



По сведениям Комиссии, изучавшей санитарные последствия Первой мировой войны (1923), общие потери медицинского персонала Русской армии составляли 6218 человек, в т. ч. 848 числились среди погибших и умерших, 898 — среди раненых и пораженных боевыми отравляющими веществами, 4472 — среди перенесших различные болезни [10]. Потери среди врачей и классных фельдшеров определялись в 1076 человек, в т. ч. ране-

ными и контуженными — 287, отравленными газами — 12, убитыми и умершими от ран — 47, пропавшими без вести — 40 и попавшими в плен — 690 [6].

Вечная им память и благодарность соотечественников.

Уцелевший в этой мировой войне медицинский состав Русской армии воспользовался богатым опытом работы в начавшейся вскоре Гражданской войне — кто в Красной, а кто в Белой армиях.

Литература

1. *Абрамов П.В.* Мировая война 1914–1918 гг. // Энциклопедический словарь военной медицины. — Т. 3. — М., 1948. — Стб. 1102, 1107–1113.
2. *Еланский Н.Н.* Сравнительная характеристика организации хирургической помощи в империалистическую войну 1914–1918 гг. в царской армии и в последних операциях Красной Армии // Труды ВМедА им. С.М.Кирова. — Т. 28. — Л., 1949. — С. 19.
3. *Корнюшко И.Г., Гладких П.Ф., Локтев А.Е.* — Медицинская служба русской армии накануне и в ходе Первой мировой войны. 1906–1917 гг. // Очерки истории отечественной военной медицины. — Кн. 3. — Уфа, 2006. — 318 с.
4. *Оптель В.А.* Основания сортировки раненых с лечебной точки зрения на театре военных действий // Воен.-мед. журн. — 1915. — Октябрь. — С. 153–154.
5. Очерки истории российской военно-полевой хирургии в портретах выдающихся хирургов / Под ред. проф. *Е.К.Гуманенко*. — СПб.: Фолиант, 2006. — С. 108.
6. Россия в мировой войне 1914–1918 гг. (в цифрах). — М., 1925. — С. 30–31, 34–36.
7. Санитарная служба русской армии в войне 1914–1917 гг. — Куйбышев, 1942. — С. 11, 16.
8. *Смирнов Е.И.* Некоторые вопросы санитарного обеспечения войск в современной войне // Труды ВМедА им. С.М.Кирова. — Т. 28. — Л., 1949. — С. 8.
9. *Тимофеевский П.И.* Организация помощи раненым в настоящую войну // Труды внеочередного Пироговского съезда по врачебно-санитарным вопросам в связи с условиями настоящего времени (Петроград, 14–18 апреля 1916 г.). — М., 1917. — Отд. 2. — С. 1.
10. Труды Комиссии по обследованию санитарных последствий войны 1914–1920 гг. Вып. 1. — М.; Пг., 1923. — С. 212–213.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 617:355(470)(091)

Вклад российских хирургов — участников Первой мировой войны в развитие сосудистой хирургии

*КОХАН Е.П., лауреат Государственной премии СССР, профессор,
полковник медицинской службы в отставке¹
ГЛЯНЦЕВ С.П., доктор медицинских наук²
ГАЛИК Н.И., кандидат медицинских наук³*

¹3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область; ² Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева РАМН, Москва; ³Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, Москва

Kokhan E.P., Glyantsev S.P., Galik N.I. — Contribution of Russian surgeons-participants of the First World War in development of vascular surgery. During the First World War wounds of vessels took 0,3–1,5% of all wounds, and lethality — 10–22%. Experience of vascular treatment, get by military-field surgeons during this war, was great. They have demonstrated advantage of vascular seam



of bandage of vessels in conditions of their damages. Russian surgeons-participants of the First World War have formed the base, on which russian vascular surgery was advancing not only during wars, but also during peace-time.

Key words: history of russian vascular surgery, vascular seam, russian surgeons-participants of the First World War.

Уже более 90 лет отделяют нас от одной из самых разрушительных и кровопролитных войн XX века — Первой мировой (1914–1918 гг.), унесшей жизни более 6 млн человек. Ранения сосудов в эту войну составляли от 0,3 до 1,5% от числа всех ранений, а летальность — от 10 до 22%.

Видный хирург А.А.Опокин отмечал: «Громадное количество ранений сосудов в империалистическую войну, обязанное введению в европейских армиях остроконечной пули, заставило нас углубиться в детальное изучение ранений кровеносных сосудов и помогло разработать способы их более совершенного лечения. Для нас стало ясным формирование аневризм, значительно усовершенствовались способы изучения коллатерального кровообращения, разграничились показания к шву и перевязке сосудов, изучено влияние аневризм на сердечную деятельность, установлены совершенно новые виды концевых аневризм» [6].

Российские военные хирурги, оказывая помощь раненым, использовали последние достижения науки своего времени, однако при лечении травм сосудов отдавали предпочтение лигатуре, и лишь некоторые из них решались использовать сосудистый шов на практике. «Эта операция (сосудистый шов) требует для себя и особых показаний, и особых, сугубо асептических, условий оперирования. Шить там, где простая перевязка сосуда и безопасна, и прямо ведет к цели, есть, по выражению французов, хирургическое кокетство», — писал А.А.Розен [7]. Так считали большинство хирургов, большинство, но не все.

Одним из первых сосудистый шов при повреждениях сосудов в войсковом районе применил Н.А.Богораз (1874–1952). Отметим разработанные им операции закрытия ран артерий заплатами из аутоуовен, протезирования артерий фрагментами аутоуовен после резекции травматических аневризм и др. [1–3].

Накопив огромный практический опыт работы во время Первой мировой войны, Николай Алексеевич написал впоследствии монографию «Повреждения кровеносных сосудов при военнопольевых ранениях». По его данным, хирургические вмешательства на полковых перевязочных пунктах при повреждении сосудов проводились у 5% раненых, исключая те случаи, когда они не были распознаны, а в госпиталях — у 0,9%. Частота ранений сосудов составляла в среднем 0,5–1%. Кроме того, автор указывает на важность учета погибших в результате ранений крупных сосудов: «По моим наблюдениям, число это достигает 30% всех павших в бою» [4].

Н.А.Богораз также сообщает, что «еще в начале протекшей войны я предложил накладывать первичный сосудистый шов» при ранениях сосудов и травматических аневризмах. Правда «наложение шва на сосуды представляет некоторый небольшой риск вторичного кровотечения, зато первичная перевязка артерии, при неуспешных развить коллатералей, создает гораздо больший риск омертвления конечности». Именно поэтому «наложение шва является, несомненно, лучшим способом операции при повреждении сосудов», причем «чем короче срок между ранением сосуда и операцией наложения первичного шва, тем, несомненно, благоприятнее протечет ранение». Основываясь на личном опыте, он рекомендовал: «После того как наложен шов на сосуд, раненого, если это позволяет обстановка, лучше оставить на месте на несколько дней и переправить дальше с фиксированной конечностью и распушенным жгутом на ней» [4].

Во время Первой мировой войны консультантом-хирургом фронта был будущий крупнейший хирург страны Николай Нилович Бурденко (1876–1946). В своем труде «Характеристика хирургической работы в войсковом районе»



о статистике ранений сосудов автор пишет так: «Суммарная статистика для французской армии дает 5803 ранений сосудов на 2 052 984 ранений вообще, т. е. 0,3%. О положении дела в германской армии мы можем судить только косвенно, изучая частные статистики. В частности, Франц имел по своему корпусу на 42 082 раненых 0,85% ранений сосудов. В русской литературе не удалось найти сводной статистики». Затем Н.Н.Бурденко привел материал, собранный им в Лодзи, Скерневицах, Гройцах: «Цифры относятся к 82 600 раненым и взяты из отчетов различных учреждений Военно-санитарного ведомства и Красного Креста. Всего сосудистых повреждений было 685, т. е. 0,8%, из них пульсирующих гематом — 134, открытых ранений сосудов — 158, ранений сосудов с переломами — 393. Все раненые, кроме имевших пульсирующие гематомы, поступили с наложенными жгутами» [5].

Однако диагностировать сосудистые ранения в войсковом районе было не просто, и на это указывает автор: «Нужно сказать, что сосудистые ранения не всегда легко определить в первые часы ранения, за исключением, конечно, открытых ранений. Полковой врач в некоторых случаях вынужден будет сам сделать перевязку сосуда в ране или на избранном месте. На дивизионном медицинском пункте (ДМП) будет произведен более детальный осмотр раненых и выбор вмешательства. Но и здесь пройдет немало случаев с нераспознанными ранениями сосудов. И здесь классические симптомы еще не отчетливы, а иногда и совершенно отсутствуют, как пульсация, жужжание при исследовании рукой, шум (признак Валя), состояние пульса на периферии (отсутствие при полном разъединении, тромбе; наличие пульса при частичном дефекте стенки сосуда)». Затем он дает ряд ценных советов: «Для хирурга ДМП обязательны: 1) немедленное оперирование при ранении с открытым кровотечением; 2) ревизия всех раненых, прибывших со жгутом; 3) диагностика внутритканевых гематом и так называемых “сухих ране-

ний” в отношении ранения сосудов и обязательный транспорт их с шинами в тыловые учреждения» [5].

Итоги деятельности хирургов в области сосудистой хирургии во время Первой мировой войны подвел в 1931 г. в своей фундаментальной монографии А.А.Опокин. При написании главы, посвященной ранениям сосудов, он использовал 97 источников отечественных и 150 — иностранных авторов. По данным автора, «огнестрельные боковые, сквозные и отрывные ранения сосудов встречаются от 0,5% до 1,5% от общего числа ранений», причем «у каждого второго раненого формируются травматические аневризмы». Важным выводом являлось утверждение, что «большинство огнестрельных ранений сосудов надо считать инфицированными».

Показанием для немедленной операции А.А.Опокин считал вторичные кровотечения независимо от времени и места (этапа эвакуации) их начала, отсроченной операции — слепые ранения в области сосудисто-нервного пучка и подозрение на ранение сосудов, плановой — травматические аневризмы с достаточной силой коллатералей. Что касается выбора метода операции, здесь автор предельно честен: «С точностью судить о преимуществах шва сосудов перед перевязкой на основании имеющегося материала еще затруднительно». В целом же, как считал А.А.Опокин, «хирургия сосудов при их ранениях в империалистическую войну сделала значительные успехи. И успехи эти касаются положительно всех сторон сосудистой хирургии» [6].

Таким образом, опыт лечения огнестрельных ранений сосудов, приобретенный военно-полевыми хирургами в период Первой мировой войны, был значительным. Продемонстрировав преимущество сосудистого шва перед перевязкой сосудов при их повреждении, российские хирурги — участники этой войны создали фундамент, на котором в последующем развивалась отечественная сосудистая хирургия как мирного, так и военного времени.



Литература

1. Богораз Н.А. О наложении заплат на раны артерий // Врачебная газета. — 1917. — № 2. — С. 23.
2. Богораз Н.А. О пластике кровеносных сосудов // Воен-мед. журн. — 1931. — С. 470—473.
3. Богораз Н.А. О ранении кровеносных сосудов в текущую кампанию // Русский врач. — 1915. — № 17. — С. 385.
4. Богораз Н.А. Повреждения кровеносных сосудов при военно-полевых ранениях. — Харьков, 1935. — 132 с.
5. Бурденко Н.Н. Характеристика хирургической работы в войсковом районе. — М.; Л.: Медгиз, 1939. — С. 6—7, 71—72.
6. Опокин А.А. Хирургия военно-полевых ранений. — Томск, 1931. — С. 173—220.
7. Розен А.А. Огнестрельные повреждения кровеносных сосудов: Дис. ... д-ра мед. — Киев, 1916. — 263 с.

© А.А.БУДКО, И.Г.ОВЕЧКИН, 2009
УДК 61:355(091)

Юбилей ФГУ «6-й Центральный военный клинический госпиталь Минобороны России»

БУДКО А.А., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук,
полковник медицинской службы
ОВЕЧКИН И.Г., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы

6-й Центральный военный клинический госпиталь, Москва

Budko A.A., Ovechkin I.G. — Anniversary of FSI «The 6th Central Military Clinical Hospital of the Ministry of Defense of RF». The 6th Central Military Clinical Hospital of the Ministry of Defense of Russian Federation celebrates the 20th anniversary in September of 2009. The hospital is one of the greatest and well-known in the world specialized science-practical rehabilitation centers, equipped by original and unique methods, based on modern knowledge-intensive technologies. It permits resolve the most difficult tasks of reconstructive treatment of military service men of Russian Army.

K e y w o r d s: reconstructive treatment, rehabilitation centers.

В историческом аспекте основополагающим документом о формировании 6-го Центрального военного клинического госпиталя явилось решение Исполкома Моссовета от 25.11.1983 г. «Об отводе Министерству обороны СССР земельного участка по Левобережной улице под строительство пансионата ветеранов армии и флота». Решением руководства ЦВМУ от 12 ноября 1988 г. функциональное назначение «пансионата» было изменено на Центр восстановительного лечения ГВКГ им.Н.Н.Бурденко, что вызвало дополнительную корректировку проекта.

17 апреля 1989 г. министром обороны Д.Т.Язовым было принято решение на базе формируемого учреждения создать 6-й Центральный военный клинический госпиталь Министерства оборо-

ны СССР для восстановительного лечения раненых, больных и пораженных военнослужащих армии и флота, членов их семей, офицеров в отставке, инвалидов Великой Отечественной войны, ветеранов-интернационалистов, служащих Советской армии.

Это решение реализовано Директивой ГШ МО СССР от 22 августа 1989 г. о создании 6-го Центрального военного клинического госпиталя в качестве многопрофильного специализированного лечебно-профилактического учреждения Министерства обороны. Официальной датой начала функционирования госпиталя считается 15 сентября 1989 г., когда в травматологическое отделение поступил первый пациент — рядовой Ю.А.Розенбах с диагнозом «отсутствие правой нижней конечности на уровне тазобедренного сустава».