

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. Шк л я е в. *Тактика и практика медико-санитарного батальона на финском фронте.*

В начале боевых действий выяснилось, что кадры санинструкторов 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.