

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 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.

Транспорт, играющий громадную роль, не удовлетворял всех потребностей. Машины с универсальным оборудованием при крайней узости и неблагоустроенности финских дорог — оказались непригодными для перевозки, особенно тяжело раненых. Большую роль мог сыграть конный транспорт.

В хирургической работе ставился акцент на оказание помощи тяжело раненым (раненые в живот, грудь, с пневмотораксами, больные, требующие остановки артериальных кровотечений, челюстные раненые, раненые в конечности с анатомическим нарушением костей и сухожилий). Первичный шов, как правило не накладывался. Раны обрабатывались по типу debridement. Ампутация сделана 1 раз по поводу уничтожения кисти мины. При переломах, которых было незначительное количество, накладывались сетчатые шины. Раненые в живот доставлялись с большим опозданием. Автором разработана техника закрытия открытого пневмоторакса, которая сводится к наложению после предварительной обработки раны кистного или прямолинейного шва на плевру с обязательным откачиванием воздуха шприцем Жапе через Нелатоновский катетер. Раненых, находившихся почти в агональном состоянии, удалось этим методом спасти и отправить в глубокий тыл. Переливание крови сделано было 19. При ранениях печени была использована тампонада свободным салынком и шов печени. Руки обрабатывались по Спасокукоцкому, работа производилась только в перчатках. Обезболивание, в основном, проводилось по методу проф. Вишневецкого.

На основании опыта автор вносит предложение тактику медсанбата изменить, выдвигая сортировочный взвод и ПСЛ впереди основного отделения ДПМ (при условии выживания и Допа) с придачей ДПМ — Д², как основного лечебного этапа, главным образом, для послеоперационных больных. В случае необходимости к сортировочному взводу, исходящему ближе к бою, выделяется хирургическая бригада для производства срочных операций.

Так, среди невероятного бездорожья, коварства врага, при больших морозах, под постоянной угрозой бомбежки, без намека на панику шла борьба советских хирургов за жизнь героев нашей любимой Родины.

Председатель проф. Соколов.

Заседание 15/X 1940 г.

1. Проф. Б. Г. Герцберг *О внутримышечном гексеналовом наркозе.*

В пропедевтической хирургической клинике КГМИ гексенал применяется внутримышечно с 1938 года. Сначала гексенал вводился внутримышечно в качестве базисного (19 сл.), а затем в качестве полноценного наркоза. В 16 сл. из 22 операций в брюшной полости (6 резекций желудка, 10 гастроэнтеростомий, 1 резекция 104 см тонкой кишки в комбинации с г.-э., 1 гастростомия, 1 резекция желудка, 3 прободных чревосечения) получен положительный эффект. Методика следующая: сначала б-му вводится под кожу 1 см³ 10% морфина, через 50 мин. в один прием в мышцу бедра вводится 2 см³ 10% раствора гексенала. Больной засыпает через 15—20 минут. Операцию начинают через 30—40 минут после введения гексенала. Послеоперационное возбуждение (1/2 случаев) купируется впрыскиванием морфина. Внутримышечный наркоз гексеналом имеет следующие положительные стороны 1) благодаря спокойному засыпанию и долгому сну, больной избавлен от психических переживаний связанных с операцией и от болей в послеоперационном периоде; 2) послеоперационный период у больных протекает легко, без осложнений; 3) техника наркоза проста и доступна любому лицу из среднего медперсонала. Необходимо дальнейшее изучение этого способа обезболивания. Нужно признать, что гексенал не заменит местного обезболивания в тех случаях, где операции легко проходят под местным обезболиванием. В случаях затяжных операций на брюшной полости возможно применение гексенала, как дополнительного средства при местном обезболивании. Необходима дальнейшая разработка вопроса о дозировке и показаниях.

2. Доц. А. А. Полянцева. *Сравнительная оценка методов лечения огнестрельных ран, осложненных анаэробной инфекцией.*

В Петрозаводском эвакуационном госпитале № 1 НКЗ на общее число раненых, прошедших через II и III хир. отдел., наблюдалось 3,8% ранений, осложненных анаэробной инфекцией.

Случай газовой инфекции делится на 3 формы: а) с поверхностной локализацией (кожа, подкожная клетчатка), слабо выраженными явлениями интоксикации, субфебрильной температурой; б) с более глубокой локализацией (подкожная клетчатка, мышцы), но с ограниченным распространением процесса и выраженными явлениями интоксикации; в) бурно развивающаяся газовая гангрена, сопровождающаяся расщеплением ткани, выбуханием мышц, выделением жидкого гноя, с резким запахом и пузырьками гноя, эритриемией.

Основным мероприятием при лечении анаэробной инфекции являлся широкий разрез. Местное лечение анаэробной инфекции проводилось 1) масляно-бальзамическими