наркомата обороны. Например, вместо борща из квашеной капусты можно приготовить картофельно-крупяной суп и т. д. Мы не приводим здесь примерных меню, так как соответствующие указания разработаны Главным военно-санитарным управлением Красной Армии.

В организации рационального питания желудочно-кишечных больных следует предусматривать большее насыщение пищи витаминами. Кроме того, в ряде случаев нужно помнить об отрицательном влиянии алкоголя: отдельным хроникам водка должна быть запрещена по медицинским показаниям.

Предупредительное амбулаторное лечение. В отношении значительной части желудочно-кишечных хроников можно и должно проводить амбулаторное лечение. Госпитализация применяется или в результате неэффективности амбулаторного лечения и имеет задачей более точное изучение природы заболевания, или же для лечения обострений.

Опыт свидетельствует, что применяемые обычно в амбулаторных условиях щелочи совершенно неэффективны. В лучшем случае — это симптоматическая терапия, сказывающаяся на временном ощелачивании желудочного содержимого. Но и в таком случае выделяющаяся углекислота в последующем стимулирует секрецию желудочного сока. В подавляющем же большинстве случаев и симптоматическое лечение щелочами не дает облегчения. Поэтому оно должно быть оставлено, как массово-шаблонный лечебный метод.

В то же время необходимо рекомендовать врачам частей простейшие методы лечения, применимые в полевых условиях и достаточно эффективные. Проверив в отдельных лечебных учреждениях войскового района ряд методов, мы обращаем внимание на возможность более широкого применения следующих из них.

а) **Пр о м ы в а н и я ж е л у д к а.** Они показаны при гипер- и анацидных формах хронического гастрита, атониях желудка, особенно при наличии значительной примеси слизи в желудочном содержимом и рвотных массах. При гиперацидных гастритах в качестве промывной жидкости уместно пользоваться слабыми растворами азотнокислого серебра (1:3000—5000). Они, помимо механического промывного действия, действуют вяжуще, ведут к уменьшению секреции кислоты и способствуют эпителизации в случаях эрозивных гастритов. При анацидных и нормацидных гастритах,

особенно с большой примесью слизи, можно применять однопроцентный раствор соды или буры. Промывания делаются ежедневно обычным толстым зондом и отнимают мало времени.

б) Внутрикочная новокаиновая блокада. В этиопатогенезе гастр-энтеральных заболеваний роль нервной системы признана всеми. Она, в частности, выражается в своеобразном течении этих заболеваний в войсковых условиях. Болевой синдром, двигательные расстройства стоят в тесной связи с напряжением нервной системы. Поэтому мы пытались воздействовать реперкуссионно на сегментарные нервные пути при болевом желудочном синдроме и с определенным в ряде случаев успехом. Мы применяли паравертебральные инъекции $1/4\%$ раствора новокаина, делаемые линейно, длиной в 8—10 см, на уровне от VIII грудного до II поясничного позвонка с обеих сторон. Такая местная блокада показана у больных с преобладающими вегетативными реакциями при выраженном болевом желудочном синдроме с иррадиацией болей в спину. Блокаду можно повторять через 1—2 дня.

в) Лекарственное лечение. Полностью отказаться от лекарственного лечения нельзя. Следует только иметь в виду, что одно симптоматическое лечение неэффективно. К тому же в амбулаторных условиях врач не всегда может проконтролировать своевременность и надлежащую дозировку приема назначенных лекарств. Раздавать же медикаменты непосредственно в часы приема в боевой обстановке не всегда удается. Поэтому мы рекомендуем врачам частей не увлекаться медикаментозным симптоматическим лечением, а чаще применять активные методы в виде промываний или новокаиновой блокады. В то же время обращаем внимание на необходимость увеличения содержания витаминов в пище у этой группы больных, которым они назначаются сверх обычно применяемой нормы в пищевом рационе части.

г) Уточнение диагностики. Уточнение диагностики хронических желудочно-кишечных заболеваний является предпосылкой для успешности профилактики и лечения их. Это уточнение, конечно, далеко не во всех случаях может быть достигнуто обследованиями на передовых медицинских пунктах. В то же время направление таких больных в эвакуогоспитали армии или фронта нецелесообразно, так как на длительный период отрывает военнослужащего от части. Поэтому важной задачей является организация квалифицированного лечебно-диагностического обследования больных в терапевтических полевых госпиталях, которые целесообразно оборудовать наиболее доступными в полевых условиях диагностическими средствами. Помимо исследований толстым зондом по Бюас-Эвальду, в терапевтических полевых госпиталях можно проводить фракционные исследования желудочного содержимого тонким зондом, дуоденальные зондирования, элементарные биохимические исследования, копрологическое исследование и рентгеноскопию желудка. Соответственно должен быть специализирован и врачебный персонал. Это позволит в кратчайший срок проводить достаточно полное диагностическое обследование и назначать соответствующие лечебно-профилактические мероприятия.

Консультативное наблюдение имеет смысл лишь при условии информации об его результатах врача части. Контакт достигается также разборами отдельных случаев на госпитальных конференциях.

Такое обследование позволяет своевременно выявить наиболее тяжелые заболевания желудочно-кишечного тракта, в частности — язвенную болезнь, которая в условиях войскового района протекает злокачественно и чаще ведет к перфорациям и кровотечениям. Такие больные эвакуируются в армейскую госпитальную базу.

Кроме диагностических обследований, в терапевтических полевых подвижных госпиталях проводится лечение обострившихся форм желудочно-кишечных заболеваний. Помимо общепринятых методов лечения, нам хотелось бы кратко коснуться некоторых специальных. В лечении болевого синдрома в полевых условиях мы часто не видели положительного результата от диетотерапии в сочетании с лечением препаратами белладонны, опиатов и пр. В то же время положительный результат у этих больных отмечается при тех или других разновидностях новокаиновой блокады (ионтофорез новокаина, внутрикожная паравerteбральная блокада, околопочечная блокада). Видимо, это стоит в связи с тем повышением тонуса вегетативной нервной системы, которое наблюдается в войсковых условиях. Хорошо сказывается лечение энтероколитов недизентерийного происхождения соком клюквы (Зубчук). При затяжных процессах, по предложению Лурья, с успехом были применены препараты сульфамидной группы.

Мероприятия по вышеизложенным принципам, проводимые в течение трех месяцев, оказались эффективными и привели к снижению процента госпитализируемых желудочно-кишечных больных и количества проводимых ими койко-дней. Санитарные потери по этой группе заболеваний уменьшились вдвое, что дает нам основные рекомендации описанную организацию борьбы с инфекционными желудочно-кишечными заболеваниями в войсковом районе.



Н. М. ВИКУЛЕНКО
майор медицинской службы

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ N-ского СТРЕЛКОВОГО ПОЛКА В НАСТУПЛЕНИИ



АША часть заняла оборону на данном участке фронта в октябре 1942 г. и находилась здесь до январского наступления в течение трех месяцев. Довольно длительное пребывание на одном и том же месте позволило провести подготовительную работу к наступательным боям в смысле расположения и оборудования помещений, обучения и тренировки личного состава санитарных работников, подготовки транспорта и материальной части.

В январскую операцию наш полк был как бы трамплином, на переднем крае которого накапливались для прыжка, для атаки другие воинские части, в соответствующий момент бросившиеся вперед. Вместе с ними пошли и некоторые наши подразделения. Основная же масса нашей части пропустила через себя, через свой строй другие войска и затем собственными силами закрепляла достигнутые успехи.

Подобная обстановка, вместе с прошедшей в то время полосой сильных морозов, нашла свое отражение в работе всех звеньев медицинской помощи в смысле быстрейшего выноса раненых с поля боя и незамедлительной их транспортировки в целях предупреждения отморожений. Ротные и батальонные медицинские пункты эта обстановка заставила быть гибкими, подвижными, дабы успеть обслужить и свои, и другие воинские части.

Батальонные медицинские пункты располагались в непосредственной близости от ротных участков — на расстоянии от 300—400 м до 1 км, в блиндажах и землянках, а при продвижении вперед быстро осваивали новые освобождающиеся блиндажи. Надобности в развертывании палаток не было. За время с 12 по 19 января медицинские пункты первого батальона меняли место своего расположения дважды, а второго батальона — один раз, следуя вперед за продвигавшимися ротами.

В предбоевой период из состава полкового медицинского пункта был выдвинут передовой врачебный пункт в составе врача, двух фельдшеров (один — специально по пищеблоку), санитарного инструктора, двух санитаров и поста санитарного транспорта. Расположившись в километре от батальонных медицинских пунктов — на командном пункте части, он вел амбулаторный прием больных, оказывал экстренную медицинскую помощь, осуществлял надзор за пищеблоками. Во время боевых действий передовой врачебный пункт оказывал квалифицированную медицинскую помощь транспортируемым раненым, контролировал шокowych больных, регулировал транспорт и направлял на полковой медицинский пункт раненых с выписанными карточками передового района для дальнейшей эвакуации в медсанбат.

Передовой врачебный пункт помещался в трех блиндажах, имея перевязочную на один стол, блиндаж для раненых и блиндаж личного состава. Он же служил базой полкового медицинского пункта на случай передислоцирования последнего. Для этого намечены были дополнительные блиндажи.

Батальонные медицинские пункты в большинстве своем имели по блиндажу, но располагали во время наплыва раненых помещениями и в соседних блиндажах, в которых и размещали пострадавших до эвакуации.

Полковой медицинский пункт имел большое помещение, которое помогло ему справиться с потоком раненых во время наибольшего их поступления — с 14 по 17 января. Он был расположен на стыке трех дорог, ведущих с передовой, в 4 км от переднего края, в блиндажах, имея сортировочную, перевязочную, эвакуационное отделение в трех больших блиндажах общей емкостью до

70—80 человек, изолятор, служивший во время боевых операций шоковой палатой, аптеку со складом и блиндажи для личного состава.

В сортировочной было отделено помещение, в котором при загрузке перевязочной производилась обработка легко раненых.

Укомплектованность личным составом санитарной службы полка была далеко неполной и именно в отношении санитаров. Врачебный, фельдшерский и санитарно-инструкторский состав был налицо, санитаров же вместо полагавшихся 56 имелось 17, из них в батальонах — по 4 и в санитарной роте — 5. Ротных санитаров не было, на их место выделялись бойцы. Однако в бою этот порядок себя не оправдал, так как выделенные бойцы не использовались в качестве санитаров.

С имевшимся до боев составом санитарных инструкторов и санитаров, а также с выделенными в качестве санитаров бойцами проводились занятия — теоретически и практически — по оказанию медицинской помощи раненым, наложению повязок, жгутов, шин, выносу раненых с поля боя. Подготовка осуществлялась через фельдшеров батальонов и на специальных однодневных сборах на передовом врачебном пункте, где занятия и проверку практических навыков проводил врач.

В декабре по программе, преподанной Начальником санитарной службы дивизии, были организованы сборы фельдшеров полка при санитарной роте, где с ними проводились теоретические и практические занятия по оказанию первичной помощи раненым, а также была проработана тема «Шок и практические мероприятия на батальонном медицинском пункте к его предупреждению и ликвидации».

Оснащенность перевязочным материалом, медикаментами, шинами, носилками, химическими грелками, волокушами, лодочками у батальонных и полковых медицинских пунктов была полная. Перебоев в работе с этой стороны не было. В подготовительный период все батальонные пункты были снабжены двумя комплектами Б-1, по два на каждый. Сумки санитарных инструкторов и санитаров всегда держались заряженными. На каждый батальонный пункт было выдано достаточное количество шин Крамера и фанерных, химических грелок, камфоры и морфия. В роты были переданы волокуши и изготовленные своими силами лыжно-носоочные установки. На батальонных пунктах были фанерные волокуши-лодочки.

Перевязочная полкового медицинского пункта имела необходимый инструментарий, соответствующий набор медикаментов, двубикса перевязочного материала, простерилизованного в медсанбате, два комплекта Б-2, пополнявшиеся во время боев. Работали на перевязочных складных столах типа Емельянова с модификацией врача нашей части Сорокина. Этими столами, изготовленными еще в 1941 г., мы пользуемся до сих пор.

Работа на полковом пункте проводилась бригадным способом. Были скомплектованы две бригады, состоявшие из врача, фельдшера, санитарного инструктора и санитаря с привлечением легк

раненых и выздоравливающих больных, а также прачек из полковой прачечной. Уход за ожидавшими эвакуации ранеными и питание их осуществлялись под наблюдением опытного санитарного инструктора. Уход за шокowymi больными проводился фельдшером под контролем врача. Подобная расстановка сил давала возможность своевременно и организованно оказывать раненым медицинскую помощь, кормить и обслуживать их.

Ходячие и легко раненые обрабатывались в перевязочно-сортировочной, но не во всех случаях. Если диагноз ранения явный и повязка не спала, не требует замены, то ее и не меняли, а сразу же выписывали карточку передового района. Раненых же средней и большой тяжести из сортировочной направляли в перевязочную. Всего наложено было 653 повязки — 412 раненым (90%); шин — 92, снято жгутов — 9. Произведено было остановок кровотечений путем перевязок сосудов в ране и наложения жгутов 5, сделано инъекций морфия 165, применены сердечные средства в 89 случаях.

После оформления документов раненые направлялись в медико-санитарный батальон или же в эвакуационное отделение. Всем раненым (исключая тех, кому это было противопоказано) на полковом пункте предоставлялось горячее питание или же давались бутерброды с колбасой, маслом. Раненых поили горячим сладким чаем и водкой, и после того как они отогревались, их эвакуировали в медсанбат на санитарной машине, которая постоянно дежурила на полковом пункте. При загрузке ее ранеными дополнительно запрашивали автомашину или же конно-санитарный транспорт. Перегрузок, переполнения ранеными не было вследствие наличия большого количества мест в эвакуационном отделении. Эвакуация в медсанбат проводилась своевременно.

Вынос раненых с поля боя проводился преимущественно санитарями и санитарными инструкторами при помощи санитарных и пулеметных волокуш, а также плащпалаток. Лодочки и лыжно-носилочные установки на поле боя себя не оправдали, так как наличие воронок, ям, траншей не позволяло вывозить на них, в то время как плоско- и широкодонные волокуши преодолевали эти препятствия.

Учет выноса с поля боя в момент ранения по квитанционным книжкам нами не проводился за отсутствием такой возможности. Мы учитывали по списку с последующим оформлением квитанциями.

Установленный порядок выноса раненых с поля боя — в смысле организации гнезд раненых с последующим выносом оттуда — полностью не соблюдался из-за интенсивного ружейно-пулеметного, минометного и артиллерийского обстрела, особенно в дневное время. Выносили раненых в ночное время или же днем прямо с места боя в траншеи, откуда направляли их на батальонные медицинские пункты. Здесь фельдшеры оказывали раненым необходимую помощь. После этого конно-санитарным транспортом они доставлялись на полевой медицинский пункт. В случаях же весьма тяжелых ранений и если состояние требовало немедленной лечеб-

ной помощи, раненых задерживали на передовом врачебном пункте, где им оказывали квалифицированную врачебную помощь.

Для приближения транспорта к местам выноса раненых и к батальонным медицинским пунктам, а также во избежание излишних перегрузок с саней на сани, конно-санитарный транспорт по ночам выдвигался почти к самому немецкому забору. Все звенья санитарного транспорта — от волокуши на переднем крае до автомашины медсанбата — были снабжены одеялами, спальными мешками, утеплителями, химическими грелками, благодаря чему ни одного случая обморожения в части не было.

В заключение укажем на следующее. По нашему мнению, полковому медицинскому пункту необходимо усилить пикетаж санитарных подразделений и инструктировать обслуживающий персонал санитарного транспорта относительно мест и путей эвакуации.

Нам кажется также необходимым пополнить штат санитарных инструкторов, в которых ощущается большой недостаток, хотя бы путем организации соответствующих курсов при госпиталях или медсанбатах.

С. Т. ШУБИН
капитан медицинской службы,
старший врач полка

САНИТАРНАЯ СЛУЖБА N-ского СТРЕЛКОВОГО ПОЛКА В НАСТУПАТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ



В О время когда наш полк находился в состоянии активной обороны, медицинское его обеспечение сводилось к изучению санитарно-эпидемиологической обстановки в районе расположения полка; проведению профилактических мероприятий среди личного состава, предупреждающих заразные заболевания; контролю за санитарным состоянием личного состава полка, условиями быта, водоснабжением и питанием; насаждению среди личного состава полка необходимых знаний в области санитарного дела; соответствующему обучению и тренировке медико-санитарных работников.

В 1943 г. полк провел две боевые операции.

Первая была проведена в феврале. Задачей полка было взломать оборону противника и занять его опорные узлы сопротивления в лесисто-болотистой местности, в районе треугольника железных дорог и ближайшего совхоза.

В ночь на 3 февраля 1943 г. полк выступил на исходные позиции. Вместе с ним следовал и полковой медицинский пункт, который развернулся на южной окраине роши в 2 км от переднего края. Батальонные медицинские пункты расположились в районе пожарной вышки.

Основным средством транспортировки раненых с поля боя до батальонных медицинских пунктов по траншеям и наиболее удобным путям подхода были лодки-волокуши. Применялся и способ оттаскивания с переднего края на плащпалатках.

Пост санитарного транспорта находился в 400 м северо-восточнее пожарной вышки. Днем сюда подвозили раненых с батальонных медицинских пунктов в основном на волокушах, так как открытая местность не давала возможности действовать конному транспорту санитарной роты. Ночью лошади доходили до батальонных пунктов и отсюда раненых доставляли непосредственно на полковой медицинский пункт по зимней дороге, проложенной от переднего края. Эвакуация раненых с полкового медицинского пункта проводилась санитарными машинами медсанбата.

Большая часть легко раненых не проходила через наш полковой медицинский пункт вследствие того, что его расположение часто обстреливалось артиллерией противника.

Полковой медицинский пункт в основном справился с задачей оказания медицинской помощи раненым и их эвакуации. Однако место и порядок его размещения оказались не вполне удачными.

Палатка для работы не была вкопана в землю, а место ее расположения находилось под частым артиллерийским обстрелом противника. Это в конце концов привело к прямому попаданию вражеского снаряда в палатку и из строя были выведены оба младших врача полка и дежурная смена. После этого полковой пункт передислоцировался на расстояние 1,5 км от старого места в рощу, где и проводил работу до окончания боев (с 9 по 22 февраля).

Вторая боевая операция была осуществлена полком в августе 1943 г. К 1 августа подразделения заняли исходные позиции в районе дороги N. Полковой медицинский пункт расположился восточнее этой дороги в 200 м. Батальонные медицинские пункты развернулись южнее полкового: первый — на 1200 м, второй — на 500 м, третий — на 900 м. Пост санитарного транспорта разместился по дороге N, в 1700 м от полкового пункта.

К началу боевых операций (4 августа) мной был составлен план распределения сил санитарной службы, по которому и велась работа в дальнейшем. Все имущество, не нужное для операции, а также кухня были оставлены на старом месте.

Транспортировка раненых с ротных участков до батальонных медицинских пунктов проводилась по траншеям и удобным путям подхода (рвы, лощины) исключительно на плащпалатках. С батальонных медицинских пунктов до поста санитарного транспорта раненых переправляли по дороге на носилках и плащпалатках с продетыми сквозь них кольями и связанными концами. С поста санитарного транспорта до полкового медицинского пункта эвакуация осуществлялась по дороге Новая исключительно конным транспортом. Легко раненые следовали до поста санитарного транспорта, а иногда и до полкового медицинского пункта пешком. С полкового медицинского пункта до медсанбата раненых перевозили санитарные машины.

Для работы по приему раненых, согласно плану распределения сил, были организованы две перевязочные бригады, в состав каждой из которых входили врач, фельдшер, санитарный инструктор и четыре санитары. Для усиления перевязочных бригад и взвода санитаров-носильщиков дивизионный врач, по моей заявке, выделил двух фельдшеров, двух санитарных инструкторов и пять санитаров, а также девять пароконных повозок, что позволило четко и без задержек транспортировать раненых от поста санитарного транспорта на полковой медицинский пункт.

Для усиления батальонных медицинских пунктов и ротных участков я выделил по одному санитарному инструктору и по четыре санитары на батальон в распоряжение фельдшера. Всю работу по приему раненых полковой медицинский пункт проводил в котловане, накрытом палаткой. Для защиты раненых и транспортных средств были сделаны укрытия, щели и траншеи.

За время активных боевых действий полка (с 4 по 8 августа) потери среди санитаров и санитарных инструкторов составили: 15 раненых, 8 убитых и 2 пропавших без вести. Пополнение потерь проводилось мной по заявкам батальонных фельдшеров. Я в свою очередь использовал имевшийся у меня резерв, затребованный у дивизионного врача, и бойцов, приданных мне командиром полка из тыловых специальных подразделений в количестве 10 человек.

Во время наступления полка санитары рот накладывали раненым повязки и простейшие шины, останавливали кровотечения, выносили и вывозили пострадавших с поля боя до батальонных медицинских пунктов, а в период большого наплыва — в гнезда раненых. Санитарные инструкторы рот были действительными командирами отделений, выполняя организующую роль в оказании медицинской помощи и выносе раненых с поля боя. Они регулярно информировали батальонного фельдшера о наличии раненых в ротах и запрашивали в нужных случаях помощь.

Батальонные фельдшеры заранее определяли место расположения своих медицинских пунктов, намечали пути выноса раненых с переднего края, распределяли приданных им в усиление санитаров и санитарных инструкторов по ротам.

Во время боевых операций на батальонном медицинском пункте находился командир санитарного взвода батальона и санитарный инструктор. Санитары батальонного медицинского пункта транспортировали раненых из ротных укрытий на свой пункт. Фельдшер батальонного пункта принимал раненых, осматривал повязки, исправляя их в необходимых случаях, накладывал шины Крамера (редко Дитерихса), обеспечивал эвакуацию на пост санитарного транспорта.

Фельдшер давал мне сведения о санитарных потерях и требования на выбывших санитаров и санитарных инструкторов, а также на расходуемое медицинское имущество, которое направлялось попутным транспортом до поста санитарного транспорта, а оттуда санитарями-носильщиками; информировал о положении дел в батальоне меня и старшего врача полка.

На посту санитарного транспорта находился командир взвода санитаров-носильщиков, транспортировавших раненых из рот до батальонного медицинского пункта и далее — до поста санитарного транспорта. На посту санитарного транспорта также производился осмотр повязок, наложение шин Крамера. Раненых погрузжали на повозки ездовые и санитары-носильщики.

Выводы

1. Опыт зимних боевых операций показал, что применение лодочек-волокуш для выноса раненых вполне себя оправдывает.

2. Во время летних боевых операций в лесисто-болотистой местности раненых в большинстве случаев выносили на плащпалатках. Этот способ, хотя и тяжел, но тоже оправдал себя.

3. Для обеспечения быстрейшей эвакуации раненых пост санитарного транспорта следует выдвигать на минимальное расстояние от батальонных медицинских пунктов.

4. Существующего в медико-санитарных ротах транспорта недостаточно для эвакуации раненых во время активных боевых действий. Необходимо дополнение в количестве 6—8 повозок.

5. Организация питания раненых на полковом медицинском пункте вполне возможна и необходима.

6. Для успешного выполнения во время боевой операции поставленной перед полковой санитарной службой задачи необходимо тщательно продуманный подробный план медицинского обеспечения части.

7. Выделение перед операцией санитаров-носильщиков и санитарных инструкторов в батальоны для усиления необязательно, так как полный штат санитарных работников в батальоне в состоянии справиться с задачей оказания помощи раненым и выноса их. Санитаров-носильщиков следует выделять в батальон лишь по требованию батальонного фельдшера.

8. Нужно обратить серьезное внимание на подготовку санитаров-дублеров и всегда иметь их в ротах, а во время боевых операций — на батальонном медицинском пункте, как резерв. Это обычно не практикуется.

9. В межбоевые периоды надо заботиться о санитарной подготовке бойцов, включая в расписание их занятий беседы по санитарному делу. Это тоже обычно не делается.

10. Все медицинские учреждения полка в условиях боя должны вести свою работу в земле, имея укрытия для раненых, обслуживающего персонала, медицинского имущества и транспортных средств.

11. Необходимо обратить особое внимание на организацию само- и взаимопомощи на поле боя.



РАБОТА САНИТАРНОГО ВЗВОДА БАТАЛЬОНА ВО ВРЕМЯ ПРОРЫВА БЛОКАДЫ



ДОЛГО перед тем как начались бои, я поставил перед командованием вопрос о выделении в санитарный взвод положенных по штату санитаров из физически здоровых бойцов. Часть санитарных инструкторов в моем взводе обладала опытом предыдущих боевых операций, остальные были подготовлены санитарной частью полка. К моменту начала операции весь личный состав санитарной службы нашего подразделения был следующим: на батальонном медицинском пункте фельдшер, санитарный инструктор, три санитара, итого — пять человек; в стрелковых ротах — по одному санитарному инструктору, по четыре санитара, итого — по пяти человек; кроме того, в минометных и пулеметных ротах было выделено еще по одному санитару. Всего в санитарном взводе было 22 человека.

Ввиду того что часть санитарных инструкторов, как уже было сказано, а также и санитаров, практического опыта в боевых операциях не имела, я организовал занятия с низовыми медицинскими работниками по санитарному обеспечению рот и батальона в целом, согласовав программу со старшим врачом полка. Эти занятия я приурочил к тактическим учениям рот и батальона на местности. Таких занятий я провел по пять-шесть в каждой роте и два — в батальоне.

Занятия велись по следующим темам.

Теоретические. «Санитарное состояние подразделений в обороне и в наступательном бою», «Самопомощь и взаимопомощь раненых с использованием индивидуальных перевязочных пакетов», «Питание и личная гигиена бойца», «Профилактические мероприятия против инфекционных заболеваний (брюшной тиф, паратифы А и Б, дизентерия и сыпной тиф)», «Профилактика отравлений», «Химическая защита (противогазы и индивидуальные противохимические пакеты)».

Тактические (на местности). «Виды ранений по областям, по роду оружия, степень и тяжесть ранений», «Оказание первой помощи раненому на поле боя и вынос раненых в укрытия с их оружием (применительно к зимним условиям)», «Подход-подползание к раненому, виды транспортировки, транспортных средств и транспортировка раненого до батальонного медицинского пункта», «Расположение батальонного медицинского пункта и постов санитарного транспорта (в различных условиях, применительно к местности)», «Использование укрытых мест для раненых (в зависимости от местности)».

Во время боевых операций нам пришлось работать в двух несколько различных обстановках.

1. 16 января 1944 г., при занятии исходного рубежа, батальон, еще не доходя до него, был обстрелян ружейно-пулеметным и минометным огнем, а также мелкокалиберной артиллерией. В батальоне появились раненые. Мне пришлось развернуть работу в траншее около блиндажа. После оказания помощи раненые были эвакуированы.

Между тем к блиндажу, у которого расположился батальонный медицинский пункт, наши артиллеристы выкатили полковую пушку и начали бить прямой наводкой по вражеским блиндажам. Создалась угроза обстрела противником пункта, и поэтому я перенес его в довольно глубокую воронку от авиабомбы, где и развернул палатку. Через некоторое время противник обстрелял нашу пушку, но медицинский пункт не пострадал. До вечера я работал в воронке.

В ночь с 16-го на 17-ое я вновь перевел свой пункт, но не на 0,5—1 км от передовой линии, как об этом говорится в боевом уставе пехоты, а на 200—300 м — в расположение исходной позиции наших рот (тут же поместился и штаб батальона). Здесь были большие землянки, в которых удобно было делать перевязки. Я верил в успех наступления и потому расположил батальонный медицинский пункт так близко от передовой. Раненые находились в хороших укрытиях, в которых я имел возможность каждому из них оказать квалифицированную помощь, создать тепло, напоить горячим чаем, приложить химические грелки, применить протившоковые мероприятия.

Правда, трудно было осуществлять отсюда эвакуацию, но мы, пользуясь короткими минутами затишья, все же эвакуировали всех раненых, не имея при этом ни потерь из взвода санитаров-носильщиков, ни повторных ранений. Тяжело раненых наши санитары переносили до медицинского пункта третьего батальона, а оттуда уже их эвакуировали на лошадях.

2. При блокировке дзотов вражеской обороны пришлось работать в несколько иных условиях. Батальонный медицинский пункт был развернут в середине прохода образовавшегося мешка. Задание состояло в том, чтобы отрезать левый фланг противника и уничтожить его. Наша часть должна была соединиться с другой частью, которая действовала слева от нас по фронту.

Сзади, спереди и справа от нас стояли наша артиллерия и минометы. Поскольку на них был направлен огонь противника, батальонный медицинский пункт находился под постоянным артиллерийским и минометным обстрелом. Выдвигаться вперед в тот самый момент, когда действовала наша рота, не представлялось возможным, так как подъезд туда на лошадях был исключительно труден, да и проход простреливался настолько, что можно было только ползти по-пластунски.

Поэтому помощь оказывали непосредственно на поле боя, сосредоточивая затем раненых в укрытиях на командных пунктах рот, батальона. В одних случаях мешала, в других помогала ненастная погода. С наступлением темноты и затишья в обстреле раненых переносили на батальонный медицинский пункт. В течение дня взвод санитаров-носильщиков перетаскивал раненых на лодочках-волокушах, а ночью перевозил на лошадях.

Работа протекала в зимних условиях. На батальонном медицинском пункте имелась лагерная палатка, шесть лодочек-волокуш (из них три — самодельные). Вполне хватало одеял — ватных и суконных, перевязочного материала, медикаментов, химических грелок. Весь личный состав был обеспечен индивидуальными перевязочными пакетами. Все это помогало, способствовало успешному выполнению поставленной задачи.

Помощь на поле боя и эвакуация

Помощь на поле боя оказывали санитары, санитарные инструктор рот и я. Практиковались также самопомощь и взаимопомощь с использованием бойцами индивидуальных перевязочных пакетов. Санитары и санитарные инструктора находились в боевых порядках рот.

Вынос раненых с поля боя независимо от обстрела производился немедленно. Поскольку с 16 по 21 января батальонный медицинский пункт находился в расположении рот, все легко раненые, перевязанные и не перевязанные, сами приходили сюда. Здесь просматривали у них повязки, неперевязанные оказывали помощь, регистрировали всех и направляли во взвод санитаров-носильщиков. Тяжело раненым с сильным кровотечением на поле боя накладывали жгуты или тугие давящие повязки. Таких раненых привозили на батальонный пункт на лодочках-волокушах.

Во время боевых действий с 7 по 22 февраля, когда батальонный пункт стоял в проходе, все легко и тяжело раненые поступали в скрытые места — в разные землянки. Используя малейшее затишье, легко раненые выходили сами. Тяжело раненых в это время вывозили на батальонный пункт, где они подвергались санитарной обработке и оставались в землянках, ожидая транспорта. Как только прибывали лошади или лодочки-волокуши, этих раненых немедленно эвакуировали на полковой медицинский пункт.

В ожидании транспорта (лодочек-волокуш или лошадей) тяжело раненые помещались в хороших, прочных землянках, которые в ночное время отапливались. Ночью же здесь кипятилась для них вода, высокая температура которой днем поддерживалась химическими грелками.

В области противошоковых мероприятий проводилось следующее: поили горячей водой, применяли химические грелки, давали водку, производили инъекции морфия. Эвакуировали таких раненых завернутыми в теплые ватные одеяла. К более мерзнувшим местам прикладывали грелки, надевали ватные бахилы.

На поле боя раненные не задерживались — не было случаев, чтобы они оставались там более часа.

Раненных в живот немедленно, независимо от обстрела, эвакуировали из ротных землянок, а также и с батальонного медицинского пункта.

Случаев отморозжения среди раненных, прошедших через батальонный пункт, зарегистрировано не было.

Организация связи и питания бойцов во время боя

Вместе с батальонным медицинским пунктом к месту боевых действий следовали санитары из взвода санитаров-носильщиков. Они знали, где расположен взвод санитаров-носильщиков с выделенным ему транспортом и знали расположение батальонных медицинских пунктов.

Аналогичным образом осуществлялась связь между батальонным медицинским пунктом, взводом санитаров-носильщиков и полковым пунктом.

Контроль за эвакуацией и оказанием помощи проводился путем посещения батальонного пункта врачами полкового медицинского пункта и старшим врачом, посредством постоянной связи со взводом носильщиков, откуда в любой момент можно было вызвать транспорт или санитаров. Я проверял, все ли раненные вынесены с поля боя.

Питание бойцов во время боя разрешалось удовлетворительно. Два раза бойцы получали горячую пищу, которую приносили старшины подразделений. Кроме того, на передовую доставлялся чай.

В заключение должен сказать, что при условии выделения физически здоровых санитаров, достаточном их обучении и снабжении батальонного пункта медицинским имуществом мы и в будущих боях успешно справимся с поставленной перед санитарным взводом задачей.



САНИТАРНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СТРЕЛКОВОГО БАТАЛЬОНА В НАСТУПЛЕНИИ

Тактическая обстановка



НАШЕ наступление, направленное к прорыву блокады Ленинграда, началось 12 января 1943 г. 18 января мы выполнили задачу — соединиться с войсками Ленинградского фронта.

Территория, которую нам предстояло освободить, находилась в руках гитлеровцев около полутора лет. Немцы построили здесь мощную оборону. Мы знали, что враг окажет сильное сопротивление, так как прорыв блокады — это удар по голове «фюрера». Поэтому мы вели тщательную подготовку.

Стрелковые подразделения проверяли свое оружие, готовили штурмовые отряды, проводили тщательную разведку обороны противника.

Я, как командир санитарного взвода, тоже готовился к бою. Несколько раз ходил с командным составом батальона разведывать передний край противника. Изучил исходное положение батальона, каждой роты в отдельности, ознакомился с местностью предстоящего поля боя. Наметил пути эвакуации и место расположения батальонного медицинского пункта в начале боя.

В каждой стрелковой роте было выделено по три санитаря. С первых чисел января я через день проводил с выделенными занятиями. Санитары изучали оказание первой помощи, способы выноса раненых в укрытия и подыскание этих укрытий. Занятия были, в основном, практические.

Санитарным инструкторам была разъяснена задача каждой роты в отдельности, как учебная задача. Указаны были примерные пути эвакуации. Принимая во внимание, что бои должны были вестись с установкой на обход и окружение мелких групп противника, естественно было предположить, что пути эвакуации раненых в любой момент могут быть перерезаны немцами. Поэтому, во избежание отморожений у раненых, я дал указание устраивать гнезда раненых в блиндажах, взятых у врага.

Были проведены занятия также и со всем личным составом батальона по оказанию первой помощи раненому, самопомощи и предупреждению отморожений.

Санитары и санитарные инструктора на левые рукава нашили себе белые повязки с красным крестом, чтобы все видели их в нужный момент.

Санитарный взвод батальона состоял из командира взвода, санитарного инструктора, санитаря и повозочного. На время боя взводу были приданы все писари рот. Они вели учет раненых своих рот и выполняли обязанности санитаров. Это совместитель-

ство очень удобно. Задолго до боя я провел практические занятия с этой группой выделенных.

Батальону было придано отделение санитаров-носильщиков из санитарной роты с задачей эвакуировать раненых из временных укрытий до поста санитарного транспорта. Санитары-носильщики — это основное звено в эвакуации раненых.

Утром 12 января началось наступление.

Еще до артиллерийской подготовки я выдвинул свой батальонный медицинский пункт в один из блиндажей нашего боевого отделения. Он находился в 500 м от переднего края противника. Значит во время боя за овладение первой линией обороны батальонный медицинский пункт был от рот на расстоянии 500—1000 м.

Вскоре бои пошли в глубине обороны — на окружение и уничтожение отдельных огневых точек противника. Наши подразделения стали вклиниваться в боевые порядки врага, обходя его с флангов и с тыла. В это время полковой медицинский пункт остался на прежнем месте, и расстояние от него до рот доходило до 2 км.

Когда наш батальон подошел ко второй линии обороны противника, я снова перенес батальонный пункт поближе к ротам — на расстояние 200 м и во время боя был от рот в 300—320 м. Когда наши войска прорвали вторую линию обороны и вошли в первый район, на соединение с ленинградцами, батальонный пункт тоже передвинулся в первый район. Однако делать ему там было нечего — раненых не поступало. Вскоре наши подразделения соединились с ленинградцами.

Условия работы на батальонном медицинском пункте

Батальонный медицинский пункт всегда располагается в сфере ружейно-пулеметного и минометного огня. Найти подходящий блиндаж для работы очень трудно. Я всегда выбираю блиндаж у дороги, по которой подносят боеприпасы. Блиндаж служит укрытием для раненых и персонала во время сильного обстрела. Работать приходится снаружи. Развернуть батальонный пункт по-настоящему тоже трудно. Поэтому я сделал специальный чемодан средних размеров с гнездами для склянок с настойкой йода и спиртом, коробок с морфием, камфорой, кофеином, клеем для повязок, шприца, малых и больших повязок. Бинты, вата и приготовленные шины — в мешке. Это очень удобно. Ночью, когда нельзя освещаться, знаешь на память, где что лежит.

В эту операцию раненые начали поступать на наш батальонный пункт в первый час боя. Сперва были только осколочные ранения, потом появились и пулевые. В час поступало 8—9 раненых, из них 5—6 — тяжело. Вообще, в январских боях было больше половины тяжело раненых. Прибывали в среднем через полчаса — час после ранения. Но были случаи, что и через 8—10 часов.

В качестве противошокового средства мы на батальонном пункте употребляли водку. Давали ее почти каждому раненому, чтобы отогреть его. Тяжело раненым с переломами вводили мор-

фий и сердечные, затем оказывали помощь — накладывали повязку, шину.

Помощь раненым на поле боя и эвакуация

В основном медицинскую помощь раненым оказывали санитарные инструктора рот, которые находились в заранее намеченных гнездах раненых. Ротные санитары оттаскивали к ним раненых.

Во время оказания помощи обычно у места ранения разрезали одежду, на рану накладывали подушечки пакета или повязки, а бинтовали поверх обмундирования, чтобы защитить рану от холода. Для шин пользовались подручным материалом — палками, досками, винтовками. Шины в рулонах, которые имеются в сумках санитарных инструкторов, себя не оправдывают. Накладывание их отнимает много времени и не дает надлежащей фиксации.

От санитарных инструкторов рот до батальонного пункта (а после — до поста санитарного транспорта) санитары-носильщики вывозили раненых на лодочках-волокушах. Наиболее трудна у нас работа — санитаров-носильщиков. Летом она будет еще труднее.

Командир отделения санитаров-носильщиков находился на посту санитарного транспорта, руководил санитарями, вел учет их работы.

Были случаи, когда противник отрезал пути эвакуации. Так было 13 января 1943 г. Наш батальон занял высоту с отметкой 103. Из деревни N, которая была сзади и справа, выдвинулись фашистские автоматчики и держали тропинку под обстрелом. Здесь у нас ранило двух санитаров. Тогда я послал на высоту 103 санитарного инструктора. Вместе с носильщиками он собрал всех раненых в один блиндаж, перевязал их и был с ними там до вечера. С наступлением темноты раненых вынесли. Они пробыли в блиндаже около восьми часов.

У нас были значительные санитарные потери: из 5 санитарных инструкторов — 3, из 15 санитаров — 11. Были убиты две лошади. Это было неизбежно: без риска, без потерь нельзя обеспечить раненых своевременной помощью и эвакуацией.

Деятельно помогал нам в работе начальник санитарной службы полка. Когда выходили из строя санитары, он сразу же присылал новых. Прислал и лошадей на место выбывших. Снабжал нас всем необходимым. Во время боя сам был на батальонном пункте, на месте давал указания.



Ф. П. МЕДЯНИК
Лейтенант медицинской службы,
командир санитарного взвода

БАТАЛЬОННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПУНКТ ВО ВРЕМЯ БОЕВОЙ ОПЕРАЦИИ



ФЕВРАЛЕ 1943 г. батальон в составе полка участвовал в наступлении на сильно укрепленный узел противника.

Местность действия батальона была болотистой, открытой и преимущественно ровной. Подход от батальонного медицинского пункта до расположения рот — неглубокая лощина и бывшие мелиоративные каналы. Основным и единственным путем эвакуации с батальонного до полкового медицинского пункта была насыпь узкоколейки. По болоту двигаться было невозможно, так как человек проваливался по пояс и глубже. Противник располагался на опушке леса на высотках, господствовавших над остальной местностью, в силу чего пути эвакуации раненых от рот до батальонного медицинского пункта постоянно простреливались пулеметным и минометным огнем.

Батальонный пункт находился тоже на насыпи, в воронках, на расстоянии до 400 м от рот. Эвакуация раненых проводилась почти непрерывно, но большей частью ночью. Зимой самое испытанное средство эвакуации из рот до батальонного медицинского пункта — волокуша, которая легка и везде проходит.

В наступательном бою в августе 1943 г. в этом же районе работа санитарного взвода была особенно трудной. Причиной этого была местность, как уже сказано, открытая, ровная, единственный путь подхода до переднего края — по траншее, которая от постоянного артиллерийского обстрела скоро пришла в негодность, стала мелкой. Днем из рот до батальонного медицинского пункта и поста санитарного транспорта можно было тащить раненых на плащпалатках по грязи в траншее только ползком. Ночью носильщики шли в полный рост, переправляя раненых на носилках и на плащпалатке, подвязанной к жерди.

Работа санитаров рот в основном сводилась к наложению повязок и выносу раненых до ротного пункта, редко бывали импровизированная шинизация (фанерные шины) и наложение жгута-закрутки.

Санитарный инструктор роты подбинтовывал повязки, накладывал жгут и шины (лубочные и из подручного материала), а также часто сам выносил раненых, вместе с санитарями, руководя их работой. Он давал командиру санитарного взвода сведения о количестве раненых, о санитарных потерях, о необходимости пополнения перевязочного материала и т. д.

Санитары-носильщики выносили раненых от ротного пункта до батальонного медицинского пункта и до поста санитарного транспорта (для чего я ежедневно распределял санитаров на две группы: одна выносила от ротных пунктов до батальонных, другая от батальонных пунктов до поста санитарного транспорта).

На батальонном медицинском пункте приходилось подбинтовывать повязки, поправлять наложенные жгуты и накладывать их вновь, шинизировать конечности (шины Крамера). Я делал инъекции сердечных и изредка морфия.

Батальонный медицинский пункт располагался в небольшом здании и находившейся рядом с ним траншее, которую ежедневно приходилось поправлять и углублять для сбережения раненых от осколков снарядов и мин. Здесь оказывалась первая помощь.

Батальонный медицинский пункт находился на расстоянии 600—700 м от рот. Пост санитарного транспорта — на расстоянии 500 м от батальонного пункта.

Связь батальонного медицинского пункта с ротами осуществлялась непрерывно через легко раненых, санитаров-носильщиков и командный пункт батальона, где я часто бывал.

На основании донесений санитарных инструкторов, а также информации командного пункта батальона я принимал необходимые меры: направлял санитаров, присланных старшим врачом полка на место выбывших; пополнял перевязочным материалом сумки санитарных инструкторов и санитаров рот; устраивал ночью «санитарные грабли» (два раза) силами санитарного взвода и приданных санитаров-носильщиков и т. д.

Несмотря на трудность транспортировки раненых до батальонного медицинского пункта под постоянным вражеским обстрелом, санитарный взвод со своей задачей справился. В основном вынос раненых с поля боя проводился своевременно и осуществлялся на плащпалатке, а также при помощи лямок. Побывав на рекогносцировке района действия батальона перед боем, я установил, что из батальонного пункта до поста санитарного транспорта можно перевозить раненых на низенькой коляске. Мои санитары спешно сделали такую примитивную коляску. На нее укладывали на носилках раненого и таким образом везти было гораздо легче, чем носить на плащпалатке.

Опыт санитарного взвода еще со времени боевой деятельности батальона в условиях обороны показал, что целесообразно даже на узком отрезке путей транспортировки применять низкие коляски на четырех колесах на резиновом (широком) ходу. Особенно легко возить на них, когда колеса сделаны на шарикоподшипниках. Такие коляски могут пройти там, где конный транспорт не проходит.

Считаю хорошим средством транспортировки раненых в болотистой местности легкие низкие катки на шарикоподшипниках, подделанные под носилки. Хорошо было бы наладить заводской выпуск подобных колясок и катков в армейском масштабе.

Большинство ранений были осколочные. Раненые поступали не только из своего батальона, но и из других подразделений.

Выводы

1. Качество и успех работы санитарного взвода стрелкового батальона зависят от укомплектованности штата, обученности, натренированности и выносливости санитаров.

2. В зимних условиях основным и наилучшим средством транспортировки раненых из рот до батальонного медицинского пункта является волокуша. В оттепель хорошо применять лыжную установку.

3. В условиях лета средств транспортировки недостаточно, поэтому надо заранее готовить оправдавшие себя на опыте самодельные коляски.

4. Необходимо, чтобы зимой на батальонный медицинский пункт давали для раненых спирт как противошоковое и согревающее средство.

5. При укомплектовании санитарных сумок должны быть предусмотрены санитарные ножи и ножницы.

6. Каждый санитар и санитарный инструктор должен иметь воду во флягах. Пополнять запасы воды они смогут в батальонном медицинском пункте, куда ее будут доставлять санитары-носильщики с поста санитарного транспорта или полкового медицинского пункта.

Е. Т. ВЛАДИМИРОВА

Старшина медицинской службы, санитарный инструктор

ВЫНОС РАНЕННЫХ ИЗ РОТНОГО РАЙОНА НА БАТАЛЬОННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПУНКТ



КАК командир санитарного отделения я организовала оказание первой помощи раненым, оттаскивание их в укрытые места и направление на батальонный медицинский пункт. Перед началом боевой операции я сама и через своих санитаров проверила обеспеченность личного состава роты индивидуальными пакетами, осмотрела санитарные сумки и снабдила санитаров заранее заготовленными фанерными листами для шинирования.

Каждому санитару ставилась задача: действовать во время боя сзади взвода, на расстоянии 10—15 м. Места, по возможности, выбирались укрытые, защищенные от огня противника. Отсюда можно было наблюдать за продвижением бойцов и в нужную минуту быстро подползти к раненому. В качестве санитарного инструктора я выбирала для ротного санитарного инструктора место, откуда легче было бы руководить санитарями взводов и держать с ними связь. В течение всего времени наступательных действий я, в зависимости от рельефа местности и условий боя, по-разному располагала ротный санитарный пункт: то в воронке от снаряда, то в траншее, то в защищенной от огня противника ложине, словом — в местах, которые меньше обстреливались и откуда легче выносить

раненых. Переносить ротный санитарный пункт приходилось в ходе самого боя, маневрируя под огнем. Перемещение это иногда обуславливалось еще и тем обстоятельством, что скопление раненых привлекало внимание фашистов, и они начинали обстреливать минометным огнем пункт и ближайшие к нему пути выноса раненых.

На ротный санитарный пункт попадали главным образом тяжело раненые, легко же раненые сразу после оказания им первой помощи на месте направлялись на батальонный медицинский пункт. Лишь отдельные раненые — те, кто не получил помощи на месте, — прибывали на ротный пункт.

Еще до наступления, для того чтобы лучше организовать вынос раненых с поля боя в укрытые места, в распоряжение командира роты были выделены три санитар-дублера для замены санитаров на случай выбытия их из строя или же помощи в случае наплыва раненых. Дублеры были бойцами и во время боя они выполняли свои обычные обязанности. Когда же нужна была их помощь, я обращалась к командиру роты, и он отдавал им приказание через своего связного. Дублеров я выбрала давно, проводила беседы с ними и обучала их подаче первой помощи и оттаскиванию раненых с поля боя.


Санитары и бойцы знали, что индивидуальный перевязочный пакет должен находиться в правом кармане шинели. Это облегчало нашу работу, ибо санитар сразу же доставал пакет из кармана раненого. Если же почему-либо пакета не оказывалось в кармане, он использовал свой запас.

Раненых мы оттаскивали в укрытые места и на ротный пункт на плащпалатке. Очень часто, когда рота действовала на открытой местности и участок хорошо просматривался со стороны противника, нам приходилось размещать раненых в нескольких укрытых местах, т. е. рассредоточивать их группами. Все время мы следили за их состоянием.

Сильный пулеметный и артиллерийский огонь временами не давал возможности работать санитарам-носильщикам, и вынос раненых на батальонный пункт медицинской помощи удавалось организовать только когда утихнет обстрел или же после наступления темноты.

В последней боевой операции мы оттаскивали раненых в укрытые места и потом относили их на батальонный медицинский пункт, ночью — по открытой дороге, днем — по наполненной грязью, брошенной траншее. Работали все время под сильным ружейно-пулеметным огнем, и поэтому приходилось тратить много времени и трудов, чтобы выбрать более или менее защищенные от обстрела места и поместить там раненых. Здесь раненых принимали от нас санитары-носильщики, прибывавшие с батальонного медицинского пункта. Они относили раненых на батальонный медицинский пункт тоже при помощи плащпалаток или же на лямках.

За организацию выноса раненых с поля боя в эту операцию я была награждена орденом «Красная Звезда». Санитары Титов, Коновалов и Петраков за самоотверженную боевую работу получили медали «За отвагу».



САНИТАРНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ РОТЫ ПРИ ФОРСИРОВАНИИ РЕКИ



ПЕРЕД началом операции нас, санитарных инструкторов, вызвал к себе командир санитарного взвода и во всех подробностях проинструктировал о предстоящей работе. Побеседовали об укомплектовании санитарных сумок, о приготовлении нужного санитарного имущества — шин, перевязочного материала и необходимых медикаментов. Коснулись также и пantoцида, который сослужил нам немалую службу.

Итак, мы стали готовиться к операции. Вернувшись в роту, я провел беседы среди бойцов об оказании самопомощи и взаимопомощи, научил их пользоваться индивидуальными перевязочными и противохимическими пакетами.

После этого я занялся обучением своих санитаров выносу раненых с поля боя всеми способами: на себе, на плащпалатке, на шинели, на импровизированных носилках (из веток). Приучал их действовать быстро и решительно «под огнем противника» и «в обороне».

Из бойцов роты подготовил санитаров-дублеров. Выделил себе заместителя.

Для вызова санитаров мы выработали условные знаки. Например поднять пилотку над головой — «Санитар 1 взвода, ко мне!». Условились, что связь между санитарными взводами будем поддерживать через легко раненых, а также через подносчиков патронов и старшин.

Накануне боевых действий я выявил в роте больных, которых отправил на батальонный медицинский пункт.

Итак, 9 сентября мы вышли на исходный рубеж — правый берег Невы.

Здесь произошло трагическое событие, о котором я всегда буду вспоминать с горечью и болью, потому что виновником его оказался я. Оно указало мне на существенный недостаток в моей работе, которого я теперь буду всячески избегать.

Рота наша расположилась на опушке леса и готовилась для дальнейшего броска вперед. Вдруг начался бешеный минометный обстрел.

Командир скомандовал: «Все в укрытия!». Мои санитары, следуя примеру бойцов, бросились в пулеметное гнездо. И именно в этом-то месте и разорвалась мина. Два санитары были убиты, три ранено. Это было мне уроком: сосредоточивать все силы в одном месте нельзя.

Перед самым боем командир роты рассказал нам о задаче подразделения, чтобы мы были в курсе дела и не работали вслепую. Я распределил своих санитаров по взводам и категорически приказал им неотлучно находиться в подразделении, сооб-

щаяся со мной с помощью связистов. Так я был уверен, что раненые каждого взвода не окажутся без медицинской помощи. Я обдумал, где должно быть мое место во время форсирования реки и решил, что самое выгодное — впереди роты, где я могу выбрать укрытия для раненых.

Вообще же при расположении роты вдоль фланга я нахожусь в центре, немного позади, в месте укрытия, которое оставляю лишь в исключительных случаях.

Во время обороны я больше всего сижу в гнезде, в наступательном бою больше действую в роте, оставляя в гнезде своего заместителя-санитара. Перевязочный материал мне доставляют в укрытие санитары-носильщики, когда идут из полкового медицинского пункта.

Наметил я «гнезда раненых». Выбор места для них также безразличен: лучше всего — в наиболее укрытых и защищенных местах, где к тому же всегда есть люди. Это помогает как в связи, так и в эвакуации легко раненых: пикетаж ведь не всегда удается.

Вообще, конечно, все зависит от местности. В большинстве случаев гнездо раненых — это яма, воронка от снаряда, лощина, бугор с уклоном, предохраняющие от артиллерийского обстрела. Укрытие от минометного огня найти не всегда возможно.

Условным знаком «гнезда раненых» избрали бинт, намотанный на дерево. Это и хорошо видно, и не так демаскирует укрытие.

У некоторых возникает вопрос: что надо раньше сделать раненому — перевязать его или отнести в укрытие? Это решается по обстановке. Если близко есть укрытие, целесообразнее оттащить раненого туда и там перевязывать; если же укрытия поблизости нет, лучше сначала перевязать, а потом уже оттаскивать.

Едва мы успели по-настоящему приготовиться, как стали прибывать первые раненые. «Легкие» прибывали сами — путь им указывали санитары. Тяжело раненых доставляли санитары-носильщики.

Лучшие способы выноса раненых с поля боя до укрытия — на плащпалатке и ползком, с раненым на спине. В траншеях носилки применять не всегда удобно, в особенности в наспех вырытых. Легко раненых мы эвакуировали с попутчиками, — таким образом санитары освобождались от эвакуации. Ночью на месте переправы и у гнезд раненых мы выставляли «маяки». Эвакуация через реку осуществлялась санитарями-носильщиками, которыми руководил командир санитарного взвода. Дальше — обычным путем по всем этапам эвакуации. Нужно сказать, что лодочка не всегда удобна при эвакуации, ибо она неустойчива. Лучше всего пользоваться плоскодонной волокушей.

Исключительное значение имеет установление времени ранения. Делать это я вменил в обязанность санитарам, и они довольно точно (с очень небольшими отклонениями) сообщали мне сроки.

Так была построена наша работа при форсировании реки.

Теперь — два слова относительно укомплектования санитар-

ной сумки. Очень уж много места отводится в ней для медикаментов. В боевой обстановке это ненужно. А вот что иногда отсутствуют положенные по табелю нож и ножницы — это большой недостаток. Нелишне иметь в сумке простерилизованный кусок клеенки на случай пневмоторакса и большие асептические повязки.

И. Д. БЕЛЕЦКИЙ, В. А. БЫХОВЦЕВ и И. М. НАЙМУШИН
Лейтенанты медицинской службы

О ПОДГОТОВКЕ САНИТАРОВ И САНИТАРОВ-НОСИЛЬЩИКОВ



ОРГАНИЗАЦИЯ выноса раненых с поля боя во многом зависит от того, как обучены санитары и санитары-носильщики. К сожалению, подготовке этих кадров иногда не оказывается должного внимания. Занятия — теоретические и практические — проводимые в ротах и батальонах, одинаковы для санитаров и санитаров-носильщиков. А между тем практика показывает, что работа тех и других не совсем одинакова.

От санитаров рот требуется, чтобы они могли хорошо наложить повязку, жгут, шину и быстро оттащить раненого в укрытое место. От санитаря-носильщика требуются еще и другие навыки: он должен владеть искусством переползания, знать способы выноса раненых, уметь пользоваться рельефом местности, защищать пострадавшего от вторичных ранений.

Очень часто в межбоевой период санитаров прикрепляют к взводам, а там их назначают на различные работы, и они постепенно отвыкают от своих непосредственных обязанностей.

Мы полагаем, что наиболее целесообразно санитарное отделение роты держать вместе с санитарным инструктором, который должен все время обучать своих санитаров и тренировать их.

Прикреплять же санитаров к взводам следует только перед боем.

Иногда санитарному инструктору роты придают санитаров-носильщиков во время боя. Этого не следует делать, ибо, как показывает практика, распыляются силы и в нужное время трудно бывает организовать вынос с тех участков, где, по условиям боя, больше раненых. К тому же такая система работы приводит к большим потерям.

Нам кажется, что санитары-носильщики, входящие в состав санитарного взвода батальона, должны работать, как правило, между ротой и батальонным медицинским пунктом. Следует отказаться от использования санитаров-носильщиков на переноске раненых от батальонного медицинского пункта до полкового меди-

цинского пункта или, что бывает еще чаще, в качестве повозочных. Это, видимо, объясняется тем, что пост санитарного транспорта далеко расположен от батальонного медицинского пункта и санитары-носильщики (что тоже неправильно) заняты выносом раненых с поста санитарного транспорта. А это приводит к тому, что ротный район страдает от недостатка санитаров-носильщиков. Приходится в таких случаях использовать для выноса раненых на батальонный медицинский пункт инструкторов, что уже совсем нецелесообразно.

Наконец закрепление санитаров-носильщиков за батальонным медицинским пунктом дает возможность в нужную по условиям боя минуту перебрасывать их из одного батальона в другой.

Для того чтобы правильно руководить выносом раненых на батальонный медицинский пункт, командиру санитарного взвода нужно быть тесно связанным с командиром батальона, ибо у того хорошая связь со взводами и ротами. С командного пункта батальона удобно пользоваться всеми наличными у командира батальона средствами связи, а это дает возможность правильно маневрировать санитарями-носильщиками и в нужное время направлять их именно в ту роту, где больше всего ощущается в них нужда.

Большое значение в боевой обстановке имеет правильно организованный пикетаж. При его отсутствии крайне затрудняется оттаскивание раненых с поля боя и вынос их до батальонного медицинского пункта. Наличие пикетажа особенно необходимо для легко раненых, следующих пешком до ближайшего медицинского пункта.

Боевые операции показали, что на поле боя санитар и санитарный инструктор должны быть максимально освобождены от всякого снаряжения, ибо даже наша санитарная сумка мешает оттаскиванию раненого с поля боя. Поэтому многие санитары и санитарные инструктора, умудренные практикой, оставляют свои сумки у гнезд раненых и берут с собой 10—15 бинтов.

Из опыта мы пришли к выводу, что санитарному инструктору в роте нужно иметь в достаточном количестве асептические повязки, шины, жгуты — резиновые и матерчатые, — ножи и ножицы.

С ПЕРЕДНЕГО КРАЯ

О ВЫНОСЕ РАНЕННЫХ С ПОЛЯ БОЯ

В то время, когда мы находились в активной обороне, наша часть нередко вела разведку боем, и почти каждый раз эти боевые операции совершались через водные рубежи.

Мои санитары неплохо умели оттаскивать раненых с поля боя в укрытые места, но с транспортировкой пострадавших через водные преграды они были мало знакомы. Поэтому мне пришлось усиленно заняться соответствующим обучением их. После надлежającej тренировки санитары хорошо усвоили способы переправы

раненых через реку. Укажу на два таких способа, которыми мы пользовались.

К веревке, укрепленной на обоих берегах, мы привязывали так называемый пробковый пояс. Этот пояс надевали на раненого и оттаскивали его за веревку на другой берег. Второй способ заключался в том, что привязывали носилки, укрепленные на резиновых автомобильных камерах. Носилки с раненым благодаря этому свободно держались на воде, и таким образом удавалось переправлять их на другой берег.

Противник все время держал под сильным обстрелом отдельные подступы к реке. Поэтому в ходе боя нам не всегда удавалось сразу же эвакуировать раненых с нашего берега на ближайший батальонный или полковой медицинский пункт. В таких случаях мы сосредоточивали раненых в хорошо укрытых местах и с прекращением огня или с наступлением темноты передавали их санитарам-носильщикам, которые доставляли их по назначению.

Для выноса раненых непосредственно с поля боя мы, кроме плащпалаток и лямок, применяли еще самодельные деревянные сиденья. Строили их так: из досок делали низ, самое сиденье, спину, боковые планки; к сиденью прикрепляли ляжки. Раненых, которые не могли сами держаться, прихватывали к боковым планкам ремнями. Пользуясь таким сиденьем, санитар, надев на себя ляжки и передвигаясь ползком, вывозил раненого с поля боя. Если же местность не обстреливалась, то санитар шел во весь рост, что, разумеется, значительно сохраняло его силы.

В боевой обстановке санитарная сумка оказалась громоздкой и часто мешала нам свободно маневрировать на поле боя. Мы решили ее перекоинструировать: сшили широкий пояс с такими же отделениями, как в сумке, и заполнили эти отделения всем тем, что необходимо в первую очередь при оказании помощи раненому на месте. Получился своеобразный санитарный «патронташ», который, несколько не стесняя движений санитара, облегчал его работу.

Сержант медицинской службы *А. К. ЛЮБИМОВА*

О РАБОТЕ САНИТАРНОГО ИНСТРУКТОРА

Из опыта я вынес убеждение, что санитарный инструктор во время боя должен находиться недалеке от командного пункта роты. Здесь обычно я и выбираю места для укрытия раненых. Находясь постоянно вблизи командира роты, я всегда имею возможность с его разрешения использовать его связных для контакта в работе с санитарями взводов.

Связь с батальонным медицинским пунктом я поддерживаю через санитаров-носильщиков. Будучи, таким образом, все время связанным с батальонным пунктом, я сообщал фельдшеру о наличии раненых и сразу же получал от него санитаров-носильщиков для их транспортировки. Во время активных боевых действий мне с батальонного медицинского пункта не раз присылали санитаров-носильщиков для дежурства в гнездах раненых.

Конечно, самая трудная и самая опасная часть нашей работы — это доставить раненого до укрытия. Но и дальнейший вынос раненого санитаром-носильщиком — до батальонного медицинского пункта — тоже сопряжен с опасностью и трудностями для раненого и санитаря. Поэтому нужна продуманная организация и этой части работы.

На практике я убедился, что перед наступательными операциями нужно обязательно подготовить одного или двух дублеров на каждого санитаря взвода. На эту сторону дела тоже нужно обратить серьезное внимание. Тем более что так называемые группы усиления фактически мало нам помогают. В февральскую и сентябрьскую боевые операции прошлого года нам давали в помощь санитаров из медсанбата. Должен сказать, что эти люди, не имеющие обычно практического опыта по выносу раненых с поля боя, никогда себя не оправдывали. Надо прежде всего хорошенько обучить их санитарному делу в межбоевое время, а не загружать другой работой, что, к сожалению, имеет место.

Для того чтобы правильно организовать первую помощь и вынос раненых с поля боя, санитарный инструктор должен иметь представление о том, какое существует соотношение между тяжело и легко ранеными, чтобы соответствующим образом планировать свою работу.

Старшина медицинской службы А. Н. ДУК





В. А. БЕЛКИН

Капитан медицинской службы

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ПАРТИЗАНСКИХ ОТРЯДАХ



В СЛОЖНЫХ условиях борьбы во вражеском тылу осуществлялось медицинское обслуживание партизан Ленинградской области.

Находясь далеко за линией фронта, медики-партизаны не обладали, разумеется, теми широкими возможностями лечения раненых и ухода за ними, какими располагает санитарная служба Красной Армии. Они не имели регулярно налаженного медицинского снабжения. У них не было баз с медицинским имуществом, чрезвычайно была затруднена эвакуация раненых и больных в лечебные учреждения советского тыла, единицами насчитывались квалифицированные медицинские работники. Вся тяжесть работы по восстановлению здоровья раненых и больных партизан лежала на немногих врачах, фельдшерах, медицинских сестрах и дружинниках, которые, пренебрегая опасностью, пошли в партизанские отряды, разделяя вместе с народными мстителями лишения, невзгоды и трудности борьбы в глубоком тылу врага.

В ноябре 1941 г. в N-ском партизанском отряде впервые появился врач Лидия Семеновна Радевич. До этого в отряде работали лишь сестра и две санитарки. Тов. Радевич сразу же взялась за подготовку медицинского персонала, и через месяц

у нее уже были помощники: сестра-наркотизатор, пять санитарных дружинниц и две медицинские сестры. Отряд совершал большие и быстрые переходы, и хирургическую помощь приходилось оказывать в деревенской избе, в лесу, в заснеженном овраге, делая всевозможные перевязки, удаляя инородные тела, останавливая кровотечение.

Росла боевая деятельность отряда, увеличивалось и количество его медицинских работников. Прибыл врач А. И. Иванов. Пополнились ряды медицинских сестер и санитарных дружинниц, которые в большинстве своем не имели специальной подготовки и получили ее в процессе работы.

Скоро отряд получил возможность организовать первый партизанский госпиталь на 150 человек.

Работать приходилось в чрезвычайно трудных условиях. Эвакуации в советский тыл почти не было. Деревню, где находился госпиталь, фашисты непрерывно бомбили с воздуха. Перевязочного материала нехватало. Колхозники собирали у себя скатерти, простыни, полотенца и приносили их партизанам. Все это стиралось, разрезалось и пускалось в употребление.

Особенно большую работу врачи-партизаны проделали по ликвидации вспышки эпидемии сыпного тифа, занесенного противником в оккупированные им населенные пункты.

В отряде проводилась санитарная обработка. Белье прогревали на кострах, стирали, утюжили. Бойцов стригли, мыли в бане. Вспышка была ликвидирована.

При расположении в деревне партизанский отряд рассредоточивался поротно. Медицинское обслуживание роты осуществлялось сестрой и двумя дружинницами, прикрепленными к группам, входившим в роту. В бою они оказывали первую помощь пострадавшим, выносили их из-под огня на руках или оттаскивали на плащпалатках на ротный сборный пункт и затем транспортировали на лошадях в отрядную санитарную часть.

Перед маршем, по решению командира отряда, тяжело раненых и больных партизан оставляли в санитарной части, легко раненые, могущие самостоятельно передвигаться, следовали с отрядом. В зависимости от боевой обстановки, зачастую и тяжело раненых оставляли при отряде, перевоза их на лошадях или перенося на носилках.

Вместе с группой или ротой сестры и дружинницы ходили для оказания медицинской помощи на все боевые операции по разгрому немецких гарнизонов, взрыву мостов и спуску под откос фашистских воинских эшелонов.

Во время боевой операции по взрыву железнодорожного состава с немецкими войсками был тяжело ранен партизан И. И. Ильин. Семнадцать суток несли его на руках до партизанского госпиталя, где и была ему оказана хирургическая помощь, после чего он был эвакуирован в советский тыл.

Санитарную часть партизанского отряда возглавлял врач, который во время боя развертывал отрядный медицинский пункт,

куда и направлялись раненые из рот и групп. Для отрядной санитарной части отводился подходящий дом, по возможности в центре населенного пункта, где и развертывалась перевязочная. Медицинская помощь была далеко не совершенна. Отряд постоянно был в движении, и поэтому крупные хирургические вмешательства исключались.

В разрозненных группах партизан организованного медицинского обслуживания не было. Оно оказывалось в порядке самопомощи и взаимопомощи.

При размещении партизанского отряда в лесу санитарная часть располагалась в центре отрядного района в специально оборудованном шалаше. В некоторых отрядах медицинские работники носили с собой сброшенные советскими летчиками парашюты и парашютные чехлы. Парашюты растягивали на кольях в виде палаток, устраивая в них перевязочные, а чехлы использовали в качестве одеял для раненых.

В такой обстановке 25 мая 1943 г. был оперирован раненный в желудок партизан — разведчик т. Пономарчук. Два месяца партизаны возили и носили его с собой. Тов. Пономарчук выздоровел и снова вернулся в свой отряд.

Иногда при больших переходах (особенно во время боевых операций) раненых оставляли в лесу или деревне.

В деревне их поручали проверенным людям, преданным советской власти. Раненым намечали место сборного пункта, куда они и приходили после выздоровления.

В лесу раненых оставляли в предварительно построенных утепленных шалашах вместе с медицинской сестрой или санитаркой, снабженной медикаментами и продуктами. Место выбирали глухое, вдали от населенных пунктов. После выполнения боевого задания отряд возвращался к этому месту и брал с собой раненых.

Много пришлось поработать медицинскому персоналу партизанских отрядов по предупреждению сыпного тифа и других различных болезней.

При расположении в деревнях обязательно проводилось мытье в бане. В лесу в летнее время баню устраивали при помощи трех туго натянутых парашютов. Печку складывали из камня. Воду грели в оцинкованных бачках. В течение суток все бойцы отряда успевали помыться в такой импровизированной бане.

При передислокации обычно выезжал вперед с отрядной разведкой фельдшер (или сестра); они выясняли, нет ли в данном пункте источников инфекции, запрещали размещаться в домах, где находились подозрительные больные, определяли порядок пользования водоисточниками и место расположения санитарной части.

Эвакуация в советский тыл происходила на самолетах, в большинстве случаев зимой.

Медикаменты, инструментарий и перевязочный материал советские самолеты сбрасывали в мешках с парашютами. Снабжение было нерегулярным и далеко не удовлетворяло потребности. Поэтому большую часть медицинского имущества добывали при разгроме немецких гарнизонов в качестве трофеев. Посылали также специально агентурную разведку в города, где имелись немецкие лечебные учреждения, откуда и приносили то, что нужно было для медицинского обслуживания партизан.

Со второй половины 1943 г. партизанские отряды объединились в бригады, которые заняли деревни и, удерживая их, вели с немцами крупные бои. Соответственно этому приняло другой вид и медицинское обслуживание. Были организованы бригадные санитарные части со стационарными госпиталями, насчитывавшими десятки врачей, достаточное количество среднего медицинского персонала и санитарных дружинниц.

В некоторых партизанских бригадах госпитали занимали целые деревни. Большинство же госпиталей расположилось в лесу, в скрытых, по возможности недоступных для танков противника местах. Для охраны такого госпиталя выделялся специальный партизанский отряд.

Медицинская помощь во время боевых действий была организована следующим образом. Раненых группы, выполнявшей задание или ведшей бой, сестры и дружинницы доставляли в отряд, где им оказывалась доврачебная помощь (подбинтовывание, снятие жгутов, временная иммобилизация). Затем конный транспорт доставлял их в бригадный госпиталь. Здесь уже имела место квалифицированная хирургическая помощь. Раненых подвергали санитарной обработке и направляли на стационарное лечение. Если характер ранения не давал возможности хирургического вмешательства, а требовалась немедленная эвакуация, она осуществлялась на самолетах, прилетавших из советского тыла.

Особое место занимала медицинская помощь со стороны партизан местному населению.

С приходом немцев медицинское обслуживание населения на оккупированной ими территории было полностью прекращено. Больницы и амбулатории большей частью были сожжены, а те, что сохранились, предназначены были для обслуживания карательных отрядов и немецких гарнизонов.

Медицинские работники партизанских частей развернули широкую помощь населению. При партизанских госпиталях были организованы амбулатории и отделения для приема граждан. В отдаленных от бригад населенных пунктах и в лесных лагерях развертывались для населения специальные санитарные пункты, которым партизанские бригады выделяли врачей, обслуживающий персонал и медикаменты. Врачи организовывали прием больных и родовспоможение, проводили лекции, беседы по профилактике чешотки и сыпного тифа.

В одной только партизанской бригаде было обслужено амбулаторным приемом и медицинской помощью на дому 15 466 человек.

Другая партизанская бригада выделила специальную санитарную бригаду, возглавлявшуюся врачом, для ликвидации вспышки сыпного тифа среди местного населения.

Такова, в самых кратких и общих чертах, работа медиков-партизан Ленинградской области.

Г. М. БОГДАНОВ
Лейтенант медицинской службы

ГОСПИТАЛЬ В ТЫЛУ ПРОТИВНИКА



А совещании командного состава бригады командованием был поставлен вопрос о более широком развертывании боевой деятельности бригады. Само собой разумеется, что при расширении и увеличении боевых операций будут и раненые. Я, как начальник санитарной службы бригады, обратился к командиру бригады тов. Алексееву. Он мне дал 15 человек, вооруженных винтовками, автоматами и пулеметом. С этими людьми я отправился в лес, в 2 км от деревни Н. Подобрал место в густом лесу около реки Череха и развернул палатку из парашютов. К вечеру у нас уже были натянуты 3 палатки. Вскоре стали прибывать раненые. В эту же ночь была большая боевая операция бригады и к рассвету привезли 25 раненых. Из медицинских работников в моем распоряжении были две медсестры и один фельдшер. Началась оживленная и плодотворная работа. С каждым днем поступало все больше и больше раненых. Палатки вырастали одна за другой.

Приближалась осень, стал вопрос об организации госпиталя, приспособленного для зимних условий. Нашли топоры, лопаты и приступили к стройке бункеров. Первый бункер на двадцать коек был готов через три дня; его хорошо утеплили. Когда перевели туда раненых, они с облегчением вздохнули и благодарили за заботу, которую проявило командование по отношению к ним.

Через две-три недели были выстроены еще пять таких бункеров; каждый в себе вмещал более тридцати человек. Появилась кухня, баня, перевязочная, хирургическая и изолятор. Там же были построены конюшня для лошадей и коровник для рогатого скота.

Это уже был настоящий небольшой лесной партизанский городок.

Несмотря на то что враг находился кругом на недалеком расстоянии, жизнь в госпитале протекала нормально. Каждое утро я делал обход палат, назначал больных на перевязку. Перевязочная работала с десяти утра до семи часов вечера.

Раненых кормили три раза в день. Каждый раненый получал в день пол-литра молока, а более тяжелые — по литру и более.

Благодаря хорошему уходу и питанию заживление ран происходило быстро, чего мы и добивались.

Со снабжением медикаментами и перевязочным материалом дело обстояло хуже. Нам приходилось покупать их в городах, занятых противником (Псков и Порхов); поэтому медикаменты и перевязочный материал тратились очень экономно. К концу января 1944 г. в госпитале скопилось до трехсот раненых. Об эвакуации в советский тыл не могло быть и речи, ибо противник предпринял против нас большую экспедицию. В самый последний момент, когда противник подошел к нам вплотную, местами до 2 км, мы срочно, за полчаса, погрузились на повозки и под носом противника проехали в тыл в морозную ночь под обстрелом.

Расположились в лагере одного из наших отрядов. Этим маневром мы спасли раненых. Через несколько дней, когда противник оттянул силы, мы опять вернулись в свой госпиталь.

Из-за отсутствия медицинского персонала в деревнях нашего района к нам часто обращались мирные жители за медицинской помощью. В таких случаях мы высылали в деревни наших работников с медикаментами.

Не желая обнаруживать наше местонахождение, жителей деревень мы обычно в госпиталь не допускали.

Для развлечения раненых у нас был патефон, баян, гитара. Кроме того, мы доставали в деревнях литературу—русских классиков. Когда больные начинали поправляться и становились на ноги, мы их отправляли в отряды с предоставлением отдыха на разные сроки—от двух недель и выше, смотря по состоянию их здоровья. После этого бойцы входили в строй совершенно полноценными и пригодными для дальнейшей борьбы.

Часто приезжало к нам командование бригады во главе с командиром тов. Алексеевым и комиссаром тов. Майоровым. Они воодушевляли бойцов и заверяли их, что бригада никогда не оставит раненых на произвол судьбы. И действительно, когда грозила опасность попасть врагу в руки, появлялся лично командир бригады, и мы выходили победителями из тяжелого положения.

Подытоживая работу нашего госпиталя, мы пришли к концу работы со следующими показателями.

За последних четыре месяца через госпиталь прошло более 600 раненых; из них 420 за это время возвращено обратно в строй, 180 человек мы сдали в армейский госпиталь при встрече с Красной Армией; смертельных случаев среди всего числа раненых было 17.

Много сил и энергии положил медицинский персонал госпиталя, добываясь быстрее восстановления здоровья раненых.

Фельдшер тов. Д. Никифоров, медсестра тов. О. Васильева и медсестра тов. М. Мстиславская все свои знания и силы отдали работе. Зато не одна сотня бойцов их благодарит сейчас.



МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ РАНЕНЫМ ПАРТИЗАНАМ



В ГЛУХОМ лесу, на островке среди болот выросла новая деревня — два больших жилых дома, баня, пекарня, навесы для лошадей. Это один из партизанских госпиталей пятой партизанской бригады, построенный крестьянами Струго-Красненского района. В трудную пору напряженных боев с немцами здесь лечилось свыше 150 раненых партизан. 5 врачей, 30 санитарок и медсестер обслуживали этот лесной госпиталь.

Народ окружил раненых подлинной отеческой заботой. Крестьяне дали в распоряжение госпиталя 10 дойных коров. Кроме того, в госпиталь доставлялось ежедневно 100 л молока. Издалека приезжали крестьянские посланцы и привозили картофель, овощи, квашеную капусту, клюкву, мед и другие продукты.

В декабре прошлого года бригада вела жестокие бои с крупной карательной экспедицией. Число раненых с каждым днем росло. Госпиталь испытывал недостаток в перевязочном материале. И здесь народ пришел на помощь. По деревням, в лесных лагерях прошел сбор тонкого холста и простынь для госпиталя.

Крестьяне Струго-Красненского района собрали 1200 м холста, трудящиеся Уторгошского района доставили для раненых около 1000 м холста и сотни простыней.

Такую же помощь оказывал народ в обеспечении раненых бельем, одеждой, обувью. Госпиталю нужны были санитарки. Начальник санитарной службы бригады старшина лейтенант м/с Мирошников организовал курсы, и за месяц было обучено 20 санитарок-девушек Уторгошского, Солецкого, Порховского районов.

Подростки по деревням собирали книги для раненых партизан, и госпиталь вскоре имел свою библиотеку.

Кто-то подарил госпиталю шашки, шахматы, гитару, баян, патефон. Выздоровливающие бойцы с помощью санитарных работников устраивали в госпитале прекрасные концерты.

Медицинские работники бригады провели огромную работу и этим заслужили уважение всех партизан.

Партизан т. Озеран получил ранение в бою за дер. Серебрянка в первых числах ноября. К концу ноября ему уже залечили раны, и он снова пошел в бой. Партизан Федор Томилин был ранен в ногу. Через две недели пребывания в госпитале он храбро сражался с врагом.

Одного из партизан привезли в госпиталь без надежды на выздоровление. Несколько часов его несли товарищи от места боя до ближней деревни по лесу и болоту. Обескровленного, без сознания, положили его на операционный стол. Хирурги Соколов и Ваневский произвели сложную операцию, и раненый выжил.

Девятнадцатилетний Борис Симкин был доставлен с поля почти без признаков жизни. Разрывом вражеского снаряда у Симкина была раздроблена кисть руки. Кроме того, он имел серьезные ранения в грудь и голову. Два дня он не приходил в сознание.

Врачи-хирурги Сокол и Ваневский заверили командование:

— Симкин будет жить!

От его постели ни на минуту не отходили врач и санитарка. Врачи имели в своем распоряжении лишь самые примитивные инструменты. Однако операция была сделана, и Симкин остался жить.

Десятки партизан прошли через лесной госпиталь и снова встали в строй. И каждый из них уносил с собой чувство любви и благодарности к тем людям, которые своим самоотверженным трудом помогли им вернуться в строй.





Начальник санитарной службы N-ского соединения, полковник медицинской службы В. Н. Павловский награждает медицинских работников значками „Отличник санитарной службы“.



ГЕРОИ-МЕДИКИ

ЗОЛОТЫМИ страницами навсегда войдут в историю великие подвиги Красной Армии на берегах Невы — оборона блокированного города-героя, стремительный прорыв зловещего кольца фашистов, мощно развернувшееся победоносное наступление.

Эти подвиги — результат массового героизма подлинных сынов и дочерей великого народа, бесстрашно вставших лицом к лицу с озверелым врагом, посягнувшим на гордость нашей страны — величественный город Ленина.

Плечом к плечу с воинами Красной Армии шли военные медики — врачи, фельдшера, медицинские сестры, санитары. Не щадя жизни, в суровой боевой обстановке, под артобстрелом и пулеметно-ружейным огнем скромно и просто выполняли они свой воинский долг. Немало из них пало смертью храбрых на поле боя, — вечная память им, беззаветным героям, положившим жизни свои за то, чтоб родина была счастливой! Многие были ранены и оставались работать на своих почетных и ответственных постах, многие отмечены высокими правительственными наградами за мужество и заслуги перед народом, — слава, почет и уважение им от всех, в ком бьется горячее сердце советского патриота!

Мы лишены возможности воздать должное на страницах нашего журнала каждому из отличившихся в борьбе за родной город ленинградцев — военных медиков: их тысячи. Мы отметим здесь лишь лучших из лучших — тех, чьи славные дела должны служить ярким, достойным подражания примером для всех наших военно-медицинских работников.

ПОБЕДА НАД СМЕРТЬЮ

Что такое работа военного медика? Это каждодневная упорная борьба со смертью. Майор медицинской службы Александр Дмитриевич Агушев одержал немало побед в этой борьбе, требующей столько знаний, искусства, смелости и хладнокровия. Будучи командиром операционно-перевязочного взвода медико-санитарного батальона, он сделал более двухсот чревосечений и много других сложных операций.

С неподражаемой выдержкой Александр Дмитриевич производил эти операции в самой рискованной обстановке, вплоть до минометного обстрела пункта.

Большое количество восторженных писем, получаемых им от вырванных из когтей смерти воинов Красной Армии, — достойная для него награда.

Правительство же наградило Александра Дмитриевича Агушева медалью «За боевые заслуги» и орденом «Красная Звезда».

В СТРАДНЫЕ БОЕВЫЕ ДНИ

Много бойцов выписал в строй хирургический коллектив N-ского госпиталя для легко раненых, особенно в момент прорыва блокады Ленинграда.

Коллективом талантливо руководит ведущий хирург — капитан медицинской службы Ефим Вуколович Курликов.

Важная черта его руководства — смелое и настойчивое использование новых, усовершенствованных методов лечения. Примененное им за последнее время в 1853 случаях сближение краев ран резко сократило срок излечения больных, доводя его в среднем до 15—20 койко-дней. К таким же результатам привела и глухая гипсовая повязка.

Обладающий тонким искусством подхода к больному, обаятельный в своих отношениях с товарищами, Ефим Вуколович снискал себе общую любовь и уважение. А какое это имеет значение — показали страданные дни наступательных боев, когда ни опасная обстановка, ни наплыв раненых не могли помешать четкой, дружной работе медицинского коллектива.

Ефим Вуколович Курликов с первых дней Отечественной войны участвовал в боях на Западном, Волховском и Ленинградском фронтах в составе госпиталя для легко раненых. За свою выдающуюся боевую медицинскую деятельность он получил от Правительства награды: медаль «За оборону Ленинграда» и орден «Красная Звезда».

ПОД ПРИЦЕЛЬНЫМ ОГНЕМ

Полк — в наступлении. Враг, отходя на запад, остервенело бьется за каждый населенный пункт. На подступах к селу N. немцы собрали бронированный кулак и организовали круговую оборону.

Полк методически наступает. Падают раненые. Ротные санитары-носильщики, пренебрегая опасностью, оказывают первую помощь, выносят раненых товарищей в укрытые места. Но никто не сравнится в мужестве, смелости и находчивости с санитаром Васильевым.

Он не ожидает приказаний. Продвигаясь перебежками в цепи наступающих, он зорко поглядывает по сторонам. Вот, вскрикнув, свалился на бок красноармеец. Васильев спешит на помощь. Фашистский пулеметчик заметил. Начинается дерзкая игра со смертью. Санитар не дает прицельно. Он бросается из стороны в сторону, путает, сбивает с толку врага. И в то же время постепенно, зигзагами, приближается к раненому. Сколько нужно храбрости, выдержки, сметки! И вот уже санитар подле раненого. Быстро оттащив бойца под пригорок, он перевязывает его, поит водой из фляги.

— Отдохни, братишка, — говорит он дружески. — Здесь не опасно. А я тем временем еще к тебе кого-нибудь доставлю. Чтоб не скучно было.

И снова ползет туда, где завывают мины, разрываются снаряды, стучит пулемет.

Так работает Петр Прокофьевич Васильев.

Около пятидесяти раненых с их оружием вынес он с поля боя. Многих из них — под прицельным ружейно-пулеметным огнем.

За героическую помощь раненым бойцам и офицерам санитар П. П. Васильев награжден орденом «Красное Знамя».

ВО ИМЯ ЛЮБВИ К РОДИНЕ

Несмотря на молодость, старший лейтенант медицинской службы Нина Ивановна Леничева пользовалась огромным авторитетом. Ей едва минуло двадцать пять лет как она была назначена начальником приемно-сортировочного отделения Н-ского госпиталя. Всегда бодрая, жизнерадостная, она никогда не повышала голоса, ей почти не приходилось приказывать. Подчиненные без слов, без приказаний, с большой готовностью выполняли работу. Вскоре Нина Ивановна получила ответственное задание на передовых позициях. Блестяще справившись с ним, радостная, оживленная, вернулась она в госпиталь, где уже из уст в уста передавались подробности ее героической, самоотверженной работы под вражеским огнем. Через две недели в госпиталь пришло извещение о награждении Нины Ивановны Леничевой орденом Отечественной войны II степени.

2 мая 1943 г. утром госпиталь подвергся интенсивному артиллерийскому обстрелу. Вокруг падали снаряды. Здание вздрагивало от взрывов, со звоном сыпались разбитые стекла. Среди грохота и воя снарядов с удивительным хладнокровием, ровным голосом отдавала распоряжения Нина Ивановна. В ее присутствии никто не смел волноваться. Она сама взялась за переноску больных в укрытия и после этого стала спокойно принимать вновь прибывающих раненых. В то время, когда она оказывала неотложную помощь пострадавшим, в приемном покое разорвался снаряд. Нина Ивановна была убита наповал.

Так на боевом посту во имя любви к Родине погибла достойная дочь ее — Нина Ивановна Леничева.

В БОЯХ ЗА ХАНКО

Славные защитники полуострова Ханко жили тесной, дружной семьей. Это помогало им стойчески переносить осаду, мужественно отражать непрерывные яростные атаки с моря, суши и воздуха.

Гвардии старший лейтенант медицинской службы Зинаида Сергеевна Коссо-дубская была достойным членом этой героической семьи. В полевом подвижном госпитале, где она работала в качестве старшей сестры хирургического отделения, ее искренне уважали и любили. Никто никогда не слышал от Зинаиды Сергеевны ни слова жалобы на невероятно тяжелые условия, в которых протекала работа. Всякий заражался ее бодростью, энергией, упорством в преодолении возникавших то тут, то там затруднений. Характерная ее особенность: чем опаснее была обстановка, тем более четкой, спокойной и уверенной становилась ее работа. А это поднимало дух у окружающих, сообщало такую же уверенность в действиях нервным и слабым людям.

Эти неоценимые качества хирургической сестры сослужили большую службу госпиталю во все время ожесточеннейших боев на полуострове Ханко. За подлинно самоотверженную работу в этих боях правительство наградило Зинаиду Сергеевну медалью «За боевые заслуги».

Еще выпуклее и ярче сказались мужество и храбрость сестры Коссо-дубской во время прорыва блокады Ленинграда. Она положительно забывала о себе, целиком отдаваясь уходу за ранеными в самой опасной боевой обстановке. Работа ее этого периода отмечена была новой правительственной наградой — орденом «Красная Звезда».

В качестве активной участницы защиты города Ленина Зинаида Сергеевна получила медаль «За оборону Ленинграда».

Гвардии старший лейтенант медицинской службы Зинаида Сергеевна Коссо-дубская выполняет свой долг перед Родиной по-гвардейски.

БЕССТРАШИЕ И САМООТВЕРЖЕННОСТЬ

Июнь 1941 г. Жестокие, кровопролитные бои. Вероломно и внезапно напавший враг с огромными потерями продвигается вперед. Наши войска пада за пядью защищают родную землю. В одном из населенных пунктов расположен полевой госпиталь.

Врачи, фельдшера, сестры, санитары валяются с ног от усталости. Раненые прибывают. В самый разгар напряженной работы появляются фашистские воздушные бандиты. В расположение госпиталя летят бомбы, льются свинцовые струи из пулеметов. Минутная нерешительность, смущение среди работников. Но уверенный тон начальника госпиталя, мужественная стойкость и спокойствие тех, кто в любой обстановке верен своему долгу, быстро восстанавливают положение. Работа продолжается.

Громовой взрыв. Вздрыгнули стены, зазвенели падающие стекла. В один из корпусов попала бомба. Есть жертвы среди раненых и персонала. Работа не приостанавливается.

Среди мужественных людей госпиталя, спокойно выполнявших в эти минуты свои обязанности, — медицинская сестра Тося Крапивина. Ей двадцать лет. Всю свою жизнерадостную молодость она, не колеблясь, ежeminутно отдает великому делу самоотверженного служения родине.

Утром Тосю вызвал к себе начальник госпиталя и, с сожалением посмотрев на измученную бессонной, напряженной ночью девушку, приказал ей сопроводить машины с ранеными.

Под командой Тоси — три санитарные машины. В каждой по шесть тяжело раненых. Сестра сидит рядом с шофером головной машины. Временами она останавливает свою колонну, быстро обходит раненых, — кого напоит, кого успокоит — и снова дальше.

И вот на полпути опять фашистские самолеты. По счастью — близко лес. — Стоп! — говорит сестра шоферу.

Быстро вместе с ним она перенесла раненых под деревья. И во время. От эскадрильи отделились два бомбардировщика. Они спикировали на дорогу и дали несколько пулеметных очередей. Один погнался за последним раненым, которого Тося с шофером уносили в лес. Страшной силы взрыв повалил деревья. Тося на минуту потеряла сознание. Очнувшись, она огляделась. Рядом лежали шофер и выпавший из носилок раненый. Сестра окликнула их. Оба пошевелились и что-то сказали, но Тося не расслышала. Она была контужена.

Еще три бомбы упали в разных местах, но далеко. У воздушных разбойников не было прицела. Скоро они удалились. Тося отряхнулась от земли и улыбнулась шоферу:

— Ну, вот и отбой. Поехали дальше.

Это было боевым крещением Тоси Крапивиной. Так же бесстрашно и самоотверженно работает она вот уже два с лишним года.

В полевых медицинских палатках Тося умеет создать домашний уют. На окнах у нее — вышитые занавески, на тумбочках — салфетки, на лампе — абажур из разноцветных кусочков материи. Ее любят раненые, врачи и сестры госпиталя.

Тосе Крапивиной вручен значок отличницы санитарной службы. Она награждена медалями «За боевые заслуги» и «За оборону Ленинграда».

Вместе со своим полевым госпиталем Крапивина проделала славный боевой путь. Она участвовала в историческом прорыве блокады Ленинграда.

В ПЕРЕДОВЫХ РЯДАХ

В сентябре 1941 г. Таня Юдина добровольно пошла в армию и, как окончившая фармацевтический институт, была зачислена начальником аптеки стрелкового батальона. В мае 1942 г. она в той же должности была переведена в полевую подвижную госпиталь первой линии.

Отважная девушка не ограничивалась выполнением только своих официальных обязанностей. Получая ответственные задания, она с группой санитаров-носильщиков бросалась в самую гущу боя, оказывая первую помощь раненым. За самоотверженное выполнение таких заданий Таня в сентябре 1942 г. была награждена медалью «За боевые заслуги».

Долгожданное славное наступление войск Ленинградского фронта. Прорыв двухлетней блокады великого города. Таня — в передовых рядах наступающих. Она с увлечением, с благородной страстью работает на самых опасных боевых участках.

1 февраля фашистские бомбардировщики появились над расположением отдельной стрелковой бригады. Заметив укрытый в рощице полевой подвижной госпиталь, они не отказали себе в удовольствии сбросить на него серию бомб. Осколком у Тани оторвало руку.

— Только не отправляйте в тыл, — едва слышно попросила Таня, когда ее принесли в перевязочную.

Желание ее было исполнено. Она лечилась в своем полевом подвижном госпитале.

Татьяна Алексеевна Юдина и по настоящее время продолжает работать на фронте. Награждена орденом «Красная Звезда».



В. Черевков

ПИСЬМА ВОЗВРАЩЕННЫХ В СТРОЙ

Каждый день полевая почта доставляет в госпитали письма от находившихся в них на излечении раненых и вернувшихся в строй. Эти безыскусственные письма, написанные от глубины сердца, согреты горячим чувством благодарности за возвращенное здоровье, за спасенную жизнь, за вновь обретенную полноценность советского человека, готового жить радостями и горестями своей страны, готового защищать ее до последнего вздоха.

«Каждый из нас уносит на фронт частицу вашего труда», — пишут в госпиталь бойцы и командиры 3-й гвардейской пулеметной роты.

Эти слова звучат из самой глубины сердца. Большую радостную удовлетворенность от своей работы получит, прочтя их, каждый военный медик.

Ниже мы помещаем несколько писем.

* * *

Мы — на пути к возвращению в строй, и этим мы обязаны вам, работникам госпиталя. Сердечно, тепло, с большим уважением и любовью вспоминаем мы вас, дорогие товарищи, — как самых близких и родных людей. Ваш благородный труд, ваше умение, опыт, знания, ваше искусство, ваша забота и внимание не забудутся никогда. Каждый из нас уносит на фронт частицу вашего труда. Преследуя и уничтожая врага днем и ночью, боец помнит это и, по-своему, по-фронтовому, благодарит вас, медицинских работников: это ваша забота дала ему возможность продолжать боевую жизнь, совершать такие боевые дела, которыми восхищается все передовое человечество. Во имя победы над врагом вы, медработники, выполняете самую благородную, самую почетную задачу: максимально быстро и надежно возвращать бойцов в строй. Ваш гуманитарный труд в соединении с боевой выучкой бойца составляет необходимое условие победы. Шлем вам боевой братский привет. От всей души желаем вам удач, здоровья и бодрости. Мы, бойцы, клянемся вам еще сильнее, еще упорнее громить врага до полного изгнания его из пределов нашей земли. Слава нашей родине! Все силы на разгром врага.

По поручению бойцов и командиров 3-й пулеметной роты

Гвардии сержант *Романов*, Гвардии старшина *Галиенко*
Гвардии красноармейцы *Павлов*, *Семенюк*

* * *

8 июня я прибыл в глазное отделение госпиталя, считая, что лишен зрения навсегда. Мне кажется, раз пять сама начальник отделения майор медицинской службы тов. Акимочкина промывала мне глаза от земли и мелких осколков мины. Через трое суток я стал видеть на левый глаз. А правым я совсем не предполагал видеть, считая его потерянным; когда открывал его, то было мне видно, что он налит кровью — и больше ничего. Тов. Акимочкина приступила к лечению; прошло десять дней — и правый глаз видит

на 50%. Не одному мне спасено зрение. Много нас, таких, как я, и всем нам со всем усердием стараются круглосуточно оказывать помощь. За эти заботы о нас мы горячо благодарим наших славных специалистов и весь медицинский персонал. Мы возвращаемся в строй, и кровавому Гитлеру придется расплатиться за все страдания, которые перенес из-за него советский народ.

Ефрейтор *Ципилев*

* * *

...Выполняя боевое задание, я потерял зрение. В госпитале меня лечила военврач тов. Протасова. Только благодаря умелому лечению и чуткому уходу зрение вернулось ко мне. С радостью прибыл я в свою часть и буду продолжать истребление фашистских извергов. Здесь я часто вспоминаю и сердечно благодарю тов. Протасову за то, что она вернула меня в строй.

Агеевко

* * *

...Привезли меня раненого, сразу осмотрели, потом няни понесли на носилках в баню, вымыли, положили на кровать. Матрац мягкий, подушки пуховые, простыни, одеяло чистенькие. Минут через 15—20 подали мне обед. В перевязочной я увидел врача Марию Прокофьевну Кучеренкову. Посмотрела она внимательно рану. «Ничего, — говорит, — выдечим, не беспокойтесь, но придется полежать, пока не позволю встать»... Прошли дни. Разрешили мне встать, ходить на костылях. Вылечила меня тов. Кучеренкова. Она очень обходительная, и за это ее уважают все больные. Няни в нашей палате, Е. Холудникова и Е. Лотина, работают с душой. Когда моют пол, то делают это так тихо, что больной спит и даже не слышит. А сестра-хозяйка И. Хромова часто заходит в палату, беседует, а то и книжку или газету почитает.

За внимание и заботу мы благодарны Родине. И еще крепче будем бить немца!

Красноармеец *С. Степанов*

* * *

...Когда меня доставили в госпиталь, я не думал, что мне сохранят ногу. Это был почти решенный вопрос. И как же мне благодарить этих замечательных людей, сохранивших мне жизнь, сохранивших меня как полноценного командира для армии. Прежде всего я хочу принести свою глубокую благодарность врачу, капитану медицинской службы Иде Наумовне Штейнберг. Она много сделала для того, чтобы я выздоровел. Я хочу поблагодарить также за внимание и заботу подполковника Позняка, майора Отдельного, капитана Вайханского, медицинскую сестру Нину Семеновну.

В боях с немецкими бандитами я оправдаю, заботу и внимание нашего замечательного советского народа.

Лейтенант *А. А. Моисеев*

* * *

...Я был ранен в бою. Это было мое четвертое ранение. Меня доставили в госпиталь. Здесь, благодаря замечательному уходу и умелому лечению, я быстро поправился. Врач, старший лейтенант медицинской службы товарищ Леонова и медицинская сестра Мария Григорьевна Жгун, исключительно заботливо отнеслись ко мне. Благодаря их самоотверженности, — они уделяли мне много времени и внимания — я скоро выпишусь и снова пойду громить немецких оккупантов.

Я сердечно благодарю наших славных врачей, медицинских сестер и санитаров за их заботу о бойцах Красной Армии.

Старший сержант *Николай Малинин*

* * *

...Уходя из госпиталя, мы, бойцы, пробыв на излечении около месяца и видя, что здесь за нами был сердечный уход, теплая забота, выносим наше красноармейское спасибо всем работникам госпиталя и особенно лечившим нас врачам и старшим медицинским сестрам Козловой и Пантелеевой. Придя в часть, мы постараемся крепче отомстить проклятым немцам и побольше уничтожить их за все раны, которые они нанесли нам и нашей родине.

Боец *Могилин*

Родная *Эмилия Ивановна!*

За спасенную мне жизнь я всегда буду считать Вас своей матерью. Кончится война, вернусь и буду оберегать Вашу старость до последних дней Вашей жизни.

Красноармеец-разведчик *Андрей Мазуренко*



Кружок художественной самодеятельности в N-ском госпитале.

* * *

Начальнику 5 хирургического отделения, майору медицинской службы *З. Н. Павловской*.

Врачу отделения, майору медицинской службы *С. В. Мосоловой*.
Мы, офицеры, бывшие у вас на излечении в 13 палате, горячо благодарим вас за все и желаем дальнейших успехов в деле возвращения в строй воинов Красной Армии. Находясь в госпитале, мы ежеминутно чувствовали вашу материнскую заботу и ласку.

Капитан *Королев*,
старший лейтенант *Дюженин*,
лейтенант *Кахелашвили*

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Ф. А. Копылов. Техника ампутации	3
П. А. Алесковский и Н. П. Занадворов. Медсанбат во время прорыва блокады	11
В. А. Карелин. Ранения грудной клетки	15
С. М. Симонов. Переливание крови	25
А. М. Марков. Борьба с желудочно-кишечными заболеваниями в войсковом районе	29
Н. М. Викулenco. Медицинское обеспечение Н-ского стрелкового полка в наступлении	32
С. Т. Шубин. Санитарная служба Н-ского стрелкового полка в наступательной операции	36
А. А. Брюхов. Работа санитарного взвода батальона во время прорыва блокады	40
И. П. Кравченко. Санитарное обеспечение стрелкового батальона в наступлении	44
Ф. П. Медяник. Батальонный медицинский пункт во время боевой операции	47
Е. Т. Владимiрова. Вынос раненых из ротного района на батальонный медицинский пункт	49
А. М. Кани. Санитарное отделение роты при форсировании реки	51
И. Д. Белецкий, В. А. Быховцев и И. М. Наймушин. О подготовке санитаров и санитаров-носильщиков	53
С переднего края	54
В. А. Белкин. Медицинская помощь в партизанских отрядах	57
Г. М. Богданов. Госпиталь в тылу противника	61
М. Абрамов. Медицинская помощь раненым партизанам	63
Герои-медики	65
Письма возвращенных в строй	69

ОПЕЧАТКИ

из „Военно-медицинскому журналу“ за июнь 1944 г.

стр.	строка	Напечатано	Следует читать
14	3-я строка	115 мм : X = 76 мм : 45 мм	115 мм : X = 76 мм : 4,5 мм
22	7-я .	обследовать	обсервировать

Заказ 386