

КАК ЭТО БЫЛО

© А.В. Каплан, 1995

А.В. Каплан

РОЛЬ ФРОНТОВОГО СОРТИРОВОЧНО-ЭВАКУАЦИОННОГО ГОСПИТАЛЯ ПЕРВОЙ ЛИНИИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ВОЙСК В ПЕРИОД МОСКОВСКОЙ БИТВЫ И НА ПОСЛЕДУЮЩИХ ЭТАПАХ ДО ВЗЯТИЯ КЕНИГСБЕРГА

Прошло 50 лет со дня Победы советского народа в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг., но память надежно хранит события того времени...

Война была тяжелой, мучительной и кровопролитной, победа над грозным, сильным, коварным врагом досталась нашему народу ценой громадных усилий, страданий и жертв. Медики, в том числе хирурги, не были исключением, и на их долю выпали огромные трудности, и от них война потребовала немало жертв. Мы помним наших друзей и товарищей и воздаем должное их памяти.

Моя служба в Красной Армии во время Великой Отечественной войны проходила в действующей армии на Западном и 3-м Белорусском фронтах. 22 июня 1941 г. я явился в Мосгорвоенкомат, отказался от имевшейся у меня брони и был назначен начальником и ведущим хирургом автохирургического отряда № 35.

Формирование отряда проходило в здании школы на Улице 1812 года, рядом с Поклонной горой. Через трое суток личный состав с медицинским имуществом, операционными и перевязочными палатками на восьми грузовых и одной легковой («Эмка») автомашинах уже прибыл в медсанбат одной из дивизий 29-й армии под Великими Луками, где шли активные боевые действия, и начал оказывать медицинскую помощь. Раненых поступало много, и под артиллерийским обстрелом в медсанбате мы их оперировали.

Не буду описывать трагические месяцы начала войны, они хорошо известны из литературы.

Наша 29-я армия, как и другие, отступая с упорными боями, оставляла один населенный

пункт за другим. Мы отступали вместе с войсками на новые рубежи, оказывая медицинскую помощь в медсанбатах разных дивизий (Западная Двина, Торопа, Нелидово, Бурцево, в лесу у истоков Волги, Ржев и т.д.). Когда у нас в медсанбате в районе Западной Двины погиб посетивший нас армейский хирург, я был назначен (в дополнение к своим обязанностям в хирургическом отряде) армейским хирургом 29-й армии. Так продолжалось до начала октября, когда я получил приказ о передислокации автохирургического отряда в район Старицы, где в это время шли активные боевые действия. Когда мы приблизились к месту нового развертывания отряда, Старица уже была захвачена немцами, и мы оказались в окружении немецких армий. Через шесть суток с боями, неся потери, нам удалось вырваться из кольца окружения. Я был легко ранен. Истощенные, изнуренные, голодные, мы добрались до шоссе Торжок — Калинин в районе Медное. Здесь мы присоединились к нашим ведущим боевые действия и отступающим войскам и продолжили оказание медицинской помощи раненым.

В начале октября немцы захватили Вязьму. 10 октября командующим Западным фронтом был назначен генерал армии Георгий Константинович Жуков. 14 октября нами был оставлен Калинин. Наши части, среди которых были и мы, отходили к Дмитрову, Солнечногорску. Отступая под сильным напором противника, в двадцатых числах октября мы оказались в зоне обороны Москвы. Государственный Комитет Обороны ввел в Москве с 20 октября осадное положение. Москва стала прифронтовым городом.

Оказавшись в Подмосковье, я явился в Санитарное управление Западного фронта и был принят начальником управления корврачом М.М. Гурвичем. От него я узнал, что в связи со значительными потерями, которые понесли большинство автохирургических отрядов, получен приказ начальника Санитарного управления Красной Армии Ефима Ивановича Смирнова об их расформировании. Задав мне несколько вопросов о моей хирургической деятельности в довоенные годы, М.М. Гурвич сказал, что для медицинского обеспечения воинов

при обороне Москвы на северо-западной окраине столицы на территории Сельскохозяйственной академии им. Тимирязева развертывается мощный 2—3-тысячный фронтальной сортировочно-эвакуационный госпиталь (СЭГ) первого эшелона (линии) № 2386. Возглавляет его отличный организатор, кадровый военврач 2-го ранга Е.А. Вольпер. «Вы назначаетесь главным хирургом этого госпиталя. Вам следует явиться к нему, сдать все имущество автохирургического отряда. Весь личный состав вашего отряда включается в состав госпиталя. Предписание об этом вы сейчас получите. Такой же госпиталь — № 290 развертывается в Лефортово на базе Коммунистического главного госпиталя. Каждый госпиталь рассчитан на 2000 стационарных коек и на прием 1500—2000 раненых в сутки. Их задача — прием, сортировка, оказание медицинской и специализированной помощи. СЭГ № 2386 должен быть развернут в кратчайшие сроки».

В 4 часа ночи 22 октября я прибыл в штаб госпиталя. Начальник госпиталя Е.А. Вольпер был моим давним другом-однокашником. Это был деловой, честный, жизнерадостный, добрый человек. Его помощником по медицинской части также оказался наш друг и однокашник З.Е. Лившиц, очень умный, образованный человек. Утром в штабе произошла встреча с военкомом М.И. Васильевым (о котором тоже можно было бы сказать много добрых слов). Представив меня ему, Е.А. Вольпер сказал: «Не будем терять времени», и мы пошли знакомиться с состоянием развертывающегося госпиталя. Попутно уточняли с начальниками отделений структуру и размещение отделений.

Особенности оказания медицинской и специализированной помощи в период Московской битвы состояли в следующем:

1) в этот период около 30% из общего числа раненных на всех фронтах получали ранение на Западном фронте;

2) по мере приближения отходящих советских войск к Москве полевые передвижные госпитали армейского района и на ряде участков фронта медсанбаты сомкнулись с фронтowymi медицинскими учреждениями первого эшелона (линии) и располагались рядом;

3) концентрическое направление шоссеиных и железных дорог к Москве неизбежно создавало условия для большого поступления раненных в лечебные учреждения первого эшелона госпитальной базы фронта.

СЭГ № 2386 был развернут в течение недели (теперь мне кажется это фантастикой) и разместился в четырех больших корпусах общежития студентов Сельскохозяйственной академии, расположенных по одну сторону Лиственничной аллеи. Рядом с ними находилось здание средней школы. В нем был организован филиал эвакуационного отделения на 1000 мест. По другую сторону Лиственничной аллеи шли опытные поля Академии, на которых размещалась дальнбойная артиллерия.

В ноябре 1941 г. при воздушном налете противника в госпитале погибли два человека и пять человек были легко ранены. Попадавшие на крыши зданий «зажигалки» сбрасывались дежурившими там сотрудниками и не нанесли никакого урона корпусам госпиталя.

Раненые поступали в СЭГ № 2386 из зоны фронта непрерывным потоком. Они доставлялись на санитарных автомобилях, переоборудованных автобусах и грузовых автомашинах по Дмитровскому, Ленинградскому, Волоколамскому, Можайскому и Минскому шоссе, а также железнодорожными санитарными летучками — через эвакуоприемники СЭГ на Рижском, Савеловском и Белорусском вокзалах. Эвакуация раненых также происходила на автомашинах и железнодорожных санитарных поездах. У здания ректората Академии была конечная остановка трамвая, которая тоже использовалась для эвакуации раненых. Оба крупнейших сортировочных госпиталя первого эшелона — № 290 и № 2386 Западного фронта во время битвы за Москву вошли в состав специально созданного Вспомогательного эвакуационного пункта № 1 и принимали 80% всех раненых и больных, поступающих в столицу.

Структура СЭГ и всех его медицинских отделений была построена на поточно-функциональном принципе. В трех корпусах на первых этажах одного крыла находились большой емкости приемно-сортировочные отделения: 1) для ходячих раненых, которые составляли 55—60% от всех поступающих; 2) для носилочных раненых — 32—35%; 3) для больных — 8—10%. В другом крыле размещались три соответствующие эвакуационные отделения. Между сортировочными и эвакуационными отделениями для ходячих и носилочных раненых были развернуты санитарные пропускники, перевязочные, операционные, гипсовые и в сортировочной для носилочных раненых — шоковые палаты. В

приемно-сортировочной для больных находились смотровые кабинеты врачей. На вторых, третьих и четвертых этажах этих корпусов и в четвертом корпусе были размещены специализированные отделения, аптека, лаборатории (клиническая, биохимическая, бактериологическая) и автоклавная.

Внутригоспитальная сортировка происходила непрерывно с момента поступления раненых и продолжалась на всех стадиях оказания медицинской и специализированной помощи до момента эвакуации раненого. При этом эвакуационное отделение в госпитале выполняло контрольные функции (контроль состояния раненого, повязок, правильности эвакуационного заключения, наложенных гипсовых повязок, документации и т.п.).

Организации приемно-сортировочных отделений для ходячих и носилочных раненых в СЭГ № 2386 мы уделяли большое внимание. Я был убежден, что неправильно организованная сортировка при таком массовом поступлении раненых неизбежно приведет к хаосу, неразберихе, потере времени и топтанию на месте при оказании медицинской, особенно срочной помощи. В период битвы за Москву потоки раненых шли днем и ночью. Обычно в течение суток поступало более 2000 человек. Их надо было накормить, обмыть, провести целенаправленную медицинскую сортировку с выявлением тяжелораненых, остро нуждающихся в специализированной медицинской помощи, направить их в профильные отделения и противошоковые палаты, а поступившим с ранениями средней и легкой степени оказать необходимую медицинскую помощь и эвакуировать по назначению.

Сортировка начиналась сразу же после поступления раненых в госпиталь. Дежурная сестра у входа в приемное отделение отмечала на карточке передового района у каждого раненого и больного время поступления и выдавала талон на одноразовое питание в приемном отделении и талон на табак (махорку). Одновременно дежурный врач начинал предварительную сортировку раненых (первая ориентировочная). Он должен был выделить тяжелых раненых, нуждающихся в срочной медицинской или специализированной хирургической помощи, раненых в состоянии шока, с наружным кровотечением, выраженной анемией, выявить раненых с подозрением на развивающуюся анаэробную инфекцию и с дру-

гими угрожающими жизни состояниями. Этим раненым выдавался красный талон и тут же принималось решение о госпитализации в одно из профильных отделений госпиталя или о направлении в противошоковое отделение. Безотлагательно медицинская сестра и санитары выполняли такое указание.

Рядом с приемно-сортировочным отделением для носилочных раненых располагалось противошоковое отделение (палаты на 18 коек). Здесь широко применялись переливание крови и кровезаменителей, новокаиновая блокада, сердечные и другие лечебные процедуры. После выведения из шока раненые поступали в соответствующие отделения госпиталя.

У трети раненых имелись множественные и сочетанные ранения с поражением одной, двух и более областей тела. Такие ранения наблюдались при поражении одним или несколькими огнестрельными снарядами (пуля, осколки и др.). Комбинации ранений были разными: черепно-мозговое ранение и огнестрельный перелом, ранение челюсти и глаза, ранение груди и живота или груди и конечностей, огнестрельный перелом и ранение магистрального сосуда и др. Степень тяжести общего состояния таких раненых была различной: тяжелой, средней, сравнительно легкой. Раненые с множественными ранениями, находящиеся в тяжелом общем состоянии, или хотя бы с одним тяжелым ранением выделялись в особую сортировочную группу (М) и направлялись в зависимости от наиболее значительного (доминирующего) ранения в соответствующее профильное отделение или, при наличии показаний, в противошоковую палату.

Перед дежурным врачом, проводившим сортировку раненых, стояла и вторая важная задача — противоэпидемическая: выявить среди раненых заболевших тем или иным инфекционным заболеванием или с подозрением на таковое и изолировать их. Не могу здесь не вспомнить один эпизод.

Как-то среди поступивших ходячих раненых была обнаружена группа с непонятными большими «пакетами» шейных, подмышечных желез, некоторые в стадии нагноения (бубоны!!!). Я приказал изолировать этих больных и подумал: не чума ли? Однако поражало общее удовлетворительное состояние больных. Вызвали опытного инфекциониста. Оказалось — туляремия. Таких больных мы встречали потом на протяжении всего военного периода.

Продолжая сортировку, дежурный врач всем остальным раненым выдавал синие талоны I и II очереди. Эти раненые, если они не нуждались в консультации специалиста, направлялись в перевязочные приемного отделения.

Всю эту сложную и ответственную работу дежурный врач проводил в возможно короткое время и будучи вооружен только собственной интуицией и клиническим опытом.

У раненых часто имелся педикулез и нередко чесотка и грибковые заболевания кожи на стопах. За исключением тех, кто нуждался в срочной медицинской помощи, раненые поступали в перевязочные после кормления, регистрации, сдачи оружия (не всегда лица из командного состава легко соглашались сдать личное оружие) и санитарной обработки. Белье и обмундирование направлялось в дезинфекционные и дезинсекционные камеры. После санитарной обработки раненые поступали в приемные палаты операционно-перевязочного блока при приемно-сортировочном отделении или, если имелись показания, соответствующего специализированного отделения, где проводилась диагностическая сортировка, оказывалась необходимая медицинская помощь и определялось место дальнейшего лечения.

При сроках лечения до 15 дней раненых переводили в госпитальное отделение для выздоравливающих. Раненые со сроками лечения до 30 дней эвакуировались во фронтовые госпитали для легкораненых, со сроками лечения в пределах 60 дней — во фронтовую эвакуационный госпиталь. Раненые, подлежащие эвакуации, направлялись в эвакуационные отделения госпиталя, где получали обмундирование (из обменного фонда госпиталя). Более тяжело раненые, временно нетранспортабельные, нуждающиеся в специализированном лечении и оперативном вмешательстве, госпитализировались в соответствующих отделениях госпиталя. Система целенаправленной сортировки и распределения раненых в перевязочные сортировочного отделения и специализированные отделения госпиталя обеспечивала более быстрое и качественное оказание медицинской помощи и, что также очень важно, быстрое освобождение мест для приема вновь поступающих раненых.

СЭГ № 2386, помимо приемно-сортировочных и эвакуационных отделений, имел 14 специализированных отделений, куда госпитализировались тяжелые профильные раненые,



Рис. 1. Проникающее ранение черепа (выпадение мозгового вещества, мозговая грыжа).

нуждающиеся в хирургическом лечении, и нетранспортабельные раненые. По существу, правильнее было бы назвать такие крупные сортировочно-эвакуационные госпитали, как наш СЭГ № 2386 и № 290, многопрофильными фронтовыми СЭГ первого эшелона.

В черепно-мозговое нейрохирургическое отделение (160 коек) поступали раненые с показаниями к первичному оперативному лечению или нуждающиеся в повторном оперативном вмешательстве в связи с осложнениями, развившимися после операций на предыдущих этапах эвакуации (трепанация черепа с целью декомпрессии, удаление костных и металлических осколков), — пролабированием мозга, мозговыми грыжами, абсцессами мозга. Причинами этих тяжелых осложнений были недостаточная трепанация черепа на предыдущих этапах эвакуации, оставление костных и металлических осколков (рис. 1).

В спинальное нейрохирургическое отделение (40 коек) направлялись раненые, нужда-



Рис. 2. Ранение лица, челюстей, глаза.



Рис. 3. Ранение нижней челюсти, лица, ротовой полости (до и после операции).



Рис. 4. Ранение нижней челюсти и языка.

ющиеся в ламинэктомии при сдавлении спинного мозга гематомой, костным или металлическим осколком, в связи с ликвореей, а также с длительной задержкой мочеиспускания (им при показаниях накладывался надлобковый свищ).

В челюстно-лицевое отделение (75 коек) поступали раненые со сложными ранениями, нуждающиеся в шинировании челюсти, с тяжелыми ранениями лица, челюстей, сочетающимися с ранением глаз и лобных полостей, пульсирующими гематомами и кровотечением при ранении челюстной артерии и языка (рис. 2—4).

Офтальмологическое отделение было возвращено на 50 коек. Офтальмолог должен был решать сложные вопросы, связанные с сохранением зрения, удалением осколков из глазного яблока, восстановлением век и др. В некоторых случаях для извлечения металлических осколков использовали магнитно-звуковой рентгеновский прибор.

В отоларингологическом отделении концентрировались раненые с поражениями гортани, трахеи, гайморовых полостей, уха и т.п.

В торакальное отделение (200 коек) госпитализировали раненых с разного вида тяжелыми проникающими ранениями грудной клетки, которые осложнялись закрытым и открытым гемо- и пневмопнотораксом, ранением легких, бронхов, смещением средостения (рис. 5). Встречались единичные случаи открытых и закрытых ранений перикарда и сердца (рис. 6). Общая летальность была немалой.

Я неотвязно и мучительно думал, как лечить этих страдальцев. Вспоминал свои общие с профессором Германом Ароновичем Рейнбергом, моим учителем и любимым другом, работы по коллапсу легкого, выводы, сделанные из клинических наблюдений и экспериментальных данных, и как-то стала выкристаллизовываться нужная система лечения и профилактики этих тяжелых осложнений при ранении грудной клетки.

Вначале я подготовил специальную клеевую пасту для герметизации плевральной полости и сделал примитивный аппарат для восстановления в ней (полости) постоянного отрицательного давления. При этом были получены весьма ободряющие результаты.

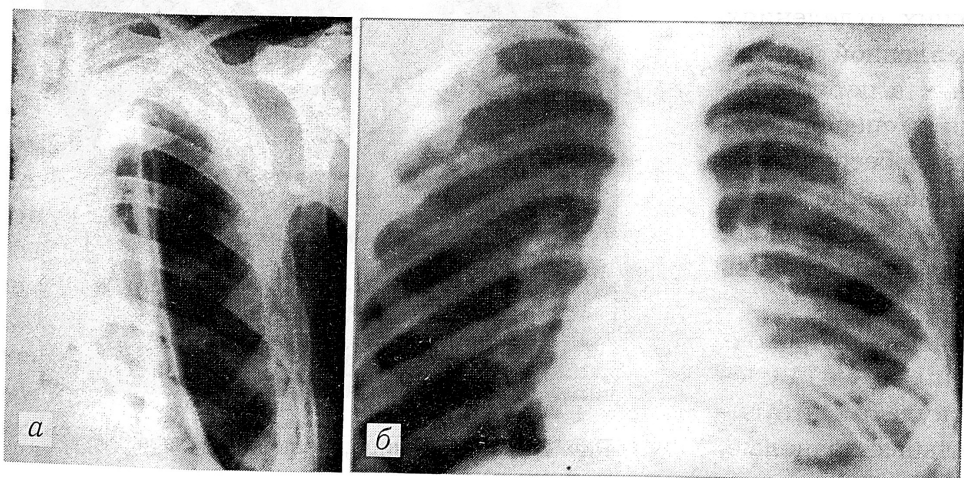


Рис. 5. Рентгенограммы раненого с проникающим ранением левой половины грудной клетки.

а — гемопневмоторакс, смещение средостения; б — после постоянного вакуумирования на электроаппарате Каплана: расправление легкого, нормальное положение средостения.



Рис. 6. Осколочное ранение передней грудной стенки. Открытый (инфицированный) перикардит. Удален металлический осколок из стенки желудочка сердца.

По предложенной мною схеме был изготовлен электровакуумный аппарат для одновременного лечения группы торакальных раненых с индивидуальными манометрами и регуляторами, поддерживающими отрицательное давление в плевральной полости на заданном уровне. Я сделал об этом доклад на конференции хирургов Западного фронта, который был напечатан в Трудах конференции. Впоследствии была опубликована статья в журнале «Хирургия». Главный хирург Западного фронта С.И. Банайтис отметил в своем выступлении и в публикации в Трудах конференции (с. 11—13), что «на нашем фронте разработкой метода лечения вторично открывшихся пневмотораксов, инфицированных гемотораксов и пиопневмотораксов особенно много и систематически занимался и занимается А.В. Каплан». Далее излагалась сущность разработанного метода. Она заключается в расправлении легкого с самого начала лечения путем создания отрицательного давления в плевре и герметизации последней. «При пользовании описанной методикой смертность раненых в очень крупном фронтовом госпитале, где работает А.В. Каплан, при вторично открывшихся пневмотораксах в 1942 г. составляла 21,5%, в различные же периоды 1944 г. колебалась от 7,9 до 5,5%. Результаты лечения осложненных ранений груди, получаемые Капланом, побудили нас к распространению разработанной им методики на другие госпитали фронта». После войны труд А.В. Каплана «Острый огнестрельный пиоторакс, пневмоторакс и бронхиальный свищ и их лечение» в конкурсе на лучшие медицинские работы в период Великой Отечественной

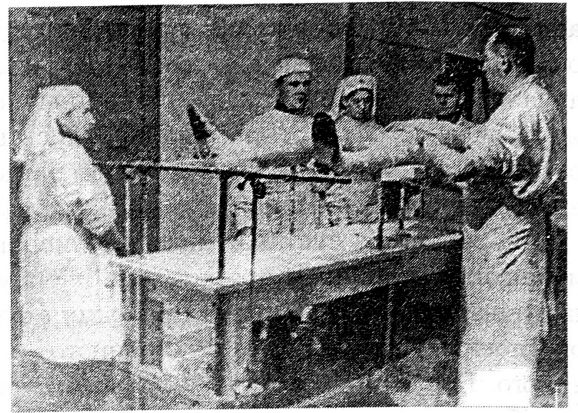


Рис. 7. Обучение гипсовой технике А.В. Капланом (первый справа) на походном столе автора.

войны 1941—1945 гг. был удостоен диплома и премии Совета Министров СССР II степени.

В абдоминальное отделение (75 коек) госпитализировались раненые с ранениями органов брюшной полости, торакоабдоминальными ранениями, ранениями почек, тазовых органов, прямой кишки, мочевого пузыря — часто с различными осложнениями, связанными с такими ранениями: перитонитом, каловыми и мочевыми свищами, эвентрацией кишечника и др. Большинство из них требовало оперативного лечения. В это отделение также переводились и там оперировались больные, поступившие в терапевтическое отделение с различными заболеваниями органов брюшной полости и их осложнениями: острым аппендицитом, аппендикулярными инфильтратами и абсцессами, прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, перитонитом, поддиафрагмальными гноиниками, прободной язвой кишечника брюшнотифозного характера и др.

В госпитале имелось четыре отделения для раненых с огнестрельными переломами костей и ранениями суставов: 1) бедра и крупных суставов (тазобедренного и коленного) — 200 коек; 2) голени и стопы — 150 коек; 3) плеча, плечевого и локтевого суставов — 150 коек; 4) предплечья и кисти — 100 коек. В этих отделениях производились первичная, вторичная и повторная хирургическая обработка огнестрельных переломов, удаление свободных костных и металлических осколков. В отдельных случаях, по показаниям, выполнялась ограниченная поднадкостничная резекция концов отломков в области перелома. После репозиции отломков и обильного припудривания

раны стрептоцидом накладывалась бесподсти-
лочная глухая гипсовая повязка. Во многих
случаях для обеспечения зияния раны после
хирургической обработки накладывались швы
по Юдину (сшивались края кожной раны на
бедре с глубокой фасцией).

При ранениях суставов применялись пер-
вичная или вторичная артротомия, экономная
(частичная) и более обширная резекция суста-
вов, преимущественно тазобедренного и ко-
ленного. После артротомии коленного сустава
для обеспечения зияния раны также исполь-
зовались швы по Юдину — края кожи сшива-
лись с сумкой сустава, а затем накладывалась
глухая гипсовая повязка.

Наряду с такой методикой после хирурги-
ческой обработки огнестрельных переломов
бедра, резекции тазобедренного и коленного
суставов широко практиковалось дренирова-
ние с постоянным промыванием ран антисепти-
ками (чаще раствором риванола) и актив-
ным отсасыванием жидкости при помощи на-
шего вакуумного аппарата в сочетании с гип-
совой иммобилизацией.

По строгим показаниям производились пер-
вичные и вторичные ампутации конечностей и
при тяжелых ранениях тазобедренного суста-
ва — экзартикуляция бедра. Как известно,
первичная и вторичная экзартикуляция бедра,
в особенности при сопутствующих переломах
таза, ранении мочевого пузыря и толстого ки-
шечника, развитой раневой инфекции, сопро-
вождается значительной потерей крови, шо-
ком и сопряженной высокой летальностью. Мы
обычно при всех экзартикуляциях бедра до
основного оперативного вмешательства произ-
водили аутоотрансфузию крови. Она достига-
лась обескровливанием удаляемой конечности
и новокаиновой блокадой нервов (техника опи-
сана нами в 17-м томе «Опыта советской ме-
дицины в Великой Отечественной войне 1941—
1945 гг.», с. 321—322) и позволяла значительно
снизить летальность.

При огнестрельных ранениях костей и сус-
тавов широко применялась глухая бесподсти-
лочная лонгетно-круговая гипсовая повязка.
Для репозиции отломков и наложения гипсо-
вой повязки использовался сконструирован-
ный нами походный ортопедический стол
(рис. 7). При ранении мягких тканей накладыва-
лась гипсовая лонгета. В период обороны
Москвы в СЭГ за сутки накладывалось 280—
350 глухих гипсовых повязок и 350—450 гип-

совых лонгет, при этом расходовалось до 1—
1,5 т гипса.

Мой учитель великий хирург Сергей Серге-
евич Юдин посетил наш госпиталь во время
обороны Москвы. На него произвели большое
впечатление размах работы госпиталя и ее
организация. В своем труде «Заметки по воен-
но-полевой хирургии» он положительно ото-
звался о нашем походном ортопедическом сто-
ле. Там же на с. 466 он пишет: «В огромном
масштабе глухое гипсование применялось в
коллекторе, где главным хирургом был
А.В. Каплан. Здесь в неделю боев на подсту-
пах к Москве в ноябре—январе прошлого года
расходовалось до тонны гипса в сутки».

В начале 1943 г. Главным военно-санитар-
ным управлением Красной Армии была изда-
на большим тиражом и распространена по
госпиталю разных фронтов моя книжка «Гип-
совая повязка при лечении огнестрельных пов-
реждений конечностей». Хотя в настоящее вре-
мя имеются другие, весьма ценные методы
обездвижения переломов, это не оправдывает
недооценку, забвение и невладение гипсовой
техникой.

Ранение сосудов в начале войны плохо ди-
агностировали, за исключением случаев с на-
ружным кровотечением. Такие раненые редко
оперировались. Большинство хирургов, рабо-
тавших в госпиталях, были плохо подготовле-
ны к сосудистой хирургии. Это побудило нас
организовать в СЭГ специальное сосудистое
отделение на 50 коек. Постепенно у врачей
накапливался опыт, улучшалась диагностика
и увеличивалось количество распознанных
сосудистых ранений. В памяти остался один
характерный эпизод.

Как-то в апреле 1942 г. мне позвонили из
эвакуационного госпиталя, расположенного в
районе Варшавского шоссе, который был из-
вестен под названием «Киевский», с просьбой
срочно приехать к ним. В тот период я вре-
менно выполнял и обязанности хирурга Вспо-
могательного эвакуационного пункта № 1. Я
тотчас выехал. Это оказался эвакуационный
госпиталь для раненных в конечности. Работа-
ли там опытные ортопеды. В операционной на
столе лежал человек с ранением бедра и под-
ключичной артерии, из которой сочилась кровь.
Стоявшие по обе стороны стола два врача
пытались, пользуясь тампонами, остановить
кровотечение. На полу стоял таз, наполненный
тампонами, пропитанными кровью: безуспеш-

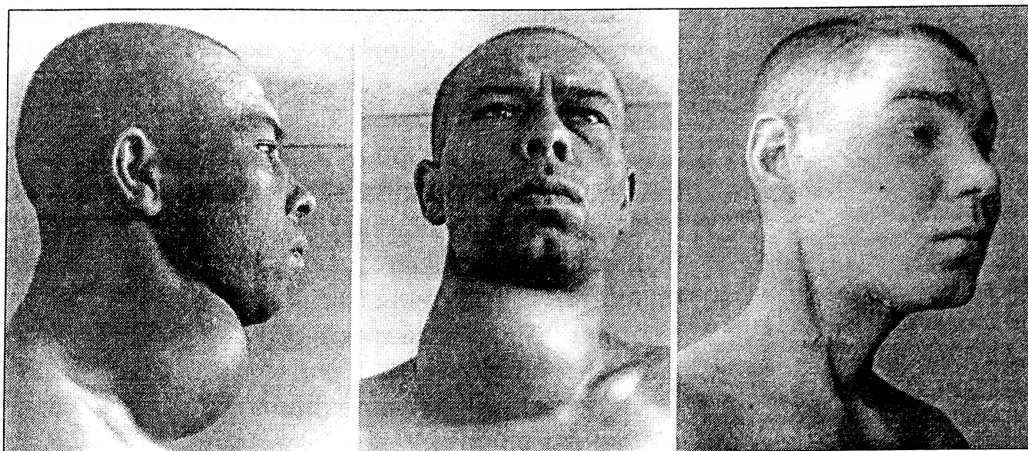


Рис. 8. Ранение сонной артерии, пульсирующая гематома (до и после операции).

ные попытки остановить кровь продолжались более трех часов. Приступив к операции, я попросил пилку Джилли, перепилил ключицу, выделил артерию и наложил сосудистый шов. Операция продолжалась 10—15 минут.

За Московский период работы в СЭГ № 2386 было произведено 258 операций по поводу огнестрельных ранений сосудов. За всю войну мною оперировано 749 раненых с ранениями магистральных сосудов (при пульсирующих гематомах и аневризмах), из них 645 — с ранениями магистральных сосудов конечностей (в том числе *a. poplitea* — 16) и 104 — других локализаций: *aa. carotis* — 26, *anonyma* — 2, *maxillaris* — 12, *vertebralis* — 3, *axillaris* — 16, *subclavia* — 22, *iliaca* — 14, *glutea* — 9 (рис. 8). Изолированные ранения артерий составляли 68%, артерий и вен — 32%. По срочным показаниям были оперированы 332 раненых при пульсирующих гематомах.

Еще в начале работы госпиталя мы убедились в необходимости выделить так называемое «анаэробное» отделение. За весь период войны через госпиталь прошло более 5 тыс. человек с ранениями, осложненными анаэробной инфекцией. В первые месяцы войны у половины раненых с анаэробной инфекцией первичная хирургическая обработка ран на предыдущих этапах не производилась или производилась с существенными дефектами: кожу вокруг входного и выходного отверстий иссекали ограниченно — в виде так называемых «пяточков», не рассекали раны, применяли тугую тампонаду или даже накладывали швы. Были недостатки и в иммобилизации конечностей. В 16% случаев имелись ранения сосудов. При последующих передислокациях госпиталя «анаэробное» отделение было сокращено вдвое, что свидетельствует об уменьшении

частоты этих тяжелых осложнений во второй период войны. Анаэробная инфекция чаще наблюдалась при осколочных ранениях (64,3%), чем при пулевых (35,7%), преимущественно при ранениях конечностей — 93,8% (при ранениях туловища — 2,6%). И только в 7 случаях мы встретились с этим осложнением при черепно-мозговых и челюстных ранениях. Анаэробная инфекция при огнестрельных переломах наблюдалась в полтора раза чаще, чем при ранениях мягких тканей, а при ранениях нижней конечности в три раза чаще, чем верхней. У 92% раненых высевались анаэробы из «группы четыре», при этом в чистой культуре — в 26,1% случаев (*Cl. perfringens* — 17,9%, *Cl. odematiens* — 6,9%, *Cl. hystolyticus* — 0,9%, *vibrio septicus* — 0,4%). В остальных случаях имелись ассоциации анаэробов и аэробов.

Клинические формы анаэробной инфекции были разные: газовая, отечная, литическая, молниеносная и др. Ведущее место в комплексной специфической и неспецифической терапии анаэробной инфекции (внутривенное введение капельным способом лечебной дозы противогангренозной сыворотки, применение фагов внутривенно и в виде «фаговой блокады», переливание крови, физиологического раствора, раствора глюкозы и др.) принадлежало хирургическому лечению — рассечению, иссечению ран и ампутации конечности. В настоящее время имеются антибиотики, химиотерапевтические, дезинтоксикационные, иммунотерапевтические препараты, гипербарическая оксигенация и т.д. Но в то время всего этого не было.

Зима 1941—1942 г. была в Москве лютая — холодная и снежная. Это было основной причиной большого количества отморожений у сражавшихся на подступах к столице. С нояб-

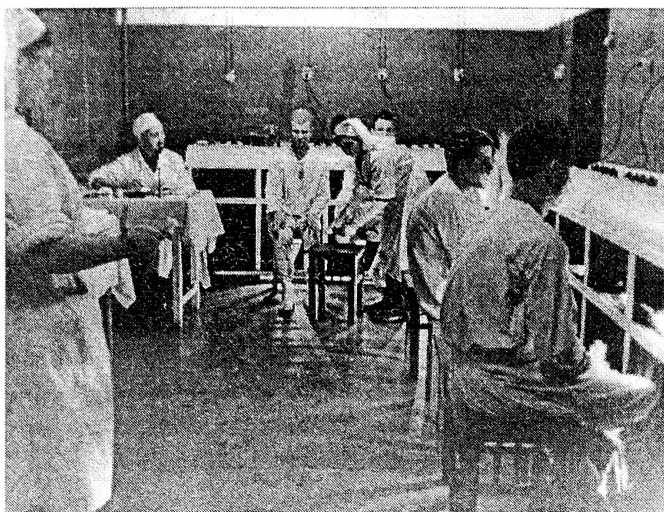


Рис. 9. Перевязочная с обогревателями для «отмороженных».

ря 1941 г. по март 1942 г. во фронтовой СЭГ № 2386 поступало в сутки около 200—250 человек с отморожениями. Это побудило нас сразу организовать специальное отделение (100 коек) для «отмороженных». В нем имелась отдельная перевязочная, в которой были установлены собственной конструкции теплосветовые обогреватели для верхних и нижних конечностей (рис. 9). В отделении была также своя операционная, где производились некротомии и некрэктомии. Наиболее тяжелые отморожения — III—IV степени (рис. 10) приходились на декабрь, январь, февраль, март и апрель — соответственно 10, 20,3, 22,6, 20 и 17%.

В офицерские общехирургические отделения на 200 коек поступали раненые, не нуждавшиеся в специализированном лечении или переводившиеся из профильных отделений после того, как миновала необходимость их пребывания там.

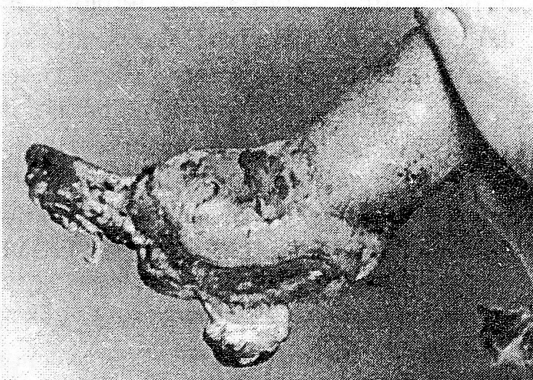


Рис. 10. Отморожение IV степени.

В генеральском отделении (15 коек) среди других я оперировал тяжело раненных К.К. Рокоссовского, А.И. Еременко, Д.Д. Лелюшенко, Н.Э. Берзарина и других военачальников. В это время я лечил также заболевших Г.К. Жукова и А.М. Василевского.

Имелось и отделение на 150 мест для выздоравливающих, которые в процессе лечения ухаживали за ранеными. Ежедневно из этого отделения выписывалось 15—20 человек в запасной полк фронта.

В небольшом отделении помещались военнопленные. Их первое время было мало, и после оказания медицинской помощи они эвакуировались в специальный госпиталь.

В отдельном двухэтажном здании при нашем госпитале был размещен резерв призванных в армию медиков Санитарного управления Западного фронта. Это были преимущественно молодые люди, выпускники учебных заведений: зауряд-врачи, фельдшеры и медицинские сестры. Лишь отдельные из них имели небольшой стаж практической работы. Обычно они находились в резерве в течение 3—6 недель, реже — несколько дольше. Перед госпиталем ставилась задача использовать это время для практической подготовки их по военно-полевой хирургии. Несомненно, госпиталь с его массовым приемом, лечением и эвакуацией раненых был хорошей базой для интенсивной практической подготовки медицинских работников к их будущей деятельности в лечебных учреждениях фронта. Резервисты-курсанты распределялись по отделениям и работали под руководством более опытных сотрудников по 12 часов в сутки наравне с остальными. Одновременно это было и помощью в работе госпиталя. Два раза в неделю по 2 часа отдельно с врачами и средним медицинским персоналом проводились семинарские занятия по переливанию крови, асептике и антисептике, транспортной иммобилизации и т.п. Все — врачи, фельдшеры и сестры — должны были работать по два дня в сортировочном и эвакуационном отделениях. Если среди курсантов были хирурги, то они специализировались по нейрохирургии, торакальной хирургии и т.д. — в зависимости от того, в каких специалистах нуждалось Санитарное управление фронта. Несомненно, эти курсы в определенной степени способствовали повышению качества медицинского обеспечения раненых на этапах эвакуации.

Во время битвы за Москву в госпитале ежесуточно производилось 150—200 переливаний крови, сухой плазмы, кровезаменителей. В сутки расходовалось около 100 л крови, которую мы ежедневно получали в Центральном институте переливания крови.

За время Московской битвы сортировочный госпиталь первой линии № 2386 оказал медицинскую и специализированную помощь 372 514 раненым и больным, которым было произведено 40 976 операций: нейрохирургических, торакальных, абдоминальных, глазных, челюстных, сосудистых, резекций суставов и артротомий, экзартикуляций тазобедренного сустава, хирургических обработок огнестрельных переломов и ран, ампутаций и др. Вся эта огромная работа была выполнима только благодаря слаженному и беззаветному труду врачей, сестер, санитарок и технического персонала госпиталя. Я с глубоким уважением вспоминаю своих однополчан. Днем и ночью они трудились на своих постах, отдавая все силы порученному делу. Низкий им поклон. Огромную помощь госпиталю оказывал народ, который в то трагическое время был един с Армией. Мужчины и женщины сами приходили в госпиталь, помогали ухаживать за ранеными, стирали и чинили белье, убирали помещения. Каждый стремился внести свою лепту в грядущую Победу. В память об этом на одном из корпусов Академии им. Тимирязева, где в период обороны Москвы размещался СЭГ № 2386, установлена мемориальная доска.

По мере отдаления фронта от Москвы на запад госпиталь перемещался за нашими наступающими войсками в прифронтовые районы: Смоленск, Минск (в ограниченном составе), Вильно, Каунас и, наконец, при взятии Кенигсберга — в Инстенбург (не в полном составе). Организация, система и объем работы не отличались от таковых Московского периода, но условия работы были неизмеримо хуже. В особенно сложных и трудных условиях проходила работа СЭГ в Смоленске. Город был превращен в развалины. Мы работали на территории разрушенной областной больницы, где сохранились здание бывшей школы медицинских сестер, два небольших двухэтажных

здания, подвальные помещения некоторых корпусов и деревянный барак. Водоснабжение, канализация и электричество вначале отсутствовали, и пришлось постепенно, в процессе работы создавать это своими силами. Вырыли большие землянки, поставили палатки. Раненых было очень много, и работа велась в полном объеме, круглые сутки. Госпиталь часто подвергался бомбардировкам. Были жертвы среди раненых и персонала. Но работа госпиталя не останавливалась. Раненые доставлялись на автомашинах круглосуточно, и им оказывалась медицинская и специализированная помощь.

В Смоленске госпиталь посетили Н.Н. Бурденко и Е.И. Смирнов. Они дали высокую оценку его работе в таких сложных условиях.

За весь пройденный путь — начиная с битвы за Москву и до взятия Кенигсберга — многопрофильный сортировочно-эвакуационный госпиталь первой линии № 2386 Западного и 3-го Белорусского фронтов оказал медицинскую и специализированную помощь 626 160 раненым и больным. Было произведено 82 286 операций. Эти сотни тысяч людей, страдающих и изувеченных, — лишь малая часть по отношению к миллионам, отдавшим свою жизнь во имя Победы. Неужели этот урок недостаточен и в мир вновь может войти фашизм?

Еще в начале работы в госпитале я решил фотографировать наиболее тяжело раненных. Делать это мне помогала фотограф Е. Микулина. Я думал, что когда кончится война, я издам своеобразный атлас ранений на войне. К сожалению, этой моей мечте не суждено было осуществиться.

В 1979 г. вышло 2-е издание книги «Война и военная медицина 1939—1945 гг.». Автор этой книги генерал-полковник Ефим Иванович Смирнов прислал мне ее со своим автографом: «Глубокоуважаемому Аркадию Владимировичу в знак совместной и дружной работы в годы Великой Отечественной войны преподношу сей труд». Не скрою, я был польщен и обрадован этим неожиданным подарком. Я глубоко уважал академика Е.И. Смирнова, талантливого организатора и руководителя санитарной службы Советской Армии в годы Великой Отечественной войны 1941—1945 гг.