

61:355

Г 72

ГОСПИТАЛЬНОЕ ДЕЛО  
В УССР

★

ГОСМЕДИЗДАТ УССР

61:355(061)  
Г72

Для служебного пользования

ПРОВЕРЕНО 1981

# ГОСПИТАЛЬНОЕ ДЕЛО В УССР

ПО МАТЕРИАЛАМ ВТОРОГО ПЛЕНУМА  
ГОСПИТАЛЬНОГО СОВЕТА  
НАРКОМЗДРАВА УССР  
25—28 апреля 1945 г.

ХАРКІВСЬКИЙ  
Медичний стоматологічний  
ІНСТИТУТ  
БІБЛІОТЕКА №

61  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ  
МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО УССР  
КИЕВ • 1947

61:355(061) +  
Г72 +39242  
Госпитальное дело  
в УССР

+  
39242  
060215 Делов

+39242

+

**ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЭВАКОГОСПИТАЛЕЙ УКРАИНЫ  
ЗА 1944 ГОД**

**И. П. АЛЕКСЕЕНКО**

Заместитель народного комиссара здравоохранения УССР

От I до II пленума Госпитального совета

II пленум Госпитального совета Наркомздрава Украины собрался для того, чтобы подвести итоги деятельности госпиталей за 1944 год, критически рассмотреть проделанную работу и в результате этого наметить мероприятия для дальнейшего улучшения лечения раненых и больных воинов нашей победоносной Красной Армии.

Мы начинаем свою работу в исторические дни, когда счастье победы встает перед нами. С чувством огромного морального удовлетворения мы констатируем, что и наша трудовая медицинская семья внесла свою долю участия в создание условий для этой победы.

Органы здравоохранения Советского Союза проделали колоссальную работу по развертыванию госпитальной сети. Нам пришлось создавать и развертывать госпитали по мере очищения Украины от немецких оккупантов в тяжелых условиях чрезвычайно разрушенного жилищного фонда.

К I пленуму Госпитального совета госпитали дислоцировались только на Левобережье, ко II пленуму Госпитального совета они распределяются равномерно уже по всей республике.

Если принять условно за 100 коечную сеть, фактически развернутую к I пленуму Госпитального совета, то сейчас она выросла до 162%. Одновременно с развертыванием госпиталей происходило некоторое укрупнение их за счет слияния малокоечных и превращения последних в госпитали с количеством коек 400 — 600; таких теперь — половина.

Размещение эвакогоспиталей происходило как в крупных городах, преимущественно в областных центрах, так и в мелких населенных пунктах, лишенных санитарно-технических удобств. Количество госпиталей, размещенных в таких пунктах, составляет 53% или более половины всех госпиталей.

**РЕДКОЛЛЕГИЯ:**

И. П. Алексеенко (отв. редактор), Н. М. Зеленский, проф. С. С. Каган, заслуженный деятель науки проф. Б. Е. Панкратьев, проф. И. М. Пейсахович, проф. Ф. Я. Примак, И. Ф. Сербинов



ное инструктивное совещание с главными хирургами областей Левобережной Украины. Для обеспечения обслуживания раненых квалифицированной хирургической помощью осуществлен ряд мероприятий, направленных к широкому внедрению в практику наиболее оправдавших себя методов лечения. В 1944 году широко применялись выезды в области руководящих работников Управления эвакуогоспиталей.

Практиковался также инструктаж работников областных отделов, как путем вызова их в Управление, так и путем рассылки специальных указаний по наиболее важным вопросам лечения.

Для помощи местам в периоды больших поступлений раненых командировались из институтских центров квалифицированные специалисты.

В некоторых областных центрах создавались хирургические бригады усиления. Для оказания раненым высококвалифицированной помощи привлекались в качестве консультантов профессора, доценты, ассистенты медицинских и научно-исследовательских институтов, а также практические врачи с большим стажем. Здесь необходимо отметить ряд научных работников, уделяющих много внимания специализированным госпиталям и тем самым содействующих успеху обслуживания раненых (академик Н. Д. Стражеско, заслуженный деятель науки, генерал-майор проф. И. Н. Ищенко, проф. А. Г. Васютинский, проф. П. П. Новаченко, доценты К. М. Климов, А. Е. Фрумина, Вольский, проф. И. Р. Брауде, проф. С. И. Бронштейн, проф. Кимборовский, Степанов и многие другие).

Осуществление этих мер, несомненно, дало свои положительные результаты и содействовало улучшению качества госпитальной работы.

За отчетный период Коллегия Наркомздрава Украины четыре раза заслушивала доклады Управления эвакуогоспиталей и выносила по ним развернутые постановления. Большую работу проделала Военно-госпитальная комиссия Ученого медицинского совета НКЗ УССР, которая рассматривала наиболее актуальные вопросы, связанные с работой эвакуогоспиталей. Надо отметить, что I пленум Госпитального совета НКЗ УССР, состоявшийся в июле прошлого года, а также проезд на Украину заслуженного деятеля науки главного хирурга Наркомздрава Советского Союза академика Руфанова И. Г. и гл. хирурга НКЗ РСФСР заслуж. деят. науки, профессора Приорова Н. Н., доцента Ростовского И. Б. во главе с заместителем Наркома Союза ССР генерал-майором м/сл. С. И. Миловидовым, явились тем организационным началом, благодаря которому активно включились в работу областные госпитальные советы г. Киева, Харьковской, Сумской и других областей.

Управление эвакуогоспиталей Наркомздрава УССР на протяжении всей своей работы неизменно устанавливало нормально деловые отношения с местными эвакуопунктами (МЭП-32 — полковник м/сл. Каргин, МЭП-45 — полковник м/сл. Шерстнев,

РЭП-27 — полковник м/сл. Черняк, МЭП-7 — полковник м/сл. Пательчанский, начальник санитарного отдела Харьковского военного округа — полковник м/сл. Соколов и начальник Киевского военного округа — полковник м/сл. Саенко), оказавшими нам чрезвычайно большую помощь. Полное взаимное понимание с руководителями указанных эвакуопунктов и их аппаратом как нельзя лучше способствовало успеху дела.

#### Воспитание кадров

Самым трудным в нашей работе было укомплектование новых формирований и доукомплектование формирований, прибывших из восточных областей, медицинскими кадрами. Мы возлагали большие надежды на получение опытных госпитальных работников из личного состава прибывающих на Украину госпиталей, но надежды эти в значительной мере не оправдались. Передислоцированные госпитали зачастую оказывались неработоспособными из-за большого некомплекта медицинского состава. Так, например, госпиталь на 1200 коек, прибывший из Кировской области, имел в своем составе всего лишь 6 врачей вместо 37. В среднем же все передислоцированные эвакуогоспитали имели 40% врачебных кадров. Особенно мало было врачей узких профилей и специалистов высокой квалификации. По Житомирской области, скажем, прибывший контингент врачей имел в своем составе 20,7% человек, не имеющих вовсе узкой специальности, 20% ведущих хирургов со стажем до 3 лет и 11% стоматологов.

Укомплектование госпиталей проходило с большим напряжением, и даже в настоящее время они не обеспечены необходимым количеством врачебных кадров. Обеспеченность госпиталей врачами по Украине составляет 66%, ведущими хирургами — 82%, средне-медицинскими кадрами — 81,5%.

Обеспеченность медкадрами эвакуогоспиталей в процентах

	Врачебными кадрами	Средними кадрами
Ворошиловградская область . . . . .	61	78,6
Сталинская " . . . . .	61	88
Запорожская " . . . . .	48	94
Полтавская " . . . . .	71	98
Днепропетровская " . . . . .	68	88,6
Сумская " . . . . .	63	82
Харьковская " . . . . .	82	84,7
Черниговская " . . . . .	60	99,4
Житомирская " . . . . .	57	63,7
Каменец-Подольская " . . . . .	57	74,3
Львовская " . . . . .	63	69,5
Винницкая " . . . . .	59	65,3
г. Киев . . . . .	88	80,7
Укркурупр . . . . .	63	72,4
Всего по УССР . . . . .	66	81,5

Недостаточное обеспечение госпиталей врачебными кадрами отчасти компенсировалось совместительством, в результате чего процент замещенных должностей достиг 70,4. Необходимо было резко увеличить совместительство врачей в госпиталях.

В 1944 году, когда госпитали, как правило, не были полностью загружены ранеными и больными, недостаточная обеспеченность их врачами не могла отразиться на качестве лечебного процесса. В настоящее же время, когда госпитали всех областей получили максимальную загрузку, недостаточная укомплектованность кадрами дает себя остро чувствовать, и необходимы решительные меры со стороны областных отделов здравоохранения. Надо заострить внимание медицинской общественности к нуждам госпиталей. Особенно большой недостаток они испытывают в узких специалистах. Потребность в рентгенологах удовлетворена лишь на 36,2%, физиотерапевтах — 20,7%, лаборантах — 44,3%, врачах ЛФК — 11,7%. Областные отделы здравоохранения могли бы в некоторой мере смягчить этот дефицит за счет специалистов гражданской сети. К примеру, в Винницкой области недостает в госпиталях 26 хирургов, из них 6 ведущих, а в гражданской сети области — больше 70 хирургов. Заведующему Житомирским облздравом тов. Струеву необходимо было категорическое распоряжение об откомандировании в офтальмологическое отделение госпиталя окулиста. Разве не мог бы сделать это тов. Струев и без нашего приказа?

Из наличного числа врачей 20,3% имеют врачебный стаж от 1 до 3 лет, 21,3% — от 3 до 5 лет, 21,7% — от 5 до 10 лет и 36,7% — свыше 10 лет. Таким образом, свыше 40% врачей имеют стаж до 5 лет. Среди молодых врачей много окончивших медицинские институты в период Великой Отечественной войны. Потребовалась огромная работа по повышению их квалификации и специальной подготовки, особенно тех, которые поступили на работу в госпитали непосредственно в момент освобождения оккупированной территории Украины. Они не обладали необходимыми знаниями и навыками лечения травм военного времени.

Планом централизованной подготовки через институты усовершенствования предусматривалось подготовить и переподготовить в 1944 году 540 госпитальных врачей, а фактически подготовлено 524 человека. Но это только небольшая часть работы по повышению квалификации кадров. Гораздо большая работа проведена без отрыва от производства.

План подготовки и переподготовки врачей ЭГ и выполнение его в 1944 г.

Специальности	План	Выполнение
1. Врачи ЛФК	80	57
2. Отоларингологи	40	20
3. Врачи общей хирургии	180	338
4. Нейрохирурги	40	15
5. Рентгенологи	40	21
6. Врачи восстановительной хирургии	40	20
7. Врачи челюстно-лицевой хирургии	40	25
8. Врачи по переливанию крови	40	18
9. Врачи-офтальмологи	40	10
Итого	540	524

Для определения достигнутых результатов и организации систематической работы по дальнейшему изучению всей врачебной массы системы эвакогоспиталей Наркомздрава, в феврале 1945 г. была проведена аттестация всех врачей, начиная от ординатора и до начальника госпиталя.

Эта аттестация дала весьма много положительных, представляющих большой интерес, данных, характеризующих наши кадры, и одновременно вскрыла ряд недостатков, свойственных им. Аттестация имела огромное воспитательное значение, стимулировала улучшение постановки лечебного дела, повысила ответственность отдельного врача за порученный ему участок работы, побудила каждого из них проверить себя — насколько его подготовка отвечает требованиям, предъявляемым к нему, как к специалисту, заставила более активно работать над повышением своих знаний.

Аттестация дала общие по госпиталям УССР чрезвычайно важные данные о том, насколько каждый врач отвечает занимаемой должности, как он справляется с порученной ему работой и подлежит ли он по своей квалификации и морально-политической оценке замене или выдвижению на более ответственную работу.

По предварительным данным аттестации руководящие кадры эвакогоспиталей в подавляющем большинстве соответствуют занимаемым должностям, и лишь незначительная часть подлежит замене, а именно:

Начальники госпиталей — до	15%
Начмеды	12%
Ведущие хирурги	7%
Ведущие терапевты	3%
Начальники отделений	7%

Аттестация выявила резерв работников, могущих быть выдвинутыми на более ответственную работу. Среди них подлежат выдвижению:

По группе начмедов	14%
» » начальников отделений	10%
» » ординаторов	15%

### Организация лечебного процесса

В основу лечебной работы были положены три основных принципа, изложенные Заместителем наркома здравоохранения Союза ССР генерал-майором м/сл. С. И. Миловидовым на III пленуме Госпитального совета Наркомздрава СССР:

первый — комплексное лечение раненых, т. е. организация комбинированного воздействия на пораженный орган (всех видов специализированной медицинской помощи);

второй — лечение раненого, а не только раны;

третий — борьба не только за жизнь и здоровье раненого, но и за полное восстановление функции пораженного органа.

Комплексное лечение может быть проведено только при сочетанном воздействии различных методов терапии, причем рука об руку должны работать хирург и терапевт, невропатолог и физиотерапевт и т. д. Они должны наряду с ведущим хирургом отвечать за лечебное дело в госпиталях.

Для того, чтобы дать наиболее правильную оценку хирургического обслуживания раненых, необходимо учесть, какой контингент поступал на протяжении 1944 года.

Тяжелые ранения в наших госпиталях составляют 54,6% по отношению ко всем поражениям в боях. Наиболее тяжелый контингент раненых мы имеем в госпиталях Ворошиловградской области — 63,3%, в Запорожской — 61,3%, в Днепропетровской — 60,5%.

Постановка хирургической работы и хирургическая активность за последние месяцы отчетного периода значительно улучшились. За 9 месяцев (апрель—декабрь) процент оперированных в эвакуогоспиталях Украины достиг 36,6%. Наибольшая хирургическая активность достигнута в госпиталях Сумской области (43,6%) — начальник отдела ЭГ Водовозов, главный хирург Селодаев, руководитель методической базы Острополец, Харьковской (41,3%) — начальник отдела ЭГ Зеленский, главный хирург Коган, и Сталинской (40,8%) — начальник отдела ЭГ Тавровский, главный хирург Сакфелов.

Процент оперированных ко всем лечившимся в ЭГ НКЗ УССР за апрель — декабрь 1944 г.

Ворошиловградская область	17,1
Сталинская	40,8
Запорожская	36,1
Днепропетровская	37,7
Полтавская	36,6
Харьковская	41,3
Сумская	43,6
Черниговская	37,9
Укркурупр	25,1
г. Киев	28,6
По УССР	36,6

Наряду с повышением хирургической активности в госпиталях Украины отмечается непрерывный рост процента охвата лечившихся таким мощным методом, как переливание крови. Ярким примером этого может служить Запорожская область, где процент охвата с 1,7 в мае достиг 22,1 в декабре, и Киевская, где процент охвата с 2,9 в июле увеличился до 22,3 в декабре. За время апрель—декабрь процент переливания крови ко всем лечившимся в эвакуогоспиталях Украины дошел до 14,6%. Наилучших показателей добились госпитали областей Запорожской, Харьковской и Сумской. Отстают Черниговская, Ворошиловградская области и Укркурупр.

Количество переливания крови ко всем лечившимся в ЭГ НКЗ УССР за апрель — декабрь 1944 г. (в процентах)

Ворошиловградская область	7,1
Сталинская	14,9
Запорожская	33,8
Днепропетровская	11,4
Полтавская	9,0
Харьковская	17,5
Сумская	18,3
Черниговская	4
Укркурупр	3,8
г. Киев	16,3
По УССР	3,6

Не имея возможности в пределах данного доклада дать подробную характеристику всей многосторонней хирургической деятельности эвакуогоспиталей, остановлюсь здесь лишь на основных ее разделах, которые не будут являться предметом специального обсуждения на нашем пленуме.

К числу наиболее тяжелых ранений, влекущих за собой высокий процент инвалидности и смертности, относятся поражения бедра с повреждением кости. Эти ранения в наших госпиталях встречаются в 6,5% случаев по отношению ко всем поражениям в боях.

На основании данных о возвращенных в часть, эта группа раненых поступает в госпитали 50 дней спустя с момента ранения, т. е. в тот период, когда костная мозоль уже находится в стадии ясно выраженного формирования. В связи с этим применяется преимущественно глухая гипсовая повязка до момента сформирования достаточно окрепшей костной мозоли с последующим применением физиотерапевтических мероприятий, массажа, ЛФК и пр. В тех же случаях, когда имеется значительная деформация бедра на почве перелома, укорочение конечности, применяется в зависимости от особенностей того или иного случая скелетное вытяжение, рефрактура с последующим вытяжением или наложением глухой гипсовой повязки и т. д.

Средний срок лечения раненых с переломом бедра по группе возвращенных в часть у нас равен 131 дню с момента ранения и 71 дню со дня поступления в наши госпитали.

Ранения крупных суставов имеют значительный удельный вес среди всех поражений в боях — 12,2%, распределяясь по суставам следующим образом: тазобедренный — 0,7%, коленный — 3,4%, голеностопный — 1,8%, плечевой — 2,6%, локтевой — 2,5% и лучезапястный — 1,2%.

Основным принципом нашей хирургической работы при повреждении крупных суставов является применение таких методов, которые обеспечивали бы в максимальной степени функцию поврежденного сустава. В связи с этим мы придерживаемся, главным образом, консервативных методов лечения в виде хорошей иммобилизации гипсовой повязкой с последующим настойчивым применением ЛФК, физиотерапевтических мероприятий, массажа, глинофорфогрязелечения, парафинотерапии.

Активное хирургическое вмешательство применяется лишь при наличии определенных показаний—гнояный артрит, разрушение суставных отделов костей при их ранении, остеомиелитический процесс суставных отделов костей и т. д. По нашим данным, хирургические вмешательства на крупных суставах составляют 1,4% всех операций. В число этих операций входят артротомии, секвестротомии, резекции суставов и артропластика. При этом надо отметить, что показания к резекции крупных суставов мы суживаем, прибегая к этой операции лишь при значительном разрушении суставных концов кости, длительном нагноительном процессе, стремясь по возможности сохранить целостность и последующую функцию поврежденного сустава.

Ранения кисти и пальцев рук в наших госпиталях довольно часты, а именно: кисть—4,8% и пальцы—1,5%. Среди этих ранений встречается значительное количество осложнений, с наличием остеомиелитов и контрактур.

При лечении ранений кисти и пальцев широко применяются как консервативные мероприятия в виде гимнастики, парафинотерапии и различных других физиотерапевтических процедур, так и хирургические. При остеомиелитах костей кисти и пальцев применяются все методы, которыми мы пользуемся при лечении остеомиелитов других костей. В более же запущенных случаях, а также при неустраняемых контрактурах, препятствующих функции кисти и пальцев, применяются ампутации и вычленения пальцев. Количество таких операций во втором полугодии 1944 года было равно 1,3% всего числа оперативных вмешательств.

Необходимо здесь обратить внимание на то, что у нас сроки лечения раненых с повреждениями кисти и пальцев остаются еще высокими и исходы неудовлетворительными. Следует всем отделам эвакогоспиталей и особенно Днепропетровскому, Киевскому и Харьковскому, а также Укркурпуру обратить серьезное внимание на улучшение качества лечения ранений кисти и пальцев. Этот раздел повреждений совершенно незаслуженно пользуется повсеместно недостаточным вниманием.

Мы требуем от главных хирургов немедленно изменить свое отношение к этому повреждению. После плеча надо создать специальные областные или кустовые совещания ведущих хирургов, разобрать исходы, научить врачей правильно лечить ранения кисти и пальцев и создать, где еще их нет, специальные отделения.

Контрактуры, по нашим данным, у лиц, прошедших через госпитальные военно-врачебные комиссии, составляют 23,1% по отношению ко всем инвалидам (органы опоры). В это число входят также и анкилозы.

Борьбе с контрактурами, их профилактике и лечению уделяется много внимания. Во всех областных госпитальных базах, согласно нашим указаниям, в одном из госпиталей выделено специальное отделение для лечения контрактур (Сумы, Киев, Харьков и др.). Это отделение используется как учебно-методическая база с

целью внедрения в повседневную практику всех госпиталей своей области наиболее эффективных современных способов лечения контрактур в виде этапных редрессаций, закруток по Моммзену, лир Моммзена для кисти и пальцев и т. д. В областях проведены специальные межгоспитальные конференции, посвященные вопросу профилактики и лечения контрактур с использованием всей системы комплексного лечения—хирургических, физиотерапевтических, ЛФК и прочих методов.

Надо сказать, что на предыдущих этапах эвакуации далеко не всегда своевременно применяются меры профилактики и лечения контрактур. Это значительно усложняет лечение в наших тыловых госпиталях, являющихся в настоящее время последним этапом.

Ранения глаза, челюстей и лор-органов в наших госпиталях наблюдаются в значительном количестве—до 5,0% к общему числу боевых поражений.

Для обслуживания этой группы раненых создана сеть специализированных отделений, в которых койки распределяются следующим образом:

Глазных . . . . .	1,3%
Лор . . . . .	1,2%
Челюстно-лицевых . . . . .	2,1%

Работа в этих отделениях организована в общем удовлетворительно. Испытывается недостаток в специальном инструментари, оборудовании и оснащении, особенно в глазных и стоматологических отделениях, вследствие чего задерживается протезирование глазных и челюстно-лицевых раненых. Обращает на себя внимание низкий удельный вес пластических операций при челюстно-лицевых ранениях.

В общей нашей системе в 1944 году специальные госпитали и отделения восстановительной хирургии составляли 2,0% по отношению ко всему коечному фонду.

В этих специализированных госпиталях и отделениях проводится большая хирургическая работа. Широко применяются восстановительные операции на костях (артропластика, пересадка кости при псевдоартрозах, операции Бека, остеотомии и рефрактуры при неправильно сросшихся переломах бедра и других костей и пр.).

Применяются активные методы борьбы с контрактурами (этапные редрессации, тенотомии, закрутки по Моммзену и т. д.), пластика кожи и другие реконструктивные методы.

Я хочу заострить ваше внимание на этом вопросе, как на одном из самых главных в госпитальной работе.

Восстановительная хирургия с окончанием войны приобретает особенное значение. Надо помнить, что мы еще долго будем долеживать раненых и больных, восстанавливать трудоспособность инвалидов Отечественной войны.

Кто в системе здравоохранения будет иметь большие возможности проводить эту работу, чем госпитали? Когда органы здравоохранения смогут создать в необходимом количестве специальные хирургические учреждения для этой цели?

Да и какая необходимость в создании их, когда повсеместно существуют эвакуогоспитали, оборудованные, оснащенные, укомплектованные кадрами. Я думаю, что обслуживание инвалидов Отечественной войны должно пойти по указанному пути. Из этого необходимо сделать соответствующий вывод. Во-первых, количество коек по восстановительной хирургии, существующее в настоящее время (2%), абсолютно недостаточно; надо это количество значительно увеличить. В каждой области должны быть созданы не отделения, а госпитали восстановительной хирургии и, может быть, не один, а несколько, в зависимости от емкости госпитальной базы.

Контингенты для лечения в этих ЭГ будут резко увеличиваться за счет еще не демобилизованных. Кроме того, по мере наших возможностей, надо уже теперь переходить на обслуживание в госпиталях инвалидов войны, используя оправдавший себя опыт хирургов-профессоров Новаченко, Фрайфельда, Богачевского и других (Харьков), а также опыт полковника Шерстнева (МЭП-45) — по Житомиру.

Надо, чтобы заведующие облздравотделами, особенно, Черниговским—тов. Брага и Ворошиловградским—тов. Новоселов, поняли необходимость создания немедленно таких госпиталей у себя, иначе жизнь поставит их в тяжелое положение.

При всех трудностях с врачебными кадрами, надо выделить максимальное количество хирургов для обучения их основам восстановительной хирургии в институтах усовершенствования, на долгосрочных курсах. Для этой цели следует выделить в областях лучшие госпитали, хорошо оснастить их и укомплектовать за счет местных ресурсов. Надо, чтобы институты усовершенствования это поняли и включились более активно в подготовку и переподготовку хирургов такого профиля. До сих пор, к сожалению, этот раздел плана выполняется особенно плохо.

Итоги работы за 1944 год показывают, что на протяжении этого времени мы имеем значительное улучшение показателей по всем основным отраслям. Для правильного лечебного обслуживания раненых и больных необходима высококачественная диагностическая служба и, в первую очередь, широкое применение рентгеновских и лабораторных исследований.

В первые месяцы деятельности эвакуогоспиталей условия не позволяли нам широко применять диагностические и рентгениследования. По мере восстановления энергетических установок и улучшения оснащения госпиталей специальными видами оборудования, число рентгенаппаратов достигло 48% потребного количества. Таким образом, обслуживание раненых рентгениследованиями стало быстро улучшаться. 1944 год мы закончили с показателями

охвата рентгеном 94,4%. В отдельных областях этот показатель значительно выше. Так, в Харьковской области на 100 раненых и больных приходится 109,5 % рентгениследований, в Сталинской — 170,2 %. Отстают области Ворошиловградская, Черниговская, плохо в госпиталях системы Укркурпра.

Заведующий Ворошиловградским облздравом и начальники отделов ЭГ товарищи Новоселов и Бжезицкий не могут особенно пожаловаться на отсутствие электроэнергии в их области, однако показатели рентгенообслуживания у них очень низкие только потому, что этому вопросу ни указанные товарищи, ни главный хирург Черчиан не уделяют должного внимания. Кадиевская группа госпиталей не имела ни одного рентгенаппарата, хотя в области было не мало бездействующих. Я лично предложил взять неиспользуемый рентгенаппарат в госпитале, где начальником тов. Зорев, а это было реализовано только через 4 месяца, иначе говоря, 7 госпиталей Кадиевки 4 месяца работали без рентгенаппарата.

Количество рентгениследований на 100 раненых и больных в ЭГ НКЗ УССР за апрель—декабрь 1944 г.

Ворошиловградская область	35,1
Сталинская	170,2
Запорожская	77,0
Днепропетровская	84,6
Полтавская	131,2
Харьковская	109,5
Сумская	93,1
Черниговская	33,4
Укркурпр	14,3
г. Киев	67,1

По УССР 94,4

В апреле 1944 года число лабораторных анализов на одного больного не достигало и единицы. Показатель лабораторного обслуживания составлял 0,8. Только в госпиталях двух областей на больного приходилось больше одного анализа — Сталинской (2,3) и Запорожской (1,2).

Закончили мы 1944 год, имея по 3,3 анализа на одного больного. В некоторых областях этот показатель выше. Так, в Сталинской области он достигает 4,1. Отстают области Ворошиловградская, Полтавская и Черниговская.

Количество лабораторных анализов на 1 лечившегося в ЭГ НКЗ УССР за апрель—декабрь 1944 г.

Ворошиловградская область	1,2
Сталинская	4,1
Запорожская	2,8
Днепропетровская	3,7
Полтавская	2,8
Харьковская	3,2
Сумская	3,5
Черниговская	2,3
Укркурпр	3,7
г. Киев	3,5
По УССР	3,3

Работа физиотерапевтических кабинетов не могла быть развернута с достаточной полнотой из-за неудовлетворительного обеспечения их аппаратурой и перебоев в подаче электроэнергии. Особенно ощущается большой недостаток аппаратов Д'Арсонваля, гальванических досок, световых ванн, диатермии. Несмотря на это, количество физиотерапевтических процедур на одного лечившегося за последние месяцы значительно возросло и составляет за 1944 год по всем госпиталям Украины в среднем 15 процедур.

Количество физиотерапевтических процедур на 1 лечившегося за апрель—декабрь 1944 г.

Ворошиловградская область . . . . .	11,8
Сталинская » . . . . .	10,6
Запорожская » . . . . .	12,7
Днепропетровская » . . . . .	14,9
Полтавская » . . . . .	18,8
Харьковская » . . . . .	11,8
Сумская » . . . . .	15,4
Черниговская » . . . . .	22,1
Укркурупр . . . . .	10,0
г. Киев . . . . .	10,0
По УССР . . . . .	15,0

Нами были приняты меры, чтобы широкое применение получили и безаппаратные методы — глино-торфо-грязелечение. Наилучших результатов в этом отношении добились госпитали Сумской области. В связи с получением значительного количества парафина, большое распространение получила также и парафинотерапия. Шире следует использовать также и природные факторы в целях гелиотерапии и аэротерапии.

За последнее время в системе комплексного лечения физкультура применяется более активно, нежели в первые месяцы работы. Лечебная физкультура в декабре 1944 года дала наиболее высокие показатели, достигнув 30,1 процедур на одного лечившегося, т. е. вдвое больше, чем в сентябре. Показатели по гигиенической гимнастике остаются недостаточными, особенно в госпиталях Ворошиловградской и Черниговской областей.

	Гигиеническая гимнастика	ЛФК
Ворошиловградская область . . . . .	26,8	33,6
Сталинская » . . . . .	51,4	50,4
Запорожская » . . . . .	20,5	30,5
Днепропетровская » . . . . .	29,2	38,6
Полтавская » . . . . .	23,5	26,5
Харьковская » . . . . .	26,3	23,5
Сумская » . . . . .	32,9	34,4
Черниговская » . . . . .	40,7	45,0
Укркурупр . . . . .	31,7	39,7
г. Киев . . . . .	47,7	39,4
По УССР . . . . .	35,3	37,8

Надо отметить, что хороших результатов по внедрению в практику эвакуогоспиталей лечебной физкультуры добились Днепропетровская и Сумская области, которые дали: первая — 50,4 и вторая — 45 процедур на одного лечившегося при среднем показателе по Украине 37,8. Резко отстает Донбасс — Ворошиловградская и Сталинская области.

Процент раненых с тяжелыми повреждениями черепа, нарушением целостности костей, проникающими ранениями груди и живота за время с апреля по декабрь 1944 года составлял 47,8%.

Сроки лечения

Характер повреждения	Количество дней
Бедро с повреждением кости . . . . .	120
Голень с повреждением кости . . . . .	114
Плечо с повреждением кости . . . . .	108
Тазобедренный сустав . . . . .	112
Коленный сустав . . . . .	112
Голеностопный сустав . . . . .	103
Плечевой сустав . . . . .	92

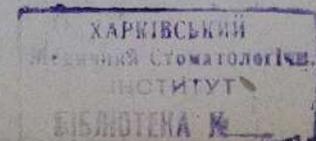
Отдел эвакуогоспиталей Харьковской области с ноября 1944 года приступил к планированию лечебной деятельности.

Каждому госпиталю дается дифференцированный план с указанием всех показателей. Такое планирование чрезвычайно полезно и заметно улучшает качество лечебной помощи. По эвакуогоспиталю Харьковской области, например, с момента планирования резко поднялась работа вспомогательных кабинетов.

Я считаю, что этот опыт должен быть перенесен в другие области Украины. Методику планирования лечебной работы подробно изложил начальник отдела эвакуогоспиталей Харьковской области доктор Н. М. Зеленский в журнале «Врачебное дело».

Огромную роль в повышении качества лечебной работы играет правильная организация терапевтической службы в эвакуогоспиталях. На Украине создана мощная сеть специализированных терапевтических госпиталей во всех областных центрах. Кроме того, организована терапевтическая помощь в значительной части общих и специализированных хирургических госпиталей. В большинстве хирургических госпиталей Левобережной Украины есть ведущий терапевт. Пользуясь случаем, хочу отметить большую работу в этом отношении заслуженного деятеля науки профессора В. М. Коган-Ясного.

Для руководства этой деятельностью в отделах эвакуогоспиталей имеются главные терапевты, обычно высококвалифицированные специалисты. Все-таки надо сказать, что в значительной части хирургических госпиталей работа врачей по внутренним болезням еще не стоит на должной высоте: не поставлена как следует диагностика, не уделяют должного внимания диететике и т. д. Не во всех областях достаточное количество опытных терапевтов, особенно в Черниговской, Полтавской, Запорожской, Ворошиловградской. А удельный вес больных в общей массе лечившихся доволь-



но значителен: он достигает от 13,2% до 28,3%. Самую большую группу составляют заболевания легких, затем язвенная болезнь. Заболевания сердечнососудистой системы составляют небольшую группу.

Специализация и повышение качества работы терапевтических эвакуогоспиталей и укрепление руководства всей терапевтической работой принесли свои плоды: исходы лечения заболеваний внутренних органов в эвакуогоспиталях НКЗ УССР систематически улучшаются. Процент возвращения в строй за 1944 год равен 75,3.

Оценивая исходы всех заболеваний за 1944 год, как удовлетворительные, нужно все же сказать, что по отдельным нозологическим единицам показатели все-таки низки. Сравнительно высокий процент уволенных из Красной Армии в первую очередь относится за счет легочных, язвенных больных, больных с расстройствами сердечнососудистой системы.

Высоки еще сроки лечения. Так, больные с язвенной болезнью лечились 81 день, с органическими заболеваниями сердца — 90 дней, нефрозофритами — 95 дней и т. д.

Из общего количества умерших терапевтических больных значительная часть относится за счет туберкулеза легких и за счет сепсиса. Опыт содружества хирургов и терапевтов в эвакуогоспитале № 3707 (академик Н. Д. Стражеско) доказывает, что сепсис, при современной его диагностике и правильном клиническом ведении, заканчивается часто выздоровлением.

Для повышения качества терапевтической службы в терапевтических и хирургических госпиталях и отделениях необходимо:

1. Обратить особое внимание на повышение квалификации врачебных кадров через институты, или на местах силами областных отделов эвакуогоспиталей.

2. Использовать специалистов-консультантов не только для оказания помощи раненым и больным, но и для повышения квалификации лечащих врачей.

3. Вести борьбу за своевременную, правильную диагностику и рациональную терапию. Это значительно сокращает сроки пребывания больного на койке и способствует большему возвращению в строй.

#### Научная работа

Большое внимание было уделено развитию научной работы в эвакуогоспиталях. Мы преследовали при этом в основном дидактические цели.

Темы касаются методов лечения огнестрельных остеомиелитов, сепсиса, роли антирегулярной цитотоксической сыворотки А. А. Богомольца, иссечения ран, наложения вторичного шва, лечения длительно незаживающих ран и язв, лечения травматических плевритов, бронхиальных свищей, вопросов торакопластики, методов хирургического лечения каловых свищей, разработки методов борьбы с контрактурами и их профилактики, актуальных

вопросов лечения ранений центральной и периферической нервной системы, ранних реампутаций, ранений глаза, челюстей, язвенной болезни, гипертонии и др.

Всего по областям Украины было запланировано на вторую половину 1944 и на 1945 год (переходные темы) свыше 400 научных работ. В соответствии с этим планом было выполнено около 40% намеченных работ.

В 1944 году проведены расширенные межгоспитальные конференции (местные пленумы госпитальных советов) в Киеве, Харькове и в некоторых других областных центрах. На этих конференциях были заслушаны научные доклады по реализованным в 1944 году темам.

В декабре 1944 года Управление эвакуогоспиталей Украины совместно с Харьковским военным округом организовало большую научную конференцию с участием работников Харьковского военного округа и эвакуогоспиталей всего Левобережья. На этой конференции наряду с организационными вопросами заслушано 42 научных доклада, из которых 8 посвящено вопросу о лечении остеомиелитов и 11 — актуальным вопросам восстановительной хирургии.

Систематически проводятся внутригоспитальные и межгоспитальные научные конференции, а также конференции во всех областных центрах и в наших кустовых госпитальных базах.

Дальнейшее выполнение плана научной тематики идет довольно успешно.

Наряду с этим нужно отметить, что научная тематика ряда клиник и научно-исследовательских институтов системы Наркомздрава Украины выполняется на базе эвакуогоспиталей (институт клинической медицины, руководимый академиком Н. Д. Стражеско, клиники некоторых институтов усовершенствования врачей, медицинских институтов, Харьковский психоневрологический институт и др.). Все это содействует успешному проведению научной работы в системе госпиталей, а главное, повышению знаний госпитальных врачебных кадров. Необходимо подчеркнуть, что значительную помощь оказывает нам Киевский институт эпидемиологии и микробиологии, организовавший на базе одного из госпиталей, руководимого главным хирургом проф. Б. Е. Панкратьевым, изучение микрофлоры боевых ран.

#### Культурно-массовая работа

В наших госпиталях проводится большая культурно-массовая работа: оборудованы ленинские комнаты, клубы, красные уголки. Ежедневно во всех палатах проводится читка сводок Совинформбюро. Во всех госпиталях Украины изучаются приказы Маршала Советского Союза товарища Сталина, книга товарища Сталина «О Великой Отечественной войне».

Почти каждый госпиталь имеет свой художественный кружок самодеятельности, в который вовлечено значительное количество раненых и больных. Такие кружки очень часто выступают как в

своих, так и в соседних госпиталях, что является дополнением к концертам, даваемым силами местных и приезжих артистов. Общее количество концертов за 1944 год равно 3351. Кроме того, было 220 театральных постановок.

В госпиталях выступают с докладами и читают лекции, помимо своих и местных лекторов, многие крупные ученые, академики, инженеры, профессора и др. За год прочитано 2975 лекций и докладов на самые разнообразные темы, проведено 3286 бесед.

Много госпиталей имеют киноустановки, некоторые пользуются кинопередвижками. За год продемонстрировано 2840 кинокартин, причем нередко одна и та же картина демонстрируется по нескольку раз в палатах для лежачих.

Силами медперсонала при участии раненых и больных выпущены сотни стенгазет и боевых листков.

Состоялось 629 вечеров - встреч с шефами. Госпитали располагают библиотечным фондом более чем в 30.000 книг, не считая 150 небольших палатных библиотечек, значительным количеством музыкальных инструментов.

Почти все госпитали радиофицированы и имеют свыше 2500 репродукторов. Несколько крупных госпиталей имеют свои мощные радиоузлы.

Однако, несмотря на все положительные стороны нашей работы на этом участке, отмечается и ряд существенных недостатков. В госпитальных библиотеках недостаточно книг, причем подбор литературы носит случайный характер, мало газет и журналов.

К основным недочетам следует отнести также слабо развернутую культурно-массовую работу среди раненых и больных в палатах.

Во многих госпиталях, при наличии хорошо поставленной клубной работы, лежачие больные в палатах иногда предоставлены самим себе. Не проводится санитарная подготовка, нет занятий с малограмотными.

#### Ближайшие задачи

На ближайший период времени мы должны поставить перед собой следующие задачи:

1. Улучшить межгоспитальную и внутригоспитальную сортировку раненых и больных.
2. Применять необходимые хирургические вмешательства как можно раньше, что даст возможность еще более сократить сроки лечения раненых.
3. Повысить хирургическую активность во всех хирургических госпиталях, в частности, применять раннее наложение вторичного шва и иссечение ран.
4. Усилить внимание к вопросу о применении всех мер профилактики и лечения контрактур.
5. Добиться резкого улучшения в организации лечения ранений кисти и пальцев.

6. Добиться полной загрузки физиотерапевтических кабинетов и кабинетов лечебной физкультуры.

7. Во всех госпиталях ввести торфо-грязе-глинолечение, используя оправдавший себя опыт Сумского отдела эвакуационных госпиталей.

8. Ввести во всех госпиталях на весенне-летний период гелиотерапию и аэротерапию, как ценный вспомогательный лечебный фактор.

9. Внедрить в практику работы эвакуационных госпиталей трудовое обучение.

10. В кратчайший срок окончательно перестроить работу в протезно-ортопедических госпиталях в соответствии с приказом Народного комиссара здравоохранения Союза ССР и Начальника главного военно-санитарного управления Красной Армии от 18/1 1945 года № 41/013.

11. Широко внедрить методы активного оперативного вмешательства, главным образом пластические и реконструктивные операции; резко увеличить количество госпиталей по восстановительной хирургии во всех областях.

12. Обеспечить активное воспитание культи комплексными методами (ЛФК, физиотерапевтические процедуры и др.).

13. Обеспечить широкое применение лечебных протезов.

14. Добиться максимального сокращения сроков лечения ампутированных.

15. Широко поставить в протезных госпиталях трудовые процессы и трудовое обучение.

16. Принять меры к систематическому количественному повышению продукции протезных предприятий и к улучшению качества протезов.

17. Во всех протезных госпиталях создать протезные госпитальные мастерские.

Заканчивая итоговый доклад о нашей работе за 1944 год, я надеюсь, что в результате его обсуждения мы выясним недостатки госпитального дела на Украине и наметим пути к дальнейшему улучшению организационной и лечебной работы.

Великая борьба на фронтах войны, которая решает судьбу человечества, уже близка к своему завершению. С еще большей энергией, напрягая все свои силы, мы должны трудиться, чтобы улучшить качество лечения наших славных воинов-героев.

Трудовая семья медицинских работников все свои знания, весь свой опыт нераздельно отдает делу разгрома немецко-фашистских захватчиков. Умножим же свои усилия, будем работать не покладая рук для дальнейшего улучшения госпитального дела.

Да здравствует наша доблестная Красная Армия!

Да здравствует наш родной, великий Сталин!

## СОСТАВЛЕНИЕ ИСТОРИИ ЭВАКОГОСПИТАЛЕЙ НАРКОМЗДРАВА УССР

И. Ф. СЕРБИНОВ

Начальник управления эвакогоспиталей

Народный комиссар здравоохранения СССР тов. Митерев в своем приказе № 674 от 23 декабря 1943 года указал: «Сохранение, систематизация и своевременная обработка всех материалов, охватывающих работу эвакогоспиталей в дни Великой Отечественной войны, является ответственной и важнейшей задачей всех органов здравоохранения и командования эвакогоспиталей».

Являясь бесспорным, это положение приобретает в условиях нашей республики чрезвычайно большое значение, так как деятельность эвакогоспиталей на Украине, протекающая в особых условиях, дала много ценного, интересного материала.

Эта деятельность разбивается на три периода времени, различного по своему содержанию и формам работы.

Период предвоенный (1939—1940 гг.). Развертывание и работа госпиталей во время финской кампании и освободительного похода Красной Армии в Западную Украину.

Первый период Отечественной войны (1941 г.). Развертывание госпиталей, сформированных по мобилизационному плану. Создание новых госпиталей и работа их в условиях отхода Красной Армии и временной эвакуации Украины.

Период развернутого наступления Красной Армии (1944—1945 гг.). Формирование новых эвакогоспиталей и развертывание передислоцированных из восточных областей СССР на территорию Украины, освобожденной от немецких оккупантов благодаря победоносному наступлению Красной Армии.

Деятельность эвакогоспиталей на Украине в годы Великой Отечественной войны протекала в условиях всех этапов эвакуации раненых и больных: в условиях армейского района, фронтового района и района глубокого тыла. Примером могут явиться госпитали г. Запорожья. Формирование там новых единиц было начато в зоне минометного огня, когда немцы находились на противоположном берегу Днепра. Передислоцированный из Бугуруслана госпиталь прибыл в Запорожье, когда бой шли в 25 километрах от города, а Хортица только что была очищена от врага.

Таким образом, мы имеем возможность суммировать опыт формирований, развертывания и работы госпиталей, приобретенный в самых разнообразных условиях их деятельности.

Долг советских медицинских работников сохранить этот опыт для истории советского здравоохранения в годы Великой Отечественной войны.

В целях лучшего суммирования опыта госпитальной работы, мы делим все украинские госпитали на три группы:

1-я группа — эвакогоспитали, сформированные на Украине по мобплану в начале войны, а затем эвакуированные в 1941 году на восток и возвратившиеся снова на Украину;

2-я группа — эвакогоспитали, сформированные на Украине в 1944 году;

3-я группа — эвакогоспитали, сформированные в восточных областях СССР и передислоцированные на Украину в 1944—1945 годах.

Процентное соотношение этих групп к общему количеству госпиталей таково: 1-я группа — 10%, 2-я группа — 32%, 3-я группа — 58%.

Работа по подготовке материалов к «Истории здравоохранения в Отечественной войне» по разделу «Эвакогоспитали в Великой Отечественной войне» проходит у нас в двух направлениях — по составлению «Истории госпитального дела на Украине» и по составлению истории каждого госпиталя.

Методическое руководство этой работой осуществляет заведующий кафедрой здравоохранения Киевского медицинского института профессор С. С. Каган, он же руководитель секции по истории эвакогоспиталей Военно-госпитальной комиссии УМС Наркомздрава УССР.

История госпитального дела на Украине будет состоять из 42 глав, охватывающих все стороны госпитальной жизни по вопросам организационной, лечебной и хозяйственной деятельности.

Темы намечены и утверждены Военно-госпитальной комиссией УМС НКЗ УССР.

К основным темам относятся следующие:

1. Эвакуация эвакогоспиталей на восток и их реэвакуация.
2. Эвакогоспитали на первом этапе Великой Отечественной войны.
3. Формирование эвакогоспиталей на территории, освобожденной от немецких оккупантов.
4. Исторический очерк развития специализированных госпиталей.
5. Основные этапы в хирургической работе эвакогоспиталей.
6. Научная деятельность госпиталей в годы Отечественной войны.
7. Диагностическая работа в эвакогоспиталях.
8. Подготовка госпитальных кадров.
9. Материальное обеспечение госпиталей и т. д.

Впервые во всей полноте вопрос о составлении истории эвакогоспиталей Украины был поставлен перед нами ученым секретарем Военно-госпитальной комиссии УМС НКЗ УССР тов. Росточкин на I пленуме Госпитального совета НКЗ УССР в июле 1944 года. За истекшее время в этом отношении проведена значительная работа, и ко II пленуму Госпитального совета мы пришли с такими результатами: в процессе работы над своей исто-

рией — 38% украинских госпиталей; из них 30% уже завершили эту работу.

Ведущими в этом отношении являются области Сумская (начальник отдела эвакуогоспиталей тов. Водовозов) и Днепропетровская (начальник отдела эвакуогоспиталей тов. Звоницкий). Отстают области Житомирская (начальник отдела тов. Сливко), Каменец-Подольская (начальник отдела эвакуогоспиталей тов. Решов).

Как правило, работа по составлению истории не получила своего развития в госпиталях, прибывших на Украину в 1944 году.

Многие из этих госпиталей попали в тяжелые условия расквартирования; этим обстоятельством некоторые начальники пытаются аргументировать, как непреодолимым препятствием в деле составления истории своего госпиталя.

Мы неуклонно идем к тому, что каждый госпиталь будет иметь обработанные материалы за все время своей деятельности. Ведь суммированный опыт тем будет ценнее, чем большее количество госпиталей он охватит. Для нас, конечно, ясно, что ценность материалов, собранных и обработанных многими госпиталями, различна.

Имеются госпитали (деятельность которых протекала в особых условиях), накопившие огромный опыт организационной работы; имеются госпитали с большим багажом внедрения новых методов лечения, комплексной терапии и т. д.

Опыт таких госпиталей должен быть собран и сохранен особенно бережно, в мельчайших деталях.

С этой целью областные отделы эвакуогоспиталей взяли ряд госпиталей под свое особое наблюдение, особый контроль. Число этих госпиталей составляет 5% общего их количества.

Собирание и изучение материалов производится по плану, разработанному Главным управлением эвакуогоспиталей НКЗ СССР.

К этой работе, как правило, привлекаются начальники эвакуогоспиталей, заместители их по политической части, начальники медицинской части, реже — начальники отделений, ординаторы. Почти не привлекается прочий персонал.

А между тем, составление истории госпиталя — дело всего коллектива. К собиранию материала и его обработке должен быть привлечен весь личный состав. Материалы в процессе переработки должны обсуждаться на научных госпитальных конференциях и на производственных совещаниях.

В некоторых областях (Сумская, Днепропетровская) привлекаются художники, писатели для художественно-литературной обработки материалов.

Имеются отдельные главы и отрывки из истории госпиталей, готовые к печати (Сумы, Киев).

Почти во всех отделах эвакуогоспиталей намечено составление очерков по истории госпитального дела в области. В Харь-

ковском отделе эвакуогоспиталей в этом отношении уже проделана значительная работа. В ближайшее время некоторые материалы будут опубликованы в печати. Сумской отдел эвакуогоспиталей приступил к изучению и обработке материалов.

При ознакомлении с материалами по истории отдельных госпиталей выявляется, что методическая работа в этом отношении поставлена неудовлетворительно.

План работы по подготовке материалов к «Истории здравоохранения в Великую Отечественную войну» по разделу «Эвакуогоспитали в Великой Отечественной войне», предложенный Главным управлением эвакуогоспиталей НКЗ СССР, является лишь общей схемой и требует дополнительных методических указаний, которых госпиталям не имеют.

Методических кабинетов в областных центрах нет. Руководство этой работой осуществляют либо начальник отдела эвакуогоспиталей (Сумы), либо начальник лечебной секции отдела эвакуогоспиталей (Сталино), либо комиссия в составе членов Госпитального совета (Днепропетровск). В большинстве же областей никто не осуществляет методического руководства.

В результате этого отдельные материалы неполноценны. Одни госпитали дают много цифр, сводя историю госпиталя к статистическому отчету. Другие, увлекаясь художественным описанием природных факторов, окружающих госпиталь, почти не отражают организации лечебного процесса.

Некоторые госпитали дают сухой, формальный дневник организационных мероприятий, мало останавливаясь на лечебных показателях.

Основные затруднения, возникающие при составлении истории эвакуогоспиталей, состоят в следующем:

Очень многие начальники передислоцированных с востока госпиталей ссылаются на отсутствие архивных материалов, которые они оставили при отъезде.

Так, например, три госпиталя, прибывшие из Средней Азии в Днепропетровск, сдали Архивному управлению Таджикистана все материалы, характеризующие их работу со дня основания (альбомы, протоколы научных конференций и т. д.).

При этом следует учесть, что значительная часть руководящего состава и врачей госпиталей была заменена при передислоцировании.

Немалое значение имеет также частая смена начальников госпиталей и их заместителей по политчасти. Там, где начальник работает долгое время, подчас все годы войны, сроднился с коллективом, как правило, история госпиталя есть, и что характерно — история, написанная не в порядке формального выполнения приказа, а с любовью, с горячим желанием сохранить свой опыт.

Заявления некоторых начальников, что основными затруднениями в собирании материалов являются: неуккомплектованность гос-

питальных штатов врачами, перегрузка в работе, отсутствие лиц, обладающих необходимым опытом, отсутствие бумаги и т. д., не заслуживают внимания.

Надо отметить, что в ряде случаев серьезным препятствием к составлению истории эвакогоспиталей является непонимание начальниками госпиталей значения этого начинания. Даже и теперь можно услышать иногда: «А зачем, собственно говоря, нужна история госпиталя?».

Начальник эвакогоспиталя капитан медицинской службы Васильева так объясняет отставание в этом вопросе: «В эвакогоспитале работаю с I-VI 1944 г., с историей госпиталя не знакома, а подробных материалов, по которым можно составить ее, нет».

Несмотря на указанные затруднения, на инертность некоторых начальников отделов эвакогоспиталей и начальников госпиталей, все же в деле собирания, обработки материалов и составления истории госпиталей достигнуты кое-какие положительные результаты.

Но сделано далеко не все. Нужно вовлечь в эту работу все госпитали.

В первую очередь необходимо осуществить следующее:

1. Обеспечить все госпитали методическими указаниями по составлению истории эвакогоспиталей.

2. Организовать в областных городах методические кабинеты. На базе этих кабинетов, помимо их текущей работы, проводить совещания госпитальных работников, занятых составлением истории госпиталей, с целью обсуждения обработанных материалов.

3. На ближайших пленумах госпитальных советов областей обсудить состояние работы по составлению истории эвакогоспиталей.

4. Опубликовывать в печати лучшие образцы отдельных глав и отрывков из истории эвакогоспиталей.

5. Дать разрешение госпиталям получать по месту прежней дислокации оставленные там архивные материалы, необходимые для составления истории госпиталя.

### АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПО ЭВАКОГОСПИТАЛЯМ УКРАИНЫ ЗА 1944 ГОД

(По материалам списков умерших)

Проф. И. М. ПЕЙСАХОВИЧ.

Прежде чем приступить к анализу летальности в эвакогоспиталях Украины, необходимо вкратце остановиться на состоянии прозекторской службы в них. В результате временной немецкой оккупации уничтожены лучшие больницы вместе с великолепными зданиями для прозекторских, в том числе патологоанатомического института в г. Харькове при 12-й Советской больнице. Многие прозекторы (проф. Еленевский) погибли от голода. Несмотря на трудные условия, прозектории Украины, благо-

даря хорошим традициям, не прекращают своей деятельности, служащей целям улучшения лечебной работы. Но если раньше у нас были возможности вскрывать всех без исключения умерших в лечебных учреждениях, то теперь в ряде областей ввиду отсутствия патологоанатомов и судебных медиков (Черниговская, Житомирская, Каменец-Подольская области) не производят вскрытий. Лишь в крупных городах — Харькове (проф. Струков и проф. Дерман), Сталино (проф. Пальчевский), Днепропетровске (проф. Моргерштейн), Киеве (проф. Чайка и Даль) вскрытия производят опытные специалисты. При большом дефиците врачебных кадров нельзя требовать немедленной подготовки прозекторов для всех эвакогоспиталей. Да и в этом нет необходимости. Выходом из положения совмещения специальностей. Если другие специалисты отдадут часть своего времени изучению прозекторского дела, то это будет способствовать значительному расширению их научного кругозора и одновременно разрешит в короткий срок проблему подготовки специалистов для вскрытий.

По существующему положению вскрытию должны быть подвергнуты все умершие в госпиталях. Многие отделы эвакогоспиталей добились этого. В частности, вскрытия осуществляются полностью в Харьковской области, несмотря на то, что много госпиталей расположено вне крупных городов. Этого нет, к сожалению, в Днепропетровской, Сталинской и других областях.

Какое внимание уделяют этому вопросу на местах, видно из следующей таблицы, показывающей процент вскрытий к числу умерших в ЭГ за 1944 год:

	% вскрытий
Днепропетровская область	75
Полтавская	97
Сумская	87
Харьковская	99
Сталинская	83
Запорожская	82
Ворошиловградская	93
г. Киев	93
по УССР	90

В госпиталях тыла, где летальность незначительна, нужно добиться такого состояния, чтобы абсолютно всех умерших вскрывали, так как вскрытие имеет большое воспитательное значение и помогает врачам выяснять ошибки диагностического и лечебного порядка. Почему же мы не достигли еще 100% вскрытий всех умерших? Нет этому объяснения в крупных городах, где налицо кадры прозекторов. Другое дело в областях, где госпитали расположены на периферии и прозекторов там не хватает.

Необходимо остановиться и на вопросе о составлении списков умерших к форме № 11. В ряде областей эти списки заполняются крайне небрежно, обозначается только клинический диагноз, а анатомический записывается сокращенно — «тот же».

Этому серьезному и ответственному вопросу—заполнению списков умерших—следует уделять большое внимание.

Переходя к рассмотрению летальности за 1944 год, можно с удовлетворением констатировать, что она значительно снизилась.

Основные причины смерти в наших госпиталях от ранений—это сепсис, абсцессы мозга и эмпиемы. В редких случаях наблюдаются вторичные кровотечения, газовая инфекция, ранения мочеполовой системы и пр. Их удельный вес в причине смерти от ранений незначителен. Основные причины смерти от ранений в эвакуогоспиталях за 1944 год представляются в таком виде:

	(в % %)
Сепсис . . . . .	65
Абсцесс мозга . . . . .	14,5
Эмпиема . . . . .	12,4
Вторичное кровотечение . . . . .	1,2
Ранения мочеполовой системы . . . . .	1
Прочие . . . . .	5,9

По госпиталям областей основные причины смерти от ранений распределяются так:

Область	Сепсис	Абсцесс мозга	Эмпиема	Прочие (в %)
Харьковская . . . . .	54,6	22,2	13,5	9,7
г. Киев . . . . .	68	14	11	7
Днепропетровская . . . . .	74	5,8	10	9,3
Полтавская . . . . .	70	—	20,9	9,1
Ворошиловградская . . . . .	79	17	—	4
Запорожская . . . . .	79	6	11	4
Сталинская . . . . .	77	13	—	10
Сумская . . . . .	54,6	21	19	5,4

В рубрику «сепсис» мы внесли случаи с диагнозом «травматическое истощение». Дискуссия, возникшая в результате доклада Давыдовского на пленуме Госпитального совета НКЗ СССР, а также работа Русакова о своеобразной форме осложнений при огнестрельных поражениях—так называемом «гнойно-раневом истощении» или «раневой чахотке» внесла некоторую путаницу в трактовку раневых осложнений.

В практической работе эта дискуссия преломилась следующим образом: клиницисты направляют на вскрытие труп с диагнозом «сепсис», а патологоанатом ставит диагноз «травматическое истощение». В других случаях клинический диагноз—«травматическое истощение», а патологоанатомический—«сепсис».

Одновременно мы встречали также сочетанный диагноз сепсиса и травматического истощения, что с нашей точки зрения вообще ничем не оправдывается. Это обстоятельство заставило нас для анализа причин смертности ограничиться рубрикой «сепсис», куда включены «сепсис», «травматическое истощение» и

случай с одновременным диагнозом—«сепсис» и «травматическое истощение».

Приведенные цифры показывают, что в Ворошиловградской, Запорожской, Сталинской и Днепропетровской областях удельный вес сепсиса, как причины смерти, значительно выше, чем в других областях.

При изучении летальности от сепсиса в связи с локализацией выясняется, что в огромном большинстве случаев (65%) входными воротами являются поражения нижних конечностей, при этом преимущественно бедер.

Выражается это так:

1. Нижняя конечность . . . . .	65%
2. Позвоночник . . . . .	10%
3. Брюшная полость . . . . .	13%
4. Кости таза . . . . .	5%
5. Верхняя конечность . . . . .	5%
6. Челюсти, глаза, мягкие ткани и проч. . . . .	2%

Поражения верхней конечности как источник сепсиса документируется лишь в 5% случаев.

Авцын указывает, что в 64,7% случаев ранения нижних конечностей являются входными воротами сепсиса, тогда как травмы верхних конечностей лишь в 2,9%. Летальный раневой сепсис в 70,9% случаев встречается при ранениях нижней половины тела.

Установленная закономерность между локализацией поражения и летальностью является следствием огромной всасывающей поверхности верхней трети бедра. Играют также роль благоприятные условия для работы бактерий на питательной среде, возникшей в результате разможнения мышц, а также восходящие тромбофлебиты, лимфангоиты и флегмоны, которые возникают здесь очень часто. Эти явления в свою очередь идут параллельно величине и глубине первичного огнестрельного очага.

Кроме вышеуказанных причин, на крайнюю степень тяжести течения огнестрельных ранений бедра, по мнению Движкова, имеет влияние исходное состояние, в котором находился организм в момент его поражения, т.е. по существу его иммунологический статус, а также его генотип. Движков наблюдал «сепсис с исходом в истощение» чаще всего у лиц с астенической конституцией, причем возраст не имел значения, так как количество случаев до и свыше 35 лет было почти одинаковым.

Наши данные подтверждают наблюдения Движкова. Количество умерших в возрасте до 35 лет и после этого возраста с различными сроками течения сепсиса совершенно одинаково. Однако мы не могли установить закономерности возникновения сепсиса в связи с астенической конституцией. У большинства умерших от сепсиса, которых мы лично подвергали вскрытию, отмечалась так называемая апластическая конституция (Бауэровского типа).

Наибольшая смертность от сепсиса падает на срок течения заболевания выше двух месяцев. В большинстве все эти случаи хронического сепсиса. Однако имеется значительное число слу-

чаев острого сепсиса с продолжительностью течения до одного месяца и подострого — с течением до двух месяцев. Это видно из следующей таблицы:

До 1 месяца	От 1 до 2-х месяцев	От 2 до 3-х месяцев	От 3 до 4-х месяцев	Больше 4-х месяцев
22,5%	19%	23%	15,5%	20%
58,5%				

Дужков наблюдал в прифронтовых эвакуогоспиталях острый сепсис в 8% случаев, при этом большинство из них относилось к концу 1941 и к началу 1942 года. Это были рваные раны с обширным нагноительно-некротическим процессом.

Среди осложнений при сепсисе чаще всего встречаются пневмонии, гнойные затеки и тромбофлебиты, а именно:

	(в %%)
Тромбофлебиты . . . . .	13
Пневмонии . . . . .	19
Метастатические абсцессы . . . . .	7
Анемии . . . . .	8,5
Колиты . . . . .	6
Истощение . . . . .	20
Гнойные затеки . . . . .	16
Флегмоны . . . . .	10,5

Среди основных причин смерти от огнестрельных повреждений, как мы указывали раньше, второе место после сепсиса занимают абсцессы мозга. В правом полушарии мозга абсцессы наблюдались в 53% случаев, в левом — в 38%, одновременно в двух полушариях — в 7% и, наконец, в 2% — у основания мозга. Наибольшее число — 35% абсцессов мозга падает на случаи с длительностью заболевания от 1 до 2-х месяцев; в срок до одного месяца погибают в 15%, а от двух до трех месяцев — в 25% случаев. Чаще всего смерть возникает при осложнениях гнойным менингитом (43%), энцефалитом (32%), прорывом в боковой желудочек (15%) и серозным менингитом (10%). Среди них довольно много случаев внезапной смерти. В 13% абсцессов мозга обнаруживались металлические осколки.

Частота огнестрельных эмпием в смысле локализации совершенно одинакова. Так, в 51% случаев эмпиемы были справа, а в 49% — слева. В 27% случаев эмпием наблюдались поражения органов брюшной полости вследствие комбинированного ранения. Резекция ребер при эмпиемах документируется в 40% случаев. Эмпиемы чаще всего сопровождалась дистрофией (35%), пневмотораксом (35%), а также осложнениями со стороны легких (пневмонии, абсцессы — в 25% случаев).

На основании изучения секционного материала в госпиталях за два года войны в тыловом районе Шабад установил, что наступило «передвижение» туберкулезного процесса от хронических к острым формам. По материалам секций в наших госпиталях много экссудативных форм (36,3%), генерализованного милиарного туберкулеза (16,3%). Случаи цирротического туберкулеза легких наблюдаются лишь в 1,4%. Рост острых форм туберкулезного процесса, обнаруживаемых на вскрытии, подтверждается крайне коротким сроком пребывания больных в лечебных учреждениях до летального конца. Несомненно, поздняя диагностика и отсюда поздняя госпитализация имеют немаловажное значение для объяснения этих коротких сроков пребывания больных в госпитале до смерти. Однако решающую роль играет быстротечная экссудативная форма туберкулезного процесса.

Следует остановиться на расхождениях между клиническими и анатомическими диагнозами. Можно с удовлетворением констатировать, что общий процент расхождений по госпиталям Украины невелик, за исключением некоторых областей (Запорожская, Полтавская). Высок процент частичного расхождения диагнозов по госпиталям Днепропетровской области и по Киеву. Это явствует из следующих данных:

	Полное совпадение диагнозов	Частичное расхождение диагнозов	Полное расхождение диагнозов
(в процентах)			
Днепропетровская область . . . . .	74	11	10
Харьковская . . . . .	91,5	5	4,5
г. Киев . . . . .	80,6	13	6,3
Полтавская область . . . . .	86	4	10
Запорожская . . . . .	76	9	15
по УССР . . . . .	85	8	7

Случаи полного расхождения по нашему материалу наблюдаются лишь при смерти от заболеваний, а при ранениях частичное расхождение диагнозов касается лишь осложнений.

Наибольшее число расхождений связано с диагностическими затруднениями при быстротечных формах туберкулезного процесса, с одной стороны, сепсисом или истощением, с другой стороны. Такие же затруднения возникают при туберкулезе легких и бронхогенном раке, дистрофиях и туберкулезе.

Систематизировать этот материал по нозологическим формам пока невозможно, так как абсолютное число полных расхождений по областям незначительно. Поэтому мы для иллюстрации ограничиваемся только приведением нескольких случаев.

**Случай 1.** Н—ский, 20 лет. Срок заболевания 71 день. Клинический диагноз. Сквозное пулевое ранение средней трети бедра. Раневое истощение.

Анатомический диагноз. Сквозное пулевое ранение средней трети бедра. Милиарный туберкулез.

Здесь острая форма туберкулезного процесса симулирует раневое истощение.

Случай II. М-й, 19 лет. Срок заболевания 21 день.  
Клинический диагноз. Левосторонняя пневмония.  
Анатомический диагноз. Миллиарный туберкулез.

Крайне острое течение (21 день) туберкулеза затруднило постановку правильного диагноза.

Несомненно также, что ареактивное состояние при алиментарной дистрофии не дает возможность врачам фиксировать внимание на основном заболевании, что ведет к досадным расхождениям. Два таких случая мы здесь приводим.

Р-к, 38 лет. Срок заболевания 11 дней.

Клинический диагноз. Алиментарная дистрофия.

Анатомический диагноз. Перфоративная язва желудка. Разлитой гнойный перитонит. Кахексия.

Ч-цев, 51 год. Срок заболевания 95 дней.

Клинический диагноз. Алиментарная дистрофия.

Анатомический диагноз. Бородавчатый эндокардит. Истощение.

Мы можем констатировать, что цифра смертности по госпиталям Украины неуклонно падает. Основной причиной летальности от огнестрельных поражений в наших госпиталях является сепсис, причем число смертей от сепсиса в госпиталях Запорожской, Сталинской, Ворошиловградской и Днепропетровской областей выше, чем в госпиталях других областей.

В 65% случаев входными воротами сепсиса являются поражения нижних конечностей, при этом бедра — в 78%, тазобедренного сустава — в 16%, голени — в 6%.

Наибольшее число (59,5%) случаев смерти от сепсиса падает на срок течения заболевания от двух месяцев и выше, но высока также летальность от острого сепсиса со сроком течения до одного месяца (22,5%).

Главными осложнениями при сепсисе являются пневмонии, истощение, гнойные затеки. Отсюда вытекает, что нужно улучшить диагностические и лечебные мероприятия с целью снижения септических осложнений при ранениях нижних конечностей.

Необходимо признать весьма запоздалой диагностику злокачественных заболеваний, ибо в 25% случаев длительность жизни этих больных не превышала 2—3 месяцев.

Сопоставление клинико-анатомических диагнозов показывает, что огромное большинство случаев расхождений при заболеваниях несомненно вызывается своеобразными быстропотекающими формами туберкулезного процесса. Кроме того, расхождение диагнозов зависит от многочисленных причин, неизвестных нам из материалов довоенного периода (неумелое использование данных анамнеза, недостаточное пользование лабораторными и рентгеновскими исследованиями, бессимптомное течение болезни и пр.).

Еще много частичных расхождений диагнозов в Киеве и Днепропетровской области, хотя число полных расхождений диагнозов здесь невелико.

## РАНЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

### РАНЕНИЯ ГРУДИ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Заслуж. деятель науки проф. Б. Е. ПАНКРАТЬЕВ

#### ТЕЗИСЫ ДОКЛАДА

1. Во время Великой Отечественной войны достигнуты большие успехи по организации помощи раненым в грудь и в разрешении ряда актуальных вопросов торакальной хирургии.

2. На основе богатого опыта войны мной разработана клиническая классификация повреждений (ранений и контузий) груди, а также осложнений этих повреждений, которая легла в основу принципов их лечения на всех этапах эвакуации.

3. Широко внедренная в практику работы МСБ методика ушивания открытого пневмоторакса в сочетании с вагосимпатической блокадой дала хороший результат и привела к резкому снижению процента смертности у раненых в грудь.

4. В более тяжелых случаях при проникающих ранениях с открытым пневмотораксом следует чаще прибегать к более активному хирургическому вмешательству в виде пневмонексии.

5. При лечении раненых в грудь надо следить не только за раной, как таковой, но учитывать возможность развития травматической пневмонии в поврежденном легком и паратравматической подружественной пневмонии в здоровом, неповрежденном легком, своевременно принимая меры к борьбе с этим осложнением (сульфамиды, сердечные и т. д.).

6. Основной задачей в настоящее время является ранняя настойчивая борьба с гемотораксом путем применения повторных разгружающих пункций плевры, что является мерой профилактики гнойного травматического плеврита.

7. Для борьбы с развившимся гнойным травматическим плевритом необходимо рекомендовать широкую торакотомию, по способу Вишневецкого А. В., Коинорса, с последующим систематическим промыванием плевральной полости слабым антисептическим раствором.

8. При хронической травматической эмпиеме с остаточной плевральной полостью наилучшие результаты дает торакопластика

по Линбергу (для более свежих случаев) и по способу Шеде; наиболее рациональна одномоментная торакопластика.

9. При травматическом абсцессе легкого и травматической бронхоэктазии, если консервативные мероприятия оказались безуспешными, необходимо прибегнуть к радикальному хирургическому вмешательству — пневмотомии; другие оперативные вмешательства — френикоэксерез, торакопластика и пр. менее надежны, чем пневмотомия, и могут быть применены как вспомогательные.

10. При гангрене легкого вначале следует применить консервативные мероприятия (препараты типа сальварсана, сульфамиды, пенициллин и др.), а затем при наличии развивающегося плеврита — широкую плевротомию.

11. При наличии стойкого травматического бронхиального свища необходимо производить хирургическое вмешательство с учетом его особенностей, а именно: пластическое закрытие с применением мышечного лоскута на ножке по Абражанову при бронхокожном свище и торакопластику при бронхо-плевро-кожном свище.

12. Удаление инородных тел из грудной полости и из грудной стенки на основе ранее сформулированных мной показаний следует применять более широко.

13. Необходимо возможно шире внедрить активные хирургические вмешательства на грудной стенке — иссечение ран, наложение вторичных швов, резекция ребра по поводу остеомиелита и др.

14. Внедрение в повседневную практику комплексного лечения: хирургических вмешательств, переливания крови, физиотерапевтических методов, лечебной физкультуры, медикаментозного лечения, трудотерапии. Все это содействует снижению процента смертности и улучшению ближайших и отдаленных исходов ранений груди.

### СОЧЕТАННЫЕ РАНЕНИЯ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ

Проф. И. Я. ДЕЙНЕКА

Сочетанными ранениями брюшной и грудной полостей мы называем такие, когда один или несколько снарядов одновременно повреждают брюшную и грудную полость.

На 2300 раненых в грудную клетку, которых мы наблюдали в госпиталях ВЦСПС Свердловской и Молотовской областей, а также в госпиталях Винницкой области Наркомздрава Украины, такие сочетанные ранения составляли 7,4%.

Мое сообщение основывается на изучении по специальной анкете 1000 раненых. На это число сочетанных ранений насчиты-

вался 151 человек. В  $\frac{2}{3}$  это были слепые ранения, причем чаще снаряд находился в брюшной полости, тогда как входное отверстие располагалось на грудной клетке. В 70% эти ранения были нанесены осколками и в 30% — пулями. Раневой канал преимущественно имел косо-фронтальное направление и сверху вниз. В 21,3% помимо органов грудной и брюшной полости были повреждены и другие части тела, преимущественно конечности.

Частота поврежденных органов выражается следующим образом:

Название поврежденного органа	К-во	%
1. Ребра . . . . .	101	67,3
2. Толстая кишка . . . . .	95	64,0
3. Печень . . . . .	57	38,0
4. Тонкая кишка . . . . .	52	34,0
5. Легкие . . . . .	30	20,0
6. Селезенка . . . . .	14	9,3
7. Позвоночник . . . . .	12	8,0
8. Брюшная стенка . . . . .	12	8,0
9. Сальник . . . . .	11	7,0
10. Проникающие раны брюшной полости без поврежденных органов . . . . .	11	7,0
11. Почки . . . . .	11	7,0
12. Желудок . . . . .	8	5,3
13. Спинальный мозг . . . . .	6	4,0
14. Раны, не проникающие в брюшную полость . . . . .	2	1,3

Из таблицы видно, что очень часто помимо ребер повреждаются отделы толстой кишки, печени, тонкой кишки и другие органы. При этом органы брюшной полости поражаются костными осколками сломанных ребер, которые в качестве вторичных снарядов ранят тот или иной орган.

В империалистическую войну значительная часть этого рода раненых погибала на поле боя. В Красной Армии, где квалифицированная медицинская помощь значительно приближена к передовой линии и оказывается уже в первые часы, удалось добиться резкого снижения процента смертности в этих случаях.

На пункт медицинской помощи пострадавшие с сочетанными ранениями доставляются обычно в состоянии тяжелейшего шока, и почти всегда после того как они выведены из этого состояния, производится лапаротомия. Установлено, что при повреждении желудочно-кишечного тракта одинаково часто наблюдаются как дырчатые, так и рваные раны.

Раненые с повреждением грудной и брюшной полости и их органы относятся к числу длительно болеющих и находятся в эвакогоспиталях от 3 до 7 месяцев, а нередко и до одного года.

Клиническая картина довольно сложная. Нередко остеомиелит ребра или хондрит сочетается со свищами, в частности, с кишечными, а это уже предопределяет и тактику хирурга.

Наиболее частые осложнения, наблюдаемые при сочетанных ранениях, таковы:

Название осложнений	Частота	%/о
1 Долго незаживающие раны . . . . .	57	38,0
2 Каловые свищи . . . . .	25	16,6
3 Диастаз мышц живота . . . . .	18	11,6
4 Эмпиемы плевральной полости . . . . .	17	11,0
5 Остеомиелиты ребер . . . . .	15	10,6
6 Послеоперационные грыжи . . . . .	11	7,3
7 Кишечная непроходимость . . . . .	10	6,0
8 Забрюшинные флегмоны . . . . .	10	6,0
9 Хондриты ребер . . . . .	8	5,3
10 Стойкие желчные свищи . . . . .	6	4,6
11 Послеоперационные пневмонии . . . . .	3	2,3

Все эти осложнения с некоторой условностью можно разделить на 3 подгруппы: а) осложнения со стороны грудной клетки; б) осложнения со стороны брюшной полости; в) осложнения и со стороны брюшной и со стороны грудной полостей.

Лечение осложнений после сочетанных ранений грудной и брюшной полостей является в подавляющем большинстве случаев хирургическим. Хирургическая помощь при подобного рода осложнениях обычно сводится к технически сложной и подчас многомоментной восстановительной операции.

При остеомиелитах ребер и хондритах реберной дуги операцией выбора является резекция. Но если при остеомиелитах ребер после резекции рецидивы составляют ничтожный процент (2—4%), то после операций по поводу хондрита рецидивы доходят до 15%. Поэтому при этих осложнениях операция должна сводиться к резекции всей реберной дуги.

Забрюшинные флегмоны и поддиафрагмальные абсцессы являются очень грозными осложнениями, дающими высокий процент смертности. При забрюшинных флегмонах и поддиафрагмальных абсцессах показано раннее и широкое раскрытие гнойника, но затруднение сводится к тому, что раннее распознавание этого осложнения весьма затруднительно.

Каловые свищи, как осложнение после комбинированных ранений, для больных являются особенно тягостными. Каловые свищи могут быть двух видов: а) открывающиеся на месте лапаротомного рубца, т. е. вне раны на грудной клетке и б) открывающиеся через ребро или через межреберный промежуток, т. е. на грудной клетке.

В первом случае закрытие калового свища производится обычным методом, и хирург свои действия почти не связывает с раной в области грудной клетки.

Несколько иной должна быть тактика хирурга при каловых свищах, открывающихся через ребра. Таких осложнений мы наблюдали 8. Это—трубчатые свищи. В этих случаях производилась одномоментная, чрезбрюшинная краевая резекция кишки, на ко-

торой располагался свищ. Энтероанастомоз производился по способу проф. А. В. Мельникова, так называемый «анастомоз 3/4».

В руках автора этой операции — проф. Мельникова, который по этому способу закрыл около 300 кишечных и каловых свищей, рецидивы наступали лишь в 1% случаев. Сущность операции сводится к чрезбрюшинной краевой резекции кишки с сохранением той стенки ее, где прикрепляется брыжжейка, с последующим анастомозом—конец в конец,—когда шов накладывается со стороны просвета кишки.

Желчные свищи разделяются на 2 подгруппы: а) стойкие — при повреждении желчного пузыря и крупных желчных протоков, требующие оперативного вмешательства; б) нестойкие — при повреждении паренхимы печени и желчных протоков малого калибра, закрывающиеся без операции.

При всех видах свищей — кишечных, желчных или гнойных — исключительно ценным является рентгеновский метод исследования и, в частности, фистулография. Этот способ исследования имеет не только диагностическое значение, но с помощью его можно предначертать и характер операции.

Необходимо остановиться еще на одном осложнении — диастазах прямых мышц живота и вентральной грыже. Эти осложнения при комбинированных ранениях, когда имеется расстройство дыхания, особенно часты и грозны. Как первые, так и вторые подчас достигают больших размеров. Осложнения эти требуют также хирургического лечения. Должен подчеркнуть, что это вмешательство является технически сложной восстановительной операцией, хотя на первый взгляд и кажется простой, ибо почти всегда в брюшной полости широкими плоскостными спаиками соединены с передней брюшной стенкой. Отделение этих спаек, перитонизация кишечных петель и пластика передней брюшной стенки требуют от хирурга умения и много времени. Такая операция длится 2—3 часа.

Заслуживает внимания также такое осложнение, как кишечная непроходимость, которую мы наблюдали пять раз.

Все перечисленные осложнения при сочетанных ранениях грудной и брюшной полостей в подавляющем большинстве своем локализируются в верхнем отделе брюшной полости. Все они требуют длительной операции. Возможно, что именно поэтому столь велик процент послеоперационных пневмоний. Их количество заметно уменьшилось после того, как мы по совету Савченко стали проводить специальную подготовку раненых. Сущность этой подготовки сводится к тому, что мешочек в 3—5 кг с песком в течение десяти дней с перерывами укладывался на живот, и под руководством врача или опытной сестры систематически заставляли больного делать глубокие вдохи, что резко увеличивало участие мышц грудной клетки в дыхании и способствовало расплавлению плевральных синусов без участия в дыхании брюшных мышц.

На основании вышеизложенного мы делаем следующие выводы:

1. На 1000 раненых в брюшную полость, наблюдаемых нами в специализированном тыловом эвакуогоспитале, сочетанные ранения брюшной и грудной полостей наблюдались 151 раз, т. е. в 15%.

2. Этого рода ранения относятся к числу сложных, клиническая картина которых нередко протекает по типу ранения двух или нескольких органов.

3. Лечение осложнений после сочетанных ранений грудной и брюшной полостей — хирургическое.

4. Хирургическая помощь при подобного рода осложнениях обычно сводится к технически сложной, подчас многомоментной, восстановительной операции.

5. При сопутствующих остеомиелитах ребер и хондритах реберной дуги операцией выбора является резекция.

6. При забрюшинных флегмонах и поддиафрагмальных абсцессах применимо раннее и широкое раскрытие гнойника.

7. Закрытию калового свища через ребро предшествует резекция пораженных ребер, и, собственно, закрытие свища производится по способу проф. А. В. Мельникова.

#### ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МОКРОТЫ ПРИ РАНЕНИЯХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Доктор мед. наук А. Я. АЛЬТГАУЗЕН

При огнестрельных ранениях грудной клетки, особенно при осложнениях воспалительного характера, в мокроте могут быть обнаружены элементы, указывающие на характер и стадию.

Наличие эластических волокон в мокроте при имевшемся воспалении легкого указывает на деструкцию легочной ткани, наступившую, очевидно, в связи с гнойным размягчением и абсцедированием. Эластические волокна в мокроте при ранении грудной клетки без клинически выраженных явлений воспаления легких, свидетельствуя о некрозе легочной ткани, могут иметь место при микроабсцессах, бронхопультмональных свищах и пр. Само собой понятно, что некроз легочной ткани и появление эластических волокон в мокроте у раненых в грудную клетку могут быть связаны не только с ранением (туберкулез и др.). Тут необходимо подчеркнуть особенное значение, какое имеет обнаружение в мокроте небольших скоплений или обрывков эластических волокон при абсцессе легких. Обычно при этом волокна находятся среди белых телец, в отличие от туберкулеза легких, когда отдельные волокна и обрывки их выявляются вместе с казеозным распадом, а иногда и с гигантскими многоядерными клетками бугорков. Эти лабораторные данные позволяют рано определить как наличие развивающегося абсцесса, который в это время дру-

гими методами исследования еще не выявляется, так и туберкулеза.

В соответственных руководствах обычно указывается, что при абсцессе легких выделяется большое количество мокроты с гнилостным запахом, которая при отстаивании образует три слоя, и в ней находят частицы некротизированной легочной ткани. Такая мокрота наблюдается при уже сформировавшемся абсцессе легких, когда содержимое полости выделяется при откашливании. Но ведь до образования полости проходит определенное время: нагноение обычно нарастает медленно, и в этот период развития заболевания указанные элементы уже имеются в мокроте, свидетельствуя о некрозе легочной ткани. Это способствует раннему диагностированию развивающегося абсцесса легких и, следовательно, имеет немаловажное значение для успешного лечения. Кроме указанных элементов, в этот период развития болезни при бактериоскопическом исследовании мокроты обнаруживается микрофлора, вызывающая нагноение. Чаще всего это стрептококк, иногда стафилококк, иногда оба эти микроба встречаются вместе. В препарате, окрашенном по Граму, указанные микроорганизмы выявляются в чистом виде среди гноя и нередко внутри гнойных телец.

Наличие в мокроте кристаллов гематоидина с большой вероятностью указывает на то, что имеется абсцесс легкого, так как они образуются из гемоглобина в некротических массах.

Пробки Дитриха могут быть обнаружены при бронхоэктазии или абсцессе легкого, так как они образуются из застоявшегося экссудата, элементы которого подвергаются жировой дегенерации и разложению вследствие воздействия ферментов бактериального происхождения.

При исследовании мокроты у больных с проникающими ранениями грудной клетки мы обращаем внимание на следующие особенности:

1. Наличие эластических волокон в мокроте в виде небольших скоплений или обрывков не только у больных с выраженными воспалительными явлениями в легких, но и при клиническом благополучии. Эта группа больных, очевидно, значительна. В одних случаях через некоторое время (2—3 и больше недель) выявлялись определяемые клинически и рентгенологически абсцессы легких.

В других случаях при неоднократном исследовании мокроты обнаруживались эластические волокна в виде небольших скоплений, но при повторных исследованиях они уже больше не выявлялись. При клиническом благополучии и отсутствии изменений в легких, определенном рентгенологическим исследованием, эти больные считались здоровыми.

Встречаются также случаи, когда в мокроте при многократных повторных исследованиях упорно обнаруживаются эластические

волокон, а клинически и при обычном рентгенологическом исследовании характерные изменения для воспалительно-нагноительных процессов в легких не определяются. Очевидно, это больные с наличием бронхопульмональных свищей. Во всех указанных случаях с наличием эластических волокон в мокроте мы упорно искали туберкулезные бактерии, но их не выявили.

2. Местный гемосидероз. Мы имели возможность видеть в мокроте альвеолярный эпителий с гемосидерином, обычно обозначаемый, как клетки сердечных пороков, встречающиеся главным образом при пороке двустворчатого клапана. Здесь никакого порока сердца не было. Очевидно, в связи с ранением имелось кровоизлияние в здоровую легочную ткань с образованием гемосидерина.

3. Гигантоклеточная реакция на инородное тело. В некоторых случаях в мокроте при многократных повторных исследованиях обнаруживались гигантские многоядерные клетки. Такие находки в мокроте не очень редки, и обычно это — ланггансовы клетки, исходящие из туберкулезных бугорков. При тщательных поисках туберкулезные бактерии не были обнаружены. Клинических и рентгенологических данных, подтверждающих туберкулез легких, также не было. Приходилось считать, таким образом, что это элементы гигантско-клеточной реакции на инородное тело. При дальнейшем наблюдении обнаруживались в отделяемом из раны мелкие частицы одежды. Микроскопическое исследование (в нативных препаратах) показывало в гною те же гигантские клетки, что и в мокроте.

4. Элементы тетрады Эрлиха, как осложнение после воспаления и при абсцессе легких в результате ранения в грудную клетку. Мы имели возможность в двух случаях выявить указанные элементы в мокроте спустя 4 месяца после ранения с явлениями абсцедирования.

### ПОКАЗАНИЯ К ПОВТОРНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПОСЛЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ГРУДИ

Проф. С. Л. Минкин

Повторные операции являются серьезным и тяжелым вопросом современной военной хирургии. Они всегда технически труднее первичных, тяжело отзываются на психике больных и нередко доставляют много неприятных минут хирургу.

Уже теперь в хирургических отделениях гражданских больниц и клиниках мы имеем возможность наблюдать достаточное количество больных, перенесших те или иные операции, связанные с проникающими ранениями грудной клетки, у которых продолжает длительно существовать либо незаживающая рана, либо свищевой ход. Особенно много таких больных в госпиталях глубокого тыла.

Настоящее сообщение посвящено выяснению причин и уточнению показаний к повторным операциям. Наши соображения основаны на материале около 600 случаев проникающих ранений груд-

ной клетки, которые мы имели возможность наблюдать в торакальных отделениях.

Все незаживающие раны и свищи после произведенных операций на грудной клетке должны быть разделены на связанные с грудной стенкой и на имеющие связь с плевральной полостью или легкими. Задача хирурга на первом этапе обследования состоит в том, чтобы выявить характер и распространение этих ран и свищей, при этом необходимо тщательно изучить по истории болезни вид и количество произведенных на этапах эвакуации операций и особенно последней. Далее хирург должен использовать все доступные современные методы исследования: зондирование, а в некоторых случаях пальцевое исследование, которое дает возможность выявить связь свищевого хода с плевральной полостью, наличие секвестра, инородного тела. Особенно следует указать на значение рентгеноскопии и рентгенографии грудной клетки. Этот метод дает представление о состоянии легкого, плевральной полости, о наличии, количестве и характере остаточных полостей, характере швартовых наслоений.

Тактика хирурга в тех случаях, когда свищ или незаживающая рана не связана с плевральной полостью, не слишком отличается от обычно применяемой в настоящее время тактики при незаживающих ранах и свищах мягких тканей вообще. Значительно сложнее обстоит дело с незаживающими свищами и ранами, в основе которых лежит та или иная патология плевральной полости или легкого. Причины, их вызывающие, весьма разнообразны, патогенез во многих случаях еще невыяснен.

На первое место среди причин, вызывающих незаживление ран и свищей, следует отнести остаточные плевральные полости, необлитерированные после различных интраплевральных вмешательств, в том числе после операции Геллера, Коннора, «малый Шедер» (частичная торакопластика) и др. Хотя хирург и предпринимает перед операцией по поводу субхронических и хронических гнойных плевритов и остаточных полостей плевры подробное физикальное и рентгенологическое обследование с учетом срока, прошедшего после начала нагноительного процесса, тем не менее в ряде случаев такие операции, как Геллера-Вишневого и Коннора, оказывались для этих больных уже запоздалыми. Следовательно, возникала необходимость производства второй операции уже по типу «малого Шедера» или рассечения шварт висцеральной плевры.

Таким образом, причиной повторных операций в данных случаях является неправильный выбор метода оперативного вмешательства. В нашей практике мы производили повторные операции после операций Коннора в 6 случаях, после операций Геллера — в 7 случаях. Нельзя согласиться при этом с установкой некоторых авторов, которые рассматривают каждую из вновь производимых ими операций как «дополнительную». Такое название для новой и, в сущности говоря, повторной операции не способствует дифференцированному выбору со стороны хирурга метода оперативного вмешательства.

Повторно после операций «малый Шед» мы оперировали 9 больных, из которых 5 являлись нашими собственными пациентами. 5 больных, подлежавших повторной операции, были эвакуированы дальше на Восток.

Частой причиной, ведущей к незаживлению ран и свищей, являются отдельные камеры и ниши, оставшиеся незамеченными и сообщающиеся узким ходом с основной полостью, по поводу которой производилась операция. Следует отметить, что многокамерные остаточные плевральные полости встречаются нередко. Небольшие по размерам, они не всегда диагностируются рентгенологическим методом, а тем более физикально. Узкие ходы, при помощи которых они сообщаются с основной полостью, могут остаться незамеченными, и, таким образом, произведенная операция не дает ожидаемого эффекта; остается незаживающий свищ, который и является поводом для производства повторной операции. Профилактически здесь следует иметь в виду обязательный тщательный осмотр раскрытой полости и зондирование всех подозрительных по цвету и кратерообразному выпячиванию участков плевры.

Нередко поводом для производства повторных операций являются инородные тела в плевральной полости, в швартях париетальной плевры, в периферических отделах легкого, а иногда даже в утолщенной висцеральной плевре.

Любая, самым тщательным образом произведенная операция по поводу острой или хронической эмпиемы огнестрельного происхождения не дает желаемого терапевтического эффекта, если не удалено инородное тело — пуля, осколок, куски ребер, дренаж, тампон и др. Инородные тела в плевральной полости могут иметь двойное происхождение: они попадают в плевру или при ранении, (чаще всего металл или обрывки обмундирования), или во время операции и перевязок (забытые дренажи, тампоны, английские булавки). Нам пришлось по этому поводу повторно оперировать 8 раз. Только в 4 случаях мы имели возможность установить правильный диагноз до операции, так как речь шла об инородных телах, определяемых рентгенологически — металл, дренажи; в остальных 4 случаях это были неожиданные находки — куски резиновой перчатки, тампоны. В двух случаях металлические осколки располагались в синусе, в одном — на периферии легкого; при этом он частично торчал в плевральной полости. Во всех наших повторных операциях по поводу инородных тел наступало быстрое закрытие свища-раны и выздоровление.

Краевые остеомиелиты ребер, возникающие из-за повреждений при проникающих ранениях груди, а чаще после резекции ребер, нередко являются причинами повторных операций. Следует иметь в виду три возможности, которые и определяют соответствующую тактику хирурга:

а) имеется остеомиелит ребра, нагноительный процесс в плевре ликвидирован, остаточная полость отсутствует, свищ не проникает в плевральную полость; операция в этом случае ничем не отличается от операции по поводу остеомиелита любой кости;

б) имеется остеомиелит ребра и одновременно небольшая, чаще пристеночная плоская плевральная полость соответственно расположению остеомиелитического процесса. В этих случаях следует считать, что остеомиелит ребра поддерживает нагноительный процесс в плевре. Операция должна быть радикальной по отношению к пораженному ребру и прилегающей остаточной полости, которую следует широко открыть;

в) имеется сочетание двух патологических процессов — остеомиелит ребра и остаточная полость, влияющих друг на друга.

Поверхностные свищи могут оставаться после полной облитерации полости из-за эпителизации дренажного канала, инфицирования грануляций в глубине этого канала, остеомиелита ребра или сообщения свища с инфицированным реберным хрящом. Диагностирование таких поверхностных свищей не всегда легко. Большую помощь может оказать фистулография. Что же касается тактики хирурга при этих поверхностных свищах, то она заключается в производстве радикальной операции широкого раскрытия всего свищевого хода и полного его иссечения. Из профилактических мероприятий следует указать на необходимость своевременного удаления дренажа и постоянного наблюдения за прогрессирующей вглубь эпителизацией.

Как известно, метод закрытого дренажа по Бюлау-Петерс, в лечении острых нагноительных осложнений плевры занимает очень большое и заслуженное место. Однако этот метод, являясь весьма деликатным, требует большого внимания со стороны лечащего врача. Уже выбор места и времени для его введения должны быть точно обоснованы. Дренаж, не обеспечивающий достаточный отток гноя из-за слишком высокого или низкого его расположения, или частой закупорки густым, богатым фибрином гноем, не только не приносит пользы, но, наоборот, вредит, создавая явно благоприятные условия для перехода острой формы нагноительного процесса в подострую и хроническую.

Особенно следует подчеркнуть значение в профилактике хронического нагноения плевры своевременного удаления дренажа. Длительно находящийся в плевре дренаж должен рассматриваться как инородное тело, способствующее переходу в хроническую форму.

Наиболее часто нам приходилось производить повторные операции именно после неправильного применения методов закрытого дренажа. В этом отношении мы могли отметить ряд нелепостей, как, например, почти десятимесячное дренирование плевральной полости, почти полное отсутствие отделяемого. В ряде случаев размеры плеврального конца дренажа доходили до 20—30 см, свертываясь, естественно, в плевральной полости в клубок.

К причинам, дающим повод для повторных операций, следует отнести гнойники небольших размеров в толще париетальных шварт. На нашем материале мы имели возможность 7 раз наблюдать раненых с такими гнойниками. Размеры гнойников неве-

лики; в двух случаях они были двойными и во всех случаях открывались свищами. В двух случаях были обнаружены мелкие костные осколки. Рентгенологически и физикально полости отсутствовали, также не определялись краевые остеомиелиты, и раненные были назначены на операции по поводу свищей мягких тканей. Только во время операций выявлялась истинная природа заболевания. В 4 случаях было произведено широкое раскрытие гнояника с удалением передней или наружной его стенки, в 3 случаях — резекция участка шварты. Операция сопровождалась иссечением свищевого хода в его кожно-подкожном мышечном отделе. Во всех случаях наступило выздоровление.

Что касается абсцессов легких после проникающих ранений грудной клетки, то они у нас встретились всего в 6 случаях, причем в одном случае на противоположной стороне ранения.

Рассмотрение этого вопроса выходит за пределы настоящего сообщения. Точно так же выходит за пределы этого сообщения вопрос о бронхиальных свищах. Упомяну лишь, что бронхиальные свищи в подавляющем большинстве случаев самопроизвольно исчезали после ликвидации нагноительных процессов в плевре, и только в 4 случаях из 26 явились поводом для повторных операций.

Заслуживает, наконец, внимания, как причина незаживления раны и свищей, туберкулез. Несомненно, что своевременная диагностика туберкулеза в значительной мере будет определять всю тактику хирурга. К сожалению, в наших 3 случаях туберкулезный характер процесса был выявлен слишком поздно на секции после того, как больным были произведены повторные операции без учета комбинации ранения с туберкулезом. Все сказанное лишней раз подчеркивает крайнюю необходимость тщательного обследования раненых, добросовестного изучения рентгенологических и бактериологических данных.

В заключение остановлюсь на тех довольно нередких случаях, когда операционные раны, после даже незначительных операций на груди, после проникающих ранений, не имеют в течение продолжительного времени (3—4—5 месяцев) никакой тенденции к заживлению. У таких лиц мы имели резкое снижение регенеративно-репаративных процессов и резистентности организма. Это состояние почти полностью совпадает с тем, которое Давыдовский описывает как гнойно-резорбтивную лихорадку и травматическое истощение.

Тактика хирурга у постели этой группы раненых представляет большие затруднения. В случаях, когда интоксикация резко выражена, мы почти всегда отказывались от повторных операций. Когда такие попытки делались, они всегда заканчивались печально.

Здесь наиболее уместным следует считать проведение симптоматической терапии, соединенной с рациональным питанием, витаминотерапией, раздражающей терапией и в ряде случаев переливанием крови.

## РАНЕВЫЕ ИНФЕКЦИИ

Н. Н. ВОРОБЬЕВА

Раневые инфекции являются одной из актуальных проблем военно-полевой хирургии. Борьба с ними и их профилактика — важнейшая и наиболее трудная задача санитарной службы.

Установленная поливалентность флоры инфицированных ран усложняет изучение раневой инфекции, так как приходится учитывать значение не только одного какого-либо патогенного микроба, а целую ассоциацию микробов. В раневой поверхности патогенные микробы проявляют свою жизнедеятельность в окружении разнообразной флоры, когда создаются условия синергии, антибиоза, индифферентизма. Под этим влиянием микробы могут изменять свои биологические свойства и тем самым влиять на клиническое течение и исход раневого процесса.

В проводимой нами работе в торакальном госпитале по предложению проф. Б. Е. Панкратьева мы поставили себе целью: во-первых, изучение микрофлоры ран груди; во-вторых, изучение биологических свойств как отдельных микробов, так и их ассоциаций, обнаруживаемых в ране; в-третьих, сопоставить клиническую тяжесть раневого процесса с обнаруженными ассоциациями.

Бактериологически нами было обследовано 85 человек, из них: 28 человек обследовано однократно, 37—трехкратно и 20—пятикратно. Всего было произведено 249 исследований. Обследованные больные были с травматическими эмпиемами после ранений груди, с послеоперационными ранами в результате торакопластики по поводу травматических эмпием при огнестрельных ранениях груди, а также с наличием остеомиелита грудной стенки. По тяжести заболевания процессы подразделялись на тяжелые, средние и легкие.

В результате наших исследований мы выявили, что при раневых инфекциях груди микробы находятся в следующих соотношениях:

1. Гемолитический стафилококк	26
2. Негемолитический »	32
3. Гемолитический стрептококк	16
4. Негемолитический »	8
5. Диплококк	39,3
6. Протей	67,9
7. Псицианеус	15
8. Кишечная палочка	20
9. Лактис аэрогенес	18
10. Перфрингенс	8,6
11. Анаэробный стрептококк	18,6
12. Сенная палочка	6,4

По количеству выделенных видов микробов в обследованных нами ранах мы выявили в 74% ассоциированную инфекцию; моноинфекции обнаружены были в 26%. При этом необходимо отметить, что в число моноинфекций входили и случаи, когда был обнаружен лишь один протей, а учитывая его способность к сплошному росту на питательных средах, затрудняющую выделе-

ние других микробов, мы склонны считать процент моноинфекций несколько меньшим.

Микробные сочетания при ассоциированных инфекциях весьма разнообразны, но чаще всего встречались следующие комбинации:

1. Стафилококки Стрептококки Протей	} 8,1%
2. Стафилококки Протей	} 18,8%
3. Стафилококки Стрептококки	} 5,4%
4. Стрептококки Протей	} 10,0%
5. Стафилококки Протей Дифтероидные палочки	} 10,0%
6. Протей Грам. положительные палочки	} 16,0%

Присутствие стафилококка и протей отмечалось почти во всех микробных сочетаниях.

Повторные бактериологические исследования показали, что состав микрофлоры может изменяться; однако, несмотря на вариабельность флоры, основной состав микробов в ассоциациях, как стафилококк, стрептококк, протей, надолго остается в ране.

У всех выделенных микробов изучались биохимические и биологические свойства.

Для выяснения взаимного влияния гноеродных микробов, обнаруживаемых при раневых инфекциях, мы поставили ряд экспериментальных исследований по изучению их влияния на рост в смешанных культурах.

Изучаемые смешанные культуры были следующие: 1) протей + стафилококк; 2) протей + стрептококк; 3) протей + стафилококк + стрептококк; 4) стафилококк + стрептококк.

Опыты проводились в бульоне с 1% глюкозы, куда добавлялись по одной капле бактериальные взвеси, приготовленные из суточных агаровых культур по оптическому стандарту в 1 млрд. Пробирки выдерживались в термостате при 37° и через 24—48—72 часа производились высевы на агар и подсчитывались колонии. В наших экспериментах мы не смогли отметить какого-либо угнетения микробов. Микробы в смешанных культурах развивались одинаково с контрольными монокультурами.

Нас интересовал вопрос, не изменяются ли вирулентные свойства микробов в ассоциациях. Для выяснения данного вопроса мы определяли вирулентность не только отдельных микробов, но и ассоциаций, обнаруженных в ране. Вирулентность определялась на морских свинках путем внутрикожного заражения. Смешанные культуры готовились за час до заражения, а кроме того, определялась и вирулентность ассоциации микробов после их совместного роста в течение 24 часов при 37° Ц.

Оказалось, что вирулентность микробов в смешанных культурах, изготовленных за час до заражения, а также и выращенных совместно в течение суток, значительно выше вирулентности монокультур. Если монокультуры стафилококка, протей, стрептококка были мало или совсем не патогенными, то в ассоциациях они постоянно оказывались вирулентными. У животных при введении чистых культур стафилококка, стрептококка, протей отмечалось в большинстве случаев отсутствие реакции или незначительные инфильтраты на месте введения. Эти же штаммы в симбиозе друг с другом вызывали у животных на месте введения образование больших инфильтратов с некрозами на поверхности.

Анализируя результаты бактериологических исследований эксудата ран 35 человек с тяжелым течением раневого процесса, мы выявили, что у 23 человек из гнойного отделяемого был выделен стафилококк в сочетании с протеем; у 8 раненых — стафилококк совместно с стрептококком и протеем, а у 4 — протей и стрептококк. Раны были выполнены обильным гнойным отделяемым, с резким неприятным запахом, с наличием грязносерых некротических налетов и бледными, вялыми грануляциями. У всех больных имелась субфебрильная или фебрильная температура и явления общей интоксикации.

Из 34 случаев средней и легкой тяжести раневых инфекций, в 13 случаях обнаружен в гнойном отделяемом стафилококк или стафилококк в сочетании с стрептококком; в 10 случаях выделен один протей и в 11 случаях — протей в сочетании с дифтероидной палочкой или диплококком.

Таким образом, сопоставление клинической картины раневых инфекций с обнаруженной микрофлорой выявило, что наиболее тяжело протекающие раневые инфекции возникают в результате инфицирования раны микробными ассоциациями в составе стафилококка, стрептококка и протей.

Длительность пребывания микробных ассоциаций в ране и явно выраженное неблагоприятное влияние их на течение и исход раневого процесса заставляет обратить самое строгое внимание на профилактические мероприятия против вторичной инфекции, особенно протеем.

Мероприятия должны сводиться не только к соблюдению асептических мер при перевязках больных, но и к применению частой дезинфекции перевязочных палат, где находятся больные с гнойными процессами.

Применение бактериологических исследований имеет огромное значение в терапии и профилактике раневых инфекций и должно широко применяться в хирургической практике.

#### РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА РАНЕНИЙ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ

Доц. И. П. ЛЕРНЕР и доц. И. И. ХЛЕБНИКОВ

Огнестрельные ранения грудной клетки, сквозные или слепые, проникающие с поражением плевры и легкого, осложненные воспалительным процессом, создают такую разнообразную клиниче-

скую и патоморфологическую картину, что хирургам и терапевтам часто трудно разобраться в деталях без рентгенологического исследования.

Уже простая рентгеноскопия дает весьма ценные указания и быстро решает задачи большого значения, недостижимые даже для опытных клиницистов.

Рентгенодиагностика пневмоторакса, гемоторакса, гемопневмоторакса, травматического выпотного плеврита остаточных плевральных полостей, кровоизлияния в легочную паренхиму, абсцессов легких помогает хирургу и терапевту провести необходимые лечебные мероприятия как на передовых этапах, так и в тыловых эвакуогоспиталях.

Рентгенологическая картина крайне полиморфна, и наряду с известными классическими изображениями встречается целая гамма атипичных, своеобразных, еще мало изученных форм. Эту атипичность нам приходится наблюдать при операциях и на секциях. Одной из причин, порождающих трудности рентгенодиагностики, являются глубокие изменения плевральных листков — грубые нашвартования, заслоняющие картину патоморфологических сдвигов в легочной паренхиме.

В мирное время гнойные заболевания легких и плевры преимущественно берут свое начало в легких и часто кончаются в плевре, например, пара- и метапневмонические плевриты, абсцессы легких, опорожняющиеся в свободную плевральную полость.

При гнойных заболеваниях легких и плевры, возникающих в результате ранения груди, начальный процесс превалирует в плевре и иногда осложняется нагноительным заболеванием легких. Таким образом, абсцесс легких и гангрена при ранениях груди являются эпилогом нагноительных плевральных процессов: эмпием, пиопневмотораксов и т. д.

Можно сказать, что если в мирное время центр тяжести гнойных процессов легких и плевры находится в легком, то в военное время он переходит в плевру. Правда, нужно подчеркнуть, что рентгенологическое исследование во многих случаях совершенно не достигает цели по ряду причин, из которых наиболее важными являются шварты и коллапс легкого. Известно, что длительные нагноительные процессы плевры, особенно в военное время (быть может, здесь играет роль травма и характер флоры), вызывают большие нашвартования, которые затемняют картину, создают своего рода панцырь вокруг паренхимы легкого. С другой стороны, наличие газа и особенно жидкости вызывает стойкое спадение легкого. Так, например, у одного раненого с остаточной застарелой эмпиемой была произведена торакопластика по Шеде. После операции в полости плевры развивается гнилостный пиопневмоторакс (карман с разжиженным зловонным гноем зияет), легкое находится в состоянии ателектаза, и ни клинически, ни рентгенологически не удается констатировать каких-либо изменений в спавшемся легком. При явлениях сепсиса больной погиб.

На секции в коллабированном легком — его кортикальном

слое — был обнаружен ряд субплевральных маленьких абсцессов. В противоположном легком, в нижне-краевом отделе обнаружен небольшой пневмонический абсцедирующий фокус.

Необходимо обратить внимание на то, что при ранениях груди создаются не совсем благоприятные условия для исследования простым рентгенологическим методом легочной паренхимы. Несомненно, в спавшейся легочной ткани, в частности, в бронхиальном дереве, происходят патоморфологические и физиопатологические изменения, имеющие свою специфику по сравнению с известными данными о коллабированном легком при искусственном пневмотораксе, даже осложненном пневмоплевритом. В разрешении этих вопросов большую пользу принесет изучение бронхиального дерева бронхографией и томографией. Все же можно сказать, что большей частью первичный очаг нагноения находится в плевре, и легочные изменения, как правило, являются вторичными.

При рентгенологическом исследовании кровоизлияния в легочную паренхиму наблюдаются тенеобразования (инфильтративные изменения), либо отдельные очаги различной величины от  $10 \times 10$  см до  $1 \times 3$  см и меньше.

Нередко мы отмечаем пулевой канал, и на серийных снимках можно проследить его эволюцию вплоть до исчезновения через две-три недели после ранения. Но нередко этот процесс заживления затягивается на много месяцев. При кровоизлияниях в легочную ткань нередко наблюдаются тенеобразования различной величины и плотности, связанные с ателектазами, которые возникают в результате нарушения проходимости бронха ввиду кровоизлияния. Эти ателектазы подвергаются иногда обратному развитию, что можно констатировать при повторных рентгеноскопиях и снимках, либо в них возникают соединительнотканые, индуративные изменения. Быть может, индурация происходит в тех случаях, когда кровоизлияние не остается асептическим и осложняется воспалительным процессом, образованием пневмонического фокуса аспирационной пневмонии, который организуется и даже осумковывается.

Необходимо отметить, что нередко тенеобразования наблюдаются при полном клиническом благополучии. Таким образом, они являются рентгенологической находкой.

Легочные абсцессы встречались довольно редко. Они возникают как осложнения нагноительных процессов — эмпиемы, пиопневмоторакса, либо вокруг металлических осколков, находящихся в легочной ткани. Абсцедирующие пневмонии, как более отдаленные осложнения ранений грудной клетки, отмечаются более часто. Рентгеновское исследование, обнаруживающее гидроаэрическое изображение, полость с жидкостью, является исчерпывающим. Не всегда, правда, можно констатировать эту патогномическую картину.

Некоторые трудности представляет иногда дифференциальная диагностика абсцесса с осумкованным пиопневмотораксом. Картина осложняется, когда одновременно налицо абсцесс и пиопнеumo-

торакс. Мокрота является не всегда критерием для дифференциации, так как нередко пиопневмотораксы прорываются в бронх, образуется бронхопупльмональный свищ, и опорожнение происходит через бронх. Интересно отметить тот факт, что даже характерная опорожнившаяся эмпиема не отличается от мокроты абсцесса и так же располагается. В таких случаях диагноз ставят на основании клинико-рентгенологических и лабораторных данных.

Случаи гангрены легких распознаются с трудом, так как они возникают, как осложнения, зачастую в коллабированном легком, и являются эпилогом длительных нагноительных процессов легких и плевры.

Разнообразную рентгенологическую картину представляют собой плевриты. При гемотораксах и при травматических выпотных плевритах мы отмечаем ту же картину, что и при экссудативном плеврите с характерной параболической линией Демуазо. Дифференциальную диагностику в данном случае можно установить только путем пробной пункции.

Хорошо известна картина гемопневмоторакса, серопневмоторакса и пиопневмоторакса, когда на экране отмечается жидкость с горизонтальным уровнем, легко смещающимся при перемене положения больного, и газовый пузырь над жидкостью. Эти заболевания травматического происхождения представляют некоторые особенности. Так, например, отмечается резкое утолщение плевральных листков и тенденция к ограничению и к осумкованию.

Иногда в плевральной полости находятся инородные тела: металлические осколки, пули и т. п. При исследовании таких больных необходимо применять многоосевое просвечивание.

Для интерлобарного плеврита характерна треугольная тень с основанием, обращенным к корню легкого и верхушкой кнаружи, с четкими очертаниями, вырисовывающимися в положении Флейшнера — резко выраженного лордоза.

Таким образом, приходится наблюдать на экране всю разнообразную гамму плевритов и пневмоплевритов. При помощи рентгенисследований становится возможной их точная локализация, что является ценным и необходимым для произведения пункций, торакоцентеза и особенно для оперативного вмешательства. Уточняется при этом чрезвычайно важный вопрос: путь хирургического вмешательства спереди, сзади или в аксиллярной области. Особенно характерно для огнестрельной патологии легких и плевры образование массивных грубых шварт. Нашвартования образуют настоящий панцырь вокруг легочной паренхимы. В этих случаях суперэкспонированные, жесткие снимки являются необходимыми. Встречаются также междолевые шварты и склерозные капиллярные циссуриты. Необходимо подчеркнуть, что для диагностики этих интерлобарных шварт большую ценность представляет рентгеноскопия и особенно рентгенография.

Большое место занимают остаточные плевральные полости, самые разнообразные по форме и величине. Они зачастую на протяжении многих месяцев остаются стационарными — «застывши-

ми». Легочная паренхима не склонна расправляться, и полость не имеет тенденции к уменьшению ее облитерации.

Необходимо знать, что довольно часто полости сообщаются с бронхом ввиду существования бронхопупльмонального свища. Это определяется во время промывания полостей антисептическим раствором (например, риванолом) с целью эксплуатации полости (больной закашливается и ощущается риванол во рту), что имеет значение при рентгенисследовании полости контрастной массой.

Если констатируется отсутствие бронхопупльмонального свища, то мы пользуемся заливкой полости контрастной массой для точного определения ее конфигурации, расположения и т. д. Применяется 20% стерильный масляный раствор сернокислого бария. Хотя техника весьма проста и безопасна, все же она требует определенного опыта и навыков.

Противопоказанием является в первую очередь бронхопупльмональный свищ. Лихорадочное состояние не противопоказано.

Наливку необходимо проводить в лежачем положении, соблюдая все условия асептики. Жидкость вводится в подогретом виде до температуры тела через тонкий катетер, не под большим напором, медленно. Больному придается разные положения, вплоть до положения Тренделенбурга.

Предварительно необходимо купировать кашель, применяя дионин, кодеин вплоть до морфина, чтобы создать условия полного покоя. При кашлевых толчках выводится обратно контрастная масса. Кашель может также привести к повреждению под тяжестью контрастной массы висцеральной плевры.

Реакция больного на введение контрастной массы может проявиться в виде озноба и повышения температуры и, наоборот, улучшения общего состояния без каких-либо объективных ухудшений. Необходимо вводить контрастную массу после предварительного промывания полости.

Снимки следует производить минимум в двух взаимно перпендикулярных проекциях: в дорсовентральном и во фронтальном положениях. Можно еще добавить одно косое положение, установленное методом вращения по данным рентгеноскопии.

Заполняя полость контрастной массой, хорошо повторить снимки также на следующий день.

Для рентгенограммы показано лежачее положение ввиду того, что полость не всегда удается заполнить целиком, а в лежачем положении контрастная масса распространяется равномерно.

Повторные рентгенографии нужны через 5—7, 14 дней и больше — после предварительной рентгеноскопии, так как контрастная масса остается иногда долго в свищевых ходах, в нишах и т. п.

Это мероприятие имеет большое значение с точки зрения диагноза и прогноза. Оно проливает свет на перспективы течения процесса: произойдет ли самопроизвольная облитерация, либо необходимо хирургическое вмешательство.

После наливки контрастной массы и предварительного туалета

наружный свищ закрывается пластырем. Очень часто пластырь не дает результатов, и мы предлагаем закрывать наружное отверстие полости гипсом на стерильной салфеточке (можно вокруг грудной клетки провести легкую гипсовую повязку).

Что дает плеврография?

Точные морфологические данные, размеры, определяет расположение полости, взаимоотношения полости с диафрагмой, с органами средостения. Она дополняет и уточняет данные, полученные при просвечивании и при снимках без контрастной массы, необходимые для консервативного лечения и, особенно, для оперативного вмешательства.

В случаях, когда полости через несколько месяцев не уменьшаются, применяется торакопластика для западения и ликвидации полости. На основании данных, полученных плеврографией, производится и соответствующая торакопластика — парциальная, тотальная, передняя, задняя и т. д.

Когда не представляется возможным заполнить полость ввиду наличия бронхопьюльмонального свища, и есть необходимость определить размеры ее для операции (торакопластики), наилучшим методом является очертание полости под экраном.

Не менее важное значение имеет плеврография для изучения динамики полости. При повторных плеврографиях мы можем отметить уменьшение полостей вплоть до их исчезновения. Таким образом, динамика полости при ее заливке контрастной массой предопределяет поведение хирурга: при ее уменьшении он воздерживается от операции, при увеличении или стабилизации прибегает к оперативному вмешательству. Конечно, данные плеврографии являются ценными в совокупности с клиническими выводами.

Какое преимущество имеет плеврография с контрастной массой перед рентгенографией без контрастной массы и даже над рентгеноскопией, которая, кстати сказать, является значительно более ценным методом, чем рентгенограмма без наливки? Дело в том, что плеврография с наливкой контрастной массы освещает многие вопросы, возникающие при ведении больных с остаточными плевральными полостями. Плеврография показывает точное топографическое расположение полости, ее морфологию со всеми индивидуальными особенностями. Топографическая локализация дает точные данные о расположении полости кпереди, кзади или в аксельлярной области, следовательно, и торакопластика будет — передняя, задняя или аксельлярная. В этом определении кардинальную роль играет фронтальный снимок. Надо признаться, что столь ценный метод как рентгеноскопия и очертание полости под экраном путем вращения больного не всегда дает результаты, приводя к разочарованию.

Полости — щелевидная, парциальная, веретенообразная — имеют тенденцию к самопроизвольной облитерации, поддаются консервативному лечению, по крайней мере, в большинстве случаев. Гроздевидная и ракетобразная полости не склонны к самопро-

извольной облитерации, и редко поддаются консервативному лечению. Не менее важным является определение объема полости с точки зрения оперативного вмешательства.

Определение поперечного диаметра полости (на фронтальном снимке) устанавливает размер в сантиметрах ребер, которые необходимо резецировать. Определение вертикального диаметра устанавливает количество подлежащих резецированию ребер.

Что касается методики определения величины полости зондом, не говоря уже о том, что некоторые хирурги предостерегают от ее широкого применения, она никогда не дает полного представления о всех вышеуказанных особенностях плевральных полостей, столь важных для лечения больного. Однако мы не хотим сказать, что не нужно вовсе пользоваться этим методом. Он, несомненно, может дать некоторые предварительные и дополнительные данные, но базироваться на исследовании полости зондом для определения величины торакопластики явно недостаточно, а иногда и опасно.

Наконец, наполнение полостей контрастной массой может в некоторых случаях обнаружить трансдиафрагмальные свищи, как, например, сообщение плевральной полости с субдиафрагмальной.

## РАНЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

### ЛЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Проф. И. Н. ИЩЕНКО

генерал-майор медслужбы, член-корреспондент Академии Наук УССР

Трудно изложить в кратком докладе современное состояние рассматриваемого вопроса в свете опыта, приобретенного отечественными и иноземными хирургами в течение войны. Чтобы сколько-нибудь удовлетворительно рассмотреть его, необходимо сосредоточить внимание лишь на важнейших разделах учения о лечении огнестрельных повреждений центральной нервной системы.

Наш опыт сравнительно небольшой. В течение войны на различных этапах санитарной эвакуации (МСБ, ППГ, ЭГ армейского и фронтового тыла, ЭГ внутреннего района) мы оперировали более 500 раненых по поводу огнестрельных черепно-мозговых повреждений и более 150 раненых по поводу тех же повреждений позвоночника и спинного мозга.

Сущность хирургической тактики при огнестрельных повреждениях центральной нервной системы, предопределяется высокой морфологической дифференциацией, чрезвычайной сложностью функций, особенностями реагирования на травму и *contagium vivum*. В связи с этим диапазон лечебных возможностей ограничивается мероприятиями, направленными на предупреждение и лечение шока, на предотвращение и устранение мозговых синдромов, и, наконец, на борьбу с инфекцией. Мы находим возможным рассматривать огнестрельные ранения головного и спинного мозга как две самостоятельные, но соподчиненные темы в аспекте единой доктрины. То обстоятельство, что военно-полевая хирургия начинается в войсковом и кончается в армейском районе, не опровергает мысли о соблюдении принципов единой военной медицинской доктрины без признака — полевой в ближайшем, ближнем и глубоком тылах. Ведь отдаленные результаты рассматриваемых ранений предопределяются и качеством помощи, оказываемой в армейском районе.

### Огнестрельные повреждения черепа и головного мозга

Для уразумения особенностей реагирования головного мозга на силу огнестрельного снаряда следует принимать во внимание физические свойства системы череп — мозг. Важнейшие из них по Holbourn'у следующие:

1. Плотность всех частей мозга аналогична.
2. Сжимаемость мозга ничтожна; чтобы уменьшить объем его на 50%, необходимо приложить давление около 10.000 тонн.
3. Резистентность мозга к силам, деформирующим его, весьма незначительна по сравнению с сопротивляемостью силам, направленным на уменьшение объема.
4. Ригидность черепа значительно превосходит ригидность мозга.
5. Форма черепа и мозга оказывает значительное влияние на локализацию повреждений последнего.
6. Наконец, исключительное значение имеет перемещение частей мозга по отношению друг к другу. Это перемещение происходит в виде скольжения в тех условиях, когда череп приобретает поступательное движение, в частности, ротационное, либо под влиянием удара, либо в связи с падением.

Несжимаемость мозга, заключенного в ригидную капсулу, и весьма ограниченные возможности компенсации повышения внутричерепного давления составляют основание для утверждения действительности доктрины о постоянстве объема внутричерепного содержимого в физиологических условиях. Эту доктрину формулировали еще в прошлом столетии Monro, Kelly, Burrow и Abercrombi. Несколько модернизированная Masserman'ом и в особенности Wed'ом, она не только не утратила своего значения, но завоевала себе прочное место в учении о развитии синдромов мозгового давления. Плюс вещества в полости черепа неизбежно выражается в синдроме повышения внутричерепного давления. Гипертензия обуславливает реакцию со стороны мозга в виде отека. Отек, со своей стороны, ведет к гипертензии. Таким образом, при травме мозга, в особенности закрытой, создается заколдованный круг, который необходимо заблаговременно предусмотреть, распознать и разорвать.

Огнестрельная рана мозга или очаг контузии в некоторых, редких, правда, случаях не обуславливают никакого болезненного состояния. Морфологическим выражением повреждения мозга будет по истечении некоторого времени лишь рубец мозговой ткани с глиозом и склерозом нервных клеток. Однако и такие ранения могут создать различного рода синдромы функционального, органического или инфекционного происхождения как в ближайшем, так и в отдаленном будущем.

Гораздо чаще нарушения структуры мозга и инокуляция микробов влекут за собою разнообразные болезненные состояния. Они разворачиваются то немедленно после нанесения ранения, то

отодвигаются на часы, дни, месяцы и годы и потенциально угрожают больному до конца его жизни. Сложность болезней, обусловленных ранением мозга и инокуляцией микробов, зависит от особенностей реагирования последнего на травму.

Важнейшие реактивные изменения таковы: а) рефлекторные расстройства кровообращения и циркуляции ликвора; б) дисколлоидальные сдвиги — отек и набухание мозгового вещества; в) плазморрея, т. е. протекание плазмы за пределы капилляров вследствие нарушения проницаемости последних; г) асептические реакции вследствие коагуляции и резорбции очагов, размягчения мозга; д) септические реакции.

К местным объективным выражениям морфологической деструкции мозгового вещества и поврежденной сосудов, а также сопутствующих реакций мозговой ткани относятся:

А. Первичный доброкачественный или ранний пролапс мозга, который может возникнуть уже через 2—3 часа после ранения вследствие увеличения объема внутричерепного содержимого. Я еще до войны установил, что давление ликвора в боковом желудочке может подняться через два часа после ранения до 500—600 мм Н<sub>2</sub>O. Неизбежно наступающее при этом повышение внутричерепного давления компенсируется при открытой травме, в частности, пролабированием мозга. Этот тип пролабирования мозга мы наблюдали в МСБ — в 13%, в ППГ — в 8%.

Б. Истечение мозгового вещества описано с предельной ясностью академиком Бурденко. Я наблюдал fluxus cerebri в МСБ у 7 раненых из 200 (15,50%), в ППГ у 23 раненых из 490 (5,70%). Нет нужды доказывать, что наружу изливается лишь мертвое мозговое вещество, бесструктурный детрит. Живая ткань мозга пролабирует, но не истекает. Истечение может продолжаться в течение нескольких дней и быть весьма значительным. При небольшой ране покровов мозговой детрит скопляется под кожей.

В. В 2—3% при проникающих ранениях черепа, сопровождающихся незначительным повреждением кости, наблюдается острая сероцефалия, ведущая к синдрому сдавления мозга.

Г. В 8—10% наряду с повреждениями паренхимы мозга рвутся сосуды такого калибра, что возникающее кровотечение выдвигается по своему значению на первый план, как причина синдрома острого сдавления мозга.

Среди внутричерепных гематом первое место занимают субдуральные, второе — эпидуральные, третье — внутримозговые. Кровотечения в полость черепа довольно часто не распознаются.

Д. Местное реагирование мозга на внедрение микробов выражается в воспалительных процессах, которые ведут к синдромам — абсцесса, энцефалита, менингита, менингоэнцефалита. Однако подчас инфицированная рана мозга или локализирующийся энцефалит (церебрит) протекает в течение некоторого времени без признаков какого-нибудь синдрома.

Важнейшей функциональной особенностью мезенхимы головного мозга является слабо выраженная способность ее локализо-

вать воспалительный процесс. Это свойство находится в прямой связи и с медленными темпами заживания ран мозга.

Доказано, что в очагах повреждения головного мозга репаративные процессы не заканчиваются в течение длительного времени.

Поэтому среди септических осложнений огнестрельных ранений мозга, приводящих к смерти, первое место занимают не абсцессы, а менингиты, менингоэнцефалиты, энцефалиты (Раздольский, Ищенко).

Вследствие замедленного образования демаркационного барьера превращение очага энцефалита в капсулированный гнойник совершается медленно. Острый ранний гнойник, могущий образоваться уже через 5 дней (Бурденко) или через 5—7 дней (Christianson), правильнее именовать энцефалитом, имеющим тенденцию локализоваться, ибо капсулы он не имеет. Термин «не инкапсулированный абсцесс» (Раздольский), по нашему мнению, применять не следует, так как абсцесс всегда инкапсулирован. В отличие от доброкачественного или раннего проляпса злокачественный проляпс (Protrusio cerebri по Петрову) всегда инфекционного происхождения.

Необходимо указать еще на существование особого рода пролабирования мозга.

У раненого более или менее значительный дефект покровов мозга. Рана заживает без серьезных осложнений. Твердая мозговая оболочка срослась по краю дефекта с костью, субарахноидальное пространство изолировано от зоны повреждения пластическим процессом. Мозг постепенно начинает выпячиваться. При поясничном проколе находим повышение давления ликвора — 200—300 мм водяного столба. После эвакуации спинномозговой жидкости выпячивание уменьшается или даже исчезает. На энцефалограмме находим выпячивание бокового желудочка, соответствующее мозговому грибу, т. е. внутреннюю сообщающуюся гидроцефалию. Проходит некоторое время. По мере уплотнения рубца мозг начинает уходить в череп. Наблюдая такого рода пролабирование, мы высказали на конференции хирургов ЮЗФ (1943 г., май) предположение, что оно возникает под влиянием энергии давления ликвора, приводимого в движение в желудочках систолой сердца. Пока рубец, покрывающий мозг, не окреп, пока он слаб, ликвор в момент систолы сердца устремляется не только в третий, а затем в четвертый желудочек, но и выпячивает стенку бокового желудочка по линии наименьшего сопротивления.

Аналогичное предположение, как мы с удовлетворением узнали лишь в 1944 году, высказал O'Connell (Brit. Journ. surg., XXX, 119, 1943).

Болезненные состояния, в которых выражается реагирование мозга на травму и инфекцию, следует именовать синдромами.

Развертыванию этих синдромов свойственны некоторые закономерности. Эмдин говорит о существовании четырех фаз мозгового ранения. Первая соответствует острому периоду, вторая — периоду инфекции (менингиты, менингоэнцефалиты, ранний абсцесс), третья — периоду тлеющих воспалительных очагов, возникающих

вокруг инородных тел. Наконец, в четвертой фазе возникает джексоновская эпилепсия и позднее — абцессы.

По Смирнову следует различать пять периодов: 1) начальный, 2) ранний, 3) межочный, 4) поздний и 5) резидуальный.

На основании личного опыта мы полагаем возможным также выделять пять периодов: 1) острый, 2) затухания острых мозговых синдромов, 3) возникновения инфекционных синдромов, 4) латентная инфекция, 5) реактивных состояний.

Для острого периода характерны первичный шок, хаотическое состояние функций мозга, менингеальный синдром, синдром сотрясения, контузии и сдавливания мозга. Первичный шок сопровождает все проникающие ранения мозга и большинство непроникающих. Мы видели и изучали этот шок во время и вскоре после авиабомбардировок госпиталей, аэродромов и населенных пунктов. Шок этот психогенного и неврогенного происхождения. Его можно назвать и центральным вазомоторным шоком. На синдромах менингеальном, коммоционном, контузионном и компрессионном мы не останавливаемся. Отметим только, что те или иные из них встречаются в 100% при проникающих ранениях, в 60—70% — при непроникающих.

Затухание острых синдромов повреждения мозга, тянущееся в течение 2—5 дней, незаметно переходит в фазу возникновения инфекционных синдромов. Затем следуют остальные периоды эволюции огнестрельной мозговой травмы, в течение которых могут возникать весьма сложные по своей сущности болезненные состояния, выходящие иногда за пределы компетенции хирурга.

Из содержания патологических процессов, наступающих после огнестрельных повреждений мозга и синдромов, не трудно вывести заключение о методах лечения.

Метод лечения болезни нечто большее, чем способ. Метод — это система мероприятий, соответствующих этиопатогенезу болезни. К ним относятся и оперативный акт, как таковой, со всеми его деталями, и фармакотерапия, и химиотерапия, и многое другое. В военно-полевой хирургии вопрос о показаниях к операции при огнестрельной травме мозга изучен весьма подробно.

Из огромного опыта искушенных в этой области хирургов напрашивается вывод, что бесполезно оперировать только тех раненых, у коих необратимо нарушены стволые функции — глотание и сознание. Но и они не абсолютно безнадежны. Энергичные, адекватные состоянию раненого противошоковые мероприятия — и он становится подчас операбельным. Некоторая вероятность сохранить жизнь этой категории раненых вытекает уже из того факта, что роковые часы миновали. Ведь они транспортированы из рогного района в специализированные ППГ. Организм борется и не безуспешно. Надо помочь ему.

При всех типах черепно мозговых ранений (тангенциальные, сегментарные, диаметральные) хирургическая обработка показана, если не наступили необратимые нарушения стволых функций. Операции должна предшествовать борьба с шоком.

Хирургия огнестрельной травмы мозга базируется на следующих положениях:

1. Чем раньше произведена хирургическая обработка черепно-мозговой раны, тем лучшие результаты.

2. В полевых условиях гораздо целесообразнее произвести отличную, при том первую и, по возможности, последнюю операцию через 48—72—96 часов после ранения в специализированном ППГ, нежели плохую — вскоре после ранения — в МСБ.

3. Оптимальная продолжительность покоя и лечения после операции 30 дней. Отлично организованный автотранспорт до истечения этого срока вреда, однако, не приносит.

4. Операция по поводу черепно мозгового ранения должна производиться со скрупулезным соблюдением всех деталей, введенных в хирургию головного мозга мудрыми врачами. Превосходное обезболивание и безупречная асептика, тщательный гемостаз и борьба с шоком, а также с малейшими нарушениями бульбарных функций, безукоризненная обработка раны мягких тканей, кости, твердой мозговой оболочки и мозга — вот незыблемые основания хирургии огнестрельной травмы мозга.

Остановимся на некоторых деталях рассматриваемого вопроса.

Борьба с шоком имеет суверенное значение в остром периоде мозговой травмы, и быстрые противошоковые мероприятия обязательны на самых передовых этапах. Шок может возобновляться во время эвакуации (транспортное шоковое состояние). В специализированных ППГ противошоковые мероприятия дают возможность превратить иноперабельных раненых в операбельных, нетранспортабельных — в транспортабельных.

Шоковое состояние, обусловленное огнестрельным поражением мозга, устраняется или ослабляется под влиянием повторного переливания крови (плазмы, сыворотки), введения в вену гипертонического раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой, впрыскивания кофеина, лобелина, эфедрина. Морфин, бромиды, люминал, мединал несомненно полезны. Нечего бояться морфина. Он опасен только при расстройствах дыхания ствольного происхождения.

При тяжелом первичном вазомоторном шоке я неоднократно получал хорошие результаты от новокаинизации синусо-каротидной зоны или звездчатого узла.

Необходимо зорко следить за гипертоническими синдромами. Осмотрательная и полезная, и необходима. Показана и эвакуация ликвора. Поясничная пункция, правильно осуществляемая, безопасна. Эффективность его зависит не только от понижения давления ликвора, но и от удаления продуктов распада крови и мозга, обуславливающих асептические реакции и блокирующие систему, в которой циркулирует ликвор.

В условиях войны хирургическое лечение черепно мозговых ранений осуществляется в специализированных ППГ или ЭГ. Основу хирургической тактики должна составлять обработка черепно мозговой раны скальпелем. Цель ее — борьба с инфекцией. Механическая антисептика должна приводиться в действие независимо от

времени, протекающего от момента нанесения ранения до поступления раненого в ППГ. Правильная по замыслу и безупречная по выполнению операция безопасна, если она доводится до логического конца, если она будет первой и последней.

Черепномозговая рана — сложная рана. Отличной обработке подлежат все слои, начиная с кожи и кончая мозгом. Форма разреза предопределяется опытом хирурга, видом ранения, локализацией ран на черепе. Линейный или овальный разрез очень легко превратить в случае необходимости в лоскутный.

Рану твердой мозговой оболочки нужно тщательно обрабатывать. Увеличение размеров раны оболочки на несколько миллиметров не только не приносит вреда, но, несомненно, является полезным.

Обработать рану мозга и можно и нужно. Вспомним, что уже под влиянием натуживания из глубины раны извергаются сгустки крови, инородные тела, мозговой детрит. Не зря Баркун, как указывает академик Бурденко, рекомендовал вызывать рвоту с целью повышения внутричерепного давления. Я рекомендовал покашливание, натуживание и никогда в этом не раскаивался.

Удостоверяю, что на сто операций обработки мозговой раны под влиянием повышения внутричерепного давления у 15 чел. извергались из раны металлические осколки, у 18 — костные, у 5 — волосы, у 32 — сгустки крови, у всех — мозговой детрит. В этом нет ничего удивительного. Доказано, что во время опыта Вальсальва давление ликвора повышается до 500 — 800 и даже 1000 миллиметров водяного столба. Трижды возникало довольно значительное кровотечение из глубины. Рыхлый тампон, обильно смоченный перекисью водорода, спокойное выжидание в течение 3—5 минут, приподнятое положение головы или головного конца стола — и все миновало. Прав Баркун, что при подобного рода ситуации нужно хладнокровно ждать, пока не наступит гемостаз.

Мозговой детрит и физическая грязь хорошо уносятся из раны под влиянием перекиси водорода, осторожного промывания ее через мягкий катетер и отсасываний. Обрывки ткани мозга иссекаются острым скальпелем. Осколки удаляются после исследования раны пальцем при помощи пинцета или ложечки.

Если ранение мозга сопровождается образованием первичного пролапса, надо эвакуировать медленно 20—30 см<sup>3</sup> ликвора, а затем обработать кость и мозг. При наличии истечения мозга — терпеливо ждать пока не извергнется мертвый детрит.

Для остановки кровотечения из синусов не пытаться применить шов. Лучшие методы — тампонада или пластика фрагментом мышцы, несущим на себе фасцию — вшивание в дефект синуса, — после предварительного создания широкого доступа к нему со стороны кости. Вшивание мышцы мы применили с успехом трижды, не зная, что оно предложено Бондарчуком. Перевязка синуса кпереди от вены Роланда допустима, кзади от нее — смертельно опасна. Иногда не обойтись без тампонады марлей.

Рана мозга после обработки ее спадается. В этом — западни и

опасности. Никто никогда не может быть уверен, что операцией созданы асептические условия. Да и невозможно этого достигнуть. Нужно дренировать. Но как? Мы полагаем, что способ Деммера забыт напрасно. Суть его известна. Отлично обработанная рана тампонируется на несколько дней по Микуличу. Марля смачивается раствором колларгола. При смене повязки производится поясничный прокол. Под влиянием эвакуации ликвора рана разворачивается, западает. Открываются все бухты и карманы. Снова тампонада. Способ этот хорош. Я применял его и до войны и после, но только с одним коррективом — выстилаю полость раны не марлей, а тонкой перчаточной резиной со многими отверстиями в ней (подобие решета).

Можно дренировать рану мозга и резиновыми полосками.

Рану твердой мозговой оболочки за редкими исключениями зашить не удастся без применения пластики (способ Бурденко и др.).

Мы отказались от припудривания как свежей, так и инфицированной мозговой раны белым стрептоцидом. Он приносит больше вреда, нежели пользы. Кто наблюдал залежи стрептоцида в необработанной или плохо обработанной ране в виде своего рода пропитанных гноем конкрементов, тот откажется от применения его с целью сомнительной стерилизации. От введения растворов стрептоцида в субарахноидальное пространство тоже ничего хорошего не бывает. Гораздо лучше капельное длительное вливание в вену.

Можно ли и нужно ли зашивать покровы черепа? Вопрос этот без четкой конкретизации его беспредметен. Если есть уверенность, что черепномозговая рана отлично обработана и обеспечено зоркое наблюдение за состоянием раненого в условиях оптимального срока лечения на месте, рану покровов можно зашить, но обязательно с применением дренажа (резиновых полос). В других случаях — ограничиваемся направляющими швами, в третьих — оставляем рану открытой. Менее опытному врачу лучше воздержаться от закрытого метода.

После глухого шва, особенно твердой мозговой оболочки, показана повторная эвакуация ликвора для предупреждения разрыва линии шва (отек мозга).

Борьба с инфекционными осложнениями огнестрельных ранений головного мозга чрезвычайно трудна. Основу ее должна составлять эффективная хирургическая обработка свежей и инфицированной черепномозговой раны и сульфамидотерапия.

При наличии даже незначительных свищей, то постоянных, то рецидивирующих, операция безусловно показана, независимо от фазы мозгового ранения. Без хорошей рентгенограммы не обойтись. Край костного дефекта необходимо обработать (небольшие очаги септического и асептического некроза кости). Всегда надо быть готовым встретиться с «бессимптомными» абсцессами, залегающими в веществе мозга.

Подозрительны не только свищи, но и воспаленные рубцы, спаянные с мозгом, если в области ранения обнаруживаются при

рентгенографии костные или металлические осколки. Из 45 такого рода раненых мы обнаружили у 12 бессимптомные абсцессы.

Основу хирургии абсцессов головного мозга, развивающихся после огнестрельных ранений, составляют, по нашему убеждению, следующие положения.

Гнойник подозревается—надо оперировать. Гнойник диагностирован—безусловно оперировать. Тактика ожидания не оправдывает себя. Она необоснована и опасна.

Мы повторно пунктируем гнойники, глубоко залегающие в веществе мозга. Полость промывается физиологическим раствором и заполняется воздухом (последующая рентгенография). Иногда гнойник приближается к поверхности мозга и метод лечения пункциями заканчивается вскрытием абсцесса и дренированием его.

Вскрытие абсцесса и частичное удаление капсулы с последующим эффективным дренажем—наиболее распространенные методы. При этом необходимо всемерно стремиться к удалению инородных тел. Деликатное исследование полости абсцесса при помощи пальца обязательно.

Иссечение гнойника с капсулой требует превосходной техники. Способ этот хорош при абсцессах, залегающих не в непосредственной близости к системе желудочков (вентрикулография), к основанию мозга или к синусам. В некоторых случаях полезно сначала произвести декомпрессию трепанацией, затем пунктировать гнойник и, наконец, через 5—7 дней экстирпировать его с капсулой. Мы оперировали с успехом по этому способу пять раненых.

При злокачественных протрузиях необходимо расширить костный дефект для устранения ущемления вышедшего за пределы черепа участка мозга, эвакуировать 20—30 см<sup>3</sup> ликвора, раздвинуть гнойник или гнойники и дренировать их.

Лечить менингит и менингоэнцефалит очень трудно. Уже в самом начале болезни необходимо применить поясничный прокол или, что еще лучше, субокципитальный. Удаляем не меньше 80—100 см<sup>3</sup> ликвора и вводим в субарахноидальное пространство 40—50 см<sup>3</sup> физиологического раствора. Раствор стрептоцида бесполезен. Куда лучше назначать сульфамиды per os. Пункции приходится применять повторно.

Много тревог доставляет ликворрея, возникающая то первично, вследствие вскрытия желудочков или базальных цистерн, то вторично, по причине разъедания стенки желудочка гнойно-воспалительным процессом. Возможна ликворрея и в связи с операцией: первичная обработка глубоких ран мозга, иссечение абсцесса мозга с капсулой, иссечение рубцов, спаянных с мозгом, содержащих инородные тела. Ликворрея тяжелое, но отнюдь не смертельное осложнение. При наличии первичной ликворреи послойное глухое зашивание раны обязательно. В дальнейшем применяем повторно поясничный прокол, осмотерапию, сухоядение. При вторичных ликворреях инфекционного происхождения мы удаляем весь ликвор и замещаем его воздухом. На других деталях методики борьбы с этим тяжелым осложнением не будем останавливаться.

### Огнестрельные повреждения спинного мозга

Лечение огнестрельных повреждений спинного мозга требует от врача не только знаний патологии и клиники их, но и любви к больному. Безнадежность перспективы, нередко необоснованная, может быть причиной пассивного отношения к раненому, имевшему несчастье попасть в категорию «спинальных».

Многообразие болезненных состояний, возникающих вследствие функциональных и анатомических изменений в спинном мозгу и оболочках, под влиянием кинетической энергии огнестрельного снаряда, можно свести к следующим синдромам:

- 1) острый, спинальный шок;
- 2) длительный шок—ингибция проводимости (функциональный перерыв проводимости);
- 3) сотрясение—контузия;
- 4) компрессия;
- 5) анатомический перерыв (полный, неполный);
- 6) оболочечно-корешковый;
- 7) инфекции.

Огнестрельный снаряд воздействует на мозг либо непосредственно (проникающие ранения), либо через позвоночник (костные осколки, деформация позвонков в пределах их эластичности). Снаряд, не повреждающий позвонков, может быть причиной миелопатии, так как импульс передается через позвоночник на ликвор, а затем на сосуды и нейроны мозга.

Морфологическим выражением травм спинного мозга являются микро- или макроскопическая деструкция клеток и аксонов, кровоизлияния, раны, ушибы, разможжения и разрывы мозга. Для реактивных процессов, не осложненных инфицированием, характерна, если можно так выразиться, пассивность их: сначала неизбежный отек, затем некроз клеток и аксонов, наконец разжижение их и распад. Отек настает уже через 15 минут после травмы и продолжает нарастать в течение многих часов (Allen).

Не описывая перечисленных синдромов повреждения мозга, мы подчеркнем лишь наиболее прегнантные черты некоторых из них.

Острый спинальный шок, сопровождающийся непродолжительным функциональным перерывом проводимости мозга, возникает иногда и во время трудной ламинектомии и под влиянием закрытой и открытой травмы мозга. Он может быть и у раненых в позвоночник, и у подвергнувшихся воздействию взрывной волны.

Синдром длительного шока—ингибции проводимости спинного мозга трудно отличить от синдрома анатомического перерыва. Однако некоторые признаки дают возможность ориентироваться. Диагностическое значение имеют пролежни. Если они возникают в течение первых 24 часов после ранения и быстро прогрессируют, надо предполагать анатомический перерыв спинного мозга. Если они появляются на 3 или 4 день после ранения, более вероятно функциональный перерыв проводимости.

Сущность травматического спинального шока еще не расшифрована. Да и само понятие недостаточно четко очерчено. В экспери-

ментальной патологии спинальным шоком обозначается то состояние дистального отрезка спинного мозга, изолированного путем поперечного рассечения последнего от проксимального, для которого характерно исчезновение тонуса и рефлексов. У человека изолированный от головного мозга спинной мозг находится в состоянии шока дни, недели, и даже, повидимому, месяцы. По миновании шока возобновляется прежде всего функциональная активность гладкой мускулатуры (например, сфинктер мочевого пузыря), затем тонус поперечнополосатых мышц и т. д.

С другой стороны, спинальный шок как острый, так и протрагированный возможен и без анатомического перерыва проводимости.

Для правильного толкования течения синдромов повреждения спинного мозга необходимо сопоставлять все симптомы и изучать динамику их. Так, например, защитные рефлексы, появляющиеся после исчезновения волевых движений, свидетельствуют об ухудшении состояния. Наоборот, появление их и усиление в фазе восстановления волевых движений — признак утешительный. Действительно, и мы видели раненых, возобновление защитных рефлексов у которых совпадало с улучшением их состояния.

Расстройства трофических функций нервной системы, в частности острые пролежни, характерны главным образом для полного анатомического перерыва проводимости спинного мозга. Острые ранние пролежни сочетаются обычно с расстройствами функций вазомоторных спинальных центров. К ним относятся: 1) приапизм, а у некоторых раненых не только набухание кавернозных тел, но и эрекция; 2) повышение кожной температуры частей тела, иннервируемых той частью спинного мозга, которая располагается книзу от места локализации повреждения; 3) пастозность подкожной клетчатки.

Десквамация эпителия почечных лоханок и олигурия могут быть причиной камнеобразования в почках. Обусловленный выпадением функции чревных червов паралич кишечника бывает столь значительен, что у раненого развивается иногда состояние непроходимости. Нам довелось видеть и острое расширение желудка, приведшее к смерти.

Острый пролежень, возникая в тканях, где трофические функции выпали, ухудшает и без того тяжелое состояние раненых. Пролежневый сепсис и является главной причиной той прогрессивной кахексии, которая в сочетании с инфекцией и бронхопневмонией уносит раненых в могилу. Особенно опасен острый пролежень в фазе гангрены.

Расстройства функции мочевого пузыря должны занимать особое место в описаниях синдромов повреждения спинного мозга. Трагизм положения этих страдальцев накладывает на врачей и ухаживающий персонал обязанности проявить особую заботу для предотвращения бед, связанных с нарушениями функций мочевого пузыря.

Деструкция элементов спинного мозга, компрессия аксонов или функциональная ингибция проводимости проявляются на первой

фазе эволюции спинномозговой травмы, независимо от уровня повреждения, в задержании мочи, ибо функция сфинктера либо сохраняется, либо быстро восстанавливается. Активность детрузора надолго исчезает, пузырь переполняется мочой, гидростатическое давление в нем повышается. Наконец, настает момент, когда тонус сфинктера преодолевается, и некоторое количество мочи время от времени изливается из пузыря. Устанавливается своеобразная форма недержания мочи: парадоксальная ишурия, которая может длиться дни, недели и месяцы.

Хотя задержание мочи в инфицированном пузыре не связано с прямой опасностью для жизни, однако эффективная борьба с этим осложнением необходима. Во-первых, ранение спинного мозга может быть причиной угрозы разрыва органа становится реальной. Во-вторых, под влиянием длительного растяжения детрузора, автоматизм пузыря устанавливается либо позднее, либо совсем не наступает. Наконец, в течение первых дней, пока не наступит парадоксальная ишурия, переполнение пузыря ведет к рефлекторному расстройству дыхания и деятельности сердца и может быть, кроме того, причиной гематурии.

Паралитическое растяжение мочевого пузыря способствует возникновению уросепсиса, а недержание мочи, смачивающей покровы тела и постель, создает дополнительный фактор, обуславливающий появление язв и пролежней. Сверх того, под влиянием длительного задержания мочи, неизбежно ведущего к растяжению детрузора, автоматизм мочевого пузыря развивается позднее, что крайне нежелательно.

При повреждениях крестцово-поясничного отдела спинного мозга у некоторых развивается сначала недержание, а затем задержание мочи.

Полная атония мочевого пузыря, т. е. паралич детрузора и сфинктера встречается редко. Не менее редко наблюдается сочетание паралича сфинктера с сохранением тонуса детрузора. Мы видели этот тип нарушений функции мочевого пузыря после огнестрельного ранения крестцовых сегментов спинного мозга. Для него характерно своеобразное явление: моча начинает вытекать из катетера уже после того, как последний миновал область расположения наружного сфинктера, так как под влиянием воздействия тонизированного детрузора на содержимое мочевого пузыря, задняя часть мочеиспускательного канала расширяется и превращается в резервуар, как бы составляющий часть полости пузыря.

Таким образом, типичной формой нарушения функции мочевого пузыря является автоматизм его, который развивается либо тотчас после ранения, либо позже — после предшествующего периода задержания мочи. Чем раньше появляется автоматизм пузыря, тем меньше шансов на возникновение инфекционных осложнений.

Автоматическое опорожнение мочевого пузыря при перерыве проводимости спинного мозга является собой превосходный пример адаптации гладкой мускулатуры органа к выполнению присущей ему

функции в условиях денервации, т. е. выпадения влияния импульсов со стороны центральной нервной системы. Рефлекс к опорожнению возникает обычно после скопления в пузыре 250—300 см<sup>3</sup> мочи.

Септические осложнения огнестрельных повреждений позвоночника многообразны. К ним относятся:

- а) остеомиелит остистых и поперечных отростков, дужек и тела позвонка;
- б) длительно незаживающие свищи и гноиники, зависящие от инородных тел, залегающих на различной глубине;
- в) ретроперитониты при ранениях поясничного отдела позвоночника;
- г) эпидуральные абсцессы;
- д) абсцессы мозга;
- е) менингит;
- ж) пролежни;
- з) гнойный уретрит, цистит, простатит, пиелит, пиелонефрит;
- и) обобщенная хирургическая инфекция, развертывающаяся по типу раневого сепсиса на фоне дистрофии и нарушения трофики.

#### Лечение огнестрельных повреждений спинного мозга

В условиях войны квалифицированная помощь осуществляется только в специализированных ППГ или ЭГ армейского тыла. На предшествующих этапах, в частности в МСБ, должны быть приведены в действие мероприятия, направленные против шока и вторичного инфицирования раны, а также против возможных в условиях транспорта вторичных повреждений мозга костными осколками. В случае невозможности транспортировать этих раненых по правилам, предусмотренным инструкциями ГВСУ Красной Армии, мы рекомендуем при ранениях грудного и поясничного отдела укладывать раненых на живот, при ранениях шейного отдела — на спину с валиком под заднюю поверхность шеи.

В специализированных ППГ показано раннее оперативное вмешательство.

Мы не сможем привести в ортобиотическое состояние очаги некроза мозга. Мы не предпримем сшивания разорванного мозга, ибо это бесполезно. Но мы в состоянии устранить сдавление мозга и предупредить инфекционные процессы. Декомпрессия, удаление излившейся крови и продуктов распада ее, доведенная до конца обработка раны — все эти мероприятия полезны даже при полном перерыве спинного мозга.

Нужно ли оперировать при синдроме полного анатомического перерыва спинного мозга? Никто не возьмет на себя смелость безоговорочно диагностировать полный перерыв. Стало быть, оперативное вмешательство показано при всех типах повреждения спинного мозга.

Стремление советских хирургов к активному вмешательству по поводу синдромов огнестрельных повреждений спинного мозга заслуживает полного одобрения.

Мы защищаем раннюю хирургическую обработку ранений позвоночника, особенно тех, которые сопровождаются повреждением спинного мозга. Даже при наличии синдрома полного анатомического перерыва операция показана. Единственное противопоказание — такое состояние раненого, при котором кровавое вмешательство совершенно невысказимо. Нужно, однако, энергично бороться за жизнь и этой категории раненых. Не нужно никогда забывать, что раненый с полным и необратимым параличом нижних конечностей желает жить.

Объем и содержание хирургической помощи на фронте определяется боевой обстановкой. Однако искусство военно-полевого хирурга в том и заключается, что он должен добиться наилучших результатов в самых тяжелых условиях.

Квалифицированная помощь по поводу ранений спинного мозга может быть осуществлена в специализированном ППГ. Ставя перед собой задачу обработать всех раненых в позвоночник, хирург должен конкретизировать ее по принципу определения относительных и абсолютных показаний. Это нетрудно сделать, и притом без разделения этой категории раненых на многие подгруппы, если следовать указаниям академика Бурденко, если учесть опыт Бакулева и многих других хирургов.

Абсолютные показания:

- а) ранения шейной части позвоночника (малейшие признаки нарушения дыхания или повреждения мозга);
- б) полный или неполный перерыв проводимости, независимо от причины и характера его;
- в) ранения отростков и дужек позвонков;
- г) объективирующаяся инфекция раны.

Относительные показания: рвано-ушибленные и рвано-размозженные раны и корешковые боли.

Операция хирургической обработки раны позвоночника может превратиться в ламинектомию.

Так как раненые этой категории находятся в тяжелом состоянии, то для повышения сопротивляемости организма применяются:

- 1) морфин, кофеин, 5 см<sup>3</sup> камфорного масла;
- 2) переливание крови с эфедрином (лучше капельное);
- 3) гипертонический раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой;
- 4) обильное питье;
- 5) покой на протяжении 2—4—6 часов.

Ламинектомия — операция грубая; дело чести хирурга производить ее с максимальной деликатностью без соревнования на скорость и без внешнего эффекта. Proust и Soubault говорят: а) оперируйте в очень теплой операционной; б) избегайте шока; в) не применяйте антисептических веществ; г) обращайтесь максимально деликатно с нервной тканью; д) тщательно останавливайте кровотечение; е) никогда не дренируйте; ж) по возможности избегайте общего наркоза.

К этому нечего добавить. Можно лишь сказать, что при возникновении шока во время самой операции необходимо на 10—15

минут прекратить операцию, перелить 200—300 см<sup>3</sup> крови, впрыснуть кофеин, предложить больному крепкий чай с вином или кофе и затем продолжать операцию. Разумеется, в некоторых случаях (инфекция) не обойтись без дренирования раны резиновыми полосками.

Твердую мозговую оболочку надо вскрывать при наличии малейших подозрений на неблагополучие под ней. Пульсация ликвора не гарантирует от ошибочных заключений. Последующий шов на рану оболочки обязателен.

#### Лечение расстройств мочеиспускания

В первом периоде синдромов повреждений спинного мозга, когда пузырь и почки не инфицированы, лучшим способом для скорейшего восстановления автоматизма пузыря является ручное выдавливание мочи, осуществляемое каждые четыре часа, при отсутствии механических препятствий в мочеиспускательном канале.

Положение на боку способствует скорейшему и полнейшему опорожнению пузыря.

Одним из наиболее эффективных способов является, однако, цистостомия. Постоянный катетер через мочеиспускательный канал применять не следует. Повторная катетеризация — это заведомое инфицирование уретры и пузыря. Преимущества цистостомии хорошо доказали у нас Чайка, Бакулев и другие. Возражать против цистостомии и критиковать присущие ей недостатки легко. Куда труднее научить, как же поступать в тех случаях, когда ручное выдавливание мочи противопоказано, а от периодической или постоянной катетеризации приходится отказаться вследствие острого простатита, тяжелого уретрита, явного эпидидимита или вспыхнувшей восходящей инфекции почек.

В эвакогоспиталях тыла система лечения синдромов повреждения спинного мозга и различного рода инфекционных осложнений должна быть адекватна болезненному состоянию раненого. Основу ее составляет: 1) безупречный уход за раненым; 2) повышение и укрепление сопротивляемости организма; 3) операция.

Мы имеем возможности укреплять сопротивляемость организма. Повторные переливания крови, преимущественно капельные, витаминные, в частности «С», аутогемотерапия, антиретиккулярная цитотоксическая сыворотка академика Богомольца в особенности, — все это в наших руках.

При наличии гнойных процессов, от чего бы они не зависели, необходима хирургическая активность. При хорошей рентгенограмме и фистулографии мы в состоянии широко раскрыть и эффективно обработать гнойную рану. Не операция страшна, а бесполезное и безнадежное выжидание.

Если гнойный раневой процесс развивается, то наряду с операцией (вскрытие и дренаж очага) приводятся в действие общие мероприятия: введение в кровь антимикробных веществ, капельное переливание крови, капельное введение жидкостей в вену, фармакотерапия.

Инородные тела, обуславливающие гнойные процессы, раздражающие корешки, сдавливающие мозг, должны быть удалены. Очаг остеомиелита подлежит скорейшей ликвидации. Фистулограмма облегчает операцию.

Операция, предпринятая по поводу инородного тела, гнойника или остеомиелита, может превратиться в ламинектомию. Нередко заранее становится ясным, что без ламинектомии не обойтись. Путь к цели через инфицированную рану не должен останавливать хирурга. Нерационально ограничиться debridemen, если по ходу операции окажется необходимой ламинектомия или, если заранее составлено суждение о необходимости последней.

Таковы принципы хирургической тактики при огнестрельных ранениях головного и спинного мозга. Нужно еще раз подчеркнуть, что в хирургии огнестрельных повреждений центральной нервной системы суверенное значение имеют специфические особенности структуры и функции ее, а также своеобразие реагирования на механическую энергию и инокуляцию микробов. В этом западни и трудности для тех, кто не обослаговолит обосновать свои действия патофизиологическими аргументами.

Рациональная активность при ранениях центральной нервной системы и их последствиях заслуживает всяческого поощрения, ибо пределы потенциальных возможностей восстановления функций и устранения патологических состояний установить заранее трудно.

У больных, скажем, повреждена лишь 1/4 поперечника спинного мозга, а параплегия полная. Убрали рубец, и параплегия миновала. Раненый находится в течение двух суток в эпилептическом состоянии (9—10 припадков в день) после ранения головного мозга. Вы иссекаете обширную гранулирующую рану, переходящую в кору мозга, выкраиваете кожный лоскут, закрываете мозг, и припадки прекращаются. Может быть, эпилепсия повторится, но больной спасен.

Остановлюсь на таких примерах. Опирую раненого по поводу гнойного свища, ведущего к задней поверхности тела 3 поясничного позвонка через конский хвост. Удаляю секвестры, освобождаю конский хвост. Раненый выздоравливает.

У раненого осколок лежит под продольным венозным синусом вблизи места слияния последнего с поперечным. С огромным трудом удаляю металл и приношу пользу бойцу.

Подобных примеров можно было бы привести много. Конечно, бывают неудачи. Возможны ошибки, не в этом дело. Задача хирурга мобилизовать все принципы современной нейрохирургии, и успех во многих случаях обеспечен.

#### ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

Проф. З. И. ГЕЙМАНОВИЧ

В течении ранений, проникающих через твердую мозговую оболочку и не проникающих, наблюдается существенное различие. В такой же мере неодинаковы процессы при повреждении элементов