

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 салыником и шов печени. Руки обрабатывались по Спасокукоцкому, работа производилась только в перчатках. Обезболивание, в основном, проводилось по методу проф. Вишневого.

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, эритропенией.

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