

стороны и неудачными для обороняющейся. Но и в 1941, и в 1944 гг. бои возле Лунно были сопряжены с большими людскими потерями, о которых нам следует помнить, чтобы война ни для кого и никогда не приобретала романтической окраски и не допускалась в качестве одного из средств для достижения цели. Местный материал в этом отношении всегда наиболее убедителен.

Значимость нашей работы в том, что она отражает несколько частных эпизодов начального периода войны и событий операции «Багратион», в которых, тем не менее, ярко передается ситуация на фронте в целом. Материалы могут быть использованы при подготовке обобщающих работ по истории Великой Отечественной войны, при проведении уроков истории и воспитательных мероприятий, в музейной и туристической деятельности.

Литературные источники:

1. Басюк, І. А. Заходні фронт у пачатковым перыядзе Вялікай Айчыннай вайны. Манаграфія / І. А. Басюк. – Гродна: ГрДУ, 2013. – 325 с.
2. Егоров, Д. Н. Июнь 1941 г. Разгром Западного фронта / Д. Н. Егоров. – Москва: Яуза, Эксмо, 2008. – 800 с.
3. Люцік, Д. Нёманскі фронт 15-25 ліпеня 1944 года / Д. Люцік. – Гродно, 2012. – 326 с.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КЛОСТРИДИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

А. В. Полудень

Гродненский государственный медицинский университет,
г. Гродно, Беларусь

Научный руководитель – старший преподаватель военной кафедры,
подполковник м/с И. Н. Князев

Введение. Анаэробная газовая инфекция – это тяжелая раневая инфекция, вызываемая патогенными анаэробами, характеризующаяся стремительным и распространяющимся некрозом тканей, их разложением, обычно с образованием газа, тяжелой общей интоксикацией и отсутствием выраженных воспалительных явлений.

Возбудители – *Cl. perfringens*, *Cl. septicum*, *Cl. aedemaitiens*. Наиболее часто причина анаэробной инфекции – *Cl. perfringens*, ее делят на 6 типов по способности вырабатывать 12 разных летальных и некротических токсинов и ферментов [2].

В годы Второй мировой войны резко увеличилось число пациентов с газовой гангреной, чему способствовал характер травм, полученных во время боевых действий. При этом факторы риска – загрязнение обширных ран землей, нарушение кровообращения в области раны, наложение кровоостанавливающего жгута на длительное время, кровопотеря, физическое и психическое утомление, охлаждение и длительная транспортировка раненого. Осколочные ранения осложнялись газовой гангреной в 1,5 раза чаще, чем пулевые, поскольку разможнение мышечной ткани и наличие большого количества слепых каналов способствует развитию заболевания. Однако профилактика и лечение газовой гангрены недостаточно были разработаны к этому времени и осуществлялись без учета указанных факторов риска [1, 3]. Поэтому врачи использовали весь опыт, накопленный еще в годы Отечественной войны 1812 г. и Первой Мировой войны для борьбы с этим тяжелым осложнением раневого поражения.

Цель. Изучить развитие подходов и методов профилактики и лечения газовой гангрены советскими врачами в годы Великой Отечественной войны.

Методы исследования. Проанализированы 20 источников литературы, имеющие общую связь с темой исследования: военно-полевая хирургия, травматология, инфекционные болезни, анаэробная инфекция и ее характеристика. Основные источники информации – [1, 2, 3]. В исследовании использовались исторический метод и общенаучные методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Неоценимый вклад в изучение проблемы этиологии, патогенеза, лечения и профилактики клостридиальной инфекции в период Второй мировой войны внесли С. С. Юдин, М. Н. Ахутин [2]. Исследователями было установлено, что в большинстве огнестрельных ран выявляются анаэробные микроорганизмы, в их числе и клостридии. При этом газовая гангрена развивалась не всегда [3].

В годы Великой Отечественной войны советские медики довольно успешно справлялись с профилактикой и лечением инфекционных осложнений ран. Так, если в годы Первой мировой войны

частота осложнений ран анаэробной инфекцией составляла 3,5-15%, а смертность могла достигать 60-80%, то уже в период Второй мировой войны удалось снизить развитие газовой гангрены до 0,4-0,5% [1].

Лечение пациентов с газовой гангреной было комплексным, включая как консервативное, так и хирургическое. Основную роль в недопущении развития газовой гангрены играла первичная хирургическая обработка ран. Стоит отметить, что качественная иммобилизация, своевременная эвакуация раненых с поля боя, а также общие санитарно-гигиенические условия имели не меньшую значимость.

С целью противодействия развивающейся токсемии применялись противогангренозная сыворотка, переливание эритроцитарной массы, а также инфузионная терапия: 0,9% раствор хлорида натрия, 5% раствор глюкозы, рингер и другие плазмозамещающие растворы. Тем не менее, хирургическое лечение было главным методом и наиболее эффективным, применялось даже при распространенных поражениях с минимальными шансами на благополучный исход лечения [1].

Предоперационная подготовка, как правило, включала стабилизацию работы сердечно-сосудистой системы, а именно: плазмозамещающую терапию, инфузию эритроцитов, применение кардиопротекторов (коргликон) и возотоников (камфора). Проводили противошоковую терапию в зависимости от тяжести состояния и вида вмешательства [1]. Обезболивание в основном было общим, местная анестезия применялась крайне редко, в частности при крайне тяжелом состоянии пациента [3]. Спинальная анестезия у таких пациентов могла вызвать резкое снижение артериального давления, вплоть до остановки сердца, из-за чего была противопоказана. В годы Второй мировой войны при кратковременных оперативных вмешательствах применялись хлорэтиловое оглушение и хлорэтилэфирный наркоз. Послеоперационный период включал в первую очередь борьбу с токсемией и с сердечно-сосудистыми нарушениями [1].

Оперативное вмешательство включало эксцизию при ограниченной или медленно прогрессирующей форме газовой гангрены, гильотинную ампутацию при тяжелой форме клостридиальной инфекции. Если инфекция носила строго ограниченный характер, в большинстве случаев достаточно было рассечения раны. Если инфекция распространялась за пределы раны и отдела конечности, но прогрессировала медленно, показаны были множественные

лампасные разрезы пораженной области по ходу мышечных пучков. При локализации газовой гангрены на туловище ампутацию выполнить было невозможно, из-за чего основным методом хирургического лечения даже при тяжелой форме заболевания были разрезы. По ходу иссеченных тканей местно применялись сульфаниламидные препараты, причем лекарственные средства должны были попасть во все ходы и углубления раны. Стоит отметить, что ампутация при газовой гангрене давала лучшие результаты. Так, среди выздоровевших ампутация в 77% случаев была первой операцией, в 18,6% – второй, в 0,6% – третьей, в 0,2% – четвертой, в 3,7% случаев была произведена повторная ампутация [1].

После проведенного оперативного вмешательства больных эвакуировали в тыл на реабилитацию в срок не ранее 7 дней с момента операции, поскольку требовалось точно убедиться в исчезновении проявления заболевания. Было установлено, что более ранняя эвакуация ухудшала состояние пациента и приводила к удлинению сроков оказания медицинской помощи, что в период войны было крайне нежелательно [1].

Выводы. Таким образом, проблема профилактики и лечения газовой гангрены в годы Великой Отечественной войны стала весьма актуальной и приобрела особую значимость, ведь шла тяжелая война и каждый боец был на счету, а возврат опытного солдата был чрезвычайно важен для Советской армии. По этой причине в годы Великой Отечественной войны советские врачи-хирурги приложили свои усилия для развития способов и методов профилактики и лечения газовой гангрены, что позволило довольно успешно бороться с этим осложнением минно-взрывных и пулевых ранений, главным образом при помощи хирургического вмешательства. По сравнению с Первой мировой войной частота развития клостридиальной инфекции была более чем в 10 раз снижена, тем не менее, оставалась наиболее тяжелым осложнением ран.

Литературные источники:

1. Мокеева, Ю. К. Борьба с газовой гангреной в годы Великой Отечественной войны / Ю. К. Мокеева // Медицина в годы Великой Отечественной войны : Материалы III научно-теоретической конференции (с международным участием), посвященной 75-летию Победы в Великой Отечественной войне, Курск, 15 мая 2020 года / Отв. редактор А. В. Данилова. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2020. – С. 424-428.

2. Общая хирургия: курс лекций для студентов лечебного, педиатрического, медико-психологического, медико-диагностического факультетов и факультета иностранных учащихся / П. В. Гарелик [и др.]; под ред. проф. П. В. Гарелика. – Гродно: ГрГМУ, 2013. – 532 с.

3. Федоров, В. Г. К 70-летию Великой победы: анаэробная инфекция – взгляд в историю / В. Г. Федоров // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н. И. Пирогова. – 2015. – № 3. – С. 121-124.

ХИРУРГИЯ ГЛАЗА В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

А. В. Полудень

Гродненский государственный медицинский университет,
г. Гродно, Беларусь

Научный руководитель – старший преподаватель военной кафедры,
подполковник м/с И. Н. Князев

Введение. В годы Второй мировой войны основная проблема офтальмологии – глазной травматизм. Среди глазной патологии непосредственно боевое поражение органов зрения и вспомогательного аппарата занимало ведущую позицию (до 70%), при этом в структуре всех травм – 1-2%.

В условиях непрекращающихся боевых действий и увеличения числа травмированных пациентов, требовалась четкая организация медицинской помощи пострадавшим с применением микрохирургических вмешательств на органах зрения для дальнейшего возвращения их в строй, что и старались выполнить советские офтальмохирурги в годы Великой Отечественной войны [1].

Цель. Установить развитие особенности хирургических операций на органах глаза, выполнявшихся в годы Великой Отечественной войны.

Материал и методы исследования. Источник информации – 20 литературных источников, касающихся темы исследования: хирургические болезни глаза, микрохирургия глаза, проблемы офтальмологии в годы Второй мировой войны. Основные из них [1, 2, 3]. Использовались исторический метод, а также общенаучные методы.