

В. М. ШУСТИКОВ

ОСТРЫЕ ЖЕЛУДОЧНО - КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

И ИХ
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ

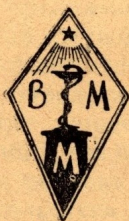
ЛЕНИНГРАД, 1963



ЦЕНТРАЛЬНОЕ
ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ СССР

В. М. ШУСТИКОВ

ОСТРЫЕ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ



Издание Военно-медицинского музея МО СССР
Ленинград
1963



Благодаря улучшению материально-бытовых условий населения и широкому проведению санитарных и противоэпидемических мероприятий, в нашей стране совершенно ликвидированы такие, особо опасные инфекционные заболевания, как чума, холера, оспа; значительно уменьшилось количество и других заразных заболеваний. Заметно снизилась заболеваемость острыми желудочно-кишечными инфекциями. История прошлых войн свидетельствует о том, что эти заболевания являлись постоянным спутником воюющих армий, при этом дизентерией болело иногда до 28% численного состава войск. Особенно большая заболеваемость была в царской России в период русско-японской войны (1904—1905) и первой мировой войны (1914—1918).

Несмотря на тяжелые экономические и, отчасти неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия, сложившиеся в годы Отечественной войны, заболеваемость кишечными инфекциями в нашей стране уменьшалась с каждым годом. Это можно объяснить энергичными профилактическими мероприятиями, которые проводились в годы войны органами гражданского здравоохранения и медицинской службой Советской Армии. Напротив, в ряде капиталистических стран (Германия, Англия, США, Франция, Норвегия) в годы второй мировой войны отмечался рост кишечных инфекций. Объяснялось это низкой материальной обеспеченностью, вплоть до голодания, тяжелыми условиями труда, плохими жилищными условиями трудящихся в этих странах, а также недостаточным медицинским обеспечением населения.

В настоящее время случаи острых желудочно-кишечных заболеваний среди личного состава Советской Армии и Военно-Морского Флота встречаются сравнительно редко и регистрируются как отдельные разрозненные заболевания, не связанные одно с другим. Однако



в некоторых районах кишечные инфекции еще возникают в виде вспышек.

Опыт показал, что правильная организация противоэпидемических мероприятий, основанных на последних достижениях науки, широкое участие всего личного состава Советской Армии и ВМФ в их проведении дают хороший результат в предупреждении острых желудочных заболеваний. Вот почему необходимо, чтобы каждый солдат, матрос и офицер имел четкое представление о причинах возникновения этих заболеваний, путях их распространения и о мерах профилактики.

КАК ПРОИСХОДИТ ЗАРАЖЕНИЕ ОСТРЫМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Среди острых желудочно-кишечных заболеваний наибольшую опасность в эпидемическом отношении в настоящее время представляют дизентерия, брюшной тиф, паратифы А и В, пищевые токсикоинфекции и эпидемический гепатит.

Хотя перечисленные заболевания вызываются различными возбудителями и отличаются одно от другого различным течением, всех их объединяет в одну группу общая, характерная для всех их особенность — возбудитель болезни проникает в организм человека через рот.

Возбудитель (микроб) — это мельчайшее живое существо, видимое лишь при помощи микроскопа (рис. 1). Попав через рот в желудочно-кишечный тракт, возбудители острых желудочно-кишечных заболеваний находят в организме, в большинстве случаев, благоприятные условия для своего существования.

Размножаясь в кишечнике в большом количестве, возбудители этих заболеваний поражают тот или иной его отдел и вызывают отравление организма своими продуктами жизнедеятельности (ядами — токсинами).

Единственным источником заражения острыми желудочно-кишечными заболеваниями является больной человек. Животные, кроме обезьян, не страдают кишечными инфекциями, которые встречаются у людей. При дизентерии источником инфекции может быть больной, как острой, так и хронической формой болезни.

Возбудители острых желудочно-кишечных заболеваний выделяются из организма, в основном, с испражнениями.



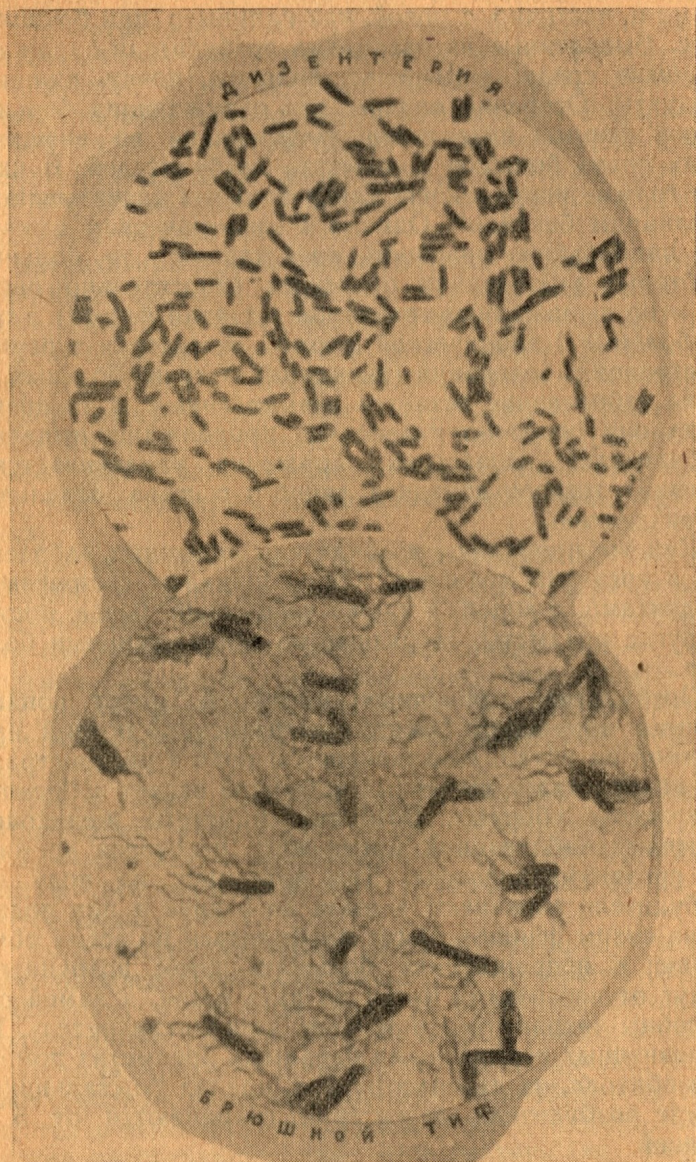


Рис. 1



ниями и, частично, с мочой, как например при брюшном тифе. Выделенные из организма возбудители заражают внешнюю среду: помещение, водоемы, почву, пищевые продукты. Особенно опасны для окружающих больные острой формой дизентерии, выделяющие во внешнюю среду очень большое количество возбудителей. В каждом грамме испражнений таких больных насчитываются миллиарды бактерий. Однако в эпидемическом отношении наибольшую опасность представляют те больные, у которых заболевание протекает относительно легко, без ясно выраженных признаков (стертая форма), а также больные с хронической формой дизентерии в период обострения заболевания (рецидива). У таких больных нередко заболевание остается невыявленным, в то время, когда они особенно интенсивно продолжают выделять возбудителей. Опасность заражения увеличивается в условиях тесного контакта личного состава отдельных подразделений.

Как же проникают возбудители кишечных заболеваний в организм человека? Они проникают с пищевыми продуктами, с водой, а также через руки, белье, посуду и другие предметы, загрязненные испражнениями больного.

Возбудители кишечных инфекций могут попасть в жилые помещения вместе с загрязненной почвой, приносимой на обуви. Немаловажную роль в распространении возбудителей кишечных инфекций играет небрежное содержание уборных. Возбудители острых желудочно-кишечных заболеваний могут жить некоторое время и вне организма человека. Так, например, на полу эти возбудители выживают в пыли до 5 дней и при подметании сухим веником могут распыляться по всему помещению; в испражнениях больного летом возбудители живут от нескольких часов до двух суток, а зимой они способны сохраняться в течение нескольких недель. На загрязненных неопрятными больными предметах домашнего обихода, на дверных ручках, кранах умывальников, посуде возбудители дизентерии сохраняются от 5 до 24 дней.

При благоприятных условиях возбудители острых желудочно-кишечных заболеваний могут сохраняться в почве до месяца, в воде — до 10 дней, на хлебе — до 14 дней, в молоке — до 20 дней, на овощах и фруктах — до 14 дней. Кипячение приводит к гибели микробов — воз-



будителей кишечных инфекций в течение нескольких секунд, нагревание до 60° уничтожает их через 10 минут, солнечный свет убивает их через 30 минут. Несмотря на сравнительно короткие сроки выживаемости микробов, летом открывается большая возможность попадания их на различные предметы: значительно увеличивается потребление воды из рек и колодцев, а также и сырых овощей и фруктов; и вода, и овощи, и фрукты могут быть заражены микробами.

Загрязненные руки больного часто содержат на себе невидимые частицы, в которых имеются различные бактерии, включая возбудителей острых желудочно-кишечных заболеваний. С рук возбудитель может попасть либо непосредственно в рот (при несоблюдении элементарных правил гигиены), либо через загрязненные руками продукты питания. Вот почему такое, наиболее распространенное, заболевание среди желудочно-кишечных инфекций, как дизентерия, и называют «болезнью грязных рук».

Предметы обихода, которыми пользуется больной (посуда, белье и др.), также могут быть загрязнены его выделениями. При этом, если члены семьи больного или окружающие его лица, не говоря уже о самом больном, неопрятны, не соблюдают необходимых правил личной гигиены, они сами могут заразиться острыми желудочно-кишечными заболеваниями или заразить других.

Такой способ передачи острых желудочно-кишечных заболеваний — *через руки и предметы домашнего обихода* — называется *контактно-бытовым*; ему и принадлежит в распространении этой группы заболеваний наиболее важное место.

Когда грязными руками заражаются продукты питания, то попадание возбудителей в организм человека происходит в основном через те продукты, которые не подвергаются термической обработке, как-то: хлеб, молоко, салаты, студни и другие холодные закуски. Как мы уже говорили, на продуктах питания возбудители сохраняются в течение многих дней и даже недель. Овощи иногда загрязняются при выращивании на огородах, удобряемых человеческими испражнениями или сточными водами. Фрукты, обычно, загрязняются через руки больного. Тот, кто съедает немытые помидоры, огурцы, протерев их, в лучшем случае, носовым платком,



подвергает себя опасности заражения острыми желудочно-кишечными заболеваниями.

Такой способ передачи заболеваний — *через продукты* — называется *пищевым или алиментарным*.

Острые желудочно-кишечные заболевания могут передаваться и через воду. В воду колодцев и открытых водоемов (пруд, озеро, река) возбудители острых желудочно-кишечных заболеваний попадают вместе со сточ-



Рис. 2

ными водами и частичками испражнений из расположенных поблизости уборных, если они плохо содержатся и не подвергаются дезинфекции (рис. 2). Заражение водоема может произойти при стирке в нем белья больных с острыми желудочно-кишечными заболеваниями. При купании в таких водоемах возможно заражение людей.

В загрязненных водоемах возбудители кишечных заболеваний способны сохраняться несколько месяцев и даже перезимовывать. Употребление сырой воды из таких водоемов может вызвать вспышку кишечных заболеваний среди коллектива.

В распространении острых желудочно-кишечных заболеваний значительная роль принадлежит мухам. Мухи, садящиеся на испражнения больных с острыми желудочно-кишечными заболеваниями, загрязняют свои лапки и тело. С частичками испражнений мухи переносят возбудителей дизентерии и брюшного тифа на неприкрытые пищевые продукты. На лапках мухи, а также в ее кишечнике возбудители дизентерии сохраняются в течение

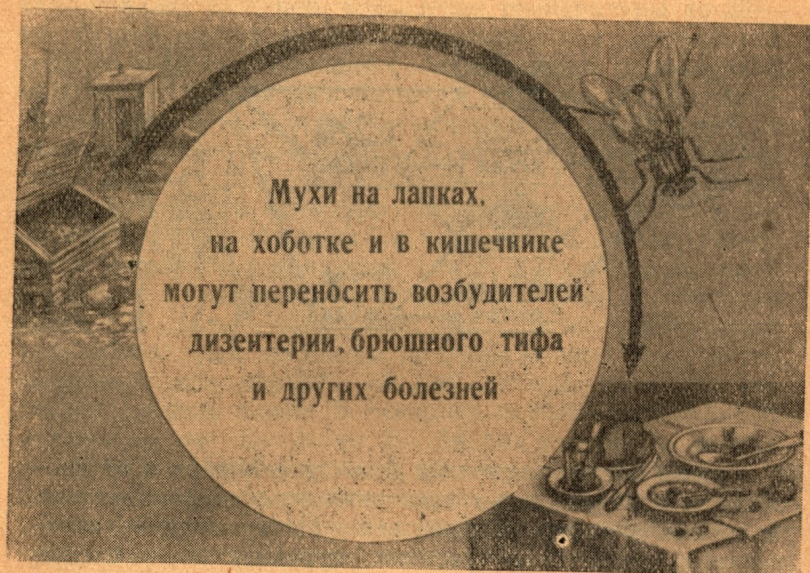


Рис. 3

нескольких дней. Выгребные ямы, мусорные ящики, открытые ведра с отбросами являются местом, где мухи питаются, откладывают яйца и выплываются. В этих местах мухи и загрязняют свои лапки, а также заглатывают частички испражнений с болезнетворными микробами. Перелетая в жилище человека, муха загрязняет продукты питания (рис. 3). При этом следует помнить, что муха в течение дня может проделать расстояние равное 2—3 км. Увеличение числа острых желудочно-кишечных заболеваний летом и в начале осени во многом объясняется появлением в это время



количества мух, механических переносчиков дизентерии, брюшного тифа, паратифов и других кишечных инфекций.

На рис. 4 представлена схема распространения возбудителей острых желудочно-кишечных инфекций.

Попадание в организм человека возбудителей острых желудочно-кишечных заболеваний не обязательно вызывает заболевание. Развитие кишечных инфекций, как и других заразных болезней, в значительной мере зависит

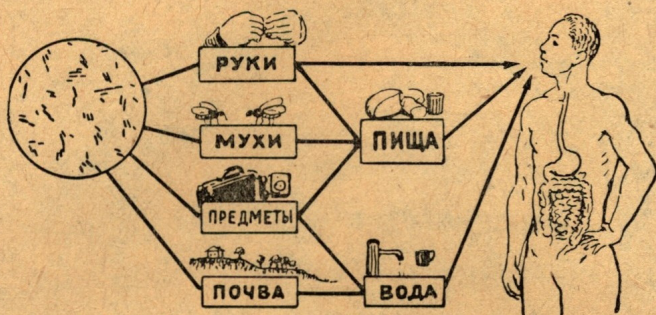


Рис. 4

от степени восприимчивости данного человека и от способности его организма противостоять, сопротивляться различным внешним воздействиям. Переутомление, перегревание, нервные потрясения, курение, употребление алкогольных напитков, а также предшествующие или одновременные другие заболевания значительно снижают сопротивляемость организма по отношению к острым желудочно-кишечным заболеваниям.

КАК ПРОЯВЛЯЮТСЯ ОСТРЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

С момента заражения организма до начала заболевания проходит скрытый (инкубационный) период. Каждая кишечная инфекция характеризуется типичным для нее по сроку скрытым периодом. Так, для дизентерии это время соответствует 3—7 дням. Длительность инкубационного периода определяется также степенью зараже-

ния (количеством попавших в организм возбудителей) и сопротивляемостью организма. В дальнейшем развивается клинически выраженная форма болезни. Каждый возбудитель острых желудочно-кишечных заболеваний может вызвать определенную, характерную для него картину заболевания.

Общие для всех острых желудочно-кишечных заболеваний начальные признаки выражаются в виде недомогания, слабости, исчезновения аппетита. В тяжелых случаях появляется озноб, повышение температуры до 39—40°. Вскоре выступают признаки поражения центральной нервной системы: головная боль, бессоница, подавленное настроение. Общий вид больного резко меняется; появляется бледность на осунувшемся лице. Пульс становится частым, слабого наполнения. Язык сухой, покрытый налетом. Появляются боли в животе. При дизентерии такие боли появляются преимущественно слева и внизу и сопровождаются позывами на низ. Испражнения становятся жидкими с примесью слизи, количество которой постоянно увеличивается, иногда появляется примесь крови. В дальнейшем боли в животе приобретают схваткообразный характер, а испражнения становятся скудными, при позывах на низ больной выделяет несколько капель слизи. В тяжелых случаях заболевания позывы на низ достигают 20—30 раз в сутки, а иногда непрерывно. Через короткий срок после начала заболевания температура может снизиться ниже нормальной, кожные покровы становятся холодными, пальцы, нос и губы становятся синюшными.

Продолжительность заболевания — около недели. Постепенно состояние больного улучшается. Болезненные явления исчезают. Однако окончательно выздоровление наступает через две-три недели.

В настоящее время дизентерия протекает преимущественно в легкой форме: без крови в стуле и длится 4—5 дней. Отравление организма дизентерийным ядом — токсином — выражено слабо. Больные чувствуют лишь легкое недомогание с небольшой болезненной чувствительностью в области живота. Аппетит обычно сохраняется, либо понижается. Температура тела остается в пределах нормы.

В таких случаях больные не всегда обращаются за медицинской помощью, часто пытаются лечить себя сами (антибиотиками и другими средствами), другие же сов-



сем не лечатся. У таких больных после кажущегося выздоровления через несколько дней болезнь (рецидив) может возобновиться.

Беспорядочный прием антибиотиков и других лекарственных средств может привести к привыканию возбудителей дизентерии к этим препаратам. Заболевание протекает более длительно и вызывает трудности в излечении больных. Иногда в результате неправильного лечения возникает хроническая форма дизентерии, чему немало способствуют сопутствующие заболевания, истощающие больного, например наличие глистов. Следует помнить, что легкие случаи заболевания легче переходят в хроническую форму, так как в этих случаях больной не всегда находится под наблюдением врача. Обострение хронической дизентерии может наступить при нарушении диеты, переутомлении, злоупотреблении алкоголем, при перегревании или охлаждении организма и других, провоцирующих моментов.

Тифо-паратифозные заболевания в отличие от дизентерии обычно начинаются исподволь. В начале заболевания больные иногда продолжают работать. Ранними признаками заболевания являются: познабливание, головные боли, плохой сон. Температура повышается ступенеобразно, в течение 3—6 дней, и при средней тяжести заболевания достигает 39—40°. В течение недели температура удерживается на высоких цифрах, а на третьей—четвертой неделе также ступенеобразно падает. Язык больных покрыт сероватым налетом, а в тяжелых случаях делается сухим. Болей в животе в начале заболевания не наблюдается, в дальнейшем нередко обнаруживается болезненность и урчание в правой подвздошной области. Понос встречается в редких случаях. На 8—10-й день заболевания на животе и боковых частях груди появляется сыпь в виде розовых пятен, величиною с булавочную головку, исчезающих при надавливании. Такая сыпь называется розеолезной. Розеола существует 3—5 дней и исчезает бесследно. Окончательное выздоровление наступает на третьей—четвертой неделе с момента установления нормальной температуры. В отдельных случаях наблюдаются рецидивы, однако они бывают более короткими и менее тяжелыми, чем первичное заболевание.

Осложнения при брюшном тифе весьма редки и встречаются только в тяжелых случаях заболевания.



зующиеся в тонком кишечнике язвы могут вызвать сильные внутренние кровотечения.

* * *

Лечение больных острыми желудочно-кишечными заболеваниями должен осуществлять только врач. Каждый солдат, матрос и офицер, заболевший поносом, должен сразу обратиться к врачу и не принимать лекарств без его назначения. Выполнение указаний врача является обязательным. До установления окончательного диагноза врачом больной должен предпринимать все меры для того, чтобы не заразить окружающих его людей, особенно тщательно соблюдая правила личной гигиены: быть опрятным, мыть руки перед употреблением пищи и ее приготовлением, а также после посещения уборной.

Прием лекарств необходимо производить в строгом соответствии с назначением врача. Чем раньше начать лечение больного, тем быстрее наступает выздоровление, тем меньше бывает осложнений.

Очень важно, чтобы больной строго соблюдал назначенный ему режим и диету.

Переболевшие острыми желудочно-кишечными заболеваниями не допускаются к работе и к несению нарядов на объектах питания и водоснабжения в течение трех месяцев. При выделении ими возбудителей они не допускаются к такой работе на все время выделения микробов.

МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ И БОРЬБА С ОСТРЫМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В предупреждении острых желудочно-кишечных заболеваний и в борьбе с ними очень большую роль играет широкое участие всех членов коллектива. Наибольший успех достигается, когда одновременно с воздействием на источник инфекции и на пути ее передачи, проводятся меры по снижению восприимчивости коллектива. Необходимо как можно ранее выявить, изолировать и госпитализировать больных острыми желудочно-кишечными заболеваниями, а также хронической формой заболевания в период обострения. В условиях тесного коллектива личного состава при размещении армейских подразделений и на кораблях ВМФ решающее значение в борьбе



с дизентерией имеет немедленная изоляция всех больных с острыми кишечными заболеваниями. Поэтому каждый заболевший должен немедленно обратиться к врачу.

Иногда больные с легкой формой заболевания не обращаются к врачу. Долг каждого военнослужащего, от солдата до офицера, оказать помощь начальнику медицинской службы в выявлении заболевших или подозрительных на острые желудочно-кишечные заболевания. На утренних осмотрах и вечерних проверках такие больные без труда могут быть выявлены и немедленно изолированы в изолятор медицинской части или в специально оборудованном помещении.

После госпитализации больного с острым желудочно-кишечным заболеванием должна быть проведена дезинфекция в очаге. Под эпидемическим очагом, в данном случае, следует иметь в виду спальное помещение (казарму), где находился больной, и ближайший санитарный узел (уборная, умывальник), которым пользовался заболевший. Дезинфекция осуществляется влажным способом с применением растворов хлорной извести (0,5%), лизола или фенола (3%). Обработке подвергается пол, стены, простая мебель. Нательное и постельное белье больного собирается в специальный мешок, который орошается снаружи дезинфекционным раствором. Белье замачивается в 2% содовом растворе в течение двух часов с последующим кипячением в этом же растворе. Вместо раствора соды могут быть использованы 3% растворы лизола или фенола. Постельные принадлежности (матрац, подушка и одеяло), а также предметы обмундирования собираются в мешок и направляются для дезинфекции в паровые или пароформалиновые камеры. Посуда, которой пользовался больной, обеззараживается кипячением. Выделения больного заливаются 10% раствором хлорной извести. Таким же образом обеззараживаются остатки пищи больного. Для дезинфекции уборной применяются 5-10% растворы хлорной извести. Двери уборных и их ручки орошаются 1-2% раствором хлорной извести. Личный состав подразделения должен всемерно помогать при проведении дезинфекции, чтобы она была проведена наиболее успешно.

После каждого случая заболевания необходимо выявить источник инфекции и пути ее распространения, так как это даст возможность не допустить дальнейшего



распространения заболевания. С этой целью медицинская служба проводит специальное эпидемиологическое обследование, в процессе которого устанавливаются все обстоятельства в жизни заболевшего перед его заболеванием: где он находился, отлучался ли из части, если отлучался—то куда, с кем находился в контакте, не было ли нарушений в питании и др. Личный состав должен содействовать медицинским работникам при проведении эпидемиологического обследования. За лицами, соприкасавшимися с больным или с предметами его быта, устанавливается наблюдение в течение времени, равного скрытому периоду острого желудочно-кишечного заболевания (при дизентерии 7 дней, при брюшном тифе—14).

Лица, занятые на объектах питания и водоснабжения, периодически (один раз в квартал, а летом — ежемесячно) обследуются на бактерионосительство. Бактерионосителями называют практически здоровых людей, в организме которых, однако, находятся возбудители заразных болезней, выделяемые во внешнюю среду; таким образом, бактерионосители становятся источником возможного заражения окружающих, в связи с чем их госпитализируют и лечат как больных, а в дальнейшем переводят на другую работу.

Для предупреждения острых желудочно-кишечных заболеваний каждый военнослужащий и, особенно, лица, исполняющие служебные обязанности на кухне, в столовой, на продовольственном складе, должны строго соблюдать правила личной и общественной гигиены. Большую роль играет тщательное мытье рук перед приготовлением пищи и перед едой, после посещения уборной и вообще после всякого загрязнения. Как уже указывалось, на невымытых руках возбудители острых желудочно-кишечных заболеваний сохраняются в течение длительного времени.

Нельзя пить сырую (необезвреженную) воду из колодца, пруда, реки или другого открытого водоема. Кипяченую воду для питья нужно держать в закрытых на замок бачках. Ежедневно такая вода требует смены. Посуду нужно мыть горячей водой, еще лучше обеззараживать кипячением.

Около водоемчиков нельзя сваливать мусор, стирать белье, поить скот. Купаться разрешается в реках ниже того места, где берут воду для питья.

В распространении острых желудочно-кишечных заболеваний важное значение может иметь молоко, так как



оно может быть загрязнено при доставке его в грязной посуде. Молоко представляет особо благоприятную среду для развития возбудителей острых желудочно-кишечных заболеваний, поэтому рекомендуется его пить только кипяченым.

Сырые овощи и фрукты перед едой следует тщательно обмывать под струей воды и обдавать кипятком.

Мясные продукты являются также хорошей питательной средой для возбудителей острых желудочно-кишечных заболеваний. Среди мясных продуктов значительную опасность в отношении возможного заражения представляют мясные полуфабрикаты, в частности — фарш, если эти продукты хранятся в условиях комнатной температуры или недостаточно прожариваются (провариваются). Готовые мясные блюда должны быть сразу после их приготовления использованы в пищу. Хранение мяса допускается только в холодильнике.

В летний период времени резко возрастает потребность в прохладительных, освежающих напитках. При правильном изготовлении лимонад, газированная вода и квас не представляют опасности в отношении заражения острыми желудочно-кишечными заболеваниями, но загрязненной может оказаться разливная посуда (стаканы, кружки), которая поэтому должна тщательно обмываться проточной водопроводной водой перед ее использованием.

Очень важно пищевые продукты, готовые блюда, напитки и посуду оберегать от мух (рис. 5). В летний период необходимо преградить им доступ в жилые помещения. Это достигается засетчиванием окон, обработкой подоконников и рам препаратами ДДТ. Внутри помещений развешивается липкая бумага. Остатки пищи должны тщательно и быстро убираться и храниться в закрытой таре.

Мусорные ведра, контейнеры должны иметь хорошо пригнанные крышки, своевременно освобождаться от мусора и обмываться 3—5% раствором хлорной извести. Нельзя допускать загрязнения территории вокруг баков и ящиков для сбора мусора. Если осенью обработать мусороприемники 10% раствором хлорной извести, то можно не допустить вылета мух в весенний период. Один раз в неделю следует засыпать выгребя уборных хлорной известью и заливать мусорные ящики раствором хлорной извести.





Рис. 5

При полевом размещении войск полевые ровики должны содержаться в чистоте и ежедневно обеззараживаться 10% раствором хлорной извести или засыпаться песком, землей. В проведении этих мер очень большое значение имеет активное участие всего личного состава подразделений.

Большую роль в профилактике острых желудочно-кишечных заболеваний играет повышение общей и специфической сопротивляемости организма. Специфическая профилактика острых желудочно-кишечных заболеваний осуществляется путем прививок личному составу Советской Армии и ВМФ поливакцины. Привитые болеют по сравнению с непривитыми в 2—3 раза реже. Если привитые заболевают, то переносят острые желудочно-кишечные заболевания в легкой форме.

Соблюдение уставных положений, регламентирующих размещение в спальнях, содержание помещений в чистоте, проветривание, освещение, соблюдение режима дня, полноценное регулярное питание, чередование учебно-боевой нагрузки, дневного отдыха и полноценного ночного сна—все это значительно повышает уровень физического состояния личного состава и его устойчивость к заболеваниям вообще и к острым желудочно-

кишечным заболеваниям — в частности. Немаловажное значение в повышении сопротивляемости организма к кишечным инфекциям имеет систематическое закаливание организма, физическая культура и занятия спортом.

Все советы, приведенные в данной брошюре, вполне доступны для их осуществления. Выполняя их, можно предохранить себя и своих товарищей от заражения острыми желудочно-кишечными заболеваниями.



ШУСТИКОВ Виктор Михайлович

**ОСТРЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
И ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ**

Редактор — член-корреспондент АМН СССР
профессор И. И. РОГОЗИН
Технический редактор — Л. Я. ГОЛЬДБЕРГ
Корректор — Е. М. БИСПЕН
Обложка художника — ГОЛОВНИНА



Г-120822. Подп. к печ. 15/X 1962 г. Зак. 555.
Военно-медицинский музей Министерства обороны СССР
Ленинград, Ф-180. Лазаретный пер., д. 2

Тип. № 1 Госместпромиздата. Ленинград, наб. реки Фонтанки, д. 62

