

С ДНЕМ ЗАЩИТНИКА ОТЕЧЕСТВА!



ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ ГАЗЕТА

Центрального военного клинического госпиталя им. А. А. Вишневского
Министерства обороны Российской Федерации

www.3hospital.ru

февраль '2021



Уважаемые коллеги, дорогие друзья!

**Примите самые искренние поздравления
с Днем защитника Отечества!**

Этот праздник символизирует мужество, отвагу и честь.

23 февраля мы отдаем дань уважения тем, кто стоит на страже мирной жизни; чествуем всех, кто исполнял свой конституционный долг в рядах армии и флота, для кого воинская служба стала призванием и судьбой.

Пусть в жизни каждого из вас будет много поводов для гордости за себя, свои дела, поступки, достижения.

Желаю, что бы у вас на все это хватило здоровья, энергии, мужества, терпения и времени. Низкий поклон и глубокая благодарность ветеранам войны и Вооруженных сил, отдавшим лучшие годы своей жизни богоугодному делу – защите родного Отечества.

С праздником, уважаемые коллеги! Крепкого вам здоровья, активного долголетия, победоносных решений, верных союзников и надежного тыла.

Пусть вам неизменно сопутствуют удача и успех во всех делах и начинаниях!

*Александр Есипов,
начальник 3 ЦВКГ имени А.А.Вишневского,
генерал-майор медицинской службы, доктор медицинских наук*

ЗА ЖИЗНЬ КАЖДОГО, КАК ЗА СВОЮ!

В чрезвычайной ситуации госпиталь работал по-фронтовому

Крупное ДТП на Новорижском шоссе под Москвой произошло в первый рабочий день нового года. 11 января колонна военных автобусов с военнослужащими притормозила на шоссе возле обочины. Как раз в этот момент на полном ходу в них врезался КамАЗ. По стечению обстоятельств, ЧП случилось недалеко от 3 ЦВКГ имени А.А. Вишневского. Всех пострадавших – 46 человек – вскоре доставили в приемное отделение госпиталя.

О том, как разворачивались события, насколько четко, профессионально, по-фронтовому сработали все службы и подразделения госпиталя Вишневского, рассказывает главный хирург медицинского учреждения Долгих Руслан Николаевич.

– Первый рабочий день 2021-ого года завершался спокойно. И вдруг, в 15.30 поступило сообщение – крупное ДТП, пострадали военнослужащие, которые вот-вот будут доставлены в госпиталь. Никто не знал, сколько человек пострадало, в каком они состоянии, информации не было никакой.

Но действовали мы по ранее отработанным алгоритмам.

Оповестили и собрали на сортировочной площадке всю дежурную смену врачей – хирургов, реаниматологов, терапевтов, невропатологов. Вызвали травматологов, нейрохирургов, торакоабдоминальных хирургов. Организовали работу дополнительно 6 анестезиологических бригад и подготовили для работы операционные. Уточнили количество свободных мест и возможность их увеличения в отделениях реанимации. Собрали информацию по свободным местам в хирургических отделениях для размещения пострадавших. Для ускоренной регистрации пациентов в при-

емном отделении отложили работу с плановыми больными и развернули дополнительные рабочие места. О массовом поступлении пострадавших были предупреждены сотрудники клиничко-лабораторных, диагностических подразделений и отделения переливания крови.

Начало. Окончание на с.2



АФГАНИСТАН – УЧИТЕЛЬ СТРОГИЙ

**или Две войны начальника медицинской службы
40-й армии**

15 февраля в России ежегодно отмечается знаменательная дата – день вывода советских войск из Афганистана. В 1989 году окончилась десятилетняя изнурительная для страны война, активное участие в которой принимали тысячи и тысячи военных врачей различных специальностей, средний и младший медицинский персонал.

В преддверии очередной годовщины вывода войск из Афганистана наш корреспондент встретился с бывшим начальником медицинской службы 40-й армии генерал-майором, доктором медицинских наук, профессором, заслуженным врачом Российской Федерации Юрием Немытиным и попросил его ответить на интересующие читателей «Военно-медицинской газеты» вопросы.

ТОЛЬКО ФАКТЫ

Во время афганской кампании было госпитализировано 489 685 человек (75,76% от всех служивших). Из них 57 353 (11,71%) были ранены и 432 332 (88,29%) были госпитализированы с небоевыми травмами и серьезными заболеваниями. Среди причин госпитализации были: инфекционный гепатит (115 тыс. случаев), брюшной тиф, амёбиаз, малярия и другие диарейные заболевания.

На протяжении всего пребывания 40-й армии в Афганистане более четверти личного состава было постоянно небоеспособно по причине инфекционных заболеваний. Осенью 1981 года вся 5-я мотострелковая дивизия стала небоеспособной, когда более трех тысяч человек одновременно заболели гепатитом, включая командира дивизии, большинство офицеров штаба и двоих из четырех командиров полков.

Окончание на с. 4-5



ЗА ЖИЗНЬ КАЖДОГО, КАК ЗА СВОЮ!

В чрезвычайной ситуации госпиталь работал по-фронтовому

Окончание. Начало на с. 1

— Как удалось быстро, а главное, своевременно, оказать помощь такому количеству пострадавших?

Своевременное оказание квалифицированной помощи напрямую зависит от слаженной работы всех участников. В первую очередь проводится сортировка пострадавших, выявление наиболее тяжелых пациентов для устранения у них в кратчайшие сроки жизнеугрожающих факторов (нарушения дыхания, тяжелой кровопотери, болевого шока). После получения информации от врачей «Медицины катастроф», доставивших пациентов в госпиталь, выделены пострадавшие, которые в сопровождении реаниматологов с помощью транспортной аппаратуры мониторинга аппарата ИВЛ прошли минимум диагностических исследований в приемном отделении (МСКТ, УЗИ, рентген) и доставлены в отделение реанимации. Пятеро из 11 человек этой группы нуждались в оперативном лечении и были прооперированы в течение 2 часов.

Первым, кого мы отправили в операционную, был солдат с разрывом селезенки и кровопотерей тяжелой степени. Наши специалисты выполнили ему лапароскопическую спленэктомию. Другому военнослужащему, также с повреждением селезенки, удалось эндоскопически остановить кровотечение, используя современные технологии и гемостатики, тем самым сохранив селезенку.

Один из пострадавших с повреждением позвоночника был доставлен с места ДТП в госпиталь на вертолете. Операция по стабилизации позвоночника выполнена экстренно и, как показал результат, своевременно, без развития осложнений.

Следующий этап — правильно отсортировать пациентов, которые самостоятельно дошли от машины скорой помощи до приемного отделения. Выявить тех из них, кто хотя бы кратковременно терял сознание; тех, кто имел признаки повреждения костей скелета и большие площади разрушения мягких тканей, пациентов с нестабильной гемодинамикой. Таких пациентов было пятеро. На первый взгляд, здоровые, а в итоге, выяснилось, с тяжелыми травмами. За каждым из них мы закрепляли квалифицированного врача, который сопровождал пациента на этапах диагностики, уточнял объемы повреждений, выполнял обработку ран и продолжал лечение в специализированном отделении.

Помощь пострадавшим оказывалась всем одновременно, только в разных реанимационных палатах, операционных залах, коечных отделениях.

Люди находились в состоянии шока, на их глазах произошла эта страшная авария. Для коррекции их психологического состояния мы вызвали и наших военных психологов.

— В истории госпиталя это не первый случай, когда привозят такое большое количество тяжелых больных?

— Были случаи, когда к нам поступали большие группы пострадавших в результате крушений самолетов, аварий, чрезвычайных происшествий. Также к нам доставляли ребят-курсантов из Омска, пострадавших после обрушения казармы. Так что опыт оказания помощи сразу большому количеству тяжелых пациентов у нас есть. Почти ежедневно к нам привозят тяжелых пострадавших с политравмой. А потому вопросов «что?», «куда?» даже не возникало. В таких ситуациях малейшее промедление — это угроза жизни, что в нашей работе недопустимо. Мы уже одна слаженная, единая команда. Сегодня работа наших хирургов в этой системе — почти фронтовая.

Интервью провела Ксения Зима



Комментарий начальника 3 Центрального военного клинического госпиталя имени А.А. Вишневого доктора медицинских наук, генерал-майора медицинской службы Александра Есипова.

— Нет ничего необычного и неординарного в том, что именно наш госпиталь первым пришел на помощь пострадавшим в страшном дорожно-транспортном происшествии (ДТП) на Новорижском шоссе. И дело здесь не только в том, что речь шла о военнослужащих Министерства обороны и авария с человеческими жертвами произошла недалеко от места нашего расположения. С 20 февраля 2017 года Центральный военный клинический госпиталь имени А.А. Вишневого входит в систему оказания медицинской помощи при ДТП в качестве травмцентра первого, высшего уровня. За 4 года были спасены десятки человек.

Военным медикам хорошо известны клинические признаки боевой травмы. На первый взгляд, кажется, транспортная травма — другой вид повреждений и отличается от боевой, однако при клиническом подходе видно, что между ними — целый ряд сходных организационных и клинических признаков, которые в совокупности составляют симптомокомплекс: это высокоэнергетическая внешняя агрессия, общий клинический статус, единые закономерности течения травматической болезни, аналогичная лечебно-диагностическая

тактика, этапное оказание медицинской помощи. Поэтому военная медицина на сегодняшний день — неотъемлемая часть медицины катастроф, особенно при дорожно-транспортном происшествии.

Кроме того, наш госпиталь — крупный медицинский центр, с серьезной диагностической базой. У нас есть станция переливания крови, а своя вертолетная площадка позволяет быстро организовать перевозку пострадавшего. И, конечно, высококвалифицированные

хирурги, специалисты самых разных направлений с серьезным опытом работы и не только в мирных условиях.

Сегодня госпиталь находится на первом, самом высоком уровне оказания медицинской помощи при ДТП. Это значит, к нам привозят самых тяжелых больных.

В системе оказания медицинской помощи при ДТП существует три уровня. К примеру, происходит дорожно-транспортное происшествие, «скорая» везет пострадавшего в больницу, чаще всего это районная, там оказывается первая помощь, оценивается состояние. И если пациент с тяжелой политравмой, которому необходимо специальное оборудование, его отправляют уже в более крупные медицинские центры. Такая система оказания помощи в России была создана в 2013 году. Как показала практика на примере нашего госпиталя, смертность в Московской области удалось снизить до 11,5 процента при прогнозируемых значениях — 30 процентов.

За этими сухими цифрами — человеческие жизни. По сути, мы ведем самую настоящую войну со смертью. Применяем весь наш опыт, знания, инструментарий. В идеале, хорошо было бы при оказании помощи довести цифры летальности до нуля. А лучше вообще без ДТП и тем более без жертв. Но пока они существуют, мы в ответе за жизнь раненных и покалеченных в «дорожных войнах» людей.

СОБЫТИЕ

ОТКРЫТ НОВЫЙ ОПЕРБЛОК

Первые операции выполнены в новом операционном блоке хирургического корпуса госпиталя имени А.А. Вишневого.

Новый оперблок включает в себя девять операционных залов с палатами пробуждения, два реанимационных отделения — общехирургической и гнойной реанимации и новое современное ЦСО (центральное стерилизационное отделение).

С открытием нового операционного блока общая площадь многофункционального хирургического центра 3 ЦВКГ имени А.А. Вишневого составила 34 тысячи квадратных метров.

Операционный блок разместили в современном, оснащенном по последнему слову медицинской науки и техники пятиэтажном хирургическом корпусе. Здесь под одной «крышей» получили «прописку» и активно включились в работу по оказанию хирургической помощи больным нейрохирургическая, травматологическая, ортопедическая и урологическая операционные. Все они интегрированы в единую госпитальную информационную сеть, что позволяет фиксировать на видео ход операции и при необходимости в режиме онлайн проводить консультирование и обучение специалистов.

По словам начальника 3 ЦВКГ имени А.А. Вишневого генерал-майора медицинской службы Александра Есипова, введение в строй новых операционных площадей позволит хирургам госпиталя выполнять до 25 тысяч операций в год, 60 процентов из которых — сложные, высокотехнологичные.

Василий Волошин





УРОКИ ПАНДЕМИИ

Особенности хирургической помощи больным с КОВИД-инфекцией



В красной зоне ковидного центра

В конце апреля 2020 года первый заместитель министра обороны РФ Руслан Цаликов и начальник ГВМУ Минобороны РФ Дмитрий Тришкин в присутствии губернатора Московской области Андрея Воробьева и главы Одинцовского округа Андрея Иванова проверили готовность к работе и открыли Многофункциональный медицинский центр (МФМЦ) при филиале №3 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого МО РФ для лечения коронавирусной инфекции, рассчитанный на 100 койко-мест.

На базе центра были развернуты: приемное и реанимационное отделения; операционная, оснащенная новейшим оборудованием; коечное отделение, состоящее из отдельных боксов типа мельцеровских; отделение компьютерной томографии и лабораторные подразделения. Центр оборудован самой современной аппаратурой; как для диагностики, так и для лечения больных при круглогодичной работе.

Подготовленная группа врачей из отделений госпиталя включилась в изучение оборудования, его размещение, организацию условий работы в центре и активное лечение больных. Не имея надлежащего опыта работы с особо опасными инфекциями, медперсонал постепенно вращался в новую профессию, стараясь без погрешностей выполнять свой профессиональный долг.

Первый больной с КОВИД-19 госпитализирован в многопрофильный центр 29 апреля. В течение последующих трех месяцев высококлассное лечение получили 519 больных – генералы, офицеры, военнослужащие по контракту и срочной службы, иностранные граждане. 129 больных поступили по ОМС: 81 человек из Одинцовского района, 38 из Москвы и Московской области, 10 из других регионов РФ. По возрасту более 50 процентов составили до 25 лет, 25 процентов – старше 65 лет. Выписано с определенным исходом 509. В том числе переведено в другие лечебные отделения госпиталя для дальнейшего лечения после снятия подозрения на КОВИД-инфекцию 141, для продолжения лечения по месту жительства – 25 человек.

Коронавирусная инфекция, к сожалению, не имеет четко выраженных специфических симптомов. Поражая все органы и системы, сосуды органов, вирус обостряет течение имевшихся у пациента хронических заболеваний. Кстати, вот почему он так опасен для людей преклонного возраста, у которых, как правило, всегда имеется «букет» хронических болезней.

Вирусная пневмония нередко сопровождается другими, в том числе острыми хирургическими заболеваниями, которые сами могут угрожать жизни больного в короткий срок. Поэтому с самого начала коронавирусной

эпидемии врачи-хирурги госпиталя были нацелены на тщательность и своевременность дифференциальной диагностики, выбор правильной тактики лечения конкретно каждого больного. К сожалению, осмотр больного в противокоронавирусном костюме не позволяет использовать тактильные данные, которые хирург использует в обычной ситуации. Трудно в этих условиях оценить правильно притупление в брюшной полости, перистальтику кишечника, определить зоны тупости или скопления газа в животе, если даже выявляется локальная болезненность. Поэтому осмотр больного с КОВИД или подозрением на наличие его – это очень сложная задача, решение которой требует высокого профессионализма. К счастью, все случаи диагностики острой хирургической патологии в условиях нашего МФМЦ прошли на высоте и закончились благополучно для пациентов.

Все поступившие в многофункциональный медицинский центр госпиталя пациенты имели вначале на КТ органов грудной клетки симптомы вирусной внебольничной пневмонии различной распространенности. Не у всех была высокая температура тела и симптомы ОРВИ. Были случаи обращения больных в поликлинику самостоятельно в удовлетворительном состоянии. Ввиду отсутствия возможности сразу диагностировать наличие КОВИД-инфекции у хирурга-консультанта был сокращен период наблюдения за больным в условиях ковидного стационара.

Больные, у которых не снято подозрение на КОВИД-инфекцию, получали лечение и наблюдались специалистами хирургического профиля в стационаре КОВИД-центра. А если были получены лабораторные данные и данные наблюдения за отсутствием КОВИД-инфекции, больной переводился в стационар по профилю, где оказывалась специализированная хирургическая помощь.



Госпиталь оснащен самым современным оборудованием

Хирургическая помощь больным в МФМЦ включает также консультации специалиста-хирурга для исключения острой хирургической патологии в любой области, которые проводились в рабочее время специалистами по профилю патологии, в ночное время путем вызова дежурного хирурга, который определял дальнейшую тактику. Со слов ответственных дежурных хирургов, частота вызова для срочной консультации в МФМЦ – в среднем один раз в 2 дня. Некоторых больных с подозрением на КОВИД-инфекцию специалисты хирургического профиля оставляют для наблюдения в МФМЦ дежурному хирургу стационара на ночь.

В дневное или в ночное время при экстренной необходимости специалисты хирургического профи-

ля чаще всего выполняли следующие хирургические манипуляции: делали пункции под контролем УЗИ, плевральные пункции, спинномозговые пункции, надлобковые пункции мочевого пузыря. В наших наблюдениях были случаи выполнения плевральной пункции, выполнения срочной ФГДС с удалением инородного тела из пищевода. Манипуляции и операции в условиях МФМЦ могут выполняться в условиях АРО и полностью готовой всегда к работе операционной. Операционная обеспечена оборудованием и стерильным материалом для выполнения не менее 3 полостных операций в сутки.



За анализируемый период переведено в лечебные отделения госпиталя 166 больных. Остальные больные переводились для завершения лечения соматического заболевания и вынесения экспертного решения. Все переведенные больные имели отрицательные данные по КОВИД-инфекции. Сложные оперативные вмешательства в условиях медицинского центра не проводились.

За самоотверженный труд в сложных условиях первого этапа борьбы с коронавирусной инфекцией командование госпиталя наградило отличившийся медперсонал. В частности, по поручению правления Регионального отделения Московской области Межрегиональной общественной организации «Объединение ветеранов Военно-медицинской службы» медалями «За самоотверженность» награждены подполковники м/с Новосельцев Д.В., Овчинников Р.Н., Сухотерин А.Ф., майоры м/с Гончар И.В., Ланкин Е.С., Рушанов Р.Р., капитаны м/с Лисянский Д.А., Селин А.С..

Опираясь на результаты работы хирургической службы нашего медицинского центра, можно сделать общий вывод: врачебный состав МФМЦ госпиталя, несмотря на отсутствие опыта ведения больных с КОВИД-инфекцией, успешно справилась со своими задачами на первом этапе борьбы с коронавирусной инфекцией.

Хирурги-консультанты в условиях КОВИД-пандемии должны быть хорошо подготовлены по вопросам инфекции и острой хирургической патологии любых областей. По сравнению с обычными условиями, осмотр экстренного КОВИД-больного сопряжен с большими неудобствами в связи с использованием противочумного костюма, отсутствием под рукой средств диагностики (УЗИ, рентген, ФГДС, лабораторных данных и др.) и времени наблюдения или повторного осмотра.

Повторные осмотры больного хирургом сопряжены с погрешностями, как по времени, так и по месту локализации, что удлиняет диагностический и лечебный процесс по соматическому заболеванию.

И последнее: выполнение указаний Главного хирурга России и Вооруженных сил РФ по маршрутизации больных для оказания специализированной хирургической помощи в условиях КОВИД требует серьезной постоянной готовности всех подразделений лечебно-медицинского учреждения.

Артем Мельчаков,
полковник медицинской службы, начальник филиала №3 3 ЦВКГ имени А.А. Вишневого

Афкан Пашаев,
подполковник медицинской службы, начальник отделения неотложной хирургии – ведущий хирург госпиталя

Павел Лесик,
врач-хирург консультационного отделения



АФГАНИСТАН – УЧИТЕЛЬ СТРОГИЙ

или Две войны начальника медицинской службы 40-й армии

Начало. Окончание на с. 4 - 5

– Юрий Викторович, расскажите, как вы попали в Афганистан.

– В октябре 1984 года, я учился на втором курсе факультета руководящего медицинского состава в Военно-медицинской академии в Ленинграде.

Шел пленум ученого совета Центрального военного медицинского управления (ЦВМУ) Минобороны СССР. Неожиданно был вызван к начальнику академии генерал-полковнику медицинской службы Николаю Геннадиевичу Иванову. Войдя в кабинет, был еще более удивлен, так как там, кроме начальника академии, находились начальник ЦВМУ генерал-полковник медицинской службы Федор Иванович Комаров, его первый заместитель генерал-лейтенант медицинской службы Иван Александрович Юров и еще несколько человек. Многих из присутствующих хорошо знал по подготовке сборов руководящего состава медицинской службы Вооруженных сил СССР на базе Таманской дивизии, где служил в должности командира медицинской роты – ведущего хирурга, а по окончании сборов стал командиром медицинского батальона этой же дивизии.

Как положено, представился по уставу. В ходе беседы мне было задано два основных вопроса: готов ли я к службе в Афганистане и готов ли, помимо основной программы обучения, осваивать еще и дополнительную программу? «Да, конечно готов», – ответил я. «Другого ответа мы не ожидали», – сказал руководитель военной медицины генерал-полковник Комаров, – желаю вам закончить факультет с золотой медалью. Теперь давайте обсудим вашу программу подготовки».

– В чем была особенность этой дополнительной программы?

– Программа включала в себя дополнительные занятия по стратегии и тактике проведения общевойсковых операций. К этому времени я хорошо понимал, что каждый военно-медицинский руководитель должен хорошо ориентироваться в складывающейся боевой обстановке и быстро принимать решение по медицинскому обеспечению боевых действий. Не зная основ общевойскового боя, нельзя определить рубежи наибольших санитарных потерь, распределить силы и средства по этапам медицинской эвакуации, организовать бесперебойное медицинское снабжение в ходе всей операции, а также организовать тесное взаимодействие с другими службами и родами войск в интересах своей службы.

Для того чтобы не терять хирургические навыки и клиническое мышление, мне было предложено взять дополнительно не менее шести дежурств в месяц на базе клиник Военно-полевой хирургии (ВПХ) и госпитальной хирургии академии. Преподаватели, с которыми дежурил и оперировал, как правило, служили в Афганистане и охотно делились со мной богатым опытом практической работы в реальной боевой обстановке. Такого не услышишь на обычных занятиях: тут и теория, и практика, и жизненный опыт этих замечательных людей. Поэтому делал записи, рисовал схемы медицинского обеспечения отдельных операций, как армейских, так и частных. Меня интересовало все, что было связано с работой медицинской службы 40-й армии.



За время обучения по дополнительной программе меня дважды вызывали в Москву на собеседование и проверку уровня индивидуальной подготовки к моим наставникам и учителям, заместителям начальника ЦВМУ генералам Юрову и Игорю Васильевичу Синопальникову.

– Кто еще из слушателей с вашего курса занимался по дополнительной программе?

– Не знаю. Меня сразу предупредили, что распространяться о дополнительных занятиях и их цели не рекомендуется. Наверное, я был не единственным кандидатом на должность начальника армейского госпиталя 40-й армии, и это придавало мне еще больше энергии, ответственности по освоению как основной, так и дополнительной программ. Академию я закончил с золотой медалью и был направлен на должность начальника центрального военного госпиталя 40-й армии.

– Сколько времени вы руководили госпиталем, прежде чем возглавить медицинскую службу 40-й армии?

– Около 10 месяцев. Принимая должность, в течение 10 дней работал вместе с бывшим начальником госпиталя полковником медицинской службы Владимиром Павловичем Матвеевым, который очень помог мне в становлении на первых порах.



Приезд в госпиталь высоких гостей. В центре – начальник госпиталя Юрий Немьтин, Президент Афганистана Бабрак Кармаль, главный хирург Борис Кудрявцев. 1985 г.

Мы занимались не только лечебной работой, но и развивали свой родной госпиталь. За короткий срок завершили строительство терапевтического корпуса на 120 коек, что позволило разделить потоки раненых и больных. Было введено второе травматологическое отделение на 60 коек со своим операционным блоком. Отделение реанимации было рас-

ширено по своему коечному фонду, а к нему пристроили отделение гемодиализа и гипербарической оксигенации. Был улучшен жилищный фонд. Занимались и улучшением питания не только больных и раненых, но и персонала.

Скажу честно: когда был назначен начальником медицинской службы 40-й армии, я с большим сожалением покинул слаженный коллектив госпиталя. Успокаивало одно, что для меня в новой должности центральный госпиталь был основным инструментом усиления передовых этапов эвакуации раненых и больных – отдельных медицинских батальонов (ОМедБ), отдельных медицинских рот (ОмедР), гарнизонных госпиталей, научно-практическим центром медицинской службы 40-й армии.

– Как была организована медицинская помощь раненым во время боевых действий в Афганистане?

– По данному вопросу написаны не одна кандидатская и докторская диссертации. Наиболее полно лечебно-эвакуационное обеспечение раскрыто в 1-м томе нашего пятитомника, посвященного медицинскому обеспечению в Афганистане. В него вошла и моя кандидатская диссертация, посвященная оптимизации хирургической помощи раненым в условиях локальной войны. В коротком интервью невозможно раскрыть этот вопрос. Остановлюсь лишь на главном.

Построение системы оказания помощи раненым должно соответствовать характеру и принципам ведения войны на данном конкретном направлении. Основным видом боевых действий являлись рейдовые операции, которые проводились в составе армии или отдельными соединениями. Проводились и частные боевые действия, как мы их называли, по уничтожению бандформирований противника на основании разведывательных данных. Следует сразу отметить, что 83–85 процентов раненых с поля боя после оказания им первой или доврачебной медицинской помощи направлялись на этап квалифицированной (специализированной медицинской помощи). Как это достигалось? Подраз-

деление (взвод, рота) могли действовать на значительном расстоянии друг от друга. Поэтому в каждом взводе был внештатный санитарный инструктор. Мы их готовили в межбоевой период по ускоренной программе на базе медицинских пунктов полков и отдельных батальонов. С а н и т а р н ы й

инструктор роты (а роты, действующие на отдельном направлении, усиливались фельдшерами) формировали «гнезда» раненых, куда прилетал вертолет, и эвакуация раненых велась в базовое медицинское учреждение, запланированное для данной общевойсковой операции. Поясню, что базовым медицинским учреждением мог быть госпиталь, ОмедБ,

ОмедР. Данные этапы усиливались специализированными медицинскими группами, в основном из центрального госпиталя. То есть раненые после оказания первой или доврачебной медицинской помощи попадали в руки к опытным специалистам.

Как это достигалось? Рядом с командиром батальона или роты, которая действовала на отдельном направлении, шел авианаводчик. Информация о раненых и местах их нахождения докладывалась командиру и, следовательно, авианаводчику, который и заводил вертолет в нужный квадрат. Базовое учреждение находилось, как правило на расстоянии 100–200 километров от района боевых действий. Следовательно, все тяжелораненые и раненые средней тяжести доставлялись в первые три, реже шесть часов. При проведении армейских операций в группы усиления входили все специалисты хирургического профиля, врачи-анестезиологи, врачи-терапевты, трансфузиологи, в обязательном порядке операционные сестры и анестезистки. Медицинская помощь раненым оказывалась специалистами центрального госпиталя совместно с врачами базового учреждения. До начала войсковой операции базовое учреждение освобождалось от раненых и больных, которые переводились в армейские госпитали. В ходе боевой операции эвакуотранспортная сортировка не прекращалась, по мере стабилизации состояния раненые переводились в центральный госпиталь армии.

В этой схеме не виден огромный труд врачей, среднего и младшего медицинского персонала, другого обеспечивающего персонала. Без тесного взаимодействия с авиаторами, разведчиками, связистами, службами тыла мы бы не обеспечили возврат в строй 90,6 процента раненых и больных. Добавлю, что нагрузка на нас была огромная. По официальным данным, на этапы медицинской эвакуации поступило до 57 тысяч раненых. Но это еще не полная статистика, так как на наши этапы поступали раненые из частей афганской армии. Поэтому нагрузка на наши этапы была значительно большей, как минимум на 20–25%.

Как итог, могу еще раз подчеркнуть, что все элементы лечебно-эвакуационного обеспечения войск были развернуты с таким расчетом, чтобы уже на первом этапе медицинской эвакуации раненым была оказана максимально возможная, специализированная медицинская помощь.

– Юрий Викторович, в одном из интервью вы сказали о том, что в Афганистане военным медикам пришлось вести одновременно две войны: одну – спасая солдат и офицеров от пуль, мин и стингеров (ПЗРК) моджахедов, вторую – с невидимыми, но не менее страшными инфекционными заболеваниями. Можно об этом поподробнее?

– Борьбу с эпидемией актуальных для нас инфекций – гепатит, брюшной тиф, амёбиаз, малярия – действительно можно назвать «второй афганской» войной военных медиков. Эту «войну» мы вели, тесно взаимодействуя не только с командирами, но и с другими службами: инженерами, строителями, продовольственной службой, автомобилями...

Достаточно привести два ярких примера. Я пришел к командующему армией



с идеей о немедленном расширении реанимационных отделений с операционными блоками инфекционных госпиталей. Он одобрил мое предложение, и уже через три дня началось строительство.

Второй случай: в связи с тем, что нам Москва запретила эвакуировать инфекционных больных на территорию СССР с целью недопущения заноса инфекций в страну, в Баграме возобновилось строительство реабилитационного центра с увеличением коечного фонда до 2 тысяч коек. Сюда планировалось направлять солдат, офицеров на реабилитацию. Но в это время у моджахедов на вооружении уже появились переносные зенитные комплексы «Стингер». Наши самолеты стали сбивать гораздо чаще.

Тогда и пришла мне идея «рассредоточить» реабилитационные роты Баграмского центра, прикомандировать их к действующим инфекционным госпиталем в различных районах Афганистана, дабы до минимума сократить эвакуацию больных по воздуху.

С командующим армией, командирами соединений мы решили эту задачу в течение одной недели. Пять инфекционных и многопрофильных госпиталей получили в свой состав реабилитационные роты, чтобы этим сохранить жизни сотням, тысячам «нашим реабилитантам». «Приказываю жить!» — таким был основной приказ-наставление ко всем подчиненным командующего армией генерала-лейтенанта Виктора Петровича Дубынина! И мы ему следовали неукоснительно. В последующем любые наши разумные начинания и предложения поддерживал командующий войсками Борис Всеволодович Громов.

— Какие меры принимались для борьбы с инфекционными заболеваниями?

— В первую очередь нужно сказать о том, что противоэпидемические мероприятия проводились на постоянной основе силами противоэпидемических отрядов 40-й армии, которые базировались в крупных гарнизонах (Кабул, Шинданд, Кундуз), санэпидзводами соединений, войсковыми врачами, фельдшерами рот. С войсковыми врачами, фельдшерами проводились занятия по раннему выявлению заболевших, оказанию первой помощи и их своевременной изоляции. В дальнейшем они направлялись в инфекционный или многопрофильный госпиталь, которые находились на основных направлениях дислокации войск. Был введен строгий противоэпидемический режим, который не допускал контакта с посторонними лицами без особого на то разрешения.

Как известно, гепатит «А», это водная вспышка. В каждом полку, отдельном батальоне, роте разворачивались пункты кипячения чая, а иногда, по совету наших афганских коллег, с верблюжьей колючкой.

Каждый боец получал по две фляжки такого чая. Из других источников пить категорически запрещалось. Регулярно проводились дезинфекционные мероприятия в казармах, на пищеблоках и других помещениях нахождения личного состава.

Проводились и другие мероприятия, причем, все они сочетались с подготовкой к выполнению солдатами и офицерами своих боевых задач.

— Что собой представляли инфекционные госпитали в Афганистане?

— К концу 1986 года в составе 40-й армии было развернуто 5 инфекционных госпиталей, соответственно в Кабуле, Баграме, Шинданте, Кундузе, Джелалабаде. По три инфекционных отделения было создано в многопрофильных госпиталях Кандагара и Пули-Хумри. Итого «коечный инфекционный стационар» армии составлял более 2000 коек, не считая реабилитационных.

В каждом медицинском батальоне, роте, авиационных лазаретах были раз-



Погрузка раненых в вертолет. ДРА, район Гермеза
вернуты койки для временной изоляции инфекционных больных. Инфекционные отделения многопрофильных госпиталей и изоляторы разворачивались на отдельных территориях и охранялись.

— Можем ли мы провести какие-то аналогии из вашего афганского опыта борьбы с инфекционными болезнями и нынешними антиковидными мероприятиями?

— В Афганистане в разгар эпидемии, как и сегодня во время борьбы с COVID 19, инфекционным отделениям пришлось работать в таком же усиленном режиме, с двух-, трехкратной перегрузкой. На одного врача, медсестру, лаборанта приходилось от 70—100 больных. Люди работали практически без отдыха,

уходили принять пищу, поспать на 3-4 часа и возвращались к больным. Инфекционные потери были и среди сотрудников, они лечились практически на рабочем месте. Были случаи коматозных состояний. Одной из причин тяжести заболеваний была хроническая усталость и переутомление.

Конечно, ЦВМУ Минобороны нас усиливало врачами-инфекционистами, но их не хватало, так же, как и сегодня при оказании помощи больным новой коронавирусной инфекцией. К тому же работали мы тогда без «скафандров», подвергая себя большой опасности. Мне часто приходилось быть в реанимационных отделениях инфекционных госпиталей, оперировать тяжелые случаи амёбных абсцессов. Но ультразвуковых аппаратов и КТ, в отличие от нынешних времен, у нас еще не было. Первый, маленький ультразвуковой аппаратик появился в 1987 году летом. И мы его отдали в инфекционный госпиталь Кабула. Это было большим прорывом в диагностике тяжелых осложнений.

Продумали мы и вопрос питания для инфекционных больных и сотрудников. Все самое лучшее, что было на довольствии 40-й армии, было включено в специальное продовольственное меню инфекционных госпиталей.

— Как готовился кадровый состав медицинских работников для 40-й армии?

Центральное военно-медицинское управление Минобороны уделяло огромное внимание подбору кадров для прохождения службы в Афганистане. Отбирались лучшие выпускники академии и военных факультетов при медицинских институтах. При Военно-медицинской академии был создан курс «А-100», где проходили стажировку специалисты госпиталей и даже медицинских батальонов, направляемых в Афганистан.

Став начальником медицинской службы армии, я проводил собеседование со всеми вновь прибывшими офицерами. Особое значение придавал офицерам, направляемым в медицинские батальоны и роты. Скажу сразу почему. Не все медицинские батальоны и роты работали активно в плане хирургической практики. Многих я отправлял на месячное прикомандирование в центральный госпиталь города Кабула. А в 1986 году мне удалось убедить руководство ЦВМУ создать 25 интернатуру военного состава 40-й армии при центральном госпитале. Ме-

сячная доподготовка стала обязательной для врачей хирургов, анестезиологов, инфекционистов, трансфузиологов и для терапевтов по боевой терапевтической травме.

Большое внимание уделялось работе с гражданским персоналом. Насколько мне было известно, до военных комиссариатов была доведена особая директива Минобороны СССР по отбору гражданского персонала, в том числе и медицинской службы. Большинство врачей, фельдшеров, медицинских сестер и даже младшего медперсонала отбирались согласно этой директиве. Это были не только профессионалы, но и морально, и физически устойчивые люди. Ни разу не приходилось слышать от них жалобы на перегрузку, на внеурочную работу, на вылеты в район боевых действий. Никто из них не требовал ни мотиваций, ни повышенных выплат, ни наград... Конечно, по мере возможности мы их поощряли и, конечно же, гордились ими. Многие из них были награждены боевыми орденами и медалями. Нисколько не сомневаюсь, что мы, медики Афганистана, все очень хотели быть достойными памяти военных медиков Великой Отечественной войны.

К сожалению, мы несли потери: 37 офицеров медицинской службы погибли в боях, прикрывая собой раненых. Вечная им память и благодарность за их ратный подвиг!

— Какие в итоге можно сделать главные выводы из опыта медицинского обеспечения боевых действий в условиях локальных войн?

— Во-первых, догоспитальный эшелон медицинских сил и средств необходимо формировать при любых условиях развития боевой обстановки.

Во-вторых, в условиях локальных конфликтов вполне оправдано стремление к сокращению промежуточных этапов медицинской эвакуации. Однако решение о построении и развертывании системы эшелонированного лечения диктуется обстановкой и не предполагает необходимости последовательного движения раненых и больных по всем этапам эвакуации.

В третьих: эффективность лечебно-эвакуационной системы зависит не от числа этапов медицинской эвакуации, а от ее управляемости — возможностей медицинской службы оперативно и адекватно реагировать на ситуацию.

И последнее, неотъемлемой составляющей медицинского обеспечения любого военного конфликта обязательно является противоэпидемиологическая защита войск.

Интервью вел Василий Лавренко



На территории кабульского военного госпиталя. Слева направо: начальник 650 ВГ подполковник медицинской службы Ю.В. Немытин, первый заместитель начальника ЦВ МУ генерал-лейтенант медицинской службы И.В. Синопальников, начальник медицинской части госпиталя полковник медицинской службы Ю.Е. Жибков, начальник медицинской службы ТуркВО полковник медицинской службы Г.И. Рамодин (Кабул, 1986)

НАША СПРАВКА

Военно-медицинская группировка 40-й армии в Афганистане включала в себя

8 госпиталей: 650-й центральный военный госпиталь (г. Кабул); 743-й военный полевой инфекционный госпиталь (с 24.01.84 г. по 10.01.89 г.); инфекционный госпиталь (г. Баграм); инфекционный госпиталь особо опасных инфекций (г. Джелалабад); гарнизонный военный госпиталь (г. Пули-Хумри); военный госпиталь (г. Кандагар); гарнизонный военный госпиталь (г. Шишданд); инфекционный госпиталь;

4 медицинских батальона: 100-й отдельный медицинский санитарный батальон 108-й мсд; 99-го отдельный медико-санитарный батальон 201-й мотострелковой дивизии и два батальона, дислоцированных у Кабуле;

5 медицинских рот, 952-й реабилитационный центр для выздоравливающих (с марта-мая 1984 г. по 07.08.1988 г.);

3 санитарно-эпидемиологических отряда (г. Кабул, г. Кундуз, г. Шинданд); гарнизонная военная поликлиника; стоматологическая военная поликлиника; судебно-медицинская лаборатория; станция переливания крови; патологоанатомическая; научно-исследовательская лаборатория.

Для обеспечения медицинским имуществом и техникой были развернуты **медицинские склады** в составе Перевалочных баз на Кабульском направлении Хайратон (Уч-Кизыл); на Гератском направлении Турагунди (Кушка); 1474-й медицинский склад 59 абрмо в Пули-Хумри; медицинский склад (гарнизонный) в Кабуле; медицинский склад (гарнизонный) в Шинданте; мастерская по ремонту медицинской техники в Кабуле.



ИСТОРИЯ ОДНОЙ ФОТОГРАФИИ

СОЛДАТСКОЕ СПАСИБО

Эту фотографию спустя много-много лет после службы в Афганистане прислал мне мой младший боевой товарищ, сослуживец по 1060-му артиллерийскому полку 5-й гвардейской мотострелковой дивизии 40-й общевойсковой армии ТуркВО старший сержант Батыр Зульфикаров. Честно говоря, по прошествии почти сорока лет трудно было оживить в памяти картину тех событий, вспомнить лица и имена изображенных на фотографии солдат и офицеров, но, согласитесь, снимок хорошо передает атмосферу и настроение той поры, характеры молодых людей, волей судьбы втянутых в водоворот афганской войны. Приятно удивило и растрогало письмо солдата-срочника, который через столько лет пронес в своем сердце чувство благодарности и признательности военному врачу, офицеру. Впрочем, судите сами. Вот это письмо.

«Здравствуйте, уважаемый Григорий Николаевич! Не так давно я узнал о том, что Вы живы и здоровы, и что до сих пор работаете в военном госпитале.

Вы, может быть, меня и не помните, но мы, солдаты и сержанты артиллерийского полка, хорошо помним — и с очень хорошей стороны!

Высылаю Вам одну из фотографий, где Вы запечатлены в кругу наших боевых товарищей во время проведения в июле 1981 года боевой операции-рейда в районе Калайи-Нау (город в Афганистане, административный центр провинции Бадгис — ред.).

Я тогда хорошо запомнил Вас, видел, как Вы помогали солдатам, которые нуждались в медицинской помощи. Помню, как опрокинулась наша машина с боевым расчетом (3-й расчет 1-го взвода 2-й батареи). Водилы были молодые, без боевого опыта, первый раз вышли в рейд. Дороги трудные. Тогда еще, помню, при опрокидывании машины особенно сильно пострадал один боец — получил открытый перелом обеих ног. Вот только не могу вспомнить, как звали этого солдата... Знаю, что призван был из Башкирии. Играл и пел хорошо на гармошке. Вот ему Вы и оказывали первую врачебную помощь. Я еще помню, что рубашка была у Вас хорошего качества, светло-зеленая, чистая, аккуратная, постоянно выглаженная... Такие вот детали остаются в памяти.

Спасибо Вам большое от всех солдат артиллерийского полка за то, что Вы не отсиживались в части, а вместе с нами переносили все тяготы и лишения армейской жизни в Афганистане. Здоровья, счастья Вам и Вашей семье! С уважением, старший сержант Батыр Зульфикаров».

Спасибо и тебе, Батыр Зульфикаров, и твоим солдатам-сослуживцам за добрую память и теплые слова о нас, военных врачах, выполнивших свой долг в далеком Афганистане.

Григорий ТАРАСЕНКО, полковник медицинской службы, кандидат медицинских наук, начальник отделения 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого



Афганистан. Июль 1981 года. Провинция Бадгис. Третий справа (в первом ряду) — начальник медицинского пункта артполка старший лейтенант Григорий Тарасенко.

ЗА СТРОКОЙ АРХИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ



(Из представления к награде — медали «За отвагу» старшего лейтенанта медицинской службы Тарасенко Григория Николаевича)

«...В период с 1 по 14 июля 1981 года при проведении рейдовых операций по уничтожению бандформирования мятежников в районе Кушка-Кохна и Калайи-Нау медицинское обеспечение мотострелкового батальона мотострелкового полка и артиллерийского дивизиона артиллерийского полка было возложено на старшего лейтенанта медицинской службы ТАРАСЕНКО Григория Николаевича. При совершении марша колонна была обстреляна

мятежниками, среди личного состава появились раненые. Был тяжело ранен рядовой Тимиргалиев Альберт. Старший лейтенант медицинской службы Тарасенко Г.Н. лично из-под огня противника вынес раненого и оказал ему первую медицинскую помощь. Им было остановлено опасное для жизни кровотечение, проведены противошоковые мероприятия, наложена иммобилизация на раненные конечности. После чего раненый был эвакуирован на вертолете в лечебное учреждение. В дальнейшем он оказал медицинскую помощь еще 4 раненым, что помогло им облегчить страдания и предотвратить грозные осложнения. Сам участвовал в отражении противника. Огнем из автомата уничтожил 2-х бандитов. В этой операции мятежники понесли большие потери. Старший лейтенант медицинской службы Тарасенко Г.Н. оказывал помощь раненым воинам афганской армии, чем заслужил уважение афганских товарищей. Участие в боевых действиях принимал 7 раз».

ЮНОСТЬ, ОПАЛЕННАЯ ВОЙНОЙ



Эта фотография сделана в Кабуле 10 января 1987 года. На ней изображены делегаты 3-й армейской комсомольской конференции, в числе врачи и медсестры центрального военного госпиталя 40-й армии.

Первая слева на снимке — моя подруга, медицинская сестра отделения реанимации госпиталя Ольга Колесникова. До сих пор мы поддерживаем с ней тесные отношения, дружим, общаемся. Она родом из Ставрополя. На момент съемки

я, тогда еще Татьяна Шишкина (на снимке — третья справа), работала старшей медсестрой в хирургическом отделении, была секретарем комитета комсомола.

Центральный армейский госпиталь в то время возглавлял Ю.В. Немытин, к которому мы относились с глубочайшим уважением и любовью. Он, кстати, знал по имени каждого из своих подчиненных, от начальника отделения до санитарки, слесаря, электрика. После Афганистана мы встретились с Юрием Викторовичем уже в госпитале Вишневого, который он возглавил в начале девяностых годов.

В кабульском госпитале, кстати, я познакомилась с прекрасными военными врачами Антоновым Г.И., Барабашом В.Л., Ратушинским П.В., Образцовым А.В., с которыми судьба подарила мне возможность продолжить потом совместную работу уже в Красногорске, в 3 ЦВКГ имени А.А. Вишневого.

Вспомните в лица этих молодых, красивых людей! Это лучшие из лучших специалисты-комсомольцы 40-й армии, настоящие патриоты своей Родины. Просто герои! В Афганистане нам при-

ходилось работать в тяжелейших условиях. Судите сами: в госпитале в отделениях находилось до 100 раненых и больных. И каждому из них надо было помочь, каждого накормить, каждому написать письма родным, просто оказать внимание. Помню случаи, когда доставили в госпиталь солдата без ног. На следующий день у него — день рождения. Наши медсестры узнали об этом и приготовили ему торт, подарок. Представляете состояние солдата, когда мы неожиданно пришли к нему с поздравлениями...

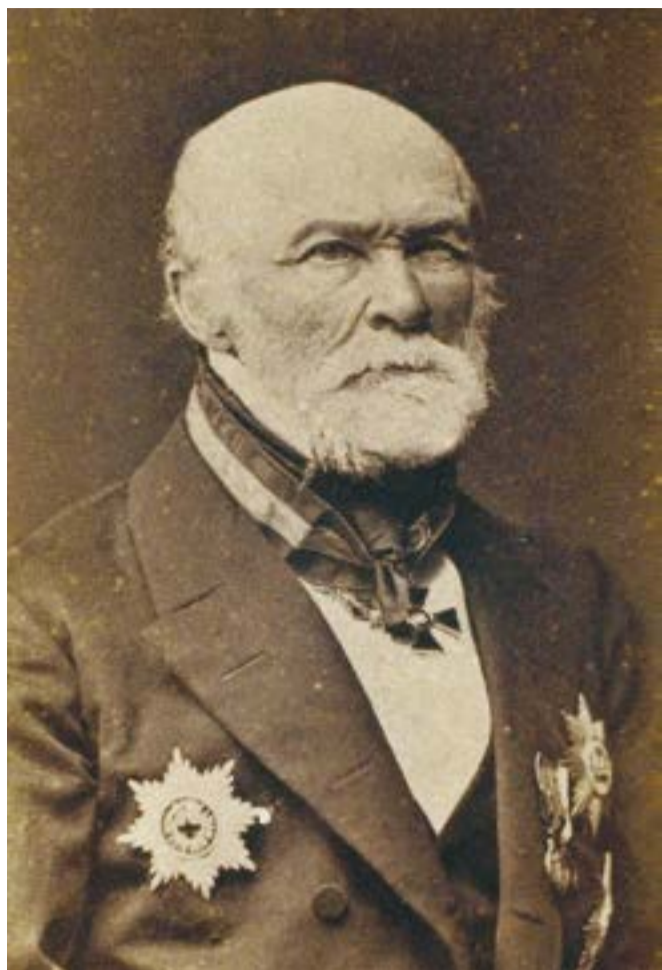
Бывало и так, что врачи, медсестры госпиталя «скидывались» и покупали подарок для родных солдата, который после ранения, болезни уезжал домой, в Союз. Все-таки возвращался из-за границы не с пустыми руками.

Именно такие прекрасные молодые люди смотрят на нас с этой «афганской» фотографии. Я горжусь ими и буду помнить их всегда!

Татьяна Барабаш, медицинская сестра 3 ЦВКГ имени А.А. Вишневого, ветеран боевых действий в Афганистане 1986–1989 гг.



ОТЕЦ РУССКОЙ ХИРУРГИИ



В конце 2020-го года исполнилось 210 лет со дня рождения основоположника российской военно-полевой хирургии Николая Ивановича Пирогова. В начале 2021-го года поклонники и последователи выдающегося военного хирурга отмечают 190 лет со дня начала его трудовой деятельности: в 1831 году он получил должность прозектора (помощника профессора анатомии) в анатомическом театре. Эта работа дала ему бесценный опыт и убедила в том, что он должен стать хирургом. Ровно через 10 лет, в 1941 году Пирогов возглавил кафедру хирургии в Императорской медико-хирургической академии.

Николай Иванович Пирогов стоял у истоков зарождения новой медицинской дисциплины — топографической анатомии. Он является автором **первого в России анатомического атласа** «Топографическая анатомия, иллюстрированная». Этот атлас и предложенная Пироговым методика стали основой всего последующего развития оперативной хирургии.

В 1847 году Пирогов уехал в действующую армию на Кавказ. Здесь в военно-полевых условиях он **впервые** применил перевязку бинтами, пропитанными крахмалом. В том же году Пирогов **впервые** в истории медицины провел операцию с открытым Уильямом Мортонем в 1846 году эфирным наркозом (при осаде аула Салты), выполнив впоследствии около десяти тысяч таких операций.

В 1848 году в Петербурге разразилась холера. Пирогов в своей клинике открыл холерное отделение. Врачи боялись вскрывать холерные трупы, но Пирогов не только не боялся, но и самоотверженно работал в Анатомическом институте, где провел более 400 вскрытий. Данные материалы он использовал для написания монографии, снабдив ее атласом рисунков и таблицей вскрытий. За этот труд в 1851 году Пирогов был удостоен Демидовской премии Академии наук. Монография Пирогова по азиатской холере является основополагающей по своему содержанию и в наши дни.

Когда в 1853 году началась Крымская война, Николай Иванович счел своим гражданским долгом отправиться в Севастополь, в действующую армию. Именно во время этой военной кампании **Пирогов заложил основы отечественной военно-полевой медицины.**

По инициативе Николая Ивановича Пирогова в русской армии появились сестры милосердия.

Другим выдающимся достижением ученого-хирурга стала **новая организация медицинской сортировки раненых в условиях интенсивных боевых действий** при обороне Севастополя. Ранее врачом-сестринские бригады помогали раненым лишь выборочно, «хаотично», в результате чего многие умирали, так и не дождавшись помощи. Теперь же все раненые, поступившие на главный перевязочный пункт, разделялись на четыре категории: легкораненные (не требующие оперативного лечения); требующие оказания квалифицированной хирургической помощи по неотложным показаниям или в первую очередь; те, кому оказание квалифицированной хирургической помощи может быть отсрочено, и она будет оказываться во вторую очередь; и агони-

рующие или имеющие повреждения, не совместимые с жизнью, и нуждающиеся в облегчении телесных и душевных страданий (опека обученной сестры милосердия и православного священника).

Основные принципы медицинской сортировки, предложенные военным хирургом Пироговым в ходе Крымской войны, не потеряли своей актуальности и в наше время.

После возвращения из Крыма в сентябре 1856 году Николай Иванович был назначен попечителем Одесского и Киевского учебных округов. В 1862–1866 гг. Пирогов руководил молодыми русскими учеными, командированными в Германию. Тогда же он успешно прооперировал Джузепе Гарибальди.

С 1866 г. знаменитый ученый и хирург жил в своем имении в с. Вишня под Винницей, где открыл больницу, аптеку и передал землю крестьянам в дар. Он выезжал оттуда только за границу, а также по приглашению Петербургского университета для чтения лекций. К этому времени Пирогов уже был членом нескольких иностранных академий. Как консультант по военной медицине и хирургии выезжал на фронт во время франко-прусской (1870–1871) и русско-турецкой (1877–1878) войн.

В мае 1881 г. в Москве и Петербурге торжественно отмечали пятидесятилетие научной деятельности Пирогова. Однако в это время ученый уже был неизлечимо болен, и летом 1881 г. он умер в своем имении. Незадолго до кончины ученый сделал еще одно открытие — предложил совершенно новый способ бальзамирования умерших. Тело Пирогова было бальзамировано, положено в склеп и сохраняется ныне в Виннице.

После смерти Пирогова в его память было основано Общество русских врачей, регулярно созывавшее Пироговские съезды. Память о великом хирурге сохраняется и сейчас. Ежегодно в день его рождения присуждаются премия и медаль его имени за достижения в области анатомии и хирургии. Имя Пирогова носят 2-й Московский, Одесский и Винницкий медицинские институты.

*Руслан ДОЛГИХ,
главный хирург 3 ЦВКГ имени А.А. Вишневого,
заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук
Евгений КОХАН,
лауреат Государственной премии СССР,
заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук,
профессор*

Николай Иванович Пирогов родился в Москве, в многодетной семье военного казначея. В четырнадцать лет поступил на медицинский факультет Московского университета, для чего ему пришлось прибавить себе два года, но экзамены он сдал не хуже своих старших товарищей.

После окончания университета Николай Иванович был зачислен в Юрьевский университет города Тарту. В 1833 году он защитил докторскую диссертацию и стал профессором хирургии. В своей работе отец русской хирургии изучил и описал расположение брюшной аорты у человека, расстройство кровообращения при ее перевязке, пути кровообращения при ее непроходимости, объяснил причины послеоперационных осложнений. После этого Пирогов был направлен в Берлинский университет для дальнейшего обучения.

В 1836 году Николай Иванович вернулся в Россию и был назначен профессором теоретической и практической хирургии в Императорском Дерптском университете. Там он подготовил сочинение «Хирургическая анатомия артериальных стволов и фасций».

В 1841 году Пирогов был приглашен в Петербург, где возглавил кафедру хирургии в Императорской медико-хирургической академии. Одновременно руководил организованной им из 2-го Военно-сухопутного госпиталя клиникой госпитальной хирургии. В это время Пирогов коренным образом переработал и применил совершенно **новые приемы хирургического лечения**, благодаря чему ему удавалось чаще, чем другим хирургам, избегать ампутации конечностей. Один из таких приемов до настоящего времени называется «операцией Пирогова».

1. Рассуждая о какой-нибудь хирургической операции, я имею обыкновение всегда ставить перед собой следующие вопросы: каково строение и функция органа, который мы подвергаем операции; каково положение этого органа относительно соседних; в чем заключается заболевание этого органа и, наконец, как действует на него наше механическое воздействие.

2. Оперировать надо не только «скоро», «ловко», «гладко», но и еще научно.

3. Я положил себе за правило при первом моем вступлении на кафедру — ничего не скрывать от моих учеников, будут ли они в диагнозе или лечении, и если не сейчас же, то потом и немедленно, открывать перед ними сделанную мною ошибку.

4. Мое искреннейшее желание, чтобы мои ученики относились ко мне с критикой, моя цель будет достигнута только тогда, когда они убе-

КРЫЛАТЫЕ ВЫРАЖЕНИЯ И СОВЕТЫ

В эпистолярном наследии Николая Ивановича Пирогова есть немало глубоких по содержанию и точных по сути философских высказываний и афоризмов, которые он изложил, в частности, в своей работе **«Вопросы жизни: дневник старого врача, писанный исключительно для самого себя, но без задней мысли, что, может быть, когда-нибудь прочтет и кто другой»**. Итак:

дятся в том, что я действую последовательно. Действую ли я правильно? Это другое дело, это смогут показать лишь время и опыт.

5. Честная исповедь — всегда мужество, в медицине — вдвойне.

6. Война — травматическая эпидемия.

7. Не медицина, а администрация играет главную роль в деле помощи раненым и больным на театре войны.

8. Подобно каллиграфу, который разрисовывает на бумаге сложные фигуры одним тем же росчерком пера, умелый оператор может

придать разрезу самую различную форму, величину и глубину одним и тем же взмахом ножа при гармоничных движениях действующей руки.

9. Как скоро вы привили этот лоскут в плотное соприкосновение с окровавленными краями кожи, жизнь его изменяется, он, подобно растению, пересаженному на чужую почву, вместе с новыми питательными соками получает и новые свойства. Он начинает жить за счет другого, как новопривитая ветка, требует, чтобы его холили и тщательно сберегали, пока он не породнится с тем местом,

которое хирург назначает ему на всегданнее пребывание.

10. Молодые врачи, выходящие из наших учебных заведений, почти совсем не имеют практического медицинского образования, так как наши клиники обязаны давать им не только главные основные понятия и распознавания, в ходе и лечении болезней. Поэтому наши молодые врачи, вступая на службу и делаясь самостоятельными у постели больных, в больницах, военных лазаретах и частной практике, не приносят ожидаемой от них пользы и не достигают цели своего назначения.

11. Нашей сестрой милосердия должна быть женщина с практическим рассудком и хорошим образованием, и причем должна непременно сохранять чувствительное сердце.

*Подготовил Юрий Фокин,
заслуженный врач РФ, профессор,
хирург КДЦ 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого*



ЗАСТУПНИК ЗЕМЛИ РУССКОЙ



В 2014 году президентом РФ Владимиром Путиным был подписан указ о праздновании в 2021 году 800-летия со дня рождения выдающегося полководца, защитника земли Русской, святого благоверного великого князя Александра Невского.

Главные праздники пройдут в Санкт-Петербурге, в Александро-Невской лавре: 12 сентября здесь почтут память перенесения святых мощей, а 6 декабря отметят день кончины князя.

В числе других знаковых мероприятий в течение года будут установка

памятников святому благоверному великому князю Александру Невскому, освящение вновь построенных в его честь храмов и переименования улиц, гашение памятной марки, выпуск юбилейной монеты и банкноты, учреждение Патриаршего юбилейного памятного знака или медали, прибытие делегаций из разных стран и городов-побратимов.

В патриотических мероприятиях в честь святого Александра Невского активное участие примут и сотрудники 3 ЦВКГ имени А.А.Вишневого. Планируется проведение занятия в системе военно-политической подготовки «Князь, не знавший поражений», организация тематической экспозиции «Открываем историю. Александр Невский», литературно-иллюстрированной выставки «Сила в правде», публикация цикла статей в «Военно-медицинской газете», демонстрация художественного и документальных фильмов, а также проведение литургии в дни памяти благоверного князя Александра Невского в храме госпиталя.

Масштабное проведение юбилейных торжеств запланировано с целью сохранения культурного и военно-исторического наследия, укрепления народного единства россиян.

*Юрий Москаленко,
начальник группы психологической
работы 3 ЦВКГ имени А.А. Вишневого*

КАЛЕНДАРЬ ПРАЗДНИКОВ. Март 2021 г.

1 марта – Всемирный день иммунитета.

3 марта – Всемирный день слуха. Отмечается с 2007 года с целью повышения осведомленности о том, как предотвратить глухоту и потерю слуха.

6 марта – Всемирный день борьбы с глаукомой.

8 марта – Международный женский день.

11 марта – Всемирный день почки.

12 марта – Международный день сна. Всемирная неделя знаний о мозге (с 12 по 18 марта).

13 марта – Всемирный день осведомленности об эндометриозе. (распространённое гинекологическое заболевание, которым страдают примерно 176 миллионов женщин во всем мире).

21 марта – Международный день человека с синдромом Дауна.

24 марта – Всемирный день борьбы с туберкулезом. День фтизиатра.

27 марта – День нефролога.

ЛЕГЕНДА ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Александр Александрович родился 11 (24) мая 1906 года в Казани в семье видного российского советского хирурга А.В. Вишневого. С 1924 по 1929 г. учился на медицинском факультете Казанского университета. С 1931 года вся его судьба и творческая деятельность были тесно связаны с вооруженными силами. Он служил преподавателем кафедры нормальной анатомии Военно-медицинской академии в Ленинграде. В 1939 г. Александр Александрович в качестве хирурга-консультанта 1-й армейской группы принимал активное участие в боевых действиях в районе реки Халхин-Гол (Монголия). В 1939–1940 годах, будучи главным армейским хирургом 9-й армии, участвовал в советско-финской войне. С первых дней Великой Отечественной войны он находится в действующей армии, последовательно занимая должности хирурга армии, главного хирурга Брянского, Волховского, Карельского, Резервного и 1-го Дальневосточного фронтов.

После окончания войны А.А. Вишневский становится главным хирургом Приморского, а с 1947 г. – главным хирургом Московского военного округа.

В 1948 г. Александр Александрович возглавил Институт хирургии АМН СССР, превратив его в крупнейшее научно-исследовательское учреждение,

разрабатывающее актуальные проблемы современной клинической хирургии.

В 1953 году впервые в мире он произвел под местной анестезией операцию на сердце по поводу митрального стеноза. В 1957 году Вишневский провел первую в СССР успешную операцию на «открытом сердце» с помощью отечественного аппарата искусственного кровообращения.

Являясь в течение около 20 лет (1956–1975) главным хирургом Министерства обороны СССР, А.А. Вишневский внес существенный вклад в развитие и совершенствование военно-полевой хирургии в связи с особенностями новых видов оружия и, прежде всего, оружия массового поражения.

К числу его несомненных заслуг относится настойчивое внедрение местного обезболивания на различных этапах медицинской эвакуации. Он разработал пути практического использования учения о нервной трофике применительно к военно-полевой хирургии. Его классические наблюдения противошокового действия новокаиновых блокад на раненых, впервые проведенные в боевых действиях у реки Халхин-Гол, полностью сохраняют актуальность и в современных условиях. Он первым применил и показал лечебное действие масляно-бальзамических повязок при лечении нагноившихся огнестрельных ран.



Александр Александрович разрабатывал проблемы обезболивания в хирургии сердца, легких и средостения, нервной трофики в хирургии, применения полимеров в хирургии.

Будучи главным хирургом Министерства обороны СССР, генерал-полковник медицинской службы А.А. Вишневский оказывал большое внимание созданию и развитию военно-медицинских учреж-

16 февраля исполняется 45 лет со времени присвоения 3-му Центральному военно-клиническому госпиталю в Красногорске имени Александра Александровича Вишневого

дений, в частности, 3-му Центральному военному клиническому госпиталю. С момента его открытия 20 июня 1968 года он активно участвовал в проводимых в госпитале наиболее ответственных консилиумах и консультациях, помогал хирургам не только советом, но и непосредственно за операционным столом.

Уже через месяц после открытия нашего госпиталя А.А. Вишневский выполнил здесь первую холецистэктомию, затем резекцию желудка и другие операции. По существу он положил начало становлению «большой» хирургии в госпитале. Каждая операция являлась для хирургов госпиталя школой высочайшего профессионального мастерства.

А.А. Вишневский скончался 19 ноября 1975 года. Похоронен в Москве на Новодевичьем кладбище.

*Михаил Фролкин,
заслуженный врач
Российской Федерации*