

Проф. В. В. ГОРИНЕВСКАЯ (Москва).

Военно-полевая хирургия и роль врача (не хирурга) на фронте

Военно-полевая хирургия — это по существу неотложная хирургия, или, вернее, неотложная травматология в сложной боевой обстановке.

Военно-полевая хирургия отличается от хирургии мирного времени не только характером повреждений, характером их локализации и течения, но (и это самое главное) той обстановкой, теми условиями, в которых приходится осуществлять лечение. Лечение повреждений, лечение травм в настоящее время выросло в большую самостоятельную специальность — травматологию, требующую серьезного изучения и основательной подготовки. Качество лечебной помощи травматике в нашей стране повышается с каждым годом. Наши возможности и наши требования к лечению травм и к восстановлению трудоспособности пострадавших от случайной уличной или промышленной травмы растут непрерывно. Однако, мы не можем успокаиваться на достижениях специальных травматологических учреждений: мы должны сделать эти достижения обязательными для всех хирургов. Война, которую Пирогов, справедливо назвал „травматической эпидемией“, требует от хирургов основательных знаний по травматологии. Но и этого мало: наша оборонная задача — добиться не только того, чтобы каждый хирург хорошо знал травматологию, но и того, чтобы каждый врач, независимо от специальности, был травматологически грамотным т. е., чтобы он умел в любых условиях оказывать первую хирургическую помощь при травме: сделать перевязку, наложить шины, произвести переливание крови и т. п. Но самое главное, самое необходимое, что должен уметь каждый врач, без чего невозможно рационально оказывать первую помощь, а тем более проводить лечение, это — своевременно поставить диагноз, разобраться в тяжести каждого случая, знать какие мероприятия необходимы при каждой травме, хорошо ориентируясь в том, на каком этапе должна быть оказана соответствующая хирургическая помощь. Эти элементарные знания по травматологии и военно-полевой хирургии необходимы каждому врачу.

Опыт боевых столкновений в МНР и в Финляндии показал, что в военное время силами одних хирургов и травматологов обойтись невозможно. Масштаб современных войн требует участия в организации лечебной помощи раненым широких масс врачей. С другой стороны, было бы совершенно ошибочным думать, как это полагают некоторые, что можно в течение 2-3 месяцев переквалифицировать терапевтов в хирургов, научив их оперативной технике. Это невозможно, да и не нужно. Уменьше оперировать требует длительной подготовки. Но дело не в этом. От врача, работающего в военно-полевой обстановке требуется многое другое, кроме умения оперировать. При

правильной расстановке сил, врачи не-хирурги могут быть с успехом использованы на ряде участков, где не требуется умение оперировать. Однако каждый врач, работающий в обстановке военного времени, независимо от специальности, должен быть вооружен достаточным знанием диагностики травматических повреждений, правил первой помощи, показаний к операции, послеоперационного ухода и, что самое важное, должен быть знаком с организацией всего лечебного процесса на этапах эвакуации в войсковом, армейском, фронтовом и тыловом районах. Только при соответствующей подготовке по этим вопросам врачей всех специальностей мы сможем в будущем осуществлять этапное лечение раненых в том смысле, как это понимается современной военно-полевой хирургией и как это проводится военно-санитарной организацией Красной Армии.

Невозможность во время войны проводить все лечение раненого в одном месте от начала до конца, необходимость как можно скорее оказать ему квалифицированную медицинскую помощь, заставляет разбить эту помощь по этапам. Разрешение поставленной задачи сильно затрудняется тем, что во время больших боев в санитарные учреждения сразу поступают огромные потоки раненых. Еще Н. И. Порогов понимал необходимость проведения этапного лечения, однако в те времена оно понималось просто, как развоз раненых с одного этапа на другой. В то время существовали госпитали 1-й, 2-й и 3-ей линии. По мере переполнения госпиталя, раненые перевозились из одного госпиталя в другой. О плановом, организованном лечении раненых на этапах в те времена не могло быть речи.

Проф. Оппель во время русско-японской войны выдвинул другой принцип этапного лечения. Он писал (Русский врач № 17, 1916 г.) „Под этапным я понимаю такое лечение, которое не нарушается эвакуацией и в которое она входит как неперемнная слагаемая часть. С точки зрения этапного лечения раненый получает хирургическое пособие там, где в этом пособии оказалась надобность. Раненый эвакуируется тотчас-же как только это позволяет его здоровье.“

Эти установки проф. Оппеля, определяющие его взгляд на этапное лечение, приняты как руководящий принцип только в настоящее время; они положены в основу этапного лечения в санитарной службе нашей Красной Армии. Проф. В. А. Оппелю и во время русско-японской и империалистической войны приходилось много бороться за осуществление этого принципа. В санитарном управлении царской армии (Потираловский и др.) господствовал противоположный принцип: „принцип эвакуации во что-бы то ни стало“. В результате проведения такого принципа в царской армии погибли или сделались инвалидами десятки тысяч раненых, которые при правильной организации этапного лечения могли-бы вернуться в строй здоровыми.

Если Оппель встречал постоянное сопротивление со стороны начальствующего состава санитарной службы царской армии в проведении правильных принципов этапного лечения, то в настоящее время в понимании этапного лечения санитарной службы нашей Красной Армии принципы Оппеля получили широкое распространение.

Основной задачей санитарной службы Красной Армии при организации хирургической помощи в войсковом и армейском районах является правильная расстановка сил на этапах эвакуации, правильная расстановка самих этапов с целью организовать пра-

вильное этапное лечение с тем, чтобы действительно каждый раненый получал „хирургическое пособие там, где в этом пособии оказалась надобность“.

Обеспечение правильной хирургической помощи на этапах эвакуации требует четкой, заранее продуманной организации.

Основным условием правильного проведения принципа этапного лечения является четко поставленная сортировка раненых на каждом этапе и внутри каждого этапа.

Сортировка должна носить не только транспортный, но и диагностический характер. Транспортная сортировка определяет характер транспорта и положение пострадавшего при перевозке. В зависимости от характера и локализации ранения, раненый эвакуируется „сидя“ или „лежа“. Лежа эвакуируются преимущественно тяжелораненые и раненые средней тяжести, так называемые „носилочные“ раненые.

Деление на легкокораненых и тяжелораненых, производимое начиная с первых этапов эвакуации, не всегда совпадает с делением на носилочных и сидячих раненых. Обычно принято с точки зрения транспорта считать легкокоранеными раненых в мягкие ткани и в верхнюю конечность. Это понятие должно быть пересмотрено. Опыт показывает, что даже у раненых, которые могут эвакуироваться сидя и передвигаться самостоятельно на ногах, ранения верхней конечности часто осложняются чрезвычайно тяжелым течением и требуют длительного, квалифицированного лечения. Особенно это относится к раненым с повреждением костей, суставов, нервов и сухожилий верхних конечностей.

Производя сортировку на первых этапах и разделяя потоки раненых с самого начала на легкокораненых и тяжелораненых, приходится класть в основу сортировки не только локализацию ранения, но и характер самого ранения (пулевое, осколочное), обширность зоны разрушения тканей (мягкие ткани, кости, сосуды, нервы), множественность этих повреждений и, наконец, общую реакцию организма на полученную травму и общее состояние пострадавшего (шок, тяжелая анемия, развитие инфекции и т. п.). Разделяя, начиная с первых этапов эвакуации, на полевом пункте медицинской помощи (ППМ) потоки тяжело и легкокораненых, мы должны с первых этапов обеспечить квалифицированную помощь и той и другой категории раненых, устраивая отдельные операционные и перевязочные для легкокораненых.

Первичная хирургическая обработка повреждений верхних конечностей, в частности предплечья, кисти и пальцев, правильная иммобилизация поврежденных органов при помощи шин и гипсовых лонгет должна с самого начала производиться со всей тщательностью и вниманием.

Следует отказаться от совершенно неправильного представления, что легко раненых могут лечить мало-квалифицированные хирурги или даже не-хирурги, например, педиатры и гинекологи. Легкораненые это те, которые при правильно поставленном лечении могут быстро, через 10—20 дней, вернуться в строй; они составляют до 50% всех раненых. Понятно, какое огромное значение для государства имеет их быстрое возвращение в строй и правильная организация их лечения. А между тем быстро и хорошо вылечить легко раненых, особенно, если у них преобладают костные повреждения пальцев и кисти — далеко не легкая задача. Над этой задачей должны

работать хирурги-травматологи. Ибо она заключается не только в том, чтобы добиться заживления раны, но и в том, чтобы добиться наиболее полного и наиболее быстрого восстановления функции и восстановления трудоспособности. Даже в обстановке мирного времени для этого требуется высокая квалификация лечащего врача. Итак, первая задача сортировки—разделение потоков легко и тяжело раненых, чтобы они не мешали друг другу и вместе с тем своевременно получали надлежащую помощь. Одновременно с этим при первой же сортировке необходимо сразу выделить тяжелораненых, требующих немедленного оперативного вмешательства.

Такие раненые, как например, раненые в брюшную или в грудную полость (открытый пневмоторакс), раненые, потерявшие большое количество крови, раненые с продолжающимся кровотечением, подлежат срочной эвакуации на ДПМ (в дивизионный пункт медицинской помощи). Этот пункт является основным звеном большой активной хирургической работы. На ДПМ (расположенном в медикосанитарном батальоне—МСБ) производятся все крупнейшие операции. В операционной ДМП работают квалифицированные хирурги—там обойтись без специалистов невозможно. Мало того, опыт показал, что и работа в сортировочной палатке, в той палатке (расположенной у самого въезда на территорию полевого пункта или госпиталя), в которую поступают все раненые с предыдущих этапов, должен работать врач-хирург с хорошей клинической подготовкой, умеющий быстро ориентироваться в состоянии вновь поступающих раненых. Этот врач должен уметь быстро поставить диагноз и дать раненому верное направление—в операционную, в перевязочную, в шокową палатку, на рентгеновский снимок, в осадочник—госпитальную палату для нуждающихся прежде всего в покое и в отдыхе, или, если он не нуждается ни в каком вмешательстве, прямо в эвакуационную палатку для дальнейшей эвакуации в армейские или тыловые госпитали.

В минувшую кампанию, во время войны с белофиннами, врачи нехирурги настолько плохо разбирались в состоянии пострадавшего при травме, в особенностях течения ранений и их осложнений, а главное настолько мало знали основные принципы этапного лечения, сортировки и эвакуации в войсковом и армейском районах, что порой не могли справиться со сложными задачами сортировки и эвакуации в периоды большого накопления раненых. Это—момент чрезвычайно опасный, ибо, если врач, работающий в сортировочной палатке, перестает руководить распределением и направлением раненых, движение их как внутри госпиталя, так и во вне (эвакуация) приобретает стихийный характер, наступает хаос, в котором невозможен отбор наиболее тяжелых раненых, требующих оперативного вмешательства и тщательного послеоперационного лечения и ухода. Без правильно поставленной сортировки такие раненые механически эвакуируются дальше и могут погибнуть на путях эвакуации, своевременно не попадая в руки хирурга.

Чтобы предотвратить эти несчастья, являющиеся результатом неправильной организации медикосанитарной помощи, в ряде армий уже с самого начала белофинской кампании было проведено приказом требование, чтобы на каждом этапе эвакуации в медсанбазе в дивизионных и полевых подвижных госпиталях сортировкой завел и за нее отвечал опытный квалифицированный хирург, вплоть

до начальника хирургического отделения. Как ни обидно отрывать от операционного стола высококвалифицированные хирургические силы и держать хирургов на работе в сортировочной палатке, однако, ничего иного сделать нельзя, т. к. без правильной распределительной работы в сортировке самый искусный хирург не может обслужить в операционной тех раненых, которые больше всего нуждаются в его помощи.

Несколько позже, к концу белофинской кампании, в некоторых госпиталях удалось подготовить к этой работе врачей других специальностей. Ответственный хирург, работающий в сортировочной палатке, подбирал себе хорошего помощника (из числа врачей других специальностей) и тут же изо дня в день при приеме каждой партии раненых приучал его разбираться в состоянии прибывающих раненых и ставить показания для дальнейшего их направления.

Чтобы убедить врачей полевых госпиталей и медсанбатов в огромном значении правильной и четкой сортировки, приходилось действовать не только приказом, но и показом. Каждая ошибка в сортировке или в эвакуации, происшедшая на одном из этапов, разбиралась и прорабатывалась с доведением до сведения виновников этих ошибок. Только после большой разъяснительной работы, проделанной хирургами — консультантами, начальниками госпиталей и начсанармом разрешалось назначать в сортировочную, наряду с хирургами, врачей других специальностей при условии, что это были люди живые, инициативные, клинически хорошо подготовленные врачи, умеющие хорошо разобраться не только в характере ранения, но и в общем состоянии пострадавшего. Врач, работающий в сортировочной, должен уметь поставить диагноз, прогноз и тут же дать правильное направление пострадавшему; для этого необходимо не только хорошо ориентироваться в состоянии раненого, но и одновременно учитывать боевую обстановку, характер данной боевой ситуации, нарастающий наплыв раненых, переполнение данного госпиталя, а также все эвакуационные возможности в данный момент. Одним словом, он должен быть хорошим организатором и хорошим клиницистом.

Вышеуказанными качествами могут обладать не только хирурги, но и врачи других специальностей. Надо только им дать соответствующие знания и клинические навыки по части диагностики и терапии повреждений военного времени.

Наряду с ответственной работой врача сортировочной палатки не менее ответственна работа хирурга в операционной. На долю хирурга, работающего в войсковом районе, выпадают самые сложные операции: лапаротомии, трепанации черепа, операции на грудной клетке, остановка кровотечения и первичная обработка ран конечностей, последняя в ряде случаев является нелегкой задачей.

Ясно, что в войсковом районе, на ДПМ, должны работать высококвалифицированные хирурги.

Как уже сказано, за короткий срок нельзя переквалифицировать врачей других специальностей и научить их оперировать, да еще в сложной полевой обстановке. Оперативная техника осваивается не сразу, она вырабатывается годами. Однако, необходимо разгрузить хирургов, работающих в войсковом и армейском районах, от целого ряда манипуляций и заданий, которые может с успехом выполнить врач любой другой специальности. Наша задача — подготовить хирургу ценного, толкового помощника, врача с хорошей общей медицин-

ской подготовкой. Он должен уметь помочь хирургу в операционной, как наркотизатор и как ассистент, подготовить раненого к операции, соответствующими мероприятиями вывести его из состояния шока, сделать переливание крови, предупредить возможные осложнения.

Работая в перевязочной в одной бригаде с хирургом-травматологом, врач любой специальности учится делать перевязки, накладывать транспортные шины, гипсовые лонгеты и т. п. Быстро производя ориентировочное исследование раненого, он имеет возможность в сомнительных случаях консультировать с бригадиром-хирургом, который при наличии показаний тут же произведет разрез, обработку раны или другую необходимую операцию. Одним словом, в операционной, как и в перевязочной, бригадиром всегда должен быть квалифицированный хирург, у него должны быть хорошие помощники — врачи других специальностей или молодые хирурги, от четкости работы которых будет зависеть пропускная способность перевязочной и операционной.

Наконец, есть еще одна область, где терапевт или врач другой близкой специальности, если только он хороший клиницист, сумеет быть чрезвычайно ценным помощником хирургу. Это — работа в послеоперационной палате.

Опыт минувших кампаний убедил нас в том, как плохо переносят полостные раненые эвакуацию в послеоперационном периоде. После лапаротомии, после операции закрытия пневмоторакса, после трепанации черепа эвакуация может быстро повести к смертельному исходу. Эта опасность особенно велика, если эвакуация производится по разрушенным дорогам в зимние морозы.

Несколько случаев гибели раненых на путях эвакуации заставили немедленно, в порядке приказа по армии, запретить эвакуацию нетранспортабельных. Тяжелораненых стали задерживать, госпитализируя их в специальных палатках. Этого мало. Надо было в послеоперационных палатках обеспечить хороший уход и постоянное врачебное наблюдение. Наш опыт работы на Карельском перешейке с необычайной наглядностью подтвердил, что как смертность, так и количество осложнений в послеоперационном периоде резко снижаются там, где нам удается после операции задержать оперированных на месте, создавая для них хорошие госпитальные условия, постоянный уход и бдительное врачебное наблюдение.

Мы выделяли для таких раненых лучшие, утепленные палатки, оборудованные хорошими койками, с некоторым (относительным) комфортом, доставали для них теплые меховые одеяла, пуховые подушки, химические грелки, резиновые круги и специальное медицинское оборудование.

Непременным условием успешной работы таких осадочников является организация хорошего медицинского обслуживания не только среднего и младшего медсостава (мы назначали туда лучших сестер, дружинниц и санитаров), но и квалифицированного врачебного персонала.

В послеоперационном периоде лучше всего обслужит раненого хирург, который произвел ему операцию. Однако, опыт показал, что во время больших боев оперирующие хирурги бывают до такой степени перегружены, что иногда по несколько суток не выходят из операционной. В этих случаях оперированные больные могут ос-

таться без врачебного наблюдения в течение нескольких дней, как раз тех дней и часов, когда они больше всего нуждаются во врачебной помощи.

Так, например, после операции на кишечнике раненому необходимо: промыть желудок, сделать (при показаниях) переливание крови, назначить, в зависимости от состояния, то или иное медикаментозное лечение. После мозговых операций иногда необходима спинномозговая пункция, введение в спинномозговой канал или внутривенно тех или иных лекарственных веществ (стрептоцид, уротропин, и т. п.). При ранениях грудной полости, в случаях нарастающего гемоторакса понадобится откачивание скопившейся крови и т. п. Все это следует производить во-время по определенным показаниям, постоянно наблюдая и следя за малейшими изменениями в состоянии оперируемых больных. Врач любой специальности — терапевт, гинеколог, педиатр, умеющий наблюдать и исследовать больного, должен улавливать малейшие изменения в его состоянии и применять соответствующие меры, при необходимости консультируясь с хирургом.

Основным лозунгом, с которым советские хирурги ехали на фронт и который все врачи старались проводить в боевой обстановке, было: „не снижать качества лечения“. Мы считали для себя обязательным в любых боевых условиях предоставить раненому бойцу и командиру ту высококвалифицированную помощь, которую он вполне заслужил, защищая свою родину. Начиная с Медикосанитарных батальонов (МСБ), расположенных в 18—10 км, а иногда в 5 км от линии огня, а также в Дивизионных и Полевых подвижных госпиталях, создавался операционный и перевязочный блок, что обеспечивало возможность в течение круглых суток оперировать с соблюдением всех правил асептики.

Развертывая госпитали в далеких степях Монголии, на берегу реки Халхин-Голл, мы вырывали глубокие котлованы, на дне которых устанавливали операционные палатки. Сверху палатки покрывались травой, чтобы замаскировать их и скрыть от воздушных налетов неприятеля. В соседней маленькой палатке, в автоклаве стерилизовался материал (белье, марля), тут же рядом, в предоперационной палатке, кипятились инструменты. Мы оперировали и перевязывали в перчатках, которые у нас имелись в достаточном количестве. Рядом с операционной работал электрический двигатель, давая нам возможность оперировать при электрическом освещении. В некоторых МСБ и в большинстве полевых подвижных госпиталей к нашим услугам были рентгеновские установки, благодаря которым мы имели возможность при необходимости определить локализацию пули при повреждениях черепа, брюшной и грудной полости, при ранениях конечностей — определять характер повреждения костей и суставов, а также во время диагностировать развивающуюся гангрену.

Начиная с МСБ была организована специализированная помощь при челюстно-лицевых ранениях, при ранениях глаз, уха, гортани и носа. Операции на мозгу делались или нейрохирургами или общими хирургами при консультации невропатолога.

Так было в степях МНР у Халхин-Голла, так же было в суровых условиях зимней кампании в Финляндии. Несмотря на лютые морозы, несмотря на необходимость работать в разрушенных и сожженных городах и селениях мы оборудовали наши операционные и перевязочные

зочные так, что в них можно было работать, не снижая качества хирургической техники. Иногда это были заброшенные барские дачи, пансионаты, которые приходилось тут же наскоро ремонтировать, заменяя разбитые стекла фанерой, иногда это были избы, сараи, иногда — деревянные складные бараки, чаще всего — утепленные палатки. Перевязочный материал, оборудование, оснащение мы получали в достаточном количестве. Если чего-нибудь нехватало, Ленинград доставлял нам и материал и оснащение и живую медицинскую силу. В период усиленных боев на самые ответственные участки, туда, где кипела хирургическая, оперативная работа, посылались автохирургические отряды (операционная и рентген на машинах) в полном снаряжении вместе с высококвалифицированными специалистами и средним медперсоналом. Еще более подвижные „группы усиления“ (два-три хирурга, операционная и перевязочная секстра) представляли собой те ударные бригады, которые перебрасывались в места наиболее напряженной работы, разгружая переутомленных товарищей и помогая справиться с нарастающим потоком раненых.

Как в Монголии, так и во время белофинской кампании мы работали рука об руку с бригадой патолого-анатомов, которые часто давали нам чрезвычайно ценные указания, корригируя наши действия и предупреждая возможность повторения невольных ошибок. Так, на основании патолого-анатомических вскрытий проф. Васильева, суммировавшего и анализирувавшего патолого-анатомический материал войскового, армейского и тыловых районов всего финского фронта, мы узнали, что основными причинами смерти являются: шок и кровопотери (30,5% всех летальных исходов) и вторичная инфекция (49,0% всех летальных случаев).

Из этих данных видно, что борьба с шоком и острыми кровопотерями составляет одну из первых наших задач на этапах войскового и армейского района. Своевременно и правильно наложенный жгут на ППМ, перевязка сосудов при кровотечении на МСБ и в ППМ, широко проводимые переливания крови при шоке и при острых кровопотерях — вот основные мероприятия, которые, будучи проведены своевременно, могут предупредить смертельный исход. Следует отметить, что регулярная доставка на фронт больших количеств консервированной крови открывала нам широкие возможности борьбы с шоком и с большими кровопотерями.

Ясно, что в борьбе с шоком и с кровопотерями могут и должны принимать активное участие не только хирурги, но и врачи любой другой специальности, которые в военно-полевой обстановке, производя переливание крови, освободят руки хирургов для больших ответственных операций. Самая частая причина смерти (почти половина всех смертельных случаев) — вторичная инфекция. Смерть от вторичной инфекции наступает обычно не раньше армейского района, чаще всего в фронтовых и даже в тыловых госпиталях. Развитие вторичной инфекции начинается раньше и зависит от недостаточной борьбы с ней на первых этапах эвакуации. Все огнестрельные ранения являются первично инфицированными. Правильно поставленная первичная хирургическая обработка ран — это основное средство предупредить развитие вторичной инфекции. Недаром 82,4% всех операций, произведенных в войсковом и армейском районах (по данным проф. Банайтиса) падает на первичную обработку ран. Эти опе-

рации должны производиться квалифицированными хирургами. К сожалению, далеко не все хирурги в минувшую кампанию достаточно хорошо владели техникой первичной обработки огнестрельных ран.

Мало того, далеко не все хирурги уяснили себе основные принципы первичной обработки ран по методу Фридриха. В то время, как основой первичной хирургической обработки ран является тщательное иссечение всего раневого канала с удалением всех размозженных и размятых тканей, некоторые хирурги в первое время работы на фронте считали достаточным иссечение кожных краев раневого отверстия, после чего позволяли себе зашивать входное и выходное отверстие наглухо. При этом не учитывались особенности и характер раневого канала при огнестрельных ранениях — его глубина, извилистость и сложность. Под глухими швами создаются благоприятные условия для развития инфекции, особенно анаэробной, газовой инфекции. При первых же трагических сигналах (случаи развития газовой инфекции после зашивания наглухо недостаточно обработанной огнестрельной раны) вопрос о первичном шве при огнестрельных ранениях был пересмотрен.

Пришлось не только в инструкции, но и в приказе запретить наложение первичных швов в войсковом и в армейском районах, это относится особенно к тем случаям, когда невозможно произвести достаточно полное иссечение раневого канала и когда необходимость быстрой эвакуации исключает последующее наблюдение за оперированным. Как ошибочную, неправильную обработку ран приходилось рассматривать те случаи, когда врачи ограничивались иссечением кожных краев раны, не рассекая фасции и апоневроза. Правильная первичная хирургическая обработка раны состоит в иссечении всего раневого канала: краев, стенок и дна раны с удалением всех размозженных тканей и гематомы, с тщательной последующей перевязкой сосудов. Там, где долгое иссечение всего раневого канала по техническим и анатомическим причинам невозможно, следует произвести рассечение раневого канала, особенно — рассечение фасций и апоневроза с освобождением сдавленных гематомой мышц. Удаление гематомы, тщательная остановка кровотечения — вот основные моменты правильной обработки ран. Такая обработка предупреждает развитие вторичной инфекции и не только гнойной инфекции, но и самого страшного бича войскового и армейского района — газовой, анаэробной инфекции.

Последняя, благодаря быстро наладившейся в передовом районе правильной первичной обработке ран и своевременному раннему распознаванию, имела в относительно небольшом проценте (около 0,7%). Сравнительно с прошлыми войнами смертность в 7—8% при газовой гангрене также расценивается, как небольшая.

Наряду с глухими швами, наложенными без предварительной обработки раны, предрасполагающим моментом к развитию газовой инфекции в ряде случаев являлась тугая тампонада; особенно, если она производилась без широкого рассечения раневого канала; с этими неправильными приемами лечения ран нам также приходилось бороться.

Преимущественная локализация огнестрельных ранений во время войны с белофиннами была на конечностях (73,2% по С. Банайтису). Причем на верхние конечности по данным того же автора падает 45,6% на нижние — 27,6%. Среди ранений верхних конечностей до

50%, а среди нижних конечностей до 40% ран сопровождается повреждением костей и суставов.

Это указывает на необходимость приблизительно в половине всех случаев ранений конечностей производить тщательную иммобилизацию. Последняя производится путем применения различных видов транспортных шин, среди которых за последние годы наиболее широкое распространение получили шины Томаса (Ларденуа—Виноградова) и шины Дитерихса для нижней конечности, шины Крамера или гипсовые лонгеты для верхней конечности. Правильно произведенная своевременная иммобилизация конечностей с обширными ранениями, особенно в случаях, сопровождающихся повреждением костей и суставов, не только предупреждает развитие вторичной инфекции, но спасает от наступления шока, связанного с тяжелыми условиями перевозки. Опыт показал, что овладение техникой наложения транспортных шин и гипсования является тем минимумом технических знаний, без которых на фронте не может обойтись ни один врач независимо от его основной специальности.

Надо сказать, что врачи не-специалисты, работавшие в бригадах вместе с хорошими хирургами-травматологами, довольно быстро овладевали техникой этого дела и, включаясь в дружную работу, становились незаменимыми помощниками хирургов.

В результате правильной расстановки врачебных сил при четком разделении труда получалась дружная, быстрая работа, при которой раненые на каждом этапе получали не только оперативную помощь, но и правильно организованный оперативный уход. Такая сработанность явилась результатом постоянной учебы. Несмотря на напряженность боевой обстановки, мы находили время для проведения большой преподавательской работы.

В периоды временного затишья преподавание велось особенно усиленно. Читались лекции, проводились беседы, практические занятия. Преподавание вели консультанты, главные хирурги, начальники хирургических отделений. Проводились занятия с врачами, которые в свою очередь занимались с сестрами, с дружинницами, с женами начсостава, с санитарными инструкторами. В результате — квалификация медицинского персонала быстро и заметно повышалась. Немаловажную роль сыграл наш большевистский обычай крепко прорабатывать свои ошибки, не пропуская их. Данные патолого-анатомов, соответствующие сигналы об ошибках, замеченных на последующих этапах, поступавшие к нам через начсанарма, начальника ППЭП и начальников госпиталей, фронтовых, армейских и корпусных хирургов-консультантов, обсуждались всем коллективом, в результате чего ошибки быстро изживались.

Быстрое повышение квалификации врачей и медперсонала в процессе фронтовой работы представляет в высшей степени отрадное явление, показывающее нашу большевистскую способность и умение изживать ошибки, исправляя их „на ходу“ и бороться за лучшие показатели. Однако мы считаем необходимым в дальнейшем проводить подготовку врачей и медработников не только во время войны, но и заранее, в мирное время, чтобы врачи любой специальности, не только хирурги, приехав на фронт, были достаточно подготовлены к работе в боевой обстановке. Для работы на фронте нужен не только энтузиазм и самоотверженность, но и солидные знания и овладение техникой. Этим делом мы и обязаны заняться теперь, в мирное время.

Это даст нам возможность осуществить сталинскую заботу о людях и обеспечить в любой обстановке высокое качество лечебной помощи нашим славным бойцам и командирам, отважным защитникам нашей великой социалистической родины.

Москва 2, Глазовский пер., д. 10, кв. 14.

Военврач 3 ранга Г. Ф. НИКОЛАЕВ

Некоторые наблюдения хирурга в войсковом районе (из опыта работы на ДПМ)

Из санслужбы №-го соединения (нач. санслужбы военврач II ранга М. И. Кондратов)

В настоящем сообщении мы хотим поделиться опытом хирургической работы в войсковом районе во время войны с белофиннами. Обстановка, в которой протекала работа, представляет ряд особенностей. В Заполярье, в сильные морозы, при абсолютном отсутствии жилых помещений, пригодных для размещения медицинских учреждений, в условиях маневренной войны, нужно было организовать квалифицированную помощь раненым бойцам героической Красной армии. Операционная, перевязочная, палаты для оперированных и ожидающих эвакуации развертывались в отепленных палатках, с печами временками.

По времени поступления на ДПМ раненые распределяются следующим образом: в первые 8 часов поступило 38% раненых, до 16 часов—20%. Остальные раненые поступили через 24—36 часов. В первые 8 часов доставлены были раненые, поступившие в развертываемый для обслуживания боевой операции ДПМ. Из разведок обычно раненые доставлялись через 18—24—30 часов, что объяснялось дальностью перевозки, порой на 30—40 километров. Раненые весь этот длинный путь проделывали на лыжно-носилочных установках или в трофейных лодочках, реже—на санях.

На нашем материале пулевых ранений было 58,6%, осколчатых (мины, гранаты по преимуществу)—41,4%. По литературным сведениям в последних войнах преобладали осколочные ранения над пулевыми; значительное преобладание пулевых ранений в нашем материале находит свое объяснение в тактике ведения боя в горно-лесистой местности, в малом применении артиллерийского огня противником, в распространении минометов, этого вида „лесной артиллерии“, и автоматов. Поражения от этого рода оружия были часто множественными (в 22,4% нашего материала).

По областям тела ранения распределялись следующим образом.

Область повреждения	В проц.	Область повреждения	В проц.	
Ранения головы	3,1	Ранения плеча	4,7	} 23,2%
„ „ с поврежд. мозга	1,6	„ предплечья	7,4	
Повреждение лица	3,7	„ кисти	6,4	
„ челюстей	0,5	„ пальцев	4,7	
„ шеи	0,5			
Ранение грудной клетки	13,8	Ранения бедра	17,0	} 35,4%
„ живота	2,1	„ кол. сустава	2,1	
		„ голени	9,5	
		„ гол. сустава и стопы	6,8	