

ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В МЕДИКО-САНИТАРНОМ БАТАЛЬОНЕ

Майор медицинской службы И. В. ОЛЕШКЕВИЧ

Характер и объем лечебной работы МСБ зависят от тактической обстановки. При подвижном фронте МСБ ограничивается неотложной хирургической помощью раненым, вся основная тяжесть хирургической работы в этом случае падает на ППГ. В период активной обороны, когда фронт стабилен, МСБ превращается в «главную операционную» войскового района. Работу МСБ в этот период нужно организовать так, чтобы пропускать максимальное количество раненых (500—800 в сутки). Основная масса раненых, нуждающихся в оперативной помощи, должна ее получить здесь.

Лечебно-эвакуационная работа, как известно, осуществляется медицинской ротой, состоящей из трех взводов: приемно-сортировочного, операционно-перевязочного и хирургического и упаковочного.

В населенных пунктах под сортировочную мы всегда стремились занять просторное помещение, недалеко от операционной и перевязочной. Для размещения большого количества раненых во время напряженных боев по соседству с сортировочной бронировалось второе помещение. Кроме того, в случае необходимости для легко раненых развешивалась палатка ДМГ. Такая палатка очень удобна, так как в ней можно разместить значительно большее количество раненых, чем в жилом помещении, в большинстве случаев крестьянской хате.

Операционная и перевязочная обычно размещались в двух комнатах. Они имели предоперационную и предперевязочную. В операционной мы ставили (в зависимости от величины комнаты) 2—3 стола, в перевязочной 3 стола. При таком количестве рабочих мест мы могли пропускать 200—250 человек в сутки. Но как только количество раненых превышало эти цифры, помещение приходилось расширять. В этих случаях открывались две операционные на 3 стола каждая и перевязочная на 5—6 столов. В первой операционной производились полостные операции (череп, грудь, живот); через вторую проходили раненые, нуждающиеся в ампутации конечностей, с огнестрельными переломами бедра, голени, плеча, находящиеся в состоянии шока. Переливание крови производилось в двух операционных. Обе операционные в состоянии были пропустить в сутки около 100 человек той категории раненых.

Строго придерживаться деления операционных на полостные и для конечностей было не всегда возможно, так как при поступлении значительного количества раненных в живот анастомозы делались в обеих операционных. Точно так же после оказания оперативной помощи полостным раненым в полостную операционную поступали раненные в другие органы. Это маневрирование позволяло через обе операционные пропускать свыше 150 человек в сутки.

Для оказания хирургической помощи при ранениях средней тяжести, как уже упоминалось, открывалась перевязочная с пропускной способностью 300—350 человек в сутки. Кроме того, для легко раненных использовалась перевязочная команда выдворающих.

Под хирургический взвод отводилось такое количество жилых помещений, которое могло бы вместить 100—120 нетранспортабельных. При недостатке жилых помещений разворачивалась палатка ДМП.

Эвакоотделение, как правило, занимало два помещения: одно для носилочных раненных и второе для легко раненных. Для последней категории чаще использовалась палатка ДМП. Эвакоотделение мы всегда стремились располагать ближе к перевязочной, так как основная масса раненных, после оказания соответствующей хирургической помощи, направлялась в эвакоотделение, откуда и эвакуировалась.

При размещении МСБ в лесу под приемно-сортировочную отводилась палатка ДМП, вмещающая около 30 носилочных раненных, и строился шалаш на 40—50 легко раненных. Операционная и перевязочная, на 3 стола каждая, размещались в гессенской палатке. При каждой такой палатке имелась предоперационная и предперевязочная на 5—6 человек лежащих и такое же количество ходячих раненных. В случае увеличения количества раненных операционно-перевязочный блок расширялся до 14—15 столов.

Хирургический взвод занимал две палатки, которые могли вместить 80—90 нетранспортабельных раненных; отдельная палатка разворачивалась для раненных командиров. При поступлении в сутки 500—600 раненных коечный фонд хирургического взвода доходил до 120—130 коек.

В эвакоотделении разворачивались две палатки ДМП: одна для носилочных и вторая для ходячих раненных. При большом потоке раненных эвакоотделение приходилось расширять.

Главнейшая задача сортировочной, как показывает назва-

ние,— сортировка раненых по характеру и тяжести ранения, а также по срочности оперативного вмешательства. Все поступающие в сортировочную раненые прежде всего делятся на легко раненых и раненых средней тяжести, подлежащих направлению в перевязочную, и тяжело раненых, подлежащих направлению в операционную. Тяжело раненые в свою очередь делятся на следующие три группы: 1) группа раненых, нуждающихся в срочной операции по жизненным показаниям (раненые со жгутом, внутричерепным кровотечением, с ранением челюстей, верхних дыхательных путей, грудной и брюшной полостей и др.); 2) группа шоковых раненых, нуждающихся в оперативном вмешательстве; 3) все остальные раненые, нуждающиеся в операции во вторую очередь.

В сортировочной раненых регистрируют, здесь же им выливается противостолбнячная сыворотка и начинается борьба с шоком, заключающаяся в подкожном введении морфина, сердечных средств, обогревании и пр.¹

Весь персонал операционно-перевязочного взвода разбит на 4 бригады, из которых две работают в операционной и две — в перевязочной. Бригада операционной состоит из ответственного хирурга — бригадира, ассистента — второго хирурга, операционной сестры, наркотизатора (фельдшер) и 4—5 санитаров (два штатных, остальные из команды выздоравливающих). В бригаду перевязочной входят хирург, операционная сестра, санитарный инструктор и 4—5 санитаров (один штатный, остальные из команды выздоравливающих). Бригады работают по графику: с 9 до 15 часов, с 15 до 21 часа и с 21 до 9 часов следующего дня. В начале нашей работы на фронте бригады были строго закреплены за операционной и перевязочной. Это вызвало недовольство со стороны врачей, работавших в перевязочной, так как они отрывались от крупных операций, что препятствовало росту хирурга. Периодическое же чередование бригад для работы в операционной и перевязочной ввиду их неравноценности было невозможно. Этот недостаток был изжит путем привлечения врачей перевязочной к работе в операционной, а врачей последней — к работе в перевязочной. Остальной персонал бригады (сестры и санитары) оставался стабильным. Такая постановка работы нас удовлетворяла и

¹ Сильной стерильной в работе данного МСБ является отсутствие специальной противостолбнячной сыворотки, ставшей для подавляющего большинства МСБ и ППГ неотъемлемой частью в схеме их развертывания. Борьбе с шоком в приемно-сортировочном блоке МСБ — не место. — Редакция.

член относительного затишья на фронте. Но как только поток раненых резко увеличивался, график работы нарушался, и нам приходилось работать «авралом», используя резервную операционную и перевязочную. Здесь мы столкнулись с таким затруднением: для бесперебойной работы бригад рабочих рук не хватало, поэтому на время загрузки составлялись другие бригады, в которые включались врачи из других подразделений МСБ. Каждая бригада пополнялась писарем и санитарно-носильщиками. Использование на хирургической работе врачей других специальностей вполне возможно. Периодически участвуя в хирургических операциях, они постепенно осваивали эту работу.

При больших поступлениях раненых все бригады работали одновременно до тех пор, пока поток раненых не уменьшался; тогда часть бригад уходила на отдых, а остальные продолжали работать. В этот период время для отдыха сокращалось до 3—4 часов в сутки. Если в сортировочной снова начинали скопляться раненые, вновь продолжали работать «авралом».

Для увеличения пропускной способности операционно-перевязочного блока работа его строилась по конвейерному типу: бригада операционной работала на 3 столах, а бригада перевязочной на 5—6 столах. В перевязочной с таким количеством столов обычно приходилось ставить двух врачей. Это давало возможность своевременно оказывать хирургическую помощь всем поступающим в МСБ раненым.

В послеоперационном периоде раненых ведут те хирурги, которые их оперировали, что, с одной стороны, повышает качество лечебной работы, а с другой — дает возможность более полноценно использовать врачей хирургического взвода на работе в операционной и перевязочной.

Обработка рук хирургического персонала у нас проводилась по способу Спасокукоцкого-Кочергина в том виде, как он описан авторами. Другими способами мы не пользовались. Перед всякой следующей операцией руки мылись в одной порции раствора, после чего обрабатывались спиртом. При лапаротомиях, как правило, пользовались перчатками, стерилизованными в 2% растворе хлорамина. Если недостатка в перчатках не было, мы их широко применяли как в операционной, так и перевязочной.

В первые дни работы на фронте мы пользовались стерильным материалом из комплектов, а затем перешли на свою заготовку, что более выгодно с точки зрения экономии материала

и значительно удобнее. Своя стерилизация перепяточного материала позволит изготовить его в таком виде, какой необходим для операции. Точно так же обстоит вопрос и с материалом для швов: сначала был использован заплес, затем стали изготавливать материал сами. Мы убедились также, что в условиях войскового района это вполне осуществимо. Шелк и кетгут обрабатывались общепринятыми способами.

Для обезболивания применяли внутривенный гексеналовый наркоз, но, получив во время операций несколько тяжелых осложнений, были вынуждены от него отказаться и перейти на эфирный наркоз, оставив гексенал в качестве базис-наркоза. Теперь у нас широко применяется местная анестезия, за исключением некоторых случаев лапаротомий, которые проводятся под эфиром. Перед лапаротомией, производимой под местной анестезией, предварительно делается двусторонняя поясничная новокаиновая блокада: с каждой стороны вводится по 100 см³ 0,25% раствора новокаина. Поясничная новокаиновая блокада значительно повышает эффективность местной анестезии и предупреждает операционный шок. При операциях на конечностях мы пользовались футлярной анестезией, к которой присоединяли анестезию кожи в месте предполагаемого разреза. Технически футлярная анестезия выполнялась в том виде, как она описана Вишневым. Эта анестезия дает очень хорошее обезболивание. В качестве обезболивающего средства мы пользовались 0,25% раствором новокаина, за исключением кисти и стопы, где применяли 1—2% раствор.

Для борьбы с шоком проводились как профилактические, так и лечебные противошоковые мероприятия. Прибегая к профилактическим противошоковым мероприятиям, мы стремимся устранить те неблагоприятные моменты, которые могут вызвать шок или усилить уже имеющийся. При лечении шока, кроме согревания раненого, сердечных и наркотических средств и др., мы широко пользовались переливанием крови. Одно время довольно часто применяли глюкозу и жидкость Попова № 3, содержащую глюкозу. В последнее время в связи с ухудшением снабжения глюкозой этими растворами пользуемся редко. Кровью пользуемся как консервированной, так и свежесобранной — от своих доноров; переливаем кровь из стандартной банки и ампулы. За один раз переливаем от 250 до 1 500 см³. большее число переливаний проведено при дозе в 450 см³.

Для транспортной иммобилизации раненных в верхнюю конечность и голень мы считаем вполне пригодной шину Кра-

мера; реже пользуемся гипсовыми лонгетами, сетчатой шиной и фанерными лубками, которые чаще всего служат дополнительным средством при иммобилизации шиной Крамера. При переломах бедра и ранениях коленного сустава применяем шину Дитерихса или Томаса-Виноградова. В последнее время используем шину Дитерихса собственного производства. В качестве импровизированных шин для верхней конечности и голени применяем шины из лозовых прутьев.

Медицинская документация в условиях МСБ имеет особое значение. Эвакуация раненых с правильно оформленными историей болезни или карточками передового района значительно облегчает работу последующих этапов эвакуации и тем самым улучшает качество хирургической помощи. Всем транспертабельным раненым диагноз ранения и характер оказанной хирургической помощи отмечался в карточке передового района. При этом в левой половине обратной стороны подробно записывался диагноз ранения, а во второй половине той же стороны — характер оказанной помощи. В тех случаях, когда МСБ пользовался карточками передового района небольшого формата, все записи делались на отдельном листе бумаги. На раненых, подвергшихся операции, а также находящихся в шоковом состоянии, как правило, заполнялись истории болезни. Такая постановка медицинской документации удовлетворяла как нас самих, так и те этапы, на которые мы эвакуировали раненых.

Правильная постановка хирургической работы в МСБ возможна без соответствующей работы с врачами ПМП. Для повышения их квалификации все врачи ПМП прошли двухмесячные курсы по военно-полевой хирургии, наиболее активные из них прошли ординатуру при МСБ. Для постоянного руководства хирургической работой хирурги МСБ были прикреплены к отдельным ПМП, куда выезжали 1—2 раза в месяц. В научных конференциях МСБ полковые врачи принимали участие не только как слушатели, но и как докладчики. Все эти мероприятия значительно улучшали качество хирургической работы на ПМП, что облегчало и работу МСБ.