

там, где они при предшествовавшей первичной обработке не были обнаружены. Отмечаются случаи, когда после расширения костного дефекта — зашивался наглухо кожный лоскут. В дальнейшем вследствие отека мозга последний проляблировал под кожу, расплюснулся и, раздвигая кожные швы, ущемлялся между ними. Это также способствовало развитию менингита, энцефалита, абсцесса мозга. Докладчик высказывает за открытый способ лечения с расчленением операции на 2 или даже 3 момента: а) рассечение кожи, б) расширение костного дефекта, в) рассечение твердой мозговой оболочки и вмешательство на мозговой ткани. Общая смертность при черепных повреждениях, включая и ранения мягких тканей, равна 50%, причем при проникающих ранениях смертность выражалась в 12,2%. В заключение докладчик останавливается на роли твердой мозговой оболочки при ранениях, последующих ее рубцеваниях с развитием травматической эпилепсии.

Для замещения твердой мозговой оболочки предложены различные ткани: фасция, жировая клетчатка, сальник, брюшина, грыжевой мешок и прочее с целью предотвратить образование плотного рубца. Докладчик с 1937 года, по предложению проф. Ратнера Ю. А., изучает экспериментально судьбу пересаженного сальника в черепно-мозговую полость. В эксперименте, а теперь в условиях госпитальной работы убедился в целесообразности применения сальника в черепной хирургии как при свежих, так и при инфицированных ранениях. Консервированный гомосальник оказался хорошим гемостатическим средством, — при инфицированных ранах уменьшает инфекцию, предотвращает развитие остеомиелита. Отдаленные результаты подлежат изучению.

Асс. Г. С. Самойлов. *Опыт лечения огнестрельных переломов диафиза плеча в условиях госпитальной базы армии.*

В передовом районе первая помощь раненым была оказана в пределах 2—3 часов в 85% сл. Она состояла в хирургической обработке ран и транспортной фиксации. Последняя в 71% случаев осуществлялась Крамеровскими шинами. 3% было иммобилизовано гипсовыми лонгетами Турнера. Пулевые ранения преобладали над осколочными. Первых было 64,7%, а вторых 35,3%. Часть пулевых ранений протекала по типу закрытых переломов. Они составляли 17,7%, 82,3% были типичными открытыми огнестрельными переломами. Раневая инфекция в 17,7% отсутствовала, в 65,7% обнаруживалась обычная раневая инфекция: стрептококк, стафилококк и др. В 15,6% определялась анаэробная инфекция. При лечении переломов плечевой кости применялось два способа: 1) способ одномоментной репозиции отломков, с последующим наложением отводящей гипсовой повязки; 2) способ локкопластырного вытяжения на отводящих шинах НИИСИ — Виноградова и МОИТОП. Способом иммобилизации лечение переломов проводилось в 15,1%. Сюда относятся не смешанные, а также и множественные переломы. В остальных случаях (84,9%) при лечении переломов применялись отводящие шины.

Первичная консолидация в преобладающем большинстве случаев наступила от 28 до 35 дней.

Выводы: 1) При выборе метода для лечения огнестрельных переломов плечевой кости необходимо индивидуализировать каждый случай, 2) Способ экстензии в ряде случаев оказался наиболее приемлемым, 3) Техника наложения больших гипсовых повязок должен овладеть каждый военно-полевой хирург.

Асс. В. С. Ефимов. *О лечении огнестрельных ранений крупных суставов в армейском районе.*

В период войны с белофиннами автор, работая в госпитальной базе № Армии, проводил лечение огнестрельных ранений крупных суставов. Остановившись на патофизиологических особенностях суставов, отмечает, что синовиальная оболочка реагирует на инфекцию не сразу, а по прошествии 24—36 часов, и это дает возможность производить первичную обработку ран суставов на протяжении этого срока. Первичная обработка должна состоять в иссечении краев раны до синовиальной оболочки, дезинфекции последней и, по возможности, наложении глухих швов на синовиальную оболочку для создания герметичности полости сустава. Опыт войны показал, что такая первичная обработка ран суставов почти не производилась, а в большинстве случаев применялась лишь тугая тампонада раны с хлорамином. Демонстрируются таблицы, из которых видно, что ранений крупных суставов правой стороны было 45% и левой 55%, что объясняется большим выстоянием левой половины тела во время боя. Пулевых ранений суставов было 64% и осколочных — 36%, причем особенно высок процент пулевых ранений для плечевого сустава. Превалирование пулевых ранений над осколочными объясняется особенностями ведения войны в лесу и применением противником автоматического оружия. Ранения плечевого сустава капсуло-синовиальные и с ограниченным повреждением эпифизов протекали гладко при консервативном лечении, а при обширном разрушении эпифизов производилась преимущественно резекция, которая давала хороший ближайший результат. Лечение ранений локтевого и голеностопного суставов проводилось преимущественно консервативно.

и лишь в части случаев производилась частичная резекция. Ранения коленного и тазобедренного суставов протекали особенно тяжело и большей частью при выраженном септическом состоянии. Ранения этих суставов требовали особенного внимания, осторожности хирурга и в большей своей части протекали с необходимым хирургическим вмешательством: артротомией, резекцией. При резко септическом состоянии и переходе гнойного артрита в остеоартрит докладчик считает необходимым ставить показания к ранней ампутации для спасения жизни больного. Общая смертность при анализируемых ранениях крупных суставов составила 8%. Применяемое на ранних сроках периодическое орошение полости сустава жидкостью Дакэна давало благоприятные результаты. Внутривенное ежедневное вливание 1/4% стрептоцида в течение 3—4 дней по 100 к. см. никакого эффекта не давало. Хорошая иммобилизация поврежденной конечности гипсовой повязкой с окнами и мостами — неперемное условие для успешного лечения ранений суставов.

По докладам выступали доц. Полянцев, проф. Ратнер, проф. Флеров, д-р Грубер, д-р Пестриков и проф. Соколов.

Председательствующий проф. Гусынин, резюмируя все высказывания, отмечает единичное мнение о большом значении и ценности сделанных докладчиками наблюдений во время работы на фронте и считает необходимым более глубоко проработать каждый из вопросов. Эти темы должны быть поставлены в повестку дня последующих заседаний хирургического общества. Доклады показали, что научные работники Казанского ГИДУВ с честью справились с работой и дали хорошие результаты в восстановлении здоровья бойцов доблестной Красной Армии.

Председатель проф. Гусынин.
Секретарь д-р Ефимов.

Заседание 29/VI-1940 г, совместно с консультационным бюро врачей при эвакуационном пункте.

1. Доц. Л. И. Шулу т к о. *Об ампутациях с точки зрения протезной техники.* В своем докладе останавливается на основных вопросах, имеющих значение при протезировании ампутированных. Если в отношении верхней конечности для целей протезирования важен каждый сантиметр, то на нижней конечности нужно избирать уровень усечения конечности, считаясь с требованиями протезистов. Так, на стопе желательна более длинная культя, однако можно принять для протезирования культю после операции Лисфранка и Бон-Егера. Операция Шопара — негодна, т. к. создает порочное положение культи. Всеми признанной по заслугам считается операция Пиррова, но здесь нужно либо несколько укоротить культю, либо производить операцию со спилом лодыжек.

В отношении голени лучший уровень — граница средней и нижней трети, минимум длины культи 6—7 см. На бедре средняя и нижняя трети — лучший уровень для протезирования. Минимальная длина 12—15 см.

Из операций лучшими следует признать костно-пластические. Разрез мягких тканей наилучший — лоскутный, обеспечивающий рубец не на опорной поверхности.

Важнейшим моментом, ускоряющим возможный срок протезирования, является формовка — „воспитание“ культи и временное протезирование.

2. Д-р С. В. Пестриков. *К вопросу об ампутациях конечностей по поводу газовой гангрены в условиях войскового района.* Докладчик делится опытом работы в леч. учреждениях войскового района. Наблюдения касаются вопроса оперативного лечения и способов обезболивания у раненых больных с газовой гангреной.

Создается впечатление, что общий наркоз, применяющийся в тяжелых формах газовой гангрены с явлениями глубокой интоксикации, усугубляет тяжесть заболевания.

В условиях войскового района при всех ампутациях по поводу газовой гангрены целесообразнее и предпочтительнее применять местную инфльтрационную анестезию.

3. Д-р А. А. Шкляев. *Тактика и практика медико-санитарного батальона на финском фронте.*

В начале боевых действий выяснилось, что кадры санитаров и, в особенности санитаров мало подготовлены.

Медицинское оснащение медсанбата, являющегося центральным хирургическим учреждением войскового района, прекрасное, недостает лишь стоматологического раздела, необходимого в условиях работы медсанбата. Среди варварства финской белогвардейщины, сжигавшей дотла все деревни, при сильных морозах, доходивших до 50°, среди каждодневной бомбежки тылов самолетами, укрытые где-нибудь в лесу, развертывались прекрасные операционные (палаты ДПМ), температура в которых достигала до +25°, что позволяло вблизи боя производить сложнейшие операции брюшной полости, трепанацию и т. д. Быстрота свертывания и развертывания ДПМ — необходимое условие работы медсанбата, особенно при маневренной войне. Приходится сожалеть, что в мирных условиях врачи не знакомятся и не обучаются технике развертывания и свертывания палаток.