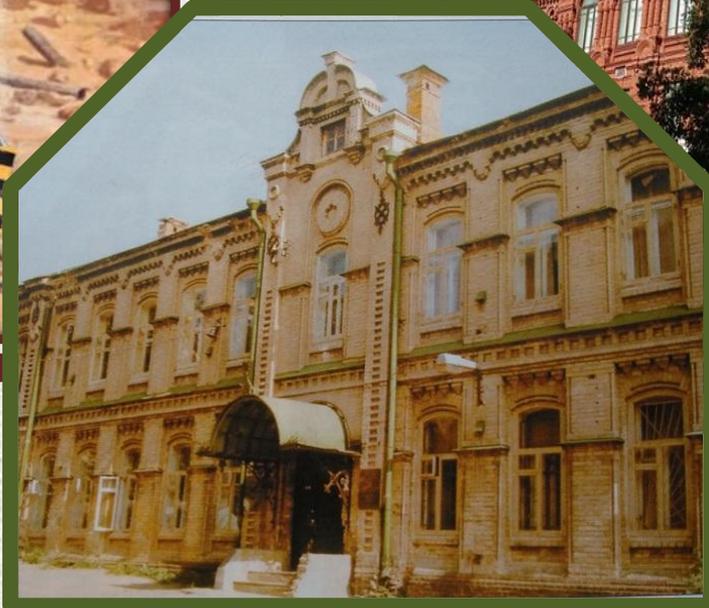




**Наука – фронту.
Научная
деятельность
Казанского ГМУ в
годы Великой
Отечественной
войны (1941-1945 гг.)**

Период войны в истории КГМУ особенный – вся его деятельность была подчинена военному времени



**Директоры КГМИ в годы войны. Слева
направо: С. В. Курашов, Г. Ф. Тихонов,
В. С. Исупов (фото отсутствует),
Ф. М. Мережинский.**

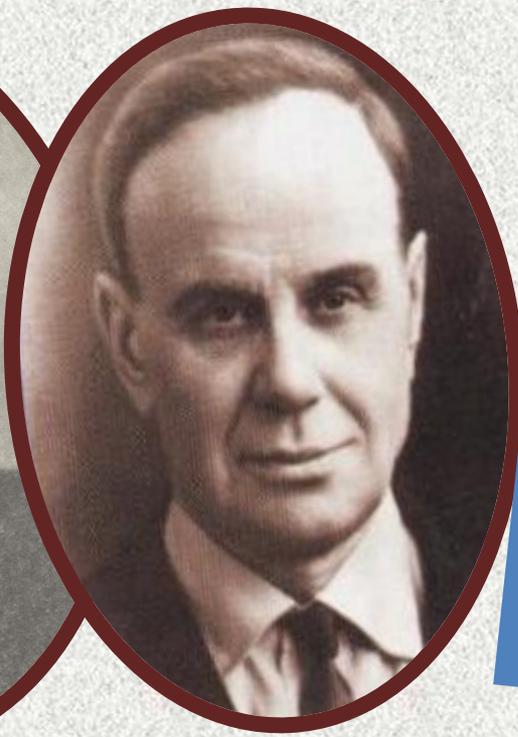
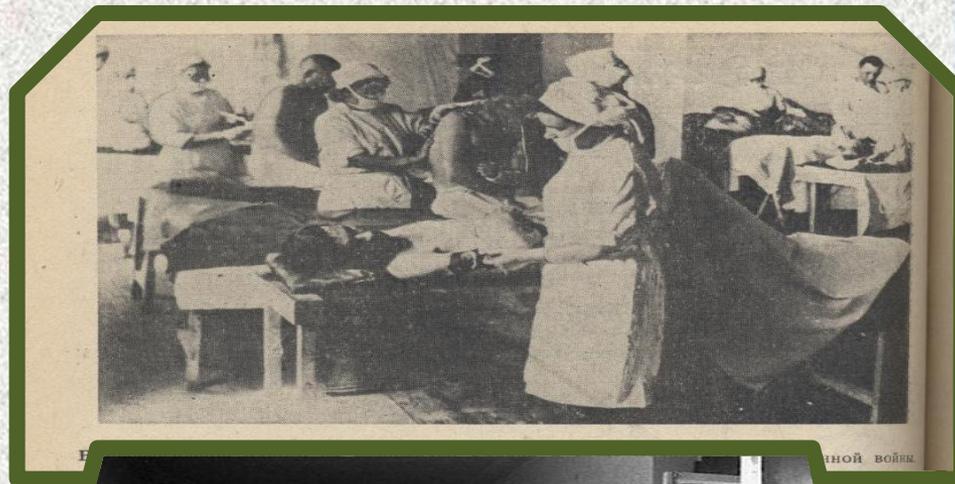


ФОТО ОТСУТСТВУЕТ



В первые дни войны в Казань стали прибывать эшелоны с ранеными и организовываться эвакогоспитали

- № 1673 - Общежитие Казанского гос.мединститута – ул. Маяковского и школа № 20 – ул. Школьная,
- № 1683 - Школа № 20,
- № 1879 - Школы №№ 3 и 19 – ул. Б. Галактионовская,
- № 1907 - Школа № 28 – ул. Достоевского,
- № 1908 - Школа № 4 – ул. Бутлерова,
- № 2778 - Старая клиника Казанского государственного мединститута – ул. Университетская.



В здании общежития №1 (Маяковского, 11) находился госпиталь 1673

Эвакуационный
госпиталь №1673
был сформирован в
июле 1941 г.

Размещался в
Казани в здании
общежития КГМИ с
3 июля 1941 г. по 13
сентября 1944 г. В
сентябре 1944 г.

передислоцирован
в г. Борисов
Минской области
(Белоруссия).

Начальник
госпиталя –
военврач 2-го ранга
И. А. Кутушев



Общежитие № 1 Казанского медицинского университета.

БУ БИНАДА
БӨЕК ВАТАН СУТЫШЫ ЧОРЫНДА
1941 - 1944 ЕЛЛАРДА
1673 НОМЕРЛЫ ЭВАКОГОСПИТАЛЬ
УРНАШКАН БУЛГАН.

Министерство Здравоохранения
Российской Федерации



Казанский государственный
медицинский университет

Общежитие №1

ул. Маяковского, д. 11



Научная деятельность КГМИ в годы войны

Тематика большинства научных работ была посвящена требованиям военного времени, в частности, проблеме эффективного хирургического и терапевтического лечения раненых с огнестрельными и травматическими повреждениями. В 1941-1944 гг. в институте были выполнены более 200 научных исследований. Сотрудники защитили 5 докторских и 10 кандидатских диссертаций.



Диссертации, защищённые в КГМИ в 1942-1944 гг.

Из фонда научной библиотеки

Из гистологической лаборатории Главного Государственного Медицинского и Государственного Санитарно-гигиенического Института /Зав. Лаб. Палладинский доктор наук и проф. А.И. Палладин/.

НАСТАВНИК И УЧИТЕЛЬ О ПЕДАГОГИЧЕСКОМ СПОСОБЕ И ФОРМЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ОВОЛАДЕНИЯ ДОСТОИЯ И НА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫМИ И ПАТОЛОГИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИХ.

- I. релаксация иннервация эластичной оболочки и мускулов,
- II. иннервация дна,
- III. иннервация цитин дна.

В. ОКОНАМ.

Диссертация.

Казань 1944 г.

Из *Анатомического Театра*
Казанского Государственного Медицинского Ин-та
(Зав. Кафедрой Проф. В.Н. Терновский)

Опыт
Экспериментально-морфологического
анализа
иннервации двигательного аппарата
глаза.

Доц. Мурат В.Н.

Диссертация на соискание
ученой степени Доктора
Медицинских Наук

Казань 1942 г.

ДИССЕРТАЦИЯ

НАСТАВНИК ПЕДАГОГИЧЕСКИХ И ВРЕМЕННЫХ ПРОВОДИМОВ,
В ОТНОШЕНИИ ЭКСПЕРИМЕНТА И ФИЗИОЛОГИИ
КОМПЕНСАЦИИ /ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ КОМПЕНСАЦИИ,
ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЗАПЕНЫ/.

представленная Совету Казанского Государственного
Медицинского Института, на соискание ученой
степени кандидата медицинских наук, врачом
Петром Николаевичем Булатовым.

Казань, 1942.

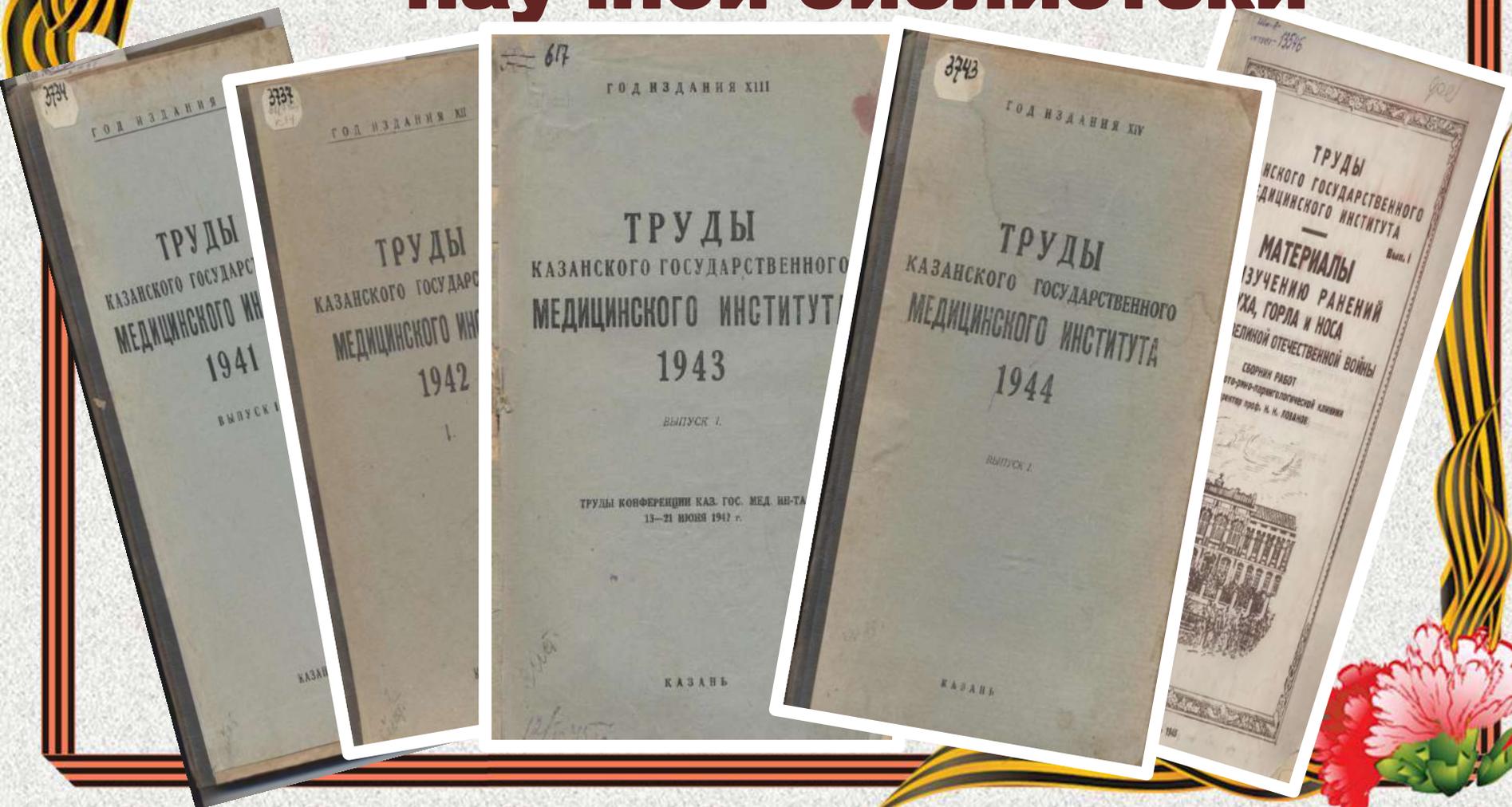
ЛИРИКА СВЯТЫНА Е.А.

Из текста лирики Казанского Института
Училищно-воспитательных работ им.
В.А. Школина.
Директор заслуженный деятель науки
проф. И.И. Школин/.

ЛИРИКА С. В. ВРОВА, Л.А.А.

Канд. мед. наук.

Труды ученых КГМИ за 1941-1945 гг. из фонда научной библиотеки





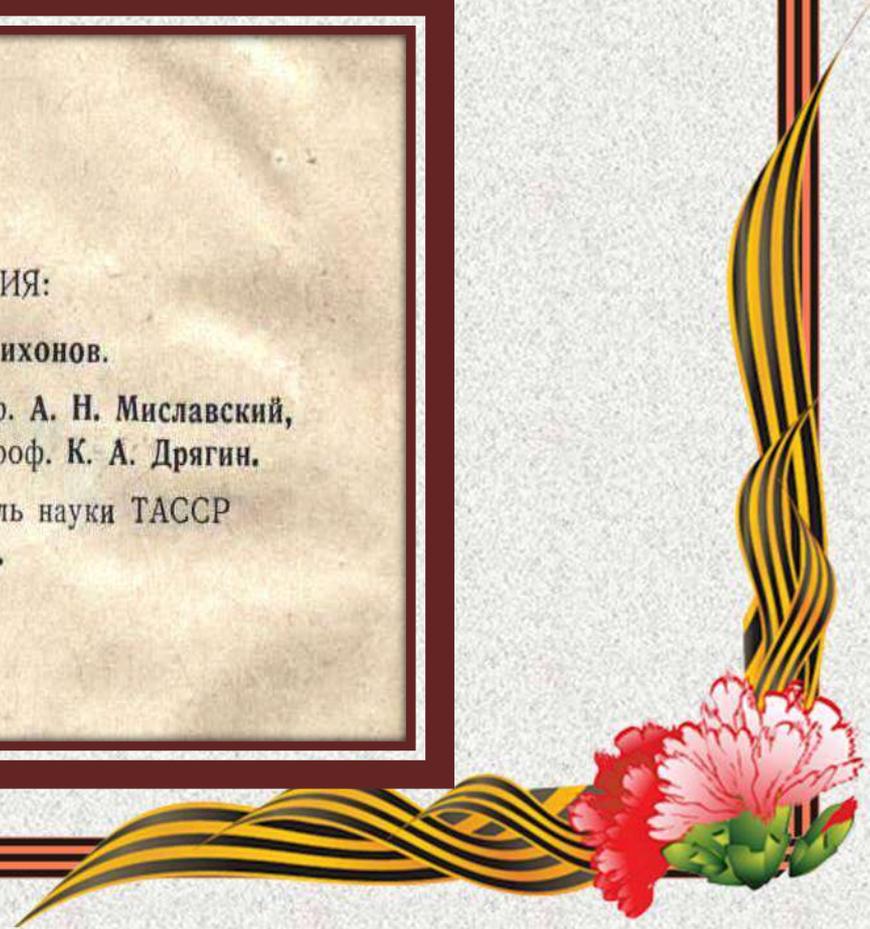
Возглавлял редакционную коллегию директор института, членами редколлегии являлись заместители директора и заведующие кафедрами

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

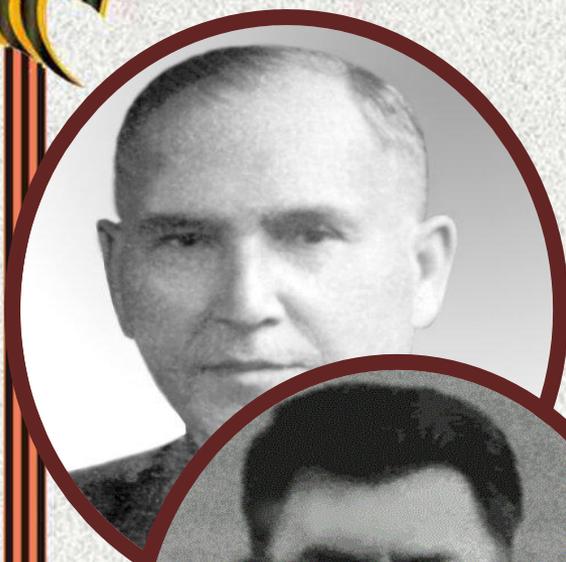
Ответственный редактор Г. Ф. Тихонов.

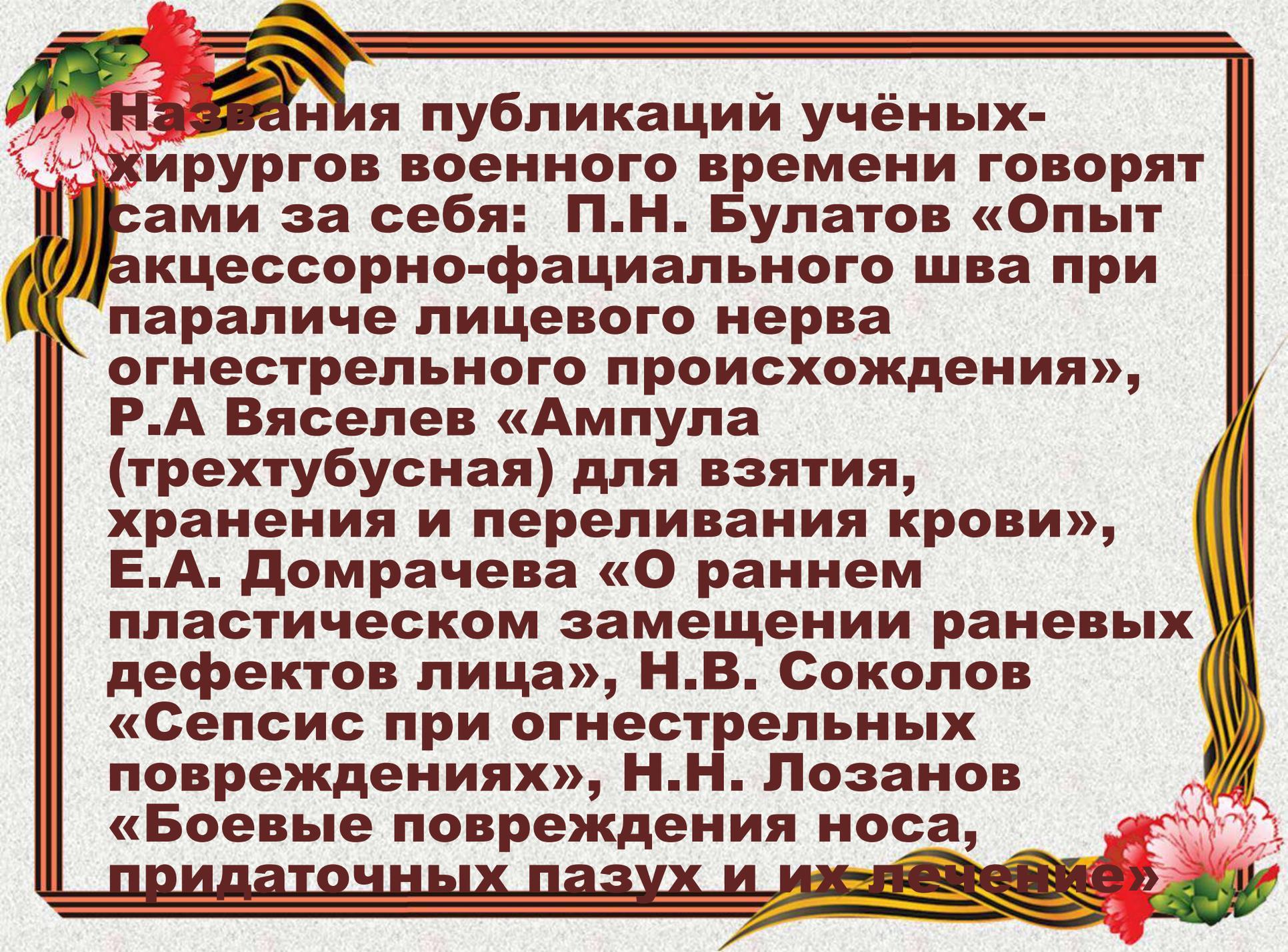
Члены коллегии: заслуж. деятель науки проф. А. Н. Миславский,
проф. А. В. Кибяков, проф. А. Д. Адо, проф. К. А. Дрягин.

Ответственный секретарь заслуж. деятель науки ТАССР
проф. З. Н. Блюмштейн.



**Преподаватели-хирурги, работавшие в
госпиталях. Верхний ряд, слева направо:
И. В. Домрачев, Е. А. Домрачева, Н. Н.
Лозанов. Нижний ряд: Р. А. Вяселев,
П. Н. Булатов,
Н. В. Соколов.**





• Названия публикаций учёных-хирургов военного времени говорят сами за себя: П.Н. Булатов «Опыт акцессорно-фациального шва при параличе лицевого нерва огнестрельного происхождения», Р.А Вяселев «Ампула (трехтубусная) для взятия, хранения и переливания крови», Е.А. Домрачева «О раннем пластическом замещении раневых дефектов лица», Н.В. Соколов «Сепсис при огнестрельных повреждениях», Н.Н. Лозанов «Боевые повреждения носа, придаточных пазух и их лечение»

Николай Владимирович Соколов и его исследования

ТРУДЫ КАВКАСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА
1943
Выпуск I

Сепсис при огнестрельных повреждениях

Заслуженный доктор наук проф. Н. В. Соколов.

Вопрос о сепсисе, являющемся самым тяжелым и грозным осложнением в течениях огнестрельных ранений, в условиях партизанских собраний приобретает особое значение. Несмотря на то, что вопрос о сепсисе имеет давнюю историю, много неясного до сих пор остается к пониманию сепсиса как патологического процесса, в вопросе патогенеза сепсиса, в вопросе наиболее целесообразного метода лечения септического больного.

Сепсис несомненно вызывается инфекцией и обшая своим возникновением и течением походитому как сепсис, возникающий в результате попадания микробов или их токсинов, правда, допускают, что сепсис может быть вызван продуктами гниющего разложения крови или тканями.

Сепсис не вызывается клонидии-дифтерийными микробами и возникает в результате инфекции организма самыми разнообразными микробами — стафилококками, реже анаэробами. В отличие от инфекционных заболеваний сепсис не имеет определенных кровяных изменений.

В результате получаемого раздражения, вследствие попадания в рану крови микробов или их токсинов, организм отвечает своеобразной общей реакцией, степень выраженности которой может быть различной, но характер которой в абсолютном большинстве случаев более или менее сходен, несмотря на различные возбудители.

Характерным для сепсиса в этой общей реакции организма является то, что первичный очаг — рана, сепсисный исходный пункт для развития сепсиса, может удаляться, т. е. рана может зажить или он может быть удален (ампу, ампутация), раненый конечности может быть ампутирована, а общая реакция организма, характерная для сепсиса, имеет место. Иначе говоря, сепсис, обусловленный в своем развитии первичным очагом, не подвержен, сепсис, обусловленный течением может развиваться независимо от первичного источника очага.

При течениях такого рода течения сепсиса возникает ряд вопросов. Очаг после, очаг удален, а сепсис идет своим ходом с характерной температурной реакцией, с токсическими явлениями, и в ряде случаев приводит больного к гибели при картине острого сепсиса. Если при этом при вскрытии не обнаруживаются гнойных очагов, значит ли это, что сепсис



ТРУДЫ КАВКАСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИН-ТА
1947
Выпуск I

КИШЕЧНО-КАЛОВЫЕ СВИЩИ, ИСХОДЯЩИЕ ИЗ ТОЛСТЫХ КИШЕК И РАЗВИВШИЕСЯ В СВЯЗИ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ

Засл. деятель науки проф. Н. В. СОКОЛОВ.
Директор Государственной хирургической клиники Кавказского государственного медицинского института.

Качество каловых свищей, исходящих из толстых кишок, среди заболеваний, развившихся после ранения живота, составляет у раненых значительную группу.

По данным Вайсворт [«Хирургия» 1943, № 11—12] из 100 раненых с кишечно-каловыми свищами, выходящими под ее наблюдением, 46 приходилось на раненых с кишечно-каловыми свищами, исходящими из толстых кишок.

По данным Гуревича Н. И. (Респуб. конференция хирургов Закавказья НКЗ РСФСР, 1945 г.) из 240 раненых с кишечно-каловыми свищами у 33 имелись каловые свищи, исходящие из толстых кишок.

По нашим наблюдениям из 210 раненых с кишечно-каловыми свищами 92 раненых были доставлены с свищами, исходящими из толстых кишок и, кроме того, 24 раненых были доставлены с свищами ретроперитонеальными, находившимися в полости выходящими прямой кишкой.

Классификация, ход развития и характеристика каловых свищей

В отношении каловых свищей, исходящих из толстых кишок, являясь, вполне подходит классификация, предложенная еще в 1872 г. Рейсманом (Kovst. Handb. der allg. Chir. 1872, 7, стр. 309) и затем дополненная Ойером (Рус. хирург. архив, 1907, стр. 6). Согласно этой авторам, каловые свищи разделяются на:

1. трубчатые или канальчатые,
 2. рубцовые свищи,
 3. осложненные свищи.
- Трубчатые свищи характеризуются тем, что при них просвет кишечника соединяется с наружной поверхностью тела, т. е. с кожей широким просветом, длина и просвет которого могут варьировать в широких пределах. Стенка кишки обычно бывает покрыта грануляциями, хотя встречаются случаи, когда трубчатый свищ представляет из себя просто рубцовый канал.

Кишечно-каловые свищи



Рис. 1. Ран. Адамс. Трубчатый свищ, исходящий из слепой кишки.



Рис. 2. Ран. Соколов. Трубчатый свищ, исходящий из слепой кишки без мешка.

Петр Николаевич Булатов и его труды

ТРУДЫ КАЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА
Выпуск 1
1947 г.

ОПЫТ АКЦЕССОРНО-ФАЦИАЛЬНОГО ШВА ПРИ ПАРАЛИЧЕ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ОГНЕСТРЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Ведущий хирург Н. започислителя канд. мед. наук
П. Н. БУЛАТОВ.

(Мониторинг госпитальной клиники. Вспомогательный проф. Н. В. СОКОЛОВ).

Ранения лицевого нерва тягостны по своим анатомо-физиологическим и эстетическим последствиям. Это страдание при полном параличе уродует облик человеческого лица — зеркала человека. Анатомо-физиологические и неврологические последствия ранения делают больного инвалидом, который настоятельно ищет лечебной помощи и бывает безразлично благодарен, когда ее получает.

В то же время лечение этих ранений, как показывают наши наблюдения, не всегда безуспешно, всегда обязательно системное, комплексное — консервативное и хирургическое лечение.

Диагностика повреждений лицевого нерва у поступивших в стационар равных устанавливалась отоларингологом, невропатологом и хирургом.

Семитоматомия большинства случаев перерыва лицевого нерва после ранения при поступлении в госпиталь была следующей: Скошенность лица и в той или иной мере атрофия мускулатуры; на стороне поражения заметно опущение угла рта, спайкающие носогубной складки; глазная щель несколько расширена (лагофтальм) вследствие паралича круговой мышцы глаза; складки на губе спайкиваются вследствие паралича круговой мышцы рта; мигание века, почти отсутствует, глаз не закрывается; слезоточивость; при показывании зубов, смеется наблюдается резкое перетягивание угла рта в здоровую сторону. Еда затруднена, так как часто пища заливается за щеку, а жидкая выливается изо рта. Часто «леворальное» опущение в языке и диафрагмы. Картина страдания типична и не представляет затруднений для диагноза.

Необходимо напомнить, что при периферическом параличе поражаются обе ветви лицевого нерва, а при центральном параличе, зависящем от поражения центрального двигательного нейрона, страдает паралич только лишь нижней ветви лицевого нерва. Складчатости, спайки Бельта, лагофтальм, ослабленное мигание здесь не встречаются.

Иногда симптомы повреждения и других черепно-мозговых нервов. Более частыми были повреждения тройничного нерва.



100

Кан. мед. наук П. Н. Булатов



Рис. № 7.
Лицо до операции.



Рис. № 8.
Лицо после операции.



Рис. № 9.
Рубец интратентorialного шва.

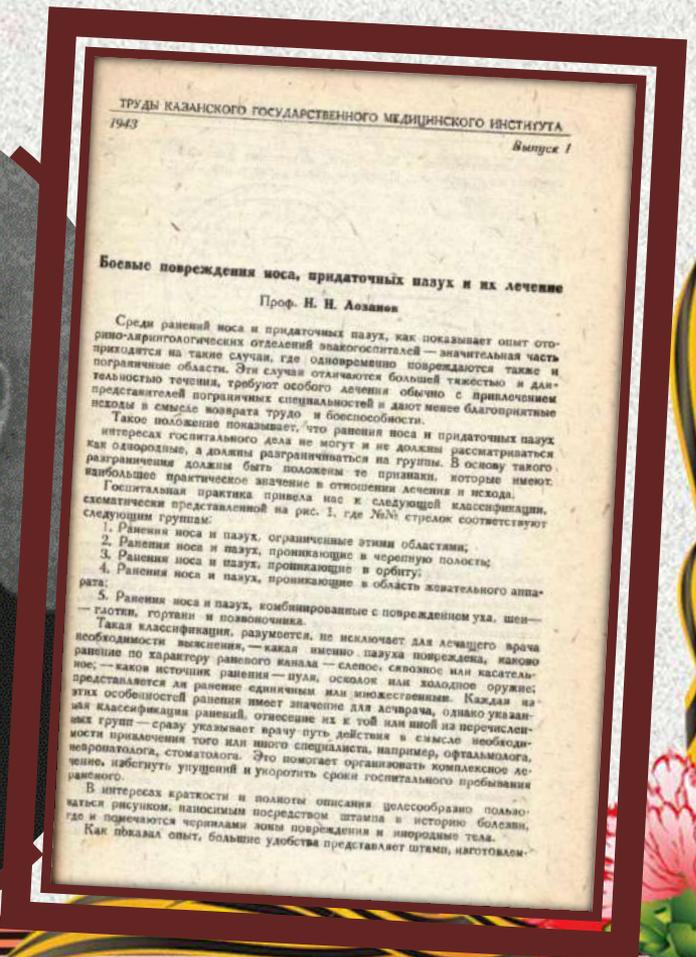
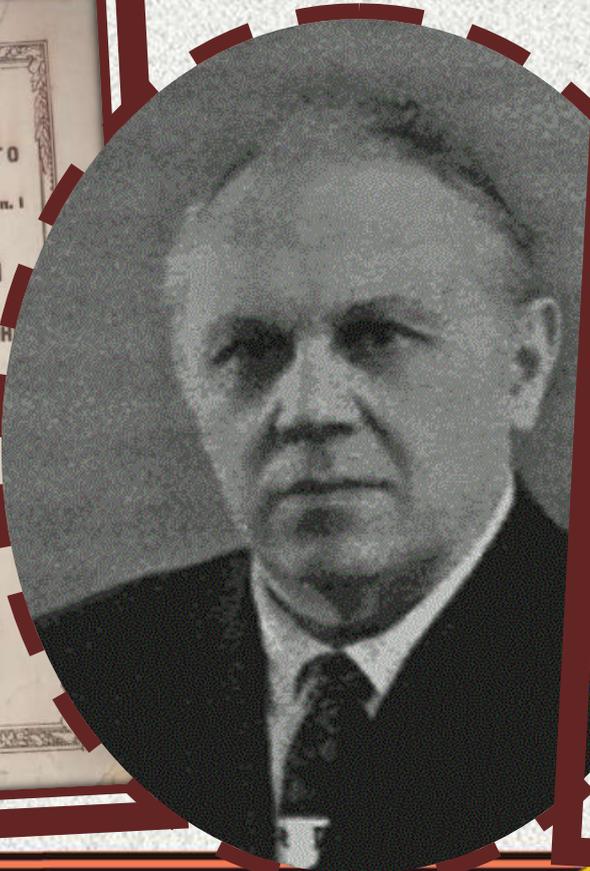
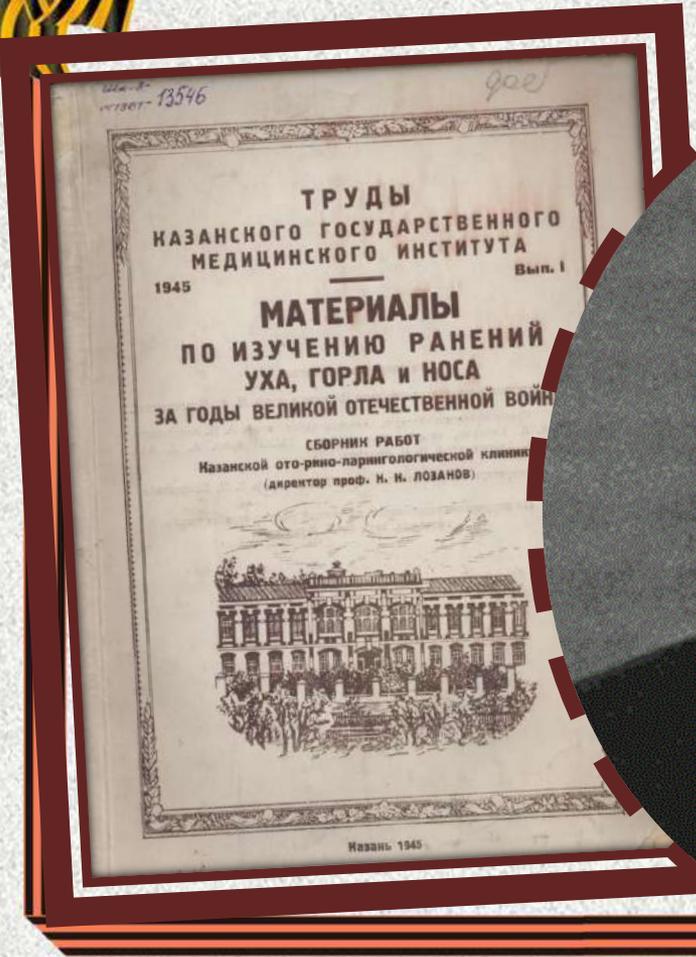


Рис. № 10.
Лицо до операции.

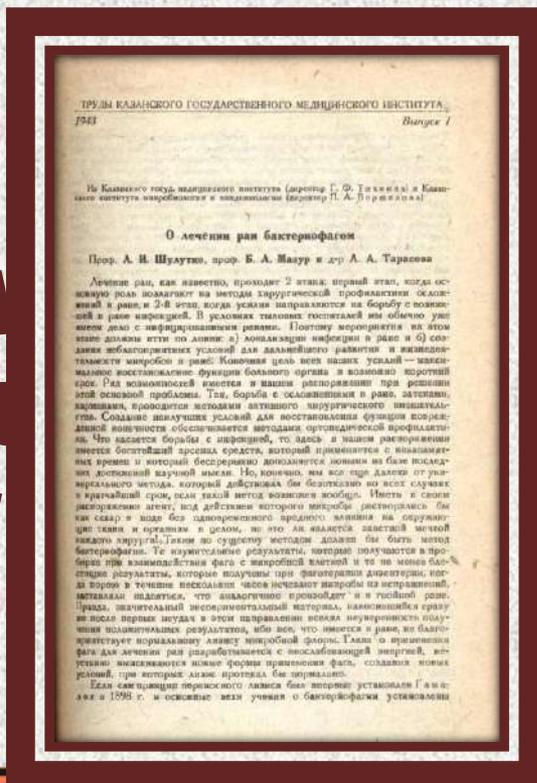


Рис. № 11.
Лицо после операции.

Николай Николаевич Лозанов и его разработки



Хирург Лазарь Ильич Шулутко, терапевт Берк Литманович Мазур и их труд



Бенедикт Германович Герцберг и его исследование

ТРУДЫ КАЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА
1947 Выпуск 1

ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ АНЕВРИЗМЫ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Проф. Б. Г. ГЕРЦБЕРГ.

Директор преподавательской хирургической клиники Казанского государственного медицинского института.

1. Введение.

Ранения крупных кровеносных сосудов исчисляются в сводных статистиках мировой литературы в 0,3—2% всех огнестрельных ранений военного времени (Ахути, Богораз, Бурденко, Крымов, Франц).

По данным, относящимся к первой мировой войне, процент смертности при ранении сосудов равняется 10,5; при этом гангрена, как осложнение, составляет 10,4%.

К числу часто наблюдающихся последствий ранения крупных кровеносных сосудов относится аневризма.

Травматические аневризмы по Крымову образуются в 65,6% случаев ранения сосудов (статистика—125 случаев). Согласно английскому санитарному отчету количество аневризм в первую империалистическую войну составляло 54,5% всех ранений сосудов.

По Ахути и у швейцарцев наблюдались в 30% всех случаев ранения сосудов (статистика во время боев у озера Хаса).

Высокая непосредственная смертность, вторичные кровотечения, тяжелые последствия, связанные с ранениями кровеносных сосудов, делали во время войны проблему борьбы с данным видом ранений весьма актуальной.

За годы невиданной по своим масштабам, закончившейся славной победой Советского Союза, Великой Отечественной войны 1941—1945 гг., число ранений крупных кровеносных сосудов было довольно значительно, и они часто осложнялись образованием аневризм.

Естественно, что те из вопросов, относящихся к диагностике, помощи и лечению этих тяжелых повреждений, которые к началу войны оставались еще не вполне решенными, должны были, в первую очередь, привлечь внимание исследователей.

Кроме того, новейшие достижения советской медицинской науки и успехи нашей отечественной хирургии, как-то: первичная обработка раны, переливание крови, применение сульфидианых препаратов, сывороток, широкое внедрение комплексного метода терапии ранений и т. д., в свою очередь поставили в порядок дня необходимость детального исследования ближайших и отдаленных резуль-



Выписки из историй болезней, включенные в публикацию

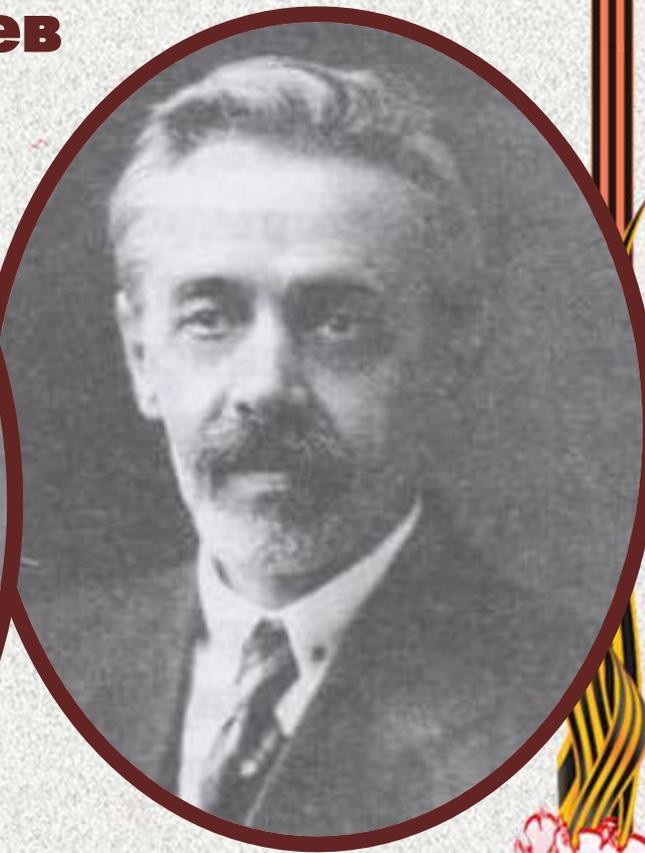
У одного солдата Г., 39 лет, раненого 23. II 1942 г. (история болезни № 331), были диагностированы застойные явления при аневризме плечевой артерии как флегмона. Благодаря своевременному выправлению плечевой артерии вены, вскрыты и рассечены мешок и перевязаны артерии по поводу аневризмы плечевой артерии — перевязаны артерии вены, вскрыты и рассечены мешок и перевязаны артерии на протяжении 4-х лет. Наступила полная трудоспособность. Отдаленный результат прослежен.

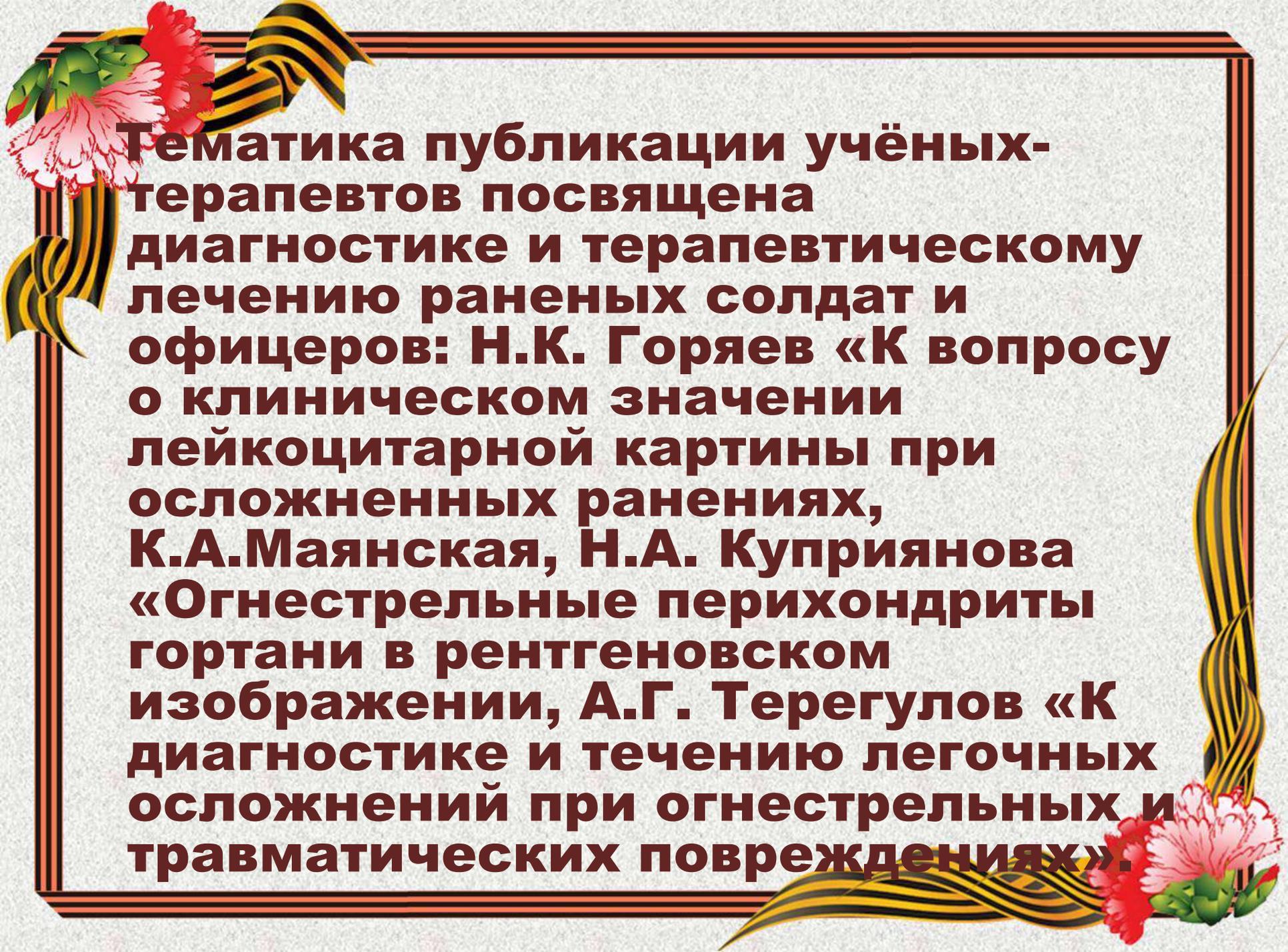
И., 27 лет (история болезни № 911). Ранен 23. XII 1941 г. Слепое осколочное ранение в мягкие ткани грудной клетки, слева, на уровне третьего ребра. Неоднократное кровоотечение. 27. IV 1942 г. вследствие прорыва аневризматического мешка и тампонада. Перелито 500 куб. см. крови. В последующем наркозом. Обнаружен большой аневризматический мешок в массивных рубцах. Произведена перевязка артерии в массивных рубцах.

Нами был оперирован в минувшую войну раненый К. (история болезни № 1367), получивший 23. I 1942 г. сквозное пулевое ранение левой подключичной области. В течение двух лет аневризма протекала без особых изменений в объеме, увеличиваясь в объеме, увеличиваясь в объеме, увеличиваясь в объеме. 12. IV 1944 г. была произведена операция по поводу аневризмы плечевого сосуда. С декабря 1943 г. появилась неожиданная припухлость всей верхней конечности (рис. 1а), сильные боли. Конечность стала увеличиваться в объеме, увеличиваясь в объеме, увеличиваясь в объеме. 11. XII 1942 г. под эфирным наркозом операция (проф. Герцберг, № операционного журнала 163). Разрез в средней трети правого бедра. Обнажена артерия и вена, перевязка артерий. Большой выписан из госпиталя без каких бы то ни было симптомов аневризмы. 26. V 1946 г., через 3½ года после операции, сообщение: "нога работает хорошо, аorta дочиста. Рана заживает хорошо".

Ш. (история болезни № 3035), 37 лет. Доставлен на самолете с сильнейшими болями верхней конечности, резкой припухлостью и отеком конечности и кровоотечением из прошившегося аневризматического мешка (рис. 13). Ранен 16 месяцев назад пулей в правую подмышечную область. Резкое малокровие. Во время срочной операции 23. X 1944 г. (проф. Герцберг) обнаружены две огромные полости, заполненные кровяными сгустками. Плечевое сплетение в грудном отделе правой подмышечной артерии, вены, иссечение в мощных рубцовых спайках вместе с сосудами. После перевязки артерий, вены, иссечения участка поврежденного сосуда и тампонады аневризматического мешка наступило выздоровление. Конечность долго сохранялась, но осталась стойкой ее парализованной. В послеоперационном периоде вследствие долго незаживающих свищей, произведены разрезы и излечены шелковые лигатуры, после чего раны зажили.

**Преподаватели-терапевты, работавшие
в госпиталях. Слева направо:
А. Г. Терегулов, К. А. Маянская,
Н. К. Горяев**





Тематика публикации учёных-терапевтов посвящена диагностике и терапевтическому лечению раненых солдат и офицеров: Н.К. Горяев «К вопросу о клиническом значении лейкоцитарной картины при осложнённых ранениях, К.А.Маянская, Н.А. Куприянова «Огнестрельные перихондриты гортани в рентгеновском изображении, А.Г. Терегулов «К диагностике и течению легочных осложнений при огнестрельных и травматических повреждениях».



**За этими
публикациями –
десятки тысяч
солдат и
офицеров,
которым были
возвращены
боеспособность,
трудоспособность
и, главное -
жизнь!**

Поклонимся и павшим, и ЖИВЫМ...

Празднование Дня Победы в КГМУ

