Вклад В.Ф. Войно-Ясенецкого (Святителя Луки) в военно-полевую хирургию

Т.М. БАРАЕВ, С.П. ГЛЯНЦЕВ

The contribution of V.F. Voino-Yasenetskiy (Archbishop Luka) to the military surgery

T.M. BARAYEV, S.P. GLYANTSEV

Бюро судебной экспертизы, Одесса, Украина; Научно-исследовательский институт истории медицины РАМН, Москва

Выдающийся отечественный хирург, профессор Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий (1877—1961), причисленный Русской православной церковью к лику святых под именем Святителя Луки (2000), значительную часть своей врачебной деятельности посвятил изучению патогенеза и лечению осложнений огнестрельных ранений. Вначале — в годы Русско-японской войны в Чите (1904—1905). В дальнейшем — в Переславле-Залесском в Первую мировую войну (1914—1917) и в Ташкенте — во время гражданской (1917—1923). В полной мере его талант ученого раскрылся в Великую Отечественную войну 1941—1945 гг., когда он работал ведущим хирургом эвакогоспиталя №1515 в Красноярске, а затем консультантом по хирургии Управления эвакогоспиталей Тамбовского облздравотдела.

Таким образом, лечением боевой травмы и ее последствий он занимался в общей сложности около 15 лет. Вместе с тем в хирургической и историко-медицинской литературе гораздо больше сведений имеется о его заслугах в области гнойной хирургии [3, 8], чем военно-полевой [1, 4]. К тому же, как указано во 2-м и 3-м изданиях БМЭ, после 1946 г. В.Ф. Войно-Ясенецкий был фактически отлучен от хирургии, а в книге «Достижения советской медицинской науки за XXX лет» о нем и его достижениях нет ни слова [6], хотя только за год до выхода этой юбилейной книги в свет за труды в области хирургии В.Ф. Войно-Ясенецкий был удостоен звания лауреата Сталинской премии.

В самой крупной на сегодняшний день биобиблиографии Святителя Луки [7] нет ни одной работы, анализирующей вклад В.Ф. Войно-Ясенецкого в военно-врачебное дело с точки зрения авторов фундаментального «Опыта советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг.» (далее «Опыт...») [5]. Мы поставили целью провести такой анализ и тем самым подтвердить (или опровергнуть) значимость трудов В.Ф. Войно-Ясенецкого для военных хирургов. Ранее мы уже частично касались этой темы [2]. Данная статья является продолжением наших исследований в этом направлении.

Уже в 1-м томе «Опыта...», посвященном общим вопросам военно-полевой хирургии и лечению ран, мы обнаружили ссылку на мнение В.Ф. Войно-Ясенецкого о вторичной хирургической обработке огнестрельной раны. В то время в хирургической литературе дискутировался вопрос о возможности иссечения грануляций при обработке ран в поздние сроки. Бытовало мнение, что, иссекая грануляции, хирург нарушает «раневой барьер», что может привести к распространению инфекции и возникновению сепсиса.

В связи с этим профессор Т.Я. Арьев подчеркивал: «В.Ф. Войно-Ясенецкий считает, что решение вопроса о допустимости смелого нарушения грануляционного вала в инфицированных и гноящихся ранах надо считать важнейшим достижением военной хирургии в настоящую войну. С этим следует согласиться» (с. 142). И во 2-м томе, обсуждая лечение хронического огнестрельного остеомиелита, Т.Я. Арьев вновь сослался на коллегу: «Как показал опыт... это разрушение [грануляций] безопасно и не ведет к генерализации инфекции, как полагали в прошлом» (с. 449). Это мнение в 16-м томе подтвердил М.И. Куслик: «Операция огнестрельного остеомиелита в острой стадии — большое достижение советской военно-полевой хирургии. Преодоление старых традиций, утверждавших опасность нарушения целости раневого барьера, явилось большим прогрессом, на что указал В.Ф. Войно-Ясенецкий» (с. 292).

Таким образом, условия хирургической работы и глубокие знания вульнерологии способствовали тому, что В.Ф. Войно-Ясенецкий одним из первых доказал оправданность обработки любой раны (включая костную) в какие угодно сроки после ранения с иссечением грануляций, так как адекватное дренирование раневой полости, использование местных и общих химических и биологических антисептиков и грамотная иммобилизация позволяли ему избегать сепсиса и успешно лечить раненых. В условиях ведения современных боевых действий в большинстве случаев имеется возможность выполнить первичную обработку в первые трое суток после ранения, однако мнение В.Ф. Войно-Ясенецкого должно учитываться в тех ситуациях, когда приходится обрабатывать гнойные раны, особенно с целью их пластического закрытия.

Вернемся к всесторонне освещенной во 2-м томе «Опыта...» проблеме огнестрельного остеомиелита, где также упомянуты исследования В.Ф. Войно-Ясенецкого и их результаты. Так, П.Г. Корнев отмечал, что «при наступлении гнилостного распада [костного мозга] наличие раздробления кости и продольно идущих широких щелей,

© Т.М. Бараев, С.П. Глянцев, 2013

e-mail: spglyantsev@mail.ru

обеспечивающих выход отделяемого из костномозгового канала в раневой, является для конечного исхода благоприятным условием. В случаях же, где дело до некроза не доходит, более благоприятным является сохранность [костной] трубки, внутри которой восстановление костного мозга происходит быстрее... Об этом говорит В.Ф. Войно-Ясенецкий, который считает, что при огнестрельном остеомиелите в сохранившемся диафизе костный мозг не погибает, а его жизнедеятельность даже повышается» (с. 298).

При обсуждении способов диагностики огнестрельного остеомиелита Т.Я. Арьев подчеркивал, что В.Ф. Войно-Ясенецкий придавал большое значение зондированию свищевых ходов, полагая, что оно «может быть более точным и ясным, чем рентгенограмма... [и] в отличие от зондирования свежих ран... [относительно] безопасным методом» (с. 423).

Говоря о вкладе В.Ф. Войно-Ясенецкого в разработку операций при огнестрельном остеомиелите различной локализации, Т.Я. Арьев отмечал: «В.Ф. Войно-Ясенецкий считает сагиттальный распил пяточной кости (а не только подковообразный разрез кожи) наиболее предупреждающим неудачу при операции по поводу [ее гнойного поражения]... Считая, что сколько-нибудь серьезная секвестротомия всегда требует широких разрезов и широкого обнажения кости, [он] не останавливается перед перерезкой мышц и описывает оперативную технику при огнестрельном остеомиелите подвздошной кости и подвздошно-крестцового сочленения, отличающуюся обширными разрезами и очень большой величиной выпиливаемых костей. Этот же автор при остеохондрите ребер обнажает и резецирует всю соответствующую реберную дугу» (с. 449).

Далее: «В.Ф. Войно-Ясенецкий, удаляя при хроническом огнестрельном остеомиелите ключицу, отмечал, что при этом не происходит нарушения функции плечевого сустава, и делал другие «опустошительные» операции на стопе. Известны требования В.Ф. Войно-Ясенецкого и В.Д. Чаклина о широкой резекции реберных хрящей при их страданиях и, в частности, при огнестрельном остеомиелите. Однако при этом В.Ф. Войно-Ясенецкий не рекомендует поперечную резекцию бедра ни в одной из своих работ... Клиновидную резекцию тазовых костей при огнестрельном остеомиелите осуществлял В.Г. Вайнштейн и В.Ф. Войно-Ясенецкий» (с. 456).

Положения, которых придерживался В.Ф. Войно-Ясенецкий в лечении хронического остеомиелита, не устарели и по сей день: «1. Сделать разрез над пораженной костью и очистить надкостницу, мышцы и фасции лишь в пределах больного участка и не более. 2. Сделать окно в кости и убрать все секвестры. 3. Острой ложкой убрать пораженную костную ткань. 4. Смазать рану 10% раствором йода и 95% спиртом. 5. Выполнить дефект стерильным вазелином и марлей. 6. Поставить конечность в анатомически правильное положение. 7. Наложить глухую гипсовую повязку и не снимать ее до 4 недель» (с. 461).

В 3-м томе «Опыта...» в разделе «Лечение сепсиса» И.М. Тальман писал: «При возникновении тромбофлебита рекомендуется перерезка отводящей вены между двумя лигатурами центральнее тромбированного участка... Задолго до войны очень рекомендовали это мероприятие В.А. Оппель, В.Ф. Войно-Ясенецкий, П.Н. Напалков и др.» (с. 89). Эта ссылка чрезвычайно своевременна, а перевязка и даже удаление подкожных вен при их восходящем тромбофлебите, как и пликация нижней полой вены и установка кава-фильтров для профилактики тромбоэмболии легочной артерии при тромбофлебите глубоких вен, становятся все более востребованными в наши дни.

Не остался без внимания и огромный опыт В.Ф. Войно-Ясенецкого в разработке методов местной анестезии, в частности его докторская диссертация[1]. А.Л. Стуккей в разделе «Эволюция методов обезболивания» отметил, что «В.Ф. Войно-Ясенецкий, работавший в Любажской земской больнице, сделал 538 операций (из 661) под местным обезболиванием» (с. 464). Надо признать, что сегодня регионарная анестезия широко применяется в виде спинального обезболивания. Она особенно ценна при организации хирургической помощи в случае массового поступления раненых и пострадавших, требует минимального оснащения и удобна для хирургической работы «конвейерным методом».

В 10-м томе «Опыта...» в разделе «Хондриты после огнестрельных ранений груди» А.Т. Гребенникова подчеркивала: «Принципиальным является вопрос об отношении к здоровым хрящам реберной дуги. Так, В.Ф. Войно-Ясенецкий, <...> Ф.Г. Углов при поражении хотя бы одного из хрящей реберной дуги рекомендуют удалять всю реберную дугу. Например, если поражены пятый, шестой или седьмой реберный хрящ, В.Ф. Войно-Ясенецкий предлагает удалять реберную дугу от пятого до девятого хряща; в противном случае, утверждает автор, неизбежны рецидивы» (с. 257). Для этого он предложил дугообразный лоскутный разрез, обращенный основанием вверх. При удалении нескольких хрящей реберной дуги последняя поднадхрящнично удаляется целиком, на надхрящницу накладывается несколько кетгутовых швов. Полагаем, что к такой сверхрадикальной тактике В.Ф. Войно-Ясенецкий пришел на основании опыта лечения запущенных форм хондритов. Отметим, что эти рекомендации не утратили значимости и в наше время. Нам (Т.М. Бараев) приходилось лечить раненых с далеко зашедшим огнестрельным хондритом реберных хрящей, когда даже использование мощных антибиотиков не позволило ограничиться резекцией отдельных ребер, и выздоровления удавалось добиться только после полной резекции реберных дуг по В.Ф. Войно-Ясенецкому.

В 13-м томе «Опыта...» Б.Е. Гайсинский, подчеркивая опасность внебрюшинных ранений прямой кишки, сослался на мнение В.Ф. Войно-Ясенецкого, который «подчеркивает следующие важные анатомические сведения: В задней части промежности, между копчиком и задним проходом, протянута узкая сухожильная пластинка raphe anococcygeum, к которой прикрепляются волокна мышцы, поднимающей задний проход, и наружного сфинктера прямой кишки. Эта пластинка не служит препятствием для распространения гноя из одной fossa ischiorectale в другую, так как ниже ее имеется слой подкожной жировой клетчатки, сообщающейся с клетчаткой седалищно-прямокишечных ям. По этому пути образуются подковообразные флегмоны, окружающие сзади прямую кишку и распространяющиеся в обе fosse ischiorectales... Жир fosse ischiorectales не исчезает даже при высоких степенях исхудания и истощения, но легко и быстро разрушается при гнойном воспалении и очень медленно и несовершенно восстанавливается после этого. Это одна из причин, по ко-

[1]Войно-Ясенецкий В.Ф. Регионарная анестезия. Петроград, 1915 г.

торой надо очень спешить с операцией при флегмоне fosse ischiorectales. После гнойного расплавления жира остается очень долго не заживающая полость и свищи» (с. 296).

Выше мы отмечали, что во 2-м томе «Опыта...» Т.Я. Арьев указывал на успешное применение В.Ф. Войно-Ясенецким клиновидной резекции подвздошной кости при ее воспалении. В разделе «Исходы ранений мочеполовых органов, костей таза и прямой кишки» 13-го тома А.П. Фрумкин подчеркнул функциональные результаты таких операций: «Деформации тазовых костей после резекции могут носить характер временных изменений конфигурации; в дальнейшем, в связи с регенерацией резецированной кости, эти дефекты могут настолько уменьшиться, что они не будут отражаться на функции тазового кольца. Свидетельством тому являются примеры регенерации подвздошной кости после резекции, приводимые В.Ф. Войно-Ясенецким... Через несколько месяцев после резекции подвздошной кости раненые свободно ходят без опоры» (с. 420).

Особенно много ссылок на работы В.Ф. Войно-Ясенецкого в 16-м и 17-м томах «Опыта...», посвященных огнестрельным ранениям конечностей и суставов. Так, в 16-м томе М.И. Куслик указал на вклад своего коллеги в изучение топографии гнойных затеков: «Знание топографии и путей распространения гнойных затеков облегчало их распознавание. При вскрытии следовало учитывать положение раненого на кровати, придававшееся ему в целях опорожнения гноя (закон тяжести)... Успеху борьбы с затеками много способствовали работы, посвященные этому вопросу, А.Н. Максименкова, В.Ф. Войно-Ясенецкого и др.» (с. 291).

Не обошлось и без критических замечаний. Так, в 17-м томе «Опыта...» Б.М. Хромов и В.Г. Вайнштейн при описании осложнений ранений локтевого сустава посетовали, что «вопрос о путях распространения гноя [при гнойном воспалении локтевого сустава] до сих пор недостаточно изучен; даже в известных работах В.Ф. Войно-Ясенецкого по гнойной хирургии нет данных по этому вопросу» (с. 197). По-видимому, авторы были знакомы лишь с «Очерками гнойной хирургии» В.Ф. Войно-Ясенецкого (1934), где этот вопрос действительно не освещен, и не читали его «Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов» (1944), где автор подробно описал это осложнение[2].

Не зря знакомые с этой книгой В.Г. Вайнштейн и Е.К. Молодая отметили: «По В.Ф. Войно-Ясенецкому, для дренирования переднего кармана сустава наиболее рационален предложенный им переднеульнарный доступ... По мнению [А.И. Лаббока], для рационального дренирования переднего отдела локтевого сустава анатомически наиболее обоснованным является способ В.Ф. Войно-Ясенецкого в модификации А.И. Лаббока, заключающийся в том, что переднеульнарный разрез длиной 5—6 см проводят сразу же кнутри от вершины медиального надмыщелка к плечевой кости...» (с. 232).

А.Н. Максименков в разделе «Патологическая анатомия ранений тазобедренного сустава» несколько раз упоминает В.Ф. Войно-Ясенецкого: «Топография задних затеков при ранениях тазобедренного сустава различна... Это также отмечал и В.Ф. Войно-Ясенецкий... Передние затеки чаще наблюдались в тех случаях, когда гной из полости сустава проникал под m. iliopsoas. На это обратил внимание В.Ф. Войно-Ясенецкий» (с. 266).

В разделе «Лечение огнестрельных ранений тазобедренного сустава» А.В. Каплан и Б.П. Кириллов заметили: «В первом периоде войны на дивизионном медицинском пункте или в хирургическом полевом подвижном госпитале производили рассечение раны мягких тканей без вмешательства на самом [тазобедренном] суставе и накладывали шину Дитерихса, которую во фронтовых медицинских учреждениях заменяли глухой гипсовой повязкой, предварительно вскрывая образовавшиеся гнойники и затеки... При такой тактике хирургов нередко наблюдались тяжелые осложнения (гнойные кокситы, эпифизарные остеомиелиты, сепсис и т.д.)... Положение резко изменилось в лучшую сторону после того, как советские хирурги, в частности один из крупнейших специалистов по гнойной хирургии В.Ф. Войно-Ясенецкий, **впервые в истории хирургии** (выделено нами — *Т.Б.*) исчерпывающе разработали вопрос о путях распространения инфекции за пределы сустава» (с. 303).

В отношении голеностопного сустава им вторили В.С. Маят и А.Я. Пинес: «Вопрос о распространении воспалительного процесса при гнойных осложнениях ранений голеностопного сустава сравнительно мало изучен; лишь в известных работах В.Ф. Войно-Ясенецкого имеются краткие указания на этот счет» (с. 469).

То же самое А.В. Каплан и И.Л. Брегадзе написали в отношении гнойного гонита: «В.Ф. Войно-Ясенецкий подверг поздней резекции [коленного сустава] 54 раненых в сроки до 4—5 месяцев после ранения. Резекцию он всегда делал радикально, применяя разрез Тектора... Он, однако, считает, что в тех случаях, когда резекция приводила к укорочению более чем на 10 см, лучше ампутировать конечность. Чтобы избежать больших укорочений, он отказался от типичных резекционных распилов и в большинстве случаев спиливал и отсекал долотом только пораженные остеомиелитом части мыщелков, снимал суставной хрящ на уцелевших мыщелках и таким образом добивался одностороннего анкилоза их [с восстановлением опороспособности ноги]» (с. 446).

Б.М. Хромов в разделе «Топография затеков при ранениях голеностопного сустава» подчеркнул, что «нередко гной распространялся во внутреннее клетчаточное пространство (spatium mediale), образуя там подошвенный внутренний затек. Согласно наблюдениям В.Ф. Войно-Ясенецкого [и др.], проникновение инъекционной массы из среднего ложа во внутреннее [как и наружное] наблюдается редко... В.Ф. Войно-Ясенецкий мог доказать это...» (с. 474).

Таким образом, наши поиски ссылок на В.Ф. Войно-Ясенецкого в трудах военно-полевых хирургов начала 50-х годов прошлого века увенчались полным успехом. В силу известных идеологических причин в 1946 г. ему было отказано в выступлении на XXIV Всесоюзном съезде хирургов с программным докладом, посвященным лечению инфицированных огнестрельных ранений суставов конечностей. По тем же причинам сведения о достижениях Святителя Луки и его имя, как мы констатировали выше, исчезли из советской хирургии в 1947 г. [6], а он сам не вошел в состав авторского коллектива «Опыта советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—

[2]Войно-Ясенецкий В.Ф. Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов. М: Медгиз 1944; 91.

1945 гг.», но обнаруженные нами 32 (!) ссылки на него в 7 из 15 «хирургических» томов этого фундаментального труда говорят сами за себя.

Все это позволяет с полным правом отнести В.Ф. Войно-Ясенецкого к крупным представителям отечественной и мировой военно-полевой хирургии, а его наследие считать не утратившим актуальности для военно-медицинской и хирургической практики.

Если подытожить сказанное, то вклад В.Ф. Войно-Ясенецкого в военно-полевую хирургию прежде всего заключается в описании топографической анатомии клетчаточных пространств и путей распространения гноя при гнойных осложнениях огнестрельных ранений, разработке оптимальных доступов к тем или иным анатомическим образованиям, радикальном лечении местной и общей хирургической инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бараев Т.М.* Приидите ко мне, все труждающиеся и обремененные. В.Ф Войно-Ясенецкий (Святитель Лука) и военно-врачебное дело. Одесса: Фаворит 2011.
2. *Бараев Т.М., Глянцев С.П.* Доктрина лечения огнестрельных ранений суставов в военно-полевой хирургии России (от Н.И. Пирогова до В.Ф. Войно-Ясенецкого и в наши дни. Духовное и врачебное наследие Святителя Луки (Войно-Ясенецкого): Сб. материалов 4-й Межд. науч-практ. конф. М 2012; 133—151.
3. *Глянцев С.П., Андреева А.В., Чецкая Г.Б.* Очерки гнойной хирургии (1934—2012 гг.). Святитель Лука (Войно-Ясенецкий) в Северном крае. Архангельск: Изд-во СГМУ 2012; 72—137.
4. *Косачев И.Д., Гладких П.Ф., Яковлев А.Е.* Научная, педагогическая и хирургическая деятельность профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого в период Великой Отечественной войны. Воен-мед журн 2011; 8: 82—89.
5. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг. В 35 т. Под ред. Е.И. Смирнова, С.С. Гирголава, Л.А. Орбели. М: Медгиз 1952.
6. *Руфанов И.Г.* Достижения советской хирургии за 30 лет. Достижения советской медицинской науки за XXX лет. М: Изд-во АМН СССР 1947.
7. *Чецкая Г.Б., Глянцев С.П., Андреева А.В.* Труды Святителя Луки и его биобиблиография. Святитель Лука (Войно-Ясенецкий) в Северном крае. Архангельск: Изд-во СГМУ 2012; 164—260.
8. *Шевченко Ю.Л.* Приветствует вас Святитель Лука, врач возлюбленный... СПб: Наука 2007.