

Листая старые страницы...

Выставки из этой серии представляют издания из фонда редких книг библиотеки Ивановского государственного медицинского университета



**НЕ ТОЛЬКО
ОРУЖИЕМ**
издания военных лет

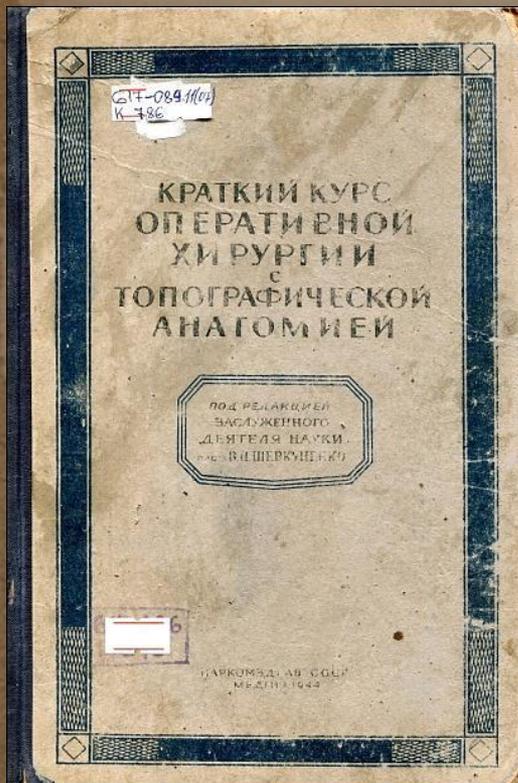
**Военно-полевая хирургия,
травматология,
рентгенология**

В великом подвиге советского народа в годы Великой Отечественной войны достойное место занимает беззаветный и благородный труд огромной армии медицинских работников. Однако особая роль принадлежит хирургам. Главным звеном в системе лечебно-эвакуационного обеспечения войск всегда была военно-полевая хирургия, поскольку наиболее массовые жертвы боевых сражений — раненые...

Высокие результаты лечения раненых во время Великой Отечественной войны были неслучайными. Они явились следствием успешной организации хирургической работы на различных этапах медицинской эвакуации, непосредственного участия в ней блестящей плеяды выдающихся представителей хирургической науки. Опыт, накопленный отечественными хирургами в годы войны, имеет не только историческое, но и огромное практическое значение для современности.



«Предлагаемый учебник был сдан в производство в Ленинграде в самом начале Отечественной войны, поэтому ряд материалов, относящихся к хирургии военного времени, удалось включить в него лишь частично (например, хирургическая техника первичной обработки ран, элементы современной восстановительной хирургии, блокада нервов на шее и др.)».



ТЕХНИКА ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Временная остановка кровотечения

Остановка кровотечения из небольших сосудов может происходить самопроизвольно вследствие сокращения сосудистой стенки и закупорки просвета кровяным сгустком—тромбом.

1. Незначительное кровотечение из сосудов конечностей (например, при разрыве варикозного узла вены) может быть остановлено компрессией

положения конечности. Придав конечностям самым затрудняющим приток крови к конечностям давление и способствуют прекращению кровотечения. 2. Тампонада кровоточащего места повязкой является самым простым и эффективным способом временной остановки кровотечения.

Для фиксации марлевого компресса толстым слоем, а в окружности более тонким, или так называемую давящую повязку.

В боевой обстановке, на ПМП, для фиксации из глубокой раны в нее вкладываются марлевые тампоны, которые сшиваются. Сверху накладывают давящую повязку и транспортируют на следующий этап.

В крайних случаях для временной остановки кровотечения можно накладывать пинцеты Пеана и в момент окончательного хирургического вмешательства.

3. Для сдавления сосуда на протяжении раны (локтевом, коленном суставе) можно наложить жгут на обычном месте. Целью жгута не нарушена.

Чтобы прекратить кровотечение из раны, оба локтя с согнутыми предплечьями отводят к другу и прибинтовывают косынкой бинта, проходящего через паховую область. Жгут накладывается книзу.

При кровотечении из сосудов предплечья, подложив в локтевую ямку скотч и прибинтовывают в таком положении.

При кровотечении из артерий нижней конечности в тазобедренном суставе и прибинтовывают жгут к паховой области.

При кровотечении из сосудов голени в колене, подкладывают валик в подколенную ямку.

4. Пальцевое прижатие может иметь временный характер, так как пальцы быстро устают прижимать сосуд во время переноса, следовательно, применяется только в экстренных случаях.

При этом обязательно накладывают жгут на обычном месте. Производят прижатие, должны быть

32

ОПЕРАТИВНАЯ ТЕХНИКА ПЕРВИЧНОЙ АКТИВНОЙ ОБРАБОТКИ РАН

Около 2/3 всех огнестрельных ранений¹ должны быть подвергнуты активной обработке, которая производится как можно раньше на первом этапе хирургической помощи (на ДМП или при его перегрузке—в ХППГ первой линии). Это вмешательство имеет целью предотвратить развитие инфекции в ране, удалить нежизнеспособные участки и поверхностно лежащие инородные тела, остановить кровотечение и создать условия хорошего дренирования раны.

Операция производится под местной анестезией по типу ромба Гакенбруха или под футлярной по Вишневскому. Обезболивание следует проводить на большом протяжении, так как обычно повреждение поверхностных тканей бывает значительно меньше, чем более глубоких.

Если достаточной анестезии достигнуть нельзя, то предпочтительно сразу произвести хлорэтиловое опьянение, дающее возможность отлично выполнить операцию. При затянувшейся операции последующей дозой эфирного наркоза.

Положение раненого горизонтальное. Последнюю укладывают под спину раненого, или на особый столик конечности голень приподнимают на высоту бедра.

Операция производится с соблюдением правил асептики.

После бритья волос обрабатывают антисептиком, что хуже, 0,5% нашатырным спиртом. Обмывание шариком в окружности раны.

Дальнейшая обработка—подготовка раны.

На участках, наиболее чувствительных к антисептикам (промежность), вместо йодбензина применяют 1% раствор йода.

Операционное поле ограничивают марлевыми салфетками в зависимости от его размера.

Оперативная техника складывается из следующих этапов:

1. Рассечение раны, вернее, удаление соответствующей ее длинны, в зависимости от глубины раневого канала. При этом обязательно в направлении линий напряжения кожи. На туловище направление линий напряжения делается при выборе обычных операций. При этом обязательно в направлении линий напряжения кожи. При этом обязательно в направлении линий напряжения кожи. При этом обязательно в направлении линий напряжения кожи.

¹ Ранения холодным оружием в основном—в количестве, не превышающем др.

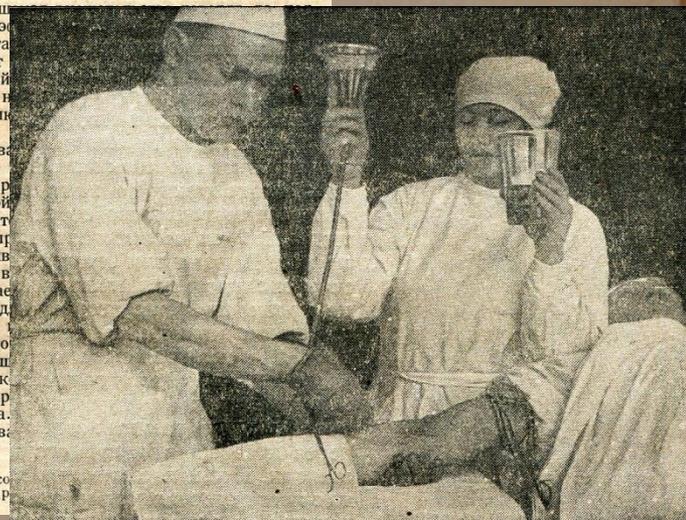
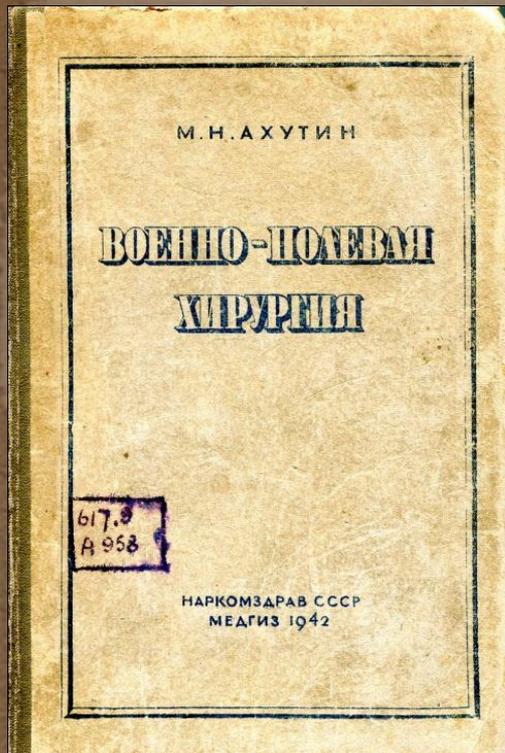


Рис. 45. Техника переливания цитратной крови воронкой. Вены обозначены на коже иодом. Воронку и сосуд с кровью следует накрывать марлевой салфеткой или чашкой Петри (для предохранения от воздушной инфекции). (Из Еланского.)



Автор книги - Михаил Никифорович Ахутин (1898 [1899] — 1948) — советский специалист в области военно-полевой хирургии, генерал-лейтенант медицинской службы. Доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент АМН СССР. Первый директор Института экспериментальной и клинической хирургии АМН СССР (ныне — Институт хирургии имени А. В. Вишневского).

После начала Великой Отечественной войны, с августа 1941 — в действующей армии. Главный хирург фронтов (сначала Брянского, затем 2-го Прибалтийского, затем 1-го Украинского).

В 1945 году назначен заместителем главного хирурга Красной Армии (фактически исполнял обязанности главного хирурга Вооружённых Сил вместо тяжело больного Н. Н. Бурденко).

Даже в годы войны М.Н. Ахутин успевал с научной точки зрения оценивать результаты хирургической работы и давать значимые рекомендации по её совершенствованию. Врачами госпиталей под его руководством были подготовлены 4 докторские и 3 кандидатские диссертации.

Из предисловия: «Вторым изданием выходит «Военно-полевая хирургия» проф. Ахутина, имеющего, пожалуй, наибольший практический опыт в хирургическом обеспечении боевых действий наших войск...

Настоящий учебник отражает большой опыт автора. Основные его установки — наши общие установки, на основе которых и проводится руководство хирургической работой в Красной Армии. Твердое усвоение их хирургами — залог успеха и постоянного совершенствования нашего хирургического дела».

Начальник Главного военно-санитарного управления Красной Армии корврач Смирнов

Зам. главного хирурга Красной Армии корврач профессор Гирголав

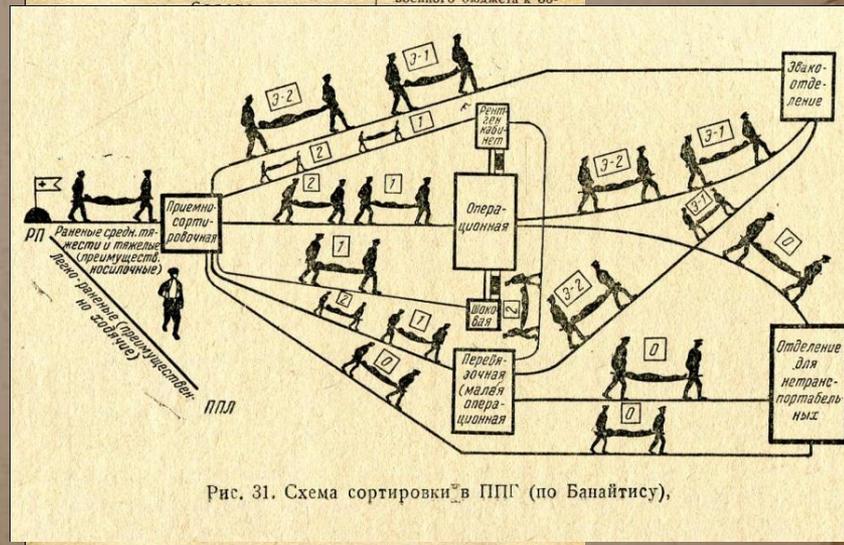
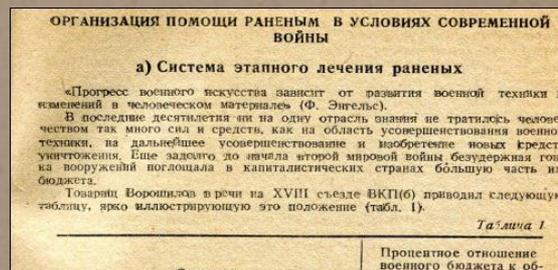


Рис. 31. Схема сортировки в ППГ (по Банайтису),

ЛЕЧЕНИЕ ВОЕННЫХ РАНЕНИЙ

ЛЕЧЕНИЕ ВОЕННЫХ РАНЕНИЙ

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО
ДЛЯ ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВ

ПОД РЕДАКЦИЕЙ

действ. членов Акад. мед. наук СССР:

ЧЛЕНА КОРР. АКАД. НАУК СССР, ЗАСЛ. ДЕТ. НАУКИ
ПРОФ. Н. Н. ПЕТРОВА
ЗАСЛ. ДЕТ. НАУКИ ГЛ. ХИРУРГА ЛЕНИНФРОНТА ГЕН.-МАЙОРА М.С.
ПРОФ. П. А. КУПРИЯНОВА

СОСТАВИЛИ:

ПРОФ. Н. И. БЛИНОВ, ДОЦ. А. А. ГАСТЕВ, ДЕЙСТВ. ЧЛ. АКАД. МЕД. НАУК СССР,
З. Д. И. ГЕ. И. ЛЕВЕНТАУТ, ПРОФ. С. С. ГИРГОЛАН, ПРОФ. В. В. ГОРИНОВСКАЯ,
З. Д. И. ПРОФ. П. А. КУПРИЯНОВ, З. Д. И. ПРОФ. Н. Н. ПЕТРОВ,
ПРОФ. А. Н. ФИЛАТОВ, АРМ. ХИРУРГ А. С. ЧЕЧУЛИН

Издание VII, заново переработанное

617.9

1 537

БИБЛИОТЕКА
ИМЕНИ ИЛЬИЧА ГОС.
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

НАРКОМЗДРАВ СССР
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
1945

617.9
1 537

НАРКОМЗДРАВ СССР
МЕДИК
ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
1945

Благодаря любезному согласию П. А. Куприянова принять на себя труд соредактора настоящего издания, явилась чрезвычайно ценная возможность широко использовать в настоящей книге новые результаты возросшего опыта санитарных учреждений Ленинградского фронта.

Книга в ее нынешнем виде, как нам кажется, находится на уровне современных достижений хирургической науки и практики.

Самое горячее наше пожелание состоит в том, чтобы она внесла свою лепту в великое дело быстрого восстановления здоровья раненых воинов Нашей победоносной Родины».

Из авторского предисловия:

«Последнее, 6-е издание настоящего руководства было подготовлено к печати в конце 1941 г. и начале 1942 г. и выпущено в Ленинграде осенью 1942 г., т. е. в период голода и блокады нашего города...

Излагая лечение военных ранений в том виде, как создает их современная война, мы сочли уместным изъять отделы об организации травматологической помощи в условиях мирного времени, а также о ранениях, осложненных БОВ, в отношении к которым, к счастью, не получено пока никакого практического опыта.

Вновь введены отделы об инородных телах в огнестрельных ранах, о поздней активной обработке ран, об отдаленных последствиях огнестрельных ранений скелета. Значительно дополнены отделы об антисептике, об ампутациях, о ранениях головного мозга и периферических нервов, о сепсисе, о шоке, о наложении гипсовых повязок; пополнен также список литературы, попрежнему, почти исключительно русской, доведенный до середины 1944 г. включительно...



Рис. 49. Провизорная остановка кровотечения из правой стороны шеи прижатием бинтом к плечу левой руки, положенной на голову (по Каплану).

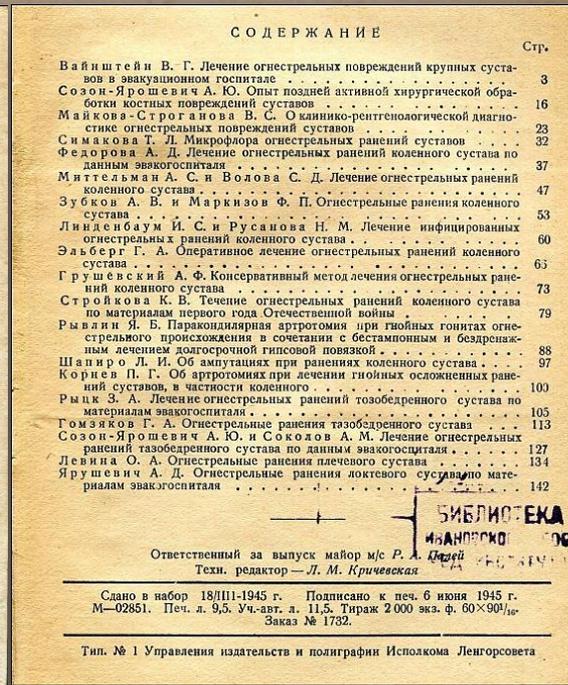
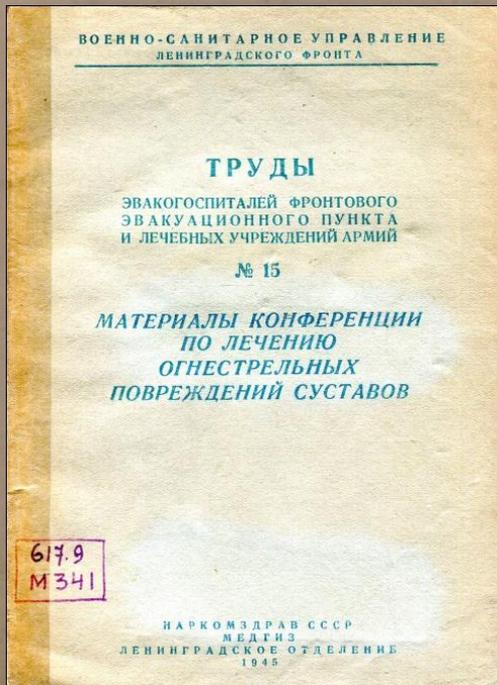


Рис. 50. Второй вариант для той же цели; к шее подтянута кисть левой руки (по Каплану).



Автор книги - Пётр Георгиевич Корнев (1883—1974) — советский хирург, фтизиатр, академик АМН СССР. В годы Великой Отечественной войны П. Г. Корнев работал хирургом-консультантом ряда военных госпиталей Ленинграда.

Из предисловия: «...рядовой состав врачей эвакуационных и тыловых госпиталей формируется не всегда из хирургов, а из врачей или начинающих, не имеющих еще врачебного опыта, или же из более старших врачей, с известным опытом, но по своей квалификации далеких от хирургии. И тем и другим нужна серьезная помощь в их новой и ответственной работе, для чего необходимо, с одной стороны, обеспечить им повседневное руководство со стороны опытного хирурга, а с другой — создать возможности для усовершенствования в данной области, получить определенные установки, приобрести надлежащие практические сведения и навыки».



617.026
17304

ПЕТРОВ Б. А. и СМИРНОВ Е. В.
ХИРУРГ ЧЕРНОМОР. ФЛОТА ХИРУРГ СЕВАСТ. МОР. ГОСП.

ГЛУХАЯ ГИПСОВАЯ ПОВЯЗКА

ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ

17026
17304

МЕДИКО-САНИТАРНЫЙ ОТДЕЛ ЧЕРНОМОРСКОГО ФЛОТА
1942

СВЕТЛОЙ ПАМЯТИ
ХИРУРГОВ
СЕВАСТОПОЛЬСКОЙ
ВОЕННО-МОРСКОЙ
БАЗЫ,

НАШИХ ДОРОГИХ ДРУЗЕЙ,
СОТРУДНИКОВ И ТОВАРИЩЕЙ,
ПОГИБШИХ 7 НОЯБРЯ 1941 Г.,

ПОСВЯЩАЮТ
ЭТУ
КНИГУ

АВТОРЫ

Большой личный опыт Б. А. Петрова, полученный в боях с белофиннами, в применении метода глухого гипса теперь возрос во много раз. В короткие сроки с начала войны он сумел широко распространить предлагаемую методику в госпиталях Черноморского Флота, очень скоро завоевал для нее доминирующее положение на побережье Крыма и Кавказа и родил энтузиастов нового дела.

Публикуемая работа профессора Е. В. Смирнова является доказательством успешности внедрения метода в жизнь.

С. С. ЮДИН

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ЛЬДОМ для АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТЕЙ

7.53/58
163

НАРКОМЗДРАВ СССР
МЕДГИЗ • 1943

Док. Ф. А. КОПЫЛОВ

ОБ АМПУТАЦИЯХ и АМПУТИРОВАННЫХ

к 659

6173
К 659

НАРКОМЗДРАВ СССР
МЕДГИЗ
ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
1943

Анестезию эту можно рекомендовать как весьма ценное приобретение и в тылу, и на фронте. Она не требует никакой аппаратуры, кроме клеенки или чистого ведра. В зимнее время при больших потоках раненых, нуждающихся в ампутациях, можно по нескольку человек выносить наружу, укрыв их теплыми одеялами, а обреченные конечности со жгутами высунуть на снег и обложить льдом. Не следует оставлять такие конечности голыми, обрешивая их на замораживание морозным воздухом значительно ниже нуля. Тогда действительно может произойти отморожение конечности в пределах будущей культи, которая вследствие этого, разумеется, некротизируется. При охлаждении снегом или льдом для такого отморожения условий нет. Это произошло бы только в случае чрезмерно долгого охлаждения и перетяжки жгутом. Делать этого, разумеется, нельзя, а жгут и лед держать дольше 3 часов недопустимо.

САНИТАРНЫЙ ОТДЕЛ УРАЛЬСКОГО ВОЕННОГО ОКРУГА,
УКРАИНСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
И ОМСКИЙ ОБЛЗДРАВТДЕЛ

САНИТАРНАЯ СЛУЖБА
В ДНИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Проф. З. И. ГЕЙМАНОВИЧ.

ВОЕННО-ТРАВМАТИЧЕСКИЕ
ПОРАЖЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА
И СПИННОГО МОЗГА

617.4
Г 295

ИЗДАНИЕ
УКРАИНСКОГО ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА
Г. ЛЬВОВЬ 1944 г.

«Настоящая монография проф. З.И. Геймановича является, несомненно, нужным и своевременным руководством для невропатологов и нейрохирургов, работающих на военном материале».

Директор Украинского
Психоневрологического Института и
Начальник Н-ского эвакуогоспиталя
Д-р И. Зеленский

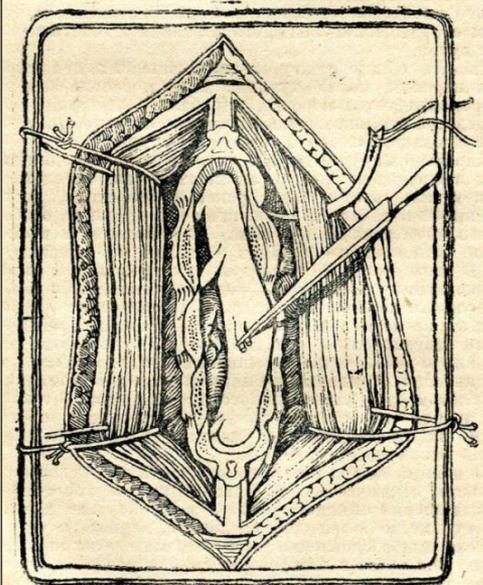


Рис. 9. Схема операции на передней стенке позвоночного канала с применением ранорасширителя нашей конструкции.

В основу настоящей работы положен секционный материал Н-ского эвакуогоспиталя, охватывающий 712 вскрытий тяжело раненных главным образом в нижние конечности, таз, грудь и живот.

Картина травматического истощения наблюдалась нами довольно часто, в общей сложности она составила 7,3% указанного материала (52 случая). Эти процентные и абсолютные цифры травматического истощения, разумеется, во многих отношениях условны. Они зависят в первую очередь от преобладания тех или иных контингентов раненных, от сроков пребывания их под наблюдением, т. е. от условий эвакуации. Они в значительной степени зависят, наконец, от субъективной оценки, так как еще нет полного единогласия среди врачей (и патологоанатомов) по вопросу о том, что следует относить к травматическому истощению и где границы последнего, например, с так называемыми «септическими» случаями, часто затяжными и тоже нередко сопровождающимися более или менее значительным истощением. Мы пока охотно заключаем в кавычки эти случаи и ниже дадим обоснование этому.

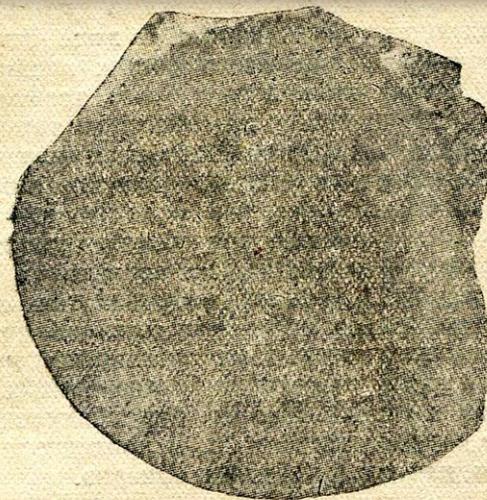


Фото 16. Некроз грануляций при травматическом истощении на 72-й день после ранения (№ 175, 1942).

И. В. ДАВЫДОВСКИЙ

ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ИСТОЩЕНИЕ
В СВЕТЕ УЧЕНИЯ О СЕПСИСЕ
И ГНОЙНО-РЕЗОРБТИВНОЙ
ЛИХОРАДКЕ

617.0014
Д 139

НАРКОМЗДРАВ СССР
МЕДГИЗ-1944

Э. А. АСРАТЯН

**ОЧЕРКИ ПО ЭТИОЛОГИИ
ПАТОЛОГИИ И ТЕРАПИИ
ТРАВМАТИЧЕСКОГО
ШОКА**

✱

С любовью посвящаю свой труд работникам медицинской службы героической Красной Армии, ведущим неустанную борьбу за здоровье и жизнь славных ее бойцов и командиров.

Автор

617-001,36

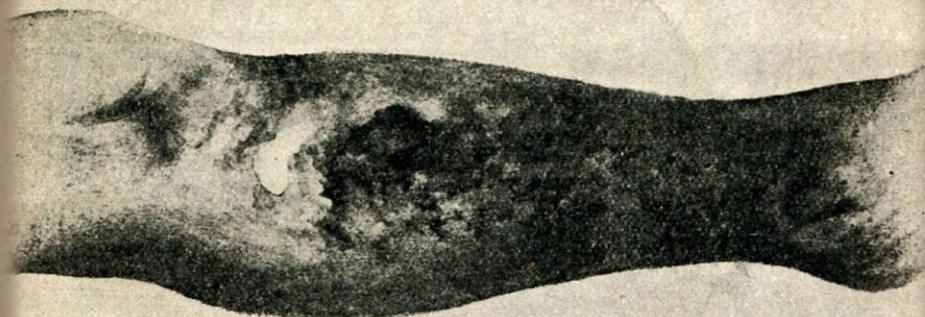
А 908 НАРКОМЗДРАВ СССР - МЕДГИЗ
1945

ПРЕДИСЛОВИЕ

3 июля 1941 года в своем историческом обращении к народу великий Сталин определил основную задачу советских людей в период Отечественной войны предельно ясно и четко: «Мы должны немедленно перестроить всю нашу работу на военный лад, все подчинив интересам фронта и задачам организации разгрома врага».

На призыв любимого вождя откликнулся весь советский народ! В рядах миллионов борцов фронта и тыла за свободу и независимость своей отчизны соответствующее место заняла советская интеллигенция.

Я также коренным образом изменил тематику своей научной работы, перестроив ее на военный лад. Я занялся исследованием травматических поражений организма, уделив при этом главное внимание травматическому шоку.



В современной войне каждый врач должен быть хорошо знаком с газовой гангреной, ее лечением и профилактикой.

Рис. 2. Изменение окраски кожи.





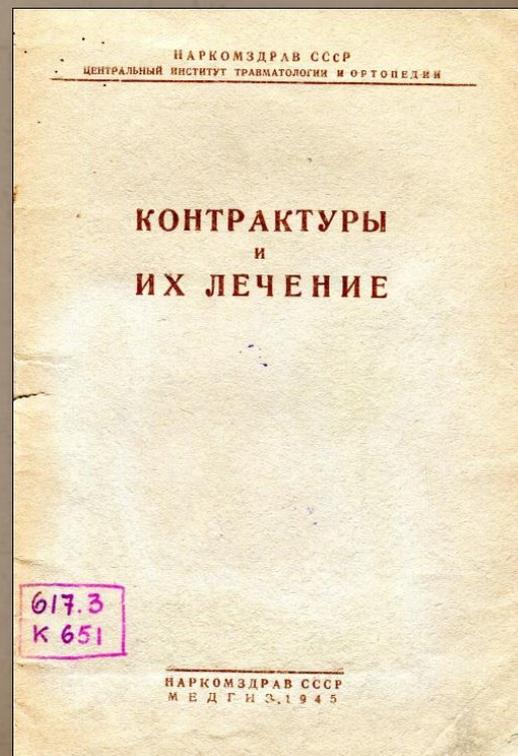
«Военная травма органов мочеполовой системы» является первым изданием ... построенным не на перенесении представлений о бытовой или профессиональной травме в условия военной обстановки, а на личном большом опыте автора, приобретенном за время Отечественной войны.

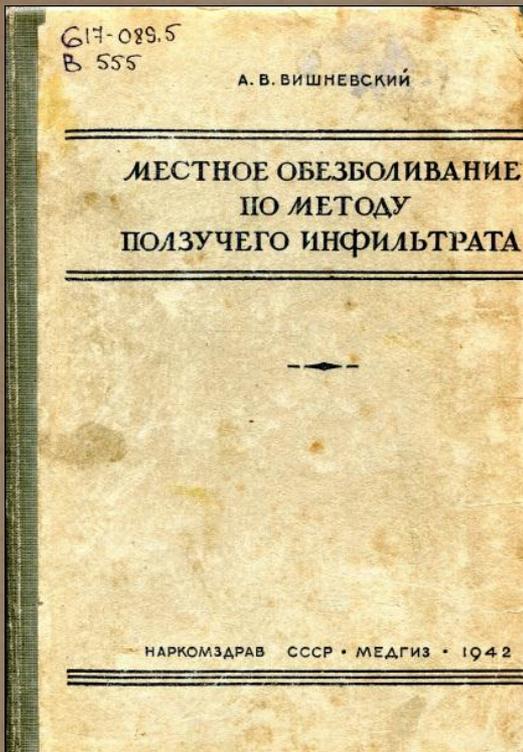
Поэтому нужно полагать, что книга окажется ценным практическим пособием для врачей войскового и армейского района в их работе по оказанию первой квалифицированной помощи раненым воинам Красной Армии, пособием, которое поможет врачу сохранить им жизнь, обеспечив многим из них боеспособность или возвращение к труду».

*Генерал-полковник медицинской службы
Е. И. Смирнов*

**Опыт Великой Отечественной войны
позволил врачам значительно
углубить свои представления о формах
неврогенных контрактур.**

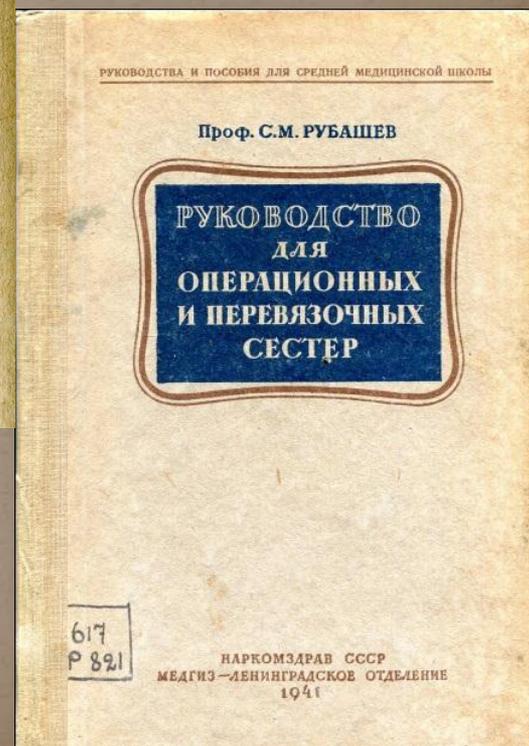
В целях освещения актуальных вопросов травматологии, ортопедии и протезирования Центральный институт травматологии и ортопедии Наркомздрава СССР приступает к выпуску сборников трудов института. Настоящий первый сборник трудов посвящен контрактурам и их лечению. В него включены доклады, сделанные на заседаниях пленумов научного совета института, прошедших в течение 1943—1944 гг.





«Издание отличается от первых двух значительным расширением главы о лечебном значении метода и содержит в себе важный материал по проверке на театре военных действий применения местного обезболивания и некоторых наших терапевтических предложений, связанных с ним.

Таким образом, настоящая работа является практическим пособием для врача как в мирное, так и в военное время».



Работа операционной и перевязочной сестры в боевых условиях

Помещения для работы	229
Мебель	231
Инструментарий	232
Проведение асептики в боевых условиях	
Участие операционной и перевязочной сестры в помощи раненым	234
Наложение шин	237
Переливание крови	239
ОВ и хирургическая работа	240

ПРОФ. С. А. РЕЙНБЕРГ

ОЧЕРКИ
ВОЕННОЙ
РЕНТГЕНОЛОГИИ

Героическому городу Ленина, его славным защитникам, ученым и врачам, оставшимся на своих боевых постах, посвящает свой труд автор

615.84
Р 352



ЛЕНИНГРАД
1942

В тяжелых условиях трудились рентгенологические группы, разворачивая аппаратуру в палатках, отапливаемых самодельными печами из железных бочек, и вели круглосуточное обследование раненых. Фронтные передвижные рентгеновские бригады также трудились в труднейших условиях. Рентгеновскую установку приходилось разворачивать в любой обстановке – в сельских избах, клубах, палатках. Но, несмотря на все трудности, рентгеновская служба обеспечивала бесперебойную работу рентгенологов не только в тылу, но и во фронтовых и армейских госпиталях.

В 1942 году была создана военно-полевая рентгенология как новая организационно-тактическая система. Строилась она на базе военной и медицинской науки.

В составе отдельной роты медицинского усиления (ОРМУ) имелись две рентгеновские группы. Рентгеновская группа усиления состояла из врача-рентгенолога, рентгентехника, санитаря и шофера-механика. Штатные рентгеновские отделения имелись в хирургических и терапевтических эвакуогоспиталях, в армейских госпиталях для легкораненых.

Автор книги - Георгий Артемьевич Зедгенидзе (1902 — 1994) — советский рентгенолог и радиолог, академик АМН СССР (1960); основатель и первый директор Института медицинской радиологии АМН СССР (1958—1973).

В период Великой Отечественной войны служил в Военно-медицинской академии, был специалистом-консультантом Медико-санитарного управления Военно-морского флота, главным рентгенологом ВМФ и главным рентгенологом эвакуогоспиталей Кировской области.

Г. А. ЗЕДГЕНИДЗЕ

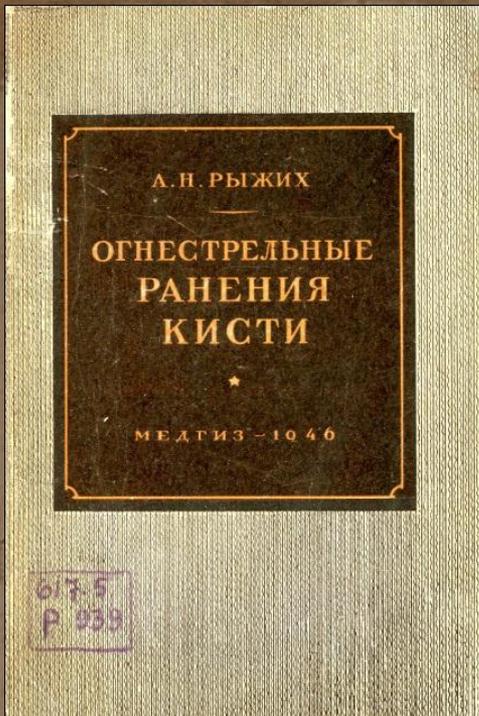
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ СВИЩЕЙ
ОГНЕСТРЕЛЬНОГО
ПРОИСХОЖДЕНИЯ

(ФИСТУЛОГРАФИИ)

615.84
З 473



ИЗДАНИЕ
ВОЕННО-МОРСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ
ЛЕНИНГРАД 1944



«В основу настоящего руководства положен клинический материал о ранениях пальцев и кисти, собранный в госпиталях для легко раненых N-ского ФЭП и армий 3-го Украинского фронта, где автор работал в качестве старшего инспектора-хирурга ФЭП, а позднее помощником главного хирурга фронта по ГЛР.

Эта книга написана автором по заданию ГВМУ для врачей, работающих в госпиталях армейского и фронтового района, где срок лечения раненых в кисть обычно не превышает 70 дней. Вот почему в ней сознательно опущен раздел о лечении тяжелых калечащих ранений кисти и их последствий, требующих сложных пластических и реконструктивных операций...

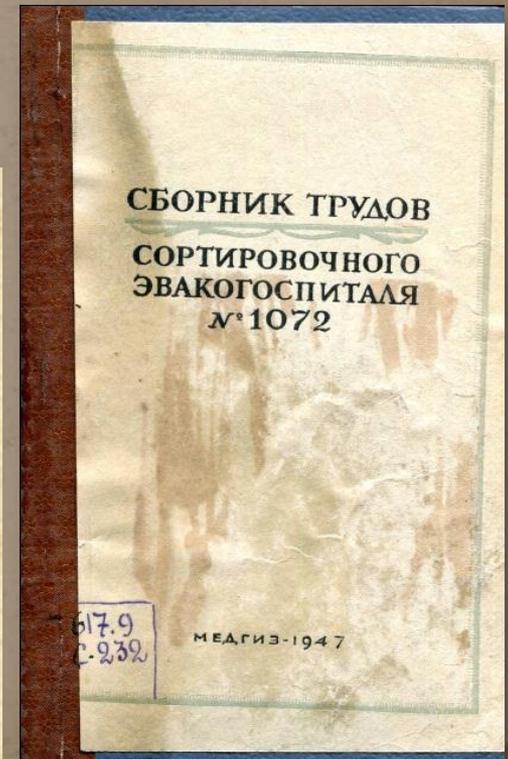
Горячую признательность автор выражает проф. В. В. Гориневской за любезную и весьма полезную консультацию при составлении этого руководства».

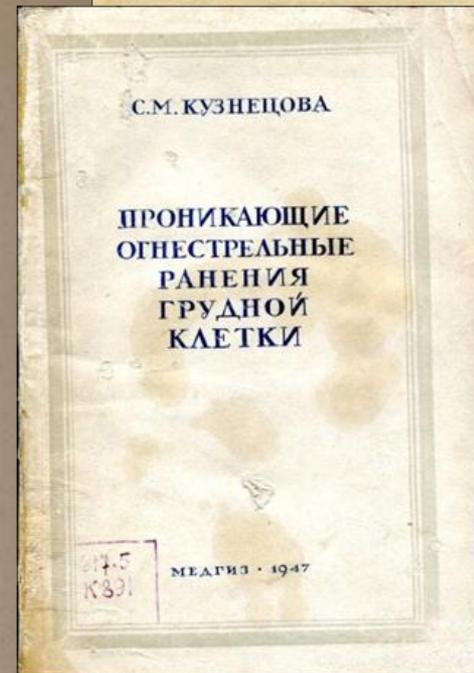
«Сортировочно-эвакуационные госпитали — весьма важное звено в системе этапного лечения с эвакуацией по назначению, созданной медицинской службой Советской Армии. Специфические условия работы сортировочного госпиталя, главной задачей которого является быстрая диагностика, медицинская обработка и эвакуационная сортировка больших потоков раненых и больных, создают характерные особенности в работе медицинского состава.

Коллектив врачей госпиталя сумел обеспечить высококвалифицированную помощь значительному количеству раненых и больных и одновременно заняться изучением и разработкой ряда научно-практических вопросов, касающихся наиболее актуальных проблем военной хирургии. Опубликованный в сборнике материал представляет собой обобщение опыта госпитального коллектива и безусловно заслуживает внимания.

В настоящее время впервые в истории военной медицины советскими врачами подытоживается опыт лечебной и эвакуационной работы в Великую Отечественную войну 1941—1945 гг. Сборник научных работ сортировочно-эвакуационного госпиталя № 1072 является частицей в этом огромном деле и свидетельствует о высоком сознании долга у врачей Советской Армии в борьбе за сохранение каждой человеческой жизни».

*Начальник лечебно-эвакуационного управления ГВМУ ВС СССР
генерал-майор медицинской службы Ф. А. Ходорков*





Проф. А.И. Ермоленко

**ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ
ПРОНИКАЮЩИЕ
РАНЕНИЯ ЖИВОТА
ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ
И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ**

617.5
E 744

Медица ~ 1948

ЧАСТЬ II

**ЛИТЕРАТУРНЫЕ ДАННЫЕ И СОБСТВЕННЫЕ МАТЕРИАЛЫ
О ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЯХ ЖИВОТА В ГОДЫ
ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**

К моменту начала Великой Отечественной войны медицинская служба нашей армии, реорганизованная и основанная на приближении квалифицированной хирургической помощи к раненому, обеспечивала оказание помощи каждому в кратчайший срок после ранения. Одним из главнейших моментов в достижении этого основного момента в проблеме медицинского обеспечения войск являлся, конечно, вопрос о возможно раннем выносе раненого с поля боя. К чести нашей организации медицинской службы надо сказать, что этот вопрос нашел себе прекрасное разрешение как в оборонных, так и в наступательных действиях наших войск. И действительно, жизнь показала, что главная масса раненых в живот доставлялась в ДМП — главную операционную войскового района — уже через 2—6 часов после ранения.

В 1941 г. ГВСУ Советской Армии инструкторной книгой «Указания по военно-полевой хирургии» установило среди военных хирургов единую терминологию поврежденных живота, а также одинаковое отношение к ним, дало определенную методику оперативных вмешательств и ведения больных в послеоперационном периоде. Таким образом, директивные положения, с одной стороны, являлись базой, на которой строился лечебный процесс для раненых в живот, с другой, — они же являлись и стимулом для дальнейших исканий в целях снижения послеоперационных осложнений и летальности после операций. Этому же много способствовали как периодические, так и систематические в течение всех лет войны врачебные конференции, проводившиеся в различных зонах всего пути лечебной эвакуации.

Часто результаты таких конференций и совещаний находили себе оформление в виде изданий отдельных книг, которые распространялись преимущественно в лечебных учреждениях одного фронта. Но своевременного широкого обмена опытом хирургов различных фронтов не было. Повидимому, это обстоятельство отчасти сказалось на том, что в обширной литературе военных и послевоенных лет многие вопросы «большого» и «малого» значения, относящиеся к хирургической терапии ранений живота, нашли себе обстоятельное и разностороннее освещение.

«В настоящей работе подвергнут анализу в различных аспектах материал об огнестрельных проникающих ранениях живота, собранный в специализированном отделении ЭГ системы ФЭП, работавшего в течение первых трех лет войны в Ленинграде, а потом на втором Белорусском фронте в системе МЭП...»

Ни одна из проблем военно-полевой хирургии в годы Великой Отечественной войны не стояла так остро перед хирургами войскового и отчасти армейского районов, как проблема лечения проникающих ранений живота. Это положение относится не только к военным хирургам, но и к хирургам гражданских лечебных учреждений в городах-героях, ходом военных событий переключенных, на военные условия со всей их спецификой, к тому же усугубленной тяжестью общих условий существования...»

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ
ХИРУРГИЯ

А. М. НАРАВЦЕВИЧ

НЕПРАВИЛЬНО
СРОСШИЕСЯ
ПЕРЕЛОМЫ
БЕДРА



617.9
Н 280

МЕДГИЗ
1946

«Среди инвалидов Великой Отечественной войны имеется большое количество лиц с неправильно сросшимися переломами, и лечение их составляет содержание одной из важнейших глав восстановительной хирургии военного и особенно послевоенного времени.

В настоящее время перед хирургами, травматологами и ортопедами стоит важнейшая задача — изыскать и усовершенствовать методы предупреждения и лечения неправильно сросшихся переломов бедра, чтобы ликвидировать полностью этот «брак» в нашей работе по лечению переломов».

«После Великой Отечественной войны осталось большое количество инвалидов с ампутированными конечностями... Почти все ампутированные испытывают фантомные ощущения и очень часто болевого характера; в известном же проценте случаев имеют место жестокие и упорные фантомные боли.

Между тем об этого рода явлениях как в отечественной, так и в иностранной литературе нет не только ни одной монографии, но за последние годы не появлялось даже крупных журнальных статей. Ничего не говорится по этому поводу и в учебниках. Поэтому у широкого круга врачей установился взгляд на фантомные явления как на что-то весьма своеобразное и любопытное, но представления об их патогенезе и лечении довольно туманные. Отсюда в ряде случаев нецелесообразные вмешательства, порой даже ухудшающие состояние больного.

В своей монографии автор ставит задачей на основании многочисленных наблюдений, проведенных за время Великой Отечественной войны, ответить на вопрос о сущности фантомных ощущений ампутированных, об их патогенезе».

Библиотека
ПРАКТИЧЕСКОГО
ВРАЧА

Е. В. Шлифт

ФАНТОМ
АМПУТИРОВАННЫХ

616.8
Ш 735

Медиц — 1948