

мозгового отдела головы. По характеру раневого канала преобладали касательные и слепые ранения, а по локализации-ранения теменной области.

В связи с большим разнообразием использовавшейся техники в период Великой Отечественной войны, характер огнестрельных ранений черепа был крайне вариативным. Однако более половины всех ранений были непроникающими, что значительно облегчало их лечение и в большинстве случаев завершалось полным выздоровлением раненого.

Осложнения огнестрельных ранений мозгового отдела головы чаще всего носили инфекционный характер. Однако, в следствии того, что большинство ранений были непроникающими, частота осложнений значительно сокращалась.

Исход же таких ранений чаще всего был благоприятным и более 2/3 раненых полностью выздоравливали.

Литература

1. Ефим, С. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг / С. Гирголав, Л. Орбели. - Москва: Книга по требованию, 1952. - 540 с.

2. Бабчин, И. С. Классификация огнестрельных проникающих ранений черепа и статистические данные / И. С. Бабчин // Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. - М.: Медгиз, 1950. - Т.4. - С.326-331.

3. Полищук, Н. Е. Огнестрельные ранения головы / Н. Е. Полищук, В. И. Старча. – К.: изд-во ТОВ «ТоН», 1996. – 117 с.

ДОНОРСКОЕ ДЕЛО ВО ВРЕМЕНА ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Бондар К.Д.

*Гродненский государственный медицинский университет
Научный руководитель – подполковник м/с Флюрик С.В.*

В период Великой Отечественной войны интерес к практическому применению переливания крови значительно возрос. Оно получило широкое использование в лечебных учреждениях – как на фронте, так и в тыловых условиях. Выявилась необходимость создания в действующей армии специальной организации, руководящей переливанием крови в лечебных учреждениях. Были созданы внештатные «группы переливания крови», отделения и отделы переливания крови при санитарных отделах армий на всех фронтах, на флотах и при госпиталях военно-морских баз – пункты переливания крови. Во всех лечебных учреждениях фронта и эвакогоспиталях были выделены врачи, ответственные за переливание крови [1].

Во время Великой Отечественной войны Служба крови прошла три основных этапа развития.

Первый этап связан с ее развитием и формированием. В июле 1941 года Главное военно-санитарное управление (ГВСУ) направляет в войска

«Инструкцию по организации переливания крови в Красной Армии», в которой предписывалось переливать консервированную кровь, начиная с полковых медицинских пунктов. Однако, в сложной обстановке начального периода войны, когда нарушилась система управления в центрах и на местах, Наркомздрав и ГВСУ были вынуждены отказаться от централизованного снабжения фронтов консервированной кровью. Общее руководство делом переливания крови возлагалось на Главного хирурга фронта. Каждый фронт получил в оперативное подчинение несколько станций переливания крови и снабжался кровью с этих станций. За первый год войны Центральный институт переливания крови заготовил более 55 тонн консервированной крови и направил ее в действующую армию.

Второй – характеризуется накоплением и обобщением опыта, организационно-штатным формированием новых учреждений службы крови и широким внедрением переливания крови в практику лечения раненых и больных. В ходе наступательных операций Советской Армии стационарные станции переливания крови, находящиеся в больших городах, оказались в глубоком тылу. Наркомздрав РСФСР принимает решение об организации передвижных станций переливания крови для каждого фронта.

Третий этап ознаменован завершением создания стройной системы службы крови в тылу и на театре военных действий, массовым применением переливания крови во всех лечебных учреждениях Советской армии [2].

Система организации донорства, несмотря на большую текучесть донорских кадров, работала как тончайший отлаженный механизм, организованный в работе совместно с Обществом Красного Креста. Комитеты Общества проводили большую агитационную работу по привлечению в свой актив широких масс трудящихся. Тысячи доноров-патриотов отказывались от денежной компенсации за сданную кровь, внося эти средства в фонд обороны страны. Накопленный в годы войны опыт работы по комплектованию донорских кадров создал условия для расширения донорского движения [1].

Однако, имелись и проблемы с донорством.

С большой нагрузкой работали армейские и фронтовые станции переливания крови, которые заготавливали ее из двух источников – от гражданского населения и от военнослужащих. Обычно вблизи фронта количество местного населения было незначительным. Города и населенные пункты подверглись сильному разрушению и были опустошены. Поэтому во время наступательных операций 1943 – 1944 гг. не сразу удавалось получать необходимое количество доноров из числа гражданских лиц.

Еще более сложная ситуация с донорством сложилась после вступления наших войск на территорию противника. Здесь использование местного населения в качестве доноров было невозможным. Лучше обстояло дело заготовки консервированной крови на фронтах, продвигавшихся по территории дружественных стран, где вербовка и обслуживание доноров из местного населения была значительно облегчена. В одной из фронтовых станций переливания крови было зарегистрировано, например, до 20 тыс. доноров.

Лечебные учреждения войскового тыла в случае недостатка крови прибегали ко второму источнику донорства – военнослужащим. В хирургической практике частыми были случаи, когда для спасения жизни раненого требовалось прямое переливание свежесобранной крови от доноров. В экстренных случаях донорами становились военные медики и обслуживающий персонал медицинского учреждения. Опыт военной медицины свидетельствует о том, что в каждом медсанбате и госпитале существовал донорский резерв из лиц медицинского персонала. Следует отметить, что такого вида донорства «Наставление по санитарной службе Красной Армии» не предусматривало. Добровольная дача своей крови нуждавшемуся в ней воину свидетельствовала о высоких моральных качествах доноров из числа медицинских работников.

Медицинские работники, осуществляя забор крови от доноров, весьма осторожно относились к установлению дозы взятия крови, что обеспечивало безусловную безвредность этой процедуры. Максимальная доза, определенная инструкцией наркомздрава, равнялась 450 мл, а средняя доза – 200 – 250 мл. Однако опыт показал, что у лиц, только вступивших в донорство, необходимо брать не более 200 мл. Кроме того, медики учитывали физическое состояние доноров, их возраст, характер профессиональной деятельности и другие факторы. Во время блокады Ленинграда была установлена средняя доза 170 мл, причем у многих доноров она снижалась до 150 мл. При этом для ленинградских доноров предусматривался специальный продовольственный паек, калорийность которого, впрочем, была в два раза ниже допустимой. Но для доноров это было существенной добавкой к мизерному пайку жителей блокадного города. Всего в период Великой Отечественной войны донорами являлись 5,5 млн. граждан. Сданная ими кровь спасла жизнь сотням тысяч советских солдат [3].

Литература

1. http://spasibodonor.ru/wp-content/uploads/2015/03/Broshyura_Donorstvo_krovi_v_gody_VOV.pdf
2. <https://rckrt.ru/donorstvo-krovi-v-gody-velikoj-otechestvennoj-vojny/>
3. https://e-notabene.ru/hr/article_19196.html

РОЛЬ ГЕМОТРАНСФУЗИЙ НА ФРОНТАХ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Борель П.С.

*Гродненский государственный медицинский университет
Научный руководитель – майор м/с Соловьёв А.В.*

Переливание крови в период ВОВ применялось на всех этапах медицинской эвакуации. Основными показаниями к переливанию крови на войсковых этапах медицинской эвакуации (полковые медицинские пункты, дивизионные медицинские пункты) являлись травматический шок и кровопотеря. Однако не меньшее значение принадлежало переливанию крови в борьбе с септическими осложнениями ранений, в ликвидации последствий вторичных кровотечений,