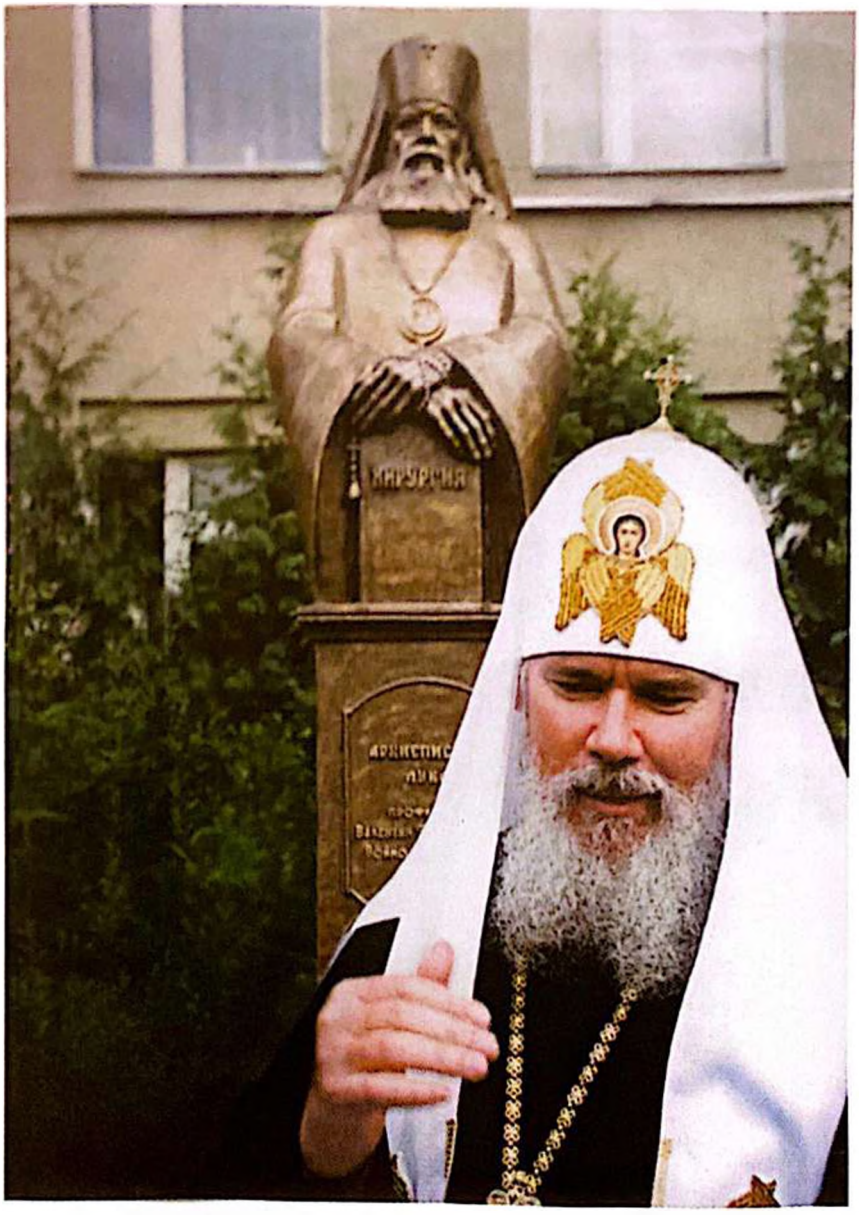


Благодарю за благословение
издания двух книг Святейшего
Святейшему Архиепископу Луке
— великому хирургу и архипастырю
Церкви Христовой

+ Кирилл

22 II 2017 г.

РОССИЙСКИЙ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИКО-ХИРУРГИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР им. Н. И. ПИРОГОВА

СВЯЩЕННИК ГЕОРГИЙ ШЕВЧЕНКО

Приветствует вас Святитель Лука, врач возлюбленный

Издание второе, исправленное

Санкт-Петербург
«НАУКА»
2009

УДК 61
ББК 5
Ш37

По благословению
Святейшего Патриарха Московского
и всея Руси Алексия II

Священник Георгий Шевченко. Приветствует вас Святитель Лука, врач возлюбленный. 2-е изд. — СПб.: Наука, 2009. — 623 с.

ISBN 978-5-02-026363-5

Исторический очерк посвящен врачебной деятельности Святителя Луки (Войно-Ясенецкого), являвшегося видным хирургом XX века и одновременно иерархом Русской Православной Церкви, отнесенным к лику святых, в земле российской просиявших. Не были забыты и его святые предшественники, ставшие не только врачами (целителями), но и мучениками за православную веру. Эти врачи, наделенные божественной благодатью, обладали необыкновенным врачебным искусством, которое не поддавалось объяснению с точки зрения формальной логики и свидетельствовало о несомненном покровительстве небесных сил.

Во врачебной биографии Войно-Ясенецкого удалось обнаружить несколько свидетельств того же покровительства. К ним принадлежали как необыкновенное (без обычной подготовки) «рождение» хирурга в год окончания университета, так и невиданный рост его научной деятельности после посвящения в сан священнослужителя. Отмечен вместе с тем существенный спад научных и практических результатов работы ученого после добровольного ухода на «покой» с поста архиепископа. Напротив, возвращение к архиерейской деятельности повлекло за собой невиданное возрождение хирурга и врача-исследователя, апофеозом которого стало награждение Сталинской премией за научный труд, который еще не был опубликован.

Одновременно наш очерк является единственным источником, где можно ознакомиться не только с историей врачебной деятельности видного отечественного хирурга, но и с содержанием многих научных работ, принадлежащих Ясенецкому-Войно (Войно-Ясенецкому), включая и те, которые были впервые обнаружены нами.

Издание предназначено читателям, которые не могут безразлично относиться к истории отечественной хирургии и к православию.

© Ю. Л. Шевченко, 2009
© Редакционно-издательское оформление. Издательство «Наука», 2009

ISBN 978-5-02-026363-5

Предисловие ко второму изданию

Наша книга, признанная в конкурсе Ассоциации книгоиздателей России «Лучшим изданием духовной и историко-религиозной литературы за 2007 год», скоро нашла своих почитателей как среди врачей, так и среди духовенства, православных мирян. Она практически не поступала в продажу, и то небольшое ее количество, увидевшее свет (2000 экз.), уже оказалось у единомышленников Святителя Луки, епископа и хирурга. Причин тому несколько. Главная из них состоит в духовном окормлении, в том высочайшем воздействии на православных верующих, которое продолжается праведными трудами (духовными и врачебными), а также образом и примером великого святого, просиявшего в российской земле. Не иссякают чудеса исцелений на его могиле: они отмечались и во второй половине 2008 г. Следствием того является рост духовности российского общества, вызревавшей под скорбным спудом в течение многих лет.

Ощущая сердцем возникающие перемены и радуясь им душою (Святитель Лука полагал сердце земною обителью души), мы убедились в недостаточности прежних усилий и подготовили второе издание нашей книги под названием: «Приветствует вас Святитель Лука, врач возлюбленный». Здесь были не только исправлены небольшие неточности, допущенные во время работы над первым изданием и выявившиеся после его выхода в свет, но и внесены некоторые существенные дополнения. Одним из них становится особенное изменение ипостаси автора, в 2009 г. принявшего сан священника под именем отца Георгия.

Конечно же, и второе издание нашего труда не может претендовать на роль всеобъемлющей монографии, где раскрываются без изъятий разносторонние достижения Святителя Луки (Войно-Ясенецкого) в сфере врачебной деятельности. Нам еще многое предстоит изучить и понять из сделанного им, так как его научные открытия в области хирургии в ряде случаев предвосхищали достижения последователей. Нашей работе над творческим осмыслением научных приоритетов епископа и хирурга еще суждено продолжаться, по крайней мере, несколько лет. Но уже ясно определяется то непременное качество российского врача, которое почитал, как главное, Святитель Лука (Войно-Ясенецкий): в своих духовных проповедях епископ и хирург не уставал повторять, в назидание другим, что в жизни земной у врача «есть только два пути: путь добра и путь зла. И каждый выбирает один из них».

«Будем же творить дела милосердия, — призывал он, — считая потерянным тот день, в который чем-либо не помогли друг другу: добрым словом или участием».

Выберите и вы свой главный путь!

Профессор Российского Пироговского центра
М. Н. Козовенко



Святой апостол и евангелист Лука, врач по профессии

Святые целители и врачи

«Даром получили, даром давайте»
(*Мтф. 10; 8*)

Во многовековой истории человечества известно немало примеров чудесного избавления больных от тяжких физических страданий. Согласно Новому Завету, даром исцеления людей от телесных недугов или божественной благодатью, как его еще называли, обладал Спаситель наш Иисус Христос. Благодаря такому дару прозревали слепые и выздоравливали тяжелобольные, обращавшиеся к Спасителю за помощью. Бог Сын, обладатель божественной благодати, оживлял даже тех, кто ушел из жизни, возвращая их в земной мир.

Местом чудесных исцелений часто становились храмы. Сюда стремились те, кто не терял последнюю надежду на выздоровление. Не случайно, что при храмах стали открываться первые больницы. Обители, предназначенные как для спасения человеческих душ, так и для избавления больных от телесных недугов, изначально соседствовали друг с другом.

Больницы при храмах были «безмездными» (бесплатными). Считалось, что руками целителей в них избавляет от болезней сам Спаситель, наделивший даром исцеления сначала 12 своих первых учеников (апостолов), а затем и 70 других его последователей. От больных здесь не требовалось платы за лечение. Ее заменяло обращение за помощью к Всевышнему. Однако некоторые целители прежних лет, исцелявшие страдальцев именем Иисуса Христа, обладали не только божественной благодатью, но и профессионально владели врачебным искусством.

Возможно, первым из них был святой апостол и евангелист **Лука**, являвшийся врачом по профессии. Он происходил из Ан-

тиохии Сирийской, где с юности посвятил себя изучению наук и искусств. По имеющимся сведениям, юноша изучил греческую философию, еврейские законы, живопись и врачевание болезней. Услышав божественное учение Иисуса Христа в Иерусалиме, стал проповедником христианской веры в Антиохии и обладателем божественной благодати в числе 70 последователей Спасителя. Здесь он спасал людские души и исцелял от болезней до тех пор, пока в этом городе не остановился святой апостол Павел. Тогда Лука сделался его сподвижником и всюду сопровождал апостола в путешествиях. Ему приходилось оказывать врачебную помощь и святому апостолу Павлу. Вместе с ним он отправился в Рим, где по просьбе римских христиан написал «Евангелие», а позднее и «Деяния святых апостолов». В этих творениях обнаруживается стиль искусного историка, который путем необычайно краткого изложения отдельных фактов сумел достичь целостного (картинного) восприятия повествования. После мученической смерти святого апостола Павла Лука проповедовал христианское вероучение в Италии, Далмации, Галлии, Македонии и Греции. Затем его проповеди услышали в Ливии и Египте, откуда он вновь вернулся в Грецию. Здесь Лука трудился над устроением христианских храмов, рукополагая (посвящая в сан) священников и дьяконов, исцеляя больных от тяжелых болезней. В греческих землях, по-видимому, проявился его дар *иконописца*, написавшего образ Пресвятой Богородицы.

Согласно церковному преданию, эта чудотворная икона была написана на доске из стола, за которым трапезовали сам Спаситель, Богоматерь и праведный Иосиф со своими детьми. В наши дни она известна под названием Владимирской иконы Пресвятой Богородицы и находится в Успенском соборе Московского Кремля.

Святым апостолом и евангелистом Лукой были созданы и другие образы Божьей Матери, включая Виленскую, Иерусалимскую и Смоленскую иконы Пресвятой Богородицы.

В апостольской деятельности Лука достиг преклонного возраста (более 80 лет от роду). Принял мученическую смерть от рук язычников в греческом городе Фивы. День памяти святого апостола и евангелиста Луки отмечается трижды: 4 января, 22 апреля и 18 октября [1—3].

В сонме святых Русская Православная Церковь различает и прославляет канонизированных ею врачей, снискавших почет и



Один из списков Владимирской иконы Божьей Матери.

уважение не только безвозмездным врачеванием страждущих, но и служением Иисусу Христу. К ним принадлежали, как утверждал архимандрит Тихон (А. Л. Тихомиров), «те блаженные мужи, которые, получив от Бога дарования исцелений и чудотворений, туне — без всякой мзды, врачевали недуги людей, стараясь в то же время исправить их нравственность и утвердить на пути добродетели».

К особому лику *бессребреников и чудотворцев*, по мнению архимандрита Тихона (1912), относились **Косма** и **Дамиан, Кир** и **Иоанн, Пантелеймон** и **Ермолай** [4]. Однако на храмовой иконе, находящейся в храме Космы и Дамиана на Маросейке (Москва), можно видеть образы и других святых целителей, не упомянутых им, включая **Сампсона (Страннопримца) и Диомида**.

Среди святых целителей, носивших имена **Косма** и **Дамиан**, обычно различают три разных семейства, в каждом из которых имелось два родных брата.

Одни из них жили в **Асии** (так называлась тогда часть Малой Азии). Ни время их рождения, ни время смерти не известно. Несомненно только то, что они жили не позднее IV века, так как в первой половине века следующего во имя их были устроены святые храмы. Отцом братьев был грек-язычник, а матерью —



Один из списков Смоленской иконы Божьей Матери, именуемой Одигитрия, что значит «Путеводительница».

христианка по имени Феодотия. Братья рано лишились отца. Однако матери, отказавшейся от всех радостей жизни и посвятившей себя воспитанию сыновей, удалось «внушить им страх Божий и любовь к добродетели». Обучившись грамоте и Священному Писанию, братья познали врачебную науку, а также целительные свойства растений и трав. И Косма, и Дамиан были наделены особой божественной благодатью — даром исцелений и чудотворений. Многие болезни прекращались, если они приступали к их лечению. Это привлекало к ним множество больных, от которых отказались или которым не смогли помочь другие врачеватели. Но большое число пациентов не было братьям в тягость. Чтобы дарованная им благодать стала доступнее для страждущих, они переходили из одного селения в другое, где «подавали исцеление» всем больным независимо от пола, возраста, звания или состояния. И делали это братья не для обогащения или земной славы.

Их цель была выше — самоотверженно служить страждущему человечеству во имя великого, но далекого Бога, любовь к которому они стремились выразить в любви к ближним своим. Поэтому Косма и Дамиан ни от кого никогда не принимали ни-



«Собор святых целителей» — храмовая икона храма Космы и Дамиана на Маросейке (Москва). Слева направо: Ермолай, Кир, Косма и Дамиан (Ассийские), Иоанн, Пантелеймон (нижний ряд); Косма и Дамиан (Римские), Сампсон (Страннопримец), Диомид, Косма и Дамиан (Аравийские) (верхний ряд).

какой награды за свои труды. Даром получили они божественную благодать исцелений и чудотворений, даром и раздавали ее всем, кто в ней нуждался. Об одном только просили братья исцеленных ими: твердо верить в Господа нашего Иисуса Христа и жить по его Священному Писанию. Если же «врачуемые» не были христианами, то Косма и Дамиан старались «обратить их к христианской вере». Таким образом, врачуя недуги телесные, они врачевали и недуги душевные.

В делах сострадания и милосердия прошла жизнь бессребреников и чудотворцев. Братья никогда не расставались друг с другом, вместе ходили, вместе врачевали и вместе молились. Сотворив немало знамений и чудес, первым с миром почил Косма, а через некоторое время после его кончины — и Дамиан. Их святые мощи были погребены в одной могиле. Вскоре на месте погребения была построена «церковь чудная и преславная», в которую не зарастала тропа для паломников из ближних и дальних стран.



«Святые Косма и Дамиан (*Асийские)*» — храмовая икона храма Космы и Дамиана на Маросейке (Москва).

Первый биограф святых бессребреников и чудотворцев утверждал, что легче измерить море и пересчитать звезды, нежели поведать о всех чудесных исцелениях больных, связанных с именами Космы и Дамиана, родившихся в Асии. Однако из этого множества он описал подробно лишь двенадцать, тогда как архимандрит Тихон кратко поведал только о шести. В нашем Отечестве установлен день памяти (1 ноября) святых бессребреников и чудотворцев Космы и Дамиана (*Асийских)*, которые преимущественно считаются покровителями детей. К ним прибегают с молитвой в начале школьного пути, чтобы эти мудрые врачи и наставники укрепили слабые детские силы в деле обучения и содействовали их развитию.

Может быть поэтому иконописцы прошлых лет обычно изображали братьев «с брадами оба средни равны», а также с птичьим пером в правой руке и со шкатулкой для лекарств — в левой. При этом Косма лишь поддерживал перо на весу, тогда как Дамиан держал его так, словно собирался использовать этот предмет для письма (или для обучения письму детей). Конечно, существуют и другие версии по поводу птичьего пера в руках

святых врачевателей. К примеру, В. О. Самойлов полагал, что в те времена заостренное птичье перо уже использовалось не только для письма, но и для хирургического лечения некоторых глазных болезней, включая трихиаз. Отсюда им был сделан вывод о принадлежности Космы и Дамиана (*Асийских)* к покровителям хирургов, так как только этих святых-врачей было принято изображать непременно с птичьим пером и шкатулкой для лекарств.

Два других родных брата, носивших имена Косма и Дамиан, жили в «вечном городе» Риме около второй половины III века. Их родители отличались не только знатностью и богатством рода, но и христианским вероисповеданием, унаследованным братьями. Привилегированное положение позволило им в юности заниматься изучением не только богословия, но и естественных наук, из которых врачебное дело стало делом всей жизни. Упорство братьев в познании разных людских недугов, а также целебных свойств дикорастущих растений и трав было замечено Господом, который благословил это намерение и наделил их особой благодатью — даром врачевания и исцеления многих болезней человека и животных. С тех пор большинство таких заболеваний уступало удвоенной силе Космы и Дамиана: больные выздоравливали в результате эффективного лечения и ухода за ними. Чудотворцы не только не брали никакой награды за чудесное исцеление, но и сами помогали неимущим. К примеру, они продали богатое имение, оставшееся после смерти родителей, а полученные деньги раздали нуждавшимся в них больше, чем они.

Братья верили, что сила, их руками избавлявшая людей и животных от болезней, есть всемогущая сила Христа. Поэтому в общении с больными людьми они выступали и как проповедники христианского вероисповедания, убеждавшие врачуемых ими в могуществе Спасителя — единого и истинного Бога. Те, кто поверил в него, исцелялись и несли эту веру другим. Так, ежедневно возрастало стадо Христово.

Чудесные исцеления больных, которые во множестве совершались братьями, стали причиной зависти их прежнего наставника, у которого Косма и Дамиан учились врачебному искусству. Добрая слава братьев затмевала его собственную, от которой оставались лишь полузабытые предания. Эта зависть привела учителя к убийству своих учеников. Призвав их к себе, он лестью уговорил Косму и Дамиана идти с ним в горы, где наступи-



«Святые Косма и Дамиан (*Римские*)» — храмовая икона храма Космы и Дамиана на Маросейке (Москва).

ло время сбора лекарственных трав. Далеко в горах наставник предложил братьям разойтись по разным лугам, чтобы каждому собрать больше сырья. Братья вновь послушались своего прежнего учителя. Но коварный наставник только и ждал этого часа. Сначала он напал на одного, а потом и на другого брата, «побив их каменьями». Тела убийца спрятал на берегу горного ручья, протекавшего неподалеку. Это произошло не позднее 285 г. Однако вскоре коварное убийство чудотворцев было раскрыто.

В результате один из языческих храмов Рима «был обращен в христианский» и назван в честь святых бессребреников и чудотворцев Космы и Дамиана (*Римских*). Согласно преданию, этот храм стоит и поныне. В нем начиная с VI века и до наших дней сохранились дивные мозаичные изображения этих святых, день памяти которых установлен 1 июля.

История отечественной иконописи сохранила несколько изображений Космы и Дамиана (*Римских*). Обычно их изображали молодыми людьми, как следовало из старинного источника: «Косма млад, аки Димитрий Селунский... Дамиан млад, аки Георгий мученик, кудреват.., в правых руках держат кресты, а в левых сосудцы» [4, С. 15].

Известны ещё братья, именовавшиеся Космой и Дамианом. Они родились и жили в Аравии в то же время, что и Косма и Дамиан из Рима. Подобно другим бессребреникам и чудотворцам, они получили образование в области медицины, которое немного помогало им при врачевании болезней. Но лишь получив от Бога благодать чудотворений, Косма и Дамиан (*Аравийские*) достигли выдающихся результатов в исцелении людских недугов. Они также не брали никакой мзды за лечение больных, врачуя именем Христа Спасителя.

Скоро слава о чудесных врачах достигла дворца правителя Лисия, проживавшего в Киликии, где еще царило идолопоклонничество. Правитель приказал арестовать братьев и доставить их во дворец, что и было выполнено.

Расспросив Косму и Дамиана о христианской вере, он приказал им отречься от нее, принеся в знак отречения жертву местным идолам. Когда братья наотрез отказались, Лисий велел бить их без милосердия, а потом связанных бросить в море.

Но Господь спас их от смерти. Косме и Дамиану удалось освободиться от уз и добраться до берега. Раздраженный правитель повелел заключить спасшихся братьев в темницу, а на другой день — бросить их в огонь. Но и пламя не причинило зла христианским мученикам, которых Господь продолжал хранить.

Тогда жестокий Лисий стал испытывать братьев новыми казнями. Когда не удалось их повесить, сначала он потребовал бросать в них камни, а потом стрелять из луков. Но и камни, и стрелы не причинили им вреда. Они отскакивали от тел их, как от стен, и поражали самих мучителей. Тогда правитель приказал обезглавить Косму и Дамиана мечом. Святые мученики приняли смерть с именем Христа на устах. Это случилось в конце III века, но память о святых бессребрениках и чудотворцах пережила столетия.

Свидетельства об их подвижнической деятельности сохранились и на территории современной Украины. Так, в воззвании комитета по сооружению храма во имя святого равноапостольного князя Владимира в Херсонесе Таврическом (древний город близ Севастополя) было сказано: «Сюда ⟨т. е. в Херсонес⟩ были сосланы на заточение святые бессребреники и чудотворцы Косма и Дамиан, довольно потрудившиеся в этом языческом городе в проповеди евангельской» [4, С. 21].

В Крыму, у подножия горы Чатырдаг, до сих пор сохранился родник, названный именем Космы и Дамиана (*Аравийских*). В день

памяти этих святых (17 октября) к нему по-прежнему приходят люди, чтобы поклониться чудотворцам и мученикам.

Святой целитель **Пантелеон**, позднее получивший имя **Пантелеймон**, родился в обеспеченной семье, владевшей несколькими богатыми поместьями. Его отец, Евстафий, был грекомязычником, поклонявшимся стародавним идолам. Мать же, Еввула, еще в родительской семье была воспитана в христианском благочестии и стремилась к тому, чтобы сын знал и почитал только единого и истинного Бога, живущего на небесах. Однако она оставила земную жизнь в молодых летах, когда Пантелеон еще не достиг совершеннолетия. Поэтому вскоре, подчинившись требованиям отца, он вместе с ним стал поклоняться языческим идолам. Когда юноша освоил школьную программу, Евстафий решил обучить его врачебному искусству и с этой целью определил сына учеником к врачу Евфросину, славившемуся в то время своим мастерством. Ученик, обладавший «крепкой памятью и быстрым умом» [5, С. 7], оказался понятливым и легко справлялся с премудростями будущей профессии. Вскоре по своим познаниям он намного опередил своих сверстников и уступал лишь наставнику Евфросину. Этот врач, кроме того, являлся придворным медиком при римском императоре Максимиане. Поэтому он нередко призывался во дворец к императору или его ближайшему окружению для исполнения врачебных обязанностей. В этих случаях он всегда брал с собой Пантелеона в качестве ближайшего и лучшего помощника. Там его впервые увидел император Максимиан, пожелавший, чтобы Евфросин достойно подготовил юношу к деятельности второго придворного врача.

В то же время в городе Никомидии (ныне — территория на северо-западе Малой Азии), где учился Пантелеон, проживал христианин Ермолай, скрывавшийся там от преследования того же римского императора-язычника, прослывшего жестоким гонителем иноверцев. Случилось так, что будущий врач, отправляясь к наставнику и возвращаясь обратно, всегда проходил мимо дома Ермолая — это был кратчайший путь. Так, ему нередко приходилось видеть через окно Пантелеона, лицо которого отражало и природный ум, и доброту, и чистоту, и скромность. Однажды, когда юноша в очередной раз проходил мимо его дома, Ермолай вышел навстречу и пригласил Пантелеона к себе. Юноша, доверясь Ермолаю, поведал о своей умершей матери, которая усердно наставляла его в вере христианской, пока была

жива. С тех пор эта вера осталась у него в душе. Рассказал Пантелеон и об отце, заставляющем его подчиниться «законам греческим» и почитать языческих богов. Юноша поделился с Ермолаем и своими ученическими заботами, пояснив, что прилежно изучает науки Эскулапа, Гиппократа и Галена, которые его отец находит весьма важными и полезными в жизни, надеясь, что сын со временем займет должность придворного врача и найдет свое место в свите императора Максимиана. Это мнение разделяет и его наставник в области врачебной профессии. «Только основательно усвоивший эти науки, — убеждает он, — будет в состоянии излечивать все людские болезни» [Там же].

Простодушие и чистосердечность юноши пришлись по душе Ермолаю, открывшему ему другую истину, известную только христианским проповедникам. Суть ее в том, что врачебные науки Эскулапа, Гиппократа и Галена представляют собой ничтожную часть в великом искусстве исцеления, которым обладает истинный и всесильный Бог — Иисус Христос. Поэтому опыт земных наставников оказывает слишком мало пользы его изучающим, если при этом не веровать в необычайную силу Христа. Верующий в истинного и всесильного Бога способен многократно увеличить собственные силы одним обращением к его имени. Таким образом, возможно исцеление многих болезней. Об этом свидетельствовал чудотворный дар исцелений, которым несомненно обладал Иисус Христос. Благодаря такому дару не только прозревали слепые и выздоравливали больные проказой, считавшейся врачами неизлечимой болезнью, но даже оживали умершие. Подобные чудеса возможны как путем обращения к самому Иисусу Христу, так и прикосновением к его сохранившимся частицам одежды, также имевшим целительную силу. Необычайная убежденность Ермолая в своей вере во всемогущество единого Бога привела к тому, что ею проникся и юноша Пантелеон. С тех пор он сам заходил к Ермолаю каждый раз, когда возвращался от наставника своего, врача Евфросина. Когда Пантелеон окончательно укрепился в христианской вере, Ермолай совершил обряд его крещения.

Есть сведения и о том, что Пантелеон обратил в христианскую веру и своего отца, ранее чтившего языческих богов. Евстафий поверил в единого и истинного Бога лишь после того, как его сын чудесным образом исцелил слепого, истратившего на лечение у других врачей почти все свое состояние, считавшееся немалым [6, С. 283].



Икона святого Пантелеймона.

После смерти отца христианин Пантелеон унаследовал богатое имение. Затем он даровал свободу своим рабам и начал раздавать нуждавшимся остальное богатство, исцеляя таким образом царившую кругом нищету. Преуспел он и во врачебном искусстве, где ему была дарована Богом особая благодать исцелений. Он не стал придворным врачом императора и его семьи. Но зато он получил имя Пантелеймона, т. е. ***всемилостивого.*** Так произошло потому, что Пантелеон не раз доказал свою милость ко всем без исключения. На деле, а не на словах он утешал неутешных, раздавал свое богатство тем, кто нуждался больше его самого, и неустанно врачевал больных без какого-либо вознаграждения за этот труд. Поэтому жители города Никомидии перестали обращаться к другим врачам, так как ни у одного из них нельзя было получить такой действенной врачебной помощи, как у Пантелеймона, чудесным образом исцелявшего многие болезни и не принимающего ни от кого награды.

Необычайная популярность Пантелеймона стала предметом зависти и вражды со стороны остальных городских врачей. Они прислали донос императору Максимиану. В нем указывалось, что Пантелеймон издевается над великим Эскулапом, врачебное

искусство которого он хорошо изучил, так как свои успехи в излечении больных он перестал приписывать ему. Более того, Пантелеймон издевается и над греческими богами, считая их силы ничтожными и предпочитая всех их одному Иисусу Христу, именем которого он исцелил немало больных. Но самым опасным из деяний Пантелеймона доносчики считали переход на его сторону всех тех, кого он вылечил.

«Все, кого он врачует, — писали они императору, — доверяют ему, и потому он без труда убеждает их оставлять наших богов» [5, С. 17]. Явное пренебрежение верой предков, проявленное Пантелеймоном, не было оставлено Максимианом без внимания. Он велел арестовать иноверца и возмутителя спокойствия в городе Никомидии и приговорил его к мученической смерти. Святой Пантелеймон мужественно принял все страдания, выпавшие на его долю.

«Все, умершие за Христа, — говорил он своим мучителям, — не погибли, но получили жизнь вечную» [Там же, С. 25]. Язычники обезглавили его, а тело бросили в костер. Однако оно не сгорело в нем, а было тайно предано земле христианами. Глава святого Пантелеймона, как великая христианская святыня, хранится в Русском Пантелеймоновом монастыре, находящемся на святой горе Афон (Греция) [7].

В правление императора Максимиана (284—305 гг.) в Никомидии и в окрестностях города было казнено около 20 000 последователей Иисуса Христа. Одним из таких мучеников за веру стал священник **Ермолай** из Никомидии, крестивший целителя Пантелеймона. Когда его схватили язычники, они обещали сохранить ему жизнь, если он публично принесет жертву языческим богам и тем самым отречется от христианской веры. Однако Ермолай ответил язычникам решительным отказом, выразив готовность пострадать за Иисуса Христа. Погиб мученической смертью (был обезглавлен). День памяти святого Ермолая празднуется 26 июля, накануне дня памяти святого Пантелеймона [8]. На некоторых иконах священномученик Ермолай и святой целитель Пантелеймон изображаются вместе.

Святой Пантелеймон считается покровителем медиков, включая врачей и средний медицинский персонал. Кроме того, в царствование Петра Великого он был признан и святым покровителем молодого российского флота, так как в день его памяти (27 июля) были одержаны две крупные морские победы над шведами — при Гангуте (1716 г.) и при Гренгаме (1720 г.).

Святой **Самсон (Страннопримец)** родился в Риме от «чсты царского происхождения» [9, С. 308] и потому получил образование, достойное его высокого рода. Особенно тщательно он изучил врачебное искусство, чтобы помогать страждущему человечеству. После смерти родителей Сампсон продал унаследованное им богатое имение, а полученные таким образом деньги раздал бедным и нуждавшимся в них больше, чем он сам. После этого он поселился уединенно в одном из пустынных мест. Однако затворничество продолжалось недолго. Вскоре Сампсон оказался в Константинополе, где стал владельцем небольшого дома. Это жилище он приспособил для проживания странников и бездомных, которым он оказывал посильную материальную, а также врачебную помощь. В результате Сампсон, как содержатель приюта для странников и обездоленных, был прозван ***страннопримцем***. О его самоотверженном служении делу милосердия стало известно и константинопольскому патриарху, который посвятил его в сан священника. Кроме того, он пользовался широкой известностью как безмездный врачеватель, на счету которого имелось несколько случаев исцеления больных, считавшихся неизлечимыми. Сохранилось предание об обращении к Сампсону даже императора Юстиниана, долго страдавшего от тяжелой болезни. Когда наступило выздоровление, император предложил врачевателю значительную часть своих сокровищ, но Сампсон не принял царского подарка. Вместо этого он просил его построить еще один ***странноприимный*** дом в Константинополе, чтобы оказывать всяческую помощь еще большему числу странников и обездоленных сограждан. Император поспешил исполнить это пожелание. В результате дело милосердия, которому Сампсон (Страннопримец) как содержатель приютов, искусный врачеватель и христианский священник посвятил всю свою жизнь, одержало победу. Он достиг глубокой старости и скончался в Константинополе около 530 г., где был погребен в церкви священномученика Мокия.

Память о святом целителе **Сампсоне** издавна принято чтить и в России. Как известно, в день церковного празднования его памяти (27 июня) была одержана победа в Полтавской битве (1709 г.). С тех пор святой Сампсон был провозглашен покровителем российского воинства. Петр I построил в его честь одну из первых церквей Санкт-Петербурга, велел устроить подле нее первое городское кладбище и назвал Сампсониевским проспект, проложенный по кратчайшей дороге, ведущей в Швецию, а так-

же мост, соединявший город (Петербургскую сторону) с его предместьем (Выборгской стороной).

Святой целитель **Кир** родился в египетском городе Александрии, известном богатыми традициями в области медицины. Здесь, получив образование, он начал врачебную практику. Здесь же среди большинства язычников Кир стал одним из немногих тогда христиан. Исповедуя мотивы христианского подвижничества, он лечил больных бесплатно. Когда они пытались как-то отблагодарить своего врачевателя, то Кир просил их обращать эту благодарность в молитвах к Богу, уверяя, что истинным целителем является Иисус Христос, а он лишь земной проводник его небесной воли. Когда в Александрии начались преследования христианских проповедников, организованные императором Диоклетианом, Кир удалился в Аравийскую пустыню, где христианам жилось спокойнее. Здесь продолжались его чудесные исцеления телесных и душевных страданий аравийских кочевников. Молва о чудесах, творимых христианским врачевателем, приходила в поселения раньше его самого. Она же привлекла к нему бывшего воина **Иоанна**, ставшего его верным учеником и последователем как во врачебном деле, так и в проповеди христианского вероучения. Иоанн, поселившись вместе с Киром, старался во всем походить на своего наставника. В скором времени он тоже овладел искусством врачевания и стал самостоятельно и безвозмездно исцелять больных.

Кто-то из арабских кочевников сообщил Киру, что в египетском городе Канопе преследователи христиан схватили христианку Афанасию вместе с тремя малолетними дочерьми и собираются мучить их до тех пор, пока те не отрекутся от христианской веры. Намереваясь предложить себя в обмен на свободу женщины и детей, Кир и Иоанн пришли в город Каноп, где сообщили о себе правителю города. Вместо обмена он велел схватить их и подвергнуть жестоким пыткам в присутствии христианки Афанасии и ее дочерей. В результате истязаний и Кир, и Иоанн были обезглавлены. Их останки были захоронены близ того же города. Это произошло в 311 г. Спустя 100 лет мощи святых Кира и Иоанна были перенесены в селение Мануфин, близ города Канопе. Сейчас они находятся в Мюнхене. Поэтому иконописные образы Кира и Иоанна нередко изображаются вместе. День памяти святого целителя и мученика Кира отмечается 31 января [11].

Святой целитель **Диомид** родился в городе Тарсе, где получил врачебное образование, а затем стал исповедовать христиан-

ское вероучение. Оказывая помощь больным, он в то же время просил язычников обратиться к Иисусу Христу, отказавшись от идолопоклонничества. Таким образом Диомид, исцеляя больных и проповедуя христианство, путешествовал по разным городам и селениям, пока не пришел в город Никею, находившийся на территории Малой Азии. Здесь он был схвачен слугами языческого императора Диоклетиана, преследовавшего христиан, и повезен ими на судилище в Никомидию. Но по дороге целитель, помолившись, умер. День памяти святого целителя и мученика Диомида отмечается 17 августа [12].

Историки медицины дополнили список святых целителей, образы которых можно видеть на храмовой иконе храма Космы и Дамиана на Маросейке (Москва). Так, к сонму святых-врачей III—IV веков ими дополнительно были отнесены **Киприан и Трифон.**

Святой **Киприан** родился в Антиохии в IV веке. Он считался философом и *волхвом*, т. е. хранителем (по М. Б. Мирскому, 2000 г.) богатейших медицинских познаний языческих времен, к тому же занимался на практике лекарским знахарством [13]. Став христианином и проповедником вероучения Иисуса Христа, Киприан отрекся от *волхвования* и сжег лекарские книги языческого содержания. В дальнейшем был рукоположен во епископа. Принял мученическую смерть (был обезглавлен) в Никомидии (ныне — город Измит, Турция) во времена императора Максимиана, 26 или 28 сентября 304 г. [14].

Святой **Трифон** родился в первой половине III века во Фригии, в одном из селений, находившихся близ города Апамеи (в начале XX века — турецкий город Динер), в семье небогатых поселян. История не сохранила имена его родителей. Известно лишь, что они были христианами. Трифон был одаренным ребенком и уже с детских лет отличался необыкновенным даром целительства и способностью творить чудеса. Молва о чудесных исцелениях юноши Трифона даже достигла «вечного города» Рима, где в те времена правил император Гордиан. Случилось так, что дочь императора, прекрасная душой и телом, вдруг заболела страшным недугом. В нее якобы вселился злой дух, немилосердно мучивший бедную царевну, которая, чтобы избавиться от него, кидалась то в огонь, то в воду. В Рим были созваны самые искусные врачи, но ни один из них не сумел излечить или даже облегчить страданий девушки. Тогда в императорский дворец был доставлен 17-летний Трифон, изгнавший злого духа из

царской дочери. Обрадованный отец предложил юному чудотворцу щедрые дары, которые тот с благодарностью принял, но не для себя, а чтобы поддержать тех, кто нуждается больше его. Возвращаясь в отчий дом, Трифон по дороге раздавал подарки императора нищим и обездоленным. После возвращения в его жизни ничего не изменилось: он продолжал дело христианского милосердия, исцеляя больных, помогая бедным и вразумляя заблудших.

Римский император Гордиан царствовал недолго. Вскоре после него императорский престол языческого Рима занял Декий (249—251 гг.), который не отличался веротерпимостью и прослыл жестоким гонителем христиан. Поэтому в скором времени епарху Аквилину, правителю Фригии, последовал донос от части ее жителей. В нем утверждалось, что Трифон не только христианин и целитель, но и христианский проповедник. Зная искусство врачевания, он ходит по фригийским селениям, исцеляя больных и заодно обращая их в веру христианскую. Правитель Аквилин, живший в Никее, прослыл строгим и ревностным исполнителем предписаний своего императора. Он немедленно разослал воинов по всей Фригии, чтобы отыскать Трифона и доставить его в Никею для суда. Когда они выполнили приказ правителя, Аквилин потребовал от Трифона отречься от христианской веры. Только таким путем он мог еще остаться в живых. Но Трифон отказался от измены вере, заявив Аквилину, что готов отдать за нее даже жизнь. Он достойно встретил мученическую смерть (был обезглавлен) в 250 г. Никейские христиане тайно перенесли его тело в селение Кампсад, где он родился, и там предали земле, «научая тем и нас свое отечество любити» [15]. День памяти святого мученика Трифона отмечается 1 февраля [16]. Части мощей святого Трифона хранятся в церкви святого Трифона, что в Напрудной (Москва), в Киево-Софийском соборе (Киев, Украина), а также в Покровском соборе Русского Пантелеймонова монастыря, находящемся на святой горе Афон (Греция) [17].

Список целителей тех далеких лет, отнесенных к лику святых Православной Церкви, может быть продолжен. К их числу принадлежат **Кодрат и Фалалей**, жившие в III веке.

Святой **Кодрат** был найден новорожденным младенцем в пустыне близ города Коринфа. Родила его христианка Руфина, скрывавшаяся от преследования за веру со стороны римских властей. Когда он вырос, то научился искусству врачевания бо-

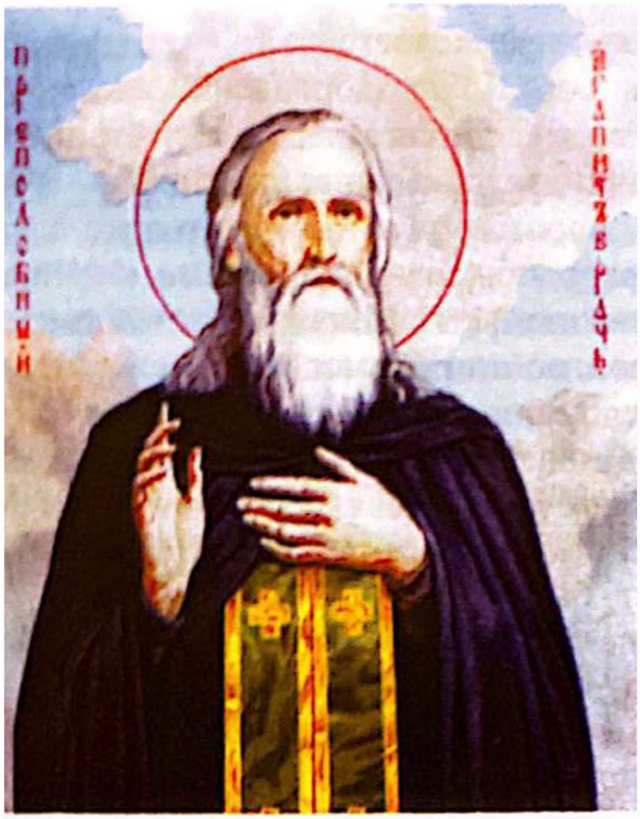
лезней. Живя уединенно в горах, он время от времени посещал Коринф, безвозмездно занимаясь там врачебным делом. В годы правления римского императора Декия (249—251 гг.) Кодрата вместе с другими христианами арестовал коринфский правитель Насон. Он потребовал, чтобы они под угрозой смерти публично отреклись от христианского вероучения. Однако Кодрат отказался подчиниться правителю города и выбрал для себя мученическую смерть (был обезглавлен). День памяти святого мученика Кодрата отмечается 10 марта [18].

Святой бессребреник **Фалалей** был, по преданию, сыном ливанского воеводы. Изучив врачебное искусство, он прославился тем, что «безмездно лечил больных», успешно исцеляя их от различных недугов. Был арестован римскими властями, как христианин, но не отрекся от христианской веры, несмотря на пытки. Принял мученическую смерть (был обезглавлен) в 284 г. в городе Киликии (ныне — территория Малой Азии). День памяти святого бессребреника и мученика **Фалалея** отмечается 20 мая. В наши дни его мощи находятся в монастыре греческого острова Наксос [19].

Во времена Византийской империи прославился искусный врач **Павсикакий** (умер в 606 г.), лечивший больных безвозмездно, вне зависимости от их материального положения. Известен тем, что исцелил императора Маврикия. «За святость жизни» был рукоположен во епископа. День памяти святого **Павсикакия** отмечается 13 мая [20].

После обращения в христианство Киевскую Русь стали прославлять другие врачеватели, не покладавшие рук для дела христианского милосердия и поэтому отнесенные к лику православных святых. К ним относились **Антоний Печерский, Агапит, Алимпий, Лаврентий Печерский** и др.

Одним из первых в русской земле просиял бывший византийский монах-подвижник, преподобный **Антоний Печерский** (983—1073), основатель Киево-Печерской лавры, где находилась древнейшая на Руси монастырская больница. Приняв пострижение в Афонском монастыре (Византия), он постиг основы врачебного искусства. В 1028 г. Антоний пришел в Киев, где стал монахом-отшельником Берестовой горы (жил в ее пещере) и занимался врачебной деятельностью. Об этом, в частности, указывалось в летописи: «Яко же бо он, великий, покрываа свою святость, больныа исцеляше от своеа яди, мияся тем врачевное зелие подаваа, и тако здрави бываху молитвою его» [21]. В 1051 г.



Икона святого Агапита.

вместе с монахом Феодосием основал Киево-Печерскую лавру, получившую название от пещер (*древнерус.* — печеры), в которых жили монахи.

К когорте особо славных врачевателей Киево-Печерской лавры принадлежал «святой и блаженный **Агапит**» (?—1095) [22, 23]. Он был ближайшим учеником Антония Печерского. Врачеватель Агапит бесплатно лечил как мирян, так и обитателей монастыря, сам готовил для больных лекарства, учил их применению, а также сам ухаживал за тяжелобольными, которым было не по силам обслуживать себя. Тем самым этот «безмездный врач» приобрел широкую известность в Киевской Руси.

Однажды он исцелил внука Ярослава Мудрого черниговского князя Владимира Всеволодовича, который впоследствии стал киевским князем (1113—1125 гг.) и был известен в истории как Владимир Мономах. Потеряв надежду на исцеление, князь Владимир попросил преподобного Агапита прийти к нему. Однако Агапит, не выходивший за пределы Киево-Печерской лавры и лечивший только на территории обители, отказался исполнить волю князя: «Если я пойду из монастыря для князя, — ответил он, — то должен буду делать то же и для простых людей». Тем

не менее послал князю своего «зелья», от которого Владимир быстро поправился. По выздоровлении князь пожелал щедро вознаградить своего исцелителя и послал Агапиту богатые дары. «О чадо мое, — сказал посланнику Агапит, — я никогда и ни от кого не брал даров за лечение». И только после усиленных просьб взял преподобный Агапит княжеские дары и раздал их нищим. По мнению М. Б. Мирского, Агапит не принял вовсе княжеских даров, но потребовал, чтобы князь сам раздал их нищим, что и было исполнено Владимиром. «И услышали о нем в городе, что в монастыре есть некто лечец, и многие больные приходили к нему и выздоравливали» [22]. Мощи святого Агапита сохранились в склепе Киево-Печерской лавры. По его черепу в 1985 г. был воссоздан облик этого замечательного врача-монаха. День памяти святого Агапита отмечается 1 июня.

Кроме того, древнерусскими хрониками был отмечен преподобный **Алимпий** (?—1114). Ему удавалось излечивать прокаженных, которых не могли вылечить «волхвы и неверные люди» [22]. К тому же Алимпий был талантливым художником-иконописцем. Этому ремеслу он научился у пришедших в Киев греческих мастеров. Ему даже удавалось использовать некоторые иконописные краски в качестве основы для мазей, которые он успешно применял при лечении проказы и кожных заболеваний.

В том же XII веке как искусный врачеватель прославился преподобный **Лаврентий Печерский**, служивший делу милосердия сначала в одном из киевских монастырей, а затем и в Киево-Печерской лавре. Он достиг действительно выдающихся результатов в своей врачебной практике, которые летописцами объяснялись не иначе, как божественным даром исцеления больных. Высокими оказались достижения Лаврентия Печерского и в деле служения Господу нашему. Он был рукоположен во епископа в Турове, где и закончил свои земные дни. После его кончины мощи святого были перенесены в Киево-Печерскую лавру, где и почивают до наших дней. День памяти святого Лаврентия Печерского отмечается 29 января [24].

Лечебным делом занимался и патриарх **Никон**, когда по определению Московского собора он в 1666 г. был сослан в Ферапонтов монастырь. По мнению М. Б. Мирского, документально установлено, что здесь начиная с 1672 г. Никон вел прием больных — читал над ними молитвы, мазал их освященным маслом, давал им разные лекарства. Вероятно, он считался искус-

ным «лечцом» потому, что за советами и лекарствами народ собирался толпами «перед кельею» его [25].

Один из помощников Никона, дьякон Мардарий, приобретал для него в Москве «для лекарства деревянное (оливковое) масло, оной ладан, скипидар, траву чечуй, целебиху, зверобой, нашатырь, квасцы, купорос, камфару и камень безуй» [26]. Из этих компонентов и других продуктов (мед, свиное сало, утиный жир и пр.) составлялись разные лекарства, которые использовались Никоном для лечения больных. При этом Никон часто добивался успеха. Впоследствии следственным властям, посланным собором 1676 г., указано было «все Никоновы лекарства, коренья, травы, водки, мази сжечь на огне и бросить в реку, чтоб от него ничего не осталось» [27].

Искусным врачевателем проявил себя архиепископ Холмогорский и Вятский Афанасий, осваивавший науку врачевания по книгам Патриаршей библиотеки в Москве. При Холмогорском монастыре Афанасий завел аптеку, где содержался широкий набор лекарств, часть из которых доставлялась из столицы. Об этом может свидетельствовать рукопись «Тетрадь преосвященного Афанасия архиепископа Холмогорского», хранящаяся в Библиотеке Российской академии наук. В ней приводилась «роспись» лекарств: масел (гвоздичного, мятного, анисового, полынного), мазей (диалтейной, попилевой, белильной, бобковой), порошков сложного состава, сиропов и бальзамов. Афанасий являлся автором нескольких научных трудов, в том числе медицинской тематики. Наибольшую ценность из них представляет «Преосвященного Афанасия архиепископа Холмогорского и Вятского Реестр из доктурских наук», находящийся на хранении в Военно-медицинском музее в Санкт-Петербурге. Этот труд историк медицины И. Л. Аникин справедливо считал одной из первых российских фармакопей [28].

В XX веке Святитель Лука (Войно-Ясенецкий) был прославлен как местночтимый святой (1996 и 1999 гг.). В августе 2000 г. архиепископ Симферопольский и Крымский Лука (Войно-Ясенецкий) причислен к лику святых Новомучеников и Исповедников Российских для общецерковного почитания. Кроме того, Святитель Лука (1877—1961) известен как видный российский хирург, труды которого по праву принадлежат к числу лучших шедевров отечественной медицины.

В том же 2000 г. увидело свет пятое издание классической монографии Святителя Луки «Очерки гнойной хирургии». По



Памятник архиепископу Симферопольскому и Крымскому Луке в Пироговском центре.

воле Господа, честь подготовить предисловие к этому изданию была оказана мне — вашему покорному слуге.

В 2004 г. на территории Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова в Москве (Пироговский центр) был установлен памятник Святителю Луке (Войно-Ясенецкому) работы скульптора В. Д. Балашовой и архитектора Т. Н. Милорадович.

В Пироговском центре не только свято чтят память о Святителе Луке. Здесь претворяют в жизнь пророческие предначертания выдающегося хирурга. При жизни Святителю Луке не удалось создание клиники и кафедры гнойно-септической хирургии в пределах СССР, несмотря на беспримерные усилия, предпринятые им.

Эта практическая задача, поставленная хирургом В. Ф. Войно-Ясенецким, решена в 2003 г., когда в составе Пироговского центра была развернута клиника гнойно-септической хирургии, которая теперь носит имя Архиепископа Луки (Войно-Ясенецкого). Она является учебной базой кафедры хирургических инфекций Института усовершенствования врачей при Пироговском центре, где с 2004 г. проводятся занятия с группами вра-

чей-интернов и аспирантов, хирургов и терапевтов разных специальностей.

На этом пути осуществляется преемственность поколений отечественных хирургов. То, что не удалось предшественникам, остается нашей задачей. То, что мы не успеем, выполнят те, кто следует за нами.

Жизнь и деятельность архиепископа и хирурга В. Ф. Войно-Ясенецкого в последние десятилетия привлекала внимание многих исследователей. Причина общеизвестна — небывалый поворот общества ранее воинствовавших атеистов к покаянию и вере. Поэтому большинство из них стремилось к отображению той части его жития, которая больше была связана с образом Святителя Луки, чем с деятельностью земского врача и хирурга В. Ф. Войно-Ясенецкого.

Об этом свидетельствуют монографии, посвященные В. Ф. Войно-Ясенецкому на рубеже XX—XXI веков. К примеру, для журналиста М. А. Поповского, чья книга о Святителе Луке неоднократно переиздавалась (1979, 1996, 2001 и др.) [29—31], Войно-Ясенецкий был сначала священнослужителем высокого ранга и лишь потом — хирургом. Подобной точки зрения придерживались также священнослужитель В. Марущак (1997, 2004 и др.) [32, 33] и экономист, философ, общественный деятель В. А. Лисичкин (1999, 2001 и др.) [34—36], которые отображали этот образ прежде всего в лице Святителя, Святого или великомученика.

Правда, В. А. Лисичкин в качестве близкого родственника Святителя больше и детальнее остальных останавливался на характеристике его врачебной деятельности. Вместе с тем до сегодняшнего дня она продолжает оставаться малоизвестной для большинства почитателей врачебного искусства В. Ф. Войно-Ясенецкого, которое долгое время оставалось в тени его высокого церковного сана. Поэтому большинство из нас знакомилось только с теми фактами из врачебной биографии архиепископа, какие он считал нужным изложить в воспоминаниях, продиктованных секретарю в 1958 г. и опубликованных в последние годы (1995, 1998 и др.) [37, 38].

Остальные публикации, подготовленные сослуживцами и соратниками по профессии в виде воспоминаний или статей юбилейного характера, достойно отражают лишь отдельные, наиболее драматические эпизоды такой деятельности, не создавая впечатления ее цельности и должной завершенности.

Поэтому мы взяли на себя труд и ответственность в надежде восстановить основные этапы врачебной работы архиепископа, без которых облик Святителя Луки и хирурга Войно-Ясенецкого в одном лице оставался неполным.

Нет сомнений, что его многолетняя самоотверженная врачебная деятельность, направленная на облегчение физических страданий больных, не могла не привести к другой цели жизни, ставшей со временем главной, — облегчению душевных страданий и мук.

Служение церкви и медицинская деятельность нередко соседствовали в семейном укладе. Многие врачи прошлых лет, когда христианское милосердие на Руси считалось нормой жизни, не только являлись выходцами из семей священнослужителей, но и выпускниками духовных учебных заведений. К их числу, в частности, относился киевский профессор хирургии А. Д. Павловский, ставший одним из первых наставников студента-медика Войно-Ясенецкого на хирургическом поприще.

А. Д. Павловский к тому же принадлежал к лучшим выпускникам Императорской Медико-хирургической академии, закончив обучение в ней в 1881 г., когда скончался первый хирург России Н. И. Пирогов. Он принадлежал к плеяде российских хирургов, принявших эстафету беззаветного служения хирургии из рук умиравшего гения и пронесших ее через жизнь [39].

От великого Николая Пирогова [40] — к выдающемуся киевскому хирургу Павловскому, а от него — к земскому хирургу и профессору Войно-Ясенецкому. Так создавался прочный сплав духовности и врачебного искусства, преемственности хирургических поколений Отечества, сила которых достигла небывалой высоты в житии архиепископа Луки и деятельности хирурга В. Ф. Войно-Ясенецкого.

Детские и юношеские годы Валентина Ясенецкого-Войно

«Жатвы много, а делателей мало. Итак, молите Господина жатвы, чтобы выслал делателей на жатву свою»

(*Мтф. 9; 37*)

Валентин Феликсович Ясенецкий-Войно (Войно-Ясенецкий)[1] родился в городе Керчи Таврической губернии в 1877 г. в многодетной семье потомственного дворянина.

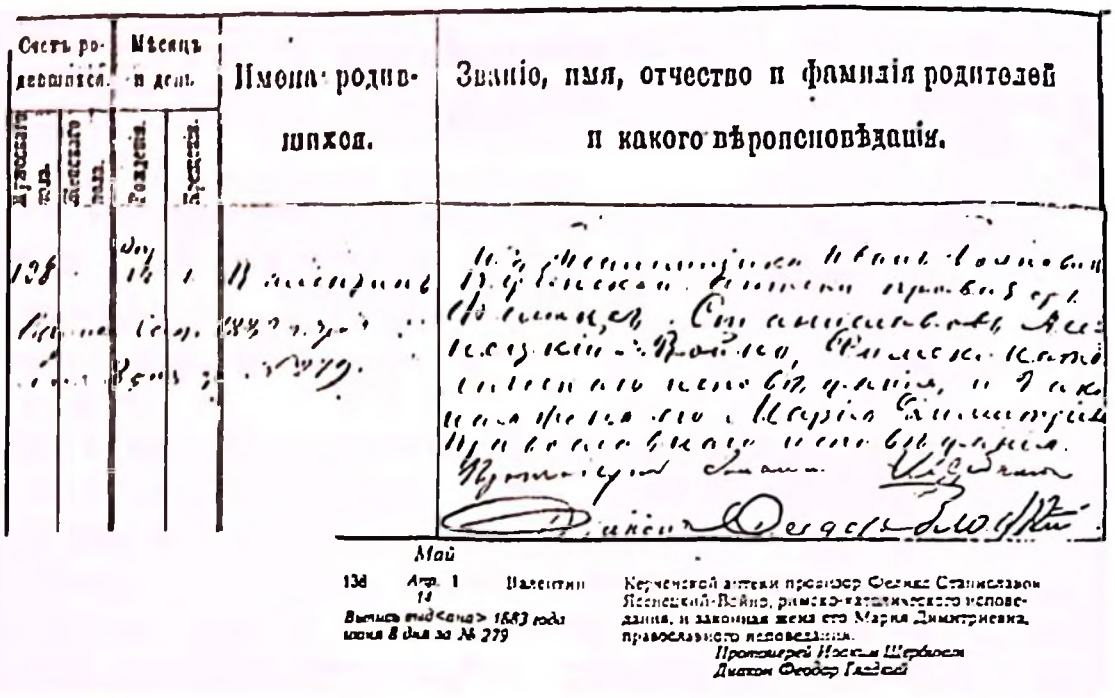
Его отец, Феликс Станиславович, католического вероисповедания, был родом из Могилевской губернии и принадлежал к древнему знатному роду Войно-Ясенецких, чья родословная вела свое начало с XVI века. Предки Феликса Станиславовича служили при дворах польских и литовских властителей. Однако скоро этот род измельчал, его отец и дед будущего Святителя был мельником, жил в деревенской глуши, в курной избе, ходил в лаптях. Тем не менее он сумел дать Феликсу Станиславовичу университетское образование, благодаря которому тот получил сначала профессию аптекарского помощника (фармацевта), а затем и провизора.

Удалось установить, что Феликс Станиславович стал аптекарским помощником еще в 1862 г., удостоившись этого звания на медицинском факультете Киевского университета Святого Владимира [41, С. 159]. В течение последующих 15 лет ему удалось повысить свою квалификацию и удостоиться высшей степени аптекарского мастерства, звания провизора.

Мать Валентина Феликсовича, Мария Дмитриевна (до замужества — Кудрина), православного вероисповедания, происходила из мещан Харьковской губернии. Она была сильной и властной женщиной, определявшей порядок семейных отношений. В отличие от нее в быту Феликс Станиславович выглядел человеком тихим и не навязывал детям своих взглядов. Воспитанием детей, в том числе и религиозным, занималась жена. В результате его дети (3 сына и 2 дочери) стали исповедовать пра-

---

[1] По нашим данным, будущий Святитель и хирург до 1929 г. включительно был известен как Ясенецкий-Войно. Привычный порядок написания его двойной фамилии (Войно-Ясенецкий) изменился начиная с 1930 г.



Фрагмент метрической книги за 1877 г., свидетельствующий о рождении В. Ф. Ясенецкого-Войно 14 апреля (по старому стилю).

вославие. «В нашей православной семье он, как католик, был несколько отчужден», — писал впоследствии Святитель [37, 38].

В течение многих лет Феликс Станиславович занимался аптечным делом. Сначала он заведовал частной аптекой в Керчи, затем в Херсоне и Кишиневе. Так, кочуя по югу России, семья Ясенецких-Войно добралась до Киева, где и обосновалась окончательно в 1889 г. В Кишиневе будущий Святитель и хирург закончил 3 класса II кишиневской гимназии. Учился успешно, неплохо рисовал для своего возраста. Поэтому в Киеве[2], где он продолжил классическое образование тоже во II гимназии [42—45], Валентин стал одновременно посещать Киевскую рисовальную школу. Здесь он проявил немалые способности и даже участвовал в одной из передвижных художественных выставок, где представлялась его лучшая работа, изображавшая старика-нищего, стоявшего с протянутой рукой.

Частые перемены мест работы являлись свидетельством коммерческих неудач Феликса Станиславовича в аптечном деле. Будучи «человеком удивительно чистой души» [37, 38], он безмерно доверял своим помощникам, хотя не раз оказывался окруженным нечестными людьми, которые обманывали его, пользу-

---

2 Квартира Ясенецких-Войно была тогда в центре города, на Крещатике.



Свято-Троицкий собор города Керчи, в метрической книге которого можно видеть запись о рождении будущего Святителя и хирурга (из собрания В. Кацубинского).

ясь доверчивостью. Поэтому в Киеве ему пришлось расстаться с частной аптекой и перейти на государственную службу.

Гимназические успехи Валентина были хуже, чем в рисовании незамысловатых сюжетов. Ему не давались точные науки, особенно математика. Зато гуманитарные предметы (богословие, философия, история) всегда привлекали его внимание более остальных.

Накануне окончания им киевской гимназии в семье Ясенецких-Войно произошла трагедия. Старшая сестра Валентина, крайне впечатлительная курсистка, была настолько потрясена ужасом Ходынской катастрофы[3], что выбросилась из окна третьего этажа. Она осталась в живых, получив тяжелые переломы бедренной и плечевой костей, а также закрытые повреждения почек. «Впоследствии образовались почечные камни, — как писал Святитель, — от которых она умерла, прожив только двадцать пять лет» [Там же]. Последствия полученных поврежде-

---

[3] Ходынская катастрофа — это гибель сотен людей во время коронации Николая II в результате стихийной давки, возникшей в ходе народных гуляний, проводившихся в Москве на Ходынском поле в 1896 г.

ний заставили ее безмерно страдать вплоть до смерти. Страдания старшей сестры, безусловно, стали одним из поводов для выбора врачебной профессии.

В 1896 г. юноша закончил обучение в киевской гимназии, пройдя испытания (экзамены) по словесности, латинскому и греческому языкам, геометрии и алгебре [46]. По доброй традиции вместе с аттестатом о среднем образовании он получил от директора гимназии Новый Завет в качестве напутствия в самостоятельную жизнь. Он хранил святую книгу много лет, постоянно обращаясь к ней. В результате множество страниц Завета, содержание которых в разное время производило «глубочайшее впечатление» на Валентина Феликсовича, оказались отмеченными красным карандашом.

Его университеты

«Я изучал медицину с исключительной целью быть всю жизнь деревенским, мужицким врачом, помогать бедным людям»

(В. Ф. Войно-Ясенецкий)

После получения аттестата зрелости Валентин оказался на распутье. Ему предстоял нелегкий выбор между осознанным влечением к живописи и занятием «тем, что полезно для страдающих людей» [37, 38]. Поначалу профессия художника показалась предпочтительнее, и будущий Святитель в 1896 г. решил поступать не куда-нибудь, а только в Петербургскую академию художеств. Однако уже во время конкурсных вступительных экзаменов в эту академию он изменил первоначальное решение, о чем немедленно известил мать, как главу семейства Ясенецких-Войно.

Окончательный выбор склонялся все-таки к поступлению на медицинский факультет, так как юноша считал себя «не в праве заниматься тем, что мне нравится» [Там же]. Более того, он уверял родителей, что «обязан» приносить пользу в деле облегчения человеческих страданий. Тогда оно связывалось исключительно с врачебной профессией. Однако это желание в том же году не исполнилось: поступать на медицинский факультет оказалось поздно.

Правда, в 1896 г. еще оставалась возможность поступления на юридический факультет Киевского университета, где уже учился его старший брат Владимир. Чтобы не терять напрасно целый год, Валентин, как нередко бывает, последовал уговорам семьи, и особенно старшего брата, став студентом-первокурсником юридического факультета. Здесь он в течение года «с интересом изучал историю и философию права, политическую экономию и римское право» [Там же].

Летом 1897 г. Валентина вновь неудержимо повлекло к изучению живописи. На этот раз он отправился в Германию, в Мюнхен, где поступил в частную художественную школу профессора Книрра. Но здесь учебный путь будущего живописца был недолог. Уже через 3 недели он возвратился в Киев, где продолжал занятия рисованием и живописью как самостоятельно, так и «с группой товарищей». С тех пор Валентин каждый день

ездил в Киево-Печерскую Лавру или другие киевские храмы, а по возвращению оттуда делал домашние зарисовки характерных жанровых сцен. Это были наброски и эскизы молившихся, среди которых выделялись колоритные фигуры богомольцев, приходивших в лавру из разных мест, преодолевая ради этого сотни и тысячи верст. Развивая наблюдательность, юноша внимательно вглядывался в людской поток на киевских улицах, площадях, базарах и в прочих местах скопления народа, чтобы потом сохранить в своих эскизах «все ярко выраженные черты лиц, фигур, движений» [Там же]. Лучшие зарисовки он продолжал приносить в Киевскую рисовальную школу, которую закончил в год получения гимназического аттестата зрелости (1896 г.). Там его не забывали хвалить и даже наградили премией за серию набросков, сделанных в киевских храмах.

Кроме того, он взял за правило ходить каждый день версты две вдоль берега Днепра «для отдыха от этой работы», предаваясь во время прогулок размышлениям на богословские и философские темы.

Тогда же Валентин не менее «страстно» увлекся «этическим учением Льва Толстого» [Там же]: дома спал в спартанских условиях (на полу на ковре) и, уезжая за город, косил траву и рожь вместе с крестьянами, стараясь не отставать от них.

Наверняка эти малопонятные занятия юноши обсуждались на семейных советах, где главенствовала Мария Дмитриевна. Нет сомнений, что она стремилась направить увлечения сына в более привычное русло, что-то запрещала или ограничивала, проявляя заботу о будущем его благополучии.

Может быть поэтому 30 октября 1897 г. юноша даже написал письмо Л. Н. Толстому, где просил писателя повлиять на суровую мать, которая противилась его увлечениям. Одновременно Валентин спрашивал разрешения графа, чтобы приехать в Ясную Поляну и жить там под его присмотром. Но это юношеское увлечение продолжалось недолго. Случайно или нет, но вскоре в руках Валентина оказалась работа Л. Н. Толстого под названием «В чем моя вера». Прочитав ее, он сделал вывод, что «толстовство есть не что иное, как издевательство над Православием» [33, С. 6]. С тех пор с этим учением было покончено навсегда. К тому же и ответа от великого писателя Валентин не дождался.

Вторую половину 1897 г. и начало следующего, когда он оставил юридический факультет Киевского университета, окон-

чательно отказался от обучения живописи, отрекся от «толстовства», но не стал поступать на медицинский факультет, хотя вполне мог это сделать. Святитель называл впоследствии «довольно странным годом» [37, 38]. Тогда с горячностью юности он вдруг решил, что ему не следует учиться на медицинском факультете университета в течение 5 лет, чтобы стать полезным для простого народа, облегчая страдания сельских жителей. Того же результата можно достичь раньше, как полагал он, если стать фельдшером или сельским учителем.

Над этой народнической идеей Валентин не только бесплодно размышлял. Однажды он надумал претворить ее в жизнь и отправился к директору народных училищ Киевского учебного округа. При встрече юноша просил о немедленном устройстве его в одну из сельских школ в качестве учителя начальных классов. Но этот директор оказался на редкость проницательным человеком. Он сделал больше, чем смогли родные и близкие Валентина, вместе взятые.

Как лицо постороннее, директор народных училищ предусмотрительно не стал принимать «в штыки» малопонятное желание вчерашнего гимназиста. Он сделал вид, что разделяет народнические устремления молодого человека. Вместе с тем директор энергично убеждал повременить с ними, потому что врач сможет принести простому народу стократ больше пользы, чем просто фельдшер или сельский учитель. Эти мудрые аргументы оказались решающими. Так, киевский директор народных училищ, оставшийся безвестным, сумел определить окончательный выбор будущей профессии Валентина Ясенецкого-Войно. Но свое предназначение в земной жизни этот наставник, безусловно, выполнил, направив в нужное русло стремления будущего Святителя и хирурга.

С этого решающего дня юноша возобновил подготовку к поступлению на медицинский факультет Киевского университета и стал его студентом начиная с 1898/99 учебного года [47].

На рубеже XIX—XX веков в университете обучалось свыше 2000 студентов, в том числе более 1000 только на медицинском факультете, тогда как на каждом его курсе — около 200. Киевляне по праву гордились своим детищем, справедливо полагая, что Киевский университет занимает первое место... после Москвы и Петербурга [48].

В главном корпусе кроме администрации университета и помещений других факультетов располагались некоторые теорети-

ческие кафедры медицинского факультета (общественной гигиены и медицинской полиции; фармакологии с рецептурой, токсикологией и учением о минеральных водах; фармации и фармакогнозии, нормальной физиологии, медицинской химии и др.).

С главным корпусом соседствовали здания нескольких факультетских клиник, в том числе хирургической, терапевтической, глазной и акушерско-гинекологической. Они располагались на огромном пространстве, ограниченном Большой Владимирской улицей и Бибиковским бульваром с одной стороны и Караваевской и Назарьевской улицами — с другой.

Комплекс госпитальных клиник медицинского факультета, включавший хирургическую, терапевтическую, дерматологическую, сифилитических и венерических болезней, а также судебно-медицинское[4] и психиатрическое отделения, размещался на территории Киевского военного госпиталя.

Остальные клиники (нервных болезней, пропедевтическая и детская) размещались на базе городской больницы цесаревича Александра или Александровской, как чаще ее называли.

Обособленно от остальных кафедр и клиник медицинского факультета (на Фундуклеевской улице) находилось здание так называемого «анатомического театра», где были кафедры описательной анатомии человека, гистологии с эмбриологией, общей патологии[5], судебной медицины, а также оперативной хирургии с топографической анатомией.

В течение первого полугодия первого курса на медицинском факультете преобладали общеобразовательные предметы, которые, казалось, не имели отношения к будущей врачебной специальности. Это был переломный период для молодого студента, которому трудно давалось изучение точных или естественных наук. Ведь еще с гимназического времени он терпеть не мог ни физики, ни химии. Они вызывали резкое неприятие у Валентина Феликсовича, «почти отвращение», как вспоминал он. Однако будущий Святитель и хирург сумел перебороть себя, справиться с первыми трудностями и не оставить учебы на медицинском факультете.

«Когда я изучал физику, химию, минералогию[6], — писал он впоследствии, — у меня было почти физическое ощущение, что

---

[4] Для экспертизы живых лиц.

[5] Теперь это кафедра патологической физиологии.

[6] Учение о природных минералах и их свойствах, полезных для человека.



Фасад главного корпуса Киевского университета Святого Владимира (Большая Владимирская улица, 1896 г.).

я насильно заставляю мозг работать над тем, что ему чуждо. Мозг, точно сжатый резиновый шар, стремился вытолкнуть чуждое ему содержание» [37, 38].

Так трудно было только на первых порах. Вскоре трудности стали соседствовать с учебными успехами. Уже во второй половине первого курса студент Ясенецкий-Войно начинает учиться на одни пятерки. Тогда же он «неожиданно чрезвычайно заинтересовался анатомией» [Там же]. Это была описательная (нормальная) анатомия человека, изучение которой, с одной стороны, еще сопутствовало изучению общеобразовательных предметов, но, с другой — уже служило преддверием к новому и неизведанному курсу врачебных наук. Лишь в конце первого учебного года окончательно выяснилось, что выбор будущей профессии был наконец сделан. На этом время бесплодных исканий закончилось.

Изучая остеологию, т. е. раздел описательной или нормальной анатомии, посвященный строению костей человека, Валентин Феликсович «рисовал и дома лепил их из глины, а своей

препаровкой трупов сразу обратил на себя внимание всех товарищей и профессора анатомии» [Там же]. Так своеобразно продолжались домашние занятия рисованием, которые теперь были подчинены главной задаче — изучению человеческого скелета. Они не добавили сложностей, потому что в Киевском университете костные препараты можно было получить для изучения на дом, под расписку, так же как и учебники в университетской библиотеке.

Такую необычную и, надо отметить, передовую технологию ввел профессор М. А. Тихомиров, заведовавший кафедрой описательной анатомии человека и одновременно исполнявший обязанности декана медицинского факультета в 1898/99 учебном году [49]. Этим и другими новшествами ему удалось настолько заинтересовать юного студента, что юношескую увлеченность анатомией будущий хирург сохранил не только во время учебы в университете, но и в течение многих последующих десятилетий.

Лекции и практические занятия профессора М. А. Тихомирова, посвященные остеологии, артрологии[7], миологии[8], а также нормальной анатомии нервной системы и органов чувств, стали краеугольным камнем, заложенным им в фундамент врачебной подготовки будущего Святителя и хирурга. Первые результаты его высокой миссии стали очевидными уже на втором курсе, когда товарищи и однокурсники Ясенецкого-Войно «единогласно решили», что в скором времени он станет «профессором анатомии» [37, 38]. Через 20 лет их пророчество действительно сбылось.

К числу первых учителей будущего профессора можно отнести и приват-доцента Н. Н. Жука, читавшего специальный курс спланхнологии, или описательной анатомии «грудной и брюшной полости и органов, в них расположенных» [50].

В конце XIX—начале XX века киевские студенты-медики для подготовки к практическим занятиям использовали «Руководство по описательной анатомии человека», принадлежавшее видному московскому хирургу и анатому Д. Н. Зернову [51]. Таким образом, можно утверждать, что и он приложил усилия к формированию фундамента врачебной подготовки многих воспитанников Киевского университета, включая и Ясенецкого-Войно.

---

[7] Раздел анатомии, где изучается строение суставов человека.

[8] Раздел анатомии, где изучается строение мышечной системы человека.



Факультетские клиники медицинского факультета (1890 г.).



Анатомический театр медицинского факультета Киевского университета (1896 г.).



М. А. Тихомиров.

На младших курсах Киевского университета для Валентина Феликсовича не все занятия живописью были связаны с изучением нормальной анатомии человека. Об этом может свидетельствовать его «Автопортрет». Нет сомнений, что это одна из удачных работ автора, выполненных в реалистической манере. Здесь с фотографической точностью переданы не только внешние черты, но угадывается характер Ясенецкого-Войно. Взгляд молодого человека на «Автопортрете» выражает спокойствие и уверенность в себе. Очевидно, он не принадлежит к «робкому десятку», представители которого нуждаются в похвале и одобрении собственных действий другими лицами. Твердость и сила — это достойные черты характера будущего хирурга, проявившиеся в юные годы и не растраченные в течение всей жизни.

М. А. Поповский в известной работе, посвященной архиепископу и хирургу, был уверен, что в Киевском университете студент Ясенецкий-Войно особенно не проявил себя. По его мнению, он не принимал участия в работе студенческих кружков, где пытливым студентам удавалось решить те или иные научные задачи, не выступал с научными докладами на заседаниях медицинских обществ, не проявлял активности в общественной жизни медицинского факультета.



Студент Ясенецкий-Войно (автопортрет, 1900 г.).

Все это правильно лишь отчасти, так как в одном студенческом кружке Валентин Феликсович все-таки с удовольствием занимался. Это был единственный в университете кружок изобразительного искусства, который он посещал в первые студенческие годы. Если итогом таких посещений стал только «Автопортрет» молодого студента, то этой одной работы достаточно, чтобы признать его деятельность в кружке выдающейся и заслуживающей уважения.

На третьем курсе, приступив к изучению оперативной хирургии с топографической анатомией под руководством профессора П. И. Морозова, будущий Святитель «страстно увлекся изучением операций на трупах» [37, 38]. Сначала они представляли собой перевязки крупных сосудов (артерий) в разных отделах конечностей. Затем такие операции стали усложняться выполнением их на сосудах грудной и, особенно, брюшной полостей. От простого к сложному: в этом заключалась логика изучения оперативной хирургии, заложенная «первым хирургом России» Н. И. Пироговым.

Кроме того, эти оперативные вмешательства на трупах служили киевским студентам-медикам напоминанием о начале хирургической деятельности «первого хирурга», так как его дис-



Занятия студенческого кружка в кабинете изящных искусств проводит искусствовед профессор Г. Г. Павлуцкий. За столом сидит (крайний справа) студент Ясенецкий-Войно (начало XX века).



П. И. Морозов.

сертация на соискание степени доктора медицины была посвящена именно перевязке крупных артериальных стволов. Отсюда каждый студент-третьекурсник с удовольствием мог представить себя в роли начинающего «Пирогова» и поэтому считал делом чести достойное изучение оперативной хирургии.

Итак, на кафедре П. И. Морозова обучение студентов азам новой учебной дисциплины начиналось с изучения важнейших топографо-анатомических областей человеческого тела и продолжалось самостоятельным проведением простейших оперативных вмешательств по перевязке артериальных сосудов различной локализации. При этом одним из основных учебных пособий кафедры оставался атлас Н. И. Пирогова под названием «Хирургическая анатомия артериальных стволов и фасций» (1882), переизданный в Санкт-Петербурге после его смерти. Это был надежный путь формирования плеяды великих хирургов Отечества, когда на достижениях и на «плечах» одних готовились другие, будущие корифеи.

Операции по перевязке артериальных сосудов считались ювелирным делом. К нужной артерии надо было «добраться» так, чтобы не повредить ее. При этом не должны пострадать близлежащие анатомические образования. Это достигалось тща-

тельным, послойным препарированием мягких тканей, которое Ясенецкий-Войно сравнивал с «тонкой художественной работой». В новом деле очень пригодилось его «умение весьма тонко рисовать», потому что разнообразные топографические соотношения артериальных, венозных и нервных стволов было легче запомнить, если к тому же зафиксировать их на собственном рисунке. Так, по образному выражению Ясенецкого-Войно, он «из неудавшегося художника» превращался в художника «анатомии и хирургии» [Там же].

На кафедре киевского профессора П. И. Морозова было принято свято чтить память о «первом хирурге России», с именем которого он связывал немало личных воспоминаний.

В частности, еще в мае 1881 г. П. И. Морозов был избран делегатом от медицинского факультета Харьковского университета, где он преподавал тогда, и командирован в Москву для участия в торжественном праздновании 50-летнего юбилея врачебной и научной деятельности Н. И. Пирогова. Несколько дней, проведенных в его обществе, стали лучшими днями в жизни начинающего хирурга. С тех пор он предварял занятия на своей кафедре рассказом о незабываемых событиях, происходивших в актовом зале Московского университета, где он познакомился с Пироговым лично при «поднесении ему приветственного адреса» [52], и о товарищеском ужине, состоявшемся в колонном зале Благородного собрания, где эта встреча продолжалась.

В 1895—1896 гг. П. И. Морозов приложил немало организационных усилий по проведению в Киеве VI Пироговского съезда врачей и был даже избран его председателем. Эти события, конечно, способствовали особому отношению к имени Пирогова, которое поддерживалось П. И. Морозовым в течение долгого времени работы на кафедре оперативной хирургии с топографической анатомией. Нет сомнений, что добрые семена, посеянные им, нашли благодатную почву в душе студента Ясенецкого-Войно.

Они не взошли мгновенно, еще в годы учебы на медицинском факультете, как очень хотелось журналисту М. А. Поповскому, автору первой монографии об архиепископе и хирурге Войно-Ясенецком. Их всходы росли медленно, чтобы со временем превратиться в тех колоссов и исполинов, какими нам представляются сегодня выдающиеся научные труды и достижения в практической хирургии, принадлежащие профессору Ясенецкому-Войно (Войно-Ясенецкому).

Но в основе каждого из них можно видеть знаковые краеугольные камни, заложенные гением Пирогова, опытом М. А. Тихомирова и талантом П. И. Морозова. Эти наставники и учителя с третьего курса медицинского факультета начали формирование будущего врача Ясенецкого-Войно.

На том же курсе он был избран старостой из 200 своих однокурсников. Причиной избрания стал конфликт, вспыхнувший между двумя студентами-медиками — поляком и евреем. В результате поляк ударил по щеке еврея. Студент Ясенецкий-Войно, крайне возмущенный случившимся, незамедлительно выступил против обидчика и после одной из лекций произнес в студенческой аудитории «страстную речь, обличавшую безобразный поступок студента-поляка» [37, 38]. Ему пришлось вспомнить одну из древнегреческих историй про философа Сократа, спокойно отнесшегося к выходке жены, вылившей ему на голову грязную воду из горшка.

Это было первое публичное выступление будущего Святителя перед большой аудиторией, позволившее не только овладеть ее вниманием, но и произвести на однокурсников незабываемое впечатление, благодаря которому они тут же избрали Валентина Феликсовича старостой курса. Избрание означало доверие и уверенность в том, что отныне он будет представлять и защищать на курсе интересы слабых и обездоленных, т. е. тех, кто действительно нуждался в помощи и каких-то мерах защиты.

В те времена предмет оперативной хирургии с топографической анатомией занимал особое место в подготовке будущих врачей. Ему уделялось больше внимания, чем в наши дни, потому что большинство оперативных вмешательств, доступных студентам-медикам, проводилось исключительно на трупах. Отсюда эти предметы изучались не только на третьем курсе, но и на четвертом и даже на пятом, а заключительным этапом такого изучения становился экзамен, принимавшийся медицинской испытательной комиссией университета, итоговая оценка которого заносилась в лекарский (врачебный) диплом.

По этой причине к числу наставников Ясенецкого-Войно в этой области врачебного искусства принадлежал и заслуженный ординарный профессор О. А. Рустицкий, проводивший практические занятия по оперативной хирургии с топографической анатомией в «секционной зале судебно-медицинского кабинета». На старших курсах он закрепил первичные навыки будущего хирурга в деле перевязки артерий на протяжении, а также предо-

ставил ему возможность проявить себя в производстве ампутаций и экзартикуляций[9], резекций различного вида, а также в техническом выполнении ряда оперативных вмешательств на черепе, лице, органах грудной и брюшной полостей, области малого таза. Кроме того, в качестве специальных разделов для изучения выделялись операции, проводившиеся на конечностях с учетом топографии сосудистой, мышечной и нервной систем.

В освоении студентами операций, выполнявшихся на органах грудной и брюшной полостей, включая область тазовых органов, ассистентом О. А. Рустицкого являлся приват-доцент Н. Н. Михайлов, проводивший практические занятия как в операционной кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией, так и в помещении анатомического театра.

Так, видные киевские хирурги П. И. Морозов и О. А. Рустицкий, а также Н. Н. Михайлов стали учителями будущего хирурга В. Ф. Ясенецкого-Войно, привив ему смолоду такие хирургические навыки, экспериментальная и практическая разработка которых осуществлялась в свое время многими ведущими хирургами России и Европы, включая великого Н. И. Пирогова.

Об этом наглядно свидетельствовали учебники и учебные пособия, отлично проштудированные студентом Ясенецким-Войно только по этому предмету. Среди них, помимо пироговского атласа, значились «Курс оперативной хирургии» (1898), автором которого являлся видный московский хирург А. А. Бобров, а также работы многих хирургов из стран Западной Европы, включая Bergmann'a, Kocher'a, Mikulicz'a, Reclus'a, Treves'a и других [53].

Эти наставники и первые учителя Ясенецкого-Войно подготовили его теоретически к успешному восприятию курса общей хирургии, которым заведовал видный киевский хирург А. Д. Павловский.

Этот профессор стал знаменит успешным сочетанием практической хирургии с деятельностью высококвалифицированного микробиолога. К распознаванию возбудителей многих хирургических инфекций он приобщился во время нескольких заграничных командировок, проведенных в парижском Институте Пастера. Поэтому на кафедре общей хирургии медицинского факультета Киевского университета имелась собственная микробиологическая лаборатория.

---

[9] Вид ампутации, проводимой на уровне сустава.



А. Д. Павловский.

Совмещение разных врачебных профессий давало возможность Павловскому более квалифицированно и результативно противостоять хирургическим инфекциям в те времена, когда в арсенале хирургов не было антибиотиков и других эффективных средств борьбы с ними.

На этой кафедре студент Ясенецкий-Войно впервые увидел в окуляре микроскопа стрепто- и стафилококков, являвшихся наиболее распространенными возбудителями гноеродных инфекций.

Отсюда он вынес отчетливые представления о принципах асептики и антисептики, незыблемое соблюдение которых давало возможность хирургам прошлого успешно производить сложные оперативные вмешательства на органах брюшной и грудной полости.

Здесь студент Ясенецкий-Войно впервые выяснил, как должен настоящий хирург беречь от микротравм собственные кисти рук[10] и почему ему не следует чистить овощи или работать с землей в саду.

---

[10] Тогда дерптский хирург Цеге-фон-Мантейфель еще не изобрел такие резиновые перчатки, чтобы в них было можно оперировать.

С этих пор скальпель и микроскоп тоже станут, по примеру А. Д. Павловского, сопутствовать его будущей хирургической деятельности.

Микробиологическая деятельность хирургической кафедры оказывала существенное влияние на содержание учебного процесса. В частности, в ее учебном плане традиционно фигурировали учение о ранах, в том числе их классификация и виды осложнений, учение о переломах и вывихах, а также десмургия или искусство наложения повязок различного рода. С открытием микробиологической лаборатории в нем дополнительно появились не только учение о воспалении и нагноении ран различного вида, но и о некоторых клинических формах нагноений, включая абсцессы, флегмоны, панариции и др.

Так, на кафедре А. Д. Павловского студент Ясенецкий-Войно впервые познакомился с некоторыми проблемами гнойной хирургии, в решении которых он станет в будущем признанным отечественным авторитетом. Поэтому его первым учителем в этой области можно считать именно А. Д. Павловского, ординарного профессора кафедры хирургической патологии и терапии (или общей хирургии, говоря современным нам языком).

В то же время одним из ближайших помощников профессора являлся приват-доцент Н. М. Волкович (в будущем также известный хирург), проводивший на базе Александровской больницы практические занятия со студентами по десмургии с учением о переломах и вывихах. Ему персонально был обязан Ясенецкий-Войно доскональным знанием правил и особенностей наложения на рану повязок любого вида, включая кровоостанавливающие, защищающие от микробного загрязнения, сохраняющие покой конечности (иммобилизирующие), лечебного характера и др.

Среди первых учителей студента Ясенецкого-Войно нельзя забывать и видного киевского офтальмолога А. В. Ходина, заведовавшего кафедрой офтальмологии с офтальмологической клиникой. В ее стенах будущий Святитель и хирург досконально освоил клинику, диагностику и лечение болезней преломляющего, сосудистого и «зрительно-нервного» аппаратов глаза, в том числе аномалии рефракции и аккомодации, болезни роговицы, хрусталика и стекловидного тела, глаукомы[11], а также заболева-

---

[11] Повышение внутриглазного давления.



А. В. Ходин.

ний радужной оболочки, ресничного тела, сетчатки и зрительного нерва. Здесь теоретическое изучение болезней глаза и его придатков сопровождалось клиническими разборами больных, присутствием студентов на операциях, а также выполнением ими простейших оперативных вмешательств на больных.

Успешному достижению учебных целей немало способствовало несколько руководств по офтальмологии, опубликованных профессором А. В. Ходиным и предназначенных для врачей и студентов. В частности, к ним относились «Практическая офтальмология», выдержавшая 5 изданий, а также «Курс глазных операций», увидевший свет в 1881 г.

К тому же А. В. Ходин был известен как основатель периодического издания — журнала «Вестник офтальмологии» [54].

Такими были первые наставники студента Ясенецкого-Войно, которые особенно затронули его впечатлительную юношескую душу, привив нужные для практического врача знания и навыки по своим специальностям.

Вместе с тем на медицинском факультете Киевского университета было множество других преподавателей. Каждый из них внес свою, на первый взгляд малозаметную, лепту в обучение и

воспитание студента Ясенецкого-Войно. Их совокупные усилия тоже не пропали даром, составив основу для широчайшей эрудиции, необычайной точности и быстроты клинического мышления будущего хирурга, офтальмолога и анатома.

Это они воспитали в нем преданность врачебной профессии, готовность к самопожертвованию во имя спасения другой жизни, милосердное отношение к больному вне зависимости от его вероисповедания, имущественного и сословного положения.

Среди преподавателей студента Ясенецкого-Войно было несколько ученых с мировым именем. К ним принадлежали выдающийся патологоанатом В. К. Высокович (в монографиях М. А. Поповского ошибочно указан Выскович) и видный физиолог В. В. Подвысоцкий (М. А. Поповский указывал его инициалы как В. П.). К этой группе М. А. Поповский причислял и «знаменитого хирурга» Г. Е. Рейна, который на деле был более известен как акушер-гинеколог, создавший в Киевском университете образцовую акушерско-гинекологическую клинику, одну из лучших в Европе.

Вместе с тем профессор Г. Е. Рейн не мог читать лекций и проводить практические занятия на курсе, где учился студент Ясенецкий-Войно, как утверждал журналист Поповский. Незадолго до начала его собственного учебного курса по акушерству и гинекологии Георгий Ермолаевич переехал из Киева в Санкт-Петербург, где возглавил одну из акушерско-гинекологических кафедр в Императорской Военно-медицинской академии.

Из видных терапевтов, обучавших Ясенецкого-Войно, М. А. Поповский справедливо отмечал профессоров Ф. А. Леша и В. П. Образцова, но не уделил внимания К. Э. Вагнеру и К. Г. Тритшелю, сменившему профессора М. А. Тихомирова на посту декана медицинского факультета, когда на нем учился Ясенецкий-Войно.

К примеру, профессор К. Э. Вагнер стал известен тем, что по его инициативе и под его руководством в Киеве была организована первая в России «станция скорой помощи», которая в свое время считалась лучшей в Европе. Это необыкновенное достижение киевского ученого сопровождалось плодотворной разработкой способов оказания скорой и неотложной помощи терапевтическим больным. Поэтому студенту Ясенецкому-Войно, видевшему свое призвание в карьере земского врача, было чему поучиться у выдающегося специалиста по диагностике терапевтических заболеваний, каким заслуженно считался К. Э. Вагнер.



В. Ф. Ясенецкий-Войно, студент старших курсов медицинского факультета Киевского университета Святого Владимира (1903 г.).

Удивительно, но в наши дни удалось обнаружить в Центральном историческом архиве Москвы **подлинник** врачебного диплома, выданного В. Ф. Ясенецкому-Войно на медицинском факультете Киевского университета после успешной сдачи 22 испытаний (выпускных экзаменов), проводившихся в течение сентября—октября 1903 г.

В дипломе приводились итоговые оценки, полученные В. Ф. Ясенецким-Войно на этих экзаменах. Нельзя не учитывать, что в российских университетах начала XX века знания будущих врачей оценивались иначе, чем в наши дни. В них существовала трехбалльная система оценки знаний[12].

Отсюда оценка «весьма удовлетворительно» тех лет может приравниваться к современной «отлично», а оценка «удовлетворительно» означает нечто среднее между «4» и «3». Мы приводим все экзаменационные оценки будущего Святителя и хирурга, указанные в дипломе, поскольку в монографии М. А. Поповского можно встретить другие результаты выпускных экзаменов.

---

[12] При получении неудовлетворительной оценки назначалась переэкзаменовка студента, но эта оценка в дипломе не фигурировала.

В подлиннике врачебного диплома В. Ф. Ясенецкого-Войно 17 оценок, по нашим данным, соответствовали отличному показателю:

— по описательной анатомии — весьма удовлетворительно;
— по гистологии — весьма удовлетворительно;
— по патологической анатомии и патологической гистологии — весьма удовлетворительно;
— по оперативной хирургии и топографической анатомии — весьма удовлетворительно;
— по физиологии — весьма удовлетворительно;
— по общей патологии — весьма удовлетворительно;
— по медицинской химии — удовлетворительно;
— фармакологии с рецептурой и учением о минеральных водах — весьма удовлетворительно;
— по фармации с фармакогнозией — удовлетворительно;
— по частной патологии и терапии — весьма удовлетворительно;
— по учению о нервных и душевных болезнях — весьма удовлетворительно;
— по учению о кожных и венерических болезнях — весьма удовлетворительно;
— по учению о детских болезнях — весьма удовлетворительно;
— по терапевтической клинике — весьма удовлетворительно;
— по кожно-венерической клинике — весьма удовлетворительно;
— по офтальмологии — весьма удовлетворительно;
— по акушерству с учением о женских болезнях — весьма удовлетворительно;
— по хирургической клинике — весьма удовлетворительно;
— по офтальмологической клинике — весьма удовлетворительно;
— по гигиене с медицинской полицией — удовлетворительно;
— по судебной медицине с токсикологией — удовлетворительно;
— по эпизоотическим болезням и ветеринарной полиции — удовлетворительно» [55].

Поэтому студент Ясенецкий-Войно «...определением Медицинской испытательной комиссии при Императорском Университете Св. Владимира 15 октября 1903 г. удостоен звания лекаря **с отличием** (выделено нами. — *Ю. Ш.*) со всеми правами и преимуществами...». Тот из студентов, кому удавалось набрать наи-

большее число экзаменационных баллов, т. е. получить 22 оценки «весьма удовлетворительно», считался «первым по успехам» и награждался золотой медалью с занесением его имени на особую мраморную доску, где значились имена выпускников-отличников прошлых лет.

По меньшей мере безответственно выглядит один из выводов М. А. Поповского об успеваемости будущего Святителя и хирурга во время обучения на медицинском факультете Киевского университета. Он был приведен в нескольких монографиях, но мы будем цитировать его по первой из них, увидевшей свет в 1979 г. В ней указывалось, что «пятерки далеко не всегда украшали его студенческий матрикул... Итоговые тройки он получил даже по таким предметам, как факультетская и госпитальная хирургия... Будущий блестящий хирург-глазник имел также тройки по офтальмологии и десмургии (учение о хирургических повязках)» [29, С. 43].

Конечно, журналист Поповский мог не знать, что ни один врач не позволит себе назвать офтальмолога «глазником», а повязки еще и «хирургическими» (как будто они бывают другими). Но «троек» по офтальмологии, а также по факультетской и госпитальной хирургии (см. результат экзамена по хирургической клинике, приведенный в подлиннике врачебного диплома) у видного офтальмолога и хирурга В. Ф. Ясенецкого-Войно точно не было. Это подтверждается итоговыми оценками, которые можно видеть в дипломе Святителя и хирурга.

Кроме того, Поповский ссылался и на то, что в годы учебы «сыну фармацевта»[13] якобы «не давалась... и наука о приготовлении лекарств. В экзаменационных списках студентов медицинского факультета Университета Св. Владимира проф. Ю. Лаутенбах упорно выводил студенту Войно-Ясенецкому двойки и тройки» [Там же]. Это глубокомысленное заключение он даже сопровождал грамотной ссылкой на архивный источник.

Однако компетентность автора, не увидевшего различий между фармацевтом и провизором, кажется сомнительной. Это ощущение может усилиться, так как преподаватель, фамилия которого приведена Поповским, во-первых, не был профессором, а только приват-доцентом, во-вторых, точное начертание его фамилии и инициалов было как Ю. П. Лауденбах (вы-

---

[13] В другом разделе работы М. А. Поповского отец студента, Феликс Станиславович, был назван им провизором.

делено нами. — *Ю. Ш.*), а в третьих, он даже не имел никакого отношения к науке о приготовлении лекарств. На деле этот приват-доцент являлся преподавателем кафедры фармакологии с рецептурой и преподавал науку о действии лекарственных средств [50, С. 38—85]. Судя по подлиннику врачебного диплома, по этому предмету у Ясенецкого-Войно также была отличная оценка.

Следует признать, что грамотные архивные ссылки, приводимые М. А. Поповским в этой и других монографиях, посвященных Святителю и хирургу, не всегда сопровождались грамотными выписками из архивных документов. Это обстоятельство ограничивает достоверность исторических сведений о деятельности медицинского факультета Киевского университета, указанных в них. Поэтому выводы Поповского, сделанные по поводу успеваемости студента медицинского факультета Ясенецкого-Войно, следует воспринимать более взвешенно.

Сам же Святитель и хирург в своих воспоминаниях иначе рассказывал об итогах учебы на медицинском факультете.

«Государственные экзамены я сдавал блестяще, на одни пятерки, и профессор общей хирургии[14] сказал мне на экзамене, — писал он в 1958 г.: — „Доктор, вы теперь знаете гораздо больше, чем я, ибо вы прекрасно знаете все отделы медицины, а я уже многое забыл, что не относится прямо к моей специальности"» [37, 38]. Эти сведения Войно-Ясенецкого вполне подтверждаются оценками, имеющимися в его лекарском дипломе.

Вместе с тем, как мы теперь знаем, в его дипломе были не только пятерки. Но и другие оценки видный хирург не пытался скрывать на склоне дней своих. В воспоминаниях 1958 г. приводит он занимательный эпизод о получении тройки на выпускных экзаменах. Это был экзамен по медицинской[15] химии, который состоял из двух частей — теоретической и практической. Теоретическая часть была сдана на «отлично», а в ходе практической следовало выполнить качественную реакцию по определению сахара в моче.

Студенты одинаковы во все времена. Поэтому Святитель написал, что он **знал от лаборанта кафедры** о наличии сахара в той порции мочи, которую ему надо было исследовать на прак-

---

[14] По нашим данным, это был выдающийся киевский хирург А. Д. Павловский.

[15] Теперь она называется биологической химией.

тической части экзамена. Но в ходе исследования им была допущена ошибка. Она привела к отрицательному результату этой качественной реакции: сахар, заведомо находившийся в исследуемой порции, обнаружить не удалось. Затем последовало самое интересное.

«Когда профессор, не глядя на меня, спросил: „Ну, что вы там нашли?" — писал Войно-Ясенецкий, — я мог бы сказать, что нашел сахар» [Там же]. Но этого он не сделал, а сообщил профессору действительный результат: качественная реакция проведена, однако сахар не обнаружен. Эта была настоящая, заслуженная тройка, о которой почему-то не упоминал М. А. Поповский. Однако она не помешала студенту Ясенецкому-Войно получить диплом с отличием.

Лекарский или врачебный диплом будущего хирурга сопровождало так называемое «факультетское обещание», которое соответствовало современной «клятве Гиппократа». Поэтому позволим себе привести его без особых купюр:

«Принимая с глубокой признательностью даруемые мне наукою права врача и постигая всю важность обязанностей, возлагаемых на меня сим званием, даю обещание в течение всей своей жизни ничем не омрачать чести сословия, в которое нынче вступаю...

Обещаю во всякое время помогать, по лучшему моему разумению, прибегающим к моему пособию страждущим, свято хранить вверяемые мне врачебные тайны и не употреблять во зло оказываемого мне доверия.

Обещаю продолжать изучать врачебную науку и способствовать всеми своими силами ее процветанию, сообщая ученому свету все, что открою.

Обещаю не заниматься приготовлением и продажею тайных средств.

Обещаю быть справедливым к своим сотоварищам-врачам и не оскорблять их личности, однако же, если бы того потребовала польза больного, говорить правду прямо и без лицеприятия. В важных случаях обещаю прибегать к советам врачей, более меня сведущих и опытных; когда же сам буду призван на совещание, буду по совести отдавать справедливость их заслугам и стараниям» [55, Л. 3].

Судя по дате выдачи лекарского диплома, он был получен В. Ф. Ясенецким-Войно 14 февраля 1904 г., через 4 месяца после официального завершения выпускных экзаменов.

ДИПЛОМЪ.

Предъявитель сего **Валентинъ Феликсовичъ Ясенецкій-Войно**, сынъ потомственнаго дворянина, вѣроисповѣданія православнаго, *по удовлетворительномъ* выдержаніи полукурсового испытанія и по зачетѣ опредѣленнаго уставомъ числа полугодій на Медицинскомъ факультетѣ ИМПЕРАТОРСКАГО Университета Св. Владиміра, подвергался испытанію въ Медицинской Испытательной Коммиссіи при Университетѣ Св. Владиміра въ Сентябрѣ и Октябрѣ мѣсяцахъ 1903 года, при чемъ оказалъ слѣдующіе успѣхи: по **описательной анатоміи**—*весьма удовлетворительные*; по **гистологіи**—*весьма удовлетворительные*; по **патологической анатоміи и патологической гистологіи**—*весьма удовлетворительные*; по **оперативной хирургіи и топографической анатоміи**—*весьма удовлетворительные*; по **физіологіи**—*весьма удовлетворительные*; по **общей патологіи**—*весьма удовлетворительные*; по **медицинской химіи**—*удовлетворительные*; по **фармакологіи** съ **рецептурой** и **ученіемъ о минеральныхъ водахъ**—*весьма удовлетворительные*; по **фармаціи** съ **фармакогнозіей**—*удовлетворительные*; по **частной патологіи и терапіи**—*весьма удовлетворительные*; по **ученію о нервныхъ и душевныхъ болѣзняхъ**—*весьма удовлетворительные*; по **ученію о кожныхъ и венерическихъ болѣзняхъ**—*весьма удовлетворительные*, по **ученію о дѣтскихъ болѣзняхъ**—*весьма удовлетворительные*; по **терапевтической клиникѣ**—*весьма удовлетворительные*; по **кожно-венерической клиникѣ**—*весьма удовлетворительные*; по **хирургической патологіи** съ **десмургіей** и **ученіемъ о вывихахъ и переломахъ**—*весьма удовлетворительные*; по **офталмологіи**—*весьма удовлетворительные*; по **акушерству** съ **ученіемъ о женскихъ болѣзняхъ**—*весьма удовлетворительные*; по **хирургической клиникѣ**—*весьма удовлетворительные*; по **офталмологической клиникѣ**—*весьма удовлетворительные*; по **гигіенѣ** съ **медицинской полиціей**—*удовлетворительные*; по **судебной медицинѣ** съ **токсикологіей**—*удовлетворительные*; по **эпизоотическимъ болѣзнямъ** и **ветеринарной полиціи**—*удовлетворительные*.

Посему и на основаніи ВЫСОЧАЙШЕ утвержденнаго мнѣнія Государственнаго Совѣта 5 ноября 1885 года, г. **Ясенецкій-Войно**, опредѣленіемъ Медицинской Испытательной Коммиссіи при ИМПЕРАТОРСКОМЪ Университетѣ Св. Владиміра 15-го Октября 1903 года, удостоенъ степени **лѣкаря** съ **отличіемъ** со всѣми правами и преимуществами, поименованными какъ въ означенномъ ВЫСОЧАЙШЕ утвержденномъ мнѣніи Государственнаго Совѣта, такъ и въ ст. 92 Устава Университетовъ 1884 г.

Въ удостовѣреніе сего и данъ сей дипломъ г. **Ясенецкому-Войно** за надлежащею подписью и съ приложеніемъ печати Управленія Кіевскаго Учебнаго Округа. Городъ Кіевъ, Февраля 14 дня 1904 года.

Попечитель Кіевскаго Учебнаго Округа,
Дѣйствительный Статскій Совѣтникъ Ив. Тихонъ

Предсѣдатель Медицинской Испытательной Коммиссіи,
Дѣйствительный Статскій Совѣтникъ Н. Яковлевъ

Правитель Канцеляріи Попечителя
Кіевскаго Учебнаго Округа [illegible]

Фрагмент врачебного диплома В. Ф. Ясенецкого-Войно.

Но и это время врач без диплома сумел использовать в интересах профессии. Он посвятил его дополнительной офтальмологической практике, которую организовал на дому, принимая там больных с заболеваниями глаз и оказывая им тут же посильную врачебную помощь. Вскоре домашняя офтальмологическая амбулатория была дополнена домашним офтальмологическим стационаром. «Наша квартира, — вспоминала сестра Святителя Виктория, — превратилась на какое-то время в глазной лазарет. Больные лежали в комнатах, как в палатах. Валентин лечил их, а мама кормила» [37, 38].

В те времена уже существовали подробнейшие адресные справочники, по которым можно было установить место жительства любого петербуржца, москвича или киевлянина. Любопытную информацию сохранил для нас, к примеру, адресный указатель жителей города Киева — «Весь Киев за 1904 г.». В нем был приведен точный адрес домашнего офтальмологического лазарета, которым заведовал вчерашний студент Ясенецкий-Войно: «ул. Мало-Васильковская, д. 42» [56]. Здесь же проживал и отец будущего хирурга, и остальные его домочадцы.

Во второй половине февраля 1904 г. состоялась прощальная встреча выпускников медицинского факультета Киевского университета. На ней все присутствовавшие делились планами на будущее. Когда очередь дошла до Валентина Феликсовича, он неожиданно для всех заявил, что собирается быть «всю жизнь деревенским, мужицким врачом, помогать бедным людям» [37, 38], так как исключительно с этой целью посвятил себя изучению медицины. Это заявление крепко озадачило однокурсников. Все они были уверены в том, что настоящее призвание Ясенецкого-Войно заключалось в профессорской или учено-учебной деятельности, как тогда говорили.

Так начиналась для будущего хирурга, офтальмолога и анатома В. Ф. Ясенецкого-Войно работа на врачебном поприще. Но когда же и как он сумел стать хирургом? Где проходило его становление в хирургической ипостаси?

Отметим для себя три положения.

Во-первых, по окончании медицинского факультета об этой специальности не было и речи. Деревенский, мужицкий или земский врач — это не хирург. Если он станет ограничивать свои занятия только хирургией, то он не сможет «всю жизнь» оставаться земским врачом, как решил Ясенецкий-Войно. Конечно, в идеале он должен обладать хирургическими познаниями и прак-

тическими навыками в области хирургии. Но такими же познаниями и навыками земский врач должен обладать и в других областях, включая терапию и добрый десяток других врачебных специальностей.

Во-вторых, врач Ясенецкий-Войно не получил на медицинском факультете университета **никакой** дополнительной подготовки по хирургии (первичной специализации или ординатуры), тогда как в начале XX века эти виды усовершенствования были широко распространены.

В-третьих, в том же 1904 г. (через несколько месяцев после окончания университета) он не только вплотную занимался практической хирургией, но и заведовал хирургическим отделением госпиталя периода русско-японской войны 1904—1905 гг. Об этом неоспоримо свидетельствуют несколько заявлений хирурга, содержание которых невозможно воспринимать двояко. Вот, к примеру, одно из них:

«Сразу стать земским врачом мне не пришлось..; и началом моей медицинской работы была военно-полевая хирургия в госпитале Киевского Красного Креста возле города Читы» [Там же].

За первым следует второе утверждение того же содержания. Оно касается заведования хирургическим отделением в том же госпитале, где вчерашний выпускник медицинского факультета Киевского университета «сразу же развил большую хирургическую работу, оперируя раненых, и, не имея специальной подготовки по хирургии, стал сразу делать крупные ответственные операции на костях, суставах, на черепе. Результаты работы были вполне хорошими, несчастий не бывало» [Там же].

Становится очевидным, что «рождение» хирурга Ясенецкого-Войно происходило в одном из лечебных учреждений, сформированных Российским обществом Красного Креста (РОКК) в Киеве. Местом развертывания и работы госпиталя во время русско-японской войны являлись окрестности Читы.

Но почему будущий хирург внезапно изменил свой прежний план, состоявший, как мы помним, в том, чтобы на «всю жизнь» оставаться земским врачом?

Ответ на вопрос вовсе не ограничивается историей Киевского отряда РОКК. Но, изучив ее, все-таки можно понять и причину изменения начального плана молодого врача, и чудесную особенность «рождения» нового хирурга.

Рождение хирурга

«Много замыслов в сердце человека, но
состоится только определенное Господом»
(*Прит. 19; 21*)

Осенью 1878 г. в Киеве (по примеру Петербурга и Москвы) была создана первая Община сестер милосердия, которая с 1879 г. вошла в состав РОКК. Скоро она стала знаменита тем, что в ней на средства «первого хирурга России» Н. И. Пирогова[16] была открыта небольшая больница, которой присвоили его имя. А еще через несколько лет эта Община стала именоваться Мариинской (1885).

В 1902 г. в ее состав была включена новая городская больница РОКК, где насчитывалось 40 штатных коек. К ноябрю 1903 г. в Мариинской общине сестер милосердия содержалось около 100 воспитанниц, большинство которых работало в ее новой больнице [57, С. 36—37].

Однако для всех сестер в ней не хватало мест, поэтому часть из них была направлена в Киевский военный госпиталь. Эти сестры круглосуточно дежурили в нескольких его лечебных отделениях, являвшихся, по стечению обстоятельств, клинической базой для многих клиник медицинского факультета Киевского университета. Здесь же вместе с дежурными ординаторами (врачами) нередко дежурили и студенты-медики старших курсов, что определялось учебной программой.

Так, в 1902 или 1903 г. в одном из отделений Киевского военного госпиталя состоялась встреча студента-медика Ясенецкого-Войно с сестрой милосердия Мариинской общины Анной Васильевной Ланской, дочерью управляющего крупным имением, находившимся в Черкасской губернии.

В те времена ее еще никто не звал по имени-отчеству. Звали иначе: «святая сестра». На это были две причины: обет безбрачия, который она дала при вступлении в Мариинскую общину, решив посвятить себя исключительно служению больным и немощным, и неземная красота юности, от которой гулко стучали под белыми халатами сердца студентов-медиков.

---

[16] Эти средства в 1882 г. внесла Александра Антоновна, вдова Н. И. Пирогова.

Несмотря на суровость обета, в Киеве к ней сватались, предлагая руку и сердце, два военных врача. Оба получили категорический отказ со стороны Анны Ланской. Однако студент Ясенецкий-Войно продолжал надеяться на будущую взаимность высокого чувства, охватившего его со времени первой встречи со «святой сестрой».

В конце января 1904 г. сестра-настоятельница Киевской Мариинской общины сестер милосердия получила срочную телеграмму из Петербурга, направленную Главным управлением РОКК.

В ней предписывалось: «Весьма экстренно. Главное управление просит приготовить в недельный срок к отправке отряд из 5 врачей, 15 сестер милосердия, 30 санитаров.., а также все необходимое на 200 кроватей...» [58, С. 306].

Причина чрезвычайной срочности этого дела, как и место назначения Киевского отряда РОКК, в телеграмме не указывались. Но этого не требовалось: началась русско-японская война 1904—1905 гг., так что без разъяснений все уже было ясно. Новый отряд спешно готовился к отправке на театр военных действий.

В объявленный срок удалось сформировать полностью только врачебно-сестринский состав I Киевского отряда РОКК (так он был назван). Все должности сестер милосердия были укомплектованы за счет Мариинской общины. Прежде всего в их число вошли те, кто дежурил в лечебных отделениях Киевского военного госпиталя. Среди среднего медперсонала, назначенного к отправке на Дальний Восток, оказалась и Анна Ланская.

Это случилось в первых числах февраля 1904 г., когда Валентин Феликсович, занимаясь на дому лечением офтальмологических больных, еще не стал обладателем врачебного диплома и не мог считаться полноправным врачом. Узнав о скором отъезде Ланской, он не допускал даже мысли, чтобы «святая сестра» уехала на войну одна, надолго лишившись его помощи и поддержки.

Поэтому Ясенецкий-Войно стал искать любую возможность, чтобы попасть в число 5 врачей I Киевского отряда РОКК. На этом пути оказалось немало трудностей, так как на войне всегда нужнее опытные врачи, чем вчерашние студенты, к тому же не имевшие врачебного диплома. Все эти трудности удалось преодолеть, хотя и не без посторонней помощи, конечно.



А. В. Ланская (Киев, около 1900 г.).

Представителем его интересов выступил профессор медицинского факультета П. И. Морозов. В Киевском университете он заведовал кафедрой оперативной хирургии с топографической анатомией, а в Мариинской общине сестер милосердия преподавал анатомию и хирургию. Его рекомендации оказалось достаточно, чтобы Валентин Феликсович был безоговорочно зачислен в I Киевский отряд РОКК.

Кроме Ясенецкого-Войно в составе отряда находились опытные врачи. Каждый из них, в том числе 2 терапевта, хирург и отоларинголог, уже имели избранную врачебную специальность. Теперь и Валентину Феликсовичу предстояло сделать свой выбор, который, по-видимому, осуществлялся между терапией и хирургией. Конечно, он выбрал хирургию, так как его былая увлеченность операциями, проводимыми на трупах, продолжала волновать кровь. Но на войне его пациентами будут живые. Их раны, их травмы будут сами по себе вызывать невыносимую боль. Тогда хирургический скальпель способен многократно усилить страдания раненых прежде, чем поможет их выздоровлению. Но на медицинском факультете Киевского университета еще не изучали ни теоретически, ни практиче-

ски способы обезболивания оперативных вмешательств. Не было тогда в России ни науки анестезиологии, ни врачебной специальности, связанной с обезболиванием хирургических операций.

Так, будущий хирург, едва закончивший медицинский факультет, пришел к выводу, к которому, в конце концов, приходит каждый врач на своем пути. Лишь редкий выпускник медицинского факультета имеет счастье считать себя готовым к практической врачебной деятельности после сдачи выпускных экзаменов. Многие считают иначе. К их числу относился и Ясенецкий-Войно. Врачебная подготовка продолжалась и после получения лекарского диплома, особенно в тех направлениях, которые преподавались слабо, но были востребованы на практике. Одним из них являлось обезболивание оперативных вмешательств.

В те времена начинающие русские врачи жили с оглядкой на Запад. Германия, Франция, реже Великобритания считались центрами медицинской науки и практики. Их посещение после окончания российских медицинских факультетов с целью более или менее продолжительной стажировки в клиниках мирового уровня было доступно лишь избранным. К ним относились либо золотые медалисты из числа выпускников медицинских факультетов (они направлялись университетами), либо очень обеспеченные врачи, отправлявшиеся за границу за собственный счет. Все остальные, как и Ясенецкий-Войно, были вынуждены заниматься самообразованием. Для этой цели на русском языке ежегодно публиковалось большое число переводных руководств, впервые увидевших свет в Европе и предназначенных для врачей разных специальностей. Одним из них воспользовался Валентин Феликсович накануне отправки I Киевского отряда РОКК на театр военных действий.

Им оказалась «Хирургическая помощь в неотложных случаях» или «Неотложная хирургия», как он ее позднее называл в воспоминаниях. Ее автором был французский хирург Феликс Лежар, профессор медицинского факультета Парижского университета. Нет сомнений, что в 1904 г. эта книга стала настольной для выпускника Киевского университета В. Ф. Ясенецкого-Войно.

Руководство Ф. Лежара долгое время было востребованным как в России, так и потом в СССР. Есть сведения о 9 изданиях этой книги, опубликованной на русском языке в первой полови-

не XX века. Эти результаты свидетельствуют о точности выбора будущего хирурга, который из многих других возможностей для самообразования выбрал одну из лучших [59].

Здесь, в руководстве Ф. Лежара, Валентин Феликсович сразу нашел то, что искал. В частности, оно начиналось разделом, имевшим название «Общие положения»[17]. В нем начинающий хирург мог найти ответы на многие вопросы, над которыми было нельзя раздумывать в экстренных, неотложных случаях. Ясенецкий-Войно не зря называл эту монографию «блестящей книгой», которая ему «много помогла». Благодаря этому руководству, он не только теоретически ознакомился с техникой и способами общего обезболивания при проведении оперативных вмешательств, но и сумел самостоятельно применить главные из них в собственной хирургической практике. Вместе с тем в этой книге он впервые обнаружил малоизвестные тогда приемы местной анестезии, развитие которой еще находилось на стадии экспериментов и клинических испытаний.

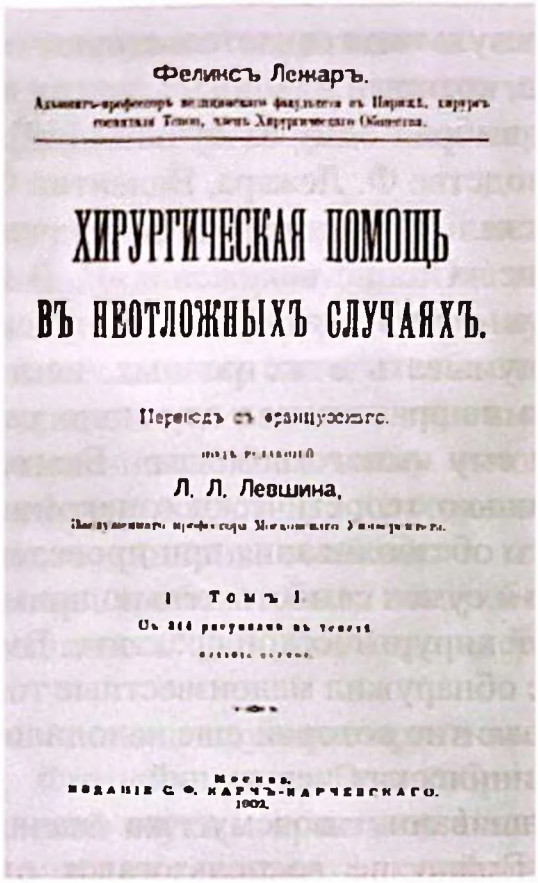
Иногда спрашивают, почему же начинающий хирург В. Ф. Ясенецкий-Войно не воспользовался одним из широко известных трудов «первого хирурга России» Н. И. Пирогова, готовясь к командировке на театр военных действий? Хорошо известно, что Пирогов был не только очевидцем нескольких войн, которые вела Россия в его время. Более того, он в нескольких трудах доступно изложил основы военно-полевой хирургии и в этой области обладал признанным мировым авторитетом.

Чтобы ответить на такой вопрос, мы внимательно изучили «Обозрение преподавания в Киевском университете» в те годы, когда на его медицинском факультете учился студент Ясенецкий-Войно [50, 53]. В результате оказалось, что работы Н. И. Пирогова, посвященные военно-полевой хирургии, уже были им изучены во время учебы. После окончания университета речь шла о дополнительной подготовке по анестезиологии и хирургии или о разделах таких дисциплин, которые не рассматривались в университетском курсе.

Титульный лист руководства Ф. Лежара, переведенного на русский язык в 1902 г., можно видеть на приведенном ниже рисунке.

---

[17] См. содержание «Хирургической помощи в неотложных случаях», приведенное в приложении 1.



Феликсъ Лежаръ.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

ВЪ НЕОТЛОЖНЫХЪ СЛУЧАЯХЪ.

Л. Л. Левшина,

Том. I

Москва.

1902.

Титульный лист первого издания (на русском языке).

Что же нового нашел начинающий хирург Ясенецкий-Войно в монографии Ф. Лежара, чего не было в предшествующих ей шедеврах Н. И. Пирогова?

С одной стороны, «Хирургическая помощь в неотложных случаях» Ф. Лежара представляла собой классическое руководство по военно-полевой хирургии, где рассматривались различные способы оперативных вмешательств в зависимости от локализации ранений или закрытых повреждений.

Но с другой — в нем содержалась «изюминка», которой не было и не могло быть ни в одной работе «первого хирурга России». Может быть, эту деталь интуитивно отметил Ясенецкий-Войно в монографии французского хирурга?

У этой «изюминки» было конкретное название — «кокаин». Для нашего времени он чаще ассоциируется с известным наркотиком. Однако в странах Западной Европы в конце XIX—начале XX века водный раствор этого средства стали впервые и успешно применять в хирургии для местного обезболивания оперативных вмешательств. При жизни Н. И. Пирогова местное обезболивание не было известно. Тогда применялось только общее обез-

боливание или наркоз (эфирный, хлороформный или смешанный).

Две сюжетные линии, которые рассматривал Ф. Лежар в деле местного и общего обезболивания, легче понять на примере многокомнатной квартиры. Если потушить свет сразу во всей квартире — это будет наркоз или общее обезболивание. Но если свет погаснет только в одной из комнат, а в остальных будет продолжать гореть, то имя этому — местное обезболивание.

Вот в чем принципиально различались работы Н. И. Пирогова и Ф. Лежара, хотя они были посвящены одному и тому же разделу — военно-полевой хирургии. В книге Ф. Лежара начинающий хирург Ясенецкий-Войно впервые для себя открыл понятие местной анестезии, которого не было в работах Н. И. Пирогова.

Недельная готовность I Киевского отряда РОКК к отправке на театр военных действий скоро превратилась в двухмесячный период ее ожидания. За это продолжительное время его главному врачу И. А. Юцевичу удалось блестяще осуществить оснащение лечебно-диагностических отделений всем, что могло понадобиться в условиях автономной работы в течение длительного времени. В интересах этого учреждения был даже приобретен особенный рентгеновский аппарат (новинка того времени), работоспособность которого не зависела от перебоев с электричеством. Он мог работать и автономно, используя электроэнергию, вырабатываемую с помощью так называемой «динамо-машины мощностью в 2.5 лошадиных силы», входившей в комплект поставки [58, С. 308]. Кроме того, Киевский отряд был обеспечен многомесячным запасом медикаментов и перевязочных средств, хирургического и врачебного инструментария, продовольствия, госпитальной одежды и прочего имущества, включая «полную машинную прачечную».

Надо отметить, что таким оснащением не могла похвастаться ни одна из земских и даже городских больниц, где пришлось работать В. Ф. Ясенецкому-Войно на протяжении последующих 20 лет.

Когда время отправки этого отряда на Дальний Восток уже определилось окончательно, весь его персонал сфотографировался на память вместе с руководством Киевской Мариинской общины сестер милосердия РОКК. Затем эта групповая фотография была опубликована в журнале «Нива» за 1904 г., где ее можно увидеть и сегодня [60].



Персонал I Киевского отряда РОКК (сидит, опираясь на спинку стула, первый слева во втором ряду — младший врач В. Ф. Ясенецкий-Войно; стоит третьей слева в третьем ряду — сестра милосердия А. В. Ланская).

На фотографии (слева направо от В. Ф. Ясенецкого-Войно в том же ряду) можно видеть младшего врача отряда О. Н. Шнарбаховского, старшего врача отряда И. А. Юцевича, уже известного профессора Киевского университета П. И. Морозова, попечительницу общины Е. Н. Сухомлинову, сестру-настоятельницу общины М. Я. Дементьеву, заведующего хозяйством отряда Г. Х. Иеропес, а также младших врачей С. Я. Голомба и Н. И. Безбрязглова. Здесь же запечатлены 16 сестер милосердия Мариинской общины и 26 других сотрудников отряда, включая санитаров и прочий обслуживающий персонал.

Буквально до последнего времени оставалась неясной дислокация отряда на театре военных действий. Когда началась последняя (перед отъездом на войну) неделя пребывания в Киеве, в «Киевской газете» еще указывался город Харбин (столица Маньчжурии) как конечный пункт на пути следования отряда [61]. Вскоре произошли изменения в пользу забайкальского района России, где окончательным местом развертывания киевского отряда стал город Чита.

29 марта в помещении Киевской общины Красного Креста был отслужен напутственный молебен, на котором присутствовали не только отъезжающие на фронт, но и генералитет Киевского военного округа. Присутствие командующего округом и остальных генералов объяснялось просто. Хотя этот отряд и не принадлежал к военному ведомству, но жена окружного военачальника являлась попечительницей Мариинской общины сестер милосердия, силами которой он был сформирован. Участники отряда отличались от остальных белыми повязками на левом плече, на которых был изображен красный крест. Сестры милосердия, кроме того, носили то же изображение на нагрудниках белых форменных фартуков. Поэтому жене командующего округом не составило труда исполнить свой долг: повесить серебряный образок на шею каждого волонтера.

Утром 30 марта из Киева на Дальний Восток выехал специальный поезд из 7 вагонов, первые из которых (2) были пассажирскими, а остальные — товарными (с имуществом отряда). В пассажирских вагонах II и III классов с удобством разместился служебный персонал отряда, сначала врачи и сестры милосердия, затем и санитары, среди которых было 4 студента-медика со старших курсов Киевского университета. Вскоре к этому составу были присоединены 2 других пассажирских вагона, кото-



Персонал I Киевского отряда РОКК: Омск, 20 апреля 1904 г. (слева направо стоят в первом ряду — младшие врачи С. Я. Голомб и О. Н. Шнарбаховский, четвертый слева в третьем ряду — младший врач В. Ф. Ясенецкий-Войно).

рые занимал персонал Феодосийской общины Красного Креста, следовавший в том же направлении [62].

Отправившись в далекий путь, I Киевский отряд РОКК в апреле 1904 г. проследовал через Курск, Воронеж, Пензу, Самару, Уфу и Челябинск. Затем был Омск, где была запланирована десятидневная стоянка. Здесь, на омском вокзале, его обнаружили вездесущие корреспонденты.

Лишь 28 апреля отряд достиг станции Байкал, откуда в скором времени на пароходе «Ангара» переправился через «Байкальское море». В целом путешествие до места предназначения, которым стал город Чита, продолжалось свыше 40 дней.

Первоначально лазарет I Киевского отряда РОКК располагался не в самом городе, а в 5 верстах от Читы на территории бывшего военного лагеря. Там сохранилось несколько деревянных бараков, которые требовалось приспособить для развертывания в них лечебных отделений лазарета.

По свидетельству очевидцев, унылый вид лазаретных бараков с лихвой искупался окружающим их пейзажем. Так, на фоне

величественного Яблонового хребта, поросшего сосновым лесом, у подножия которого расположились многочисленные подразделения Киевского отряда, создавалось ощущение чудесной легкости, присутствия «массы света и воздуха». Оно поддерживалось и видом речки под названием Чита-горная, протекавшей неподалеку, быстрой, с холодной и прозрачной, как хрусталь, водой. Это был чудесный уголок, далекий от жестокой правды войны и придававший лазарету некий санаторный лоск, облагораживавший бывшие воинские бараки.

Отсюда в далекий Киев была даже отправлена приветственная телеграмма за подписью главного врача Юцевича. Чтобы ознакомить с ней всех желающих, эту телеграмму на видном месте опубликовала «Киевская газета». Здесь сообщалось:

«Первый санитарный отряд Киевской Мариинской общины, прибыв благополучно в Читу, шлет привет родным и знакомым» [63].

Связь с родным городом не прерывалась и в течение остальных майских дней 1904 г., когда полным ходом шла подготовка к развертыванию лазарета, в которой принимал участие весь персонал. Об этом газету «Киевлянин» регулярно информировал один из санитаров лазарета, студент-медик старших курсов, чьи репортажи с места событий отличались героико-курьезным характером.

Однажды, как писал он в Киев, «прошел слух, что мы, киевляне, получим раненых не раньше середины июля» [64]. Когда корреспондент писал эти строки, то был еще май 1904 г. и, следовательно, речь шла о первых раненых и больных, поступление которых в лазарет только ожидалось. Тут же на волне патриотического подъема часть сестер милосердия начала «хлопотать о переводе их в другие отряды, расположенные в границах театра военных действий и уже имеющие работу» [Там же].

Однако дело с переводом закончилось ничем, так как «из-за плохой пищи» у многих случилось понятное «расстройство», в борьбе с которым «большинство избегало пичкать себя лекарствами, предпочитая диету и воздержание» [Там же] от еды. Поэтому вполне естественным выглядело объявление, висевшее в те дни на двери одного из лазаретных общежитий:

«Здесь можно видеть человека, который ничего не ел в течение недели» [Там же].

Однако 27 мая 1904 г., когда лазарет I Киевского отряда РОКК был открыт для приема раненых и больных в составе 5 лечеб-

но-диагностических отделений, поток прошений о переводе, как и число больных «расстройством», стремительно пошло на убыль. К этому дню удалось подготовить из 200 по штату только 130 солдатских и 15 офицерских мест. Тюфяки или матрасы тогда готовили сами: санитары туго набивали подматрасники прошлогодним сеном, а сестры милосердия научились их зашивать.

Среди развернутых отделений имелись хирургическое (заведующий С. Я. Голомб), терапевтическое (заведующий Н. И. Безбрязглов), инфекционное и офтальмологическое (заведующий В. Ф. Ясенецкий-Войно), для раненых и больных с повреждениями и заболеваниями уха, горла и носа (заведующий О. Н. Шнарбаховский), а также офицерское, которым заведовал старший врач отряда И. А. Юцевич [58, С. 311]. В помощь каждому заведующему отделением назначались 2 сестры милосердия и 3 санитара.

Такое распределение младших врачей по лечебным отделениям, проведенное старшим врачом отряда И. А. Юцевичем, соответствовало квалификации каждого. При этом учитывалось стремление Ясенецкого-Войно к работе офтальмологом, которую он осваивал после сдачи выпускных экзаменов на медицинском факультете.

По свидетельству старшего врача, первый транспорт с ранеными и больными, прибывший из Читы, доставил в лазарет 60 человек. Среди них «был большой процент хроников», т. е. таких раненых и больных, которые нуждались скорее в восстановительном лечении, чем в оказании неотложной помощи, включая хирургическую.

«Тяжелых больных совершенно мало, — сообщал старший врач отряда, — остальные были просто измученные, требующие хорошего питания и простого отдыха» [Там же]. К 10 июня 1904 г. в лазарете уже не оставалось свободных мест: все развернутые койки были заполнены.

Такой же контингент раненых и больных, лечившихся в Киевском отряде, был характерен и для остальных месяцев его работы в окрестностях Читы. На протяжении июня—сентября 1904 г. в его лазарете находилось на стационарном лечении около 1000 таких же легкораненых и легкобольных. Судя по отчету И. А. Юцевича, в этот период из них погибло только 2, в том числе от столбняка и экссудативного плеврита туберкулезного характера.

Инфекционное отделение лазарета, которым поначалу заведовал Ясенецкий-Войно, по всей вероятности, также использо-

валось в качестве реабилитационного, где было выделено несколько изоляторов на случай появления острых инфекционных заболеваний. Но занятость в нем заведующего не могла быть чрезмерной по простой причине.

Чтобы понять ее, надо представить схему поступления раненых и больных в лазарет Киевского отряда. Вспомним, что город Чита был крупным железнодорожным узлом, через который следовали санитарные поезда с ранеными и больными с фронта в тыл. В городе находилось несколько военных госпиталей и лазаретов, куда, как правило, доставлялись две категории эвакуируемых.

Во-первых, это были легкораненые и легкобольные, которых незачем было эвакуировать западнее, т. е. в глубокий тыл, так как большинство из них возвращалось в свои части через месяц-полтора после ранения или заболевания.

Во-вторых, это были такие тяжелораненые и тяжелобольные, которые снимались в Чите с санитарных поездов, потому что в поезде им стало хуже и они не могли следовать дальше без оказания неотложной хирургической или терапевтической помощи. Но разве повезут таких пациентов, в том числе инфекционных больных с температурой под 40 градусов, по тряской дороге да за 5 верст от Читы, если в городе были другие госпитали, развернутые для этой цели рядом с железнодорожной станцией? Наверное, нет.

Поэтому в инфекционном отделении лазарета Киевского отряда не было и не могло быть перегрузок во врачебной работе. Они не отмечались и в деятельности другого отделения, которое первоначально предназначалось для раненых и больных с повреждениями и заболеваниями уха, горла и носа. Отсюда 2 младших врача лазарета, включая инфекциониста Ясенецкого-Войно и отоларинголога Шнарбаховского, не могли не присоединиться к другим своим товарищам — хирургу и терапевту, врачебная нагрузка которых превышала их собственную. Какое же поприще из двух возможных выбрал тогда Валентин Феликсович? Очевидно, хирургическое.

Возможно с июня 1904 г. он стал нештатным ординатором хирургического отделения, которым заведовал в лазарете опытный хирург С. Я. Голомб. С этих пор у Голомба появился верный помощник, ассистировавший ему во время ответственных оперативных вмешательств. Надо полагать, что заведующий хирургическим отделением скоро стал поручать Ясенецкому-Вой-



Один из зимних бараков лазарета I Киевского отряда РОКК, находившийся на привокзальной площади Читы (1905 г.) [65].

но самостоятельное проведение небольших операций, выполнявшихся стажером под его контролем. Подобная практика сделалась привычной. Она благожелательно была воспринята и старшим врачом отряда, так как приносила пользу общему делу, обеспечив взаимозаменяемость. Второй хирург в отряде (пусть начинающий) не был лишним. Мало ли что может случиться на войне. Так, к сентябрю 1904 г. у опытного хирурга С. Я. Голомба появился надежный дублер, которому в случае необходимости можно было доверить и ответственную работу.

В то же время ранняя и суровая забайкальская зима неожиданно напомнила о себе. Уже в середине месяца металлические печи, установленные в деревянных бараках, перестали спасать от холода, а кое-где в лазаретных палатах по ночам стала замерзать питьевая вода.

Старшему врачу И. А. Юцевичу пришлось предпринять героические усилия, чтобы осуществить переезд лазарета «на зимние квартиры», которые спешно оборудовались в нескольких зданиях Читы.

На привокзальной площади города, на месте остановки санитарных поездов, были дополнительно устроены 6 утепленных деревянных бараков. 4 из них предназначались для развертыва-

ния лечебно-диагностических отделений лазарета (остальные бараки были административными). В каждом отделении выделялись 3 госпитальных палаты на 20 коек, а также помещения для перевязочных или процедурных, санитарных пропускников, туалетов, а также для квартир врачей, заведовавших отделениями. Сестры милосердия и санитары жили в отдельных бараках-общежитиях.

Несколько иначе было устроено хирургическое отделение, коечная емкость которого составила 40 штатных коек (им по-прежнему заведовал С. Я. Голомб). Вместо одной из типовых палат были образованы 4 других помещения, в том числе операционная с предоперационной и перевязочная с предперевязочной. В операционной даже появилось «широкое венецианское окно», а пол удалось покрыть линолеумом.

В одной из временных пристроек к хирургическому отделению разместился рентгеновский кабинет, а в землянке, вырытой рядом с ней, была установлена «динамо-машина». Она обеспечивала не только работу кабинета, но и электрическое освещение в операционной и перевязочной (в остальных отделениях лазарета использовались керосиновые лампы).

1 октября 1904 г., когда оставаться на прежнем месте стало вовсе невозможно, подразделения I Киевского отряда РОКК начали перемещение из летнего лагеря в зимние бараки, расположенные на привокзальной площади Читы. Переезд и размещение на новом месте продолжались в течение двух недель, прежде чем лазарет отряда вновь приступил к приему раненых и больных. Здесь, на «зимних квартирах», В. Ф. Ясенецкий-Войно оставался в прежней должности, заведуя инфекционным отделением и ассистируя С. Я. Голомбу при проведении тех или иных оперативных вмешательств.

Время переезда лазарета в Читу совпало с исключительным событием в жизни врача Ясенецкого-Войно и сестры милосердия Анны Ланской. Он наконец получил ее согласие на вступление в брак, нарушавшее прежний обет безбрачия, взятый на себя Анной в Киеве во время приема в Мариинскую общину сестер милосердия. Земное и великое чувство оказалось сильнее обета. Более того, влюбленные решили не откладывать бракосочетание до окончания русско-японской войны и возвращения в Киев, чтобы получить благословение родных. Они твердо решили вернуться в город своей юности будучи мужем и женой.

Поэтому 10 октября 1904 г. в Старо-Читинской Михаило-Архангельской церкви [66], построенной в Чите ссыльными декабристами, состоялся обряд бракосочетания дворянина Ясенецкого-Войно и мещанки Анны Ланской, который совершил дьякон Иоанн Зеров со своим помощником, псаломщиком Матвеем Шаталовым. Об этом свидетельствует запись, сделанная в метрической книге этого храма за 1904 г. под № 43 от 10 октября того же года и обнаруженная в наши дни уроженцем тех мест, а ныне священником из украинского города Днепропетровска Георгием Хановым [67]. Эти сведения были переданы им в музей Святителя Луки, открытый при Свято-Троицком кафедральном соборе города Симферополя, в одной из витрин которого можно видеть копию этой записи.

Возвращаясь к другим событиям тех дней, отметим, что во второй половине октября 1904 г. в деятельности младшего врача Киевского отряда произошла поистине чудесная перемена. Она свидетельствовала о появлении в отряде нового хирурга, «родившегося» явно под счастливой звездой.

Случилось это так. В конце октября старший врач лазарета И. А. Юцевич неожиданно получил распоряжение свыше об увеличении коечной емкости лазарета, для чего потребовалось дополнительно развернуть в его составе второе хирургическое отделение. Вместе с тем было произведено усиление работы Киевского отряда за счет пополнения его несколькими новыми врачами и сестрами милосердия, прибывшими в Читу из других подразделений РОКК. В результате число врачей в отряде к концу октября 1904 г. достигло 9 (вместо 5 первых), а сестер милосердия — 20 человек.

В те дни закончилась многомесячная стажировка врача-инфекциониста Ясенецкого-Войно, проходившая в хирургическом отделении С. Я. Голомба, сыграв свою исключительную роль. Нет сомнений, что этому киевскому хирургу пришлось настойчиво рекомендовать его к назначению на самостоятельную должность заведующего вторым хирургическим отделением.

Как отмечал позднее Войно-Ясенецкий, «в нашем госпитале было два хирургических отделения (это утверждение относилось именно к октябрю 1904 г. — *Ю. Ш.*): одним заведовал опытный одесский хирург, а другое главный врач отряда поручил мне.., хотя в отряде были еще два хирурга значительно старше меня» [37, 38], а значит, и опытнее с точки зрения хирургической практики.

Почему заведование новым хирургическим отделением было поручено именно Войно-Ясенецкому, позавчерашнему студенту-медику и вчерашнему врачу-инфекционисту? Не было бы логичнее (с точки зрения формальной логики) назначить на этот участок самого опытного хирурга, тем более что выбор у старшего врача лазарета все-таки был?

Трудно объяснить обычными причинами метаморфозу, вдруг произошедшую с будущим Святителем, когда в одночасье он превратился из терапевта в хирурга. Вполне понятно его стремление к хирургической деятельности, когда собственная врачебная нагрузка оказалась невысокой и восполнялась им в виде посильной помощи опытному хирургу Киевского отряда. Однако не достаточно одного стремления, чтобы через несколько месяцев, опередив других опытных коллег, стать самостоятельным хирургом. Здесь, как нигде, нужны опыт хирургической работы и прочные навыки, без которых трудно бывает закончить даже то оперативное вмешательство, которое не относится к разряду сложных.

Нет ответов на многие вопросы, невольно возникающие у тех, кто не забыл собственный путь «врастания» в хирургию. Зато есть первые поразительные результаты начала хирургической деятельности, о которых сообщал Войно-Ясенецкий в своих воспоминаниях. Он же подчеркивал, что, «не имея специальной подготовки по хирургии, стал сразу делать крупные ответственные операции на костях, суставах, на черепе» [Там же]. При этом «несчастия» или гибель раненых в ходе (после) операции почему-то обходили стороной начинающего хирурга, позволяя ему кратчайшим путем приобретать необходимый опыт и знания.

В качестве места для развертывания второго хирургического отделения наиболее подходящим оказался II этаж здания городского ремесленного училища города Читы, где находились учебные классы и спальни воспитанников (на I этаже размещались производственные мастерские). Той зимой учебных занятий в училище не было (не было топлива для отопления здания, все запасы были реквизированы для госпиталей и лазаретов).

Помещения II этажа, судя по воспоминаниям очевидцев, представляли собой «5 больших комнат и просторный светлый коридор» [58, С. 315]. Но и этого было достаточно, чтобы вскоре устроить там операционную с перевязочной, санитарный пропускник, несколько палат для 70 «нижних чинов» и дополни-

тельно изолированную палату для 20 офицеров, а также общую столовую.

Таков был примерный облик второго хирургического отделения, в котором В. Ф. Ясенецкому-Войно впервые предстояло работать самостоятельно не только в качестве заведующего отделением, но и хирурга вообще. По сведениям И. А. Юцевича, практическую работу в новом качестве будущий Святитель начал 1 ноября 1904 г., когда в это отделение лазарета были приняты первые раненые и больные.

Вместе с тем на «зимних квартирах» существенно изменился характер лечебно-диагностической работы лазарета.

Во-первых, возрос ее объем по сравнению с первым (загородным) периодом деятельности. Это объяснялось близостью отряда к узловой железнодорожной станции, через которую проходил главный путь эвакуации раненых и больных с театра военных действий в тыл.

Во-вторых, принципиально стал другим контингент поступающих раненых и больных, так как на стационарное лечение в лазарет в это время (ноябрь—декабрь 1904 г.) направлялись главным образом тяжелораненые и больные, нуждавшиеся в оказании неотложной врачебной помощи, включая хирургическую.

В те времена в санитарных поездах не было возможности для проведения оперативных вмешательств на месте по неотложным показаниям. Поэтому нуждавшиеся в них «снимались» с поездов в местах развертывания госпиталей и лазаретов, находившихся непосредственно у железнодорожных путей. Одним из учреждений подобной «цепочки», растянувшейся вдоль главного пути эвакуации с фронта в тыл, стал в ноябре 1904 г. лазарет I Киевского отряда РОКК.

Сто с лишним лет тому назад в распоряжении врачей не было такого мощного орудия борьбы с инфекцией, как антибиотики. Поэтому основным способом борьбы с нагноением послеоперационной раны являлся путь, указанный еще Гиппократом: «Где гной — там разрез». Такому осложнению мировая медицина начала XX века могла противопоставить только искусство хирурга, скальпель которого служил единственным средством избавления больного от мучительных страданий, связанных с гнойными осложнениями огнестрельных ран и закрытых повреждений.

Одним или несколькими разрезами искусные хирурги прошлого научились избавлять страдальцев от непременной четвер-

ки симптомов, сопутствовавших всякому нагноению. Главным из них была изнуряющая боль или dolor (*лат.*), краснота или color (*лат.*), увеличение объема вследствие отека мягких тканей или tumor (*лат.*) и нарушение функции органа в результате нагноения или funkcia laeza (*лат.*).

Разрез мягких тканей обеспечивал отток гноя из области повреждения. Однако для того, чтобы произвести в нужном месте и в нужное время разрез необходимой длины, глубины, направления и формы, хирургу требовались не только годы учебы, но и годы практической деятельности на хирургическом поприще. Об этом в начале века складывались удивительно точные врачебные поговорки, например: «Маленький[18] хирург — маленький разрез» и др.

Несомненную пользу «больших» разрезов в гнойной хирургии пришлось на собственном опыте познать и Валентину Феликсовичу во время его работы заведующим вторым хирургическим отделением в лазарете I Киевского отряда РОКК. Это неудивительно, так как в лазарет, как правило, поступали раненые, имевшие гнойные осложнения после оперативных вмешательств, проведенных в других госпиталях и лазаретах, находившихся в составе действующей армии. Такие осложнения развивались во время эвакуации раненых в тыл и устанавливались врачами санитарных поездов. Они не имели возможности для вскрытия глубоких очагов нагноения. Поэтому единственным средством к спасению оставался перевод в лечебное учреждение, развернутое на пути эвакуации, такое же, к примеру, как читинский лазарет I Киевского отряда РОКК.

Таким образом, большинство «крупных ответственных операций на костях, суставах, на черепе» [37, 38], которые выполнил начинающий хирург во втором хирургическом отделении лазарета, представляли собой, по всей видимости, вскрытия глубоких абсцессов и флегмон, являвшихся осложнениями раневого процесса. Это было не только начало пути большого хирурга, но и первый шаг к «Очеркам гнойной хирургии» — шедевру отечественной медицинской науки и практики.

Однако хирургическая деятельность В. Ф. Ясенецкого-Войно в качестве заведующего вторым хирургическим отделением читинского лазарета волею обстоятельств продолжалась всего 2 месяца, т. е. до января 1905 г.

---

[18] Маленький — это не в смысле роста, а в смысле опыта работы.

За это время самостоятельной работы в лазарете хирург Ясенецкий-Войно, конечно, не достиг значительных результатов. Об этом, в частности, можно судить по общему числу оперативных вмешательств (505), выполненных в I Киевском отряде РОКК в течение всего периода деятельности лазарета, с июня 1904 г. по ноябрь 1905 г. включительно [58, С. 318—319]. Заметим, что эти операции были выполнены за 1.5 года, причем в течение одного года они выполнялись одновременно в двух хирургических отделениях. Надо иметь в виду, что одна половина таких операций выполнялась в стационарных условиях (это были сложные операции), а другая — в амбулатории или в поликлинике.

Можно быть уверенным, что в каждом хирургическом отделении в течение года проводилось до 220—240 хирургических операций или до 18—20 ежемесячно. Таким образом, заведующий вторым хирургическим отделением лазарета в течение ноября—декабря 1904 г. мог выполнить около 40 оперативных вмешательств, в том числе до 20 амбулаторных, результаты которых «были вполне хорошими, несчастий[19] не бывало» [37, 38].

Незадолго до назначения на эту должность Валентин Феликсович стал подыскивать новое место работы в одном из губернских земств. Этот поиск определялся несколькими причинами.

Во-первых, в октябре 1904 г. была достигнута главная цель, ради которой он оставил Киев и выехал с отрядом РОКК на театр военных действий: Анна Ланская, сестра милосердия того же отряда, стала его женой.

А во-вторых, та или иная работа в лазарете Красного Креста все-таки была временным делом, тогда как к делу постоянному — работе земским врачом — Ясенецкий-Войно продолжал стремиться.

Кроме того, после венчания, состоявшегося в Чите, А. В. Ланская, вероятно, не могла оставаться сестрой милосердия Мариинской общины, в качестве которой она работала в лазарете Красного Креста, так как с замужеством она нарушила обет безбрачия, данный при вступлении в общину.

Отсюда единственным выходом из сложившегося положения являлось оставление Ланской как общины сестер милосердия, где она воспитывалась, так и Киевского отряда РОКК, где

---

19 Или случаев летальных исходов.

она работала. Поэтому молодой жене хирурга Ясенецкого-Войно следовало немедленно уехать из Читы. Такое вынужденное решение А. В. Ланской, покорившей его «не столько своей красотой, сколько исключительной добротой и кротостью характера» [Там же], не оставляло выбора и для Валентина Феликсовича. Он также должен был отказаться от продолжения хирургической работы в Киевском отряде РОКК и уехать с женой в европейскую часть России. Там хирург намеревался всецело посвятить себя земской или амбулаторно-поликлинической хирургии, чтобы быть полезным сельскому населению России, составлявшему тогда подавляющее большинство.

К январю 1905 г., когда новое место работы в одном из российских земств было найдено, молодожены оставили Читу.

В земской больнице Симбирской губернии

«Я сразу столкнулся с большими трудностями и опасностями применения общего наркоза.., и у меня возникла мысль о необходимости... как можно шире заменять его местной анестезией»

(*В. Ф. Войно-Ясенецкий*)

Сначала их путь пролегал через Киев, где Ясенецкие-Войно прожили два месяца. Здесь, чтобы не сидеть сложа руки, глава семейства был вынужден заниматься частной практикой, о чем свидетельствовал «Российский медицинский список на 1905 г.» [68]. Одновременно Валентин Феликсович продолжал поиски нового места врачебной работы. Их источником служили объявления в периодических медицинских изданиях (газетах и журналах), в постоянной рубрике о врачебных вакансиях, имевшихся в уездных земствах разных губерний России.

Больше других его заинтересовали сведения, опубликованные во «Врачебно-санитарном листке Симбирской губернии» за сентябрь 1904 г. В частности, в них указывалось, что в Ардатовском уездном земстве имелось «4 свободных вакансии врачей в больницах...» [69]. При этом предлагались приемлемые для него «условия службы: местожительство... при больницах.., жалованье 1200 руб. при готовых квартирах с отоплением и разъездами. Размер жалованья может быть увеличен по мере службы и усмотрению Земского собрания» [Там же].

Во время войны с Японией, на которую разными путями отправилось около 5000 российских врачей, в том числе и несколько ардатовских, уездному земству оказалось не просто найти кандидатов на эти вакантные должности. Поэтому в декабре 1904 г. оно было вынуждено существенно увеличить размер врачебного жалования (до 1500 рублей за год работы в земстве) при сохранении прежних условий, дополненных правом на ежегодный оплачиваемый отпуск и возможностью усовершенствования врачебных познаний земского врача за счет земства [70]. Это предложение было принято четой Ясенецких-Войно после непродолжительной переписки с Ардатовским уездным земством Симбирской губернии.

В марте 1905 г. сбылась юношеская мечта молодого лекаря: он стал заведовать земской больницей на 30 коек, находившейся в небольшом городке под названием Ардатов, расположенном в Среднем Поволжье, в живописном месте по берегам речки Алатырь, притоке Суры. В то время Ардатов насчитывал около 4000 жителей. Кроме того, в ведение земского врача Ясенецкого-Войно был передан и Ардатовский врачебный участок с населением в 20 000 человек. Таким образом, Ардатовское уездное земство наделило его такими обязанностями, какие до начала русско-японской войны исполняли одновременно 2 земских врача, в том числе участковый и заведующий больницей.

В Ардатове тех лет было три достопримечательности: храм, тюрьма и больница.

М. А. Поповский в своей монографии, посвященной житию архиепископа и хирурга (1979), к примеру, считал больницу «бедной, плохо оборудованной», где «верный своему врачебному темпераменту Войно-Ясенецкий, ни на что не обращая внимания, сразу стал широко оперировать как хирург и глазник» [29, С. 55]. Но журналист ошибался, считая Ардатовскую земскую больницу мало приспособленной для хирургической деятельности.

По своему устройству и оснащению она оказалась лучшим лечебным учреждением, где пришлось работать земскому врачу Ясенецкому-Войно в течение многих последующих лет.

Ко времени приезда В. Ф. Ясенецкого-Войно в ней имелось 3 лечебно-диагностических отделения, в том числе общее, где помещались больные хирургического и терапевтического профилей, а также венерическое и инфекционное. Кроме того, там было оборудовано особое лечебное отделение для арестантов, содержавшихся в местной тюрьме. Все отделения были изолированными и имели отдельный вход, куда можно было попасть из общего коридора больницы. Больничные палаты на 3—5 больных были «высокими, большими и светлыми, изолированными одна от другой, с дверями в коридор» [71]. Во всех отделениях имелись «благоустроенные ванные комнаты и ватерклозеты» [Там же], что было небывалой редкостью для того времени. Далеко не каждая земская больница имела стационарную дезинфекционную камеру, в которой с использованием сернистого ангидрида проводилось бы обеззараживание (дезинфекция) одежды больных и постельного белья, как это практиковалось в Ардатовской земской больнице.

Но ее особой гордостью была «большая операционная комната с 4 окнами и очень большим содержанием воздуха, обособленная от палат» и вполне удовлетворявшая «всем требованиям современной хирургии», так как «в ней возможно производить... операции, которые требуют самой строгой асептики» [Там же]. В операционной находились «металлический, сложный и дорогостоящий операционный стол и умывальник с ножными педалями, проводящий воду и дезинфицирующий раствор», а также «инструменты... в достаточном количестве» [Там же].

Так описывал Ардатовскую земскую больницу в 1904 г. земский врач того же уезда В. П. Воронин, которому в отличие от журналиста М. А. Поповского действительно приходилось бывать в ней. Другое дело, что предшественник Ясенецкого-Войно, призванный в действующую армию во время войны с Японией, хирургом себя не считал и производил «небольшие операции» в прекрасных условиях Ардатовской земской больницы только тогда, когда никак нельзя было отказаться от их выполнения.

Но «каков поп — таков и приход». С одной стороны, в этой земской больнице имелось, по мнению В. П. Воронина, все необходимое, «чтобы хирургическая деятельность... стала быстро и широко развиваться» [Там же]. Но с другой — ее фельдшера и акушерки настолько запустили свои познания по хирургии, что не умели даже отличить роторасширителя от языкодержателя. Это наследие прошлых лет стало камнем преткновения в работе начинающего хирурга, оставшегося не только без надежных помощников, но и ассистентов на время проведения оперативного вмешательства, так как второго врача для срочной операции в Ардатовском уезде было не сыскать.

Начальный опыт самостоятельной хирургической деятельности, полученный В. Ф. Ясенецким-Войно в читинском лазарете РОКК, был небольшим, но достаточно успешным. Поэтому и в земской больнице молодой хирург «сразу начал оперировать по всем разделам хирургии и офтальмологии» [37, 38], надеясь преодолеть незнание, лень и глупость новых помощников, приобщить их к хирургии собственным примером.

Однако самые «большие трудности» на этом пути ждали его впереди и были связаны с «опасностями применения общего наркоза при плохих помощниках» [Там же]. Понятно, что ему пришлось пережить несколько неудач и «несчастий», вызван-

ных смертью больных в результате неумелого применения эфирно-хлороформного наркоза. Неожиданные трудности, свалившиеся на него, приводили к закономерному выводу о замене наркоза местной анестезией. Но опыта применения местного обезболивания не было ни у кого из земских врачей во всей округе. В результате приходилось опираться на «плохих» помощников (фельдшеров), которые не становились лучше в деле проведения наркоза. Процесс их подготовки шел медленнее, чем хотелось бы. Тяжелые условия земской работы все чаще приводили молодого хирурга к отчаянной мысли об оставлении Ардатовского уездного земства.

К тому же в Ардатовской земской больнице В. Ф. Ясенецкому-Войно не удавалось быть исключительно хирургом. Земская практика тех лет хотя и признавала верховенство хирургии перед остальными специальностями, но требовала полной самоотдачи во всех остальных областях, входивших в сферу врачебной деятельности.

В те времена Среднее Поволжье являлось естественным резервуаром холерной инфекции, где почти ежегодно возникали вспышки азиатской холеры, часто принимавшие характер эпидемии.

Поэтому врачи Ардатовской уездной земской управы стали загодя готовиться к ликвидации возможной летней эпидемии 1905 г. Одной из таких подготовительных мер стала командировка в Москву санитарного врача Ардатовского уезда А. П. Воскресенского вместе с В. Ф. Ясенецким-Войно, единственным врачом земской больницы. Поводом к ней служило объявление о созыве в Москве Пироговского противохолерного съезда, опубликованное во «Врачебно-санитарном листке Симбирской губернии» в феврале 1905 г.

В нем приводилось обращение правления Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова к Симбирской губернской управе, которое озабочивалось «привлечением на съезд возможно большего числа врачей» и просило «оказать... содействие успеху съезда, облегчив для врачей возможность принять в нем участие» [72].

Эта командировка позволила В. Ф. Ясенецкому-Войно не только впервые побывать в Москве, но и принять участие в работе одного из Пироговских врачебных съездов. Он проводился тем же московским Обществом русских врачей 21—24 марта 1905 г. и был посвящен проблемам организации и особен-

ностям проведения таких противохолерных мероприятий, с которыми возможно было столкнуться на практике летом того же года.

По нашим данным, молодой хирург в основном присутствовал на секционных заседаниях так называемого III отдела съезда, где рассматривались вопросы «бактериологии холеры, распознавания, вакцинации и дезинфекции» [73]. В них участвовали видные специалисты того времени, в том числе С. И. Златогоров (Санкт-Петербург), В. К. Высокович (Киев) и др., выступавшие не только с докладами, но и в прениях, следовавших в процессе обсуждения программных докладов.

Так начинающий хирург В. Ф. Ясенецкий-Войно был вынужден существенно расширить врачебный кругозор, пополнив его сведениями из области эпидемиологии и общественной гигиены. Правда, в материалах этого съезда он почему-то значился делегатом от города Москвы, а не от Симбирской губернии, как его коллега, с которым он приехал [74].

Вернувшись в Ардатов, А. П. Воскресенский и В. Ф. Ясенецкий-Войно сделали сообщение перед остальными земскими врачами уезда о главных итогах работы Пироговского съезда врачей. Наряду с организационными вопросами противохолерных мероприятий оно касалось и особенностей проведения прививок против холеры, которые не находили широкого применения в земской практике.

Члены Ардатовской земской уездной управы, являвшейся организатором командировки своих представителей на Пироговский противохолерный съезд, надеялись, что после их возвращения будет составлена толковая смета расходов на проведение в уезде профилактических прививок против холеры. Однако им пришлось разочароваться. Делегаты привезли из Москвы неутешительные вести. Массовые прививки среди населения оказались невозможными, так как в России не было ни собственного производства, ни стратегических запасов нужного количества противохолерной сыворотки. Поэтому взамен таких прививок на съезде предлагалось лишь ограниченное «производство опытов с прививками противохолерной сыворотки» [75].

Возвращаясь к сомнениям Ясенецкого-Войно по поводу продолжения службы в Ардатовском уездном земстве, напомним, что исключительно «большую трудность» для участкового земского врача в уезде с 20-тысячным населением представлял значительный амбулаторный прием, на который ежедневно при-

сжало около 50 новых больных, не считая тех, кто обращался к врачу повторно.

При этом земский врач должен был изыскивать время для ежедневного осмотра стационарных больных, находившихся в больнице в числе 20—25, выкраивать его для производства плановых и неотложных оперативных вмешательств с учетом «плохих помощников». Вместе с тем земскому врачу вменялось в обязанность ежедневное посещение нескольких больных на дому. При этом максимальный радиус одной такой поездки мог составить 15 верст (только в одну сторону).

Это была немыслимая врачебная нагрузка. Работая фактически за двух земских врачей (больничного и участкового), Валентин Феликсович физически не мог справиться с многообразием этих обязанностей, не ущемляя собственных хирургических интересов.

К примеру, в период с 1 августа 1904 г. по 1 августа 1905 г. в Ардатовской земской больнице было принято 15 772 амбулаторных больных, значительная часть которых приходилась на долю земского врача Ясенецкого-Войно в течение марта—июля 1905 г. [76, С. 705].

Несколько бóльшим объемом амбулаторного приема отличался лишь так называемый Покровский уездный врачебный участок Симбирской губернии, где на одного врача в год в то же время приходилось 16 805 амбулаторных больных [Там же]. Эта тяжелейшая работа сводила земских врачей в могилу. Так, незадолго до приезда молодого хирурга в Симбирскую губернию, покончил жизнь самоубийством, отравившись морфием, 36-летний земский врач Покровского уездного врачебного участка В. П. Воронин, также увлекавшийся земской хирургией.

В остальных 5 уездах той же губернии объем амбулаторной работы земских врачей был существенно ниже (около 12 000 амбулаторных посещений на одного врача в год) и не отнимал столько времени и сил, как в Покровском или в Ардатовском уездах.

В земских управах других губерний, к примеру Саратовской (1904 г.), в качестве нормальной нагрузки земского врача признавалось то же число амбулаторных посещений (не более 12 000 на одного врача в год) [77].

К тому же на V Симбирском губернском съезде земских врачей (1903 г.) декларировалось, что «работа врача может быть продуктивной только при 10, максимум 12-тысячной амбулато-

рии, в противном случае она является **непосильной** (выделено нами. — *Ю. Ш.*). На амбулаторию и ежедневные разъезды по участку... тратится самая большая часть времени и сил, и, следовательно, меньшая может быть посвящена хирургической деятельности, которая сама по себе требует много времени: необходим досмотр за приготовлением к операции, необходимо проглядеть литературу для освежения своих познаний в известном вопросе, наконец, немало времени и нервной энергии отнимает и сама операция» [71, С. 29].

Тот же вывод сделал и земский врач Ясенецкий-Войно в ходе врачебной деятельности при Ардатовской земской управе, которая продолжалась в течение 5 месяцев, с марта по август 1905 г.

Таким образом, одной из причин оставления В. Ф. Ясенецким-Войно службы в Ардатовском уездном земстве оказалась непосильная врачебная нагрузка, которая до него возлагалась на двух земских врачей. Она подтверждалась и формальным поводом к его увольнению, которым якобы стал «отказ бывшего Ардатовского врача посетить на дому в городе нескольких трудно больных», как было указано в одном из документов того времени [76, С. 720].

Осенью 1905 г., когда В. Ф. Ясенецкий-Войно давно покинул пределы Симбирской губернии, этот случай продолжал обсуждаться на разных уровнях. Звучали обвинения, что нагрузка заведующего больницей и одновременно земского участкового врача в одном лице была чрезмерной, высказывались предложения по поводу введения дополнительной должности второго врача в Ардатовской земской больнице [78]. Но этими разговорами дело и закончилось.

Сам же Святитель и хирург отзывался весьма скупо об этом периоде своей деятельности. «Через несколько месяцев... пришлось отказаться от работы в Ардатове ввиду ее невыносимой трудности, — писал он в мемуарах, — и перейти... в маленькую больницу... на десять коек», которая находилась в селе Верхний Любаж Фатежского уезда Курской губернии» [37, 38].

Поближе к курским соловьям

«Чрезвычайно тяжелый путь земского хирурга-самоучки, который мне пришлось пройти, научил меня весьма многому»

(*В. Ф. Войно-Ясенецкий*)

Путь из Симбирской губернии в Курскую вновь лежал через Киев, куда в августе 1905 г. вернулся с женой из Ардатова земский врач В. Ф. Ясенецкий-Войно. Там в сентябре—октябре того же года он вступил в переписку с Фатежской уездной земской управой Курской губернии, где имелось несколько вакантных мест врачей, и получил ее согласие на переезд [79].

В ноябре 1905 г. молодой хирург стал земским врачом Верхнелюбажского врачебного участка, входившего в состав Фатежского уезда. К тому времени маленькая участковая больница на 10 коек, о которой вспоминал Святитель, еще не была открыта.

К концу того же года ее здание, а также здание участковой амбулатории были построены в селе Верхний Любаж в виде срубов только «вчерне», т. е. без внутренней отделки, и простояли всю зиму без окон и дверей. К приезду Ясенецкого-Войно были готовы лишь деревянный дом, где предстояло жить семье врача, другой деревянный дом, предназначенный для фельдшеров и остального медицинского персонала, а также «сарай с погребом» [80].

Поэтому «окончательная отделка больницы и амбулатории» Верхнелюбажского врачебного участка наряду с постройкой отдельного здания для больничной кухни и прачечной изначально планировалась завершением только к концу 1906 г., что и было выполнено. К тому же сроку была закончена и «наружная обкладка кирпичом» домов врача и прочего медицинского персонала, а на территории земской больницы был устроен колодец. Лишь к весне 1907 г. эти дома предполагалось «ошелевать тесом и покрасить» [Там же].

Становится понятным, что земский хирург В. Ф. Ясенецкий-Войно в течение первого года своей деятельности в Фатежском уездном земстве занимался амбулаторной практикой, осуществляя ее на дому или выездным порядком, путем посещения инфекционных и других больных, которые не могли приехать на дом к врачу.

Начало его работы в уезде совпало с несколькими опасными эпидемиями, в том числе натуральной оспы, брюшного тифа и кори, которые почти одновременно охватили сельское население вверенного ему врачебного участка. Дело дошло до того, что в Курскую губернию было командировано несколько студентов старших курсов медицинского факультета Киевского университета Св. Владимира для оказания посильной помощи в деле ликвидации эпидемий. Один из студентов-медиков был выделен губернским земством в распоряжение Фатежской уездной земской управы.

Однажды в декабре 1905 г. на ее заседании зашла речь о командировании этого киевского студента последовательно в несколько сел, находившихся на территории Верхнелюбажского врачебного участка, где не утихали эпидемии натуральной оспы и брюшного тифа. Против такой командировки, опасной для неопытного медика, стал протестовать земский врач В. Ф. Ясенецкий-Войно, присутствовавший на том же заседании. Когда с ним перестали соглашаться представители земской управы, он твердо заявил, что «наблюдение за эпидемиями» в этих селах «берет на себя».

Единственная просьба молодого врача заключалась в том, чтобы на время его работы в эпидемических очагах кто-либо из остальных земских врачей уезда взял бы на себя проведение амбулаторного приема на этом врачебном участке. В итоге киевский студент-медик с примечательной фамилией Иосифов не был послан в очаг особо опасной инфекции, которой являлась натуральная оспа, а был прикомандирован к Фатежской городской больнице, где работал под руководством опытных врачей [81].

В течение 1906 г. Ясенецкий-Войно активно занимался амбулаторной работой (за неимением другой) на своем врачебном участке, чем привлекал внимание к себе не только представителей уездной земской управы, но и многочисленных пациентов. Больные, по его выражению, «пошли... со всех сторон, и из других уездов Курской губернии, и соседней, Орловской» [37, 38].

Та же ситуация отражалась в докладе Фатежского санитарного совета, сделанного на заседании XLII очередного Фатежского уездного земского собрания, которое состоялось в ноябре 1906 г., т. е. через год после начала службы В. Ф. Ясенецкого-Войно в Курском земстве. В нем, в частности, указывалось, что «Верхне-Любажский участок, открывшийся в конце 1905 г., расположенный в густонаселенном районе, вследствие этого, а

также вследствие личных особенностей участкового врача сразу привлек значительное число больных (количество посещений там колеблется между 1300—1500 в месяц)» [82].

В докладе отдавалась дань уважения к высокой хирургической активности молодого специалиста, сделавшего «довольно много операций» в области амбулаторно-поликлинической хирургии. Конкретные результаты достижений В. Ф. Ясенецкого-Войно отражали 368 амбулаторных оперативных вмешательств, в том числе 73 офтальмологических.

Надо отметить, что его врачебная деятельность в Верхнелюбажском врачебном участке находила полное понимание и стремление к оказанию помощи со стороны представителей Фатежской уездной земской управы до тех пор, пока в 1905—1907 гг. ее председателем являлся Ф. А. Полторацкий, оставивший эту должность по болезни в декабре 1907 г.

За годы его председательства управа не раз приходила на помощь молодому хирургу, стараясь не только нивелировать возникавшие сложности в работе, но и создать более благоприятные условия для хирургической деятельности молодого врача.

Все началось с вопроса о «плохих помощниках». Тяжелые ардатовские уроки не прошли даром. Уже в январе 1906 г., в начале деятельности в Фатежском уезде, В. Ф. Ясенецкий-Войно пытался заручиться поддержкой управы в деле самостоятельного подбора фельдшеров, доказывая, что не следует навязывать ему тех, кто возвращается с войны, и просил предоставить ему право самому определять ближайших помощников.

Руководство земской управы пожимает плечами, мнется, беспомощно разводит руками, но в конце концов соглашается с просьбой-требованием земского хирурга [83].

Но чем дальше, тем больше становится просьб к управе с его стороны, очень напоминающих требования. Так, в марте того же года В. Ф. Ясенецкий-Войно «ввиду обилия работы» вдруг предложил отказаться от ведения амбулаторного журнала во время приема больных, где фиксировались сведения о больном (ФИО, возраст, домашний адрес и др.), указывался предварительный диагноз, установленный врачом в результате осмотра, а также перечислялись проведенные лечебно-профилактические мероприятия[20].

---

[20] Врачебные обязанности того времени включали одновременное ведение как амбулаторного журнала, так и статистических карточек, куда переносились сведения из амбулаторного журнала. В. Ф. Ясенецкий-Войно предлагал вести одну из этих двух форм учета.

В результате председателю земской управы пришлось терпеливо объяснять, что этот отказ невозможен, так как «карточный материал отсылается, журнал же остается в амбулатории и всегда может понадобиться для справок» [84].

В апреле 1906 г. В. Ф. Ясенецкий-Войно вновь обратился в управу за разъяснениями «со стороны санитарного совета, как вести ему прием больных при большом их наплыве, когда прием занимает у него целый день и нет возможности выезжать к больным на дом» [85]. Напомним, что трудности посещения больных на дому стали одной из причин увольнения молодого врача из Ардатовской земской больницы. История повторяется!

Он просил членов Фатежской земской управы разрешить ограничение амбулаторного приема по объему, остановившись на 60 больных в день, а также принять дополнительно к существующему штату еще одного, третьего, фельдшера и увеличить число обслуживающего персонала в амбулатории. Эти неотложные меры, по мнению В. Ф. Ясенецкого-Войно, представляли собой единственную «возможность управиться с делами».

Санитарный совет в составе управы, куда входили все земские врачи уезда, в целом согласился с этим требованием. Однако совет распространял ограничение амбулаторного приема, прежде всего «на иногороднее население», под которым понимались больные, приехавшие издалека и не относившиеся к населению Фатежского уезда Курской губернии. Вместе с тем он обязал врача Верхнелюбажского врачебного участка хотя бы опрашивать всех иногородних, чтобы не пропустить тяжелобольных среди тех, кому будет отказано в приеме в день приезда. Увеличение числа фельдшеров и служителей в совете проходило на «ура».

Однако санитарный совет был совещательным органом, решения которого носили рекомендательный характер в случае решения каких-либо финансовых дел. Отсюда принятое им решение по поводу ограничения амбулаторного приема до 60 человек ежедневно стало нормой врачебной деятельности для земского врача Ясенецкого-Войно. Вместе с тем другой вопрос, имевший финансовую подоплеку, а именно об увеличении числа фельдшеров и служителей в Верхнелюбажской земской больнице, был вынесен советом на утверждение Фатежского уездного земского собрания.

В составе этого собрания преобладали противники каких-либо финансовых перемен. Его решение по поводу новых фельд-

шеров несколько раз откладывалось, вплоть до 16 ноября 1906 г., когда состоялось заключительное заседание, где подводились итоги текущего года. Откладывать запоздавшее обсуждение было дальше некуда. На собрании предложения молодого хирурга вновь поддержали представители уездной земской управы и санитарного совета. Но остальные члены собрания, возглавляемые неким Л. П. Батезатулом[21], которого В. Ф. Войно-Ясенецкий в 1958 г. называл «самым редким зубром-черносотенцем» [37, 38], провалили принятие ожидавшегося положительного решения. В результате продолжительных прений «собрание постановило в назначении 3-го фельдшера в Любажский участок отказать» [86].

Это был первый вызов земской «элиты», направленный против «ершистого» земского хирурга. Таким образом она пыталась «поставить на место» Ясенецкого-Войно, заставить его быть, как все, безропотно подчиняясь неписаным местным законам и правилам. Но не таков был этот человек, чтобы подчиниться воле курского черносотенца.

Он тут же обратился к составу собрания с требованием о немедленном пересмотре принятого решения, «так как этот отказ лишает просителя возможности продолжать службу в Любажском участке» [87]. Ультиматум земского хирурга сыграл свою роль. В результате молодой врач все-таки был наделен правом приглашения третьего фельдшера на Верхнелюбажский врачебный участок, а земская оппозиция в лице Л. П. Батезатула и его приспешников была временно посрамлена.

Более того, 20 ноября 1906 г. собрание приняло дополнительное решение, которое касалось Ясенецкого-Войно. Оно признавало желательным перевод молодого хирурга, подающего большие надежды, из сельского врачебного участка, каким считался Верхнелюбажский, в городскую больницу курского уездного города Фатежа. Предполагалось, что на новом месте он сможет полнее реализовывать хирургические способности в интересах всего уезда, а не только жителей села Верхний Любаж с окрестностями. Это было блестящее признание хирургических заслуг земского врача, развитию которых собиралось способствовать уездное земство Фатежа.

---

[21] В работах М. А. Поповского его фамилия переделана на «Татезатул», хотя в воспоминаниях В. Ф. Войно-Ясенецкого под названием «Я полюбил страдание» она была указана правильно.

Однако такой перевод следовало тщательно подготовить, чтобы осуществить его «при первой возможности». Все это объяснялось тем, что в Фатежской городской больнице не было ни хирургического отделения, ни должности врача-хирурга, которую следовало дополнительно финансировать из каких-то новых источников. Кроме того, приглашаемый хирург обеспечивался квартирой за счет земства, на приобретение которой также были нужны дополнительные денежные средства. Поэтому уездная управа взяла на себя обязательство поэтапного решения всех возникавших вопросов. Перевод Ясенецкого-Войно в Фатеж откладывался, но условия для этого постепенно создавались.

В декабре 1906 г. в курском селе Верхний Любаж были наконец открыты земская больница на 10 коек и амбулатория. С этих пор сюда переместился амбулаторный прием больных, проводившийся около года на дому Ясенецкого-Войно, а в распоряжении земского хирурга оказался небольшой стационар. Скоро этих коек, которым он так радовался, стало не хватать «вследствие широко развитой хирургической деятельности» молодого врача.

По поводу увеличения их количества В. Ф. Ясенецкий-Войно не раз обращался в санитарный совет управы, требуя «расширения больницы» вдвое. Как и прежде, санитарный совет находил «просьбу врача совершенно основательной» и направлял ее для решения в земское собрание. Там она и «застревала», так как в 1907 г. «одним, но не единственным тормозом развития медицинской организации» в Фатежском уезде Курской губернии стало удручающее «безденежье» [88]. В результате земская управа оказалась не в состоянии выплачивать «своевременно жалованье медицинскому персоналу (многие врачи и фельдшера не получали жалованья по 4—6 месяцев)» [Там же, С. 69—70].

Но и в таких условиях В. Ф. Ясенецкий-Войно искал и находил возможности и пути для непременного улучшения хирургической деятельности. Об этом свидетельствовал даже «перерасход» денежных средств, допущенный в Верхнелюбажском участке в связи с приобретением новых хирургических инструментов «ввиду большой нужды» в них. На него стал жаловаться уездный аптекарь, потому что «врач Ясенецкий-Войно за 5 месяцев (1907 г. — *Ю. Ш.*) забрал из аптеки на 500 рублей... медикаментов и перевязочных средств», что объяснялось «большим наплывом больных» [Там же, С. 66].

Остальные представители Фатежского земства также подтверждали факт увеличившегося числа амбулаторных и стационарных больных у земского хирурга Ясенецкого-Войно по сравнению с соседними участками. Это связывалось только с тем, что «врач прекрасно себя зарекомендовал, и услугами его пользуются больные другого уезда» [Там же, С. 10].

По нашим данным, в 1907 г. на территории Фатежского уезда Курской губернии насчитывалось 5 врачебных участков. В тот же период результаты работы В. Ф. Ясенецкого-Войно выглядели существенно лучше, чем у всех остальных земских врачей. Об этом свидетельствовали показатели первичных обращений в амбулаторию (около 9000), числа больных в стационаре (125), а также общего числа посещений амбулатории (около 17 000) при 103 выездах к тяжелобольным, которые не могли самостоятельно приехать на прием к врачу. Они не только превышали показатели работы других врачей, действовавших на остальных врачебных участках, но и приближались к тем, которые были достигнуты одновременно двумя врачами, трудившимися в городской больнице города Фатежа.

Высокие результаты врачебной деятельности В. Ф. Ясенецкого-Войно определялись ее организацией и правильным подбором помощников (фельдшеров). В 1907 г. он уже не просил управу о послаблениях в виде ограничения амбулаторного приема больных. Теперь в Верхнелюбажском врачебном участке принимались все, кто обращался за помощью. Этому способствовал новый порядок приема, заведенный им и состоявший в том, что «часть больных одновременно с врачом принимает... фельдшер и таким образом удается принять всех приходящих больных» [Там же, С. 65]. Поэтому по итогам года санитарный совет Фатежской уездной управы даже ходатайствовал перед земским собранием «о назначении награды фельдшерам Верхне-Любажского участка... в размере месячного оклада жалованья за усиленную работу» [Там же, С. 70].

Вместе с тем дальнейшие возможности улучшения хирургической работы В. Ф. Ясенецкого-Войно оставались ограниченными до тех пор, пока он являлся участковым земским врачом, призванным совмещать занятия хирургией с другими обязанностями, возложенными на него земской управой. Неоднократные попытки хирурга, состоявшие в том, чтобы выделить один-единственный день в неделю и посвятить его исключительно проведению оперативных вмешательств, проваливались одна за другой.

Оставалось лишь надеяться на перевод хирургом в Фатежскую городскую больницу, обещанный земским собранием осенью 1906 г., но не реализованный и в 1907 г. по причине плачевного финансового состояния Фатежского уездного земства.

Просвет наметился лишь к концу 1907 г., когда в ноябре состоялось очередное уездное земское собрание. Видимо, к тому появилась возможность, так как на нем признавалось «своевременным, пользуясь прекрасными хирургическими познаниями врача Ясенецкого-Войно, перевести его в г. Фатеж на должность 3-го врача[22], предложив ему оборудовать хирургическое отделение» [Там же, С. 19].

Возможно, что прежнее единоличное положение молодого хирурга в Верхнелюбажском врачебном участке побудило его к немедленному определению будущих взаимоотношений с врачами больницы. Поэтому на том же собрании он требует самостоятельности, заключавшейся в «уравнении его в правах со старшим врачом» [Там же, С. 20].

Всем было понятно, что в одной больнице двух старших врачей быть не может. Возникли бурные прения, в которых принимал участие и старший врач, отстаивавший свои права и старшинство. Тем не менее окончательное постановление уездного земского собрания оказалось принятым в пользу В. Ф. Ясенецкого-Войно. Оно состояло в том, чтобы «ввиду поставленных врачом Ясенецким-Войно условий, признать его на новой должности независимым от другого врача» [Там же, С. 20].

Были и другие «непременные условия», сформулированные им в качестве главных требований этого перевода. К ним относились устройство нескольких квартир при больнице, предназначенных, надо полагать, для нового врача и дополнительного ее персонала (фельдшеров), а также постройка новой амбулатории, где бы принимались (отдельно от остальных) исключительно хирургические больные. Они также были приняты земским собранием, на котором звучали опасения, что иначе «потеряем опытного хирурга и на несколько лет опять останемся без амбулатории» [Там же, С. 20].

Эти решения, благоприятные для хирургической деятельности В. Ф. Ясенецкого-Войно, были приняты при энергичном со-

---

[22] Имелась в виду вновь вводимая врачебная должность в городской больнице, где уже работало 2 врача, один из которых являлся старшим или первым врачом больницы.

действии председателя Фатежской уездной земской управы Ф. А. Полторацкого, заявившего на нем о своем уходе от дел по болезни. В результате в декабре 1907 г. новым председателем управы был избран давний «друг» молодого хирурга, «зубр-черносотенец» Л. П. Батезатул, возглавлявший раньше оппозицию не только против прежнего председателя, но и против земского хирурга Ясенецкого-Войно. С этого времени для него, всегда стремившегося к независимости в интересах хирургии, настали не лучшие времена.

Следуя прежнему плану, в феврале 1908 г. в Фатежской городской больнице было начато формирование хирургического отделения на 20 штатных коек, для которого удалось приспособить здание, «бывшее под богадельней, а для богадельни снять в г. Фатеже отдельную квартиру» [89, С. 67].

После открытия отделения число штатных коек больницы достигло бы 90, в том числе:

— 50 в составе общего или терапевтического, острозаразного или инфекционного, а также сифилитического;

— 20 для хирургического;

— 20 для так называемых «богодельцев», к которым относились лица без определенного места жительства, престарелые и пр.

В терапевтическом отделении больницы, кроме того, имелись 2 отдельные палаты для душевнобольных, а в инфекционном — 2 приспособленные палаты для лечения больных арестантов, содержавшихся в фатежской городской тюрьме.

Став заведующим хирургическим отделением в феврале 1908 г., В. Ф. Ясенецкий-Войно переехал в город Фатеж Курской губернии, где для него земская управа «наняла квартиру по соседству с больницей» [Там же]. В будущем отделении была немедленно произведена необходимая перепланировка и начат соответствующий ремонт. При этом возникли трудности с обеспечением водой предоперационной и предперевязочной, так как в больнице не имелось ни центрального водопровода, ни канализации, т. е. все удобства были во дворе. Поэтому на первых порах о санитарном пропускнике для хирургических больных и речи быть не могло (его не было и в инфекционном отделении).

Кроме того, была начата подготовка к оснащению операционной и перевязочной медицинским оборудованием, инструментами, санитарно-техническим имуществом. Одновременно пришлось увеличить число среднего медицинского и обслужи-

вающего персонала городской больницы в интересах хирургического отделения. Сюда было переведено несколько фельдшеров, работавших с Ясенецким-Войно в Верхнелюбажской участковой земской больнице. В результате эту вновь отстроенную больницу пришлось закрыть, так как данный врачебный участок стал фельдшерским.

Однако организаторская и хирургическая деятельность молодого хирурга в Фатежской городской больнице продолжалась всего 2 месяца. Для ее прекращения оказалось достаточно случая, когда заведующий хирургическим отделением В. Ф. Ясенецкий-Войно «не отправился немедленно, оставив все дела, к заболевшему исправнику»[23] [37, 38]. В результате председатель уездной земской управы «счел» его не иначе, как «революционером», так как последний не желал «подчиняться распоряжению председателя» [Там же]. Поэтому Л. П. Батезатул предложил ему оставить службу в Фатежском земстве в течение 2 месяцев, чтобы подыскать себе за это время новое место работы.

В. Ф. Ясенецкий-Войно решил эту задачу по-своему. Он тут же отказался от продолжения службы и настоял на немедленном увольнении. Однако ехать ему было некуда, хирурга никто не ждал, чтобы предложить новую работу. Поэтому из города Фатежа Курской губернии путь его вновь лежал в Киев.

Оттуда он написал письмо председателю Фатежской земской управы с требованием заплатить ему жалование за трехмесячный период, необходимый для поиска другого места службы, так как ко времени увольнения у него уже было двое малолетних детей (сын Михаил и дочь Елена). Ответ Л. П. Батезатула был откровенно издевательским.

Из него явствовало, что «врач Ясенецкий-Войно пренебрег предложением управы и не воспользовался предоставленной ему льготой» [89, С. 22], состоявшей в том, чтобы отработать 2 месяца, одновременно используя это время для поиска другой работы. Поэтому он «сам в этом виноват» [Там же]. Это означало, что требование В. Ф. Ясенецкого-Войно было отклонено Фатежской земской управой.

---

[23] Имеется в виду полицейский исправник или старший полицейский начальник уезда.

Во имя земской хирургии

«Я не ошибусь, если назову регионарную анестезию наиболее совершенным методом местной анестезии»

(*В. Ф. Войно-Ясенецкий*)

Любажский период жизни и деятельности молодого хирурга (ноябрь 1905—апрель 1908 гг.) стал определяющим с точки зрения его долговременных научных интересов. Первоначально они основывались на результатах, достигнутых видными европейскими хирургами в области анестезиологии, которая к тому времени еще не стала ни самостоятельной научной дисциплиной, ни одной из врачебных специальностей. Поэтому облегчение страданий больных при проведении оперативных вмешательств тогда оставалось уделом хирургии.

Это была заря анестезиологии, когда приверженцем этой будущей специальности стал земский врач Ясенецкий-Войно. Его небольшой опыт хирургической деятельности уже не оставлял сомнений в целесообразности проведения той или иной хирургической операции. Вместе с тем всегда оставался сомнительным способ обезболивания, который следовало применить хирургу, чтобы, с одной стороны, предупредить страдания больного и выполнить все шаги оперативного вмешательства — с другой. Выбор обезболивающих средств был ограничен, как правило, эфиром или хлороформом, действие которых сравнивали с опьянением вином или выдержанным марочным коньяком.

Но и «вино» (эфир), и «коньяк» (хлороформ) нередко приводили к одному и тому же состоянию — передозировке, являвшейся нередкой причиной гибели оперируемых больных.

Эти случаи были особенно частыми в практике земских хирургов. Во-первых, в участковых земских больницах, где по штату числился только один врач, обязанности наркотизатора во время проведения операций исполнять было некому. Во-вторых, техника ингаляции (введения) эфира или хлороформа оставалась несовершенной и позволяла весьма приблизительное определение дозы «вина» и «коньяка», особенно в неопытных руках.

У многих земских хирургов не оставалось выбора, чтобы в экстренных случаях не привлекать фельдшеров к поддержанию

больного в состоянии наркозного опьянения. Подготовка среднего медицинского персонала к выполнению таких функций, конечно, была разной. Но в основном встречались «специалисты», не умеющие, по мнению Ясенецкого-Войно, «отличить роторасширителя от языкодержателя».

Подобных фельдшеров не могли ничему научить юные выпускники медицинских факультетов университетов, которых также никто не учил премудростям анестезиологии (не было еще такой науки и учебной дисциплины). Поэтому их воспитанник, ставший земским врачом, не выносил «из университета уменья наркотизировать и должен сам ему учиться» [90, № 47, С. 1365]. По опыту молодого хирурга этому навыку, «от которого зависит жизнь больного.., в университетском преподавании отведено меньше места, чем минералогии» [Там же], т. е. науке о лечебных свойствах природных минералов.

Поэтому и земские врачи, и их помощники были вынуждены учиться искусству наркотизации больных на собственном опыте, который достигался дорогой ценой, методом проб и ошибок. Эти печальные результаты приводили к выводу, что проведение наркоза может стать опаснее хирургической операции. Отсюда рождались отказы земских врачей либо от хирургической деятельности вообще, либо от применения наркоза при выполнении оперативных вмешательств в частности. И то, и другое тормозило развитие земской (амбулаторно-поликлинической) хирургии, становилось причиной многочисленных осложнений у больных с заболеваниями хирургического профиля.

В. Ф. Ясенецкий-Войно был уверен, что таких осложнений, а также отказов земских врачей от занятия хирургией можно избежать предложением нового способа обезболивания хирургических операций в земской хирургии, являвшегося простым, доступным и вместе с тем более безопасным, чем эфирный или хлороформный наркоз.

«Нельзя правильно и спокойно сделать операцию при флегмоне, карбункуле, мастите, если больной чувствует жестокую боль» [Там же], — учил В. Ф. Ясенецкий-Войно своих коллег, избегавших применения общего наркоза при проведении хирургических вмешательств. «Нельзя потому, — убеждал он, — что разрезы будут поверхностными, операция недоконченной, и хорошего результата не получится, а врач, сделавший несколько таких операций, легко получит склонность к „вытяжному пластырю"» [Там же], т. е. к применению консервативных, а не хи-

рургических методов лечения там, где только нож в руках искусного хирурга может действительно помочь больному.

Кроме того, В. Ф. Ясенецкий-Войно на собственном опыте был убежден, что от земского врача сама «жизнь... настойчиво требует хирургической работы» [Там же]. В те времена земский доктор действительно был единственным врачом общей практики в районе, где проживали десятки тысяч человек. Отказ одного из таких докторов от оказания хирургической помощи амбулаторным больным приводил к тому, что эти страдальцы обращались к другому врачу, преодолевая для этого десятки лишних километров. Подобная практика не могла не приводить к развитию тяжелых осложнений, свидетелем чего не раз становился В. Ф. Ясенецкий-Войно. Ее отражением становились меткие врачебные афоризмы, рожденные в бессильной борьбе с действительностью. «Если гной, то ведро», — подтверждал один из них. Но отнюдь не афоризмы были нужны для борьбы с осложнениями хирургических заболеваний.

Как воздух были нужны простые и эффективные способы обезболивания, отличные от наркоза и легко доступные земским врачам, которые можно освоить на рабочем месте, без дополнительного усовершенствования в университетских клиниках. Проблема была глобальной, так как ее решение приводило не только к ускорению развития амбулаторно-поликлинической хирургии вообще, но и к изменению системы высшего медицинского образования России, в круг которой вводилась бы новая учебная дисциплина и врачебная специальность — анестезиология.

Эти размышления окончательно укрепили позицию В. Ф. Ясенецкого-Войно в вопросе о роли и значении анестезиологического пособия в хирургической деятельности. На личном опыте он убедился, что такое пособие, столь существенное «для хирургов вообще, в условиях земской работы приобретает особенное значение и остроту» [Там же].

Обратим внимание на фразу «особенное значение», в которой заключен особый смысл. Имеются в виду те осложнения, которые несет применение любого вида обезболивания. Они могут быть частыми, как в случаях использования наркоза в начале XX века. Но возможности борьбы с ними у врачей университетских клиник и крупных больниц того времени, с одной стороны, и, с другой — у земских врачей, действовавших в одиночестве, были различными. Бригада врачей университетской клиники могла успешно справиться с таким осложнением наркоза, от ко-

торого в участковой больнице больной погибал. Отсюда — особое внимание условиям работы земских хирургов, для которых следовало разработать новые способы обезболивания.

Эта задача в любажский период деятельности В. Ф. Ясенецкого-Войно становится приоритетной как с научной, так и с практической точки зрения. Для начала он садится за книги, чтобы приблизиться к ее решению. В курскую глубинку их присылают из Киева, где остались друзья и родные, для которых молодой хирург сформулировал общие принципы научных интересов. От того, как он их обозначил, зависело содержание присланных медицинских руководств. Прежде всего его интересовали такие методы обезболивания оперативных вмешательств, которые применимы в земской хирургии.

Признанным европейским центром развития медицинской науки тогда считалась Германия. Сыграло свою роль и прекрасное знание В. Ф. Ясенецким-Войно немецкого языка, освоенного в юности, накануне поступления в частную художественную школу в Мюнхене, дававшее возможность чтения в подлиннике немецкой медицинской литературы.

Поэтому одной из первых настольных книг молодого хирурга, посвященных анестезиологии, стало руководство доцента медицинского факультета Лейпцигского университета Г. Брауна (Германия) под названием «Местная анестезия, ее научное обоснование и практические применения», впервые увидевшее свет в 1905 г. на немецком языке [91]. Оно быстро приобрело популярность в странах Западной и Восточной Европы[24], а для земского хирурга В. Ф. Ясенецкого-Войно являлось руководством к действию в течение нескольких последующих лет.

Сведения о нем приводятся и в мемуарах В. Ф. Войно-Ясенецкого (1958). «В это время, — пишет он о периоде 1906—1907 гг., — вышла первым изданием книга профессора Брауна... Я с жадностью прочел ее и из нее впервые узнал о регионарной[25] анестезии, немногие методы которой весьма недавно были опубликованы... У меня возник живой интерес к регионарной анестезии, я поставил себе задачей заняться разработкой новых методов ее» [37, 38].

---

[24] Второе издание этой книги вышло в 1907 г. тоже на немецком языке.

[25] Здесь В. Ф. Войно-Ясенецким допущена неточность, так как Г. Браун называл свои методы способами проводниковой анестезии или перинервальной (по отношению к крупному нервному стволу) анестезии на протяжении.


Die Lokalanästhesie,
ihre wissenschaftlichen Grundlagen
und praktische Anwendung

Ein Hand- und Lehrbuch

von

Dr. med. Heinrich Braun

Mit 127 Abbildungen

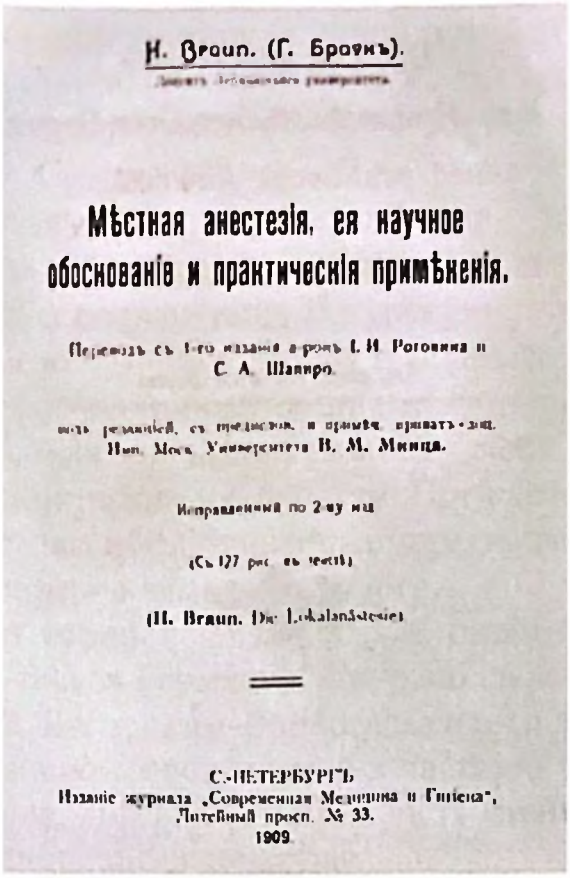
LEIPZIG
Verlag von Johann Ambrosius Barth
1905

Титульный лист первого издания руководства Г. Брауна (1905).

На русский язык эта книга была переведена только в 1909 г. стараниями преподавателей медицинского факультета Московского университета, когда В. Ф. Ясенецкий-Войно уже был знаком с этой новой для многих областью медицинской науки и практики.

Еще в предисловии к первому изданию Г. Браун предупреждал читателей, чтобы они не рассчитывали на легкие победы в освоении принципиально нового метода обезболивания оперативных вмешательств, свидетельствовавшего о закате эры эфира и хлороформа.

«Применение местного обезболивания в области общей хирургии... с пользой для больного, — в частности писал он, — до сих пор удавалось лишь тому, кто много и специально занимался данным вопросом и посредством упражнения и личного опыта научился заниматься этим методом» [91, С. 3], т. е. досконально освоил теоретически и овладел его многочисленными способами на практике. Этот вывод являлся краеугольным камнем руководства Г. Брауна, в котором самым подробным образом приводились как собственные, так и разра-


H. Braun. (Г. Браунъ).

Мѣстная анестезія, ея научное обоснованіе и практическія примѣненія.

Переводъ съ 1-го изданія д-ровъ І. И. Роговина и С. А. Шапиро.

подъ редакціей, съ предисл. и примѣч. привать-доц. Имп. Моск. Университета В. М. Мицца.

Исправленный по 2-му изд.

(Съ 127 рис. въ текстѣ)

(H. Braun. Die Lokalanästesie)

С.-ПЕТЕРБУРГЪ
Изданіе журнала „Современная Медицина и Гигіена",
Литейный просп. № 33.
1909.

Первое отечественное издание руководства Г. Брауна (1909).

ботанные другими авторами бесчисленные способы местного обезболивания.

Такая демократическая методика изложения, естественно, подкупала читателя, который был согласен с Г. Брауном в том, что «хирургические учебники... дают об этом слишком общее понятие, а специальные монографии, трактующие о местной анестезии, ограничиваются почти всегда ...усердной... рекомендацией одного... метода» [Там же]. Исходя из изложенного, Г. Браун настаивал, что «схематическое применение одного метода является неправильным, что в большинстве случаев каждая операция, каждая ткань, каждый орган требует особой техники в применении местной анестезии...» [Там же].

Эту принципиальную позицию Г. Брауна полностью разделил земский хирург В. Ф. Ясенецкий-Войно, которому удалось не только досконально освоить уже существовавшие способы местного обезболивания, но и разработать несколько новых оригинальных методик в недалеком будущем.

Из руководства Г. Брауна В. Ф. Ясенецкий-Войно узнал непродолжительную историю местной анестезии, которая вела

свое начало от первого применения водного раствора кокаина в анестезиологической практике (1884 г.).

Интересно, что к тому времени уже был известен и новокаин, впервые синтезированный Tauber'ом (1897 г.). Не было секретом и то обстоятельство, что водные растворы его солянокислой соли хорошо «поддаются стерилизации посредством кипячения» [Там же, С. 114]. Вместе с тем Г. Браун в 1905—1907 гг. полагал, что «новокаин не имеет преимуществ перед кокаином» и, более того, новокаин «должен применяться с большей осторожностью ввиду его ядовитых свойств» [Там же].

Причиной чрезмерной токсичности был, конечно, не столько новокаин, сколько различные примеси, ухудшавшие состав препарата в процессе его промышленного производства, о чем догадывались некоторые авторы еще в начале XX века. В частности, некий Pouchet отвергал новокаин потому, что «выпускаемые на продажу препараты очень различны по своему действию» [Там же], а Legraund предлагал вовсе «устранить это средство из терапевтического арсенала» [Там же], видимо, по той же причине.

В то время одновременно с раствором кокаина применялся еще один препарат, более известный как супраренин (адреналин), изначально представлявший собой вытяжку (экстракт) из надпочечников животных, чему он был обязан своим первоначальным названием[26]. В кристаллическом виде супраренин был получен Takamine и Aldrich (1902 г.) независимо друг от друга. В производственных целях он был впервые произведен в Лондоне под названием адреналина и с тех пор прочно вошел в фармацевтическую практику. Считалось, что в условиях местного применения, т. е. при подкожном или внутримышечном введении, адреналин настолько сокращает кровеносные сосуды на периферии, что они почти не кровоточат в области операционной раны, если его раствором предварительно инфильтрировать окружающие ее мягкие ткани. С этим его свойством связывалось и существенное усиление местного действия обезболивающих препаратов, которые почти не всасывались в кровеносное русло по причине стойкого спазма сосудов, вызванного введением адреналина.

Врачи начала XX века были уверены, что малое количество адреналина чрезвычайно усиливает не только местное анестези-

---

[26] Ren — это почка (*лат.*). Надпочечник представляет собой особую железу, которая находится выше почки. Отсюда ведет начало супраренин.

A. Leitungsanästhesie durch perineurale Injektion anästhesierender Lösungen.

Die Einwirkung anästhesierender Lösungen auf Nervenstämme, welche das mit ihnen infiltrierte Gewebe durchziehen, ist eine indirekte. Das Anästheticum muß in den durch eine feste Bindegewebshülle gegen die Umgebung abgeschlossenen Nervenstamm diffundieren, wenn es mit der Nervensubstanz in Kontakt kommen soll. Es erklärt sich daraus die allenthalben zu beobachtende, wohl zu beachtende Erscheinung, daß die sensiblen Leitungsbahnen sehr leicht und schnell einer Leitungsunterbrechung durch perineurale Injektion zugänglich sind, wenn ihre feinsten Verzweigungen nahe der Endausbreitung mit anästhesierenden Lösungen umspült werden, während die Leitungsunterbrechung immer schwieriger wird, langsamer vor sich geht, größere Mengen des Anästheticums, höher konzentrierte Lösungen desselben

Фрагмент из первого издания руководства Г. Брауна, посвященный проведению проводниковой анестезии путем периневрального введения анестезирующего раствора.

рующее действие раствора кокаина, но существенно ограничивает его общее воздействие на организм, сводя на нет опасность передозировки такого наркотика в условиях его местного применения. Поэтому они рекомендовали одновременное введение водного раствора кокаина только с добавлением раствора адреналина в концентрации 1:1000 из расчета на каждый кубический сантиметр (мл).

В соответствии с воззрениями Г. Брауна, одной из разновидностей местной анестезии являлась так называемая анестезия нервных проводников (анестезия на протяжении, проводниковая анестезия или Leitungsanaesthesie).

Однако в других странах, к примеру в Голландии, Великобритании, да и в России тоже, эта разновидность местной анестезии в начале прошлого века носила название регионарной или областной.

Проводниковая или регионарная анестезия крупных нервных стволов, как тогда считалось, могла быть достигнута тремя различными способами. К ним относились:

— эндоневральный (введение анестетика непосредственно в ствол нерва);

— периневральный (инфильтрация мягких тканей в непосредственной близости от нервного ствола);

— субдуральный (введение анестетика в спинномозговой канал в области поясничного отдела позвоночника).

Из всего многообразия способов проводниковой или регионарной анестезии внимание земского хирурга В. Ф. Ясенецкого-Войно привлек только один из них — перинервальный, который, по его мнению, отличался доступностью, простотой, высокой безопасностью и эффективностью применения в условиях амбулаторной хирургии.

Пионерами его использования в мировой врачебной практике стали одновременно несколько хирургов, среди них Hall, Halstedt и Raymon (1885 г.), использовавшие этот способ независимо друг от друга с целью безболезненного извлечения зубов путем анестезии на протяжении двух нервных стволов нижней челюсти, в том числе n. infraorbitalis и n. alveolaris inferior.

В отличие от них В. Ф. Ясенецкий-Войно исходил из интересов земской (амбулаторно-поликлинической) хирургии, для которой первоочередное значение имели оперативные вмешательства, проводимые на верхних и нижних конечностях, а более всего на кисти и стопе.

Поэтому он не мог не обратить внимания на рекомендации Г. Брауна, посвященные выполнению проводниковой анестезии крупных нервных стволов этих областей, которые мы позволим себе привести лишь с незначительными сокращениями.

«Что касается конечностей, в частности кисти и стопы, — писал Г. Браун в своем руководстве, — то ...инфильтрация ...анестезирующими растворами слоя тканей, отделяющего операционное поле от центрального органа нервной системы, является самым верным и простым средством при всех операциях на этих местах.

На предплечье и голени можно анестезировать большие... нервные стволы, как n. ulnaris, radialis, medianus, tibialis и др., впрыскивая в известные места, где они легко доступны, в непосредственной близости от них сильные растворы анестетика: через 10—15 минут наступает почти наверняка в области разветвления этих нервов нарушение проводимости, т. е. чувствительный паралич...

Ввиду того, что в иннервации какого-нибудь участка соседними нервами наблюдаются индивидуальные различия, то с целью достижения практических результатов следует выключить несколько нервов.

Для анестезии больших... нервов лучше всего употреблять 0.5—1.0 % раствор кокаина с примесью адреналина» [91, С. 168].

Видите, как «по Брауну» все оказалось просто. Стоит только взять рекомендуемый им раствор анестетика и ввести его в известное место, чтобы крупные нервные стволы конечностей последовательно «выключались», словно электрические лампочки, давая знак хирургу в виде потери чувствительности в области операционного поля, что пора приступать к оперативному вмешательству. И никаких тебе осложнений в виде западения языка, внезапной остановки дыхания или сердечной деятельности. Остается только выяснить досконально те самые известные места да как следует потренироваться в применении различных способов проводниковой анестезии, чтобы дело было сделано.

В начале XX века, когда в арсенале врачей еще не было антибиотиков, существенное место в структуре заболеваемости сельского населения занимали гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки, в том числе фурункулы и карбункулы, а также гнойные осложнения различных травм и микротравм, включая панариции, абсцессы, флегмоны и пр. Поэтому в своем руководстве Г. Браун уделил достойное внимание особенностям проведения местной анестезии при таких заболеваниях. В частности, он советовал избегать введения обезболивающих растворов непосредственно «в болезненно измененные ткани», особенно в те из них, которые уже вовлечены в воспалительный процесс и содержат гнойные очаги или инфильтраты.

В случае значительного отека мягких тканей конечностей, окружавшего воспалительный инфильтрат, когда границы последнего оставались неясными, Г. Браун предпочитал применение исключительно проводниковой анестезии. Это важнейшее положение, без сомнения, привлекло особое внимание земского хирурга В. Ф. Ясенецкого-Войно, в хирургической практике которого проблемы гнойной хирургии занимали ведущее место.

Однако самые замечательные «открытия» нашим начинающим анестезиологом были сделаны в ходе знакомства с двумя последними разделами руководства Г. Брауна. Эти разделы содержали результаты собственных экспериментальных исследований, проведенных Г. Брауном и его учениками по поводу «анестезии нервных проводников» в области верхней и нижней конечностей. Здесь конкретизировались ранее загадочные «из-

вестные места», куда следовало производить инъекции раствора кокаина с адреналином, чтобы получить длительный обезболивающий эффект. Здесь же описывалась техника выполнения периневральной анестезии по отношению к крупным нервным стволам конечностей.

Так, В. Ф. Ясенецкий-Войно последовательно открывал неизведанное благодаря своевременному знакомству с руководством немецкого хирурга Г. Брауна, которое в последующем он не раз называл «прекрасной книгой, открывающей поистине блестящие перспективы» [90, № 48, С. 1391].

Вслед за монографией Г. Брауна он заинтересовался и трудами других видных хирургов того времени, в числе которых оказались работы не только зарубежных (Dumont, Th. Kocher, E. Lexer, Mikulicz, Schleich), но и отечественных ученых и практических врачей (С. Н. Делицин, А. А. Кадьян, Ф. О. Зарцын и др.).

Большинство из них было посвящено теории и практике применения местной и общей анестезии, тогда как некоторые представляли капитальные руководства по хирургии, в которых содержались самостоятельные разделы с рекомендациями по обезболиванию оперативных вмешательств.

Эти учебные руководства и научные труды свидетельствовали о том, что те или иные хирурги успели приобщиться к применению местной анестезии, в то время как ее разновидность в виде проводниковой или регионарной анестезии повсеместно находилась в стадии изучения и первичной разработки.

Для того чтобы практически научиться всему, что они умели, В. Ф. Ясенецкому-Войно следовало многократно повторить каждый из приводимых ими способов проводниковой анестезии и убедиться в их эффективности и безопасности.

В России тех времен для подобной практики, которую сейчас называют усовершенствованием по избранной врачебной специальности, существовало три возможных варианта.

Один из них предусматривал ее проведение в нескольких лучших клиниках западноевропейских государств в течение нескольких лет (от одного года до трех), куда материально обеспеченные доктора направлялись за собственный счет, а остальные — за счет того или иного университета.

Другой реализовывался путем прикомандирования к избранной клинике, входившей в состав медицинского факультета российского университета (Императорской Военно-медицинской

академии), сроком до двух лет, в течение которых прикомандированный, как правило, защищал диссертацию на соискание ученой степени доктора медицины.

Земские врачи широко использовали так называемую научную командировку, проводившуюся на кафедрах Санкт-Петербургского клинического института великой княгини Елены Павловны или на любом медицинском факультете на протяжении нескольких (чаще двух) месяцев. Право на такое прикомандирование можно было получить только через три года непрерывной работы в одном из земств. Однако в Фатежском уездном земстве В. Ф. Ясенецкий-Войно не успел воспользоваться этим несомненным преимуществом.

Четвертый способ был прост и доступен всем врачам, имевшим ясную и осознанную цель в своей жизни и деятельности. Это — самообразование с использованием избранных медицинских руководств и отсутствием прочих наставников. Поэтому этот способ стал единственным для Ясенецкого-Войно, уже получившего тем же путем самоучки необходимые познания и практические навыки в области хирургии.

Несомненная склонность к научным исследованиям побуждала молодого хирурга к фиксированию каждого результата, достигнутого при применении того или иного вида обезболивания оперативных вмешательств, проведенных в течение 1906, 1907 гг. и нескольких месяцев 1908 г. Благодаря такой способности В. Ф. Ясенецкого-Войно, мы располагаем сегодня сведениями о его оперативной активности в этот период, на протяжении которого он выполнил 676 «больших и малых» операций [90, № 47, С. 1366].

При этом только 123 (18 %) из них были выполнены под наркозом, включая «хлороформный, бром-этиловый или смешанный» [Там же], так как, по его мнению, «обойтись без хлороформа и эфира ни один хирург не может» [Там же].

«При всей моей приверженности к местной анестезии, — отмечал В. Ф. Ясенецкий-Войно в 1908 г., — я считаю необходимым применять общий наркоз не только в тех случаях, когда операция без него невыполнима, но и у всех ... больных... сильное волнение... (которых. — *Ю. Ш.*) может стать для оперируемого гораздо более опасным, чем общий наркоз даже в фельдшерских руках» [90, № 48, С. 1392].

Вместе с тем он окончательно убедился , что «хирургу-самоучке, какими по печальной необходимости должны быть многие земские врачи, местная анестезия дает возможность спокойно и

осторожно делать свои первые шаги на трудном пути хирургии, не мучаясь заботой о наркозе, сосредоточивая все свое внимание только на операции» [Там же].

К этому выводу В. Ф. Ясенецкого-Войно привели результаты остальных 553 (82 %) оперативных вмешательств, проведенных под местной анестезией, в том числе первые 15 случаев применения спинномозговой анестезии, трудно входившей в те годы в практику земских врачей. Во всех этих случаях использовался, как правило, 0.5 % раствор кокаина с добавлением раствора адреналина в разведении 1:1000 на каждый миллилитр раствора анестетика.

Интересно, что в начале 1908 г. (в Верхнелюбажской участковой земской больнице) молодой хирург впервые применил раствор новокаина в нескольких случаях местной анестезии, несмотря на отрицательную оценку этого препарата, сделанную авторитетным немецким врачом Г. Брауном в первом издании его руководства. Однако эти попытки «окончились неудачами», так как В. Ф. Ясенецкий-Войно «попробовал заменить кокаин новокаином в той же концентрации» [90, № 47, С. 1366], т. е. использовать 0.5 % раствор новокаина с адреналином, в том числе в двух случаях при проведении такой операции, как грыжесечение.

«Уже на основании своего маленького опыта» он предупреждал остальных молодых хирургов, что техника проведения местной анестезии «не совсем проста и требует довольно продолжительного и очень терпеливого изучения» [Там же]. Терпение, по его мнению, требовалось тем, кто мог легко разочароваться «в местной анестезии, не получив при первых опытах с нею безукоризненных результатов» [Там же]. При этом Ясенецкий-Войно ссылался на собственный опыт, в связи с которым «не всегда получалась полная анестезия: приблизительно в 0.25—0.5 всех случаев[27] пациенты жаловались в большей или меньшей степени на боль» [Там же]. Однако это обстоятельство, с которым все начинающие хирурги сталкивались на первых порах, «зависело от недостаточной... опытности в технике анестезирования и от незнания границ применения адреналин-кокаиновой анестезии» [Там же]. Поэтому в дальнейшем «неудачи встречались все реже, и те операции, при которых прежде больные жаловались на боль, проходили вполне безболезненно» [Там же].

---

[27] Другими словами, в 25—50 % от 553, т. е. в 138—277 случаях.

Интересно, что к таким операциям относились оперативные вмешательства, больше выполнявшиеся в области клинической хирургии, чем в земской. Это были операции, проведенные Ясенецким-Войно под местной анестезией по поводу торакотомии (вскрытия грудной полости) с резекцией ребра, удаления злокачественной опухоли грудной железы, кишечной непроходимости, острого аппендицита, ущемленных грыж (4 случая), грыж различной локализации без ущемления содержимого грыжевого мешка (16 случаев), некоторых гинекологических заболеваний хирургического характера и других неотложных состояний.

Другими оперативными вмешательствами подобного типа, выполненными под местным обезболиванием, стали операции по поводу удаления доброкачественных и злокачественных опухолей, в том числе «остеомы черепа» величиной с грецкий орех, «остеохондромы» ладонной поверхности кисти размером «почти с куриное яйцо», кожного рака волосистой части головы, рака нижней губы и др., также требовавшими стационарного лечения.

В 1906—1908 гг. под местной кокаин-адреналиновой анестезией В. Ф. Ясенецкому-Войно удалось успешно провести несколько таких оперативных вмешательств, которые сегодня проводятся исключительно в специализированных стационарах. Из них 2 случая относились к области офтальмологии и принадлежали к тем ситуациям, когда энуклеация (удаление одного глазного яблока) может спасти жизнь больному или сохранить, по крайней мере, зрение второго глаза. Однако их выполнение оказалось настолько «тягостным» как для больного, так и для хирурга, что с тех пор подобные оперативные вмешательства В. Ф. Ясенецкий-Войно стал проводить исключительно под наркозом.

Кроме того, он сообщил о нескольких неудачных попытках применения местной анестезии с использованием кокаин-адреналинового раствора. Две из них проводились с целью обезболивания области сосцевидного отростка, чтобы провести его трепанацию по поводу гнойного отита. Обе оказались неэффективными, и эту операцию пришлось заканчивать под наркозом. Другие выполнялись для обезболивания кожи, подкожной клетчатки и «больших пакетов бугорчатых желез подмышечной области». И в этих случаях способы проводниковой анестезии не приносили желаемого результата. Поэтому последние также заканчивались под наркозом.

Но для пытливого врача-исследователя важен любой научный результат, даже тот, который оказался отрицательным. Поэтому очевидные неудачи привели молодого хирурга к важному практическому выводу. Он заключался в возможности комбинации местной анестезии «с бром-этиловым или хлороформным наркозом» [90, № 48, С. 1391] в случаях обширного операционного поля и большого объема оперативного вмешательства, с одной стороны, или малой эффективности применения только местного обезболивания — с другой. Подобный комбинированный метод был впервые использован В. Ф. Ясенецким-Войно при проведении повторной операции по поводу рецидива рака грудной железы у одной из его больных.

В дальнейшем способом выбора он считал один из двух указанных видов наркоза, справедливо полагая, что «необходимым дополнением к местной анестезии должен быть для земского врача бром-этиловый наркоз», так как «он незаменим при... кратковременных операциях, для которых не годится местная анестезия» [Там же].

К таким оперативным вмешательствам В. Ф. Ясенецкий-Войно в 1908 г. относил, в частности, вскрытие и дренирование глубоких флегмон кисти и других областей, включая глубокие маститы и другие хирургические заболевания гнойного характера, при которых воспалительный инфильтрат с гнойным очагом располагался далеко от поверхности кожи. Его наблюдательность была подтверждена в последующие годы, когда действительно удалось установить невысокую эффективность применения местной анестезии при проведении операций по поводу таких заболеваний.

В те же годы молодой хирург стал использовать местную анестезию при трансплантации (пересадке) «не слишком обширных» кожных лоскутов, которые, как правило, «выкраивались» в области бедер, и рекомендовал ее применение в связи с высокой эффективностью этого метода.

Вместе с тем подавляющее большинство операций, выполненных им под местной анестезией, В. Ф. Ясенецкий-Войно относил к разряду так называемой «малой» хирургии, представлявшей один из обширных разделов в практической деятельности земских врачей.

В наши дни эта область включает амбулаторно-поликлиническую хирургию и стоматологию, а также некоторые задачи общих хирургов. Хирурги этих специальностей проводят вскрытие

и дренирование поверхностных абсцессов, флегмон, синовитов и бурситов различной локализации, а также остеомиелитов верхней и нижней челюсти, карбункулов, фурункулов, удаление инородных тел, наложение швов при ранах различной локализации, удаление зубов и т. п.

Земский хирург В. Ф. Ясенецкий-Войно одним из первых в России использовал способ регионарной или проводниковой анестезии применительно к оперативным вмешательствам, проводимым по поводу гнойных заболеваний или травм пальцев кисти или стопы, включая панариции, тендовагиниты, экзартикуляции, ампутации и др.

«Все они проходят совершенно безболезненно при применении регионарной анестезии по чрезвычайно простому способу, — писал он по отношению к указанным операциям, которые были частыми в практике земских врачей. — Если операция проводится на ногтевой или средней фаланге, то достаточно двух уколов на середине основной фаланги соответственно расположению ладонных пальцевых нервов» [90, № 47, С. 1366].

При этом приводилось подробное описание техники периневральной инъекции анестетика, выполняемой на различных уровнях нервных стволов пальцев кисти или стопы. Проведение подобного обезболивания являлось не только заметным событием в развитии анестезиологии. Оно позволяло облегчать страдания больных как при подобных оперативных вмешательствах, так и при последующих перевязках, не прибегая к излишнему использованию наркоза и тем самым избавляя больных от непредсказуемых опасностей, связанных с его применением.

Интересно, что указанные операции на пальцах и во времена В. Ф. Ясенецкого-Войно, и в наши дни обычно сопровождались перетягиванием основания пальца «резиновой трубкой». Этот способ был предложен еще в начале XX века видным немецким хирургом Oberst'ом. Однако земский врач В. Ф. Ясенецкий-Войно в 1908 г. предлагал отказаться от наложения такого жгута, считая, что «прибавление адреналина к раствору кокаина делает совершенно ненужным» [Там же, С. 1367] дополнительное использование способа Oberst'а.

В то же время он вступил в полемику и с отечественным хирургом Ф. О. Зарцыным, опубликовавшим в журнале «Русский врач» (1906) сведения о 328 оперативных вмешательствах, про-

веденных под местным обезболиванием и с использованием того же кокаин-адреналинового раствора. Этот хирург, ссылаясь на собственный опыт, опрометчиво полагал, что применение местной анестезии, в частности, не возможно при удалении вросшего ногтя [92].

«Я совершенно не могу согласиться с мнением Зарцына» [90, № 47, С. 1367], — писал по этому поводу В. Ф. Ясенецкий-Войно, убедительно доказывая преимущества использования описанного им способа регионарной или проводниковой анестезии, выполнявшегося у основания основной или средней фаланг пальцев кисти или стопы.

Кроме того, в 1908 г. он уже привлекал внимание земских врачей к использованию способов регионарной анестезии при удалении зубов верхней и нижней челюстей, так как во всех этих случаях «полная анестезия... достигается очень легко» [90, № 48, С. 1391] путем периневральных инъекций анестетика к отдельным ветвям верхне- или нижнечелюстных нервов.

Учитывая, что первое издание известного руководства Г. Брауна было переведено на русский язык только в 1909 г., земского врача В. Ф. Ясенецкого-Войно можно считать одним из пионеров в области внедрения достижений регионарной или проводниковой анестезии в практику земской медицины.

Не без оснований он считал этот способ самым совершенным из всех способов местной анестезии и предрекал ему блестящие перспективы уже в недалеком будущем, «когда будет разработана регионарная анестезия и войдет во всеобщее употребление» [Там же].

По мнению В. Ф. Ясенецкого-Войно, только после повсеместного признания и применения на практике регионарной или проводниковой анестезии «господство хлороформа и эфира будет поколеблено» [Там же]. В результате перемен «земский врач будет избавлен от необходимости исполнять задачу почти невыполнимую: оперировать и в то же время следить за наркозом» [Там же]. В свою очередь, это приведет к изменению отрицательного отношения части земских врачей к проведению оперативных вмешательств. «Тогда на деревне будет больше оперирующих, чем боящихся ножа, врачей, — был уверен В. Ф. Ясенецкий-Войно, — и земская хирургия расцветет на благо тысяч... людей» [Там же].

«Хотелось бы, чтобы это признали и те, кто сами не чувствуют... потребности в местной анестезии, чтобы они вводили ее в

своих клиниках на благо не своих только, но земских пациентов и их лечителей — земских врачей» [Там же, С. 1392].

Таким было credo[28] земского врача и хирурга Ясенецкого-Войно в начале 1908 г., когда волею «зубра-черносотенца» Л. П. Батезатула он был уволен с должности заведующего хирургическим отделением[29], созданным специально для него в составе Фатежской городской больницы, где служба была окончена, едва начавшись.

---

[28] Credo (*лат.*) — символ веры.

[29] Первый раз В. Ф. Ясенецкий-Войно руководил хирургическим отделением в течение двух месяцев в 1904 г.

Первые шаги в науке

«Обещаю... изучать врачебную науку и способствовать всеми своими силами ее процветанию, сообщая ученому свету все, что открою...»

(*из Факультетского обещания врача Ясенецкого-Войно*)

Описание деятельности В. Ф. Ясенецкого-Войно в Верхнелюбажской участковой земской больнице Фатежского уезда Курской губернии будет неполным, если оно останется без представления первой научной работы будущего врача-исследователя. Она не была посвящена регионарной или проводниковой анестезии (шло накопление материала, и потому время таких работ еще не наступило). Но эта работа открыла «зеленую улицу» для целого ряда других работ-предостережений, предупреждавших читателей (других врачей) о редких осложнениях распространенных хирургических заболеваний.

Интересно, что в истории сохранился не то что год (1908), но и месяц (январь) и даже день (8) написания этой работы, поводом для которого стал печальный и поучительный случай из собственной практики земского хирурга В. Ф. Ясенецкого-Войно.

В этот день, 8 января 1908 г., в Верхнелюбажскую земскую больницу был доставлен больной, проехавший «за 20 верст», чтобы попасть на прием к врачу. Просто удивительно, что он сумел войти в приемную врача самостоятельно, без посторонней помощи[30], а «по виду его никак нельзя было думать, что через полчаса он умрет... от сердечной слабости» [93].

В результате осмотра больного В. Ф. Ясенецкий-Войно установил диагноз ущемленной паховой грыжи. Прогноз заболевания изначально был неблагоприятным, так как с момента ущемления содержимого грыжевого мешка, по словам больного, прошло уже более суток, в течение которых он надеялся, что ущемление пройдет самостоятельно. Поэтому отступать было некуда, и молодой хирург решился на проведение срочной хирургической операции по жизненным показаниям.

---

[30] В наши дни больных с таким же заболеванием доставляют для госпитализации только в положении лежа.

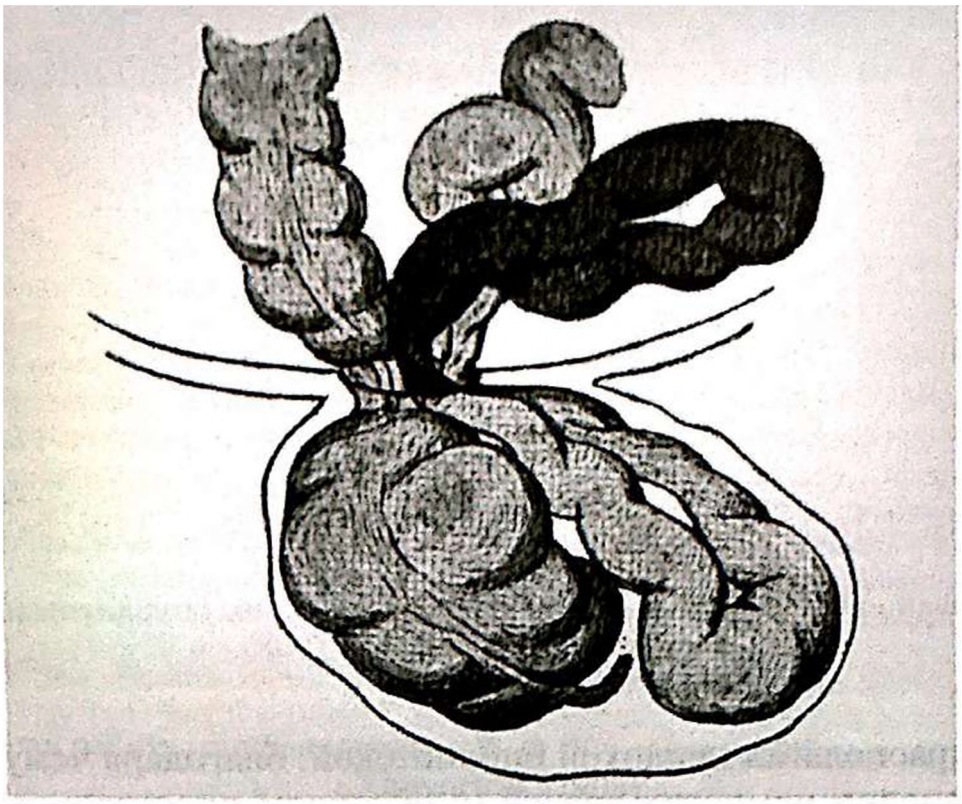
Подготовка к оперативному вмешательству заняла считанные минуты. Вот больной уже на операционном столе. Идут последние приготовления к даче эфирно-хлороформного наркоза, но к капельному введению наркозной смеси хирург еще не приступил. Внезапно больной теряет сознание, наступает остановка сердца и дыхания. Восстановить сердечную деятельность не удается, наступает клиническая, а затем и биологическая смерть.

Это был далеко не первый случай гибели больного в Верхнелюбажской участковой земской больнице, когда в ней работал В. Ф. Ясенецкий-Войно. Однако эта неожиданная смерть настолько потрясла молодого хирурга своей быстротой и отсутствием видимых предвестников такого исхода, что он в тот же день проводит вскрытие трупа умершего.

Увиденное на вскрытии поразило его еще больше. Петли кишечника, составлявшие грыжевое содержимое и находившиеся в грыжевом мешке, клинически подвергались несомненному ущемлению в его так называемых «воротах». Они находились в стадии ущемления более суток. Это состояние должно было отразиться на ущемленных кишечных петлях, изменить их вид, наложив страшный, неизгладимый отпечаток. Молодой хирург прочувствовал во время прижизненного осмотра и патологическую плотность грыжевого мешка, и резкую боль, которую испытывал больной при его ощупывании. Однако в ходе осмотра содержимого грыжевого мешка явно ущемленные петли кишечника, что было установлено клинически, выглядели вполне жизнеспособными. Эти результаты, на первый взгляд, не подтверждали диагноза ущемленной паховой грыжи и не объясняли причину внезапной смерти больного.

Лишь в последующем, когда была вскрыта брюшная полость, в ней были обнаружены признаки разлитого перитонита, вызванного некрозом той петли кишечника, которая располагалась вне грыжевого мешка. Ее ущемление происходило в грыжевых «воротах», поэтому это необычное расположение ущемленной части кишечной петли автор называл «ретроградным». Чтобы ход его рассуждений стал понятнее, Ясенецкий-Войно сопроводил свое наблюдение собственноручным пояснительным рисунком, приведенным в статье.

На рисунке схематично показаны грыжевой мешок с жизнеспособными петлями кишечника и часть брюшной полости, где находится кишечная петля (черного цвета) с признаками некроза, ущемление которой произошло в области грыжевых ворот.

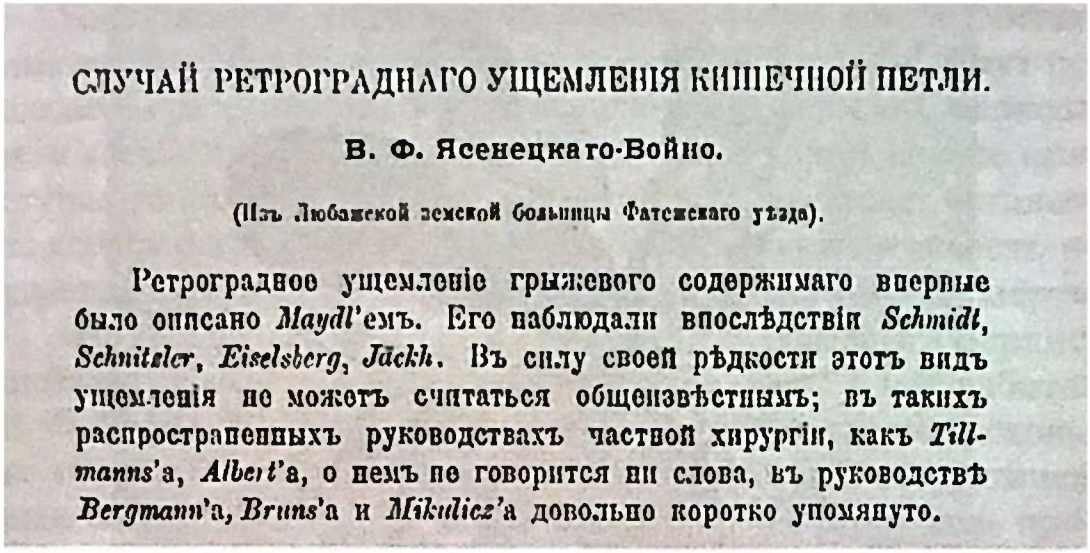


Случай ретроградного ущемления кишечной петли (рис. В. Ф. Ясенецкого-Войно).

Как известно, в подавляющем числе случаев ущемления паховой грыжи ущемленная кишечная петля входит в состав грыжевого содержимого и, таким образом, находится в грыжевом мешке. Эти случаи не вызывают трудностей у хирургов, так как омертвевшая в результате некроза петля кишечника легко выявляется после вскрытия грыжевого мешка.

Случай смерти этого больного принципиально был иным, представляя собой скорее исключение, чем правило. Поэтому малоопытный хирург мог не обнаружить ущемленную кишечную петлю после вскрытия грыжевого мешка, рассечь грыжевое кольцо для устранения дальнейшего ущемления и вправить грыжевое содержимое в брюшную полость. В результате некротизированная часть кишечной петли, расположенная «ретроградно», могла быть оставлена хирургом в брюшной полости. Эта статья-предостережение служила спасению больных, обреченных на неминуемую гибель в связи с трудностями диагностики причины болезни.

Как ни удивительно, но после выводов, сделанных при вскрытии, молодой хирург нашел в себе силы, чтобы немедленно отыскать в подручной медицинской литературе сходные случаи.



СЛУЧАЙ РЕТРОГРАДНАГО УЩЕМЛЕНІЯ КИШЕЧНОЙ ПЕТЛИ.

В. Ф. Ясенецкаго-Войно.

(Изъ Любашской земской больницы Фатежскаго уѣзда).

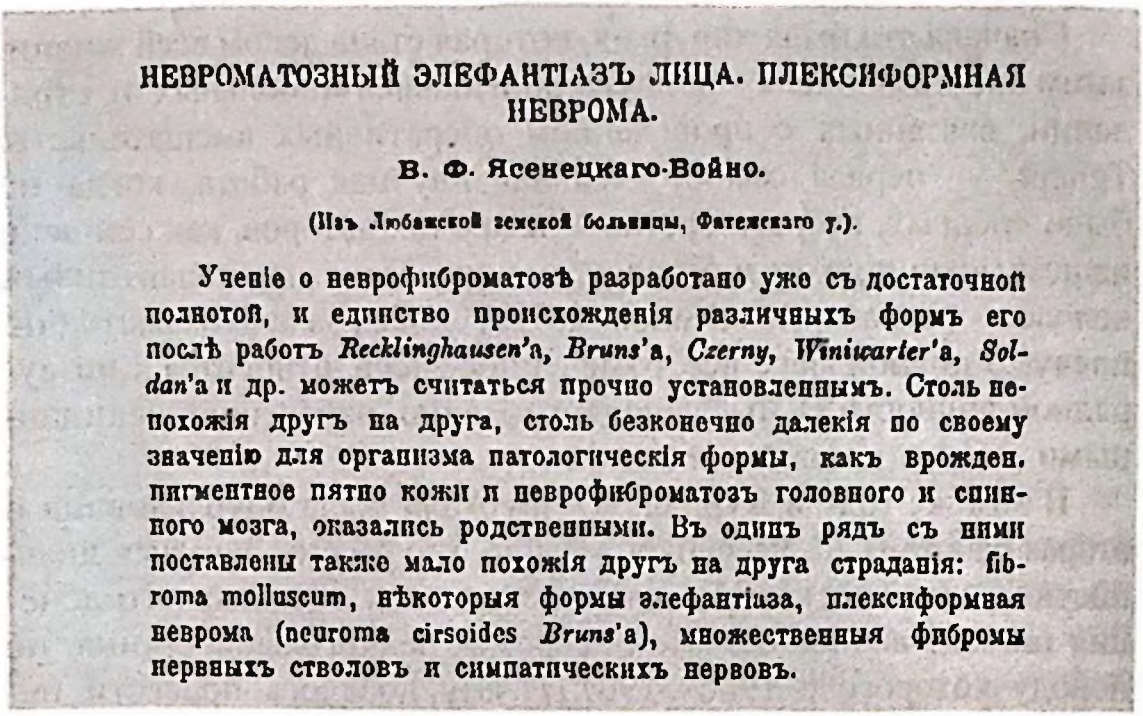
Ретроградное ущемленіе грыжевого содержимаго впервые было описано *Maydl*'емъ. Его наблюдали впослѣдствіи *Schmidt*, *Schnitzler*, *Eiselsberg*, *Jäckh*. Въ силу своей рѣдкости этотъ видъ ущемленія не можетъ считаться общеизвѣстнымъ; въ такихъ распространенныхъ руководствахъ частной хирургіи, какъ *Tillmanns*'а, *Albert*'а, о немъ не говорится ни слова, въ руководствѣ *Bergmann*'а, *Bruns*'а и *Mikulicz*'а довольно коротко упомянуто.

Первая научная статья В. Ф. Ясенецкого-Войно, опубликованная в журнале «Хирургия» (1908).

Он располагал неплохой библиотекой, благодаря чему быстро установил немногих врачей (в основном иностранцев), описавших такую же клиническую картину ущемления паховой грыжи. Первооткрывателем среди них, по мнению В. Ф. Ясенецкого-Войно, стал некий доктор Maydl, гражданин мира, потому как не была установлена его принадлежность к той или иной стране. Он имел весьма ограниченное число последователей. Отсюда В. Ф. Ясенецкий-Войно сделал вывод, что «в силу своей редкости этот вид ущемления не может считаться общеизвестным» [93], так как в известных руководствах по хирургии того времени о нем либо «не говорится ни слова», либо «довольно коротко упомянуто» [Там же].

Так, в течение одного дня родилась первая научная статья молодого хирурга, где он свидетельствовал о редкой, но имеющей место быть возможности «ретроградного» размещения ущемленной петли кишечника. Он писал о ней, чтобы предупредить другие случаи подобных печальных исходов. Эта работа предназначалась товарищам-врачам, трудившимся на ниве земской медицины в сельской глуши, лучшим советником которых являлся не близкий сосед по цеху, а личный опыт врачебной работы да домашняя библиотека.

В статье приводилась четкая рекомендация, позволявшая избежать промахов при встрече с такой казуистикой, цена которых может определяться человеческой жизнью. После рассечения грыжевого «кольца» в случае ущемления он советовал прово-



НЕВРОМАТОЗНЫЙ ЭЛЕФАНТІАЗЪ ЛИЦА. ПЛЕКСИФОРМНАЯ НЕВРОМА.

В. Ф. Ясенецкаго-Войно.

(Изъ Любашской земской больницы, Фатежскаго у.).

Ученіе о неврофиброматозѣ разработано уже съ достаточной полнотой, и единство происхожденія различныхъ формъ его послѣ работъ *Recklinghausen'a*, *Bruns'a*, *Czerny*, *Winiwarter'a*, *Soldan'a* и др. можетъ считаться прочно установленнымъ. Столь непохожія другъ на друга, столь безконечно далекія по своему значенію для организма патологическія формы, какъ врожден. пигментное пятно кожи и неврофиброматозъ головного и спинного мозга, оказались родственными. Въ одинъ рядъ съ ними поставлены также мало похожія другъ на друга страданія: fibroma molluscum, нѣкоторыя формы элефантіаза, плексиформная невром (neuroma cirsoides *Bruns'a*), множественныя фибромы нервныхъ стволовъ и симпатическихъ нервовъ.

Вторая работа, опубликованная В. Ф. Ясенецким-Войно в журнале «Хирургия» (1908).

дить обязательный осмотр содержимого как грыжевого мешка, так и той части кишечных петель, которые находились у грыжевых ворот со стороны брюшной полости.

Отсюда были сделаны практические выводы: следует избегать вправления содержимого грыжевого мешка в брюшную полость без осмотра ближайших к месту ущемления восходящих участков кишечника; надо «взять за правило обязательное извлечение из грыжевых ворот указанных кишечных петель с целью их осмотра» [93, С. 130].

Несмотря на ограниченный самим автором срок подготовки первой научной работы, эта статья написана в так называемой «академической» манере, обстоятельно и доходчиво, по общепринятой тогда и сейчас схеме: исторический обзор, собственные данные, обсуждение результатов, выводы и предложения. С этих пор та же манера будет выгодно отличать остальные работы В. Ф. Ясенецкого-Войно.

И здесь, в своей первой статье, он показал себя талантливым автором-самоучкой, которому и посоветоваться не с кем было по поводу первой научной работы. А он взял и написал ее всего за один день. Мы уже обращали внимание на известные факты. Они свидетельствуют, что В. Ф. Ясенецкий-Войно многому учился и многое постиг самостоятельно, без видимой внешней поддержки.

Сначала это была хирургия, которая стала делом всей жизни, затем анестезиология как наука об избавлении больных от страданий, связанных с проведением оперативных вмешательств. Теперь — первая самостоятельная научная работа, когда не было «первых, вторых, третьих» и прочих авторов, как сейчас в нашем медицинском и остальном мире. Воистину талантливый человек — талантлив во многом. Ему любая задача окажется по плечу. В полной мере все, отмеченное здесь, относится к незаурядной личности В. Ф. Ясенецкого-Войно, наделенной невиданными силами и возможностями.

В том же году в журнале «Хирургия» была опубликована и вторая работа В. Ф. Ясенецкого-Войно, где рассматривались диагностика, клиническая картина и результаты оперативного лечения так называемой сетчатой невромы, редкого заболевания, по поводу которого в 1906—1907 гг. ему довелось провести несколько оперативных вмешательств. В журнале «Хирургия» она была датирована «8 января 1908 г.», как и первая научная работа автора, хотя ее подготовка заведомо осуществлялась позднее [94].

Первые научные труды В. Ф. Ясенецкого-Войно были написаны накануне его научного прикомандирования к клинике госпитальной хирургии медицинского факультета Московского университета в качестве врача-экстерна.

Нельзя исключить, что именно они сыграли роль своеобразной визитной карточки при приеме земского хирурга в число врачей-экстернов этой клиники. Свидетельством тому служит незамедлительное (в год поступления в редакцию) их опубликование в журнале «Хирургия», которое не могло произойти без одобрения профессора П. И. Дьяконова, как главного редактора этого хирургического журнала.

Это означало, что ко времени увольнения земского хирурга из Фатежского уездного земства уже состоялось заочное знакомство видного московского ученого с В. Ф. Ясенецким-Войно, автором двух научных сообщений, принятых к опубликованию в журнале «Хирургия». Оно стало тем связующим звеном, которое определило и цель, и места, и характер научных занятий Валентина Феликсовича в 1908—1909 гг.

Поэтому в августе 1908 г. земский хирург из Киева уехал в Москву, как отмечал он позднее в своих мемуарах, «и там немного менее года был экстерном хирургической клиники профессора Дьяконова» [37, 38].

В Москву за новыми знаниями

«Тогда же я принялся за изучение топографии нервов, за поиск тех мест, где они доступны для иглы шприца. Так сама земская жизнь дала мне тему для научной работы»

(*В. Ф. Войно-Ясенецкий*)

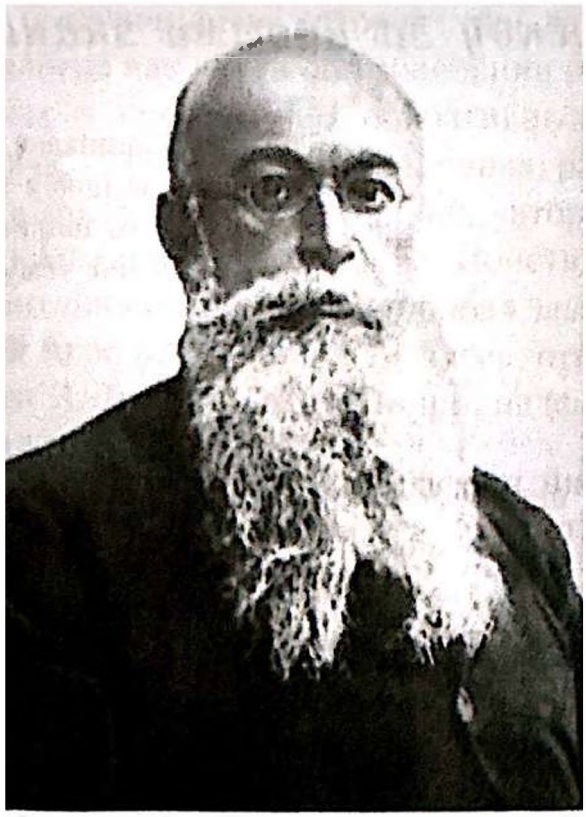
Московский профессор П. И. Дьяконов (1855—1908) начинал свою деятельность земским врачом маленькой сельской больницы. Как и В. Ф. Ясенецкий-Войно, на первых порах он увлекался офтальмологией и даже защитил диссертацию по этой специальности под названием «Статистика слепоты и некоторые данные к этиологии слепоты среди русского населения».

В дальнейшем Дьяконов избрал научную деятельность на хирургическом поприще, поступив помощником прозектора на кафедру оперативной хирургии и топографической анатомии медицинского факультета Московского университета. Являясь учеником известного хирурга А. А. Боброва, он, вслед за своим учителем, становится приверженцем анатомо-физиологического направления в хирургии, основы которого были заложены Н. И. Пироговым.

В 1893 г., возглавив (после А. А. Боброва) эту кафедру, П. И. Дьяконов составил новую программу изучения топографической анатомии. В ней выделялась так называемая «ориентирная» анатомия, позволявшая «понимать значение каждого выступа и каждой впадины на коже и уметь относить к этим внешним приметам глубже лежащие части» [95]. Эта ориентирная анатомия оказала существенное влияние на работу В. Ф. Ясенецкого-Войно в области регионарной анестезии, обоснование которой базировалось на тех же научных достижениях.

В 1901 г. П. И. Дьяконов становится профессором госпитальной хирургической клиники Московского университета, где, по мнению М. Б. Мирского, «в полной мере развернулись... хирургические таланты» [96] выдающегося хирурга, одного из последователей Н. И. Пирогова, обеспечившего высокий авторитет российской хирургии в области мировой медицинской науки и практики.

Важное место в деятельности профессора П. И. Дьяконова занимала проблема общего обезболивания, в решении которой



Профессор П. И. Дьяконов.

он выступал как неколебимый сторонник использования хлороформного наркоза как в «чистом виде», так и в различных комбинациях с вероналом, гедоналом или бромэтилом.

В подтверждение этой его позиции многие авторы обычно приводят только часть заключения видного хирурга по одному из программных вопросов, сделанного в декабре 1907 г. на VII съезде российских хирургов.

Как правило, они ограничиваются лишь одной рекомендацией профессора, призывавшего к тому, чтобы «щадить нервы самого больного и отказать ему в присутствии при своей собственной операции» [97]. Кроме того, он заявлял, что «на себе... не хотел бы применить такой анестезии, чтобы слышать как пилят кости» [98]. Эти пожелания считались яркими проявлениями его приверженности к общему обезболиванию. Но при этом не упоминалось продолжение фразы, следовавшее за первым призывом.

«Само собой разумеется, — заявлял П. И. Дьяконов, — я не хочу сказать, что на хлороформе надо остановиться и не искать чего-либо нового. Стремление к изучению местного обезболивания... я приветствую» [Там же].

Профессор Дьяконов обращался с этим приветствием к сторонникам местного обезболивания буквально за несколько меся-

цев до прикомандирования земского врача В. Ф. Ясенецкого-Войно к кафедре госпитальной хирургии Московского университета.

Поэтому приезд молодого хирурга, являвшегося автором нескольких научных работ и стремившегося к изучению местной анестезии в условиях вверенной ему кафедры, был встречен более чем благосклонно. На эту кафедру был открыт «доступ каждому желающему научиться, не спрашивая, с какой целью кто желает это делать» [99, С. 64].

О бережном отношении выдающегося хирурга к своим ученикам может свидетельствовать научная школа профессора П. И. Дьяконова, представители которой занимали видное место в истории российской хирургии. Некоторые из них, в том числе Ф. А. Рейн и Н. И. Напалков, долгое время продолжали оставаться наставниками В. Ф. Ясенецкого-Войно в его работе в области регионарной анестезии, когда он продолжал ее в 1909—1914 гг.

По мнению очевидцев, П. И. Дьяконов хорошо усвоил «в качестве руководящей идеи» положение Н. И. Пирогова о неразделимости научного и учебного видов деятельности. Оно характеризовалось не только освещением последних достижений медицинской науки в процессе преподавания, но и обязательным участием любого преподавателя в решении той или иной научной проблемы.

Н. И. Напалкову, одному из учеников профессора П. И. Дьяконова и сотруднику его клиники, навсегда запомнилась крылатая фраза профессора, который не ограничивал преподавательский процесс чтением лекций и никогда не считался со временем в деле подготовки собственной смены.

«Я начинаю преподавание, как только вхожу в клинику, и прерываю его лишь с уходом из нее» [Там же], — любил повторять он, понимая под «преподаванием» обязательное занятие и научными исследованиями.

Поэтому прикомандированным врачам в его клинике предоставлялись наилучшие возможности для занятий научной деятельностью. Здесь, конечно, приветствовалось участие в решении тех научных проблем, над которыми трудились постоянные сотрудники клиники и кафедры. Вместе с тем поощрялось и выполнение инициативных научных исследований, тематика которых была интересна для врача-исследователя. Результаты научных работ всех сотрудников профессора П. И. Дьяконова,

включая и временных, ежегодно представлялись в особом сборнике, который выгодно отличался от остальных добротностью их выполнения и достоверностью данных, полученных исследователями.

По свидетельству Н. И. Напалкова, к числу его учеников ежегодно принадлежало большое число прикомандированных врачей, положение которых считалось более выгодным, чем статус штатных клинических ординаторов. Эти врачи «сполна могли отдаться научной работе, не неся служебных обязанностей» [99, С. 64], — утверждал Н. И. Напалков. Такое привилегированное положение экстернов, как называли таких врачей, с удовольствием поддерживал П. И. Дьяконов, «доставая для их ученых работ все материалы и пособия, какими только мог располагать» [Там же].

К тому же видного хирурга отличала необычайная снисходительность в оценке научных работ, выполненных врачами, прикомандированными к клинике госпитальной хирургии. «Лучшее — враг хорошего» [99, С. 65], — любил повторять он. «Нельзя соловья заставить петь иначе» [Там же], — обычно отвечал Дьяконов на замечания других сотрудников, доказывавших, что то или другое положение в чьей-либо научной работе можно изменить к лучшему.

Однако его отношение к автору могло круто измениться, если тот начинал излагать научные положения с высокомерием, апломбом и претензиями на непогрешимость. Сначала П. И. Дьяконов решительно уклонялся от каких-либо высказываний об этой псевдонаучной работе, но, если ему приходилось высказывать свое мнение о ней, это делалось без всяких церемоний.

Надо полагать, что стремление к научной деятельности со стороны молодого земского хирурга В. Ф. Ясенецкого-Войно нашло благодатную почву в клинике московского профессора П. И. Дьяконова. Выбор места для научного прикомандирования, сделанный в силу сложившихся обстоятельств, оказался исключительно правильным. Лучших условий для научного творчества желать было нельзя. Поэтому клиника госпитальной хирургии Московского университета станет для него «храмом науки» в течение нескольких ближайших лет, куда Ясенецкий-Войно будет ежегодно возвращаться вплоть до защиты докторской диссертации в 1916 г.

«По правилам той клиники, — как писал он позднее в своих воспоминаниях, — все врачи-экстерны должны были писать



Кафедра госпитальной хирургической клиники медицинского факультета Московского университета (1904 г.).

докторскую диссертацию, и мне была предложена тема „Туберкулез коленного сустава". Через две-три недели меня пригласил профессор Дьяконов и спросил, как идет работа по диссертации. Я ответил, что уже прочел литературу, но у меня нет интереса к этой теме. Умный профессор с глубоким вниманием отнесся к моему ответу и, когда узнал, что у меня есть собственная тема, с живым интересом стал расспрашивать о ней. Оказалось, что он ничего не знает о регионарной анестезии, и мне пришлось рассказывать ему о книге Брауна» [37, 38].

Трудно представить, чтобы разносторонне образованный П. И. Дьяконов не знал принципиального отличия регионарной анестезии от других видов местного обезболивания. Скорее всего, он хотел «разговорить» молодого хирурга, выявив при этом уровень его подготовленности к выполнению самостоятельного научного исследования.

Если московский профессор не прочитал монографию Г. Брауна, то ему наверняка было известно руководство петербургского хирурга С. Н. Делицина под названием «Общая и местная анестезия», увидевшее свет в 1904 г., т. е. еще до опубликования своей книги немецким хирургом.

С. Н. Делицин был одним из первых российских ученых, обративших внимание на новый вид местного обезболивания под названием **регионерная** анестезия [100]. Вслед за ним тот же термин стал использоваться В. Ф. Ясенецким-Войно и другими



Проф. С. Н. Делицинъ.

ОБЩЕЕ и МѢСТНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНІЕ.

Съ 16 рисунками въ текстѣ.

РУССКАЯ ХИРУРГІЯ
ОТДѢЛЪ V.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Изданіе журнала „Практическая Медицина" (В. С. Этингеръ).
Улица Жуковскаго, 13.
1904.

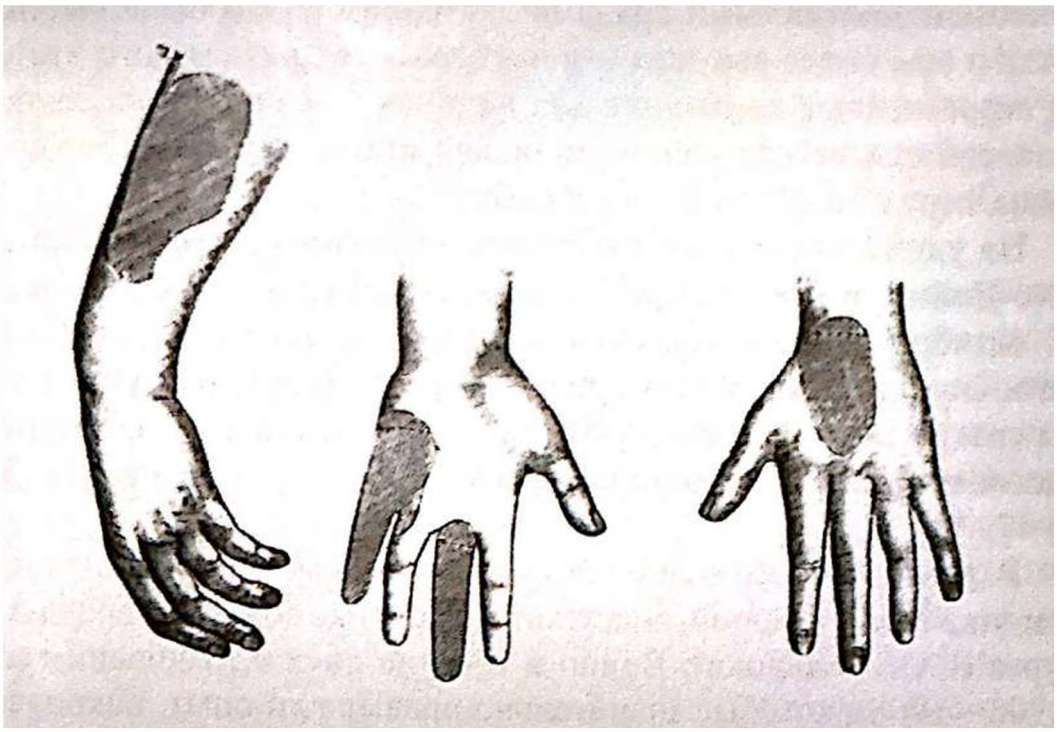
Титульный лист монографии С. Н. Делицина, в которой имеются указания о способах применения нового вида местного обезболивания под названием «регионерная» анестезия.

отечественными врачами для обозначения периневральной блокады крупных нервных стволов.

В отличие от профессора С. Н. Делицина Г. Браун в своей монографии вместо термина «регионерная» анестезия употреблял более приемлемый с его точки зрения термин «проводниковая» анестезия или анестезия на протяжении, о котором В. Ф. Ясенецкий-Войно во время беседы с профессором П. И. Дьяконовым не посчитал необходимым сообщить.

В наши дни проводниковая анестезия как термин и способ обезболивания продолжает использоваться практическими врачами, особенно стоматологами для обезболивания оперативных вмешательств, проводимых в области верхней и нижней челюстей. Однако другие ее способы применяются реже. Поэтому термины «регионарное или областное обезболивание» способны вызвать легкое замешательство у современных врачей, не имеющих отношения к хирургии.

По всей видимости, профессор П. И. Дьяконов оказался доволен результатами беседы с молодым хирургом, увлеченность



Рисунки из монографии С. Н. Делицина, где приводятся некоторые области применения «регионерной» анестезии на предплечье и кисти. Пунктирные линии на них обозначают место введения анестетика, а заштрихованные участки соответствуют областям, в которых достигается обезболивание кожи, мягких тканей и костей [100].

которого новым видом местного обезболивания убеждала его в том, что не следует мешать реализации этого инициативного научного исследования.

«Если работа прибавляет хоть черточку к уже известному, она хороша» [99, С. 65], — таков был могучий стимул в распоряжении П. И. Дьяконова, с помощью которого ему удавалось поддерживать творческую энергию штатных и нештатных сотрудников клиники.

Так случилось в мае 1908 г. и с В. Ф. Ясенецким-Войно, врачом-экстерном клиники госпитальной хирургии.

«К моей радости, — с восторгом сообщал архиепископ через много лет, — он предложил мне продолжать работу над регионарной анестезией, оставив предложенную тему» [37, 38].

Однако в своих мемуарах Валентин Феликсович забыл упомянуть о другом важном предложении, которое сделал ему видный московский хирург. Как оказалось, П. И. Дьяконов предложил ему выступить с научным докладом о регионарной анестезии перед сотрудниками клиники госпитальной хирургии и

прикомандированными врачами-экстернами. Это была высокая честь и еще более высокая ответственность для земского хирурга, серьезнейшее испытание для начинающего врача-исследователя, собиравшегося защищать новый метод местного обезболивания перед опытными собратьями.

На удивление первое публичное выступление В. Ф. Ясенецкого-Войно в защиту регионарной анестезии, состоявшееся 30 октября 1908 г., оказалось исключительно удачным. Более того, спустя месяц его материалы были полностью опубликованы сразу в двух номерах «Врачебной газеты» под названием «О способах анестезии, наиболее удобных в земской практике» [90, № 47, 48].

В докладе содержались результаты применения местной, в том числе регионарной, анестезии в практике земского врача-хирурга В. Ф. Ясенецкого-Войно в течение двух с небольшим лет (1906—1908), которые значительно превышали опыт, накопленный к тому времени другими отечественными хирургами.

В. Ф. Ясенецкий-Войно в силу молодости не был участником очередного VIII съезда российских хирургов, который состоялся в Москве в декабре 1908 г. Однако достигнутые им результаты в области применения местной анестезии, небывалые для земской хирургии, были озвучены на этом высоком хирургическом форуме. В частности, о них говорил профессор клиники факультетской хирургии медицинского факультета Московского университета и приверженец местной анестезии И. К. Спижарный в своем сообщении «О местном обезболивании». Он объявил всем делегатам, что теперь не только в зарубежной, но и «в русской литературе раздаются голоса»[31] в пользу нового метода. Один из них принадлежал земскому доктору Ясенецкому-Войно, являвшемуся сторонником нового вида обезболивания, который провел «538 случаев операций под местной анестезией в Любажской земской больнице» [101].

Вместе с тем И. К. Спижарный предупреждал, что техника местного обезболивания «не так уж проста; производить большие операции с этой последней труднее, чем при общем наркозе» [Там же]. Однако похвально стремление врача использовать эту технику, чтобы избежать возможных осложнений наркоза, и «поступиться своими удобствами ради блага больного» [Там же].

---

[31] Это был намек на статью В. Ф. Ясенецкого-Войно, опубликованную во «Врачебной газете» незадолго до начала работы съезда.

Используя благоприятные возможности, предоставленные ему в научной деятельности, В. Ф. Ясенецкий-Войно на первом этапе своих исследований обратил внимание на способы регионарной анестезии, предложенные разными авторами с целью периневральной блокады I и II ветвей тройничного нерва в области глазницы, в местах их выхода из полости черепа.

Поэтому его первая научная задача состояла в экспериментальной проверке нескольких таких способов, для того чтобы установить эффективность каждого из них. Для ее решения была разработана методика такой проверки. Она заключалась в введении в глазницу трупа с помощью шприца небольшого количества горячей подкрашенной желатины с соблюдением рекомендаций, указанных автором того или иного способа (точка укола, направление хода иглы и глубина введения препарата). Затем проводилось тщательное препарирование тканей глазницы, в процессе которого устанавливалось анатомическое положение ветви тройничного нерва, а также оценивалась «точность попадания» подкрашенной желатины в перинервальное пространство нервного ствола.

Проведение экспериментов такого рода не могло осуществляться в клинике госпитальной хирургии. Поэтому В. Ф. Ясенецкий-Войно, заручившись рекомендацией профессора П. И. Дьяконова, направился в Институт топографической анатомии и оперативной хирургии медицинского факультета Московского университета, руководителем которого являлся ученик Дьяконова, известный хирург и видный общественный деятель, профессор Ф. А. Рейн.

Институт выгодно отличали «богатая библиотека, включавшая в себя полные подборы повременных изданий и труды как новых авторов, так и старых классиков (иногда уники), притом не только по топографической анатомии, но и описательной и сравнительной», а также «превосходный музей, который по глубине замысла и технике выполнения приближался к типу Лондонского гунтеровского музея» [Там же]. К тому же институт профессора Ф. А. Рейна обладал клиникой подопытных животных и особой операционной, где проводились экспериментальные исследования. По мнению очевидцев, «этот Институт по объему задач и широте оборудования выделялся среди аналогичных русских Институтов» [102].

П. П. Дьяконов, один из учеников профессора Ф. А. Рейна, вспоминал, что последний всегда держал открытыми двери Инс-

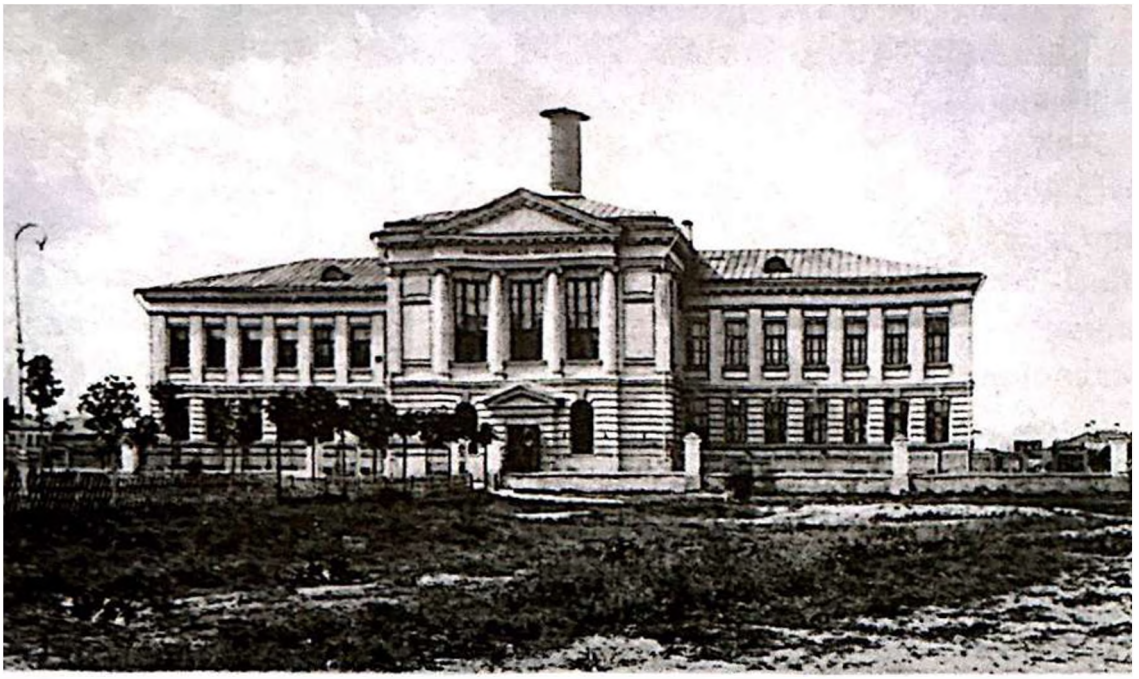


Профессор Ф. А. Рейн.

титута топографической анатомии и оперативной хирургии «для тех многочисленных врачей, которые в большом числе съезжались работать в Институте, иногда из далеких губерний» [102]. Заканчивая обучение в нем, они неизменно отмечали исключительную мягкость и деликатность характера Ф. А. Рейна, его небывалую скромность и выдержку. По мнению П. П. Дьяконова, профессор Ф. А. Рейн «никогда не подавлял... молодых помощников... своей громадной эрудицией» [Там же]. Напротив, он «с трогательной заботой относился к труду другого человека, стремился, по возможности, не задеть, не стеснить индивидуальность творчества хотя бы и новичка, начинающего работника» [Там же].

Надо полагать, что земский хирург В. Ф. Ясенецкий-Войно не стал исключением из общего правила и встретил в Институте профессора Ф. А. Рейна то же благожелательное отношение, о котором с восторгом сообщали другие новички. Поэтому предварительные результаты первого этапа экспериментальных исследований ему удалось получить еще до окончания 1908 г.

Когда экспериментальная проверка эффективности нескольких способов периневральной блокады I и II ветвей тройничного



Здание Института топографической анатомии и оперативной хирургии (1897 г.) [103].



Один из залов «превосходного» музея Института топографической анатомии и оперативной хирургии (1897 г.).

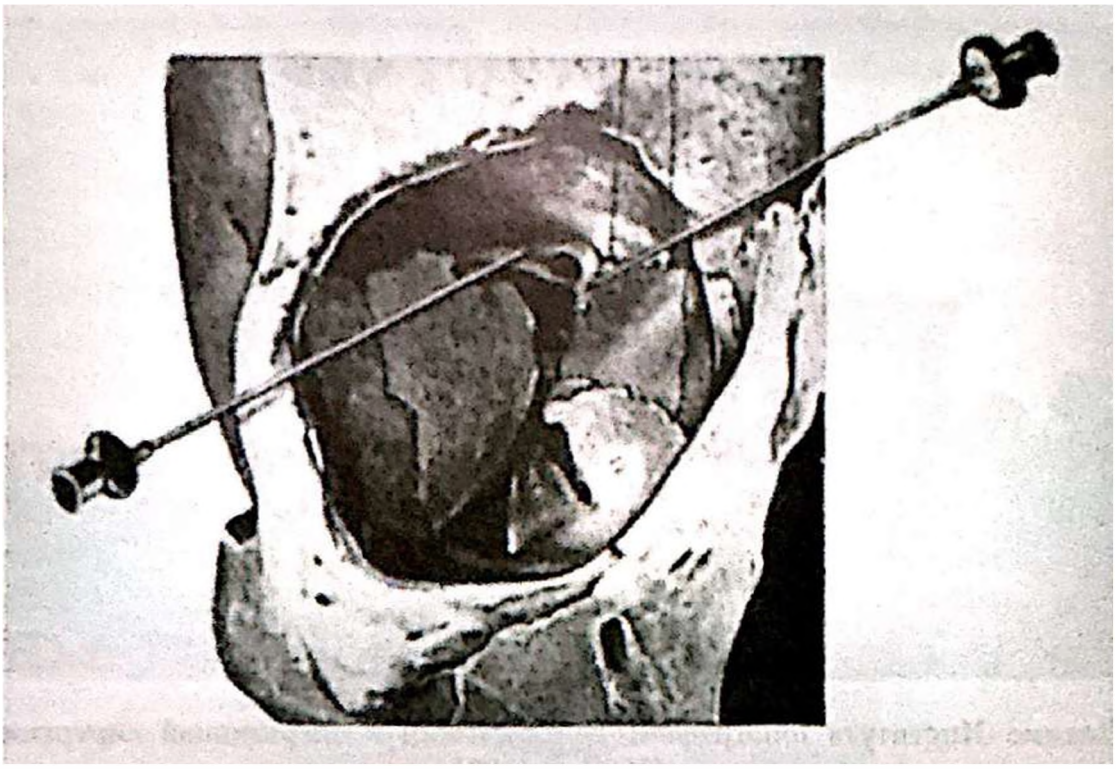


Рисунок из диссертации В. Ф. Ясенецкого-Войно [104], на котором показана возможность проникновения игл в полость черепа при проведении регионарной анестезии I ветви тройничного нерва по способу немецкого хирурга Г. Брауна.

нерва в области глазницы была завершена, наступило время оценки полученных результатов. Итоговые данные проверки показали, что эффективность указанных способов регионарной анестезии, предложенных немецкими авторами, являлась низкой, не превышая 50 %. Они свидетельствовали о ненадежности предложений немецких авторов, так как один и тот же способ в одном случае его применения обеспечивал обезболивание операционного поля, а в другом — нет. Поэтому в каждом втором случае хирургам приходилось отказываться от дальнейшего использования местного обезболивания и возвращаться к эфирно-хлороформному наркозу.

Кроме того, В. Ф. Ясенецкий-Войно установил, что способ регионарной анестезии I ветви тройничного нерва, предложенный немецким хирургом Г. Брауном и предусматривавший введение анестезирующего раствора в пространство между глазным яблоком и верхней стенкой глазницы, был небезопасен, так как в случае его применения «игла может проникнуть в полость черепа и не быть остановлена задней стенкой глазницы»

[104, С. 21]. Это заключение земского хирурга основывалось на результатах антропометрических исследований 100 глазниц на 50 черепах человека и иллюстрировалось соответствующим рисунком.

Низкая эффективность этого способа Г. Брауна, с одной стороны, и возможность проникновения иглы в полость черепа при его использовании — с другой, привели В. Ф. Ясенецкого-Войно к окончательному выводу о том, что дальнейшее применение этого предложения немецкого хирурга является нерациональным «ввиду его опасности» [Там же].

Вместе с тем В. Ф. Ясенецким-Войно было установлено, что в регионарной анестезии I и II ветвей тройничного нерва в области глазницы немецкими исследователями не были реализованы другие возможности, состоявшие в применении периневральной блокады n. ethmoidalis в месте его выхода из полости черепа через foramen ethmoidale anterior, а также II ветви тройничного нерва или n. maxillaris в месте его выхода из полости черепа через foramen rotundum.

Этот практический вывод, сделанный земским врачом, являлся руководством к дальнейшим исследованиям, так как каждое из этих предположений следовало проверить уже известным экспериментальным путем (на трупах), а также провести необходимые клинические испытания в случае успеха экспериментов. Так рождались новые способы периневральной блокады крупных нервных стволов, в данном случае ветвей тройничного нерва, которые были впервые предложены не немецкими хирургами, а земским врачом В. Ф. Ясенецким-Войно в результате экспериментальных топографо-анатомических исследований.

Поэтому на втором этапе его работы, связанной с экспериментальной проверкой собственных предположений, он был занят антропометрическими измерениями человеческих черепов. Эти измерения проводились в области глазницы с целью определения костных ориентиров, необходимых для точного введения раствора анестетика к местам выхода из полости черепа n. ethmoidalis и n. maxillaries. Число таких исследований, выполненных применительно к каждому из двух нервных стволов, исчислялось сотнями.

В Институте профессора Ф. А. Рейна не нашлось такого количества черепов, отчего значительная часть антропометрических измерений выполнялась Ясенецким-Войно в Институте описательной анатомии человека медицинского факультета Москов-

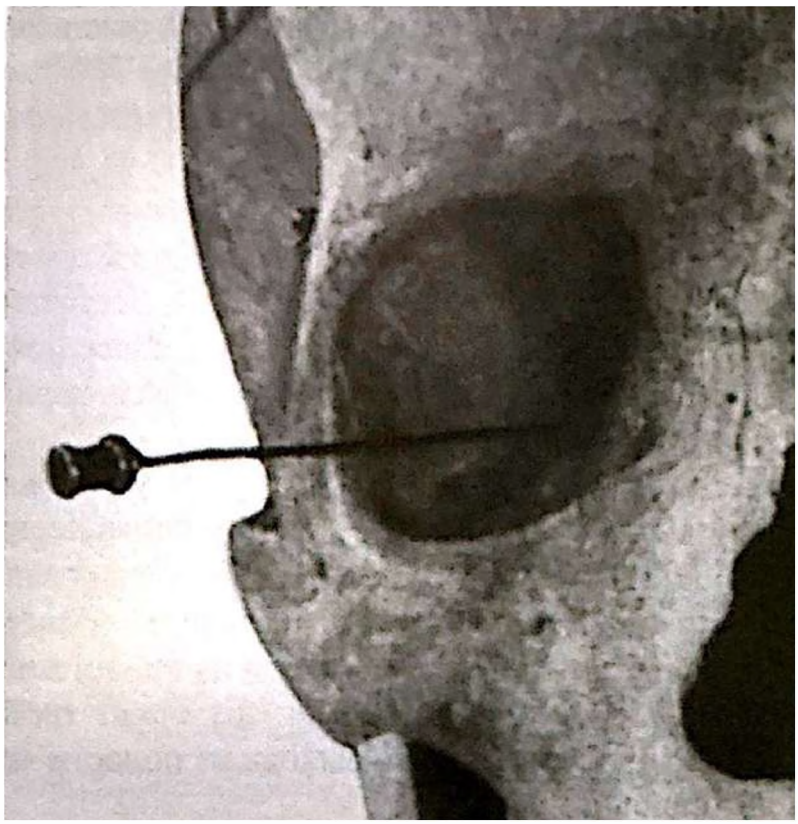


Рисунок из диссертации В. Ф. Ясенецкого-Войно [104], где показано направление движения иглы по его способу, исключающее ее проникновение в полость черепа.

ского университета, которым руководил профессор П. И. Карузин.

Здесь, в институтах профессоров Ф. А. Рейна и П. И. Карузина, в конце 1908 г. земский хирург В. Ф. Ясенецкий-Войно разработал собственный способ регионарной анестезии n. ethmoidalis, выполнявшийся путем введения анестезирующего раствора в область медиального края глазницы по направлению к foramen ethmoidale anterior, через которое этот нерв выходит из полости черепа. Этот способ Ясенецкого-Войно основывался на результатах многочисленных топографо-анатомических исследований, выполненных на 97 глазницах 48 черепов человека с целью «определения глубины вкола иглы» [Там же, С. 23] и ее направления к месту выхода n. ethmoidalis из полости черепа.

В 1910 г. такой же способ выполнения регионарной анестезии n. ethmoidalis был предложен Penckert'ом, одним из учеников немецкого хирурга Г. Брауна, пришедшим к тому же выводу, что и В. Ф. Ясенецкий-Войно, но независимо от него, так как первое практическое предложение земского хирурга не было

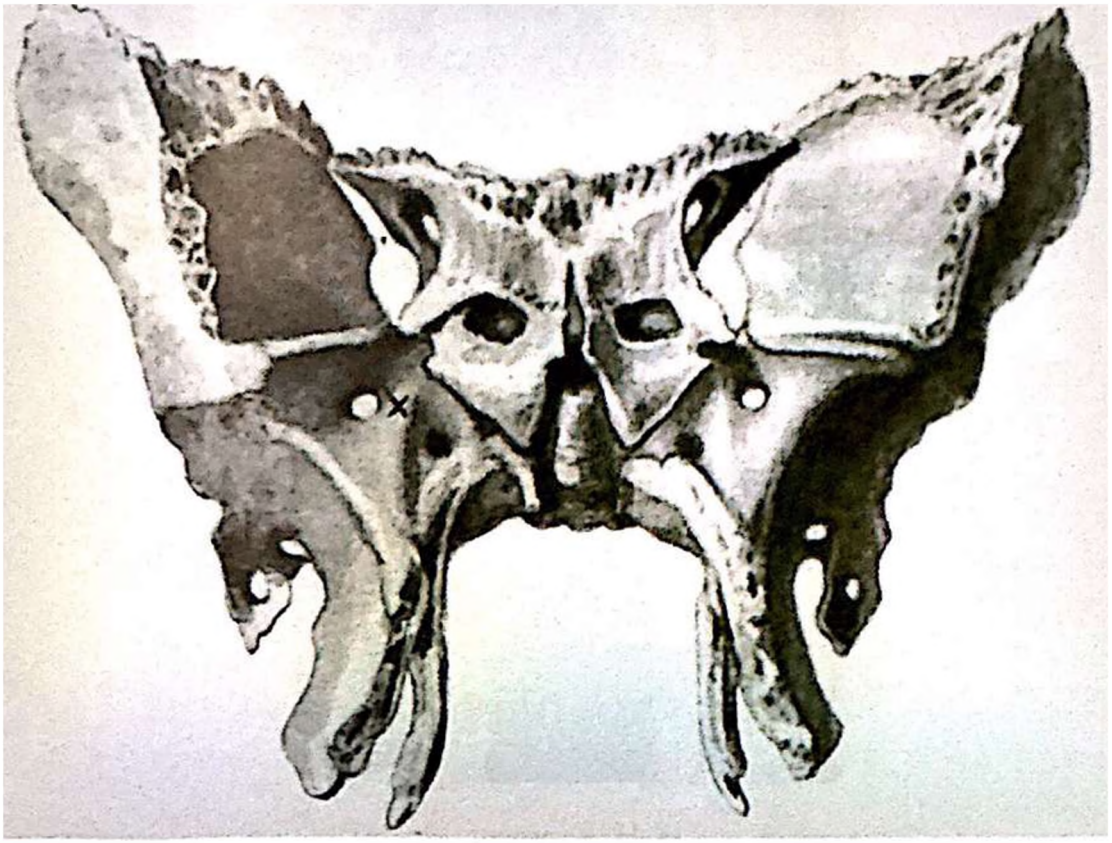


Рисунок из диссертации В. Ф. Ясенецкого-Войно, где показан фрагмент клиновидной кости (вид спереди). Крестиком на нем обозначен костный валик, куда должна упираться игла при правильном ее введении по направлению к foramen rotundum по способу автора.

опубликовано где-либо и не стало известным другим исследователям.

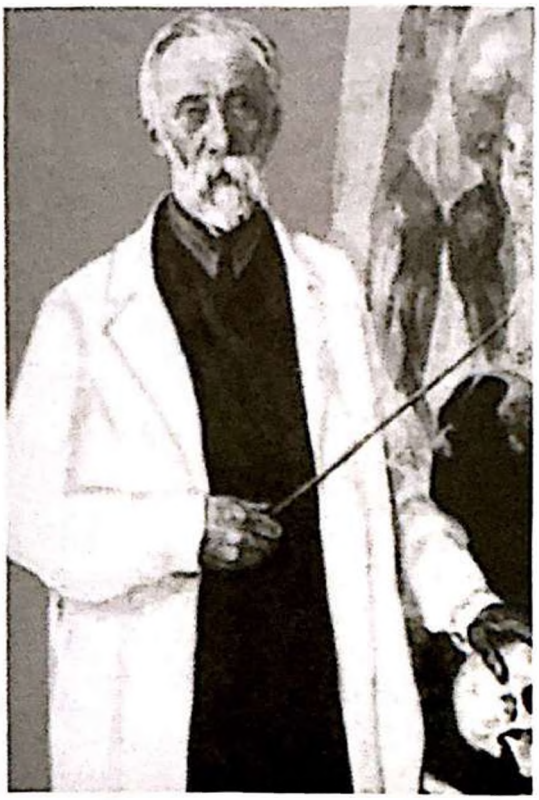
В начале 1909 г. в институтах профессоров Ф. А. Рейна и П. И. Карузина В. Ф. Ясенецкий-Войно разработал новый способ регионарной анестезии II ветви тройничного нерва в месте выхода n. maxillaris из полости черепа через foramen rotundum[32] клиновидной кости.

Этот способ основывался на результатах топографо-анатомических взаимоотношений между foramen rotundum и другими костными ориентирами глазницы, которые автору удалось установить путем антропологических исследований 340 глазниц на 170 черепах человека. Эти кропотливые исследования проводились в Институте профессора П. И. Карузина.

Полученные данные проверялись путем эксперимента, в ходе которого 38 раз на 20 трупах в область глазницы по направ-

---

[32] Круглое отверстие (*лат.*).



П. И. Карузин.

лению к foramen rotundum вводился с помощью шприца горячий раствор окрашенной желатины.

Затем осуществлялась тщательная послойная препаровка мягких тканей глазницы вплоть до места выхода через foramen rotundum II ветви тройничного нерва. При этом устанавливалось местоположение окрашенной желатины, определявшее ту или иную оценку каждого результата экспериментального исследования.

Результаты проведенного эксперимента показали высокую эффективность нового способа регионарной анестезии, предложенного В. Ф. Ясенецким-Войно, которая казалась выше, чем в случаях применения других способов, разработанных немецкими хирургами. Это обстоятельство позволило автору считать собственный способ проведения регионарной анестезии II ветви тройничного нерва более предпочтительным, чем предложения нескольких немецких хирургов, вместе взятых, включая Г. Брауна.

Однако такое заключение, несмотря на обнадеживающие результаты экспериментальной проверки, выглядело скоропалительным, так как оно не подтверждалось необходимыми клиническими испытаниями.

Первый доклад о результатах разработки новых способов периневральной блокады крупных нервных стволов под названием



Профессор И. К. Спижарный.

«Регионарная анестезия при операциях на шее, языке и верхней челюсти» был сделан земским хирургом В. Ф. Ясенецким-Войно 3 марта 1909 г. на 508-м заседании хирургического общества в Москве. Это заседание проходило под председательством известного сторонника местной анестезии И. К. Спижарного, профессора клиники факультетской хирургии медицинского факультета Московского университета. Исполняющим обязанности председателя этого хирургического общества профессор И. К. Спижарный стал после смерти П. И. Дьяконова, последовавшей 21 декабря 1908 г., во время работы в Москве VIII съезда российских хирургов.

Сведения о сроке научного сообщения на эту тему содержатся в диссертации В. Ф. Ясенецкого-Войно [104, С. 23, 26].

В воспоминаниях Святителя и хирурга (1958) имеется упоминание о докладе, сделанном «в Московском хирургическом обществе»[33] и вызвавшем «большой интерес» [37, 38]. По мнению их автора, доклад посвящался новым способам регионарной анестезии седалищного и срединного нервов.

---

[33] Правильное название — хирургическое общество в Москве.

Установлено, что в хирургическом обществе в Москве В. Ф. Ясенецкому-Войно пришлось выступать с докладом только единожды. Темой выступления являлась «Регионарная анестезия при операциях на шее, языке и верхней челюсти».

Это обстоятельство подтверждается сведениями из списка научных работ Святителя и хирурга, опубликованного в диссертации, и данными из протокола прений, последовавших 3 марта 1909 г. по поводу указанного доклада В. Ф. Ясенецкого-Войно, который был опубликован в «Летописи хирургического общества в Москве» за 1909 г. [105].

Другой доклад, сделанный В. Ф. Ясенецким-Войно в связи с разработкой новых способов регионарной анестезии седалищного и срединного нервов, тоже состоялся в Москве. Но он был заслушан не на заседании хирургического общества, как ошибочно указал В. Ф. Ясенецкий-Войно, а на XII съезде российских хирургов, проходившем в декабре 1912 г., где вызвал живой интерес делегатов съезда.

Выступление земского хирурга на заседании хирургического общества в Москве также сопровождалось живым интересом постоянных его членов. Вместе с тем московские хирурги, считавшиеся признанными сторонниками местной анестезии, подвергли существенной критике основные положения доклада земского врача, свидетельствовавшие о преимуществах разработанных им способов регионарной анестезии n. ethmoidalis и n. maxillaris.

Отдавая должное топографо-анатомическим исследованиям автора, подчеркивая тщательность и аккуратность их выполнения, авторитетные члены хирургического общества в Москве высказывали сомнение в практической значимости новых предложений В. Ф. Ясенецкого-Войно на том основании, что установленные им топографические взаимоотношения были характерны для здоровых тканей. В условиях патологических изменений, как считали многие, они не найдут практического применения.

При этом известный хирург В. М. Минц и профессор И. К. Спижарный справедливо обращали внимание В. Ф. Ясенецкого-Войно на сложность и опасность предложенного способа регионарной анестезии II ветви тройничного нерва, который выполнялся внутриглазничным путем и приводил, по мнению оппонентов, к существенным осложнениям.

Одним из них являлось почти неизбежное образование гематомы, расположенной не только в непосредственной близости от

глазного яблока, но и от вещества головного мозга, отделенного от места инъекции тонкими костными стенками глазницы.

Эта справедливая критика не обескуражила молодого хирурга, завершавшего обучение в клинике госпитальной хирургии и других институтах медицинского факультета Московского университета.

Топографо-анатомические исследования на трупах, какими бы убедительными они не выглядели, надо подкреплять клиническими испытаниями новых способов регионарной анестезии. Таким стал главный вывод, сделанный им после доклада в хирургическом обществе.

Весной 1909 г. «не на что... было жить в Москве с женой и двумя маленькими детьми» [37, 38], отмечал Святитель и хирург позднее в воспоминаниях. Поэтому он был вынужден принять предложение Саратовской губернской земской управы, которой давно требовался врач-хирург. С 20 марта 1909 г. начинается его служение в Романовской земской больнице, находившейся в Балашовском уезде Саратовской губернии [106].

В земской больнице Саратовской губернии

«Земский врач, от которого жизнь так настойчиво требует хирургической работы, не выносит из университета умения наркотизировать и должен сам ему учиться»

(*В. Ф. Войно-Ясенецкий*)

Слобода Романовка — это громадное степное село на реке Хопер (приток Волги), где находилось 2 храма, 4 кабака, железнодорожная станция да земская больница на 16 коек. В 1910 г. в слободе проживало около 12 000 жителей.

Площадь Романовского врачебного участка, который обеспечивали в медицинском отношении два больничных врача, составляла около 580 квадратных верст. Его население, включая слободу Романовку, насчитывало до 31 000 человек. При этом около 70 % всех жителей участка располагалось далее чем за 8 верст от Романовки, где проживали земские врачи. Считалось, что его площадь в 2 раза превышала норму, принятую для земского врачебного участка, а население в 3 раза соответственно. Поэтому объем врачебной работы здесь также не укладывался в земский норматив, существенно превышая его. Достаточно сказать, что число амбулаторных посещений было громадным, много больше, чем в Верхнелюбажской земской больнице, и достигало 32 000—35 000 в год. В праздничные дни 1909—1910 гг., когда на романовских улицах не прекращались пьяные драки и поножовщина, на амбулаторный прием приходило и до 300 больных[34] ежедневно.

По описанию В. Ф. Ясенецкого-Войно, Романовская земская больница располагалась на окраине слободы, неподалеку от железнодорожной станции. Как и многие больницы земств того времени, она состояла из амбулатории и стационара, расположенных в одном здании, но имевших отдельные входы.

Приемная амбулатории, где работали два врача (хирург и терапевт), была «очень тесна не только для двух врачей, но и для

---

[34] Здесь это число больных приходилось на двух врачей, тогда как в Верхнелюбажской земской больнице В. Ф. Ясенецкий-Войно работал один.

одного» [107, С. 6], а ее «ожидальная» никогда не вмещала всех больных, ожидавших амбулаторного приема.

Стационар включал операционную с предоперационной, санитарный пропускник, аптеку, а также 4 палаты, одна из которых, имевшая отдельный вход, предназначалась для инфекционных больных. Оставшиеся палаты разделялись не по функциональному, а по половому признаку: на 2 мужские и одну женскую.

«Обстановка палат бедная, — отмечали очевидцы, — стены их выбелены и на 1.5 аршина от пола окрашены масляной краской. Довольно широкий коридор служит столовой для больных, могущих покидать постель» [Там же, С. 6—7].

Предшественники молодого хирурга завоевали первое место по хирургической активности среди земских врачей Балашовского уезда. Однако убожество и теснота стационара не позволяли выделить в нем «особой палаты для оперированных больных» [Там же, С. 6]. Поэтому послеоперационные больные помещались в общих палатах с остальными. Эта печальная практика нередко приводила к тому, что соматические больные после первой встречи с хирургическими, «в буквальном смысле слова, разбегались из больницы» [Там же]. При этом «удручающее впечатление» на них обычно производил вид оперированных, еще «не вполне очнувшихся от наркоза» [Там же].

Кроме того, устройство Романовской земской больницы не допускало выделения отдельной перевязочной, предназначенной для хирургических больных. Ее роль обычно выполняла «чрезвычайно тесная предоперационная комната» [Там же], где проводились «чистые» перевязки и другие врачебные манипуляции. К последним относились и амбулаторные оперативные вмешательства, которые осуществлялись «после предварительного мытья больных в единственной на всю больницу ванне и их переодевания в больничное белье» [Там же]. Наиболее сложные амбулаторные операции временами приходилось проводить в операционной стационара. Однако оперативное лечение амбулаторных заболеваний и травм, носивших гнойный характер, как правило, проводилось во врачебном кабинете амбулатории.

Операционная больницы, находившаяся «в близком соседстве» с клозетом для больных, не была исключением и также считалась «недостаточно просторной» [Там же]. Ее освещение было главным образом естественным за счет одного большого окна, находившегося с южной стороны здания, и двух других окон с боковых сторон. Стены и потолок операционной и предопераци-

онной были окрашены белой масляной краской, тогда как пол этих помещений был «асфальтовым» и «крашенным... без стока» [Там же].

Удручающее впечатление производил «умывальник для горячей воды», который был «вделан» в одну из стен операционной. «Пользоваться этим умывальником для мытья рук перед операциями не приходилось, — утверждал В. Ф. Ясенецкий-Войно, — так как холодная вода проведена из железнодорожной водонапорной башни, берущей воду в реке, и вода эта после дождей до крайности грязна». Поэтому «горячая вода, проведенная из куба[35] ванной комнаты, также весьма далека от чистоты и стерильности» [Там же].

Оборудование операционной мало отличалось от остального больничного убранства. В ней находились: деревянный операционный стол, такой же шкаф и стол для хирургических инструментов, а также «скамейки для бутылей и несколько табуреток» [Там же, С. 6—7]. Эту мебель, окрашенную белой масляной краской, дополняли автоклав, служивший для стерилизации операционного белья и перевязочных материалов, и стерилизатор для хирургических инструментов. Автоклав являлся предметом особой гордости молодого хирурга, так как создавал «рабочее давление до 2-х атмосфер», при котором «стерилизовался также физиологический раствор», использовавшийся «для приготовления анестезирующих растворов» [Там же, С. 7].

К хирургическому оснащению принадлежал и «большой эмалированный чайник», в котором во время операции непрерывно кипятился «раствор соли, применявшийся для обмывания рук» и который «из него же сливался на руки» хирурга [Там же].

В Романовской земской больнице не было ни клинической, ни бактериологической лабораторий, так как из лабораторного имущества в ней имелась только одна центрифуга. Остальное оснащение, без которого лечебно-диагностическая работа больницы была немыслимой, привез с собой земский хирург В. Ф. Ясенецкий-Войно. К нему относились его собственные врачебные предметы: микроскоп, микротом, термостат, цистоскоп и уретроскоп.

Персонал больницы состоял из 2 врачей, 2 акушерок-фельдшериц, 2 фельдшеров, 4 сиделок (медицинских сестер), аптечного служителя (фармацевта) и прочего обслуживающего персона-

---

[35] Нагреватель воды того времени.

ла. Среди врачей хирург В. Ф. Ясенецкий-Войно считался первым. Вторым врачом был терапевт Н. А. Кнорре, работавший в романовской больнице уже 15 лет. Он заведовал палатой для инфекционных больных, вел амбулаторный прием совместно с первым врачом, выезжал по вызовам на дом, а также ассистировал В. Ф. Ясенецкому-Войно при проведении оперативных вмешательств и иногда (в сложных случаях) проводил эфирно-хлороформный наркоз.

Убожество и нищета Романовской земской больницы не были из ряда вон выходящим явлением, они свидетельствовали об уровне развития медицинского обслуживания сельского населения России в начале XX века. Нередко земские врачи были вынуждены приобретать на собственные средства врачебные приборы и инструменты, без которых они не могли обойтись. В результате такие предметы кочевали по России вместе с их владельцами, не обременяя земские управы дополнительными расходами.

За время отсутствия в больнице врача-хирурга ее хирургическое «хозяйство» давно пришло в упадок и нуждалось в восстановлении. Поэтому уже в апреле 1909 г. новый хирург Романовского участка пришел на заседание санитарного совета, созданного при Балашовской уездной земской управе, с перечнем хирургического оснащения, без которого его деятельность была невозможной.

«В Романовке, — заявил на заседании совета В. Ф. Ясенецкий-Войно, — куда по публикации требовался хирург, не имеется самых необходимых инструментов.., акушерских почти нет, глазные почти все пришли в негодность» [108]. В результате этот перечень был утвержден, а оснащение, необходимое для возобновления работы операционной, срочно закуплено лишь «с некоторыми сокращениями» [Там же].

В скором времени действия первого врача земской больницы позволили не только восстановить хирургическую работу в прежнем объеме, но и развить такую хирургическую активность, благодаря которой земский хирург приобрел широкую известность и авторитет среди населения не только Балашовского уезда, но и в остальных районах Саратовской губернии.

Здесь все повторялось вновь, как было в Верхнелюбажской земской больнице. К доктору Ясенецкому-Войно непрерывно тянулся нескончаемый поток больных, приезжавших из разных мест. Амбулаторный прием приходилось ограничивать в связи с

невозможностью принять всех и сразу в течение одного рабочего дня. При этом каждый день[36] хирурга неизменно начинался с проведения оперативных вмешательств. После операций следовал амбулаторный прием больных хирургического профиля, продолжавшийся до 16.00—17.00 часов. В выходные дни хирургические операции тоже не были редкостью, только они выполнялись по мере необходимости.

Размеренный распорядок хирургической и прочей врачебной работы позволил В. Ф. Ясенецкому-Войно добиться значительных результатов в его деятельности. О них свидетельствует соответствующий «Отчет...», посвященный светлой памяти профессора П. И. Дьяконова, у которого автор «имел счастье столь многому научиться в последние месяцы его благородной жизни» [107, С. 10].

Как известно, одним из правил П. И. Дьяконова являлось непременное сохранение результатов, достигнутых в области хирургии, с тем чтобы использовать их в интересах медицинской науки и практики. Опубликование своих наблюдений обеспечивало передачу собственного опыта другим врачам-исследователям. Образцом подобной деятельности служили ежегодные отчеты клиники госпитальной хирургии медицинского факультета Московского университета, руководимой профессором П. И. Дьяконовым.

Поэтому при составлении первого из собственных «Отчетов...» В. Ф. Ясенецкий-Войно взял за основу форму отчетов клиники Дьяконова.

Первый «Отчет...» молодого хирурга содержал две части, в том числе общую и специальную.

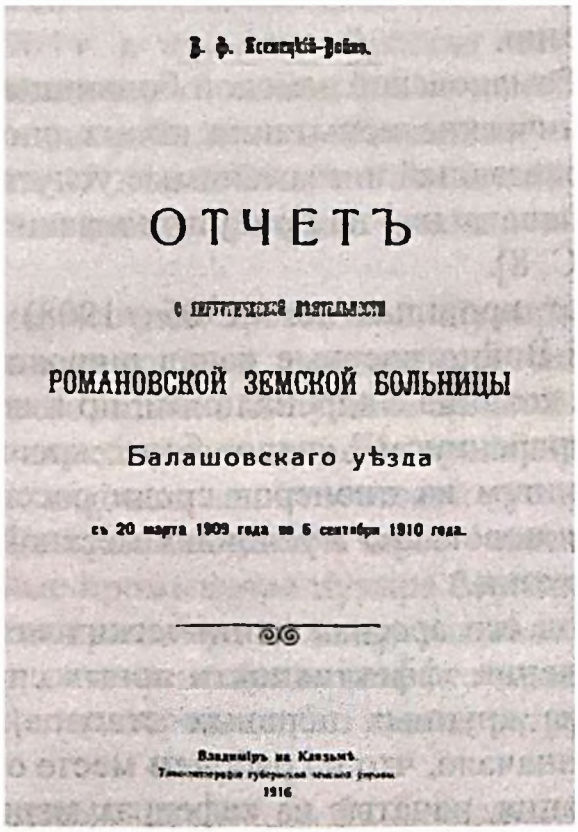
В общей указывались сведения об оперативных вмешательствах и способах их обезболивания, произведенных в Романовской земской больнице Балашовского уезда Саратовской губернии.

К ним относились 515 операций, выполненных у амбулаторных и стационарных больных в течение полутора лет (с марта 1909 г. по сентябрь 1910 г. включительно).

Для сравнения: за 2.5 года работы в Верхнелюбажской земской больнице было выполнено 676 оперативных вмешательств, в том числе 553 (82 %) под местным обезболиванием, включая спинномозговое (15 случаев).

---

[36] За исключением воскресений и четвергов, когда амбулаторный прием ограничивался только неотложными случаями.



В. Ф. Ясенецкій-Войно.

ОТЧЕТЪ

о хирургической деятельности

РОМАНОВСКОЙ ЗЕМСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Балашовскаго уѣзда

съ 20 марта 1909 года по 6 сентября 1910 года.

Владиміръ на Клязьмѣ.
Типо-литография губернской земской управы.
1916

Титульный лист первого отчета о хирургической деятельности земского врача Ясенецкого-Войно.

В Романовской земской больнице под местным обезболиванием, включая спинномозговое (9 случаев), проведено 324 (63 %) из всех операций. Это означало, что здесь существенно возросло число сложных оперативных вмешательств, для выполнения которых оказалось недостаточно применения только местной анестезии.

В 1909—1910 гг. при проведении наркоза (201 случай) преимущество по-прежнему принадлежало общему обезболиванию с использованием хлороформа, который применялся В. Ф. Ясенецким-Войно 173 раза, тогда как эфир и бромэтил использовались значительно реже (8 и 20 случаев соответственно).

При этом в 5 случаях отмечались осложнения в результате применения общего обезболивания, в том числе асфиксия вследствие западения языка (3), а также состояние резкого падения артериального давления или коллапса (2), с которыми удавалось справиться.

Во всех случаях применения местного обезболивания В. Ф. Ясенецкий-Войно только однажды наблюдал тяжелый коллапс,

длившийся около часа и связанный с использованием спинномозговой анестезии.

В условиях Романовской земской больницы молодой хирург продолжал клинические испытания новых способов регионарной анестезии, оказавшей «незаменимые услуги» и производившей «сильное впечатление на присутствовавших и на оперируемых» [Там же, С. 8].

В отличие от прошлых лет (1906—1908) на новом месте В. Ф. Ясенецкий-Войно впервые начал широкое использование не только смеси кокаина с адреналином, но и водных растворов новокаина с супраренином[37] «вдвое более крепких» (0.5—1 %). Здесь он стал одним из пионеров среди российских врачей в деле применения новокаина в условиях местной, и особенно регионарной, анестезии.

В этот период его арсенал клинических испытаний, проведенных для изучения эффективности новых способов перинеральной блокады крупных нервных стволов, пополнился на 73 случая. Это означало, что на рабочем месте он продолжал научные исследования, начатые на кафедрах медицинского факультета Московского университета в связи с разработкой собственных методик нового вида обезболивания.

С той же целью в Романовской земской больнице В. Ф. Ясенецкий-Войно впервые приступил к некоторым экспериментам на животных, для чего при ней был заведен виварий (место содержания экспериментальных животных, в том числе собак, кроликов, белых мышей и др.). Они выполнялись в интересах одной научной задачи, состоявшей в изучении «всасывающей способности» нервных стволов по отношению к различным анестетикам, включая кокаин, новокаин и прочие препараты, применявшиеся для регионарной анестезии. Однако результаты таких экспериментов, по всей видимости, не были опубликованы и пока остаются неизвестными.

По мнению Л. С. Ерухимова (1960), а также С. Т. Варшавского и И. Д. Змойро (1989), романовский земский хирург В. Ф. Ясенецкий-Войно стал одним из пионеров в России, успешно выполнивших сложную урологическую операцию в виде надлобковой чрезпузырной аденомэктомии [109, 110].

Считается, что первым в нашей стране это оперативное вмешательство произвел известный хирург С. П. Федоров в 1898 г.

---

[37] Это синоним адреналина.

Однако сведения об этом достижении были впервые опубликованы только в 1904 г. в журнале «Русская газета». Через 5 лет после опубликования этого сообщения ту же операцию больному 71 года выполнил и Валентин Феликсович.

Это произошло 18 мая 1909 г. в Романовской земской больнице. Приводим без купюр протокол уникального оперативного вмешательства:

«Операция под местной анестезией. Пузырь широко вскрыт надлонным сечением; средняя доля железы вдавалась большим бугром в просвет его; железа вылущена целиком при умеренном кровотечении. В ложе железы введены дренажная трубка и марлевый выпускник, и до них зашит мочевой пузырь одноэтажным нитяным швом. Выпускник удален через 4 дня и с этого же дня начаты ежедневные промывания пузыря борным раствором. Через 7 дней после операции удалена дренажная трубка из пузыря и введен катетер, остававшийся в течение недели; по удалении катетера больной стал хорошо и без всяких затруднений мочиться» [110, С. 67].

В списке научных трудов В. Ф. Ясенецкого-Войно, приведенном в его диссертационном исследовании, есть упоминание (под № 12) об одной из работ того же периода, получившей название «Регионарная анестезия» [104, С. 227]. По мнению Святителя, она была опубликована в «Трудах Тамбовского физико-медицинского общества» в 1909 г. [Там же, С. 227, 111].

Нам довелось изучить «Труды...» этого общества за 1909—1912 гг. [112—115], но сведений об опубликовании этой работы обнаружить не удалось. Однако в результате такого изучения все же было установлено, что в 1909 г. В. Ф. Ясенецкий-Войно не только выступал с докладом на одном из заседаний Тамбовского физико-медицинского общества, но и был избран его членом-корреспондентом [113, С. 9, 10].

Две другие научные работы земского хирурга, опубликованные в 1910 г. в журнале «Хирургия», не были посвящены регионарной анестезии. В одной из них рассматривался редкий случай злокачественного новообразования ребра [116], а в другой — хирургическая тактика при лечении переломов позвоночника [117].

Своим опытом научной работы в Москве, в клинике госпитальной хирургии профессора П. И. Дьяконова, земский хирург В. Ф. Ясенецкий-Войно не только охотно делился с другими земскими врачами Саратовской губернии, но и пытался привлечь их к занятиям научными исследованиями.

Об этом свидетельствовал, в частности, земский врач В. Панкратов, отправившийся осенью 1909 г. из Саратовской губернии в Москву в «научную командировку» с целью повышения своих профессиональных знаний. В отчете об этой командировке он свидетельствовал, что земский хирург Ясенецкий-Войно являлся инициатором его работы на медицинском факультете Московского университета, а не в Санкт-Петербургском институте усовершенствования врачей, который многие обычно «избирают для своего научного отпуска» [118].

«Я решил потому ехать в Москву.., — писал В. Панкратов, — что некоторые товарищи, бывшие недавно там, остались довольны» [Там же].

Нет сомнений, что таким «товарищем» являлся земский хирург Романовского участка Ясенецкий-Войно. Подтверждением тому служило обучение В. Панкратова в Московском институте оперативной хирургии и топографической анатомии, которым руководил профессор Ф. А. Рейн, один из наставников Ясенецкого-Войно в 1908—1909 гг. Да и окончательный вывод этого саратовского земского врача полностью подтверждал целесообразность подобного выбора, так как «материала в Москве для занятий много, только надо воспользоваться им с наименьшей затратой времени» [Там же].

Проблема «научных занятий земских врачей» продолжала занимать В. Ф. Ясенецкого-Войно и на заседаниях санитарного совета, созданного при Балашовской уездной земской управе, куда входили все врачи уезда. Поэтому в августе 1909 г. он внес на его рассмотрение несколько новых предложений.

Во-первых, находя «существующее положение ненормальным, когда журналы не выписываются и нет центральной медицинской библиотеки при управе» [119], он предложил немедленно организовать такую библиотеку и выделить для этой цели необходимые денежные средства[38], так как ее организация «дала бы возможность земским врачам научно работать на местах, не уезжая для этого в центры» [Там же].

Во-вторых, молодой хирург, усвоивший опыт работы Московской клиники госпитальной хирургии, просил членов совета об опубликовании на средства Балашовского земства ежегодных отчетов о деятельности Романовской земской больницы, в которых применялась бы «научная обработка историй болезни»

---

[38] 500 рублей в год основания, а затем по 100 рублей ежегодно.

[Там же]. Это, по его мнению, была важная мера обмена опытом, которая будет способствовать сохранению богатого и разнообразного клинического материала, «проходящего через руки земских врачей» [Там же].

И, наконец, в-третьих, В. Ф. Ясенецкий-Войно обосновал необходимость создания при Балашовской уездной больнице так называемого патологоанатомического музея (районного масштаба), в котором собирались бы поучительные препараты, свидетельствовавшие о тех случаях, которые редко встречались в клинической практике земских врачей. Таким образом, этот музей носил бы учебный характер и способствовал исключению многих врачебных ошибок, допускавшихся земскими врачами Саратовской губернии.

Однако члены санитарного совета не могли согласиться со всеми предложениями земского хирурга. Они мотивировали отказ тем, что ограниченные возможности земской управы могут быть направлены лишь на решение неотложных нужд земской медицины уезда.

Вместе с тем предложение об организации уездной медицинской библиотеки немедленно нашло одобрение. В результате В. Ф. Ясенецкому-Войно было поручено составление каталога научной медицинской литературы, включая отечественные и зарубежные периодические издания, необходимые для укомплектования новой библиотеки.

Финансовое положение Балашовского земства Саратовской губернии, видимо, было сложным, так как прошел год, прежде чем врачебная комиссия «по устройству центральной медицинской библиотеки» сумела рассмотреть библиотечный каталог, составленный В. Ф. Ясенецким-Войно. Это случилось в июле 1910 г., когда ему вновь пришлось доказывать очевидное: «Дать врачам возможность следить, не отставая, за современным состоянием науки, ибо работать как следует в...области (хирургии. — *Ю. Ш.*) может только научно образованный врач» [120, С. 896].

По его мнению, было необходимо иметь в Балашовском уезде такую библиотеку, где бы содержались «иностранные, преимущественно немецкие, специальные периодические журналы и справочники, в которых рефируется[39] вся хирургическая литера-

---

[39] Реферируется, т. е. представляется в кратком изложении в виде основных положений и выводов.

тура», так как этим языком «владеет большая часть врачей-хирургов» [Там же]. В. Ф. Ясенецкий-Войно был уверен, что такие источники следует приобрести не только за текущий год, но и «за прошлые хотя бы 10 лет» [Там же], сделав это постепенно, по мере накопления и выделения денежных средств.

Кроме того, в уездной библиотеке должны быть и «русские хирургические журналы» [Там же], за исключением учебников по хирургии, других учебных пособий и атласов «чисто практического характера для ежедневных справок» [Там же], так как место последних — в кабинете врача-хирурга. Учебную литературу он может выписывать на собственные средства наряду с периодическими медицинскими изданиями общего характера, включавшими газету «Врач», «Врачебную газету» и пр.

После обсуждения его предложений комиссия пришла к выводу, что устройство центральной библиотеки в Балашовском уезде следует проводить «на иных основаниях и другого характера, чем предложены В. Ф. Ясенецким-Войно» [Там же].

Не без оснований она исходила из предназначения земского врача, одним из главных направлений работы которого, конечно, была общая и амбулаторно-поликлиническая хирургия. Вместе с тем земский врач-хирург, по мнению комиссии, являлся специалистом широкого профиля, обладавшим познаниями и практическими навыками в разных областях, включая офтальмологию, акушерство и гинекологию и др. Это был более взвешенный взгляд на хирургическую практику земского врача, чем предложенный В. Ф. Ясенецким-Войно. Поэтому он и нашел понимание у большинства членов этой комиссии.

Кроме того, она не согласилась с тем, что в российской глубинке земские врачи будут читать преимущественно иностранные медицинские издания, и предложила заменить их русскоязычными переводами. Это существенно ограничивало круг иностранных изданий, которые предполагалось иметь лишь в небольшом числе «и только в виде исключения на немецком языке» [Там же].

К тому же комиссия в отличие от В. Ф. Ясенецкого-Войно считала необходимым иметь в центральной библиотеке учебную медицинскую литературу «чисто практического характера, приобретение которой на собственный счет при современной оплате врачебного труда для многих врачей невозможно» [Там же, С. 897].

В результате комиссией был утвержден не каталог центральной научной библиотеки уезда, как первоначально предлагал

В. Ф. Ясенецкий-Войно, а перечень книг уездной медицинской библиотеки, в которой нуждалось большинство земских врачей.

Подавляющая часть научных периодических изданий будущей библиотеки была русскоязычной, включая журналы «Хирургия», «Хирургический архив Вельяминова», «Журнал акушерства и женских болезней», «Вестник офтальмологии» и др.

В ней предполагалось содержать учебные руководства и пособия, такие как «Лекции по оперативной хирургии», авторами которых являлись профессора П. И. Дьяконов и Ф. А. Рейн, а также переводы на русский язык учебников по хирургии под редакцией Кохера, Бергмана, Микулича и пр. Одновременно в ее каталог включались учебники и по другим разделам медицинских знаний, в частности по терапии, кожным и венерическим болезням, инфекционным заболеваниям, что придавало будущей библиотеке более привлекательный характер для земских врачей. Скромное положение в нем стали занимать иностранные периодические издания, представленные исключительно на немецком языке.

Врачебная комиссия «по устройству центральной медицинской библиотеки» в Балашовском уезде не приняла к руководству многих частных положений, предложенных земским хирургом. Но главное его предложение, состоявшее в том, чтобы «библиотеке быть», было услышано. Так, в 1910 г. в городке Балашове Саратовской губернии появилась уездная медицинская библиотека, к созданию которой приложил немало трудов земский хирург Ясенецкий-Войно.

Но ему не довелось увидеть творение собственных рук, потому что в августе того же года Балашовским санитарным советом обсуждалось решение хирурга об оставлении своего поста в Романовской земской больнице.

Это обсуждение проводилось заочно (В. Ф. Ясенецкий-Войно на этом заседании совета не присутствовал[40]), где члены совета «с сожалением» констатировали, что «с его уходом уезд теряет хорошего работника и санитарный совет — ценного сотрудника» [121, С. 904]. При этом Н. А. Кнорре, второму врачу Романовской земской больницы, пришлось добавить: «И талантливого хирурга» [Там же].

---

[40] Последнее заседание этого санитарного совета, в котором принимал участие В. Ф. Ясенецкий-Войно, состоялось 31 августа 1910 г. [119, С. 944].

В результате дальнейшего обсуждения выражение сожаления признается «искренним, несмотря на то, что Валентин Феликсович часто и во многом расходился с большинством санитарного совета» [Там же]. В таком виде «сожаление» членов санитарного совета было занесено в протокол заседания, где не оказалось главного предложения земскому хирургу: остаться на прежнем месте и в прежней должности.

Но в данном случае такого предложения не могло и быть. Все врачи уезда давно знали об устремлениях В. Ф. Ясенецкого-Войно к научно-исследовательской деятельности, осуществлявшейся как на рабочем месте, так и на кафедрах медицинского факультета Московского университета. Поэтому члены санитарного совета не были в состоянии предложить земскому хирургу что-либо взамен. Балашовское уездное земство было из тех, где «средняя продолжительность службы медперсонала... не превышает 2.5 лет, причем 45 % врачей служат менее одного года» [122]. Основной причиной «бегства врачей из уезда», как правило, было безденежье, так как в земствах других российских губерний врачи земских участков получали больше, чем могла предложить Саратовская губерния.

Но В. Ф. Ясенецкий-Войно стал исключением из этого правила, о чем прекрасно знали члены санитарного совета Балашовского уезда. Он уезжал не за деньгами, как другие врачи. Являясь врачом-хирургом Романовской земской больницы, Валентин Феликсович свой отпуск проводил в Москве, «работая с утра до вечера в Институте профессора Рейна и профессора Карузина при кафедре описательной анатомии» [37, 38]. Подыскав для себя новое место работы, поближе к Москве, а значит и к медицинскому факультету Московского университета, земский хирург мог без лишних препятствий продолжать научную работу в области регионарной анестезии на его кафедрах. Это обстоятельство стало определяющим для отъезда из земской больницы.

20 августа 1910 г. на место первого врача в ней был уже назначен другой земский врач (Б. Я. Дорф) [123]. Однако В. Ф. Ясенецкий-Войно, находясь не у дел, не торопился покинуть гостеприимную слободу Романовку. О его новом назначении, которое осуществлялось на конкурсной основе, еще не было принято окончательное решение. Спешить оказалось некуда, тем более что незадолго до отъезда у земского хирурга родился сын Алексей. 31 августа 1910 г. он еще принимал участие



Анна Васильевна с дочерью Еленой (1910 г.).

в заседании Балашовской земской управы и уехал из Романовки только 6 сентября того же года.

Рождение второго сына сопровождалось «большим приключением» [37, 38]. Когда у Анны Васильевны близилось время родов, Валентин Феликсович все же «рискнул ехать в Балашов на заседание Санитарного совета, надеясь скоро вернуться» [Там же]. Оттуда он поспешил обратно на балашовский вокзал, даже не дождавшись конца заседания, и увидел на путях поезд, готовый к отправлению. Только сев в вагон, хирург определил, что пассажирский состав направился в другую сторону. Ему пришлось сойти с этого поезда на ближайшей станции, вернуться в Балашов, а оттуда вновь отправиться в слободу Романовку.

«Но Бог помог, — как писал впоследствии Святитель, — и дома я нашел уже новорожденного сына, которого принимала женщина-врач, раньше меня вернувшаяся с Санитарного совета и заехавшая сюда по дороге в свой врачебный участок» [Там же].

Из саратовского городка Балашова семья Ясенецких-Войно вновь отправилась в Киев, где провела более двух месяцев. Это время потребовалось для подведения итогов конкурса, объявленного Переславской уездной земской управой Владимирской

губернии в связи с вакантной должностью заведующего Переславской земской больницей, находившейся в городе Переславль-Залесский, поблизости от Москвы. Одним из его участников был земский хирург В. Ф. Ясенецкий-Войно, которому в сложившейся ситуации оставалось терпеливо ждать окончательного решения своего вопроса.

Здесь во время ожидания нового назначения 11 октября 1910 г. он сделал доклад на заседании Киевского хирургического общества по поводу первичного острого остеомиелита позвоночника.

В докладе приводился анализ 80 случаев первичного остеомиелита позвоночника, наблюдавшихся разными авторами в течение 1895—1909 гг., включая собственное наблюдение. В заключение были сделаны некоторые выводы относительно среднего возраста больных, этиологических факторов этого тяжелейшего заболевания, преимущественной локализации патологического процесса, клинической картины и прогноза болезни, отличавшейся чрезвычайно высоким уровнем смертности в эру отсутствия антибиотиков (по данным В. Ф. Ясенецкого-Войно, от 17 до 80 % в зависимости от локализации).

Особое внимание уделялось подробному разбору собственного наблюдения. Это объяснялось тем счастливым обстоятельством, что больной, крестьянский мальчик 15 лет, которому В. Ф. Ясенецкий-Войно произвел несколько сложных оперативных вмешательств с целью эвакуации гнойных масс из спинномозгового и крестцового каналов позвоночника, преодолел критическое состояние между жизнью и смертью, оставшись жить. Он даже был осмотрен повторно, спустя год после окончательного выздоровления. При этом не было обнаружено не только «ни малейших расстройств в движениях позвоночника» [124, С. 12], но и прочих двигательных нарушений.

Интересен окончательный вывод автора, считавшего, что «спасение больных остеомиелитом (позвоночника. — *Ю. Ш.*) зависит от раннего распознавания и энергичного оперативного вмешательства». Однако успех возможен «лишь повторными операциями» [Там же]. Он учил других хирургов тактике высокой хирургической активности, как единственному способу борьбы с тяжелым и исключительно опасным заболеванием, каким являлся остеомиелит позвоночника при отсутствии антибиотиков во врачебном арсенале.

Лишь 13 ноября 1910 г. врачебная комиссия при Переславской уездной земской управе Владимирской губернии приняла



В. Ф. Ясенецкий-Войно (1910 г.).

окончательное решение о приглашении В. Ф. Ясенецкого-Войно на должность заведующего Переславской земской больницей, признав его «первым кандидатом» [125] среди остальных земских врачей, принимавших участие в конкурсе.

Длительная задержка такого решения комиссии объяснялась просто. Она не хотела отпускать в Петербург прежнего заведующего больницей земского врача-хирурга Ф. Г. Буткевича, у которого имелась серьезная причина для этого. Его переезд был связан со скорой защитой диссертации на соискание ученой степени доктора медицины, которая ожидалась в Императорской Военно-медицинской академии в 1911 г.[41] Однако хирург Ф. Г. Буткевич не взял обратно «прошения об отставке», как предлагали члены врачебной комиссии. Вместо этого он принял непосредственное участие в выборе своего преемника, которое состоялось на том же заседании [Там же].

Поэтому В. Ф. Ясенецкий-Войно своим назначением на должность заведующего Переславской земской больницей был отчасти обязан ее бывшему главному врачу.

---

[41] В указанное время Ф. Г. Буткевич успешно защитил в клинике госпитальной хирургии, которой руководил известный хирург С. П. Федоров, диссертацию на тему: «Подвижная почка и ее оперативное лечение».

От Волги-матушки к Плещееву озеру (Переславль-Залесский)

«Я развил очень широкую хирургическую работу и был одним из пионеров в новых тогда операциях на желчных путях, желудке, селезенке и даже на головном мозге»

(*В. Ф. Войно-Ясенецкий*)

С 25 ноября 1910 г. началось служение В. Ф. Ясенецкого-Войно в земской больнице, находившейся в городе Переславль-Залесский Владимирской губернии. Оно осуществлялось в двух ипостасях: заведующего больницей и заведующего ее хирургическим отделением.

Переславль-Залесский — это старинное русское поселение с богатой духовной историей, ставшее известным благодаря князю Юрию Долгорукому, который в 1152 г. перевел сюда военно-административное управление Переславским краем. Он основал здесь крепость и заложил каменную церковь во имя Всемилостивого Спаса. Храм был достроен и освящен (1157) Андреем Боголюбским, князем Владимиро-Суздальским. Третьим удельным князем Переславским являлся Александр Невский в 1240—1263 гг., причисленный в дальнейшем к лику святых, в российской земле просиявших.

Здесь же, на берегу знаменитого Плещеева озера, великий Петр I построил свой ботик, ставший первенцем российского военно-морского флота. Отсюда, из глубины владимирских лесов, начиналась крупнейшая морская держава.

Современниками В. Ф. Ясенецкого-Войно стали уроженцы Переславля-Залесского, дети священнослужителей этого города и известные отечественные профессора-медики. К ним относились П. М. Альбицкий (род. 1 октября 1853 г.), профессор кафедры общей и экспериментальной патологии ИВМА в 1891—1912 гг., а также М. И. Граменицкий (род. 1 ноября 1884 г.), ассистент видного российского фармаколога Н. П. Кравкова, а в 1918—1924 гг. профессор кафедры фармакологии Пермского университета [126].

Переславский уезд оказался самым густонаселенным из всех, где пришлось служить земскому врачу В. Ф. Ясенецкому-Войно. Ко времени его приезда в нем насчитывалось 442 насе-

ленных пункта, где проживало около 114 000 человек. Между тем в уезде имелось только 5 земских врачебных участков (одноврачебного состава), стационары которых включали в общей сложности 85 больничных коек. Кроме того, 65 таких же коек было развернуто в Переславской земской больнице, в которой работало два врача — хирург и терапевт. Таким образом, 150 больничных коек в земских стационарах, в том числе всего 25 хирургических[42], было предусмотрено для медицинского обеспечения более чем 100-тысячного населения уезда [127, 128].

Мало сказать, что коек, особенно для больных хирургического профиля, было, мягко говоря, недостаточно. Страшная и горькая правда заключалась не только в этом. Хирургу земской больницы приходилось бороться не столько с проявлениями тех или иных хирургических болезней, сколько с их осложнениями и малопоправимыми последствиями. Так происходило потому, что каждого, нуждавшегося в оказании хирургической помощи, следовало сначала доставить в хирургическое отделение земской больницы. Но даже в неотложных случаях трагический счет шел не на часы, а на сутки. Нередкими были ситуации, когда проходило и несколько суток, прежде чем срочный больной был доставлен в больницу. Об остальных больных и говорить не приходилось. Липома «величиною с головку годовалого ребенка» и возрастом в 20 лет не являлась случаем, из ряда вон выходящим[43].

Бесшабашное, исконно русское «авось пройдет» и «заживет, как на собаке» становилось прологом возникновения тяжелейших осложнений хирургических заболеваний или до крайности запущенных случаев. Многие из них сводили «на нет» все усилия земского хирурга, пытавшегося возвратить больного не только «с того света», но и вернуть его к полноценной трудовой деятельности. Крылатое выражение «где гной, там ведро» стало традиционным для этих мест.

Здесь, в Переславской земской больнице, из «ведер гноя» рождалась так называемая «гнойная хирургия», ставшая венцом хирургической практики В. Ф. Ясенецкого-Войно.

---

[42] Вся хирургическая помощь в Переславском уезде оказывалась только в земской больнице города, так как среди остальных земских врачей больше хирургов не было.

[43] Одна из таких доброкачественных опухолей была удалена В. Ф. Ясенецким-Войно 20 апреля 1911 г.



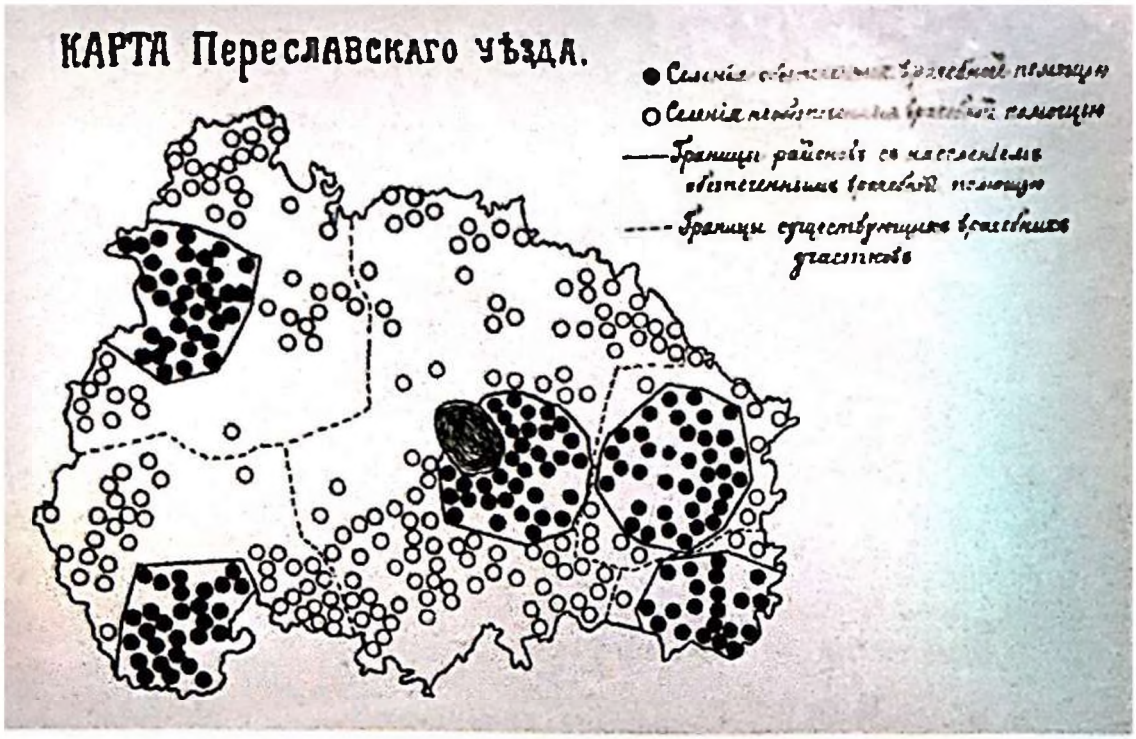
В. Ф. Ясенецкий-Войно (1910 г.).

В этих местах молодой хирург впервые приобрел опыт руководства как хирургическим отделением, так и земской больницей уезда в целом, в очередной раз заслужив признательность, авторитет и популярность среди населения. Здесь он сформировался как ученый, несомненные достижения которого были удостоены ученой степени доктора медицины и престижной премии одного из российских университетов.

После переезда в Переславль-Залесский семья Ясенецких-Войно сначала занимала небольшой домик на главной магистрали города, пока не переехала в просторный деревянный дом на Троицкой улице, принадлежавший помещице Лилеевой. Он находился неподалеку от того места, где старинный земляной вал теперь пересекает шоссе Москва—Ярославль.

«Мебель в Переславском доме была до последней степени неказистая, — рассказывал впоследствии старший сын Святителя Михаил Валентинович. — Сбережений ни тогда, ни потом отец не имел» [37, 38].

Бывшая горничная семьи Е. Н. Кокина, прослужившая в ней 7 лет, свидетельствовала о том же. «Им, Ясенецким, форсить-то не из чего было, — вспоминала она. — Вина, табаку дома не



На карте выделены территории 5 врачебных участков. Остальные селения густонаселенного уезда, не входившие в их состав, были обеспечены, в лучшем случае, фельдшерской помощью. Переславский врачебный участок, как и город Переславль-Залесский, где располагалась городская земская больница, находился в центре уезда, вокруг Плещеева озера (см. карту).

держали, сластей тоже никогда не бывало. Книг только ему по почте много шло. Книг было много» [Там же].

От дома до городской больницы — не больше версты. Поэтому и на новом месте вся деятельность земского хирурга была подчинена жесткому, раз и навсегда заведенному распорядку.

Обычно Валентин Феликсович завтракал дома один в восемь утра. В половине девятого больничный кучер Александр подавал экипаж к дому заведующего больницей. Чтобы время в разъездах не пропадало зря, земский хирург брал с собой в экипаж 10—20 карточек с немецкими и французскими словами и учил их по дороге. Обедал дома в кругу семьи около 5 часов дня. После обеда позволял себе немного отдохнуть, а затем до позднего вечера принимал больных в домашнем кабинете. После ужина снова возвращался в кабинет, где читал или писал до поздней ночи, «пока весь керосин в лампе не выгорит» [Там же].

Первое, с чем пришлось столкнуться новому заведующему больницей, стали последствия пожара, случившегося за год до



Здание бывшего хирургического отделения Переславской земской больницы, которым заведовал Ясенецкий-Войно (фотография 2006 г.).

его приезда. В декабре 1909 г. в Переславской земской больнице сгорели 2 деревянных барака, где располагались помещения амбулатории и аптеки, о которых напоминали только сохранившиеся каменные фундаменты [129, С. 5; 130, С. 42]. С тех пор амбулаторный прием хирургических и терапевтических больных проводился непосредственно в лечебных отделениях, для чего в них были выделены необходимые кабинеты. Аптека разместилась в помещении терапевтического отделения. В результате в 1910 г. число развернутых коек в больнице, включая и хирургическое отделение, было сокращено по сравнению со штатными (65). Однако сразу не удалось приступить к восстановлению сгоревших построек, которое планировалось осуществлять на прежних фундаментах. Поэтому решение этой задачи переходило к новому заведующему больницей. Его усилиями она была решена.

Кроме того, В. Ф. Ясенецкий-Войно на первых порах своей деятельности был вынужден решать неотложные вопросы госпитализации инфекционных больных. В те времена эпи-



Один из домов в Переславле-Залесском, где жили Ясенецкие-Войно (здание второго не сохранилось) (фотография 2006 г.).

демии холеры и паразитарных тифов не были редкостью, как сейчас.

Однако и таким больным нередко приходилось отказывать в госпитализации, потому что «существующий (инфекционный. — *Ю. Ш.*) барак[44] совершенно не отвечает своему предназначению» [130, С. 78]. Лишь после назначения В. Ф. Ясенецкого-Войно на должность заведующего больницей и при его непосредственном участии в 1911 г. был разработан реальный план строительства «цементно-бетонного здания» инфекционного барака общей площадью около 100 кв. м., который в дальнейшем удалось успешно реализовать.

В отличие от других земских больниц, где приходилось работать В. Ф. Ясенецкому-Войно, в больнице Переславля-Залесского не было дезинфекционной камеры, отсутствие которой су-

---

[44] По штату больницы он входил в состав терапевтического отделения, но ответственность за организацию его работы возлагалась на заведующего земской больницей.



Здание старого инфекционного барака на территории Переславской земской больницы, которое сохранилось до наших дней (фотография 2006 г.).

щественно осложняло ее деятельность, так как обязательной дезинфекции даже в те времена подлежали не только личные вещи инфекционных больных, но и операционное белье, включая одежду операционной бригады.

Существовала еще одна проблема, которая буквально отравляла жизнь не только медицинскому персоналу, но и больным. Дело в том, что уездный город Переславль-Залесский не имел центральной канализации. Поэтому здания земской больницы были окружены бетонными выгребными ямами, расположенными неподалеку от лечебно-диагностических отделений. Емкость ям была такова, что они ежедневно заполнялись нечистотами. Тогда на территорию больницы приезжала зловонная бочка, и начинался продолжительный процесс опорожнения выгребных ям и переливание нечистот в бочку на колесах. При этом во всех помещениях хирургического и терапевтического отделений плотно закрывались окна и двери. Однако эта процедура была символической, так как зловоние все равно распространялось

повсюду. Так продолжалось изо дня в день. Это была своеобразная визитная карточка городской земской больницы, которая сохранялась за ней надолго. Она пережила и срок заведования больницей, отпущенный В. Ф. Ясенецкому-Войно. С этим никто из заведующих не мог ничего поделать.

Предшественник В. Ф. Ясенецкого-Войно, доктор медицины Ф. Г. Буткевич, к примеру, уверял в 1910 г., что устройство современной канализации больницы «давно намечено жизнью» и «неудовлетворение» этой меры ведет «к ее устранению из числа больниц, отвечающих своему назначению, и к низведению ее на уровень прежних неблагоустроенных участковых лечебниц» [131, С. 1—3].

В действительности некоторые из участковых земских больниц, где работал В. Ф. Ясенецкий-Войно, выгодно отличались от переславской в материально-бытовом отношении. Однако именно переславский период деятельности стал «звездным часом» В. Ф. Ясенецкого-Войно. Здесь он состоялся как хирург и ученый с большой буквы. Администрирование, скорее всего, не было его уделом. Им была и оставалась хирургия.

Несмотря на ожидавшийся уход, его предшественнику удалось выполнить «полный ремонт хирургического барака» [131], в результате которого полы перевязочной, всех палат для больных и коридора были покрыты линолеумом. Одновременно в хирургическом и терапевтическом отделениях было устроено «вполне удовлетворительное» керосиновое освещение, а для больных приобретены новые «хорошие одеяла и халаты». Благодаря переменам «общая физиономия всей больницы стала значительно лучше» [Там же], как полагал Ф. Г. Буткевич. Но и для В. Ф. Ясенецкого-Войно оставалось широкое поле деятельности.

Первое, с чего он начал, был уровень хирургической активности. Только в течение декабря 1910 г. молодой хирург выполнил в Переславской земской больнице 28 больших и малых оперативных вмешательств, в том числе на голове (9), груди, животе и тазе (9). Это было почти столько же, сколько произвел там же за 3 месяца другой хирург (С. В. Ключарев), замещавший Ф. Г. Буткевича во время его творческого отпуска. В результате этими тремя хирургами за 1910 г. было выполнено в общей сложности только 198 операций в условиях хирургического отделения и осуществлен амбулаторный прием около 5000 больных хирургического профиля [Там же, С. 5—93].

В течение 1911 г., когда там стал самостоятельно работать Ясенецкий-Войно, эти и другие показатели работы земского хирурга практически удвоились. Так, число операций, выполненных в стационаре, увеличилось до 370, среднее число коек, занятых в хирургическом отделении — до 25 (вместо 13 в 1910 г.), а количество принятых амбулаторных больных достигло почти 12 000 [132].

57 из этих оперативных вмешательств были выполнены на органах брюшной полости по поводу различных заболеваний хирургического профиля, в том числе и в связи с их закрытыми повреждениями. Одно из них достойно того, чтобы сохраниться и в нашей памяти в качестве поразительного примера физической выносливости, стойкости и терпеливости русского человека. Вместе с тем тот же случай является свидетельством вопиющей врачебной ошибки, в результате которой больной с тяжелейшим повреждением органов брюшной полости наблюдался на дому другим земским врачом в течение нескольких дней, прежде чем был направлен в хирургическое отделение земской больницы.

Макар К., крестьянин села Елизарова Переславского уезда, 47 лет, «довольно крепкий и хорошо сложенный мужчина» [Там же, С. 55], поступил на стационарное лечение 27 ноября 1911 г. Из анамнеза стало известно о драке, происходившей 22 ноября, в ходе которой он упал, ударившись спиной о «низенький столбик» дорожного ограждения. При поступлении скрывал факт избиения, ссылаясь на падение с крыши дома и удар левым боком о край «заваленки». В течение 5 дней, проведенных больным на дому, «состояние его все ухудшалось и он был послан наблюдавшим его врачом в больницу» [Там же].

В. Ф. Ясенецким-Войно в результате осмотра был «распознан разрыв селезенки» и через 2 часа после поступления больного К. было начато проведение срочного оперативного вмешательства по жизненным показаниям. Уже при вскрытии брюшной полости путем «небольшого разреза через левую прямую мышцу живота» [Там же, С. 56] в ней обнаружено большое количество жидкой венозной крови. Поэтому разрез брюшной стенки был продолжен вверх до реберной дуги и дополнен поперечным разрезом, располагавшимся чуть выше пупка; «доступ к селезенке получился довольно свободный» [Там же].

При ревизии органов брюшной полости на месте селезенки были найдены большие и плотные кровяные сгустки, «покрытые

на значительном протяжении брюшиной и очень напоминавшие куски разорванной селезенки; в общей сложности величину этих кусков можно сравнить с головкой новорожденного ребенка» [Там же]. Однако после удаления этих сгустков была обнаружена и выведена в рану селезенка, имевшая многочисленные разрывы.

Множественные разрывы селезенки, как известно, не ушиваются, а служат показанием к ее удалению. С этой целью на сосудистый пучок или «ножку селезенки» накладываются 2 так называемые лигатуры, которые потом затягиваются и завязываются узлами, чтобы предотвратить кровотечение из селезеночной артерии и селезеночных вен. В дальнейшем сосудистый пучок рассекается между лигатурами и селезенка извлекается из брюшной полости.

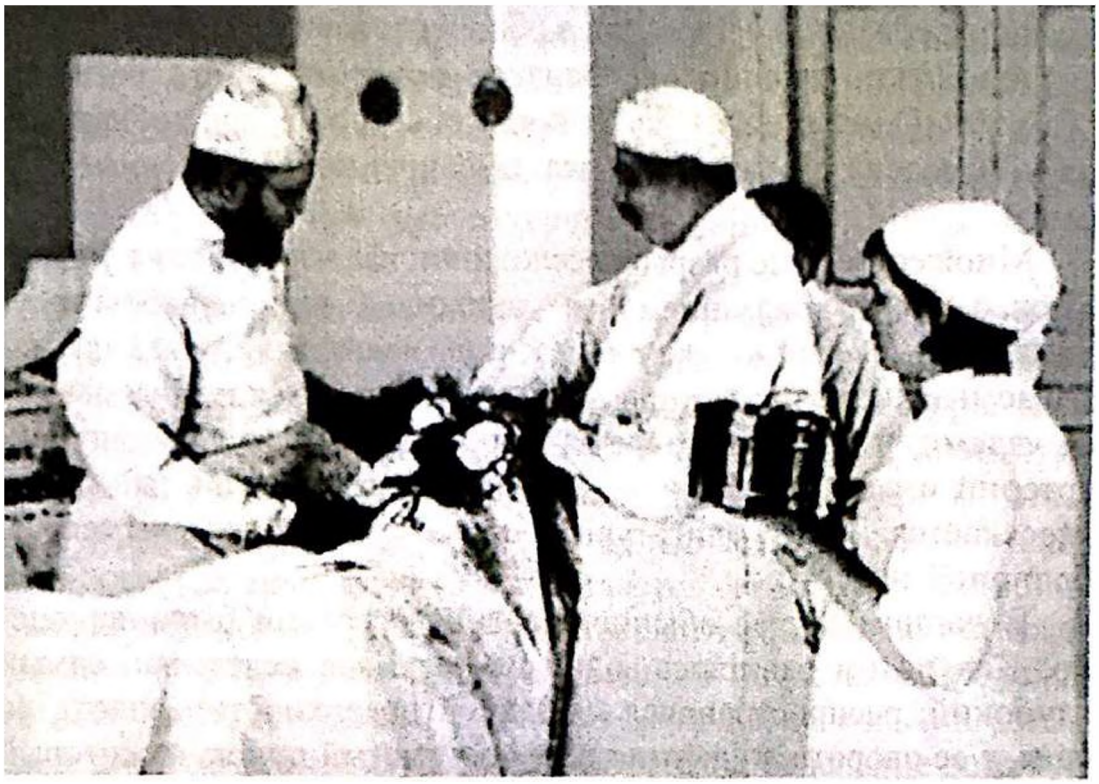
В данном случае обычное течение операции было нарушено. Как потом оказалось, один из разрывов селезенки, самый глубокий, распространялся по задней поверхности[45] вплоть до самых ее «ворот», куда «входил» сосудистый пучок, на который следовало наложить лигатуры. Кроме того, нельзя забывать, что это закрытое повреждение селезенки было получено больным 5 дней назад, в результате чего в ней начались явления некроза. Поэтому еще при подведении первой лигатуры под сосудистую «ножку» поврежденной селезенки она внезапно оторвалась от нее и оказалась скрытой петлями кишечника. «Полилась в огромном количестве венозная кровь, артериальная брызгала... струей не большей, чем на лучевой артерии» [Там же].

Паники не было, но все же хирургу потребовалось несколько минут, чтобы остановить внезапное кровотечение, на высоте которого пульс больного перестал прощупываться. При этом остановка кровотечения была достигнута наложением лигатуры не только на сосудистый пучок ее «ножки», но и с вынужденным захватом связочного аппарата селезенки. Эта мера да внутривенное введение большого количества физиологического раствора (около 3 литров) позволили в скором времени восстановить и стабилизировать сердечную деятельность.

В течение первых суток после операции выявилось другое тяжелейшее осложнение в виде частого поноса кровянистой жидкостью, который не удавалось остановить никакими средствами. В результате был закономерно заподозрен инфаркт обо-

---

[45] Этот разрыв не был виден хирургу со стороны операционного поля.



Одна из операций В. Ф. Ясенецкого-Войно в Переславской земской больнице.

дочной кишки, «так как средняя ободочная артерия могла попасть в узел лигатуры при спешной перевязке en masse[46] оборвавшейся ножки селезенки» [Там же, С. 57].

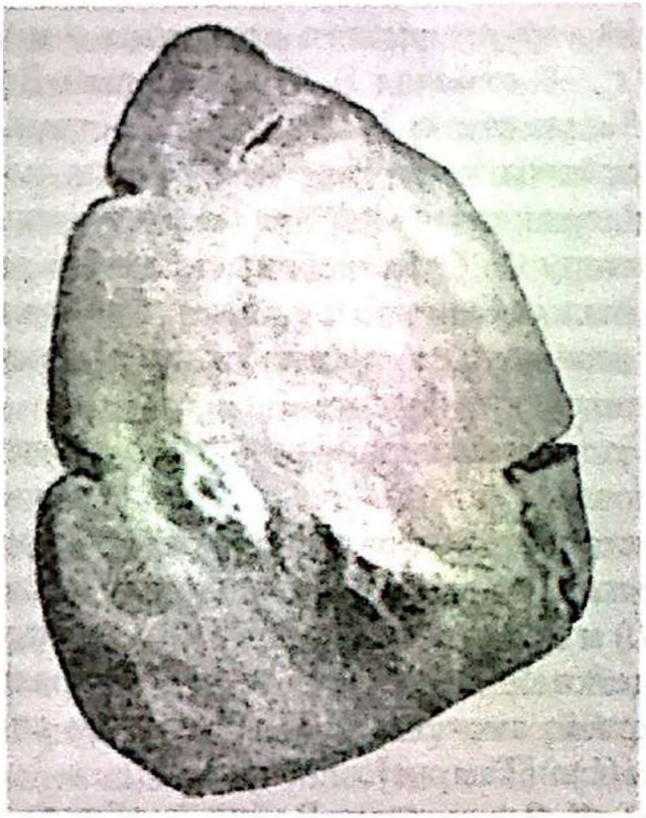
29 ноября больному проведена диагностическая лапаротомия с целью повторного осмотра брюшной полости, в ходе которого «поперечная ободочная кишка найдена на вид нормальной...» [Там же]. Однако и после этого состояние больного ухудшалось с каждым днем. Понос прекратился лишь 2 декабря, тогда как на следующий день больной скончался.

На вскрытии, проведенном с целью установления точной причины смерти, был обнаружен некроз нисходящей части ободочной кишки, особенно выраженный в области ее задней поверхности. Это объясняло неудачу диагностической лапаротомии, на которой не удалось обнаружить признаков инфаркта и некроза ободочной кишки.

Роковой случай гибели больного К. можно было предотвратить двумя путями. Один из них заключался в существенном со-

---

[46] В составе (*лат.*).



Собственноручный рисунок селезенки, удаленной
В. Ф. Ясенецким-Войно у больного К. 27 ноября 1911 г.

кращении срока поступления в хирургическое отделение земской больницы больных с закрытыми повреждениями брюшной полости, для чего требовалось проведение ряда организационных мероприятий. Другой состоял в разработке нового способа мобилизации селезенки и перевязки ее сосудов при необходимости удаления, который позволял бы избежать тяжелейшего осложнения, с которым столкнулся В. Ф. Ясенецкий-Войно 27 ноября 1911 г. при проведении оперативного вмешательства больному К.

Забегая вперед, отметим, что погибший больной К. на всю жизнь останется в памяти хирурга. Пройдет 12 лет, прежде чем в городской больнице Ташкента в 1923 г. ему удастся разработать новый способ удаления селезенки, благодаря которому в ходе операции отрыв сосудистого пучка от тела селезенки станет практически невозможным. Это означало, что многие годы, прошедшие после гибели больного К., земский хирург не прекращал научные поиски, направленные к разработке нового способа удаления селезенки, но только в Ташкенте, когда он стал священником, ему удалось решить сложную научную задачу [133].

«С переходом хирургического отделения в мое заведование 25 ноября 1910 г., — отмечал В. Ф. Ясенецкий-Войно в первом отчете о его деятельности за 1911 г., — сравнительно мало изменились общие приемы хирургической работы по сравнению с теми, каких придерживался мой предшественник...» [132, С. 5]. Но, отдавая доктору Ф. Г. Буткевичу должную дань уважения, он зачем-то умалял собственные усилия, приложенные для дополнительного оснащения хирургического отделения новой медицинской техникой и имуществом.

Так, в 1911 г. в предоперационной хирургического отделения был установлен новый «очень удобный умывальник... с 3 бутылями, устроенный по системе профессора Дьяконова. Руки мылись кипяченым калийно-олеиновым мылом (первая бутыль. — *Ю. Ш.*) и кипяченой водой (вторая бутыль. — *Ю. Ш.*) при помощи щетки 5—10 минут, затем обтирались в течение 3—5 минут марлей, смоченной 95-градусным спиртом (третья бутыль. — *Ю. Ш.*)» [Там же].

Благодаря В. Ф. Ясенецкому-Войно, в обиход работы в операционной окончательно вошли резиновые перчатки, которые в начале его деятельности в Переславской земской больнице использовались «лишь при некоторых чистых операциях» [Там же]. С ноября 1911 г. применение резиновых перчаток как хирургом, так и его ассистентом во всех случаях оперативных вмешательств стало правилом. Но нет правила без исключения. Таким исключением долгое время оставались «наиболее тонкие глазные операции» [Там же], выполнять которые в перчатках из толстой резины (других еще не существовало) было просто немыслимо.

Интересно, что использование тех же перчаток на операциях по поводу хирургических заболеваний гнойного характера практиковалось с целью защиты рук хирурга и его помощников «от инфекции».

Кроме того, в том же году в операционной был установлен наркозный «аппарат Braun'а» [Там же, С. 6], который впервые стал использоваться для проведения эфирно-хлороформного наркоза. С его помощью в 1911 г. была проведена бóльшая часть наркозов. До его установки наркоз проводился с использованием капельного способа дозирования эфира, т. е. по старинке, как в далекие времена Пирогова.

С легкой руки нового заведующего отделением стала широко применяться местная инфильтрационная анестезия 0.5 % и

другими растворами новокаина, которая в большинстве случаев успешно заменяла наркоз.

Однако в использовании В. Ф. Ясенецким-Войно «новейших» методик проводниковой или регионарной анестезии, в том числе разработанных лично, в 1911 г. наступил некоторый спад. Так, из 370 оперативных вмешательств, выполненных в стационаре, она применялась только в 21 случае или в 6 % от всех операций. По данным его отчета за 1911 г., этот вид обезболивания еще реже применялся в условиях амбулаторно-поликлинической хирургии: в 27 случаях из 636 амбулаторных операций или в 4 % из них [132].

Ученому, не имеющему новых результатов в научной деятельности, остается анализировать прежние достижения, возвращаясь к накопленному опыту. Так появилась в 1911 г. в еженедельном хирургическом журнале «Zentralblatt für Chirurgie», выходившем в Лейпциге, его первая научная работа на немецком языке. Она выполнялась в области регионарной анестезии и была названа «Zweiter Fall von vorübergehender Erblindung nach Novokain-Suprarenininjektion in die Angenhöhle»[47] [134].

В частности, в ней указывалось, что профессор Kredei в том же журнале (№ 21) опубликовал статью, в которой описал новое осложнение, возникшее после блокады тройничного нерва, проводимой по способу лейпцигского хирурга Г. Брауна. Способ, предложенный последним, состоял в введении раствора новокаина с адреналином в область верхней стенки глазницы, находившейся над глазным яблоком. Понятно, что такая процедура являлась чрезвычайно травматичной, учитывая богатое кровоснабжение этой области. Поэтому помимо ожидаемого результата она, как правило, сопровождалась незначительным кровотечением из места инъекции и почти обязательной гематомой. Однако профессор Kredei наблюдал не только это, но и временную слепоту, продолжавшуюся несколько часов, после чего зрение медленно восстанавливалось.

Подобный случай земский хирург В. Ф. Ясенецкий-Войно наблюдал в апреле 1910 г. в Романовской земской больнице у 23-летнего пациента, которому он произвел блокаду I ветви тройничного нерва, применив тот же способ Г. Брауна и выполнив стандартные инъекции анестетика в обе глазницы. Однако

---

[47] Второй случай временной потери зрения после введения в глазницу раствора новокаина с адреналином.

использование этого способа не привело к достижению нужной степени обезболивания операционного поля. Поэтому дополнительно больному был внутривенно введен раствор скополамина с морфином, что в общей сложности позволило провести оперативное вмешательство по поводу гнойного фронтита или воспаления лобной пазухи.

После выхода пациента из состояния наркотического опьянения он стал жаловаться на болезненное напряжение в обеих глазницах и ухудшение зрения, тогда как на следующий день наступила полная слепота, сопровождавшаяся покраснением того и другого верхнего века, под которые вводился анестезирующий раствор. При этом отмечалось и повышение температуры тела, достигавшей 38.5 °С. Временная слепота продолжалась в течение суток, после чего острота зрения стала постепенно восстанавливаться, пока на третий день после операции она не стала нормальной.

Автор рассматривал и возможные причины временной слепоты, связывая ее в основном с «сильным нарушением циркуляции в N. opticus» [134] или в области глазного нерва в результате введения в глазницу нескольких миллилитров раствора анестетика.

Сведения об этом осложнении Ясенецкий-Войно опубликовал вслед за подобным сообщением профессора Kredei. Поэтому он и назвал свою работу «Вторым случаем...», т. е. вторым из опубликованных.

Напомним, что Валентин Феликсович давно занимался изучением нескольких новых способов регионарной анестезии, проводя на кафедрах медицинского факультета Московского университета экспериментальные исследования в этой области, а в земских больницах — их клинические испытания.

Одним из таких способов был собственный способ периневральной блокады II ветви тройничного нерва в области foramen rotundum, который, как и способ Г. Брауна, предусматривал введение в область глазницы раствора новокаина с адреналином. Различие между ними состояло в месте внутриглазничного введения анестетика. Если Г. Браун предлагал вводить его в области верхней стенки глазницы, то В. Ф. Ясенецкий-Войно настаивал на введении в месте медиальной или внутренней ее стенки, обосновывая это большей эффективностью и безопасностью, которой отличался его способ.

Отсюда первая научная работа В. Ф. Ясенецкого-Войно была не случайно опубликована именно в лейпцигском хирургиче-

ском журнале[48]. Это был своеобразный вызов немецкому ученому Г. Брауну. Статья была призвана обратить внимание немецкого хирурга на далекую Россию, где врач-исследователь Ясенецкий-Войно, невзирая на признанный авторитет его научной школы, продолжал стремиться к самостоятельному разрешению некоторых научных задач в области регионарной анестезии.

Кроме практической хирургии и научных исследований в переславский период жизни в сферу деятельности В. Ф. Ясенецкого-Войно входило еще и управление земской больницей, где он являлся врачом-организатором. Надо отметить его непрерывную работу в составе врачебной комиссии, созданной при Переславской уездной земской управе, где он являлся секретарем. На ее заседаниях, как правило, решались вопросы организации медицинского обеспечения в интересах более чем 100-тысячного населения уезда. Но в деле оказания квалифицированной и специализированной хирургической помощи последнее слово всегда оставалось за В. Ф. Ясенецким-Войно, являвшимся не столько единственным, сколько авторитетнейшим хирургом этого собрания врачей, не забывавшим и нужды городской земской больницы.

По его инициативе в хирургическом отделении была увеличена численность штатных фельдшеров, должности которых были введены вместо должностей сестер милосердия, считавшихся менее квалифицированными сотрудниками по сравнению с фельдшерами. Удалось увеличить штат и другого обслуживающего персонала не только в том же отделении, но и в больнице в целом. С одной стороны, это были дополнительные расходы для земства, а с другой — дополнительные плюсы для больницы в виде улучшения лечебно-диагностической работы.

В лучшую сторону постепенно изменялись и условия содержания стационарных больных в лечебных отделениях. Так, в 1911 г. была заменена часть старых больничных кроватей. Вместо них в палатах появились новые, «с металлическими сетками». Кроме того, за счет земства были дополнительно приобретены табуреты и прикроватные тумбочки, что «значительно улучшило обстановку палат» [132, С. 4]. Так начинались ощутимые перемены в деятельности Переславской земской больницы, связанные с именем земского хирурга Ясенецкого-Войно.

---

[48] В Лейпциге долгое время работал известный немецкий хирург Г. Браун.

Блестящее решение научной проблемы

«Мы привыкли к тому, что докторские диссертации пишутся обычно на заданную тему... и научная ценность их не велика. Но когда я читал вашу книгу, то получил впечатление пения птицы, которая не может не петь, и высоко оценил ее»

(*А. В. Мартынов*)

В следующем, 1912 г., В. Ф. Ясенецкий-Войно вновь вернулся к решению проблем регионарной анестезии применительно к земской хирургической практике. Об этом, в частности, свидетельствует «Отчет о деятельности Переславской земской больницы за 1912 и 1913 гг.», где указывалось, что в этот период (по сравнению с 1911 г.) «значительно чаще применялась регионарная анестезия, дававшая прекрасные результаты» [135, С. 8].

Сведения «Отчета...» подтверждаются и нашими исследованиями. Установлено, что в 1912 г. методы такого обезболивания использовались В. Ф. Ясенецким-Войно в 16 % от всех случаев оперативных вмешательств, выполненных в условиях стационара, и в 12 % соответственно в амбулаторно-поликлинических условиях. Таким образом, в 1912 г. способы регионарной анестезии стали применяться им существенно чаще как в хирургическом стационаре, так и в амбулатории по сравнению с предшествующим годом.

Возобновление разработки новых методов обезболивания сопровождалось опубликованием в медицинской печати собственных результатов исследования. К этому времени Ясенецкий-Войно разработал и испытал клинически несколько оригинальных методик блокады крупных нервных стволов, включая срединный и седалищный нервы, которые позволяли осуществлять надежную проводниковую анестезию области кисти, а также голени и стопы.

Научные успехи земского хирурга, как правило, достигались во время зимних ежегодных отпусков, которые проходили на хорошо знакомых анатомических и хирургических кафедрах медицинского факультета Московского университета. Здесь, как и прежде, ставились многочисленные эксперименты и критически оценивались результаты каждого из них. После эксперименталь-

ной проверки того или иного способа регионарной анестезии допускались клинические испытания, проводившиеся не только в условиях этого медицинского факультета, но и в хирургическом отделении Переславской земской больницы или в ее амбулатории, предназначенной для хирургических больных.

К тому времени уже было известно несколько разных способов блокады срединного нерва, разработанных немецкими хирургами. Все они были тщательно изучены Ясенецким-Войно, предложившим собственную методику только потому, что она оказалась более эффективной при обезболивании, чем способы других врачей.

Что касалось способа блокады седалищного нерва, то способ, разработанный им, был, вероятно, первым в мире. Благодаря немецкому хирургу Г. Брауну долгое время не допускалась даже теоретическая возможность блокады седалищного нерва из-за технических сложностей ее осуществления. Но авторитет основоположника регионарной анестезии не помешал земскому хирургу Ясенецкому-Войно продолжать научную работу в этом направлении. Через несколько лет упорного труда ему удалось найти простой способ, позволявший проводить блокаду самого крупного нерва человеческого тела, каким является седалищный.

Эта методика «родилась» в результате исследований, выполненных Ясенецким-Войно в области топографической анатомии седалищного нерва[49]. Они позволили установить, что, выходя из большого седалищного отверстия подвздошной кости, седалищный нерв в большинстве случаев примыкает к костной ткани, где «почти всегда имеется свободный от мышц промежуток шириной 1 см» [104, С. 112].

По мнению земского хирурга, такого промежутка было достаточно, чтобы искусный оператор мог точно подвести длинную иглу шприца к этому месту и, если не попасть ею в толщу нерва, то ввести раствор анестетика периневрально или вдоль его поверхности. И в том, и в другом случае успех блокады был бы обеспечен.

Ясенецкий-Войно описал топографические ориентиры условной точки, в которую следует вводить иглу под определенным

---

[49] Есть основания полагать, что оно было начато еще в 1908—1909 гг. во время прикомандирования к госпитальной хирургической клинике профессора П. И. Дьяконова.

углом, для того чтобы подвести ее как можно ближе к седалищному нерву. По его описанию она «соответствует месту пересечения горизонтальной линии, проведенной через верхушку большого вертела, и вертикальной, проведенной перпендикулярно к первой через боковой край седалищного бугра» [Там же].

Точка пересечения условных линий представляла собой место вкола иглы на глубину 7—8 см, до отчетливого ее соприкосновения с костной поверхностью, к которой в большинстве случаев примыкает седалищный нерв. После того как игла достигала костной поверхности, автор рекомендовал введение 10 миллилитров 2 % раствора новокаина с целью надежного обезболивания мягких тканей и даже костей «во всей области распространения седалищного нерва» [136; 137, С. 73], включая область голени и стопы.

Подобный вывод автору удалось сделать в результате тщательного препарирования (выделения) на трупах 70 седалищных нервов с последующим выполнением разнообразных топографо-анатомических измерений. Кроме того, на других трупах в том же числе случаев выполнялось экспериментальное введение горячего раствора окрашенной желатины, направленной к месту выхода седалищного нерва из области малого таза с последующим препарированием мягких тканей в месте введения желатины с целью установления «точности попадания в цель». Эта самостоятельная работа требовала от автора новой методики огромных усилий и величайшего терпения, чтобы его способ блокады седалищного нерва мог быть успешно воспроизведен другими его коллегами, а их пациенты были бы надежно защищены от болевых ощущений во время хирургических операций.

Уже в 1912 г. Ясенецкий-Войно располагал первыми результатами клинических испытаний собственного способа в количестве 30 случаев, большинство которых осуществлялось в хирургическом отделении Переславской земской больницы. Только один из них оценивался как сомнительный. Остальные (29) свидетельствовали о надежности, простоте и безопасности нового способа блокады седалищного нерва, т. е. о возможности его внедрения не только в отечественную, но и мировую хирургическую практику.

Поэтому первую научную работу, посвященную новому способу проводниковой анестезии, земский хирург Ясенецкий-Войно направил для опубликования в один из авторитетных немец-

ких журналов, где она была напечатана в июле 1912 г. под названием «Leitungsanasthesie des N. ischiadicus»[50] [136].

Однако лаврами первооткрывателя ему воспользоваться не пришлось. Спустя 5 месяцев после опубликования В. Ф. Ясенецким-Войно этой работы немецкий хирург W. Keppler независимо от него описал тот же способ периневральной блокады седалищного нерва. Но в своем труде он «ни одним словом не обмолвился о... сообщении (В. Ф. Ясенецкого-Войно. — *Ю. Ш.*) и даже не упомянул о нем в перечне литературных источников» [104, С. 114].

«С тех пор в немецкой литературе мой способ называется способом Keppler'a» [Там же], — сетовал Ясенецкий-Войно в разгар Первой мировой войны (1915), когда Россия воевала с Германией. Однако нужное время для опровержения чужих результатов было упущено, и мировой приоритет сделанного открытия стал принадлежать другому ученому.

Возвращаясь в 1912 г., отметим повсеместный интерес, проявлявшийся отечественными врачами-исследователями к области местной, в том числе регионарной, анестезии. Несомненно, событием того времени стала монография военного врача А. Ф. Бердяева под названием «Местная анестезия (краткое руководство)» [138].

Ее автор, с одной стороны, стал знаменит тем, что, по мнению А. А. Зыкова (1954), опубликовал в августе 1907 г. первую в России работу о благоприятных результатах применения растворов новокаина в интересах местной анестезии [139].

Для монографии 1912 г. А. Ф. Бердяев избрал броский и еще не набивший оскомину эпиграф: «Где достижимо местное обезболивание, там недопустимо обезболивание общее» [138, С. 3], считая его девизом хирургии тех лет.

Справедливо относя Leitungsanaesthesie, анестезию на протяжении или регионарную анестезию к одному из методов местной анестезии, автор монографии-руководства рекомендовал к применению такие ее способы, которые были разработаны исключительно зарубежными, главным образом немецкими, авторами. Для ускорения выхода в свет он даже использовал в этом труде иллюстрации, приведенные в немецких литературных источниках.

---

50 «Проводниковая анестезия седалищного нерва» (*нем.*).

Однако в России в то же время уже существовали отечественные методики пери- и эндоневрального введения анестезирующих средств, которые не только дополняли зарубежные аналоги, но и даже превосходили отдельные из них. Правда, они оставались малоизвестными, а потому и малодоступными для земских хирургов, о чем свидетельствовала известная односторонность содержания «руководства» А. Ф. Бердяева.

Поэтому отечественным первооткрывателям методов проводникового обезболивания в нашей стране была предоставлена трибуна XII съезда российских хирургов, состоявшегося в Москве в декабре 1912 г. Его делегатом наряду с другими отечественными врачами — исследователями методов регионарной анестезии — стал заведующий Переславской земской больницей В. Ф. Ясенецкий-Войно.

На съезде рассматривалось несколько программных вопросов, в том числе «О лечении перитонитов» и «Общая хирургическая патология и терапия». Ясенецкий-Войно выступал при обсуждении того и другого.

Как известно, лечение перитонита (воспаления брюшины, т. е. оболочки, выстилающей брюшную полость и многие ее органы) заключается в устранении причины, вызвавшей это тяжелое хирургическое заболевание. Одной из таких причин является язвенная болезнь желудка, течение которой может осложниться прободением (перфорацией) язвы в брюшную полость через его стенку. В этом случае кислое содержимое желудка, попадая в брюшную полость, вызывает воспаление брюшины или перитонит. Хирургическая тактика того времени состояла в обязательном ушивании перфоративных отверстий.

В условиях земской хирургии подобное оперативное вмешательство нередко приходилось проводить спустя несколько суток после начала заболевания, так как больного от земской больницы, где был врач-хирург, зачастую отделяли десятки верст бездорожья.

Поэтому земским хирургам приходилось наблюдать или запущенные случаи перитонита, когда их усилия оказывались тщетными, несмотря на проведенную операцию, или настолько легкие, когда перфоративное отверстие было невелико и «самозакупоривалось» [140]. В последнем случае хирургу оставалось лишь немного помочь больному, ушив место перфорации и исключив тем самым опасность развития перитонита. Здесь результаты оперативных вмешательств были, разумеется, блестящими.

Ремарка В. Ф. Ясенецкого-Войно, сделанная в ходе обсуждения докладов по вопросу перфоративного перитонита, касалась легких случаев течения болезни, в которых перитонит не успевал развиться. Он связывал такие случаи с перфорацией круглых язв желудка, «когда при операции оказывается, что природа сделала все возможное для самоизлечения, когда нет выпота, а прободное отверстие плотно заклеено фибринозными пленками» [Там же].

Земский хирург считал излишним удаление пленок, успевших образоваться в месте перфорации, в связи с опасностью повторного «излияния содержимого желудка» в брюшную полость, и рекомендовал «ограничиться пришиванием куска сальника над заклеенным отверстием» [Там же] вместо ушивания места перфорации.

Конечно, в наши дни хирургическая тактика лечения язвенной болезни, осложненной перфорацией, является куда более радикальной, чем предлагавшаяся Ясенецким-Войно почти 100 лет тому назад. Но не будем забывать, что эти рекомендации земского хирурга были актуальными для своего времени, когда в арсенале хирургов еще не было антибиотиков. Скальпель хирурга часто был бессилен в борьбе с перитонитом, и, может быть, в тех условиях опытному врачу следовало лучше «не вредить» больному ушиванием круглой язвы, чтобы его вмешательство не стало причиной тяжелого перитонита, от которого гибель оперируемого почти неизбежна.

По второму программному вопросу заведующий Переславской земской больницей выступал с докладом «Регионарная анестезия седалищного и срединного нерва». В нем он обосновал собственный способ блокады седалищного нерва, указал точку для введения к нему анестезирующего раствора, а также предложил устройство для определения места вкола иглы, направленной к седалищному нерву. Это был прямоугольный треугольник, собственноручно изготовленный В. Ф. Ясенецким-Войно из «телеграфной проволоки» [137, С. 73]. По замыслу автора, это устройство «прикладывалось к ягодице... вертикальной стороной прямого угла» [Там же] таким образом, чтобы эта вертикаль проходила по боковому краю седалищного бугра, установленному путем его пальпации (прощупывания). После этого «на уровне легко прощупываемой верхушки большого вертела» [Там же] устанавливалась горизонтальная часть того же треугольника, вершина острого угла которой соответствовала точке

для введения 2 % раствора новокаина по направлению к седалищному нерву (в последующем этот топографо-анатомический ориентир получит название точки Войно-Ясенецкого).

Способ был эффективен, прост и доступен каждому земскому хирургу. Однако в случае успеха полное обезболивание зоны ответственности седалищного нерва наступало через 30 минут после периневрального введения анестезирующего раствора по способу земского врача Ясенецкого-Войно. Это обстоятельство было единственным, которое несколько ограничивало область применения нового способа регионарной анестезии.

Кроме того, в его докладе была обоснована новая модификация способа периневральной анестезии срединного нерва, первоначально разработанного немецким хирургом Г. Брауном применительно к области локтевого сустава.

Считая способ Г. Брауна малоэффективным, В. Ф. Ясенецкий-Войно доказал, что «несравненно вернее нерв (имеется в виду срединный нерв. — *Ю. Ш.*) может быть анестезирован в том месте, где он готов уже подойти под поперечную связку запястья» [Там же], т. е. в области лучезапястного сустава, «на уровне кожной складки, отделяющей ладонь от предплечья», где он «лежит непосредственно под легко находимым сухожилием длинной ладонной мышцы» [Там же]. С целью блокады зоны ответственности срединного нерва автором рекомендовалось применение 5 миллилитров 1—2 % раствора новокаина.

Сочетание предложенного им нового способа с блокадами локтевого нерва и кожных ветвей лучевого нерва закономерно приводило «к полной нечувствительности всей кисти» [Там же]. Вместе с тем этот способ, как и многие другие способы проводниковой анестезии, не был лишен недостатков. Одним из них была невысокая, хотя и выше, чем у аналогичного способа, предложенного Г. Брауном, эффективность его применения. Другим являлся ограниченный диапазон использования нового способа блокады срединного нерва. К примеру, его применение не рекомендовалось при глубоких флегмонах и абсцессах ладонной поверхности кисти, сопровождавшихся значительным отеком мягких тканей, распространявшимся на область лучезапястного сустава. В этих случаях смещалась «кожная складка, отделяющая ладонь от предплечья» [Там же]. Напомним, что на уровне этой складки находилась точка Ясенецкого-Войно, предназначавшаяся для блокады срединного нерва. Поэтому она не всегда могла считаться надежным топографо-анатомическим ориентиром.

Вслед за В. Ф. Ясенецким-Войно с докладом на ту же тему («Регионарная анестезия верхней и нижней конечности») выступил на XII съезде российских хирургов киевский врач П. С. Бабицкий. Он предлагал собственный способ блокады седалищного нерва, состоявший во введении раствора анестетика непосредственно в нервный ствол. Предложение Бабицкого якобы позволяло контролировать per rectum местоположение седалищного нерва пальцем левой руки хирурга в том направлении, «где нерв перегибается через край большого седалищного отверстия с тем, чтобы дальше ниже лечь в желоб между седалищным бугром и большим вертелом» [141, С. 77]. Одновременно пальцем правой руки, находившейся со стороны ягодичной мышцы, устанавливалась точка вкола длинной иглы, направлявшейся к седалищному нерву.

Нет никаких сомнений, что способ киевского хирурга предусматривал блокаду седалищного нерва в том же месте, что и способ, предложенный Ясенецким-Войно. Различие между ними заключалось лишь в методике определения точки вкола иглы, направленной в сторону нервного ствола. В случае Ясенецкого-Войно она устанавливалась с помощью костных ориентиров и особого устройства в виде треугольника, а по предложению Бабицкого — пальцевым методом, основанным на прощупывании крупного нервного ствола в месте его выхода из малого таза.

Хотя Бабицкий и объявил свой способ «контролируемым», благодаря чему длинная игла якобы легко попадала не куда-нибудь, а именно в ствол седалищного нерва, мы позволим себе усомниться в этом. В случае Бабицкого действительно контролировал этот нерв только палец левой руки, тогда как игла в сторону седалищного нерва направлялась правой рукой хирурга и в ходе движения могла легко сместиться. При этом наверняка требовалось несколько непростых попыток, мучительных для больного и врача, чтобы точно попасть иглой в нерв.

Другими словами, способ Бабицкого был более трудоемким и сложным, чем предложение Ясенецкого-Войно, что существенно ограничивало его использование в земской хирургии. Впрочем, он и не предназначался для земских хирургов. Киевский хирург Бабицкий был университетским ученым, и новое открытие он адресовал, конечно же, своим коллегам.

Удивительно другое. Бабицкий отвергал предложение Ясенецкого-Войно, основанное на перинервальном введении рас-

твора анестетика к седалищному нерву, только потому, что при этом анестетик вводился не в ствол нерва, как в его собственном случае, а лишь поблизости к нему. Вслед за немецким ученым Г. Брауном киевский хирург повторял, что «надежды на параневрaльную[51] инъекцию призрачны» [141, С. 76].

Однако практика земских хирургов, скоро убедившихся в высокой эффективности способа блокады седалищного нерва, предложенного Ясенецким-Войно, свела «на нет» подобные «научные» возражения. Его предложение широко использовалось не только во время Великой Отечественной войны 1941—1945 гг., но и в послевоенные годы.

Способ Бабицкого, насколько нам известно, не получил широкого распространения. После XII съезда российских хирургов (1912) о нем упоминал только земский хирург Ясенецкий-Войно в своей диссертации под названием «Регионарная анестезия» (1915). Это была дань уважения к хирургу Бабицкому, внесшему собственный вклад в развитие регионарной анестезии.

В 1912—1913 гг. перемены к лучшему происходили не только в научно-исследовательской деятельности хирурга Ясенецкого-Войно. Они изменили и облик Переславской земской больницы, который стал более привлекательным. Здесь исчезали следы былого пожарища. На его месте появились новые постройки.

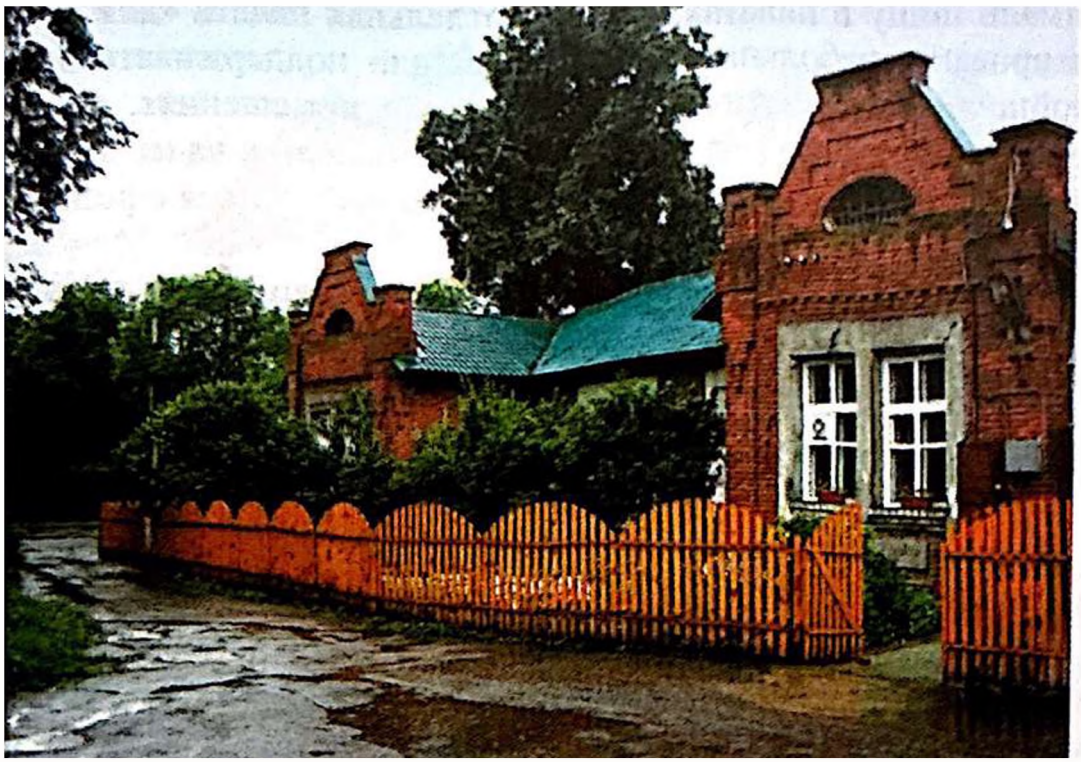
К примеру, летом 1912 г. было достроено каменное здание для амбулатории и аптеки, воздвигнутое на прежнем фундаменте, сохранившемся после пожара 1909 г. Сюда переехали эти подразделения земской больницы, освободив помещения терапевтического и хирургического отделений, где они находились временно.

Перевод этих подразделений в новое здание позволил увеличить число развернутых коек в хирургии и терапии, которое вновь достигло числа штатных (65). Кроме того, за счет помещений, освободившихся в терапевтическом отделении, удалось дополнительно развернуть клиническую и бактериологическую лаборатории. Здесь применялись «все диагностические методы (кроме реакции Вассермана при сифилисе и рентгеноскопии)» [135, С. 7].

Одновременно в терапевтическом отделении были устроены общая столовая для «ходячих» больных, которые раньше при-

---

[51] Имеется в виду периневральный способ введения раствора анестетика, который применял В. Ф. Ясенецкий-Войно.



Бывшая амбулатория и аптека Переславской земской больницы (фотография 2006 г.).



Бывшее терапевтическое отделение Переславской земской больницы (фотография 2006 г.).

нимали пищу в палатах, а также отдельная палата «для привилегированных больных». Это позволило поддерживать на достойном уровне чистоту в больничных помещениях, а также дополнительно выделять помещение столовой в качестве «зала для посетителей» (здесь больные могли встречаться с родственниками).

Осенью 1913 г. вслед за хирургией в терапии был проведен «основательный» ремонт с заменой больничных кроватей и другой обстановки палат. Таким образом, обустройство терапии приблизилось к облику хирургии, что изменило в лучшую сторону привлекательность земской больницы города.

В то же время было начато строительство нового здания для инфекционного отделения на 16 коек дополнительно к уже существовавшему на 8 штатных коек.

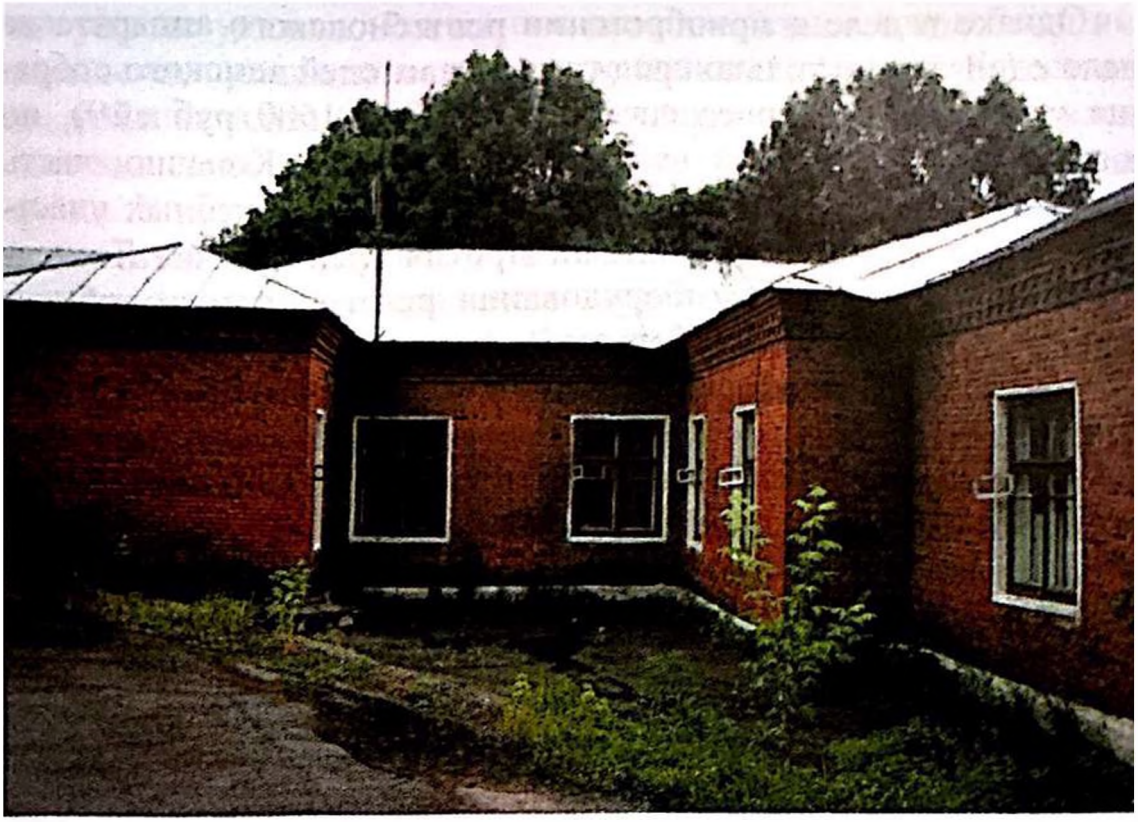
После первых тактических побед главный врач Ясенецкий-Войно обнародовал генеральный план переустройства вверенного ему учреждения, приведенный в «Отчете о деятельности Переславской земской больницы за 1912—1913 годы». Он содержал два основных раздела, в том числе «изменение общих условий деятельности» и «приведение коечного фонда больницы в соответствие с контингентом поступающих больных».

В первом разделе содержалось и обосновывалось требование электрификации земской больницы, так как «электрическое освещение операционной... не является предметом роскоши, как может показаться на первый взгляд» [Там же, С. 6]. При Ясенецком-Войно операционная и остальные больничные помещения освещались только керосиновыми или спиртовыми лампами. Поэтому ему приходилось доказывать земскому собранию уезда, что «электрическое освещение есть единственное, при котором можно оперировать» [Там же, С. 6—7], так как «оно имеет важные преимущества при операциях: чистота осветительных приборов[52], яркость света, возможность непосредственного направления света в рану ручными лампами и передвижными лампами на штативах» [Там же, С. 7].

Необходимость электрического освещения обосновывалась и тем, что в Переславской земской больнице «приходится иметь дело с самыми трудными в диагностическом и лечебном отно-

---

[52] Представьте себе закопченную керосиновую лампу в операционной и возмущение хирурга по этому поводу во время хирургической операции, пока кто-то будет чистить грязное стекло.



Бывшее хирургическое отделение Переславской земской больницы (вид со стороны «черного» входа) (фотография 2006 г.).

шении больными, в ней делаются самые ответственные и опасные операции» [Там же, С. 5].

Отсюда ее заведующий приходил к другому не менее важному выводу: нужно иметь «диагностические и технические средства... для возможно точного распознавания болезней» [Там же]. К этим средствам он относил рентгеновский аппарат, в котором «с большой остротой дает себя чувствовать потребность», а также целый ряд других «электро-диагностических и электро-лечебных приборов» [Там же].

«Исследование рентгеновскими лучами давно уже стало делом первой необходимости не только в хирургии, но и при распознавании внутренних болезней; оно до такой степени вошло уже во всеобщее употребление, что даже элементарные учебники по хирургии пестрят рентгеновскими снимками» [Там же], — доказывал В. Ф. Ясенецкий-Войно земским деятелям Переславля-Залесского, далеким от медицины. Поэтому «обходиться одними старыми методами исследования в наше время столь же странно, как ездить на перекладных или читать при сальных свечах» [Там же], — уверял он всех остальных, включая врачей.

Однако в деле о приобретении рентгеновского аппарата не было единства не только среди представителей земского собрания уезда (цена вопроса составляла 1200—1500 рублей[53]), но и среди представителей врачебного сословия. Конечно, часть врачей уезда отстаивала нужды собственных врачебных участков, считая их первостепенными. Против предложения Ясенецкого-Войно по поводу оборудования рентгеновского кабинета в городской земской больнице выступил не кто иной, как И. М. Михневич — второй врач того же учреждения, заведовавший терапевтическим отделением. В некоторых действиях врачей Переславской больницы не всегда присутствовало должное единство во взглядах (это не касалось профессионального сотрудничества).

Для противодействия главному врачу И. М. Михневич использовал очередное заседание уездной врачебной комиссии, на котором обсуждался проект сметы на 1914 г. На нем он обратил внимание на бедность земской организации уезда как на причину многих «наших недостатков». По его заверению, «бедняк не купит цилиндра, когда у него нет даже лаптей, чтобы согреть голые ноги» [142, С. 30].

Поэтому он возражал по поводу выделения дополнительных средств на приобретение рентгеновского аппарата в интересах Переславской земской больницы, где сам работал, ввиду того, что она «и так уж богато оборудована» [Там же]. К вопросу устройства в ней рентгеновского кабинета врач-терапевт предлагал вернуться «после дождичка в четверг» или когда земская медицина станет «на путь общего поднятия качества медицинской помощи в уезде» [Там же].

На врачебной комиссии прошло предложение И. М. Михневича, а не главного врача, и дело о рентгеновском кабинете городской больницы оказалось надолго позабытым.

Забегая вперед, укажем, что в первой половине 1914 г. земский хирург Ясенецкий-Войно все-таки раздобыл денежные средства, необходимые для оборудования рентгеновского кабинета в земской больнице. Деньги поступили от благодарных «спонсоров», как мы сейчас говорим.

Однако вскоре началась Первая мировая война 1914—1918 гг., и оборудование для рентгеновского кабинета приобре-

---

[53] Примерно такую же сумму составляли затраты земства на содержание участкового земского врача.

сти уже не удалось. Рентгеновские аппараты и тогда были импортными, причем зачастую поступали из Германии. Естественно, что с началом войны такие поставки прекратились, а складские запасы были реквизированы для срочных нужд российской армии. В результате Переславская земская больница продолжала работать по старинке.

Вторая часть генерального плана переустройства земской больницы, разработанного Ясенецким-Войно на ближайшие годы, касалась перепрофилирования и увеличения ее штатного коечного фонда с целью приведения его в соответствие с контингентом поступающих больных.

Переславский земский хирург много времени и сил посвящал хирургической офтальмологии и был убежден в том, что «большое количество серьезных глазных больных, безусловно нуждающихся в больничном лечении, вынуждено лечиться амбулаторно или вовсе не лечиться за невозможностью приезжать издалека каждый день» [135, С. 4]. Отсюда, по его мнению, «немало глаз пропадает... только вследствие того, что приходится отказывать больным в стационарном лечении» [Там же].

Так обосновывалось предложение о минимальном увеличении (всего на 5) числа штатных коек Переславской земской больницы, которые следовало выделить исключительно для офтальмологических больных, нуждавшихся в оперативных методах лечения, и включить в состав хирургического отделения.

Вместе с тем предлагалось создание в ней новых лечебно-диагностических отделений, в том числе венерического и родильного, потребность в дополнительном развертывании которых стала неотложной.

Как ни парадоксально, но для более чем 100 000 населения Переславского уезда не было предусмотрено ни одной штатной койки во всех стационарах для лечения венерических больных. Больных сифилисом и прочими венерическими заболеваниями было принято лечить в амбулаторных условиях, т. е. на дому.

В большинстве случаев, по мнению Ясенецкого-Войно, такое «лечение сифилитиков никогда не доводится до конца» [Там же]. Поэтому «мы вынуждены, — уверял он, — в нарушение всех правил, принимать таких несчастных больных в наш крошечный заразный барак, класть их в соседней палате с больными скарлатиной или дифтеритом детьми! Это надо изменить, в таком положении нельзя оставлять имевших несчастье заболеть сифилисом...» [Там же].

Со штатными больничными койками для рожениц дело обстояло лучше, так как они были предусмотрены во всех участковых больницах уезда. Однако в Переславской городской земской больнице, являвшейся и территориально, и фактически центральным звеном оказания квалифицированной медицинской помощи, таких коек по штату не выделялось. Если эти койки крайне необходимы на врачебных участках, то тем более они становятся необходимыми и для Переславской больницы, доказывал ее заведующий, «так как нельзя отказать в приеме беременной арестантке, городской прислуге, бесприютной городской жительнице, прохожей женщине» [Там же]. Они не могут направляться из больницы на другой врачебный участок, отдаленный от нее десятками верст.

Все организационные вопросы, поставленные главным врачом, были сложными, так как имели финансовую подоплеку. Но все-таки многие из них нашли свое решение.

В отличие от вопроса об устройстве рентгеновского кабинета, они были согласованы и на очередном заседании врачебной комиссии уезда, и на уездном земском собрании, изыскавшем необходимые средства для повышения качества квалифицированной и специализированной медицинской помощи для населения Переславля-Залесского и его окрестностей.

Эти инициативы заведующего Переславской земской больницей были признаны и достойно вознаграждены благодарной памятью переславцев за десятки спасенных жизней и сотни других пациентов, не ставших инвалидами благодаря врачу-организатору и земскому хирургу Ясенецкому-Войно.

Апофеозом его довоенной деятельности стала концепция организации квалифицированной хирургической помощи в Переславском уезде Владимирской губернии, принятая также и врачебной комиссией, и земским собранием.

В ней предусматривалось формирование второго хирургического отделения в уезде в составе той участковой земской больницы, которая территориально была наиболее удалена от Переславля-Залесского. В остальных участковых больницах выделялись помещения для перевязочной или операционной, оснащение которых необходимым оборудованием и инструментарием проводилось за счет дополнительных денежных средств, выделенных уездным земством.

При этом центром оказания квалифицированной и специализированной хирургической помощи в уезде оставалась Пе-

реславская земская больница во главе с Ясенецким-Войно. Его концепция предполагала периодический объезд заведующим больницей врачебных участков уезда для проведения в участковых больницах плановых оперативных вмешательств. Подготовка таких операций, а также ассистирование врачу-хирургу во время их выполнения возлагались на земских участковых врачей.

Так реализовывался основной принцип организации хирургической помощи в Переславском уезде, который был предложен Ясенецким-Войно и сформулирован им следующим образом: «Чем разводить маленьких хирургов, лучше иметь одного хорошего и его вызывать в участки для операций» [142, С. 32].

В конце ноября 1913 г. завершился трехлетний период непрерывной службы земского хирурга В. Ф. Ясенецкого-Войно в Переславском уездном земстве. Это означало, что с этого времени он впервые получал право на трехмесячную командировку в один из российских университетов для повышения врачебной квалификации. Такое усовершенствование по одной или нескольким врачебным специальностям тогда называлось «научной командировкой» и осуществлялось за счет земства, т. е. с сохранением денежного содержания земского врача, а также с оплатой командировочных расходов в размере 300 рублей[54].

Земский врач, отправившийся в научную командировку, брал на себя два дополнительных обязательства: представить уездной врачебной комиссии отчет о своих занятиях во время командировки, а также прослужить в том же уездном земстве не менее года после усовершенствования.

Переславский земский хирург, не медля, воспользовался этим правом и в декабре 1913 г. отправился в Киевский университет, на медицинском факультете которого он собирался не только повысить свою врачебную квалификацию, но и сдать во время научной командировки установленные экзамены на степень доктора медицины (сейчас их называют кандидатскими).

Его первое и последнее усовершенствование в области хирургии, в том числе оперативной, факультетской и госпитальной, а также офтальмологии и других врачебных специальностей стало возможным через 10 лет после окончания медицинского факультета Киевского университета. Несмотря на такой перерыв, Валентину Феликсовичу удалось не только встретить-

---

[54] См. п. 90, 91 «Инструкции медицинскому персоналу Переславского уездного земства» [143] (приложение 2).

ся в нем с первыми учителями и наставниками, но и вновь стать на время их лучшим и любимым учеником.

Киевские профессора П. И. Морозов (оперативная хирургия с топографической анатомией) [144, С. 17] и А. Д. Павловский (хирургическая патология и терапия с десмургией и учением о переломах и вывихах) [Там же, С. 18] с удовольствием предоставили земскому хирургу Ясенецкому-Войно не только наилучшие возможности для повышения квалификации в области хирургии, но и создали благоприятные условия для продолжения его научно-исследовательской работы по проблеме регионарной анестезии.

Несмотря на занятия теоретической и практической хирургией, подготовку и сдачу экзаменов на степень доктора медицины, научную деятельность, Ясенецкий-Войно во время научной командировки принимал участие в заседаниях Киевского хирургического общества, председателем которого был известный хирург Н. М. Волкович, заведовавший факультетской хирургической клиникой на медицинском факультете.

Это общество было создано при Киевском университете Св. Владимира. Поэтому его очередное заседание, проходившее 3 февраля 1914 г., состоялось в аудитории терапевтической факультетской клиники медицинского факультета Киевского университета. Здесь переславскому земскому хирургу была оказана особая честь: одновременное заслушивание двух его докладов вместо одного, предусмотренного регламентом общества.

Первый из них — «К казуистике оперативного лечения опухолей мозга» [145] — был посвящен нескольким случаям хирургических операций, проведенных в Переславской земской больнице в 1913 г. по поводу новообразований головного мозга. Основное содержание этой работы заключалось в описании роковой ошибки, допущенной хирургом при топической диагностике «новообразования» мозжечка у больного А. В частности, неврологическая симптоматика якобы свидетельствовала о наличии «опухоли» в его левом полушарии. Однако в ходе оперативного вмешательства, предпринятого в области левого мосто-мозжечкового угла, опухоль обнаружить не удалось. Трагическим последствием операции стал серозно-гнойный менингит, явившийся непосредственной причиной смерти больного. Поэтому окончательный диагноз был установлен после вскрытия, в результате которого выяснилось, что «новообразование» мозжечка представляло собой туберкулезный абсцесс, локализовавшийся в правом полушарии мозжечка на глубине 1 см от по-

верхности, что не позволило его обнаружить во время оперативного вмешательства.

Надо полагать, что видные хирурги киевских университетских клиник также встречались с такой неврологической «казуистикой», когда во время хирургической операции производится трепанация черепа в области левого полушария головного мозга, тогда как патологический очаг находился в его правой половине и обнаруживался лишь после гибели больного.

Об этом свидетельствовало выступление в прениях, последовавших после первого доклада Ясенецкого-Войно. Выступавший справедливо отметил, что земскому хирургу приходится работать в условиях, «не особенно благоприятных для широкого развития мозговой хирургии» [146]. Земская хирургия осуществляется, как правило, без консультативной помощи невропатолога, который мог бы предотвратить «известную часть диагностических ошибок» [Там же].

Вместе с тем киевский хирург, работавший в хирургической клинике Киевского университета, где «всегда наготове нервная клиника с ее богатым опытом и... вниманием, уделенным в последние годы именно опухолям мозга» [Там же], рассказал собравшимся о двух подобных случаях, имевших место и в его нейрохирургической практике. Один из них случился с больным, умершим на операционном столе в ходе оперативного вмешательства. Оно также проводилось по поводу опухоли левого мосто-мозжечкового угла, тогда как на вскрытии опухоль была обнаружена в правом полушарии мозжечка, как и в случае Ясенецкого-Войно.

Но этот киевский хирург, признавая роковыми ошибки топической диагностики опухолей мозга, сделанные в клиниках университета, был не в состоянии понять: «Чему могли нас научить эти случаи?» [Там же].

«Ничему! — восклицал он. — Вот прискорбный ответ, который приходится дать. Повторись такие случаи, и мы снова сделали бы те же ошибки» [Там же].

Однако из сообщений, сделанных земским и киевским хирургами, все-таки напрашивался другой очевидный вывод. Он состоял в том, что в земской хирургической практике, в условиях которой хирург, как правило, был лишен консультативной помощи невропатолога, таких диагностических ошибок, имевших роковые последствия, могло быть больше, чем в клиниках университета.

Поэтому организационными мерами следовало ограничивать проведение таких оперативных вмешательств, которые выполнялись в земских уездных больницах якобы в интересах «мозговой хирургии». Больных с подозрением на опухолевый процесс головного мозга ввиду особой сложности подобных операций было непозволительно оперировать в земских больницах вообще. Подавляющее большинство земских хирургов не могло сравниваться с Ясенецким-Войно, результаты работы которого соответствовали уровню лучших университетских клиник России. После постановки предварительного диагноза больные с опухолями мозга должны были переводиться из земских больниц уезда в те лечебные учреждения, где имелись не только высококвалифицированные хирурги, но и невропатологи. Только тогда можно было избежать части тех роковых врачебных ошибок, о которых свидетельствовали и земский, и киевский хирурги в феврале 1914 г. на заседании Киевского хирургического общества.

Второй доклад земского хирурга, названный как «Случай оперативного лечения приапизма» [147], также вызвал существенный интерес со стороны членов общества. Многие из них приняли участие в его обсуждении, включая и председателя, профессора Н. М. Волковича. Все они стремились подчеркнуть, что это заболевание, носившее спастический характер, обычно не требует проведения оперативного вмешательства. Однако в случае, приведенном В. Ф. Ясенецким-Войно, избранная хирургическая тактика была признана оправданной.

В конце февраля 1914 г. земский хирург покинул медицинский факультет университета в связи с окончанием научной командировки. Из Киева в Переславль-Залесский он увозил не только новые познания и навыки, полученные на разных кафедрах, но и свидетельства о сдаче экзаменов на степень доктора медицины. Они сыграют свою роль спустя два года. Тогда в его диссертации будут указаны сведения о том, что «экзамены на степень доктора медицины выдержал в 1913 и 1914 гг. в Университете Св. Владимира» [104, С. 227]. Теперь мы знаем, в каких условиях это происходило.

Первая мировая война: лишения и успехи (1914—1916)

> «В конце моего пребывания в Переславле пришло мне на мысль изложить свой опыт в особой книге — „Очерки гнойной хирургии". Я составил план... и написал предисловие к ней»
>
> (*В. Ф. Войно-Ясенецкий*)

Во время трехмесячного отсутствия Ясенецкого-Войно обязанности врача-хирурга земской больницы впервые исполняла С. Д. Михневич, жена врача-терапевта того же учреждения И. М. Михневича. Она предварительно стажировалась в хирургическом отделении в течение полутора лет, являясь врачом-экстерном, не получавшим оплаты за врачебную деятельность. В то же время терапевт И. М. Михневич временно заведовал Переславской земской больницей.

В Переславле-Залесском врачебная чета Михневичей была одной из немногих, кто имел возможность изредка посещать семейные вечера Ясенецких-Войно. Многодетная семья земского хирурга жила замкнуто: «Ни в театры, ни в гости... не ездили, и к ним редко кто ходил...» [37, 38].

В феврале 1914 г. усилиями И. М. Михневича, проявленными на завершающем этапе его временного руководства, в Переславской земской больнице было открыто новое инфекционное отделение (или так называемый заразный барак) на 16 коек, состоявшее из двух изолированных половин на 8 коек каждая. С этого времени старое помещение инфекционного отделения, где насчитывалось 8 коек, стало использоваться в качестве отделения для венерических больных. Здесь не обошлось без недоделок, так как оба крыльца нового здания временно оказались без «козырьков». Поэтому «дождь и снег попадают прямо в коридор» [148, С. 204]. Кроме того, весной 1914 г. в инфекционном отделении было холодно, «так как недостает печей», а на 2 его изолированные половины имелась всего одна сестра, что «очень затрудняет уход за больными» [Там же].

К тому же времени на территории больницы было построено (правда, без внутренней отделки) новое кирпичное здание, предназначенное для дезинфекционной камеры и больничной пра-

чечной. К нему примыкала крытая пристройка, где планировалась установка двигателя с насосом, который мог использоваться для подачи воды в резервуары, расположенные под крышей здания дезкамеры-прачечной. Это была первая водонапорная башня, предназначенная для нужд земской больницы. Отсюда ожидалась централизованная подача воды во все лечебно-диагностические отделения, где в те времена не было центрального водоснабжения.

После возвращения первого врача из киевской командировки супружеская чета врачей Михневичей вернулась к исполнению прежних обязанностей. В частности, С. Д. Михневич в качестве врача-экстерна продолжала ведение стационарных больных в хирургическом отделении, вела амбулаторный прием наряду с заведующим отделением, самостоятельно выполняла «малые» оперативные вмешательства, относившиеся к области амбулаторно-поликлинической хирургии, проводила наркоз и ассистировала Ясенецкому-Войно в ходе «больших» хирургических операций [149, С. 10—11].

С началом Первой мировой войны объем строительных работ на территории Переславской земской больницы сократился. В частности, были немедленно остановлены «до более удобного времени» внутренние отделочные работы и установка технологического оборудования в здании дезкамеры-прачечной, для выполнения которых в 1914 г. первоначально были выделены значительные денежные средства (до 3000 рублей). Одновременно остались незавершенными как реконструкция системы водоснабжения, так и переустройство средневековых выгребных ям, служивших в качестве примитивной больничной канализации.

Всеобщая мобилизация, объявленная с началом военных действий, не коснулась врачей городской земской больницы. Однако и без того мизерное число участковых врачей Переславского земства уменьшилось. В частности, был призван из запаса в действующую армию врач Переславского земского участка, который (по действовавшей инструкции[55] медицинскому персоналу уездного земства) должен был временно заменять заведующих хирургическим или терапевтическим отделениями Переславской городской больницы на время их кратковременного отсутствия.

---

[55] См. п. 59 «Инструкции медицинскому персоналу Переславского уездного земства» [143] (приложение 2).

Кроме того, из городской больницы ушли на войну несколько опытных фельдшеров, заменить которых было некем. Зато в уездном земстве нашлось место для врача-экстерна С. Д. Михневич, которая сначала временно, а затем и постоянно была избрана на должность земского врача Переславского участка, убывшего в действующую армию. В результате характер ее работы почти не изменился. Она по-прежнему «вела почти всегда наркоз», а при первой возможности оперировала самостоятельно или под руководством заведующего хирургическим отделением. При этом она успевала вести амбулаторный прием не только хирургических, но и терапевтических больных, помогая обоим больничным врачам поочередно.

С началом военных действий между Россией и Германией в Переславле-Залесском был создан уездный земский комитет по организации помощи раненым и больным воинам, в состав которого от врачебной комиссии был избран В. Ф. Ясенецкий-Войно [148, С. 101].

Кроме того, по постановлению уездного земского собрания в городе был сформирован земский лазарет на 20 коек, предназначенный для лечения раненых и больных воинов. Так как содержание лазарета полностью обеспечивалось Переславским уездным земством, то его развертывание было произведено на базе городской земской больницы, причем за счет имевшихся в ней больничных штатных коек (без увеличения их прежней численности).

С тех пор заведующий больницей одновременно являлся и заведующим земским лазаретом для раненых и больных воинов. Поэтому, по заявлению Ясенецкого-Войно, были приняты меры, чтобы их заведующему «в случае необходимости подавалась лошадь немедленно во всякое время дня и ночи» [Там же, С. 102]. Неотъемлемым дополнением к лошади служили земский кучер и тарантас, без которых врачебные выезды не могли состояться.

В течение 1914—1915 гг. в Переславский земский лазарет для раненых и больных воинов поступило около 100 военнослужащих, эвакуированных из действующей армии, включая австрийских и немецких военнопленных [147, С. 6; 149, С. 5].

Незначительная загрузка лазарета объяснялась местоположением Переславля-Залесского, находившегося в 20 верстах от ближайшей железнодорожной станции, т. е. вдалеке от основного пути эвакуации с фронта в тыл страны. Отсюда в этот лазарет

направлялись только легкораненые и легкобольные, не требовавшие оказания квалифицированной хирургической или терапевтической помощи по жизненным показаниям.

Судя по отчетам о совместной деятельности Переславской земской больницы и земского лазарета для раненых и больных за тот же период времени, ни число находившихся на стационарном лечении, ни количество выполненных оперативных вмешательств в них практически не превышало довоенного уровня ее работы. Так, в 1914—1915 гг. в условиях этих стационаров было проведено 794 операции, тогда как за два довоенных года (1912—1913) — 777 соответственно. Единственным и существенным отличием военного времени становится изменение контингента лечившихся, среди которых не преобладали, но имели устойчивое представительство раненые с последствиями огнестрельных ранений и боевых (не боевых) травматических повреждений. Так, в хирургическое отделение городской больницы пожаловала незваная гостья — военно-полевая хирургия, каноны которой его заведующему пришлось осваивать как по учебникам, так и из собственного хирургического опыта прошлых лет.

В годы войны военные хирурги остро нуждались в новых способах местного обезболивания, применение которых должно было быть простым и эффективным. Поэтому земский хирург Ясенецкий-Войно в конце 1914 г. опубликовал во «Врачебной газете» свою научную статью под названием «Регионарная анестезия кисти руки». В ней вновь привлекалось внимание читателей к регионарной анестезии, подробное изложение всех способов которой «будет предметом другой моей работы» [150, С. 1211], как был уверен автор. В этой небольшой статье лишь обобщалось число случаев применения автором разных способов регионарной анестезии: 350 раз за последние четыре с половиной года. Есть основания полагать, что этот значительный результат, достигнутый им в 1910—1914 гг., был единственным среди врачей-хирургов России.

В условиях амбулаторно-поликлинической хирургии оперативные вмешательства в области кисти и в мирное время производились чаще других. «Эпидемия травм», как называл войну великий Пирогов, не щадила солдатские кисти, сделав их наиболее уязвимыми. Отсюда опубликование подобной работы в популярнейшем медицинском издании в условиях мировой войны являлось своевременным и носило практический характер.

В ней предлагалось использование нового способа регионарной анестезии в виде периневральной блокады срединного нерва, о котором земский врач Ясенецкий-Войно сделал научное сообщение на XII съезде российских хирургов. В трудах этого форума был опубликован только краткий реферат его предложения, исходя из которого практический врач не мог самостоятельно разобраться в особенностях применения этого способа.

Поэтому в данной статье земского хирурга подробно и доступно была описана методика выполнения этой блокады. Описание дополнялось собственноручным рисунком автора, где указывалась особая точка, предложенная им в виде ориентира для введения иглы.

Это был действительно простой и доступный врачам способ регионарной анестезии области кисти, если кроме блокады срединного нерва он дополнялся блокадой локтевого и чувствительных ветвей лучевого нервов.

По мнению автора, «таким простым способом каждый практический врач может избавить сотни своих больных от жестокой боли при повседневных операциях на кисти руки, а, испробовав его, вероятно заинтересуется и другими способами регионарной анестезии, достигшей уже блестящих результатов во многих областях тела» [Там же, С. 1213].

Во время мировой войны хирурги земской больницы особенно нуждались не столько в рентгеновском аппарате, которого не было, сколько в электрическом освещении операционной, которое также не удалось установить. Но скоро и об этих нуждах пришлось временно забыть, так как из хирургического обихода стали исчезать такие препараты, без которых пришлось отказываться от выполнения местного обезболивания.

Так, в 1915 г., когда из арсенала переславских хирургов временно исчез новокаин, им не оставалось ничего другого, как сократить применение не только регионарной, но и местной анестезии и возвратиться к использованию эфирно-хлороформного наркоза стародавним масочным способом [151, С. 5] (наркозный аппарат немецкого производства уже не работал — не было запасных частей, пока воевали с Германией).

Поэтому доля регионарной анестезии, составлявшая 13 % в 1912—1914 гг. в структуре всех способов обезболивания, использованных хирургами Переславской земской больницы при проведении оперативных вмешательств стационарным больным, уменьшилась почти наполовину или до 8 % в 1915 г.

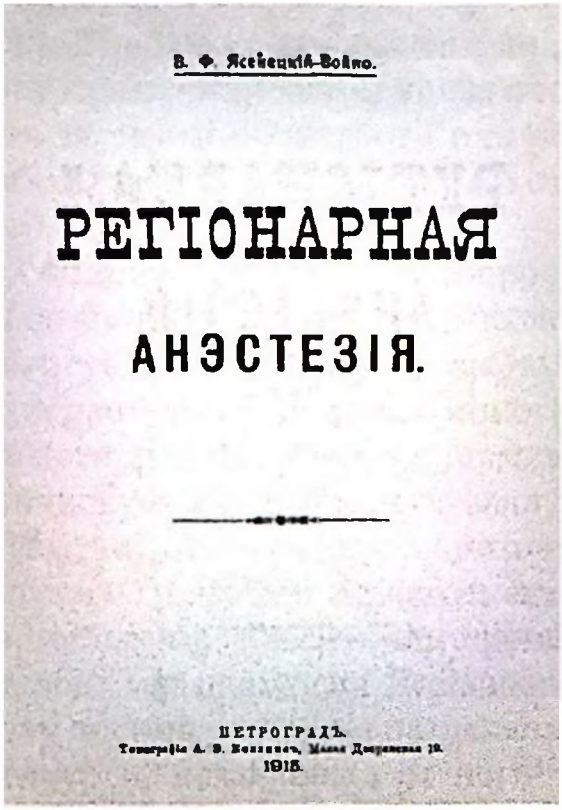


Спасо-Преображенский собор (фотография 2006 г.), прихожанином которого в 1915—1916 гг. был земский хирург Ясенецкий-Войно.

Однако та же доля регионарной анестезии, отнесенная к операциям, выполненным ими в амбулаторных условиях, оставалась на одном и том же уровне (около 13 %) в течение 1914—1915 гг.

Эти результаты свидетельствуют о трудностях военного времени, ограничивавших применение регионарной анестезии в условиях стационара. Однако в амбулаторной практике, где местную анестезию, как правило, нельзя заменить наркозом, показатели ее применения не изменились.

«В последние годы моей жизни в Переславле, — как отмечал Святитель и хирург в воспоминаниях, — я с большим трудом нашел возможность бывать в соборе, где у меня было свое постоянное место» [37, 38]. Как удалось установить, это был древний Спасо-Преображенский собор, заложенный князем Юрием Долгоруким и построенный в 1162—1167 гг. в Переславле-Залесском неподалеку от места рождения князя Александра Невского, причисленного к лику святых. По мнению краеведа Ю. Я. Никитиной, постоянное место Ясенецкого-Войно, которое он за-



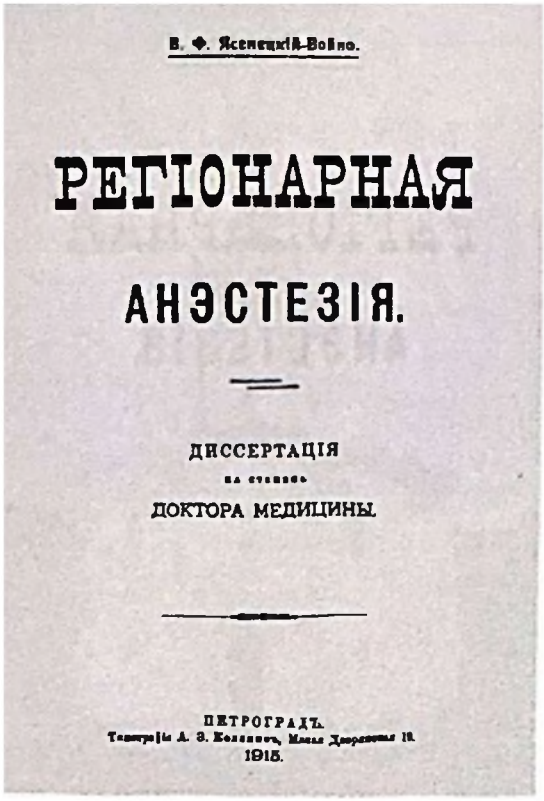
Титульный лист первой монографии В. Ф. Ясенецкого-Войно.

нимал во время богослужения в соборе, находилось справа от алтаря.

Неординарным событием 1915 г. стало опубликование заведующим Переславской земской больницей своей первой монографии, посвященной одной из научных проблем местного обезболивания и получившей название «Регионарная анестезия». Она увидела свет в Петрограде в количестве 750 экземпляров. Эта выдающаяся работа достойно завершала научные исследования, начатые Ясенецким-Войно в 1908 г. на нескольких кафедрах медицинского факультета Московского университета и законченные в Переславской земской больнице.

Одновременно научная работа земского хирурга была предназначена к защите на соискание ученой степени доктора медицины в качестве диссертационного исследования. По этой причине титульный лист некоторой части ее тиража содержал дополнительную надпись, выполненную типографским способом: диссертация на степень доктора медицины.

По мнению видного советского хирурга В. И. Колесова, в ней был обобщен В. Ф. Ясенецким-Войно «личный опыт, какого не было в этом виде обезболивания ни у кого из хирургов нашей страны» [152].



Второй вариант обложки той же монографии, представленной автором к защите в качестве диссертационной работы.

Таким образом, земский хирург стал не только первооткрывателем нескольких новых способов регионарной анестезии, но и пионером среди отечественных врачей в практическом ее применении.

Освоение приемов регионарной анестезии (РА) осуществлялось Ясенецким-Войно в результате тщательной проверки, выполнявшейся путем экспериментальных исследований и клинических испытаний тех способов, которые были рекомендованы к применению зарубежными авторами.

Поэтому собственные рекомендации автора, изложенные в монографии, представляли собой надежные и проверенные результаты, на которые не оказывали влияния ни широкая известность, ни научный авторитет тех иностранцев, которые впервые разработали те или иные способы РА. Они открывали «зеленую улицу» для последователей Ясенецкого-Войно в применении этого простого и надежного метода, за безопасность и эффективность которого он взял ответственность на себя, досконально проверив каждый из способов РА, рекомендованных к применению в его диссертации-руководстве.

О его беспристрастном, строго научном подходе к оценке любого способа РА свидетельствовало даже оригинальное на-

звание монографии. К сожалению, в наши дни более известным является немецкий термин «проводниковая анестезия». Поэтому в начале XXI века термины областного или регионарного обезболивания способны привести в замешательство некоторых современных врачей.

Название «проводниковая анестезия» прочно укоренилось в отечественной медицинской литературе «с легкой руки» [104, С. 2—7] немецкого ученого Г. Брауна, как указывал В. Ф. Ясенецкий-Войно в первом разделе своей монографии, названном «Терминология и история». В его время термины были другими.

Тогда проводниковую анестезию называли регионарной «все, кроме немцев» [Там же], которые, надо признать, сделали самый существенный вклад в ее развитие. Немецкие авторы впервые предложили термин «Leitungsanasthesie» или проводниковой анестезии. Однако в вопросе терминологии Ясенецкий-Войно отстаивал собственную точку зрения, которую разделяли и другие видные отечественные хирурги, независимо от него[56]. Он был уверен, что название «регионарная анестезия» является «более подходящим» для нового метода местного обезболивания, «так как оно более точно определяет понятие, чем немецкий термин» [Там же].

Но при этом автор объективно и бережно относился к заслугам того же Г. Брауна «в разработке местной анестезии вообще и регионарной анестезии в частности...» [Там же].

«Это он, — как считал В. Ф. Ясенецкий-Войно, — положил в основу всей техники местной анестезии принципы регионарной анестезии и введением в практику новокаина и адреналина открыл для местной анестезии обширнейшее поле деятельности. Им были описаны многочисленные способы регионарной анестезии применительно к многим нервным стволам головы, туловища и конечностей, начиная с 1897 г.

Работы Брауна вызвали живейший интерес к местной и регионарной анестезии среди хирургов, и с 1910 г. начался период удивительно быстрой и энергичной разработки способов регионарной анестезии» [Там же].

В. Ф. Ясенецкий-Войно не забывал и патриархов регионарной анестезии, ставших пионерами в применении двух основных ее способов, в том числе периневрального[57] (Halstedt, Ray-

---

[56] Вспомните хотя бы «регионерную» анестезию С. Н. Делицина (1904).

[57] Введение раствора анестетика непосредственно к крупному нервному стволу (чем ближе, тем лучше).

mon, Hall в 1885 г.) и эндоневрального[58] (Crill, Matas, Cushing в 1887 г.). Был установлен и основоположник того и другого способов в истории отечественной медицины. Им стал, по мнению Ясенецкого-Войно, видный хирург П. А. Герцен (1902).

Однако еще в прошлом веке были установлены и другие приоритеты. По утверждению И. С. Жорова (1951), А. А. Зыкова (1954) и др., российский приоритет в применении периневрального способа РА принадлежал военному врачу А. И. Лукашевичу (1886) [153, 154]. Те же авторы приводили иные сведения о первом сообщении П. А. Герцена по поводу использования им эндоневрального способа РА. Они утверждали, что это произошло не в 1902, а раньше — в 1900 г. на научном собрании врачей Старо-Екатерининской больницы в Москве.

Но сообщения историков отечественной анестезиологии вовсе не умаляли вклада В. Ф. Ясенецкого-Войно в историю развития РА в России, а только слегка дополнили и уточнили полученные им результаты.

Его монография-диссертация была разделена на 3 главы, к которым относились:

— А. Общая часть.

— Б. Способы регионарной анестезии. Анатомия и техника.

— В. Результаты регионарной анестезии.

К общей части, помимо уже известной «Терминологии и истории», принадлежал второй раздел под названием «Место регионарной анестезии среди других способов обезболивания. Общие правила техники» [104, С. 8—16].

Здесь указывалось, что главное достоинство РА заключается в ее относительной безопасности «в противоположность общему наркозу» [Там же, С. 8]. Основной сферой применения нового вида обезболивания признавалась амбулаторно-поликлиническая хирургия, являвшаяся неотъемлемой частью земской медицины. На этом широком поприще, где земский врач не был избалован опытными помощниками, РА станет надежной спутницей любого хирурга. Отныне он может отказаться от посторонней помощи в ведении наркоза, так как «регионарная анестезия производится самим оператором до начала операции и дальше ничьей помощи не требуется» [Там же, С. 10].

---

[58] Введение раствора анестетика непосредственно в крупный нервный ствол после его обнажения в результате дополнительного оперативного вмешательства.

Автор предупреждал, что сложность применения различных способов РА при первом приближении является **кажущейся**. Не надо пугаться этого обманчивого впечатления. Каждый из новых способов настолько разработан, что «от начинающего требуется лишь точное исполнение технических правил инъекции и топографо-анатомические сведения лишь в том объеме, в каком они необходимы для каждого хирурга. Научиться регионарной анестезии, — по мнению Ясенецкого-Войно, — несравненно легче, чем овладеть искусством наркотизирования больных» [Там же, С. 11].

Отсюда вытекал важный практический вывод: описание каждой методики РА должно представлять собой простую и точную инструкцию, не допускающую двоякого толкования, чтобы земский врач любой квалификации мог воспользоваться нужным ему способом. Поэтому научная монография состояла из двух частей. Первая посвящалась результатам различных экспериментов и клинических испытаний способов РА, чтобы земский врач мог выбрать из нескольких именно тот, который больше всего подходил к конкретному случаю. Вторая превращала эту работу в практическое руководство для врачей, где в простой и доступной форме изложены методики применения разнообразных способов РА.

Описание любого из них можно найти во второй главе монографии-руководства, где они изложены в нескольких разделах в зависимости от локализации крупных нервных стволов, блокада которых в начале XX века стала возможной путем применения способов РА, в том числе:

— нервов головы;
— нервов шеи и туловища;
— нервов верхней конечности;
— нервов нижней конечности.

Что касается нервов головы, то существенная часть этого раздела посвящена блокаде ветвей тройничного нерва, для которой было предложено несколько способов, в том числе «Braun'a, Offerhaus'a, Harris'a, Chevrier-Hartel'a и мой» [Там же, С. 20], т. е. собственный способ автора.

Этот способ, предназначенный для блокады II ветви тройничного нерва, уже был описан нами, так как его экспериментальная разработка была завершена в 1908—1909 гг. во время прикомандирования автора к клинике госпитальной хирургии медицинского факультета Московского университета в качестве врача-экстерна.

Однако нельзя не обратить внимание на особенности описания автором способов РА, предложенных другими исследователями. Описывая каждый из них, Ясенецкий-Войно обстоятельно объяснял его преимущества и недостатки, предоставляя возможность читателю сделать самому окончательный выбор и предпочесть тот или иной способ в зависимости от сложности выполняемого оперативного вмешательства. Во всех случаях он действовал мягко и деликатно, не навязывая вариант выбора. Единственное, что автор позволял себе, были мудрые и взвешенные рекомендации.

«Я полагаю, — писал он в монографии-руководстве, — что способ Брауна, когда он будет оценен окончательно, со временем может оказаться предпочтительным» [Там же].

Читая его работу, можно быть уверенным: в практике земского врача достаточно иметь под рукой только книгу Ясенецкого-Войно, чтобы безошибочно осваивать способы РА. Пользуясь ею, нет нужды открывать другие руководства, посвященные той же проблеме, а также смежным дисциплинам, включая топографическую анатомию, нормальную анатомию центральной и периферической нервной системы, разбираться со сложными схемами чувствительной (болевой) иннервации той или иной области человеческого тела. В этой всеобъемлющей монографии все уже было сделано таким образом, чтобы читатель не утруждал себя поиском нужных сведений.

Здесь, к примеру, описывая один из способов РА n. infraorbitalis или нижнеглазничного нерва, автор подробно разъяснял конечный результат, который следует ожидать «при удачной инъекции» [104, С. 71]. Через некоторое время, писал он, «область анестезии довольно значительна: кожа части щеки, значительной части крыла носа, нижнего века, верхней губы, слизистая оболочка последней и десна передней части альвеолярного отростка, резцы и клык, надкостница и кость передней части Гайморовой пазухи» [Там же]. Располагая такими данными, действительно можно не открывать учебник по нормальной анатомии человека для восстановления в памяти области иннервации нижнеглазничного нерва (она уже описана Ясенецким-Войно).

Кроме того, здесь можно встретить поразительные клинические результаты применения разных способов РА, включая и способ автора, в обезболивании сложных оперативных вмешательств. Одно из них выполнялось хирургом Н. И. Напалковым



Наглядный клинический результат высокой эффективности способа блокады II ветви тройничного нерва, предложенного земским врачом Ясенецким-Войно.

в клинике госпитальной хирургии медицинского факультета Московского университета и состояло в удалении части верхней и нижней челюстей справа по поводу запущенного злокачественного новообразования. Ввиду того, что масочный наркоз при этой операции не мог применяться, а эндотрахеальный еще не был изобретен, в этом случае была использована блокада n. maxillaries или II ветви тройничного нерва справа по способу земского хирурга Ясенецкого-Войно.

Если присмотреться внимательнее, то на приведенной фотографии можно увидеть полуоткрытый правый глаз больного, тогда как левый его глаз плотно закрыт (больной усыплен внутривенным введением наркотических средств). Вероятно, что он «не присутствовал при собственной операции», по крылатому выражению профессора П. И. Дьяконова, так как в данном случае регионарная анестезия наверняка комбинировалась с другим методом обезболивания, например с внутривенным введением морфина. Но полуоткрытый правый глаз больного (на стороне

операции) красноречивей слов свидетельствует о том, что в ходе обезболивания использовался способ РА II ветви тройничного нерва.

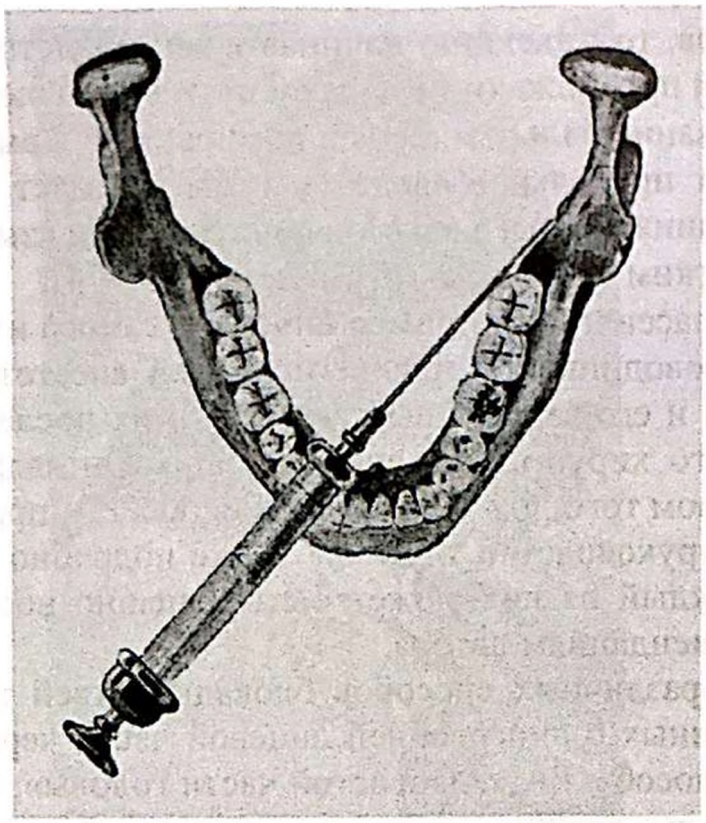
Этот способ Ясенецкого-Войно состоял в введении нескольких миллилитров раствора новокаина с добавкой адреналина в область медиального края глазницы так, чтобы он достиг места выхода n. maxillaris из полости черепа. Такие инъекции могли повторяться и в ходе операции с целью усиления эффекта обезболивания операционного поля, приводя к изменению нормального положения глазного яблока. В результате наблюдалось его выпячивание из глазной впадины, в рыхлую клетчатку которой вводился избыток анестезирующего раствора, изменявший привычное положение глазного яблока.

Это предложение земского хирурга отличалось от других, разработанных зарубежными авторами, лишь местом введения раствора новокаина в область глазницы. Многие из иностранных специалистов, не считаясь с возможными осложнениями, рекомендовали введение анестетика именно в глазную впадину, являвшуюся анатомически местом выхода из полости черепа сразу двух ветвей тройничного нерва. Вместе с тем часть московских хирургов, включая И. К. Спижарного, советовали избегать увлечения введением новокаина в область глазницы, применяя иные, более безопасные, методы блокады ветвей того же нервного ствола. Однако способ Ясенецкого-Войно, как мы убедились, обладал высокой эффективностью и в комбинации с внутривенным введением морфина имел полное право на существование, особенно в тех случаях, когда масочный наркоз не мог применяться.

Возвращаясь к способам РА других нервов головы, описанных в его монографии-руководстве, отметим существенный интерес, который представляла блокада III ветви тройничного нерва, в том числе ее разветвлений в виде n. mandibularis, n. alveolaris inferior и n. lingualis (нижнечелюстного, нижнего альвеолярного и язычного нервов).

В наши дни техника проводниковой блокады n. alveolaris inferior, приведенная Ясенецким-Войно в 1915 г., не претерпела никаких существенных изменений и продолжает широко применяться современными стоматологами. Об этом свидетельствует следующее описание, имеющееся в монографии:

«Указательным пальцем (левой руки на правой стороне и правой на левой стороне) ощупывают позади последнего нижне-



На собственноручном рисунке автора показана техника обхода иглой шприца небольшого костного выступа или гребня, получившего название crista buccinatoria.

го коренного зуба... острый передний край венечного отростка и crista buccinatoria[59]...» [Там же, С. 73].

Один из важнейших элементов методики блокады n. alveolaris inferior, а именно обход иглой отправной точки или crista buccinatoria, был показан на рисунке, мастерски сделанном автором.

«Шприц с надетой на него иглой (не менее 5 см длиной), — так продолжал Ясенецкий-Войно свои рекомендации, — вводят со стороны клыка противоположной стороны параллельно жевательным поверхностям нижних коренных зубов (разрядка Ясенецкого-Войно. — *Ю. Ш.*) и иглу вкалывают... у самой crista buccinatoria; нащупав кость, иглой обходят crista buccinatoria и вводят ее вдоль внутренней поверхности восходящей ветви челюсти на 1.5 см, все время сохраняя соприкосновение с костью. На глубине 1.5 см впрыскивают 2 кубических сантиметра 1—2 % раствора новокаина с адреналином в концентрации 1:1000. Если имеется в виду... анестезировать

---

[59] Костный выступ или гребень, имеющийся на внутренней поверхности венечного отростка нижней челюсти (*лат.*).

язычный нерв, то инъекцию начинают непосредственно у crista buccinatoria и продолжают ее на всем пути до foramen mandibulare[60]. Ощупывание пальцем... crista buccinatoriae в высшей степени облегчает правильное введение иглы и делает этот способ анестезирования нижнего альвеолярного нерва и язычного нерва простым, легким и верным» [Там же, С. 73—74].

Это — классический пример описания самого известного из способов проводниковой или регионарной анестезии, надолго переживший и его зарубежных авторов, и их последователей в лице земского хирурга Ясенецкого-Войно. Он является ярким свидетельством того, что остальные способы РА, приведенные в монографии-руководстве, описаны также подробно и доступно. Поэтому каждый из них может быть успешно воспроизведен, следуя рекомендациям автора.

Помимо различных способов блокады ветвей тройничного нерва, связанных с иннервацией лицевой части черепа, он рассматривал способы РА «волосистой части головы», применение которых, по его мнению, позволяло выполнять «вполне безболезненно решительно все операции в лобной, височной, теменной и затылочной областях» [Там же, С. 78].

«Трепанация черепа[61] при повреждениях его, при опухолях мозга и проч. легко выполнима без наркоза...» [Там же], — утверждал в своей работе Ясенецкий-Войно. В подтверждение этому он воспроизводил фотографию, впервые опубликованную в I издании монографии Г. Брауна (1905).

На ней можно было видеть больного с громадным дефектом костей черепа в результате трепанации, сидящего в позе «роденовского мыслителя». Эта поза была вынужденной, так как ассистентам приходилось придерживать его со стороны, чтобы показать наглядно, как легко переносится эта операция под проводниковым (регионарным) обезболиванием, предложенным Г. Брауном. Кстати, та рука в резиновой перчатке, которая поддерживала подбородок сидящего больного, принадлежала не ему, а ассистенту, силуэт которого ясно виден на втором плане.

Эта фотография, кочевавшая из одной монографии немецкого хирурга Г. Брауна в другую, якобы олицетворяла величайшие

---

60 Отверстие нижней челюсти (*лат.*).

61 Удаление костного фрагмента в области свода черепа с целью доступа к головному мозгу.



Фотография из книги Г. Брауна, олицетворявшая высокую эффективность местной анестезии (1905 г.).

возможности нового метода местной анестезии, и особенно способа блокады I ветви тройничного нерва.

С одной стороны, этот способ был безопаснее наркоза, но существенно уступал ему в эффективности обезболивания. Приблизиться к обезболивающему эффекту наркоза можно было только в том случае, если комбинировать проводниковую анестезию с внутривенным введением наркотических средств, в частности морфина. Такая комбинация, по всей видимости, применялась и в том случае, который иллюстрировала фотография из книги Г. Брауна.

Но при этом нельзя забывать о больном, обреченном к «присутствию на собственной операции». В результате пациент мог видеть, слышать и ощущать, если не мучительную и не выносимую боль, то многие детали оперативного вмешательства: реплики и движения врачей, подачу хирургических инструментов, а также пиление, сверление, выдалбливание костей черепа в месте трепанации, «скусывание» образовавшихся острых краев дефекта специальными кусачками и прочие «прелести» хирургии.

Во время зарождения регионарной анестезии об этом нежелательном свойстве местного обезболивания не сообщал ни один из исследователей, включая и Ясенецкого-Войно. Когда оперировал великий Пирогов, его виртуозные ампутации в доэфирную эпоху от силы занимали несколько минут. Но трепанация черепа с «эффектом присутствия» больного на ней, пример которой приводил Г. Браун, требовала уже не минут, а часов.

В разделе монографии-руководства под названием «Регионарная анестезия нервов шеи и туловища» автор рассматривал разные способы блокады спинномозговых нервов или «паравертебральной[62] анестезии», как он ее называл.

Совершенствованию этой методики РА Ясенецкий-Войно придавал «решающее значение», так как «выработка простых и верных способов анестезирования спинномозговых нервов вблизи их выхода из узлов... дала бы возможность обойтись без наркоза при всех решительно операциях на туловище, в брюшной и грудной полостях» [Там же, С. 84].

Однако ни в его время, ни в наши дни такие высокоэффективные и вместе с тем безопасные способы РА не были разработаны. Имевшиеся предложения, в том числе способы Braun'a и Heidenhain'a, как наиболее известные, носили экспериментальный характер и не могли не вызывать споров по поводу целесообразности и безопасности их применения.

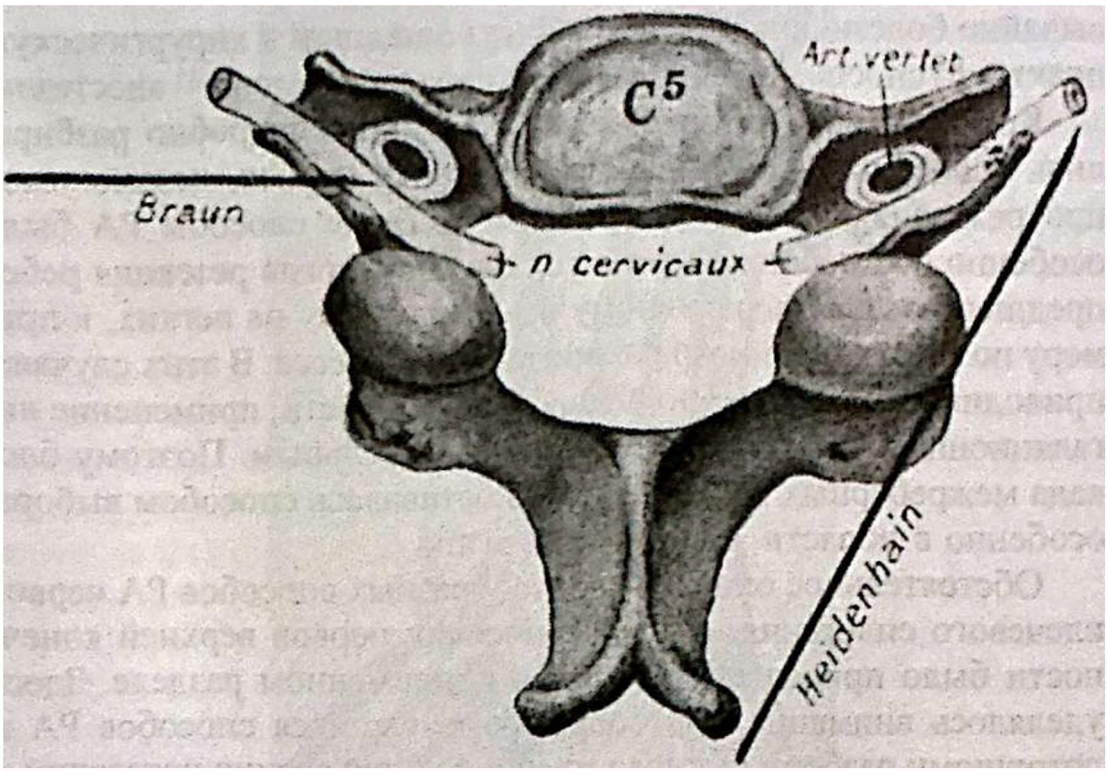
В этой области РА земский хирург Ясенецкий-Войно проводил и собственные эксперименты, которые не привели к разработке нового способа «паравертебральной анестезии», но позволили квалифицированно оценить предложения других авторов.

«Задолго до опубликования способа Braun'a, — писал он в монографии-руководстве, — я производил на трупах инъекции к корешкам шейных нервов таким же точно путем, но окрашенная желатина очень часто попадала не к корешкам, а в толщу мышц, прикрепляющихся к передним и задним бугоркам поперечных отростков» [Там же, С. 88]. Это означало неуспех экспериментов земского хирурга, так как в случае клинических испытаний нужный эффект обезболивания не был бы достигнут.

Вместе с тем Ясенецкому-Войно удалось сделать вывод о том, что использование способа Heidenhain'a является более без-

---

[62] Около или у позвонков, из которых состоит позвоночный ствол человека.



Характеристика способов Braun'a и Heidenhain'a, где C^5 — тело 5-го шейного позвонка, n. cervicaux — спинномозговые нервы шеи, блокада которых производится, Art. verteb. — позвоночная артерия, а также направления движения иглы в соответствии со способами этих авторов.

опасным, нежели применение способа Braun'a, так как последнее может привести к кровотечению из крупной позвоночной артерии в результате ранения инъекционной иглой. Чтобы наглядно представить возможную ситуацию, автор изобразил ее на собственноручном рисунке, где можно видеть направление движения иглы в обоих случаях, расположение корешков спинного мозга, а также просвет позвоночной артерии, повреждение которой более вероятно, если применять способ Braun'a для блокады спинномозговых нервов.

Как оказалось, Ясенецкий-Войно не был сторонником способа спинномозговой анестезии, разработанного немецким хирургом Bier'ом. В своей хирургической практике 1909—1915 гг. он не раз применял этот способ обезболивания, но в монографии-руководстве сведений о нем обнаружить не удалось.

Вместо способа Bier'a, который широко используется до сих пор, здесь был приведен более трудоемкий, менее эффективный, очень опасный в связи с высокой вероятностью ранения крупных кровеносных сосудов и даже прямой кишки, а также чрез-

вычайно болезненный (и потому не вошедший в хирургическую практику) способ так называемой «парасакральной»[63] анестезии.

Кроме того, в работе Ясенецкого-Войно подробно разбирались особенности блокады межреберных нервов, незаменимой при резекциях или переломах ребер. Такие способы РА были особенно востребованными в тех случаях, когда резекция ребер предшествовала оперативному вмешательству на легких, к примеру по поводу гнойного плеврита или абсцесса. В этих случаях, приводивших к вскрытию плевральной полости, применение ингаляционного наркоза считалось нежелательным. Поэтому блокада межреберных нервов нередко оставалась способом выбора, особенно в области земской хирургии.

Обстоятельное описание разнообразных способов РА нервов плечевого сплетения и периферических нервов верхней конечности было приведено автором в одноименном разделе. Здесь уделялось внимание многообразию имевшихся способов РА и дотошному разбору каждого из них с точки зрения показаний и противопоказаний, а также техники выполнения. Не многие из них сохранили практическое значение до наших дней. Исключением из этого правила является, пожалуй, только способ блокады n. medianus или срединного нерва, предложенный Ясенецким-Войно, первое сообщение о котором было сделано на XII съезде российских хирургов (1912 г.).

По мнению автора, этот способ имел «наибольшее практическое значение», потому что в комбинации с блокадой локтевого нерва и чувствительных ветвей лучевого нерва позволял «безболезненно производить все операции на кисти руки» [Там же, С. 102].

До разработки В. Ф. Ясенецким-Войно собственного способа предпринимались многочисленные попытки блокады срединного нерва в области локтевого сгиба, где он проходит поверхностно, непосредственно под кожей и фасцией. Однако, по мнению автора, в этом направлении не было достигнуто «верных и надежных результатов» [Там же].

Поэтому он приступил к собственным экспериментальным исследованиям и провел их на 50 трупах путем инъекций окрашенной и нагретой желатины, вводившейся в различные точки предплечья, указанные разными авторами с целью блокады срединного нерва. В частности, их результаты оказались «весьма

---

63 Около или у крестца.

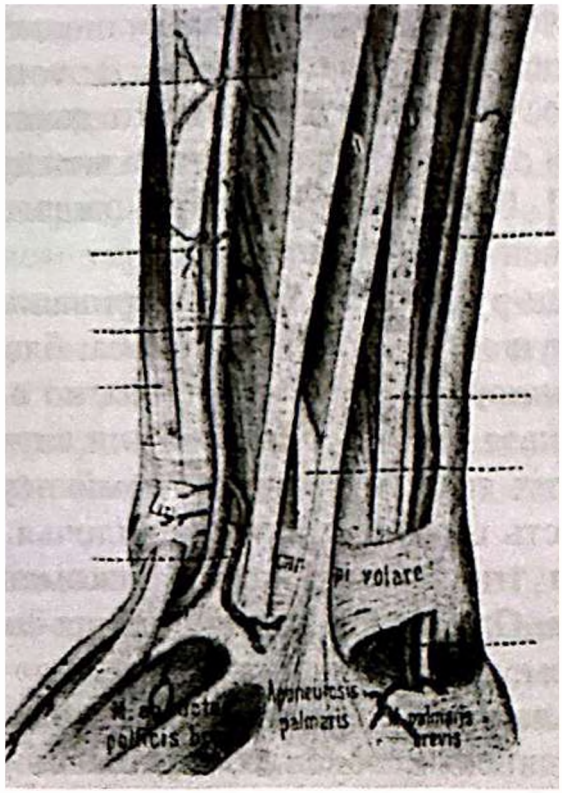


Рисунок Ясенецкого-Войно, где представлен фрагмент нижнеи трети ладонной поверхности предплечья. Точка автора для блокады срединного нерва находится в месте пересечения сухожилия Aponeurorosis palmaris с верхним краем поперечной фасции предплечья, выше которого виден срединный нерв.

невыгодными» [Там же, С. 108] для способа, предложенного лейпцигским хирургом Г. Брауном (точка Г. Брауна находилась в верхней трети ладонной поверхности предплечья).

Продолжая эти исследования в нижней трети той же поверхности, в месте перехода срединного нерва на запястье, Ясенецкий-Войно вновь провел серию экспериментов. На этот раз инъекции желатины были выполнены на 61 трупе, причем «точность» их попадания в периневральное пространство срединного нерва значительно превосходила результаты, полученные при проверке способа Г. Брауна.

Более обнадеживающими, чем при использовании других способов, оказались и результаты нового этапа клинических исследований. Так, при применении способа автора его высокая эффективность подтверждалась в 80 % из всех случаев, тогда как «полная неудача» отмечалась только в 8 % (остальные результаты были сомнительными) [Там же].

Поэтому после многолетних экспериментальных и клинических исследований он пришел к заключению, что «гораздо удоб-

нее доступ к срединному нерву в самом нижнем отделе предплечья, при переходе последнего на кисть. В этом месте нерв лежит весьма поверхностно, покрытый только довольно толстой фасцией и кожей, и занимает промежуток между сухожилиями...» [Там же, С. 107]. Вывод автора сопровождался пояснительным рисунком собственного исполнения.

В монографии-руководстве рассматривались не только несомненные преимущества нового способа блокады срединного нерва, разработанного Ясенецким-Войно, но и его недостатки. К примеру, его нельзя было использовать в случаях воспалительного отека мягких тканей кисти, который нередко распространялся и на область нижней трети предплечья.

Поэтому для этих случаев автор рекомендовал применять способ Г. Брауна. Однако его рекомендация сопровождалась напоминанием о том, что он «весьма ненадежен» [Там же. С. 109].

Заключительный раздел второй главы, посвященный РА нервов нижней конечности, конечно, начинался описанием собственного способа блокады n. ischiadicus или седалищного нерва.

Здесь указывалось, что первый в мире периневральный способ блокады седалищного нерва был разработан хирургом Lawen'ом (1911), несмотря на заверения немецкого основоположника проводниковой анестезии Г. Брауна о том, что РА седалищного нерва неосуществима.

В скором времени (1912) еще три автора заявили о разработке собственных методик такой блокады, в том числе П. С. Бабицкий, В. Ф. Ясенецкий-Войно и W. Keppler. Сведения о них были опубликованы в немецких хирургических журналах в 1912—1913 гг. в статьях В. Ф. Ясенецкого-Войно и W. Keppler'a. Кроме того, они нашли отражение в сборнике материалов XII съезда российских хирургов в 1913 г. (доклады В. Ф. Ясенецкого-Войно и П. С. Бабицкого).

Сообщение W. Keppler'a, как указал Ясенецкий-Войно, появилось в немецкой медицинской печати на 5 месяцев позднее, чем его собственное. Вместе с тем оно содержало тот же способ блокады седалищного нерва, который был приведен в статье Ясенецкого-Войно, опубликованной раньше. W. Keppler, по всей вероятности, самостоятельно пришел к тому же научному результату, что и В. Ф. Ясенецкий-Войно. Так часто бывает в ученой среде.

Однако земский хирург ни в монографии-руководстве, ни в других литературных источниках не указывал сведений о немец-

ком журнале, где была опубликована статья W. Keppler'a. Отсюда и ее оригинальное название оставалось неизвестным.

В работе Ясенецкого-Войно имелось лишь сообщение о том, что его собственная статья, посвященная проводниковой анестезии седалищного нерва, была опубликована в «самом распространенном немецком хирургическом журнале» [Там же, С. 114]. Можно было предполагать, что аналогичная статья W. Keppler'a увидела свет в другом немецком периодическом издании.

Нам удалось не только обнаружить это сообщение немецкого автора, но и подтвердить достоверность заключения заведующего Переславской земской больницей по щекотливому этическому вопросу.

В результате оказалось, что в декабре 1912 г. немецкий хирург W. Keppler, работавший в Королевской хирургической клинике Берлинского университета под руководством знаменитого профессора A. Bier'a, действительно направил в берлинский журнал «Archiv für Klinische Chirurgie»[64] статью под названием «Die Anasthesierung der unteren Extremität»[65] [155]. Содержание этой работы, где приводился новый способ блокады седалищного нерва, соответствовало изложенному ранее Ясенецким-Войно.

Кроме того, в начале 1913 г. в лейпцигском журнале «Zentralblatt für Chirurgie» был опубликован реферат той же работы W. Keppler'a, названный как «Die Anasthesierung der unteren Extremität mittels Injektion auf die grossen Nervenstämme»[66] [156].

Сопоставление сроков опубликования аналогичных сообщений В. Ф. Ясенецким-Войно и W. Keppler'ом дает основания полагать, что приоритет сообщения об одном и том же способе периневрального блокады седалищного нерва действительно принадлежал заведующему Переславской земской больницей В. Ф. Ясенецкому-Войно.

Техническое выполнение его способа оказалось чрезвычайно простым делом, не требующим даже «предварительных упражнений» [104, С. 113]. Единственным, но безусловным требованием считалось умение «весьма точно» [Там же, С. 114] опреде-

---

[64] Архив клинической хирургии (*нем.*).

[65] Обезболивание оперативных вмешательств на нижних конечностях (*нем.*).

[66] Обезболивание оперативных вмешательств на нижних конечностях путем инъекций к крупным нервным стволам (*нем.*).



Рисунок из диссертации В. Ф. Ясенецкого-Войно, на котором указано правильное положение рук хирурга для точного определения костных ориентиров в виде большого вертела и седалищного бугра.

лить нужные костные ориентиры, а именно «верхушку большого вертела и седалищного бугра» [Там же], для установления которых автор пользовался «особым приемом», показанным на рисунке, приводившемся в монографии-руководстве.

«Рука кладется на заднюю поверхность бедра, — писал автор, поясняя предложенный им рисунок. — Седалищный бугор ощупывается кончиками указательного и среднего пальцев, один из которых находит наружный, а другой внутренний край его» [Там же, С. 115]. Так же рекомендовалось определение верхушки другого костного выступа — большого вертела.

Подобным образом, как пояснял он, «лишь в редких случаях не удается прощупать большого вертела и седалищного бугра» [Там же].

После установления того и другого костных ориентиров легко определялась между ними точка В. Ф. Ясенецкого-Войно, в которую направлялась длинная игла, вводимая внутримышечно на глубину до 7—8 см до тех пор, пока она не достигала поверхности кости. Это положение, по мнению автора, «ощущается очень отчетливо» [Там же]. Только затем рекомендовалось вве-

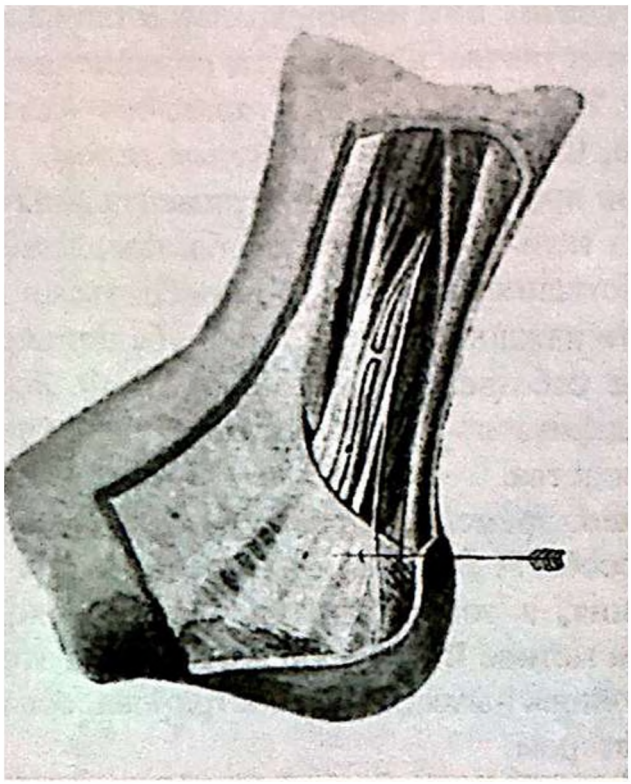


Рисунок Ясенецкого-Войно, где представлен анатомическии препарат голеностопного сустава и нижней трети голени. Стрелка указывает точку введения раствора анестетика с целью блокады заднего большеберцового нерва по способу автора.

дение раствора новокаина нужной концентрации, чтобы достигнуть обезболивания той обширной области, иннервация которой осуществлялась седалищным нервом.

Применительно к нервам нижней конечности Ясенецкому-Войно удалось разработать и другой способ блокады крупного нервного ствола, а именно n. tibialis posterior или заднего большеберцового нерва. Это был простой и надежный способ периневрального регионарной анестезии, который являлся одним из востребованных в земской хирургической практике, так как его применение давало возможность безболезненно производить многие виды амбулаторных оперативных вмешательств в пяточной области. Она и буквально, и фигурально представляла собой «ахиллесову пяту» населения сельскохозяйственных районов России, на долю которой приходилась существенная часть травм, а также гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки.

До разработки В. Ф. Ясенецким-Войно собственного способа РА заднего большеберцового нерва в амбулаторно-поликлинической практике обычно применялся способ, предложенный

Г. Брауном. В связи с ним периневрaльная блокада этого нервного ствола осуществлялась в области подколенной ямки, что, по мнению В. Ф. Ясенецкого-Войно, являлось «далеко не надежным» [Там же, С. 117] и даже опасным делом.

Поэтому он провел серию экспериментальных исследований и клинических испытаний как способа, предложенного Г. Брауном, так и собственного, чтобы удостовериться в эффективности и безопасности каждого из них. Лишь убедившись полностью в преимуществе собственной методики, В. Ф. Ясенецкий-Войно удивительно деликатно и тонко представлял ее читателям монографии-руководства.

«С недавнего времени, — писал он после сообщения о ненадежности способа Г. Брауна, — я предпочитаю другой способ анестезирования, в том месте, где нерв проходит... намного ниже, чем при методе Braun'a» [Там же]. При этом собственное предложение вновь наглядно демонстрировалось на рисунке, исполненном автором.

В заключительной части раздела, посвященного РА нервов нижней конечности, врач-исследователь Ясенецкий-Войно приводил результаты двух неудач, которыми закончились его экспериментальные исследования, предпринятые с целью разработки новых способов периневрaльной блокады применительно к n. femoralis или бедренного нерва, а также n. obturatorius или запирательного нерва.

Он утверждал, что впервые способ РА бедренного нерва предложил хирург Lowen в 1911 г. Однако за два года до опубликования им своих результатов в том же направлении проводил исследования и Ясенецкий-Войно. Земский хирург выполнял эксперименты по введению окрашенной и нагретой желатины в ту же точку, что и Lowen, добиваясь эффекта попадания в периневрaльное пространство n. femoralis. Но несколько первых попыток оказались неудачными, поэтому земский хирург прекратил дальнейшие эксперименты в этом направлении, не доведя их до стадии клинических испытаний. Спустя два года независимо от него к тем же исследованиям приступил Lowen. Его попытки сопровождала удача, и они были доведены до логического завершения. Отсюда именем Lowen'a, как первооткрывателя новой методики, был назван один из способов РА бедренного нерва.

После опубликования Lowen'ом успешных результатов у Ясенецкого-Войно оставалось два выхода из сложившегося положения: промолчать или публично признать допущенную

ошибку. Он выбрал второе, опубликовав нелицеприятный для себя вывод в собственной монографии-руководстве. «Результаты Lowen'a показали ошибочность этого поспешного заключения» [Там же, С. 121], — смело признавался он, отдавая пальму первенства другому.

Аналогичная ситуация имела место и по отношению к преждевременному завершению им экспериментальных исследований и клинических испытаний перспективного способа РА запирательного нерва.

«Опытный путь доступа к нему искал я на трупах и раза 2 на больных, — писал В. Ф. Ясенецкий-Войно, — но получил впечатление действия втемную, трудности и ненадежности результатов. Только Keppler'у удалось... удачно разрешить эту трудную задачу» [Там же, С. 122].

Отметим, что здесь вновь упоминался немецкий хирург W. Keppler. С одной стороны, он незаслуженно был признан в Германии первооткрывателем нового способа РА седалищного нерва вместо русского хирурга В. Ф. Ясенецкого-Войно, опубликовавшего раньше тот же научный результат. Но, с другой — отношение к нему Ясенецкого-Войно оставалось уважительным — без лишних амбиций и обид. Об объективном отношении Ясенецкого-Войно к немецкому ученому свидетельствовала и разделенная с ним радость в связи с удачным разрешением трудной научной задачи.

Так, с открытым забралом, благородно и честно умел признавать допущенные ошибки только другой великий российский хирург — Николай Иванович Пирогов. Свидетельство тому — непревзойденные «Анналы хирургической клиники Императорского Дерптского Университета» (1837). Здесь также приведены примеры промахов и неудач, от которых он считал нужным предостеречь молодых хирургов, чтобы избежать повторения ими его собственных ошибок. При этом он не опасался, что пострадают его авторитет и слава. Больше того, Пирогов предлагал и другим поступать таким же образом.

В результате через много лет эту эстафету от Пирогова принял земский хирург Ясенецкий-Войно. Мы не знаем, помнил ли он знаменитое пироговское напутствие, сказанное Николаем Ивановичем во время прощания со студентами Киевского университета Святого Владимира (1861).

«Если мы верно служили идее, которая по нашему твердому убеждению вела нас к истине путем жизни, науки и школы, то

будем надеяться, что и поток времени не унесет ее вместе с нами», — сказал тогда студентам Пирогов.

Скорее всего, В. Ф. Ясенецкий-Войно дословно не помнил этой длинной цитаты. Но смолоду он научился преданно служить делу своего призвания, той путеводной звезде, которой стала для него хирургия. Это она вела его «к истине путем жизни, науки и школы». Поэтому «поток времени» не унес вместе с ним его научные достижения и практические результаты хирургической работы, изложенные в монографии-руководстве под названием «Регионарная анестезия».

Способы периневральной блокады крупных нервных стволов, предложенные Ясенецким-Войно, действительно пережили отведенное автору земное время. Они широко применялись в период Великой Отечественной войны 1941—1945 гг., продолжали использоваться спустя много лет после ее окончания [157], не забыты анестезиологами и хирургами наших дней.

30 апреля 1916 г., в 15 часов, в субботу, в аудитории старого здания Анатомического института, принадлежавшего медицинскому факультету Императорского Московского университета, состоялся «публичный диспут» по поводу защиты лекарем В. Ф. Ясенецким-Войно диссертации на соискание степени доктора медицины. Объявления об этом диспуте были предварительно опубликованы в нескольких московских газетах. Сообщения об этом событии, как и полагалось, были доведены до сведения кафедр медицинского факультета, а также ректора Императорского Московского университета и попечителя Московского учебного округа.

В качестве официальных оппонентов выступали профессор А. В. Мартынов, сменивший П. И. Дьяконова на посту заведующего кафедрой и клиникой госпитальной хирургии [158, 159], профессор П. И. Карузин, заведовавший кафедрой описательной анатомии человека на том же факультете, а также один из приват-доцентов кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией, фамилию которого установить не удалось.

Об этом событии сохранились лишь отрывочные сведения. Но и они проливают свет на царившую на диспуте атмосферу признания высоких результатов, достигнутых соискателем в ходе диссертационного исследования. Их приводил сам Святитель в воспоминаниях в 1958 г.

«Интересен был отзыв профессора Мартынова, — писал Ясенецкий-Войно. — Он сказал:



А. В. Мартынов — заведующий кафедрой госпитальной хирургии в 1910—1934 гг., декан медицинского факультета Московского университета в 1919—1922 гг.

„Мы привыкли к тому, что докторские диссертации обычно пишутся на заданную тему с целью получения высших назначений по службе, и научная ценность их невелика. Но когда я читал вашу книгу, то получил впечатление пения птицы, которая не может не петь, и высоко оценил ее".

А профессор Карузин, очень взволнованный, подбежал ко мне и, потрясая мою руку, усердно просил прощения в том, что не интересовался моей работой на чердаке, где хранились черепа[67], и не подозревал, что там создается такая блестящая работа» [37, 38].

7 мая того же года сведения об этой блестящей защите докторской диссертации стали известны и Совету Императорского Московского университета, который в считанные дни (13 мая 1916 г.) утвердил ее результаты, безоговорочно признав лекаря

---

[67] Имелось в виду чердачное помещение кафедры описательной анатомии человека, в котором В. Ф. Ясенецкий-Войно изучал топографическую анатомию мест выхода из полости черепа 3 ветвей тройничного нерва, для чего потребовалось около 300 черепов.



Анатомический институт Императорского Московского университета (1896 г.).

В. Ф. Ясенецкого-Войно достойным степени доктора медицины [160].

Спустя еще месяц автор монографии-руководства «Регионарная анестезия» стал обладателем докторского диплома, к чему он стремился в течение многих лет. Это счастливое событие случилось 10 июня 1916 г.

В скором времени, несмотря на условия военного положения, диссертация В. Ф. Ясенецкого-Войно в результате рассылки была получена и Советом Императорского Варшавского университета[68], который был эвакуирован из Варшавы в 1915 г. и временно находился в Ростове-на-Дону.

В том же 1916 г. им был объявлен конкурс «на лучшее сочинение по популярной медицине» [162], победитель которого награждался премией имени Адама Хойнацкого в размере 900 рублей.

На конкурс могли быть представлены только оригинальные «сочинения... русских подданных», опубликованные на русском языке в течение четырех последних лет, предшествовавших объ-

[68] С июля 1917 г. он известен как Донской университет.

явлению конкурса, и доставленные на медицинский факультет университета не позднее 1 апреля 1918 г.

Выплата премии победителю конкурса предполагалась 11 (24) декабря 1918 г. после представления в университет 150 экземпляров «лучшего сочинения... для раздачи профессорам и преподавателям... и для обмена с другими учреждениями» [Там же].

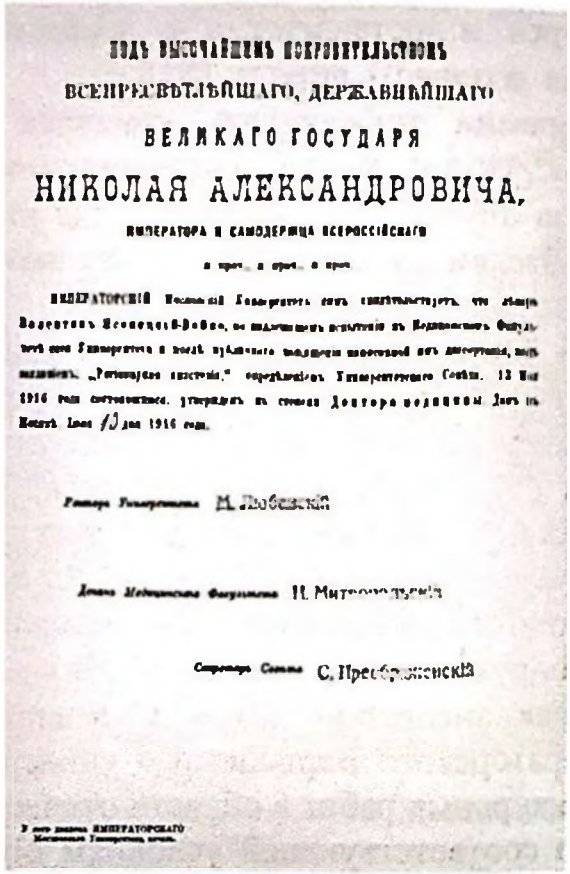
Интересной была и другая деталь, указанная в «Объявлении...» на тот случай, «если удостоенное премии... сочинение не будет представлено в Университет напечатанным в 150 экземплярах к 11 (24) декабря 1918 г.» [Там же]. Тогда в указанный день «будет только объявлено в местных газетах о присуждении премии, а премия выдана будет лишь по представлению упомянутого количества печатных экземпляров» [Там же].

Монография-руководство земского хирурга под названием «Регионарная анестезия» была незамедлительно принята Советом Императорского Варшавского университета в качестве одной из конкурсных работ в области отечественной медицины, полностью соответствующей условиям объявленного конкурса.

Но радость от блестящей защиты диссертации была омрачена тяжелой болезнью, обнаруженной тогда же земским хирургом у своей жены Анны Васильевны.

Случилось так, что ранней весной 1916 г. в Переславль-Залесский приехала из Крыма ее старшая сестра. Она только что похоронила свою молоденькую дочь, умершую от скоротечной формы туберкулеза, и хотела недолго погостить у Ясенецких-Войно, чтобы хоть на время отрешиться от тяжелых воспоминаний. Сестра жены не смогла расстаться с ватным одеялом, которым укрывалась умершая, и поэтому привезла его с собой.

«Это смерть привезена к нам», — сказал Валентин Феликсович жене по поводу злополучного одеяла [37, 38]. Но было уже поздно. Сестра Анны Васильевны прожила у них всего две недели, а вскоре после ее отъезда земский хирург обнаружил у жены явные признаки легочного туберкулеза. Возможно, это было просто совпадением, так как в переславский период Анна Васильевна не отличалась крепким здоровьем. Уже тогда она работала только по дому и очень быстро уставала от физических нагрузок. Что-то незаметно подтачивало ее в последние годы жизни в Переславле-Залесском. Здесь же проявилась ее необъяснимая,



ПОДЪ ВЫСОЧАЙШИМЪ ПОКРОВИТЕЛЬСТВОМЪ
ВСЕПРЕСВѢТЛѢЙШАГО, ДЕРЖАВНѢЙШАГО
ВЕЛИКАГО ГОСУДАРЯ
НИКОЛАЯ АЛЕКСАНДРОВИЧА,
ИМПЕРАТОРА И САМОДЕРЖЦА ВСЕРОССІЙСКАГО

Фрагмент диплома доктора медицины, полученного В. Ф. Ясенецким-Войно в результате блестящей защиты диссертации [161].

почти «патологическая» [37, 38] ревность к мужу, никогда не дававшему к тому повода. Она же обращала внимание на каждую «юбку», шуршащую поблизости от Валентина Феликсовича. Наверное, тяжелая болезнь у нее начиналась исподволь, проявив себя по-настоящему только к лету 1916 г.

Поэтому во второй половине июня того же года, когда диплом доктора медицины был получен, В. Ф. Ясенецкий-Войно начинает готовиться к переезду на новое место работы. На этот раз переезд объяснялся семейными обстоятельствами. Тогда среди врачей бытовала уверенность, что туберкулез легких можно вылечить климатическими мерами, к примеру в условиях сухого и жаркого климата Средней Азии.

В скором времени, как по мановению волшебной палочки, переславский земский хирург в одном из медицинских периодических изданий обнаружил сообщение о конкурсе, объявленном в связи с замещением должности главного врача Ташкентской городской больницы. «Климат Ташкента подойдет для лечения Анны Васильевны. Это то, что нам нужно», — уверился он.



Мемориальная доска, установленная на стене здания бывшего хирургического отделения Переславской земской больницы в 2002 г. в память о деятельности в ней Святителя и хирурга (фотография 2006 г.).

Докторский диплом, выданный Советом Императорского Московского университета, подоспел весьма кстати и сыграл определяющую роль в своевременном назначении Валентина Феликсовича на новую должность, несмотря на большое число участников этого конкурса. Известие об его избрании пришло в Переславль-Залесский в начале 1917 г., когда Анне Васильевне стало значительно хуже. Однако на семейном совете было решено немедленно выезжать в «спасительный» Ташкент, не дожидаясь других осложнений болезни. Шел тревожный февраль 1917 г.: шаталась, готовая рухнуть окончательно, огромная Российская империя. Но Ясенецкие-Войно, занятые своим семейным делом, еще не понимали происходящего вокруг. Им не до этого, им предостаточно собственных тревог, потому что, выехав из Переславля-Залесского, не удалось доехать даже до Москвы: у Анны Васильевны — неожиданный озноб и изнурительная лихорадка. На полпути была сделана вынужденная остановка на целую неделю в гостинице Троице-Сергиевой лавры, чтобы «сбить» у нее высокую температуру.

Затем Ясенецкие-Войно двинулись дальше, с трудом преодолев на поездах от Москвы до Ташкента более двух тысяч километров. В марте того же года это изнурительное путешествие с больной женой и малыми детьми по новой, «освобожденной», России благополучно закончилось [163]. В Ташкенте их ждали великолепные «апартаменты» — пятикомнатная квартира главного врача, из окон которой, выходивших во двор, отлично просматривались больничные павильоны и прилегающая к ним территория городской больницы.

К белому солнцу Ташкента

«Искусный хирург — лишь тот, кто не имеет надобности рабски придерживаться заученных им когда-то правил, а в каждом приеме, каждом движении и положении является самостоятельным»

(*Ю. К. Шимановский*)

К началу 1917 г. город Ташкент оставался разделенным на две части: «русскую или новую» и «туземную или старую».

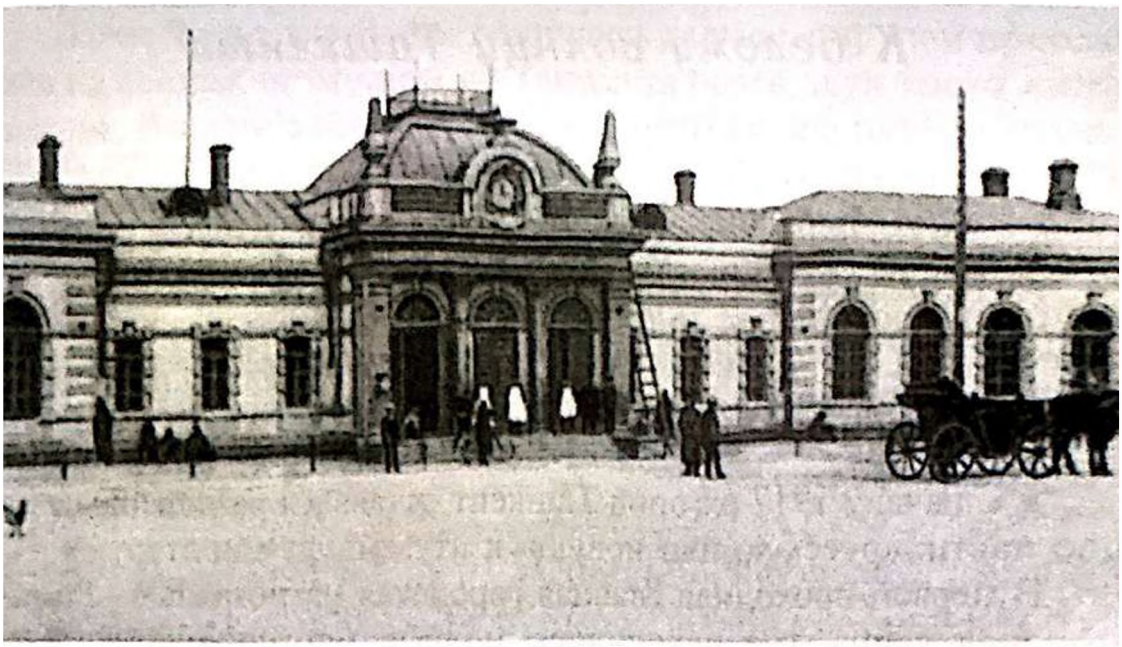
В первой проходила главная городская магистраль — Романовская улица, где находились модные магазины, несколько кафе, городской цирк и 2 кинотеатра: «Апполо» и «Хива». Долгое время здесь не было общественного транспорта.

Лишь в 1913 г. в городе появился первый трамвай, следовавший от железнодорожного вокзала через центр Ташкента и далее по Пушкинской улице.

В «старом» городе узкие, не вымощенные камнем улочки извивались между глинобитными домишками с плоскими земляными крышами и глухими заборами из глины (дувалами). Исконный центр Ташкента назывался «Хадра». Там находился главный рынок города — Старогородский базар.

Городская больница Ташкента, которой стал заведовать В. Ф. Ясенецкий-Войно в первой половине 1917 г., вела свою историю с начала XX века, когда была построена в виде лечебного учреждения павильонного типа. Она находилась в «русской» части города и предназначалась для славянского населения.

Начиная с 1870 г. и до открытия больницы этому населению медицинскую помощь оказывали в Ташкентском военном госпитале 2 класса, развернутом на 415 коек. После ее появления он продолжал оставаться ведущим лечебным учреждением города, так как силы и средства госпиталя позволяли оказание многих видов квалифицированной и специализированной врачебной помощи, недоступных пациентам городской больницы. После октябрьских событий 1917 г. роль военного госпиталя в медицинском обеспечении населения города стала уменьшаться. Это сопровождалось увеличением коечной емкости и числа врачей в других больницах Ташкента, и прежде всего в городской.



Ташкентский железнодорожный вокзал (начало XX века).

Первоначально (1900 г.) в ней работали врач, он же заведующий больницей, фельдшер и несколько сиделок. Через три года в состав основных подразделений дополнительно вошли амбулатория и 4 лечебно-диагностических отделения на 95 штатных коек, в том числе терапевтическое, хирургическое, женское[69] и заразное (инфекционное), в котором выделялись изоляторы для больных оспой, скарлатиной и дифтерией. Поэтому количество больничных врачей было увеличено до трех.

В 1912 г. в больнице открывается новое лечебно-диагностическое отделение для венерических больных на 25 коек. С тех пор число штатных коек было увеличено до 120, а количество врачей — до 4 (в том числе и главный врач). Вместе с тем в ней недоставало самостоятельного родильного отделения[70], нужда в котором назрела давно, а также ежегодно не хватало ни штатных, ни дополнительно развертываемых коек для инфекционных больных.

К началу 1917 г. число врачей Ташкентской городской больницы существенно возросло (до 7), тогда как коечная емкость лечебных отделений оставалась неизменной. В частности, была

---

[69] Так называемое женское отделение предназначалось для больных с терапевтическими, хирургическими, гинекологическими и другими заболеваниями, кроме инфекционных.

[70] В 1916 г. в составе женского отделения была дополнительно выделена родильная палата.

впервые введена должность ординатора хирургического отделения. С тех пор оно стало единственным отделением в больнице, в составе которого насчитывалось два врача. Одновременно выполнение обязанностей заведующего женским отделением было возложено на квалифицированного акушера-гинеколога. Проводились и другие изменения.

В результате к «команде» В. Ф. Ясенецкого-Войно как главного врача больницы относились ординатор хирургического отделения Г. А. Ротенберг, заведующий терапевтическим отделением Л. В. Ошанин, а также несколько женщин-врачей (Б. А. Тихомирова, Г. А. Гордина, В. М. Образцова, А. Ф. Мирочник) [164, 165].

Называясь городской, эта больница фактически обеспечивала медицинскую помощь русскоязычному населению как Ташкента, так и всего Туркестанского края, рабочим и служащим туркестанского участка железной дороги, а также немногочисленным иностранным подданным (преимущественно бухарцам).

Однако основными ее пациентами считался «пришлый люд из разных частей Империи», доля которого в структуре лечившихся больных ежегодно составляла от 60 до 70 % [166, С. 333—336].

Поэтому долгое время ташкентская городская больница бедствовала. Это объяснялось тем, что помощь неимущим оказывалась в ней бесплатно, а плата за их лечение поступала централизованно и «весьма слабо». Подобные «недоимки», как правило, составляли значительную сумму — до 70 % от всех годовых затрат больницы [Там же].

Отличительной особенностью этой больницы являлась постоянная переполненность больными стационара и амбулатории, наблюдавшаяся много лет. Однако штатное число ее врачей в то же время не соответствовало огромному количеству лечившихся больных, что вынуждало медицинский персонал работать со значительной перегрузкой. По той же причине в городской больнице много лет не удавалось организовать круглосуточное врачебное дежурство, как это было, к примеру, в военном госпитале. В ней постоянно не хватало фельдшеров и сестер милосердия, из-за мизерной оплаты труда там отказывался работать другой обслуживающий персонал. Перебои с постельным и нательным бельем для большинства больных, некачественное и недостаточное их питание еще в дореволюционные времена ста-

ли визитной карточкой Ташкентской городской больницы. Тяжелым наследием прошлых лет являлись отсутствие системы канализационных стоков и биологической очистки сточных вод. В условиях жаркого климата и частых эпидемий особо опасных инфекций (ООИ), включая холеру, всегда существовала опасность превращения лечебного учреждения в постоянно действующий городской резервуар ООИ.

Городская больница Ташкента находилась на улице Жуковского, неподалеку от центра города. Поэтому здесь имелась булыжная мостовая, а тротуары были выложены кирпичом. Для сравнения, на окраине города улицы летом были покрыты толстым слоем пыли, а зимой утопали в непролазной грязи.

Как и большинство ташкентских улиц, улица Жуковского в те времена ночью не освещалась: не было фонарей. Лишь свет из окон домов как-то рассеивал непроглядную тьму южных ночей. Мало у кого из жителей были керосиновые лампы или свечи. Помещения освещались «чираками» — глиняными сосудами с хлопковым маслом, где помещался фитиль, скрученный из ваты. Ночью, когда все стихало, темная улица оглашалась собачьим лаем, который весной дополнялся трелями лягушек в арыках, а летом — стрекотанием цикад. Это был неповторимый колорит южного города.

Так выглядела Ташкентская городская больница и ее окрестности ко времени приезда доктора медицины Ясенецкого-Войно, получившего назначение на должность главного врача и одновременно заведующего хирургическим отделением этого учреждения.

Остальные лечебные учреждения Ташкента к началу 1917 г. были представлены несколькими «туземными» амбулаториями, больницей РОКК и ведомственными приемными покоями среднеазиатской и ташкентской железной дороги, относившимися к ведению Министерства путей сообщения (МПС).

Первые предназначались для оказания амбулаторно-поликлинической помощи исключительно коренному населению, причем мужчинам отдельно от женщин и детей.

Для коренного населения города была предназначена и больница Туркестанской общины сестер милосердия Российского общества Красного Креста, в которой насчитывалось 10 коек. С той же целью был открыт родильный покой Туркестанского благотворительного общества (ТБО). Здесь амбулаторная и стационарная медицинская помощь оказывалась безвозмездно.



Воскресенский базар Ташкента в новой части города (около 1900 г.).

Для тех ташкентских жителей, кто мог заплатить за медицинские услуги, действовали частные лечебницы. Одна из них (на 12 коек) принадлежала братьям-врачам Моисею и Соломону Слоним и предназначалась для больных женскими, неврологическими, терапевтическими и хирургическими заболеваниями (кроме инфекционных). Оплата услуг была высокой (от 4 руб. в сутки, как минимум). Того же принципа придерживались водолечебница доктора медицины А. М. Зубова и лечебница А. Н. Предтеченской, в составе которых имелись небольшие стационары (5—7 постоянных коек) [167, С. 327].

Таким образом, силы медицинского персонала Ташкента были незначительными. К примеру, в 1911—1912 гг. в нем было от 32 до 48 врачей, в том числе военных, городских, занимавшихся частной практикой, а также принадлежавших к другим ведомствам, включая РОКК, ТБО, МПС и пр. Кроме того, в городе насчитывалось 124 средних медицинских работника, включая фельдшеров, сестер милосердия и фармацевтов [168, 165].

После продолжительной русской зимы и ее коротких серых дней начало ташкентской весны, в объятия которой попала семья Ясенецких-Войно после своего переезда, казалось чудесной восточной сказкой. Анна Васильевна сразу повеселела от душистого весеннего воздуха и ярких, сияющих красок юга. Ее изум-

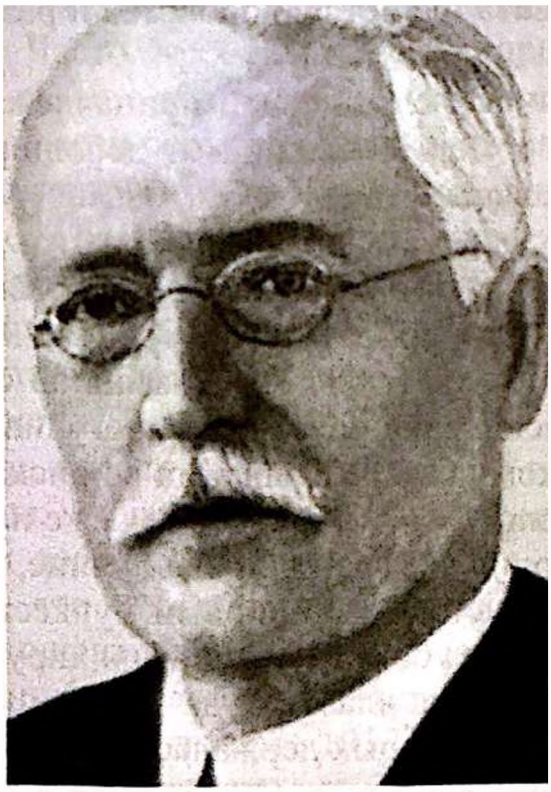
ляли щедрые дары узбекской земли, собранные давно, но выглядевшие изумительно свежими: яблоки, будто только что сорванные с деревьев, ярко алевшие на прилавках зерна разломленных гранатов, дыни, высоко подвешенные, чтобы их красоту было видно издалека, коричневато-зеленоватые с сетью морщинистых и белесоватых прожилок. Так появилась робкая надежда на скорое выздоровление Анны Васильевны.

Валентина Феликсовича поначалу тоже многое поражало в Ташкенте, многое из того, чего ему еще не приходилось видеть раньше. Все это относилось к области профессиональных, врачебных познаний. За годы земской практики ему не встречались больные номой, или «водяным раком» лица, и риштой, или пендинской язвой. Он раньше не предполагал, что на амбулаторный прием может одновременно прийти столько больных с огромными зобами, а на стационарном лечении в хирургическом отделении — одновременно оказаться столько детей и взрослых с глубокими ожогами стоп и голеней.

Поэтому его ординатору Г. А. Ротенбергу пришлось объяснять, что зимой местные жители обычно обогревают жилище с помощью сандала (горшка с горячими углями). На ночь его ставят в середину комнаты, где вся семья укладывается спать вокруг него так, что ноги помещаются ближе к сандалу. При неосторожном движении кого-то из спящих этот горшок часто опрокидывался, что и приводило к возникновению глубоких ожогов, лечение которых требовало продолжительного времени [169, С. 103].

Вскоре Валентин Феликсович познакомился и с патриархом хирургической школы Ташкента П. Ф. Боровским. Этот первоклассный хирург стал знаменит еще и тем, что, будучи ординатором Ташкентского военного госпиталя, прославил свое имя открытием мирового значения. Ему впервые удалось установить этиологию (т. е. причину) бича здешних мест — кожного лейшманиоза, определив природу возбудителя этого распространенного заболевания. В дальнейшем он стал видным хирургом, работавшим в ташкентской больнице РОКК. Поэтому многие городские врачи учились хирургии у бывшего военного врача П. Ф. Боровского.

Вновь назначенного главного врача хирурги Ташкента и сотрудники городской больницы встретили приветливо. Уже первые оперативные вмешательства, выполненные в стационаре и больничной амбулатории, сумели привлечь к новому хирургу



П. Ф. Боровский.

всеобщее внимание. Сказался многолетний опыт работы в области «большой» и «малой» земской хирургии, включая оперативную офтальмологию, а также невиданные в Ташкенте «чудеса», связанные с виртуозной техникой владения приемами регионарной анестезии.

В результате среди ташкентских врачей образовалась живая очередь, чтобы прочитать его монографию, посвященную новому способу местного обезболивания. Поэтому к восточной приветливости скоро добавилось и глубокое уважение большинства горожан к вновь приехавшему главному врачу, который оказался не только требовательным администратором, но и высочайшего класса практическим хирургом, офтальмологом, анестезиологом и врачом-исследователем в одном лице.

Нельзя забывать, что 1917 был первым, решающим годом глубочайшего раскола российского общества. Тогда в ожесточенной схватке сошлись на поле беспримерной битвы две рати, цвета которых (белый и красный) да бездонное синее небо Ташкента вместе напоминали российский триколор. Линия раздела прошла и через Ташкентскую городскую больницу. Среди ее сотрудников были и приверженцы советской власти, и лица, недовольные требовательностью нового главного врача, взявшего за

правило не допускать пьянства, воровства и разгильдяйства среди персонала больницы.

К числу нерадивых служителей принадлежал один из санитаров больничного морга, пьяница и дебошир, отличавшийся злобным и мстительным характером. Главному врачу приходилось не раз его одергивать, чтобы прекратить безобразия. Тот был обозлен такими «придирками» и поклялся отомстить Ясенецкому-Войно, когда придет время тех, кто «был ничем», но вдруг стал «всем», захватив власть в великой стране.

Пока Анна Васильевна еще могла прогуливаться по красочному Воскресенскому базару Ташкента в поисках нужной снеди и новых впечатлений (это случалось все реже и реже), Валентин Феликсович проводил все свои дни в больнице, в хирургическом отделении и операционной. Обширный Туркестанский край и в мирные времена не был богат «большими» хирургами. С наступлением хаоса и паралича власти куда-то исчезли бывшие военные врачи, на плечах которых держалась неотложная хирургия в крупных центрах — Ташкенте, Самарканде, Скобелеве (Фергане), Ашхабаде и других краевых городах. В результате ташкентская больница, которую возглавил Ясенецкий-Войно, стала городским центром по оказанию скорой и неотложной помощи.

Здесь в декабре 1917 г. хирургу впервые пришлось принимать больного с огнестрельным ранением сердца и в экстренном порядке проводить сложнейшее оперативное вмешательство. Это был «мужчина 49 лет, тучный и грузный», получивший ранение пулей из револьвера в ташкентском поезде 9 часов тому назад. Он поступил без сознания и «в состоянии, казавшемся безнадежным» [170, 171], но главный врач городской больницы принял решение о проведении операции с целью спасения жизни тяжелораненого. Он умер на операционном столе, когда операционная бригада Ясенецкого-Войно сделала все, что было в ее силах, вплоть до наложения швов на «желобообразную рану в сердечной мышце, имевшую в длину 3 см и в ширину 1 см» [171, С. 384], и прямого массажа сердца, сопровождавшегося искусственным дыханием.

В начале 1918 г. в Ташкенте начались перестрелки, особенно по ночам, и было неясно: кто с кем и за что воюет. Поэтому в городскую больницу стали поступать горожане с огнестрельными ранениями, полученными в таких ночных «боях». Чаще всего это были случайные прохожие, попавшие под перекрестный огонь невидимых противников. Первичная хирургическая обра-

ботка огнестрельных ран, как правило, не приводила к быстрому выздоровлению. Часто требовались повторные оперативные вмешательства в связи с возникавшими осложнениями этих ранений. Но главный врач больницы не мог ограничивать свою деятельность только вопросами практической хирургии. Чем дальше — тем больше, в размеренную больничную жизнь стали проникать другие реалии продолжавшейся мировой войны и революции: на продовольственном складе заканчивались главные продукты питания, а на топливном — подходили к концу запасы угля и керосина.

Холод и голод поселились и в квартире главного врача городской больницы, многодетная семья которого и раньше не отличалась особым достатком.

Надо сказать, что ее бытовые проблемы начались сразу после переезда в Ташкент. Об этом может свидетельствовать одно из объявлений, опубликованных в ташкентской газете «Туркестанские ведомости» еще в марте 1917 г. В нем от имени комиссара Ташкента сообщалось, что «с 17 марта при покупке обуви необходимо предъявлять карточки на сахар, без чего обувь отпускаться не будет. Количество обуви не должно превышать число лиц, указанных в карточке. Покупателей просят становиться в очередь по три в ряд...» [172].

Нет никаких сомнений, что мировая война 1914—1918 гг. и февральская революция 1917 г. уже сопровождались нормированием основных продуктов питания и товаров первой необходимости. В дальнейшем материальное положение семьи Ясенецких-Войно продолжало ухудшаться. Свидетельством тому служило другое сообщение, опубликованное в «Туркестанских ведомостях» в июле 1917 г. В нем, в частности, указывалось, что к тому времени Анна Васильевна, жена главного врача Ташкентской городской больницы, вошла в состав так называемого «Овощного кооператива» [173], созданного с одной целью — обеспечить заготовку овощей для семей врачей и медицинского персонала нескольких лечебных учреждений Ташкента. Если такое объединение членов семей медицинских работников состоялось, то ясно, что не от хорошей и достойной жизни.

В конце 1918 г. положение дел в Ташкенте резко ухудшилось. Вновь подорожали продукты, «базары были нищими, горничная Ясенецких-Войно простаивала в очередях с раннего утра до середины дня» [37, 38]. Однако с помощью Анны Васильевны



Л. В. Ошанин.

она еще кое-как управлялась с домашними делами. Поддержка жены, взявшейся за решение бытовых проблем, позволяла Валентину Феликсовичу полностью посвятить себя хирургической и организационной работе в городской больнице.

Л. В. Ошанин, заведовавший в ней терапевтическим отделением в 1917—1919 гг., вспоминал, что в годы Гражданской войны он по ночам, «за исключением легких случаев, всегда вызывал (Ясенецкого-Войно. — *Ю. Ш.*) для решения вопроса, оставить ли больного под повязкой до утра или оперировать немедленно» [Там же]. Валентин Феликсович в любое время ночи приходил в больницу по вызову дежурного врача. Иногда раненые поступали один за другим. Многие оперировались сразу после поступления, так что ночь проходила без сна. Бывали случаи, когда хирурга городской больницы ночью вызывали на дом к больному или в другое лечебное учреждение на консультацию или для участия в проведении неотложной операции. Он тотчас отправлялся на такие ночные вызовы, далеко не безопасные в те времена, когда на улицах Ташкента царила тьма, среди которой возникали частые перестрелки.

Но «никогда, — отмечал Л. В. Ошанин, — не было на его лице выражения досады, недовольства, что его беспокоят по пу-

стякам (с точки зрения опытного хирурга). Наоборот, чувствовалась полная готовность помочь» [Там же]. За многие годы работы под началом В. Ф. Яснецкого-Войно он ни разу не видел главного врача вспылившим или находившимся в раздраженном состоянии. Валентин Феликсович всегда говорил спокойно и неторопливо, негромким и глуховатым голосом, не повышая его даже в минуты наивысшего напряжения. Это не означало, что он ко многому был равнодушен. Напротив, многое возмущало Валентина Феликсовича до глубины души, но он стремился всегда держать себя в руках, не выходя за пределы дозволенного и выражая свое глубокое негодование спокойным и неторопливым образом.

Подобная манера поведения невольно «заражала» остальных, особенно во время выполнения оперативного вмешательства, когда вдруг наступала критическая минута операции. Необыкновенная выдержка и спокойствие хирурга Яснецкого-Войно невольно передавались и другим членам его хирургической бригады. Эти качества Валентина Феликсовича во многом, если не во всем, способствовали успехам в их совместной деятельности.

В наши дни считается неписаным этическим правилом, что хирург не может оперировать своих родных и близких, так как в силу родственной связи он не в состоянии объективно оценить степень опасности, грозящей больному.

Яснецкий-Войно не придерживался этого правила и не раз принимал роды у своей жены Анны Васильевны, а также лично оперировал собственных детей.

В воспоминаниях И. А. Кассирского, опубликованных в журнале «Наука и жизнь» (1989), приведены два удивительных эпизода, которые, как нельзя лучше, иллюстрируют выдержку и бесстрашие заведующего Ташкентской городской больницей. Тот и другой стали легендой, так как И. А. Кассирский приехал в Ташкент уже после того, как эти события произошли.

Он узнал о них из рассказа Л. В. Ошанина, сохранив для нас эти случаи из хирургической практики Яснецкого-Войно в качестве ярких примеров его выдающейся деятельности.

Первый из них имел место в 1917 или 1918 г., тогда Мише, старшему сыну главного врача, исполнилось 10—11 лет. Он играл во дворе больницы со сверстниками, когда на крыльце хирургического отделения, выходившего в тот же двор, появился Валентин Феликсович.

«Миша, иди сюда, — обратился он к сыну. — Проходи прямо к сестре в операционную. Она тебя приготовит к операции. Я буду тебя оперировать, вырежу аппендицит» [174, С. 80].

Услышав такое предложение отца к сыну, терапевт Л. В. Ошанин «буквально остолбенел: — Как, сейчас? Вот так взять своего собственного сына и положить на операционный стол?» [Там же] — вслух стал недоумевать он.

Тогда Ясенецкий-Войно объяснил ему, что ждать больше нечего, так как у мальчика уже было 2 приступа острого аппендицита. Поэтому будет лучше, если ребенка прооперировать в так называемом холодном или межприступном периоде, чем ожидать внезапного наступления третьего приступа. В результате вместо игры он попал прямо на операционный стол. Через неделю после операции Миша был выписан без всяких осложнений.

Вслед за сыном Валентин Феликсович прооперировал и собственную дочь. У нее на пальце правой кисти стала быстро развиваться опухоль, напоминавшая остеосаркому[71]. Поэтому в данном случае он выполнил радикальную операцию, в ходе которой был удален не только тот палец, где начала развиваться опухоль, но и сочлененная с ним пястная кость в области кисти.

В декабре 1918 г. Совет Донского (бывшего Варшавского) университета признал монографию главного врача Ташкентской городской больницей «лучшим сочинением», принявшем участие в объявленном им конкурсе в 1916—1918 гг.

Так, монография В. Ф. Ясенецкого-Войно под названием «Регионарная анестезия» была признана в качестве «пролагающей новый путь в медицине» и отмечена премией в размере 900 рублей.

«Однако денег этих мне не пришлось получить, — отметил Святитель в мемуарах 1958 г., — потому что книга была напечатана небольшим тиражом, только в семьсот пятьдесят экземпляров, и быстро распродана в книжных магазинах, куда я неосторожно разослал их, и я не мог представить в Варшавский университет требуемого количества экземпляров» [37, 38].

Поэтому автор был не в состоянии выполнить непомерное требование Совета Донского университета о предоставлении 150 экземпляров его монографии в город Ростов-на-Дону. Полы-

---

[71] Злокачественное новообразование костной ткани.



И. А. Кассирский.

хала Гражданская война 1918—1920 гг., в результате которой Ташкент, где сохранялась советская власть, оказался отрезанным ее фронтами как от центра, так и юга России.

Но стремительная распродажа служила доказательством актуальности и практической значимости этой уникальной монографии, обладавшей к тому же достоинствами практического руководства для врачей.

На этот раз она была удостоена признания не только со стороны видных московских хирургов или Совета Донского университета. В 1916—1918 гг. она удостоилась внимания практических врачей, увидевших в ней и результаты блестящих научных исследований, и настольную книгу начинающего хирурга и анестезиолога, где с исчерпывающей полнотой и доступностью излагались новейшие методики периневральной блокады крупных нервных стволов.

В январе 1919 г. главного врача Ташкентской городской больницы ожидало одно из испытаний, навязанных Гражданской войной. Тогда его жизни впервые угрожала реальная опасность. Об этом свидетельствовал Л. В. Ошанин, заведующий терапевтическим отделением этой больницы, и вспоминал И. А. Кассирский, ординатор факультетской терапевтической клиники ме-

дицинского факультета Туркестанского университета в начале 20-х годов прошлого века [175; 176, С. 111—112].

И. А. Кассирский, не являвшийся свидетелем этого происшествия, ошибочно относил его к январю 1921 г. [174, С. 81]. Поэтому нам пришлось еще раз вернуться к событиям в Ташкенте, развернувшимся в первые годы советской власти (1917—1920 гг.).

Так, 1 ноября 1917 г. в результате упорных 4-дневных боев трудящиеся Ташкента свергли власть Временного правительства и передали ее Ташкентскому Совету рабочих и солдатских депутатов.

В июне 1918 г. была создана Туркестанская автономная советская республика (ТАСР), столицей которой стал Ташкент. В то же время были существенно ограничены права и деятельность шариатских судов. Их роль начинают выполнять как революционный суд, так и особая следственная комиссия, созданная «исключительно для разбора дел лиц, задержанных в период времени с 27 октября[72], как принимавших участие в контрреволюционном выступлении, так и совершивших уголовное выступление, пользуясь переживаемым моментом» [177]. Кроме того, в интересах победившей революции в городе был образован и революционный трибунал.

Осенью 1918 г. в Ташкенте была разоблачена антисоветская деятельность Туркестанской военной организации, ставившей своей целью свержение советской власти в Туркестанском крае. Но полностью ликвидировать разветвленную сеть заговорщиков, «обманным путем проникших на ответственные посты советского государства и партийного аппарата» [Там же], ташкентской следственной комиссии не удалось.

В январе 1919 г. одним из руководителей антисоветского заговора стал К. Осипов, бывший царский офицер, занимавший пост военного комиссара (министра обороны) ТАСР. В ночь с 18 на 19 января его сторонниками был начат так называемый «январский мятеж», в результате которого были арестованы и расстреляны 14 туркестанских комиссаров. В результате мятежниками была оккупирована территория «нового города» в Ташкенте, где находилась городская больница, главным врачом которой являлся Ясенецкий-Войно.

---

[72] Имеется в виду 27 октября 1917 г., когда началось вооруженное восстание трудящихся Ташкента против Временного правительства.

Однако весь «старый город», а также несколько объектов «нового», в том числе городская крепость с ее арсеналом, главные железнодорожные мастерские и так называемый «Дом свободы», где в апреле 1918 г. был открыт Туркестанский народный университет, остались в руках большевиков. Отсюда было начато решительное наступление на лагерь мятежников, сопровождавшееся артиллерийской канонадой.

«Через весь город над самой больницей летели с обеих сторон во множестве пушечные снаряды, — свидетельствовал Святитель о тех январских днях в воспоминаниях 1958 г., — и под ними приходилось ходить в больницу» [37, 38].

Прошло несколько дней, прежде чем главные силы заговорщиков были разгромлены и вытеснены из Ташкента. В дальнейшем части из них удалось бежать на территорию Афганистана.

Но на этом подавление «январского мятежа» не закончилось. После бегства «осиповцев» из города силами ташкентской следственной комиссии были арестованы около 100 не только активных его участников, но и предполагаемые сторонники мятежного министра. Арестованные по подозрению в причастности к мятежу содержались в главных железнодорожных мастерских, являвшихся одним из оплотов Ташкента, не подчинившихся мятежникам. Здесь проходила жестокая расправа над участниками и сторонниками мятежа. В результате пострадало немало ни в чем не повинных горожан. Одним из них едва не стал заведующий Ташкентской городской больницей В. Ф. Ясенецкий-Войно.

«Главного врача арестовал вместе с его ближайшим учеником хирургом Г. А. Ротенбергом патруль из двух рабочих и двух матросов, — писал терапевт Л. В. Ошанин в своих воспоминаниях. — Патрульных в хирургическое отделение привел служитель морга Андрей — пьяница и вор, которого... (Ясенецкий-Войно. — *Ю. Ш.*) при всем своем долготерпении давно уже обещал выгнать с работы» [Там же].

Ранним утром арестованных врачей увели в главные железнодорожные мастерские, где вершился скорый революционный самосуд. Целыми днями отсюда слышались залпы выстрелов. Это победители расстреливали январских мятежников.

По одной версии, таким путем служитель морга намеревался отомстить главному врачу городской больницы за его «излишнюю» требовательность. На ней настаивал и сам Святитель, уверенный в том, что Андрей питал «ненависть» к нему, «так как

был наказан начальником города после... жалобы» [Там же], поданной главным врачом больницы в городскую администрацию.

Вместе с тем надо помнить, что в дни мятежа городская больница оставалась на территории, захваченной мятежными войсками. Арест ординатора хирургического отделения Г. А. Ротенберга трудно объяснить только фактом «ненависти» к главному врачу со стороны служителя больничного морга. По всей вероятности, хирургам городской больницы в январские дни пришлось оказывать неотложную помощь и раненым мятежникам. Здесь не было политики, но точно присутствовал врачебный долг. Об этой врачебной деятельности действительно мог известить следственную комиссию Ташкента тот самый служитель Андрей, по заявлению которого был произведен арест обоих хирургов.

Их судьба до глубокой ночи того страшного январского дня 1919 г. оставалась неизвестной ни Анне Васильевне, ни персоналу городской больницы. Эта гнетущая обстановка вызвала «глубокое уныние» не только в семьях арестованных врачей, но и среди остального больничного персонала. Но оно оказалось не слишком долгим.

«Подробности сообщил вернувшийся в сопровождении двух вооруженных рабочих Ротенберг, — продолжал Л. В. Ошанин. — В мастерских их посадили в каком-то довольно просторном помещении, где было много и других арестованных. Одна дверь вела в комнату, где заседала „революционная тройка". Дело решалось быстро. Обратно из судилища возвращались немногие. Большинство осужденных (на разбор каждой судьбы «судьи» тратили не больше трех минут) уводили через другую дверь — приговор приводили в исполнение немедленно» [Там же].

Врачи просидели перед роковой дверью, ожидая вызова, больше полусуток. Все это время Ясенецкий-Войно оставался спокойным и невозмутимым. Ротенберг же был совершенно растерян и часто спрашивал: «Почему нас не вызывают? Что это значит?».

На эти вопросы Валентин Феликсович тоже отвечал односложно: «Вызовут, когда придет время, сидите спокойно». Лишь поздним вечером на арестованных врачей обратил внимание «видный партиец» [Там же], случайно проходивший через скорбный зал ожидания. Он знал Ясенецкого-Войно в лицо и потому удивился, увидев хирурга среди других, находившихся под арес-

том по делу об антисоветском мятеже. Не прошло и нескольких минут, как хирурги были освобождены и отправлены обратно в городскую больницу в сопровождении вооруженного рабочего патруля, чтобы по пути домой с ними не произошло других неприятностей.

Утром следующего дня Валентин Феликсович стоял на своем привычном месте за операционным столом «как будто ничего не случилось» [Там же].

Этот роковой арест окончательно подорвал здоровье Анны Васильевны, у которой и без того «нервы были постоянно напряжены» [Там же]. Тяжелое душевное потрясение крайне вредно отразилось на течении туберкулеза, и болезнь с тех пор стала быстро прогрессировать. Она еще как-то ходила по дому, но ни готовить, ни убирать уже не могла. К тому же зимой 1919 г. стало совсем голодно: купить на рынке ничего нельзя, да и некому стало — прислуга ушла. Дети постарше помнили, как Валентин Феликсович вечерами мыл полы в их просторном ташкентском доме, накручивая на швабру старые бинты.

Поэтому семье главного врача «стали приносить из больничной кухни обед, — вспоминал Л. В. Ошанин, — квашеная капуста плавала в мутной воде» [Там же].

Угасавшую на глазах Анну Васильевну поддерживал городской терапевт М. И. Слоним, пытавшийся сделать это не только с помощью несложных лекарств, но и усиленным питанием: «...от своего стола посылал доктор довольно богатые по тем временам обеды» [Там же].

Но ни обеды Слонима, ни продукты, которые ей посылала тайком от Ясенецкого-Войно семья хирурга Ротенберга, не приносили больной ощутимой пользы. Анна Васильевна тут же раздавала всю пищу детям, а сама сидела на той же капустной «диете» из больничной кухни, что и муж.

К началу 1919 г. в Ташкенте активизировалась учебная деятельность нового республиканского вуза. Это был Туркестанский народный университет, находившийся в городском «Доме свободы», в составе которого к тому времени было образовано 5 факультетов, в том числе литературно-философский, социально-экономический, естественно-математический, сельскохозяйственный и технический.

Об этом свидетельствовали объявления, подписанные деканом одного из факультетов и опубликованные в августе—сентябре 1919 г. в нескольких номерах ташкентской газеты «Изве-



М. И. Слоним.

стия» (в дальнейшем она называлась «Правда Востока») [178, 179]. В них указывалось, что среди преподавателей естественно-математического факультета недостает специалистов по высшей алгебре, механике, геологии, химии, включая неорганическую и органическую, а также **по нормальной анатомии человека** (выделено нами. — *Ю. Ш.*).

Поэтому лицам, желавшим «преподавать один из перечисленных предметов» [178] в Туркестанском народном университете, предлагалось подать в месячный срок заявление на имя декана факультета. В дальнейшем предполагалось допустить этих лиц к чтению пробных лекций перед факультетским советом, чтобы установить степень их «педагогической и научной подготовленности» [Там же] к будущей преподавательской деятельности. Лишь после одобрения советом факультета кандидат в преподаватели мог рассчитывать на зачисление в университет.

Вместе с тем в 1918—1919 гг. как число преподавателей народного университета, так и количество студентов в нем оставалось более чем скромным. Достаточно отметить, что в это время удалось укомплектовать лишь первые курсы на всех факультетах, где было немного учащихся [180]. Поэтому организаторы его работы оценивали эту деятельность в виде создания учебной



И. И. Орлов.

«базы, на которой должен вырасти университет, достойный Туркестана» [Там же]. Одновременно с формированием такой базы Совет народных комиссаров ТАСР направил в Москву особую делегацию. Ее задача заключалась в привлечении в республику квалифицированных работников высшей школы, а также в приобретении необходимого учебного оборудования и книжного фонда в интересах будущего государственного университета ТАСР, который планировалось создать путем его объединения с уже известным народным, действовавшим на общественных началах.

Кроме того, внутренние потребности республики, отрезанной от центра страны фронтами Гражданской войны в течение двух лет, обусловили необходимость подготовки в ней и собственных медицинских кадров. С этой целью 15 августа 1919 г. в Ташкенте в здании бывшего кафе-шантана «Буфф» было открыто новое учебное заведение, обязанное своим созданием первому народному комиссару здравоохранения республики И. И. Орлову и получившее название Высшей медицинской школы Наркомздрава ТАСР.

Новому учебному заведению Ташкента, где начиналась подготовка врачей, срочно требовались преподаватели, в том числе

нормальной анатомии человека. По данным А. Д. Джураева (1966), в 1919/20 учебном году в ней начали преподавательскую деятельность многие врачи Ташкентской городской больницы, в том числе ее заведующий, а также хирург Г. А. Ротенберг и терапевт Л. В. Ошанин. В этой Высшей школе, где был сформирован только первый курс в количестве 150 человек, Ясенецкий-Войно впервые стал преподавать нормальную анатомию студентам. Здесь началась блестящая карьера будущего профессора, которую когда-то пророчили Ясенецкому-Войно однокурсники по медицинскому факультету Киевского университета [169, С. 105; 181].

В Ташкенте Высшая медицинская школа стала основой для образования медицинского факультета, в состав которого она вошла в мае 1920 г., когда силами московской и ташкентской групп была начата подготовка к открытию Туркестанского государственного университета (ТГУ). Последний первоначально включал уже известные факультеты бывшего народного вуза, а также вновь образованный медицинский факультет.

В. Ф. Ясенецкий-Войно был вынужден работать без устали днем и ночью, чтобы совмещать организационную деятельность, практическую хирургию, научную и преподавательскую работу. Даже по дороге к больному он по-прежнему заучивал французские слова и фразы, неоднократно повторяя их вслух. Но периодически и у него появлялось временами столь сильное переутомление, что Валентин Феликсович по вечерам терял способность читать и писать. Тогда он переключался на переплетное дело, которое приносило ему долгожданный отдых и способствовало восстановлению прежних сил. Таким образом, большинство книг в личной библиотеке, имевших «мягкую» обложку, было облачено в «твердый» переплет его собственными руками, причем «с большим вкусом и изяществом» [37, 38].

В конце октября 1919 г. настали последние дни и ночи Анны Васильевны. Она «горела в лихорадке» [Там же], почти не оставлявшей ее, совсем потеряла сон и поэтому очень мучилась. Чтобы облегчить ее страдания, 12 ночей Валентин Феликсович провел у ее постели, не прекращая дневную работу в городской больнице.

Когда настала «последняя страшная ночь», он «впрыснул ей шприц морфия, и она заметно успокоилась» [Там же]. Минут через 20 введение наркотика повторилось, а «в течение двух-трех часов... (Ясенецкий-Войно. — *Ю. Ш.*) много впрыснул ей шпри-

цев морфия, далеко превысив допустимую дозу. Но отравляющего действия его не видел» [Там же].

Перед уходом Анна Васильевна простилась с детьми, перекрестив их, но не поцеловав из боязни заразить туберкулезом. Затем она легла и спокойно лежала с закрытыми глазами, а ее дыхание становилось все реже и реже... Настал и последний вздох [Там же]. Это было 13 ноября (31 октября) 1919 г. Она умерла в возрасте 38 лет.

Валентин Феликсович остался один с четырьмя детьми, из которых старшему Михаилу было двенадцать, а младшему Валентину только шесть лет.

Утром на квартиру главного врача пришли «операционные служанки», которые обмыли, одели и уложили в гроб тело Анны Васильевны. Два дня и две ночи до похорон оно находилось дома, где Валентин Феликсович ночами читал священные книги над открытым гробом, «стоя у ног покойной в полном одиночестве» [Там же].

Во вторую ночь такого бдения он несколько раз прочитал вслух один из псалмов, последние слова которого глубоко поразили и потрясли его. Поэтому главный врач расценил их как послание «Самого Бога», обращенное к нему: «Неплодную вселяет в дом матерью, радующеюся о детях [Пс. 112; 9]» [Там же].

«Неплодной», т. е. не имеющей собственных детей, была в городской больнице Ташкента операционная сестра хирургического отделения София Сергеевна Белецкая, вдова царского офицера, погибшего на фронте незадолго до этих событий. Она жила непосредственно в хирургическом отделении больницы.

Рано утром того же дня в ее дверь постучал Валентин Феликсович, собиравшийся немедленно исполнить предначертание, полученное им Свыше.

«Открыв ее, она с изумлением отступила назад, увидев в столь ранний час своего сурового начальника, и с глубоким волнением слушала о том, что случилось ночью над гробом... (его. — *Ю. Ш.*) жены» [Там же].

Выслушав внимательно главного врача, София Сергеевна «с радостью согласилась... заменить моим детям их умершую мать» [Там же], — писал Святитель в своих воспоминаниях. Она лишь опасалась, что не сладит с Мишей, его старшим сыном. В дальнейшем первое опасение подтвердилось, тогда как «троих младших детей она очень любила» [Там же].

Ташкентская квартира Ясенецкого-Войно, состоявшая из 5 комнат, была удобна тем, что София Сергеевна смогла получить в ней отдельную комнату, изолированную от тех, которые занимал сам Валентин Феликсович. Она действительно стала второй матерью его детям. При этом отношение к ней Святителя оставалось платоническим, несмотря на ее долгую жизнь в его семье.

Тяжелый 1919 год запомнился хирургу еще одним неординарным событием, когда ему пришлось спасать жизнь пострадавшему, получившему слепое проникающее ранение грудной клетки с ранением сердца. Это был мужчина 27 лет, раненный «из револьвера небольшого калибра» [171, С. 384—385], которого доставили в Ташкентскую городскую больницу 29 ноября того же года. При этом всего 30 минут понадобилось Ясенецкому-Войно, чтобы собрать операционную бригаду и приступить к проведению экстренной операции по жизненным показаниям. В самый ответственный момент, когда из обнаженной огнестрельной раны сердца, находившейся в области передней стенки левого желудочка, хлынула кровь, опытному хирургу удалось остановить кровотечение только введением в рану кончика указательного пальца. Затем вокруг него было наложено 4 шва, которые постепенно затягивались по мере выведения пальца хирурга из раны сердца, проникавшей в полость левого желудочка. Таким образом, эта «рана была прочно ушита при относительно небольшой потере крови», а «больной отлично перенес операцию», через полтора часа после которой «пульс на лучевой артерии был полный и правильный, 108 ударов в минуту» [Там же, С. 385].

Однако обратим внимание на то обстоятельство, что во время проведения оперативного вмешательства у хирурга не было никакой возможности обнаружить и извлечь пулю малого калибра, которая, по всей вероятности, могла оставаться в полости левого желудочка, так как ранение сердца было проникающим и слепым. Поэтому через несколько дней после операции у больного начались инфекционные осложнения, возможно связанные с наличием инородного тела в сердце, ставшие причиной его смерти, наступившей во второй половине декабря 1919 г.

Среди основателей нового медицинского факультета

> «Лекции читал тихим, несколько глуховатым голосом тенорового тембра, но аудиторией овладевал мгновенно. Его плавная, уверенная речь, благородно-сдержанная манера общения и какая-то мягкая, согревающая теплота глаз захватывали слушателей»
>
> *(И. А. Кассирский)*

В августе 1919 г., когда в Ташкенте была сформирована Высшая медицинская школа, Отдел высших учебных заведений Наркомата образования РСФСР утвердил проект организации медицинского факультета при Туркестанском государственном университете (ТГУ), назначив его деканом профессора П. П. Ситковского, а его заместителем — профессора К. Г. Хрущова. С тех пор работа по созданию факультета продолжалась одновременно как в Москве, так и в Ташкенте.

Осенью 1919 г. и зимой 1920 г. в Москве руководство будущего факультета вело энергичную работу по подбору профессорско-преподавательского состава, приобретению необходимого учебного и медицинского оборудования, инструментария, учебных пособий, книг для медицинской библиотеки и прочего, без чего его деятельность была бы невозможной.

В то же время в Ташкенте, где в начале 1919/20 учебного года в число студентов первого курса Высшей медицинской школы было принято без конкурса несколько сотен человек, ценой неимоверных усилий преподавательского состава «отделялись зерна от плевел». В результате на ее второй курс заслужили перевод только 150 лучших студентов. Нет никаких сомнений, что роль «первой скрипки» в том деле принадлежала преподавателю нормальной анатомии Ясенецкому-Войно, ведь мнение преподавателя главного предмета для первокурсников не могло не быть определяющим.

К февралю 1920 г. московская группа профессоров, закончив организацию медицинского факультета, подготовила к отправке в Ташкент первый эшелон, предназначенный для основной части профессорско-преподавательского состава и имущества нескольких будущих кафедр.

19 февраля того же года специальный поезд № 159, в котором находились 39 первых профессоров, доцентов и преподавателей нового медицинского факультета, направился из Москвы в Туркестан. В эшелоне везли многое, от мебели и оснащения госпитальных палат до ценного медицинского оборудования и книжного фонда будущей библиотеки (за 600 000 рублей у хирурга Постникова было приобретено около 3000 медицинских книг) [182].

52 дня продолжался трудный путь по растерзанной войной России. Специальный эшелон не сопровождался выделенной охраной. Но время было тревожное, поэтому некоторые преподаватели еще в Москве получили боевое оружие. На длительных, частых стоянках они поочередно охраняли свой состав, пока он находился без движения где-нибудь в железнодорожном тупике.

В Актюбинске простояли 2 недели, дожидаясь пока ликвидируют «пробку» на железнодорожных путях, но времени зря не теряли: ходили в ближайший поселок, где читали в клубе лекции. Лишь 10 апреля 1920 г. эта эпопея благополучно закончилась.

Через 3 месяца в Ташкент прибыл второй эшелон, за ним — третий, и, наконец, четвертый. Так было собрано все, без чего ТГУ не мог начать свою работу.

На первых заседаниях московской и ташкентской организационных групп, состоявшихся вскоре после прибытия первого эшелона, было принято беспрецедентное решение о начале учебных занятий на 5 факультетах Туркестанского государственного университета (ТГУ), включая медицинский, не позднее осени 1920 г. [177, С. 178; 183; 184]. К постоянному составу медицинского факультета по штату относились 102 профессора и 91 преподаватель [185], многие должности которых еще предстояло укомплектовать. С этих пор кадровая проблема стала главной.

Первый декан медицинского факультета ТГУ, одновременно возглавивший одну из его ведущих хирургических кафедр [176, С. 126; 186], доктор медицины (1916) П. П. Ситковский (1883—1933) был учеником известного московского хирурга А. В. Мартынова. Он не понаслышке был знаком с блестящей диссертацией В. Ф. Ясенецкого-Войно, защита которой состоялась в Москве в 1916 г. почти одновременно с защитой его собственной научной работы.



П. П. Ситковский.

Более того, профессор Ситковский был лично знаком с автором монографии «Регионарная анестезия», когда работал ординатором, а затем и ассистентом в клинике госпитальной хирургии медицинского факультета Московского университета, где Валентин Феликсович готовил к защите свою диссертацию. Поэтому в Ташкенте П. П. Ситковский был рад новой встрече с ним, сулившей очевидные выгоды и перспективы, полезные для обоих ученых.

Декану медицинского факультета требовался профессор кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией.

Главному врачу Ташкентской городской больницы, волею судьбы потерявшему любимую жену, нужна была новая, дополнительная работа, которая могла заполнить без остатка пустоту, образовавшуюся в его жизни после смерти Анны Васильевны.

Так на медицинском факультете ТГУ появился профессор Ясенецкий-Войно, возглавивший кафедру оперативной хирургии с топографической анатомией.

Многие из первых профессоров ТГУ были, как и П. П. Ситковский, выпускниками медицинского факультета Московского

университета. К ним относились: В. В. Васильевский, заведующий кафедрой патологической физиологии и патологической анатомии; М. А. Захарченко, заведующий кафедрой нервных болезней; А. Н. Крюков, заведующий кафедрой факультетской терапевтической клиники; К. Г. Хрущов, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии и др.

К этой когорте ташкентских ученых принадлежали далеко не все профессора нового университета. Среди них были яркие представители и других российских медицинских школ. К примеру, фармаколог И. И. Маркелов представлял медицинский факультет Юрьевского университета, рентгенолог С. А. Молчанов и терапевт М. И. Слоним были выпускниками медицинского факультета Казанского университета, анатом И. П. Рождественский являлся воспитанником медицинского факультета Петербургского университета и т. д.

Ясенецкий-Войно, ставший одним из первых профессоров ТГУ, был не единственным представителем медицинских учреждений Ташкента, совмещавшим практическую врачебную деятельность с преподавательской работой в университете.

Кроме него в середине 1920 г. на должность профессора кафедры госпитальной хирургии был избран главный врач Ташкентского госпиталя Красного Креста доктор медицины П. Ф. Боровский, а профессором кафедры пропедевтики внутренних болезней стал доктор медицины М. И. Слоним, являвшийся заместителем народного комиссара здравоохранения ТАСР. Были и другие назначения, в том числе ташкентских микробиолога А. Д. Грекова и отоларинголога С. С. Каплан.

Только кандидатура Ясенецкого-Войно (по его собственному убеждению) была кем-то предложена к избранию на профессорскую должность еще во время нахождения в Москве московской группы профессоров университета. Но вместе с тем официальную процедуру выборов, осуществлявшуюся на совете медицинского факультета, он прошел в Ташкенте наравне с другими кандидатами.

В начале мая 1920 г. состоялось постановление Совнаркома ТАСР за № 837. В частности, в нем указывалось, что «здание бывшего кадетского корпуса и помещающаяся в нем больница имени Полторацкого приспосабливаются под университетскую клинику, а потому передаются с сего 11 мая 1920 г. со всем инвентарем и имуществом в ведение Туркестанского государст-

венного университета с подчинением комиссариату просвещения» [183, С. 12].

После поспешных перестроек внутри главного здания бывшего кадетского корпуса, где было много залов огромных размеров, в нем разместились ведущие кафедры и клиники медицинского факультета. Из-за недостатка или неудобства собственных помещений отдельные клиники были временно развернуты в зданиях бывшего военного госпиталя, в том числе госпитальной хирургии и терапии, нервных болезней, офтальмологическая и кожно-венерологическая. Временное прибежище на базе городской психиатрической больницы нашла и психиатрическая клиника.

Для кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией были выделены 3 небольшие комнаты с «асфальтовыми» полами. Они находились в одном из переходов между разными клиническими корпусами медицинского факультета. Но убогость первоначальной обстановки и учебного оборудования не смутили нового профессора. В 1920/21 учебном году на третьем и четвертом курсах, где начинались или продолжались занятия оперативной хирургией с топографической анатомией, студентов было немного, так как в их число были зачислены только те, кто сумел подтвердить документально успешное окончание первых двух или трех курсов на других медицинских факультетах.

Поэтому преподавание на новой кафедре Ясенецкий-Войно начнет по-пироговски — в секционной городской больницы [183, С. 142—143], условия которой были более приемлемыми, чем на кафедре медицинского факультета (в свое время Пирогов тоже начинал профессорскую деятельность в морге Обуховской больницы Петербурга).

Удалось установить, что с началом профессорской деятельности на медицинском факультете ТГУ В. Ф. Ясенецкий-Войно оставил должность главного врача Ташкентской городской больницы, которую он занимал начиная с марта 1917 г. В дальнейшем эту больницу возглавил И. Г. Фридман, тогда как бывший главный врач сохранил за собой должность заведующего хирургическим отделением [187].

В июне того же года в Ташкенте была восстановлена деятельность медицинской секции Туркестанского научного медицинского общества (ТНМО), председателем президиума которой стал декан медицинского факультета ТГУ, профессор

П. П. Ситковский, а товарищем председателя (заместителем) — патофизиолог и патологоанатом В. В. Васильевский.

Это произошло по инициативе 26 членов-учредителей ТНМО, к числу которых относился и профессор В. Ф. Ясенецкий-Войно.

По имеющимся сведениям, работа медицинской секции отличалась чрезвычайной активностью. В начале ее пути заседания проводились 2 (реже 3 раза) в месяц, где заслушивалось одновременно 2—3 научных доклада «по различным вопросам медицины и естествознания» [188].

С начала работы секции в ней принимал участие и профессор В. Ф. Ясенецкий-Войно. Уже на 5-м заседании, проходившем 10 августа 1920 г., он сделал свой первый научный доклад под названием «Смертность при обескровливании нижней половины тела по способу Момбурга» [189, С. 173].

Как удалось установить, материалы этого доклада были опубликованы им во второй половине 1922 г. в оригинальной статье «Опасности способа Momburg'a (смерть от применения этого способа при операции аневризмы art. obturatoriae)», увидевшей свет в «Туркестанском медицинском журнале», ставшем с января того же года официальным изданием медицинского факультета ТГУ [190]. Этот способ предназначался для проведения радикальных оперативных вмешательств в области малого таза и в верхней трети бедра, которые могли сопровождаться значительным кровотечением. Чтобы избежать этого, немецкий хирург Момбург в начале XX века предложил накладывать резиновый жгут (в виде резиновой трубки) в области живота, благодаря которому достигалось сдавление брюшной части аорты. В результате существенно уменьшалось кровотечение при этих операциях.

Врачи тех лет еще не имели понятия о синдроме длительного сдавливания, к развитию которого приводило использование способа Момбурга. В случае наложения жгута в области живота оперативное вмешательство действительно не сопровождалось обильным кровотечением. Но после его снятия время от времени отмечались неясные случаи гибели больных. Причиной скоропостижных смертей, как правило, становились токсические продукты обмена веществ, образование которых в результате нарушения кровотока происходило в тканях и органах, расположенных ниже места наложения жгута. Поэтому в наши дни спасатели обязаны наложить жгут на конечность пострадавшего, если она была сдавлена длительное время, прежде, чем осво-

бодить ее от сдавливающих предметов. Только таким образом можно предотвратить гибель пострадавшего после его извлечения из завала, так как в результате наложения жгута токсические продукты обмена из сдавленной конечности не попадут в кровоток и не станут причиной смерти.

Конечно, Ясенецкий-Войно в начале прошлого века лишь интуитивно догадался об опасности применения способа Момбурга с той целью, с какой тот был предложен. Поэтому в своей статье хирург-исследователь не мог не обратить внимание, что в повседневной хирургической практике он «приобрел много приверженцев, увлекавшихся им до забвения его серьезности» [190, С. 555]. По его мнению, «дело доходило даже до того, что его применяли при операции геморроя, при операциях на уретре, влагалище, промежности...» [Там же].

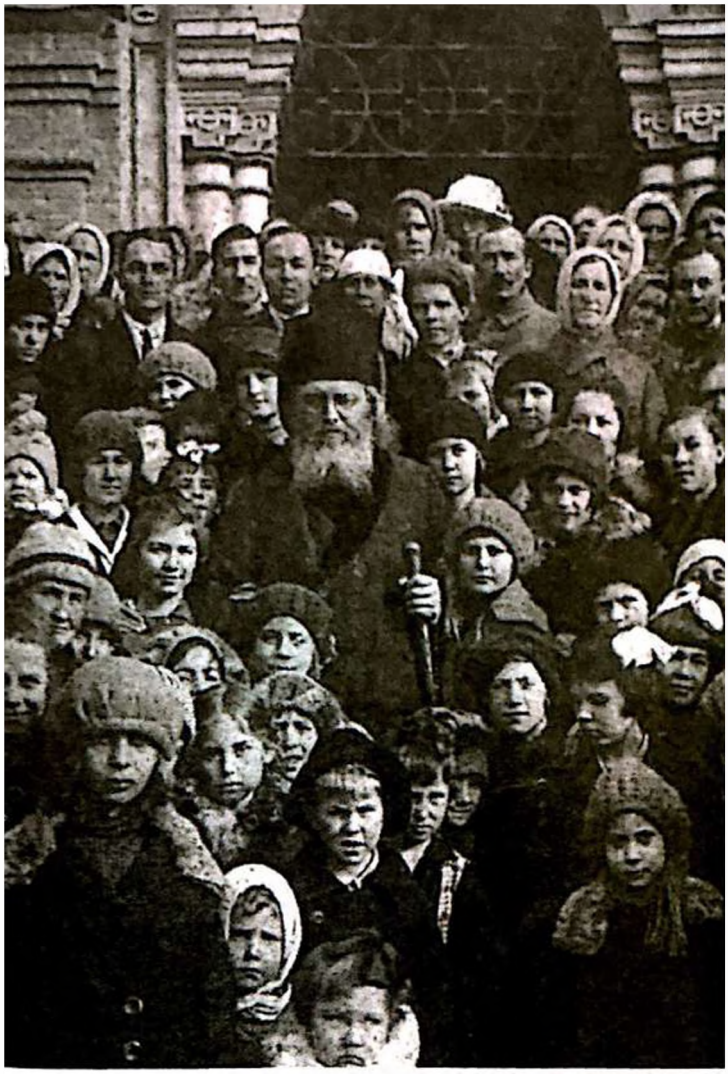
Отсюда был сделан правомерный вывод, что «способ Momburg'a весьма опасен, и нет средств предотвратить тяжкие осложнения, связанные с ним». Это означало, что безоглядному «увлечению» хирургами этим способом «должен быть положен конец» [Там же].

Так, своевременно опубликованная и актуальная научная работа Ясенецкого-Войно несомненно сыграла положительную роль. Мы не знаем, сколько хирургов отказались от применения опасного способа Момбурга после того, как прочитали статью Ясенецкого-Войно в «Туркестанском медицинском журнале», но поняли, что великий хирург способен спасать человеческие жизни не только стоя за операционным столом. Его научные выводы, продиктованные собственным опытом и разделенные другими хирургами, тоже способны творить чудеса спасения, подчас происходившие и в других странах, и на других континентах, благодаря гениальному предвидению одного, но великого хирурга.

Есть сведения и о том, что главный хирург городской больницы и профессор ТГУ выступал на 10-м заседании той же медицинской секции ТНМО, проходившем 1 февраля 1921 г., с другим научным докладом, получившим название «Взгляд академика Альбицкого[73] на физиологическое значение продуктов

---

[73] Альбицкий П. М. (1853—1922), академик ИМХА, профессор кафедры общей и экспериментальной патологии ИМХА в 1891—1912 гг., уроженец г. Переславля-Залесского Владимирской губернии, воспитанник Переславской духовной семинарии.



Отец Валентин с прихожанами
(фото из архива о. В. Каменского).

обмена веществ» [189, С. 177]. Однако его материалы не были опубликованы и потому малоизвестны в наши дни.

Надо обратить внимание на то обстоятельство, что незадолго до этого выступления, а именно в январе 1921 г., профессор Ясенецкий-Войно был посвящен «во диакона», а вскоре принял и сан иерея или священника под именем отца Валентина. Поэтому можно быть уверенным, что его выступление в научном обществе ташкентских врачей, имевшее место 1 февраля 1921 г., впервые происходило в облачении священнослужителя.

Трудно судить, как восприняли эти из ряда вон выходящие события в жизни и деятельности Валентина Феликсовича его коллеги по ТГУ и ТНМО. Ясно одно, что среди коллег равно-

душных не осталось. Понятно и другое: мало кто пришел к нему со словами поддержки и одобрения его экстраординарного поступка. Может быть, поэтому между заведующим хирургическим отделением городской больницы и профессором ТГУ, с одной стороны, и его коллегами и студентами университета — с другой, мгновенно образовалась невидимая стена.

Об этом свидетельствовал сам Святитель в своих воспоминаниях.

«Это необыкновенное событие, — писал он, — произвело огромную сенсацию в Ташкенте, и ко мне пришли большой группой студенты медицинского факультета во главе с одним профессором. Конечно, они не могли понять и оценить моего поступка...» [37, 38].

Нет никаких сомнений, что цель подобных походов студентов и преподавателей была одна: если не разубедить «заблудшего» университетского профессора, то показать собственное непримиримое отношение к религии как к «опиуму» для народа.

Несмотря на протесты враждебно настроенных студентов-медиков и косые взгляды коллег, «мне пришлось совмещать свое священническое служение с чтением лекций на медицинском факультете, — писал позднее Святитель, — слушать которые приходили во множестве и студенты других курсов. Лекции я читал в рясе с крестом на груди: в то время еще было возможно невозможное теперь. Я оставался и главным хирургом Ташкентской городской больницы, потому служил в соборе только по воскресеньям» [Там же].

О некоторых операциях Ясенецкого-Войно, выполненных в этой больнице, ходили легенды. Одна из них запомнилась терапевту Л. В. Ошанину, потому что он сам стал невольным участником событий, последовавших за успешным проведением этого оперативного вмешательства.

В начале 20-х годов прошлого века начальником милиции Ташкента был латыш по фамилии Цируль, которого знал весь город. Он стал грозой преступного мира, наводя страх на преступников не только смелостью и решительностью действий, но и огромным ростом и зычным голосом. Во время одной из облав Цируль получил серьезную травму — перелом бедра.

В ходе операции, которую проводил главный хирург городской больницы, удалось так мастерски совместить обломки бед-

ренной кости, что они срослись без осложнений и даже без укорочения сломанной ноги (это редко бывает при таких сложных переломах).

Начальник милиции захотел отблагодарить врача, но был предупрежден, что Ясенецкий-Войно никогда не берет денег у пациентов. Поэтому он принес ему домой браунинг, патроны к пистолету и собственное разрешение на ношение оружия.

«Вы часто ходите к больным по ночам, — говорил он при этом. — Опасно. Вот Вам оружие для защиты».

Валентин Феликсович согласился с Цирулем и положил пистолет в ящик письменного стола. Но вскоре об этом узнали сыновья и стали играть отцовской «игрушкой». Увидев это, главный врач забрал у детей браунинг, понес его в больницу, где в этот день дежурил терапевт Ошанин, и попросил проверить, заряжено ли оружие.

Дежурный врач, осмотрев пистолет, авторитетно заявил, что патронов в нем нет. Чтобы окончательно убедить в этом главного хирурга, он навел браунинг в его сторону и нажал на пусковой крючок. Раздался оглушительный выстрел, и пуля просвистела в нескольких сантиметрах над головой Валентина Феликсовича.

Потрясение и ужас Ошанина можно себе представить. В отличие от него Ясенецкий-Войно остался спокойным и невозмутимым. Он только спросил у терапевта, стоявшего с трясущимися руками: «Зачем Вы говорили, что знаете это оружие? Если что-нибудь знаете понаслышке, не следует утверждать, что знаете». От этого спокойного величия руки Ошанина затряслись еще больше.

Став профессором кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией, Валентин Феликсович начал оперировать «вслух». В ходе операции он объяснял присутствовавшим, будь то врачи или студенты, что находится под фасцией, которую он сейчас разрезает, какие кровеносные сосуды и нервы проходят неподалеку от места разреза, какое направление является опасным с точки зрения их повреждения и как предотвратить то или иное осложнение при проведении оперативного вмешательства.

О небывалом авторитете Ясенецкого-Войно как первоклассного хирурга и несравненного знатока топографической анатомии свидетельствовали очевидцы. Одним из них был терапевт и гематолог И. А. Кассирский, присутствовавший на нескольких

оперативных вмешательствах, выполненных главным хирургом городской больницы Ташкента.

«Ясно помню, — писал он в «Размышлениях о Войно-Ясенецком — хирурге и священнике», — как, держа на пальцах пучок нервов из подмышечного сплетения, Валентин Феликсович называл один за другим нервы и сообщал, какие мышцы они иннервируют... Его операции... являлись одновременно школой для врачей... (так как. — *Ю. Ш.*) фактически по ходу операций им прочитывались целые лекции по топографической анатомии» [191, № 3, С. 184].

Другим несомненным достижением Валентина Феликсовича во время его профессорской деятельности на медицинском факультете ТГУ являлась уникальная коллекция пояснительных цветных рисунков по оперативной хирургии и топографической анатомии, которые использовались им в ходе чтения лекций. Она была подлинным украшением его кафедры, которая ютилась в трех небольших кабинетах, где было холодно зимой, так как в те годы они не отапливались.

По мнению И. А. Кассирского, часть этих рисунков пережила своего автора и использовалась в преподавательской деятельности медицинского факультета Ташкентского государственного университета имени В. И. Ленина еще в конце 60-х годов прошлого века.

На лекциях студенческая аудитория встречала профессора Ясенецкого-Войно «с благоговейным трепетом» [191, № 4, С. 168]. Он обладал способностью сразу овладевать ее вниманием, оставаясь внешне спокойным и читая лекционный материал тихим, «несколько суховатым голосом» [Там же].

«В течение всей лекции, — как отмечал И. А. Кассирский, — из сотен глаз студентов струилось глубокое уважение к профессору, интерес к его науке, в которой он так мастерски, иллюстрируя запоминающимися яркими примерами, связывал анатомию с клинической хирургией» [Там же].

Студентов всегда особенно привлекала способность лектора использовать при изучении сложных разделов топографической анатомии примеры из своей богатой клинической практики, иллюстрируя и поясняя сказанное с помощью рисунков из собственной коллекции или создавая такие рисунки с помощью мелков прямо на доске в аудитории.

Профессор Ясенецкий-Войно, читая лекции, брал в руки сначала белый мелок, затем синий и красный. Скоро на доске

появлялся великолепный рисунок, где с мастерством художника объяснялись тонкости анатомического строения и соотношения органов и тканей той или иной области человеческого тела.

Студенческая аудитория всегда чувствовала широту и энциклопедичность как анатомических, так и клинических познаний профессора. В этом редком симбиозе несомненно содержалось одно из главных достоинств Ясенецкого-Войно. Обычно профессора, преподающие оперативную хирургию с топографической анатомией и отлично знающие свой предмет, не занимаются клинической хирургией. Валентин Феликсович «царствовал» одинаково прекрасно в обеих областях.

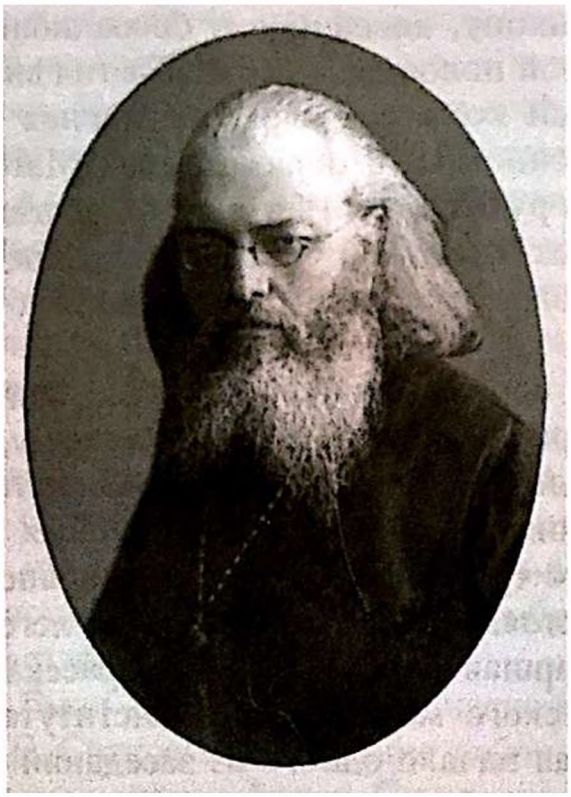
Таким образом, с принятием сана священника в жизни и деятельности профессора ТГУ и заведующего хирургическим отделением городской больницы внешне изменилось немногое. Но перемены внутренние оказались существенными. Они повлекли за собой невиданный всплеск научной активности хирурга, результаты которой намного превысили достигнутые ранее.

Он стал активнее выступать с научными докладами на заседаниях медицинской секции ТНМО, чаще опубликовывать научные результаты на страницах «Туркестанского медицинского журнала», а также вернулся к подготовке оригинальных научных статей для зарубежных (немецких) медицинских изданий.

К примеру, только в ноябре 1921—марте 1922 г. хирург и священник Ясенецкий-Войно сделал 4 научных доклада в области разных медицинских специальностей [192] (к тому времени медицинская секция ТНМО, где он выступал, стала самостоятельной и получила новое название: научное медицинское общество при Туркестанском государственном университете или НМО при ТГУ).

Два его доклада в НМО посвящались клинической хирургии и назывались «Необходимость расширения операции рака грудной железы» и «Гнойные паротиты и их лечение». Над первым из них он продолжал работу и после научного сообщения на заседании общества, самостоятельно сделав перевод на немецкий язык и подготовив собственные иллюстрации к тексту.

Остальные научные сообщения, в том числе «Топография наружных подвздошных и паховых лимфатических желез и техника оперативного их удаления», а также «О подступах к субдиафрагмальным абсцессам», были посвящены топографиче-



Хирург Ясенецкий-Войно после принятия сана священника (1921—1922 гг.).

ской анатомии и оперативной хирургии. Одно из них, кроме того, было опубликовано в «Туркестанском медицинском журнале» и посвящено памяти профессора-анатома ТГУ И. П. Рождественского, трагически погибшего от сыпного тифа [193].

Отца Валентина отличала от остальных как ряса с крестом на груди, в которой он приходил и в больницу, и в университет, так и икона Божьей Матери, установленная в операционной. Перед ней он стал осенять себя крестным знамением и сосредоточенно молиться, прежде чем приступить к очередной операции. Кроме того, заведующий отделением взял за правило спрашивать у ассистента, какого вероисповедания пациент, назначенный на операцию. Если тот был православным христианином, то хирург крестил пациента, затем сам крестился перед иконой и лишь после этого произносил: «Скальпель!».

Но эти зримые перемены стали причиной недовольства, зревшего как в непосредственном окружении заведующего хирургическим отделением городской больницы и профессора ТГУ, так и среди медицинских чиновников ТАСР, которые вели наблюдение за состоянием дел в лечебных учреждениях города.

Сначала на икону, висевшую в операционной у Ясенецкого-Войно, в первой половине 1921 г. обратил внимание Л. О. Гельфгот, народный комиссар здравоохранения ТАСР, и распорядился немедленно снять образ Божьей Матери, что и было сделано чужими руками. В ответ на это действие Валентин Феликсович ушел из городской больницы, заявив, что вернется на рабочее место только после того, как туда же будет возвращена икона.

Так начался период «иконоборчества», когда главного хирурга то уговаривали вернуться в больницу, то запугивали увольнением, только все было напрасно. Он категорически отказывался приступить к исполнению служебных обязанностей до тех пор, пока его требование не будет выполнено.

Это противостояние породило несколько легенд. Одну из них, по мнению С. Варшавского и И. Змойро, рассказывал 94-летний доцент Ташкентского медицинского института М. В. Парадоксов, так описывая начало одного из заседаний НМО при ТГУ:

«Зал был полон, были уже заняты места в президиуме, и в это время на свободную еще кафедру поднялся... (Ясенецкий-Войно. — *Ю. Ш.*). Огромного роста, подтянутый, роскошные борода и волосы, в шелковой рясе, на груди панагия (образок) — атрибут епископа...

Обращаясь к залу, он громким... голосом сказал: „В Гельфгота вселился бес. Он снял икону в операционной и этим лишил меня возможности работать"» [169, С. 106].

Подобное свидетельство, вызывая достойное уважение к возрасту ташкентского доцента, все-таки содержало несколько неточностей. Даже не имея в виду шелковую рясу (есть доказательства, что отец Валентин в 1921—1922 гг. одевался проще), можно утверждать, что «панагии епископа» в это время на его груди в принципе быть не могло. Одна неточность влечет за собой другую. Поэтому к публичному обличению Ясенецким-Войно народного комиссара здравоохранения ТАСР следует относиться сдержаннее.

Как гласила другая легенда, в это время срочная операция понадобилась жене видного партийного деятеля ТАСР, требовавшей, чтобы ее оперировал только хирург Ясенецкий-Войно. Но и в этом случае он отказывался от проведения оперативного вмешательства до тех пор, пока раздосадованный партиец не дал ему «честное слово», что завтра икона появится на своем месте, лишь бы операция была немедленно проведена.

На этот раз все случилось как нельзя лучше. Хирург успел вовремя провести неотложную операцию, и жена руководителя вскоре поправилась. Но и тот сдержал свое слово: на следующее утро икона действительно висела в операционной.

Летом 1921 г. в медицинском мире Ташкента произошло еще одно экстраординарное событие, которое людская молва связывала с именем профессора и священника Ясенецкого-Войно. С тех пор эта легенда сопровождалась таким числом небылиц, что трудно отделить правду от вымысла.

В частности, Л. В. Ошанин вспоминал, что в это время в Ташкент из Бухары привезли много раненых и обожженных красноармейцев. Они были доставлены на санитарном поезде, находившемся в пути несколько суток. Погода была жаркой. В результате у многих из них под повязками образовались колонии из личинок вездесущих мух.

Эти раненые были приняты хирургической клиникой профессора ТГУ П. П. Ситковского в конце рабочего дня, когда в ней оставался только дежурный врач. Он произвел осмотр ран со сменой повязки только у нескольких раненых, общее состояние которых вызывало опасения.

Остальные повязки были «подбинтованы», т. е. поверх ранних слоев бинта накладывалось несколько новых туров. В результате все повязки стали сиять первозданной чистотой. Однако под многими из них находились те же белые слепые червячки, ставшие причиной страшного и беспощадного матросского бунта на броненосце «Потемкин», когда без суда и следствия были выброшены за борт судовые врачи.

К следующему утру между этими и прочими пациентами хирургической клиники уже ширился слух о том, что здесь врачи-вредители «гноят раненых бойцов, у которых раны кишмя кишат червями» [37, 38].

К середине 1921 г. бывшая следственная комиссия, которая не сумела предотвратить в Ташкенте январский «осиповский» мятеж 1919 г., уже превратилась в чрезвычайную, во главе которой стоял латыш Петерс. Он слыл жестоким и быстрым на расправу чекистом. Поэтому все врачи этой хирургической клиники, включая профессора П. П. Ситковского, были немедленно арестованы. За ними последовало и несколько представителей Наркомздрава ТАСР.

Намечался скорый и показательный суд, на который были приглашены в качестве экспертов хирурги из других лечебных

учреждений Ташкента. Одним из таких экспертов стал профессор Ясенецкий-Войно.

Профессор ТГУ С. А. Максумов отмечал, что этот показательный суд больше напоминал хорошо поставленный спектакль. Но за участие в нем врачи-вредители должны были поплатиться своими жизнями. Многого стоила процедура доставки в здание суда главного обвиняемого П. П. Ситковского. Этот эпизод надолго остался в памяти очевидцев. Университетского профессора, с заложенными за спину руками, вели по середине улицы в окружении конных конвойных, вооруженных саблями наголо. Это была спланированная акция устрашения.

По мнению терапевта Л. В. Ошанина, присутствовавшего на открытом заседании революционного суда, общественным обвинителем на нем почему-то выступал сам грозный Петерс, несмотря на скверное знание русского языка. Он не скупился на призывы к расправе над врачами-хирургами, признавая их бездействие по отношению к раненым красноармейцам как «контрреволюцией», так и «явным предательством». Скоро над обвиняемыми нависла угроза расстрела.

В «громовой» обвинительной речи Петерса отчетливо выделялись два главных пункта обвинения.

Первым был выставлен развал дисциплины среди раненых и больных, которому якобы потворствовали врачи и медицинские сестры хирургической клиники профессора П. П. Ситковского. Речь шла о том, что раненые бойцы, вырвавшиеся с фронта, вели себя в хирургической клинике буйно: пьянствовали, дрались, водили в палаты блудниц.

Такой же беспредел творился и в других клиниках медицинского факультета университета, а также в прочих лечебных учреждениях Ташкента, куда поступали для лечения раненые и больные красноармейцы. Не удалось избежать подобных бесчинств и городской больнице.

И здесь идущая на поправку фронтовая братва начинала без просыпу пить самогон, курить прямо в палатах и тут же публично заниматься развратом.

Однажды А. И. Беньяминович, ординатор хирургического отделения[74], которым заведовал профессор Ясенецкий-Войно, доложила ему об очередной оргии, затеянной в больничной па-

---

[74] По-видимому, она заменила прежнего ординатора Г. А. Ротенберга, переведенного в одну из хирургических клиник медицинского факультета ТГУ.

лате выздоравливающими красноармейцами. Валентин Феликсович в ответ распорядился вызвать дебоширов к нему. Он едва успел подняться на второй этаж, где находился его кабинет, как снизу вверх по лестнице полезла орава пьяных красноармейцев, чтобы «бить попа».

Завидев орущую толпу, женщина-врач едва успела запереться в операционной, а профессора Ясенецкого-Войно братва жестоко избила. Лежащего на полу врача били ногами и костылями. После побоев главный хирург больницы на несколько дней был прикован к постели. Потом состоялось короткое разбирательство, полупьяные пациенты каялись (бес попутал) и были досрочно выписаны. Но для остальных эта история не стала поучительной: бесчинства красноармейцев в лечебных учреждениях Ташкента продолжались. Ни П. П. Ситковский, ни В. Ф. Ясенецкий-Войно физически не могли справиться с буйными пациентами.

Легенда о показательном судебном процессе над врачами-вредителями гласила, что чекист Петерс задал отцу Валентину, находившемуся в облачении священника и выполнявшему обязанности хирурга-эксперта, провокационный вопрос.

«„Поп и профессор Ясенецкий-Войно, — обратился он к нему, — считаете ли Вы, что профессор Ситковский виновен в безобразиях[75], которые обнаружены в его клинике?..”

„Гражданин общественный обвинитель, — последовал ответ эксперта, — я прошу по тому же делу арестовать и меня. Ибо в моей клинике царит такой же беспорядок, что и у профессора Ситковского”.

„А Вы не спешите, придет время и Вас арестуем!” — заорал Петерс» [37, 38].

В собственных воспоминаниях Святителя об этой легенде никаких данных нет. Эти и другие сведения приводятся нами согласно приложению к ним, где содержатся воспоминания других очевидцев, связанные с его жизнью и деятельностью.

Второй вопрос обвинения, естественно, был о «червях». На него хирург-эксперт отвечал более обстоятельно. Он объяснил суду, что никаких червей под повязками раненых красноармейцев не было и быть не могло. Под ними были личинки мух.

---

[75] Здесь речь шла о бесчинствах раненых и больных красноармейцев в лечебных учреждениях Ташкента, причиной которых считалось попустительство медицинского персонала.



К. Г. Хрущов, сменивший П. П. Ситковского на посту декана медицинского факультета ТГУ.

«Хирурги не боятся таких случаев, — продолжал Ясенецкий-Войно, — и не торопятся очистить раны от личинок, так как давно замечено, что личинки действуют на заживление ран благотворно. Английские медики даже применяли личинок в качестве своеобразных стимуляторов заживления» [Там же].

Согласно легенде, этот ответ окончательно вывел из себя всесильного чекиста Петерса. Он решил унизить хирурга-эксперта и священника, задав ему другой вопрос, не имевший отношения к делу врачей-вредителей.

«„Как это Вы верите в Бога, поп и профессор Ясенецкий-Войно? Разве Вы его видели, своего Бога? — „Бога я действительно не видел, гражданин общественный обвинитель. Но я много оперировал на мозге и, открывая черепную коробку, никогда не видел там также и ума. И совести там тоже не находил"» [Там же].

Достойный ответ профессора был встречен хохотом и долго не смолкавшими овациями, в шуме и гаме которых «потонул» колокольчик председателя суда, призывавший присутствовавших к тишине и порядку.

Если верить легенде, благодаря хирургу-эксперту Ясенецкому-Войно дело ташкентских врачей-вредителей «с треском провалилось» и обвиняемых удалось спасти от неминуемого расстрела [Там же].

Однако профессор П. П. Ситковский и сотрудники его хирургической клиники все-таки были признаны виновными по всем пунктам обвинения и приговорены к 16 годам тюремного заключения. Правда, через месяц арестованных врачей стали днем отпускать из тюрьмы на работу в хирургическую клинику, а через два — совсем освободили.

Единственным последствием этой дикой истории, имевшим отношение к профессору П. П. Ситковскому, являлось отстранение его от должности декана медицинского факультета ТГУ, обязанности которого стал исполнять профессор К. Г. Хрущов, одновременно заведовавший кафедрой акушерства и гинекологии. Да и в ТНМО появился другой председатель его президиума (им стал профессор М. А. Захарченко, заведовавший кафедрой нервных болезней).

Но еще много лет П. П. Ситковский продолжал заведовать той же хирургической клиникой ТГУ. Других последствий дело ташкентских «врачей-вредителей» не имело, если не считать повторения истории с «иконоборчеством» в городской больнице Ташкента в конце 1921 г.

Тогда вновь икона Божьей Матери была вынесена из операционной по решению авторитетной медицинской комиссии, а хирург Ясенецкий-Войно категорически отказался вернуться в городскую больницу, пока она не появится на прежнем месте. Было очевидно, что только уговорами или угрозами здесь не обойтись.

К этой истории тоже прибавилось несколько легенд, одна из которых, изложенная И. А. Кассирским [174, С. 86], приписывала участие в ней даже видного деятеля ВКП (б) Я. Э. Рудзутака, соратника В. И. Ленина, возглавлявшего высшее партийное руководство в ТАСР.

По другой легенде, авторство которой также принадлежало И. А. Кассирскому [Там же, С. 87], заместитель народного комиссара здравоохранения ТАСР М. И. Слоним, одновременно являвшийся профессором ТГУ, вместе с другими профессорами университета направился к митрополиту Никандру, бывшему в то время архиепископом Туркестанским. Профессора якобы просили архиепископа воздействовать на отца Валентина, чтобы

тот смирил свою гордыню и сменил ее на кротость и смирение, благодаря которым Иисус Христос претерпел и не такие надругательства нечестивцев. Другими словами, это был ультиматум. Отцу Валентину следовало либо смириться с потерей иконы, либо лишиться не только ее, но и всего того, что связывало его с медициной Ташкента (городской больницы, кафедры ТГУ, научного медицинского общества).

После встречи с правящим архиереем Русской Православной Церкви в Туркестанском крае отец Валентин, по мнению И. А. Кассирского, немедленно вернулся на работу в городскую больницу и больше никогда не упоминал об иконе Божьей Матери, когда-то находившейся в операционной.

Вот только в 1921—1922 гг. в Ташкенте не было архиепископа Туркестанского Никандра (правящим архиереем туркестанской епархии он стал позднее, в 1927 г.). В то время, по воспоминаниям В. Ф. Ясенецкого-Войно, епископом Ташкентским и Туркестанским был Иннокентий (Пустынский), благодаря которому главный врач городской больницы Ташкента был посвящен «во диакона», а позднее «рукоположен в иерея» [37, 38]. Преосвященный Иннокентий (Пустынский) был правящим архиереем Русской Православной Церкви в Туркестанском крае и уехал из него в Москву, сложив свои полномочия, только в начале 1923 г.

Нет сомнений, что легенды И. А. Кассирского интересны и заслуживают внимания читателей. Вместе с тем их достоверность не высока, как и у всяких других легенд.

Таким образом, многие события 1921 г. в жизни врача-хирурга Ясенецкого-Войно, ставшего священником, оказались связанными с избранием им сана священнослужителя. Добровольно приняв его, он необычайно расширил и занятия научной деятельностью, и участие в работе НМО при ТГУ. Об этом свидетельствовали протоколы заседаний общества, где главный хирург Ташкентской городской больницы часто упоминался в качестве докладчика.

«Это было трудное для меня время, — указывал сам Святитель, — когда мне приходилось совмещать богослужение и проповедь в кафедральном соборе с заведованием кафедрой... и чтением лекций» [Там же].

Трудность заключалась в одном: начинающий священнослужитель «должен был спешно изучать богословие» [Там же]. Поэтому в Ташкенте нашелся «верующий букинист», приносив-

ший Валентину Феликсовичу «так много богословских книг, что скоро... образовалась порядочная библиотека» [Там же].

До принятия сана священника ежедневный распорядок работы хирурга и профессора предусматривал обязательные вечерние занятия научной деятельностью или подготовку к лекциям и практическим занятиям на кафедре. После января 1921 г. часть этого времени стала уделяться изучению той самой богословской «порядочной библиотеки» и подготовке к воскресным проповедям, которые регулярно читались им в кафедральном соборе.

Естественно, что учебная работа не могла быть сокращена в связи с возникавшим дефицитом времени. Такое сокращение могло ожидать научную работу. Но, как мы теперь знаем, ограничения научных исследований в течение 1921 г., когда профессор Ясенецкий-Войно стал священником, не последовало.

Более того, в 1922—1923 гг. оригинальные научные результаты, полученные профессором Ясенецким-Войно, намного превысили имевшиеся в его арсенале в течение нескольких предшествующих лет.

Это необыкновенное научное возрождение, ставшее историческим фактом, свидетельствовало об одном: деятельность священнослужителя в эти годы не только не препятствовала научной работе хирурга и профессора, но и удивительным образом способствовала ей, являясь катализатором в достижении поразительных результатов.

Научные задачи в период разрухи (1920—1923)

«Удивительное дело — верующий в сверхъестественное, в бога священник-идеалист, в науке он был, пожалуй, как никто из нас, до щепетильности строг в обращении с фактом»

(*И. А. Кассирский*)

В начале 20-х годов нужда и голод гнали в Ташкент беженцев из Поволжья, надеявшихся найти в нем приют и облегчение от невыносимых мучений. Эти обездоленные люди легко становились жертвами эпидемий паразитарных тифов, свирепствовавших на всей территории России. По свидетельству Ясенецкого-Войно, в морг Ташкентской городской больницы «ежедневно привозили повозки, горою нагруженные трупами» [37, 38]. Это были тела тех, кто не нашел здесь «земли обетованной». Даже трупы бывших жителей Поволжья кишели паразитами, от которых их следовало очистить, прежде чем начинать патологоанатомические и научные исследования.

Выполнение этих работ на трупах, сплошь покрытых вшами — известными переносчиками возбудителей паразитарных тифов, — в конце концов привело самоотверженного врача-исследователя к заражению возвратным тифом. Валентин Феликсович свидетельствовал, что это заболевание протекало у него в очень тяжелой форме, представлявшей несомненную угрозу для жизни. Но Бог хранил хирурга и профессора. Поэтому «болезнь ограничилась одним тяжелым приступом и вторым — незначительным» [Там же].

Насколько опасной и непредсказуемой могла быть такая самоотверженная работа, свидетельствовала гибель другого профессора-анатома медицинского факультета ТГУ И. П. Рождественского. Он погиб от сыпного тифа 4 января 1922 г. [194], так же работая с завшивленными трупами беженцев из Поволжья, как и Ясенецкий-Войно.

В Ташкентской городской больнице хирург Ясенецкий-Войно впервые столкнулся с редким осложнением паразитарных тифов, которое наблюдалось у больных, ослабленных не только в ходе самой болезни, но и в результате длительного голодания,

предшествовавшего ей. Это осложнение заключалось в возникновении у переболевших сыпным или возвратным тифом, находившихся на пути к выздоровлению, особого вида поражения реберных хрящей. Нередко оно приобретало злокачественный характер и становилось причиной их преждевременной гибели. Вновь выявленное осложнение паразитарных тифов получило во врачебной среде Ташкента рабочее название в виде «кариеса реберных хрящей».

Многочисленные случаи такого осложнения, аналогов которому не было отмечено в мировой медицинской практике, обратили на себя внимание заведующего хирургическим отделением городской больницы и профессора ТГУ Ясенецкого-Войно, поставившего перед собой научную задачу: разработать способ оперативного вмешательства, направленный к радикальному удалению реберных хрящей, пораженных «кариесом», в интересах сохранения жизни и трудоспособности больного.

Нет сомнений, что те или иные пути по удалению пораженных реберных хрящей хирургу и профессору предварительно пришлось изучать в больничном морге, используя для этой цели трупы больных, погибших от паразитарных тифов.

Собственные результаты исследования Валентин Феликсович собирался обнародовать в виде двух оригинальных научных статей, которые он предполагал опубликовать в известных научных журналах, включая одно из немецких хирургических изданий, выходивших в Берлине, а также в форме научного доклада, который предназначался для I научного съезда врачей Туркестанской республики, открывавшегося в октябре 1922 г.

Был продуман и организационно решен даже способ доставки в далекий Берлин рукописи будущей работы. Обязанности научного курьера тогда согласился взять на себя профессор кафедры факультетской хирургической клиники ТГУ А. Н. Крюков (1878—1952), в будущем — известный гематолог, академик Академии медицинских наук СССР, заслуженный деятель науки Узбекской ССР, учитель будущего советского академика И. А. Кассирского.

После защиты диссертации на соискание ученой степени доктора медицины в 1909 г. он побывал в нескольких странах Западной Европы с целью углубленного изучения гематологии. Поэтому в 1922 г., когда Совет народных комиссаров ТАСР сумел выделить 65 000 рублей золотом для приобретения за грани-



А. Н. Крюков.

цей нового медицинского оборудования и специальной литературы для кафедр медицинского факультета ТГУ, эта ответственная миссия была не случайно возложена именно на профессора А. Н. Крюкова, блестяще владевшего несколькими иностранными языками [175].

Во второй половине того же года он приобрел в Берлине «солидное лабораторное оборудование, инструментарий, микроскопы, новейшие рентгеновские аппараты, много медицинских книг» [183, С. 13]. В октябре 1922 г. А. Н. Крюков передал в редакцию берлинского хирургического журнала объемную рукопись научной статьи профессора В. Ф. Ясенецкого-Войно, переведенной автором на немецкий язык и посвященной оперативному лечению кариеса реберных хрящей.

Еще в августе 1922 г. в «Туркестанском медицинском журнале» появилось объявление, опубликованное прямо на обложке. В нем организационный комитет извещал о том, что в Ташкенте 22—28 октября «имеет быть I научный съезд врачей Туркестана» [195], где ожидалось заслушивание около 100 докладов, посвященных различным областям медицинской науки и практики. В ходе работы форума туркестанских врачей организовывалась также выставка достижений медицины ТАСР, на которую

его организаторы просили «привезти препараты, рисунки, фотографии и прочие экспонаты» [Там же].

Этот съезд действительно начал работу в Ташкенте 23 октября 1922 г., когда к делегатам с приветственным словом обратился профессор П. П. Ситковский, председатель организационного комитета и главный инициатор его созыва. Он подвел итоги работы профессоров и преподавателей медицинского факультета ТГУ в 1920—1922 гг. Ее результаты определялись восстановлением деятельности Туркестанского научного медицинского общества (с июня 1920 г.), основанием собственного печатного органа ТГУ, каким с января 1922 г. стал «Туркестанский медицинский журнал», а также созывом I научного съезда врачей Туркестанской республики.

В его президиум вошли 11 видных профессоров медицинского факультета ТГУ, включая П. Ф. Боровского, А. Д. Грекова, Н. С. Перешивкина, П. П. Ситковского, В. Ф. Ясенецкого-Войно и многих других. Всего на съезде официально насчитывалось 188 делегатов. Однако среди них присутствовало много меньше лиц, профессионально заинтересованных в работе этого форума. К примеру, из всех городов и прочих населенных пунктов ТАСР, исключая Ташкент, на съезд приехало всего 17 делегатов-врачей. Подавляющее большинство его участников составляли почетные гости (43) и делегаты, не имевшие отношения к профессии врача (около 100) [196].

Поэтому не случайно, что вслед за П. П. Ситковским делегатов многократно приветствовали представители Совнаркома и ЦИК ТАСР, включая народного комиссара здравоохранения республики Л. О. Гельфгота, объявившего съезд открытым.

От имени этого съезда были посланы приветствия правлениям старейших съездов врачебного сословия России, включая Пироговский, а также Российских хирургов и Российских терапевтов (в сентябре 1922 г. последние возобновили свою работу после долгого перерыва).

В работе съезда принимали участие 10 секций. К ним относились: терапевтическая, хирургическая, бактериологическая (микробиологическая), офтальмологическая, неврологическая, анатомо-физиологическая, кожно-венерологическая, акушерско-гинекологическая, рентгенологическая и, наконец, общая или административная.

25 октября 1922 г. утреннее заседание хирургической секции, на которой председательствовал профессор ТГУ П. Ф. Бо-

ровский, было открыто научным докладом профессора П. П. Ситковского под названием «Тифозный кариес хрящей».

В нем привлекалось внимание к новому осложнению паразитарных тифов в виде появления инфекционных очагов, локализованных в реберных хрящах. Широкое распространение оно получило только в последние 2—3 года наблюдений, когда эпидемии паразитарных тифов имели место в группах населения, ослабленных предшествующим и длительным голоданием.

К тому времени сведения об этом осложнении содержались только в отечественной медицинской литературе, благодаря которой стало известно о 400 таких случаях.

Клиническое течение разделялось на 3 стадии:

1) появление болей в области реберного хряща;

2) образование инфильтрата;

3) образование свища на месте инфильтрата с формированием новых очагов заболевания.

По мнению П. П. Ситковского, воспалительные очаги обычно локализовались, начиная с 3-го реберного хряща по 10-й хрящ включительно, чаще поражая 5, 6 и 7-й из них.

При патологоанатомических исследованиях обычно определялись различные формы воспаления хрящевой ткани, включая перихондриты, хондриты и их сочетание (перихондро-хондриты).

В отделяемом из свищей, взятом для микробиологических исследований, чаще других микроорганизмов обнаруживалась паратифозная палочка. Здесь же могли содержаться и гноеродные кокки.

По литературным данным лечение кариеса реберных хрящей подразделялось на консервативное и оперативное. Последнее предусматривало удаление пораженного хряща одного из ребер, что не являлось залогом выздоровления (после этого, как правило, наступал рецидив заболевания), а также резекцию группы таких хрящей (обычно 3—5 ребер справа и слева), результаты которой были более обнадеживающими.

По мнению П. П. Ситковского, радикальную операцию резекции нескольких пораженных реберных хрящей при тифозном кариесе разработал и предложил профессор В. Ф. Ясенецкий-Войно. Но она не нашла широкого применения среди других хирургов, так как техника ее выполнения была трудной для рядового хирурга. К тому же она не была безопасной, нередко приводя к ранениям плевры с образованием искусственного

пневмоторакса и другим осложнениям, становившимися причинами смерти больных.

Поэтому профессор П. П. Ситковский считал эту операцию только «резервным средством на случай, если более консервативные способы лечения не дадут результатов» [197, С. 51]. Кроме того, он категорически не допускал ее применения у «истощенных и ослабленных больных» [Там же].

Вслед за П. П. Ситковским слово для доклада на тему «Операция при caries хрящей»[76] было предоставлено В. Ф. Ясенецкому-Войно, отметившему главную особенность клиники этого осложнения паразитарных тифов. Он был уверен, что она определяет хирургическую тактику и свидетельствует в пользу безотлагательного проведения операции, так как «основная патологическая черта при caries реберных хрящей — неуклонный переход болезненного процесса на здоровые части хряща и на соседние хрящи» [198, С. 51].

По мнению Ясенецкого-Войно, оперативное вмешательство должно быть радикальным и никаким другим, потому что хирургу нельзя ограничиваться удалением только части хряща, пораженной воспалительным процессом. В большинстве случаев следовало проводить резекцию всей реберной дуги, обычно с 5-го по 9-й реберный хрящ включительно.

При изолированном поражении верхних хрящей ребер он допускал удаление только одного хряща в случае его поражения.

В зависимости от локализации воспалительного процесса Валентин Феликсович предлагал использовать 3 вида разрезов мягких тканей грудной клетки и живота, в том числе:

— вертикальный, проходивший по боковому краю прямой мышцы живота и начинавшийся на уровне соска, а заканчивавшийся на 3 пальца выше уровня пупка;

— угловой, состоявший из того же вертикального, но меньшей длины (до нижнего края реберной дуги) и добавочного к нему горизонтального, выполненного на уровне 4-го реберного хряща в направлении грудины;

— большой дугообразный, начинавшийся в области грудины на уровне 4-го реберного хряща и пересекавший прямую мышцу

---

[76] Под caries'ом реберных хрящей понималось их гнойное воспаление, этиологическими факторами которого считались токсины паразитарных тифов, в основном возвратного, травмы грудной клетки и хрящевой части ребер, реже туберкулез или малярия.

живота в эпигастральной области и поднимавшийся вверх в промежутке между вторым и третьим реберными зубцами наружной косой мышцы живота.

Техника резекции реберных хрящей также отличалась рядом особенностей, на соблюдении которых настаивал хирург Ясенецкий-Войно. Он считал, что особенно тщательно следует удалять оболочку реберных хрящей или «надхрящницу». По той же причине тело хряща должно удаляться «поднадкостнично», вместе с фрагментами ребер, с одной стороны, а от грудины реберный хрящ следовало отделять не иначе, как с помощью долота.

Изучив изложенное, становится понятным, почему профессор П. П. Ситковский называл эту радикальную операцию Ясенецкого-Войно «тягостной» для больных. Она действительно отличалась высокой частотой различных осложнений в виде ранений плевры (около 25 %, по мнению Ясенецкого-Войно), нередко приводивших к летальным исходам (около 15 %, по его же данным).

Другие участники съезда, в частности профессор ТГУ микробиолог А. Д. Греков, тоже склонялись к отказу от применения радикальной операции Ясенецкого-Войно, ввиду ее тяжести для больных, высокой смертности и большого числа осложнений, включая обширные нагноения места операционного поля, требовавшие длительного лечения.

В эти годы продолжали оставаться неясными отдаленные последствия радикального оперативного вмешательства, предложенного Ясенецким-Войно. С одной стороны, предполагалось, что в результате резекции реберных хрящей не возникнет функционального дефекта грудной клетки, так как вместо них «образуются прочные пластинки костной ткани» [197, С. 56]. Но, с другой — будет ли сохранена при этом в прежнем объеме функция ее подвижности — оставалось загадкой, на которую ответа не было.

Поэтому, как считал профессор А. Д. Греков, «все вместе взятое заставляет искать другие, помимо радикальных операций, способы лечения перихондритов реберных хрящей, особенно в бедно обставленных больницах» [Там же, С. 55].

На съезде имела место и наиболее категоричная оценка этой радикальной операции, предложенной по поводу резекции реберных хрящей, пораженных «кариесом». Она принадлежала Г. А. Ильину, который в недалеком будущем станет преемником

профессора В. Ф. Ясенецкого-Войно по кафедре оперативной хирургии с топографической анатомией ТГУ.

Он даже позволил себе выразиться о данном оперативном вмешательстве как о «патологическом», имея в виду, что в результате иссечения реберных хрящей на обеих сторонах грудной клетки «должны пострадать важные для жизни органы, тесно связанные с (ее. — *Ю. Ш.*) функцией.., а также брюшной пресс в области эпигастрия, ибо мышцы живота лишаются своих естественных точек прикрепления» [Там же, С. 57].

Итоги дискуссии подвел профессор П. Ф. Боровский, воспользовавшийся правами председателя хирургической секции научного съезда. Он дипломатично констатировал, что на секции состоялось разностороннее и многогранное освещение вопроса о воспалении реберных хрящей. В ходе обсуждения было приведено много противоречивых «фактов, с которыми надо считаться всем докладчикам» [Там же].

Вместе с тем П. Ф. Боровский тоже склонялся к отказу от радикальной операции, разработанной Ясенецким-Войно, предложив обратить большее внимание на консервативные методы лечения кариеса реберных хрящей, нежели на выполнение технически сложного и опасного оперативного вмешательства, отдаленные последствия которого оставались малоизученными.

25 октября 1922 г., на третий день работы научного съезда, хирург и профессор Ясенецкий-Войно сделал еще 3 доклада на хирургической секции.

Один из них («О лечении хирургического туберкулеза») посвящался туберкулезу крупных суставов, в лечении которого тогда превалировали консервативные методы лечения в виде наложения гипсовых повязок на пораженный сустав, а также климатотерапия. При этом автор не преминул отметить поразительные результаты, достигнутые солнцелечением в условиях высоких гор. До сих пор, отмечал он, прекрасно зарекомендовали себя для этой цели высокогорные курорты, находившиеся в швейцарских Альпах. Однако в Чимганских горах, расположенных вблизи Ташкента, условия для солнцелечения суставных форм туберкулеза нисколько не хуже, чем в Швейцарии. Отсюда вытекал и практический вывод, который был сделан Ясенецким-Войно. Он состоял в том, что в российском высокогорье пора строить собственные санатории климатического типа, предназначенные для больных туберкулезом, включая и сустав-

ной. Одним из них должен стать климатический горный курорт в районе туркестанского Чимгана.

Но «в наших нынешних условиях», когда таких российских курортов еще не было, нельзя ограничивать лечение суставных форм туберкулеза только наложением гипсовой повязки. Он призывал хирургов Туркестана отказаться от пассивной тактики применения гипсовой повязки и увеличить хирургическую активность в случаях туберкулезного поражения крупных суставов, особенно на ранних стадиях его развития, когда «резекции при бугорчатке[77] суставов дают 73—75 % излечений» [199]. В подтверждение этого тезиса автор доклада приводил данные известного хирурга Т. Кохера, работавшего в Швейцарии, неподалеку от известного европейского высокогорного климатического курорта, где лечились больные туберкулезом. Несмотря на близость такого санатория, Т. Кохер достиг превосходных результатов в резекциях крупных суставов, пораженных туберкулезным процессом, и предлагал широкое применение этого вида оперативного вмешательства в качестве основного способа лечения.

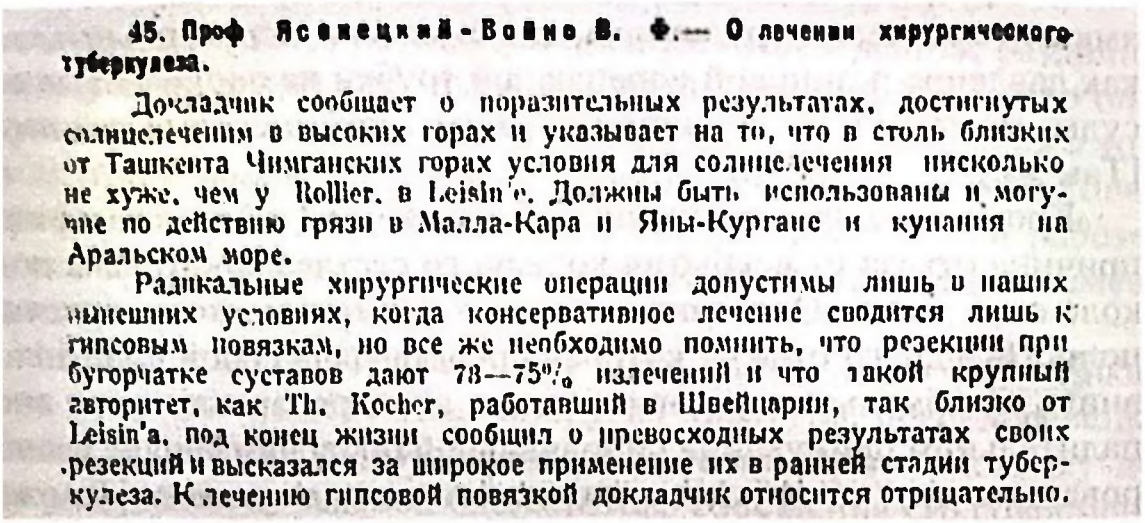
И этот доклад Ясенецкого-Войно не оставил равнодушными многих ташкентских и других хирургов. Все они горячо поддержали его призыв об устройстве климатического санатория в горах, близ Ташкента, предназначив его для лечения больных суставными формами туберкулеза.

Наиболее профессионально удалось развить это сообщение профессору-урологу Н. С. Перешивкину, в свое время побывавшему в швейцарских Альпах, где он впервые ознакомился с работой подобных высокогорных санаториев. Став заведующим пропедевтической хирургической клиникой на медицинском факультете ТГУ, Перешивкин не раз посещал Чимганские горы и «нашел там прекрасные места для устройства летнего и... зимнего курорта», расположенные в высокогорной зоне на высоте около 1000 м, где «количество солнечных дней очень велико» [Там же]. Он даже сумел привести один из поучительных примеров выздоровления больного суставным туберкулезом, находившегося в этих горах в течение нескольких зимних и весенних месяцев.

Однако другое предложение Ясенецкого-Войно, касавшееся увеличения оперативной активности в лечении туберкулеза

---

[77] Один из прежних синонимов туберкулеза.



45. Проф Ясенецкий-Войно В. Ф.— О лечении хирургического туберкулеза.

Докладчик сообщает о поразительных результатах, достигнутых солнцелечением в высоких горах и указывает на то, что в столь близких от Ташкента Чимганских горах условия для солнцелечения нисколько не хуже, чем у Rollier, в Leisin'e. Должны быть использованы и могучие по действию грязи в Малла-Кара и Яны-Кургане и купания на Аральском море.

Радикальные хирургические операции допустимы лишь в наших нынешних условиях, когда консервативное лечение сводится лишь к гипсовым повязкам, но все же необходимо помнить, что резекции при бугорчатке суставов дают 78—75% излечений и что такой крупный авторитет, как Th. Kocher, работавший в Швейцарии, так близко от Leisin'a, под конец жизни сообщил о превосходных результатах своих резекций и высказался за широкое применение их в ранней стадии туберкулеза. К лечению гипсовой повязкой докладчик относится отрицательно.

Фрагмент выступления В. Ф. Ясенецкого-Войно, посвященного хирургическому лечению туберкулеза.

крупных суставов, не нашло одобрения у туркестанских хирургов. Общее мнение, которое выразили профессора ТГУ П. П. Ситковский и П. Ф. Боровский, заключалось в том, что при отсутствии условий для климатического лечения хирургам следует ограничиваться наложением гипсовой повязки на область пораженного сустава, так как этот простой и надежный «метод дает также не менее 75 % выздоровлений» [Там же], т. е. столько же, сколько и метод оперативного лечения путем резекции сустава. Вместе с тем они не отвергали полностью и оперативный метод, который предлагалось оставить в резерве и прибегать к нему только в исключительных случаях. Другим научным докладом, представленным Ясенецким-Войно на этой хирургической секции, являлась «Артротомия при гнойном воспалении коленного сустава». Он был посвящен оценке разных способов дренирования его полости, среди которых автор выделял свой, разработанный с учетом топографических особенностей ее разделения на 2 половины.

В докладе указывалось, что «обычный способ вскрытия коленного сустава при его гнойном воспалении совершенно неудовлетворителен» [200, С. 75], так как в результате выполнения только передних разрезов по линии суставной щели «задний отдел полости сустава остается не дренированным и застой гноя в нем служит причиной почти всех тяжких осложнений гнойного гонита» [Там же].

При этом автор был уверен, что дополнительное вскрытие заднего отдела суставной полости со стороны подколенной

ямки «технически трудно... и анатомически неправильно», так как давление резиновой «дренажной трубки на подколенные сосуды может быть причиной опасных кровотечений из них» [Там же].

Кроме того, по его мнению, существовала и более серьезная причина отказа от вскрытия коленного сустава со стороны подколенной ямки. Она заключалась в анатомическом строении полости заднего отдела, которая представляла собой «две половины, в нормальных условиях почти изолированные, а при воспалительном припухании синовиальной оболочки вполне изолированные друг от друга и от переднего отдела сустава» [Там же, С. 76].

Поэтому Ясенецкий-Войно предложил дренировать «оба задних закоулка» путем проведения разрезов по заднемедиальной и заднелатеральной сторонам коленного сустава, так как при полусогнутом положении колена в обеих половинах заднего отдела суставной полости «через эти разрезы легко помещаются... даже очень толстые дренажные трубки» [Там же].

Таким образом, новый способ артротомии коленного сустава при его гнойном воспалении, предложенный автором, состоял из 4 возможных разрезов, в том числе двух переднебоковых и двух заднебоковых, делая совершенно ненужными, по мнению Ясенецкого-Войно, «обычно применяемые передние разрезы на уровне суставной щели» [Там же].

Мнение автора было выслушано хирургами с вниманием, но в обсуждении основных положений доклада никто из видных хирургов Ташкента участия не принимал. По всей вероятности, это положение объяснялось отсутствием у многих из них достаточного опыта оперативного лечения гнойного гонита (воспаления коленного сустава гнойного характера).

Последний, четвертый, доклад Ясенецкого-Войно, сделанный в тот же день на хирургической секции съезда, был назван как «Разрезы при гнойных тендовагинитах кисти руки».

Из этого сообщения следовало, что разрезы, предложенные хирургом Klapp'ом с той же целью, были признанными в медицинском мире и поэтому фигурировали во всех учебниках. Однако теперь, когда их тщательно изучил Ясенецкий-Войно, они «не выдерживают критики» [201].

В докладе приводились и предложения автора, которые, по его мнению, выгодно отличались от прежних более взвешенным топографо-анатомическим подходом к решению этой научной

задачи. Однако нам не удалось оценить существенные различия между теми и другими предложениями (нет сомнений, что они существовали) ввиду отсутствия пояснительных рисунков с той и другой стороны. Без таких рисунков обилие различных топографо-анатомических ориентиров, приведенных в этой работе, вовсе не способствовало беспристрастному сравнению имевшихся двух точек зрения.

Кроме того, в «Трудах I научного съезда...» не было никаких сведений о выступлениях других хирургов, последовавших после заключительного доклада Ясенецкого-Войно. Поэтому до сих пор остается неясной оценка этого сообщения его современниками.

26 октября 1922 г. на хирургической секции съезда, работа которой продолжалась, председательствовал профессор В. Ф. Ясенецкий-Войно. На ней было заслушано несколько докладов, посвященных проблемам урологии, а также общей и пластической хирургии. В качестве председателя он подводил итоги научной дискуссии, возникавшей после обсуждения каждого доклада. Его неторопливые и обстоятельные выступления свидетельствовали о том, что он обладал собственным мнением по каждому из рассматриваемых вопросов, которое основывалось на многолетней хирургической практике.

К примеру, в одном из докладов было приведено несколько казуистических, т. е. редких и совсем не типичных, случаев расположения камней мочевого пузыря в так называемом его дивертикуле или «слепом отростке». При подведении итогов всех сообщений, сделанных по этому поводу, Ясенецкий-Войно рассказал и о собственных оперативных вмешательствах, выполненных с целью удаления камней из подобного дивертикула. При этом его рассказ был особенно интересен, благодаря техническим подробностям оперативной техники, свидетельствовавшим о том, что и в этой области он являлся высококвалифицированным специалистом-урологом.

Тот же вывод можно сделать и по отношению к остальным врачебным специальностям хирургического профиля, в русле которых на этом заседании хирургической секции обсуждались другие научные доклады, включая общую и даже пластическую хирургию.

В заключение нельзя не отметить, что на всех заседаниях I научного съезда врачей хирург и профессор Ясенецкий-Войно принимал самое активное участие в прениях, возникавших в ре-



Титульный лист издания «Трудов...» врачебного съезда Туркестанской республики.

зультате обсуждения того или иного научного сообщения. Удалось установить, что в течение 24—26 октября 1922 г. помимо его выступлений с 4 основными научными докладами, он 10 раз выступал в прениях, возникавших в ходе обсуждения других сообщений участников съезда, в том числе по поводу оперативного лечения:

— заболеваний, вызванных эхинококком;
— злокачественных новообразований;
— мочекаменной болезни;
— кератитов и трахомы;
— кариеса реберных хрящей;
— гангрены конечностей, вызванной токсинами паразитарных тифов;
— туберкулеза шейных лимфатических узлов;
— мочевых камней, локализованных в дивертикуле мочевого пузыря;
— в области пластической хирургии;
— воспаления внутренних геморроидальных узлов.

По единодушным отзывам делегатов, одно из выступлений хирурга и профессора Ясенецкого-Войно запомнилось им особенно потому, что имело огромную социальную значимость для ТАСР, в которой были широко распространены глазные заболевания в виде кератита и трахомы, являвшиеся основной причиной слепоты среди населения Туркестана.

Его инициировало научное сообщение ташкентского офтальмолога А. И. Покровского под названием «О слепоте и причинах ее в Туркестане», где констатировались причины инвалидности большой части трудоспособного населения, но не указывались пути ее сокращения силами туркестанских врачей.

Поэтому в выступлении Валентина Феликсовича содержались некоторые организационные меры, которые действительно могли способствовать уменьшению высокого уровня слепоты в ТАСР. Он во всеуслышание заявил на этом съезде, что несложными хирургическими вмешательствами, которыми при желании может овладеть всякий врач средних способностей, «всегда возможно... предотвратить слепоту... от кератитов и от трахомы» [197, С. 18].

В случае кератитов к таким операциям были отнесены разрезы роговицы и удаление слезного мешка на стороне поражения, являвшееся обязательным «даже при отсутствии ясных признаков воспаления его» [Там же].

При трахоме надежным способом предотвращения слепоты он считал устранение заворота век путем пересадки слизистой оболочки на веко.

Эти 3 хирургические операции, по его мнению, можно было выполнить в амбулаторных условиях — «в самых глухих углах». Они не делаются в нужном объеме только потому, что ни студентов, ни врачей не обучают технике их проведения «с необходимой полнотой».

Отсюда уже напрашивался практический вывод, названный Ясенецким-Войно «делом огромной важности» [Там же]. Он состоял в организации кратковременных курсов для врачей, на которых они могли бы получить практические навыки в производстве трех оперативных вмешательств, считавшихся надежным средством профилактики слепоты в случаях кератитов и трахомы.

Это актуальное предложение хирурга и профессора нашло немедленное отражение в виде одной из резолюций I научного съезда врачей Туркестанской республики. В ней содержалось

поручение профессорам ТГУ, в том числе Ясенецкому-Войно и Трубину[78], состоявшее в том, чтобы «составить краткое практическое руководство для врачей по глазным болезням» [197, С. 140]. Исполнителям предлагалось обратить особое внимание на тот его раздел, который будет связан с изложением техники рекомендованных операций, включая разрез роговицы, удаление слезного мешка и пересадку слизистой оболочки на веко. Не было забыто и государственное издательство ТАСР. Эта резолюция содержала обращение и в его адрес: «напечатать эту книжку и широко распространить ее среди врачей» [Там же].

Таким образом, в материалах и трудах этого съезда широкое отражение нашли проблемы гнойной хирургии — одного из важнейших направлений в теоретической и практической работе хирурга Ясенецкого-Войно, которое он продолжал развивать в ташкентский период деятельности (1917—1923). Свидетельством тому являлось большинство его научных докладов (3 из четырех), сделанных на I съезде, в том числе «Операция при caries хрящей», «Артротомия при гнойном воспалении коленного сустава» и «Разрезы при гнойных тендовагинитах кисти рук».

О том же намерении свидетельствовало и одно из выступлений в прениях на этом съезде, посвященное Ясенецким-Войно оперативному лечению гангрены конечностей, вызванной токсинами паразитарных тифов. В нем справедливо отмечалось, что мы «очень плохо умеем лечить инфицированные раны» [Там же, С. 61], подавляющее большинство которых осложнено присутствием в ране гнойной инфекции.

В завершающем периоде 1922 г. хирург и профессор Ясенецкий-Войно продолжал активную работу в составе научного медицинского общества при ТГУ. Здесь он сделал 3 доклада. Каждый из них был удостоен особого внимания.

Так, 21 ноября того же года научное сообщение профессора было посвящено чрезвычайно редкому «Двухстороннему анкилозу тазобедренного сустава» и сопровождалось демонстрацией больной, девушки 16 лет, имевшей симметричный анкилоз обоих тазобедренных суставов неясной этиологии. Вероятной причиной тяжелого заболевания являлся, по его мнению, «менингоэнцефалит в комбинации с острым ревматическим полиартри-

---

[78] Трубин А. Г. (1876—1945) — профессор кафедры глазных болезней ТГУ.

том» [202, С. 123]. Несмотря на то обстоятельство, что задача оперативного лечения подобных заболеваний оставалась чрезвычайно трудной, Ясенецкий-Войно готовился к проведению этой ответственной операции, собираясь выполнить ее в 2 этапа. Вместе с тем он не испытывал «уверенности, что удастся получить подвижные суставы» [Там же]. Скорее всего, хирург лишь собирался придать неподвижным бедрам больной, которые были «анкилозированы в положении сгибания под прямым углом и отведены до фронтальной плоскости» [Там же], более физиологическое положение. Однако для несчастной девушки анкилоз в разогнутом положении тазобедренных суставов был бы еще менее выгоден, так как ходить она будет плохо, а сидеть не сможет.

12 декабря 1922 г. на очередном заседании НМО при ТГУ профессор Ясенецкий-Войно представил новый научный доклад на тему «Артротомия тазобедренного, локтевого и плечевого суставов при гнойном воспалении их». Он являлся продолжением сообщения, сделанного им на I научном съезде врачей Туркестанской республики по поводу артротомии коленного сустава.

Хирург справедливо указывал, что результаты оперативного лечения гнойных артритов, главная задача которого состоит в обеспечении оттока гноя из всех отделов суставной полости, остаются во многих случаях неудовлетворительными. С этой целью обычно применяются те же разрезы, которые изначально были предназначены для резекции суставных поверхностей в запущенных случаях гнойных артритов, когда сохранить подвижность крупного сустава уже не представляется возможным. Однако эти разрезы не были технически предусмотрены для введения в полость сустава резиновой дренажной трубки, применяемой для оттока гноя, так как там, где они проводятся, этот дренаж ввести и закрепить не удается.

В результате он предложил новые способы вскрытия крупных суставов, включая тазобедренный, плечевой и локтевой, разработанные им с целью дренирования их полостей в случаях гнойных артритов. Эти предложения профессора Ясенецкого-Войно получили высокую оценку ташкентских хирургов, от имени которых на заседании научного медицинского общества выступил профессор П. Ф. Боровский. Он отметил, что топографо-анатомические исследования автора в области крупных суставов нужно считать «важными и ценными приобретениями»

[203, С. 131] не только в оперативной, но и в клинической хирургии, где они действительно являются наиболее востребованными.

И, наконец, 19 декабря 1922 г. на заключительном заседании того же научного общества В. Ф. Ясенецкий-Войно предложил вниманию присутствовавших новое сообщение «Массаж сердца и его хирургия» [204].

В нем приводились описания 5 клинических случаев, когда автору пришлось безрезультатно применять прямой массаж сердца (наряду с искусственным дыханием) в случаях его остановки во время проведения оперативных вмешательств, выполнявшихся по поводу:

— закрытого огнестрельного ранения груди с повреждением легких и сердца, осложненного плевритом, пневмонией и серозно-гнойным перикардитом в условиях хлороформного наркоза;

— паховой грыжи в условиях хлороформного наркоза;

— злокачественного новообразования грудной железы в условиях воздушной эмболии, вызванной повреждением крупного венозного ствола;

— сквозного огнестрельного ранения груди с повреждением сосудов корня легкого в состоянии клинической смерти;

— сквозного огнестрельного ранения груди с повреждением сердца и левого легкого.

В заключение автор приводил еще один пример собственной операции, проведенной по поводу закрытого огнестрельного ранения груди с повреждением сердца. Это было единственное оперативное вмешательство, выполненное на открытом сердце, которое не сопровождалось его остановкой, прямо на операционном столе. Оно, как мы уже рассказали, произошло 29 ноября 1919 г.

Особенностью этого вмешательства являлась пальцевая тампонада раневого канала, находившегося в передней стенке левого желудочка, произведенная хирургом для остановки массивного кровотечения, возникшего сразу после вскрытия перикарда, который был «туго-наполнен кровью» [204, С. 135].

Эта удивительная процедура позволила вывести «наполовину... из раны... защемленное таким образом сердце» и в скором времени наложить швы на область раны «при относительно небольшой потере крови» [Там же]. После удаления остатков крови из полости перикарда его разрез был также ушит.

Для выполнения уникального оперативного вмешательства на открытом сердце потребовалось всего 50 минут, благодаря чему больной хорошо перенес эту тяжелую и опасную операцию. Однако, по мнению автора, через 2 дня после нее у пострадавшего началось развитие гнойного перикардита, ставшего, в конце концов, непосредственной причиной смерти.

Выдающимся результатом 1923 г. являлась уникальная работа профессора Ясенецкого-Войно, опубликованная в немецком хирургическом журнале «Archiv für Klinische Chirurgie» под названием «Cariöse Prozesse in den Rippenknorpeln und ihre operative Behandlung» или «Кариозные процессы в реберных хрящах и их оперативное лечение» [205].

До последнего времени она оставалась малоизвестной в СССР и в России, несмотря на то, что этот труд намного превышает объем обычной журнальной статьи (в нем — 33 страницы, на которых приведено 17 иллюстраций) и напоминает больше монографию, чем публикацию в научном журнале.

Эта особенность данной работы не помогла исследователям прошлых лет (Поляков, 1957 и др.) установить два источника ее опубликования, в том числе зарубежный и отечественный. К ним относились уже известный «Archiv für Klinische Chirurgie» (1923), выходивший в Берлине, и ленинградский «Вестник хирургии и пограничных областей» (1924) [205, 206].

Так, В. А. Поляков, впервые опубликовавший в 1957 г. список научных работ Святителя, приводил в нем под № 22 только ее название на русском языке, которое не сопровождалось необходимой в таких случаях библиографической ссылкой на источник, где она увидела свет, а также место и год издания.

В том же списке, составленном Поляковым, значилась под № 23 другая статья Ясенецкого-Войно, опубликованная в 1923 г. другим немецким хирургическим журналом. В отличие от первой она указывалась на языке оригинала. Кроме того, ее сопровождало пусть не такое, какое принято сейчас, но вполне понятное библиографическое описание в виде «Über das Unterbinden der Gefässe bei Extirpation der Milz, Dtsch. Ztschr. f. Chir., 1923» [207, 208].

Однако в этом, как и в остальных описаниях научных работ, имевшихся в списке, Поляков не приводил перечня журнальных страниц, являвшегося непременным атрибутом каждой опубликованной работы. Может быть, в середине прошлого века это современное требование не являлось правилом для полноценного

библиографического описания. Между тем оно выявило и другой существенный пробел, допущенный В. А. Поляковым в работе над составлением списка научных работ Святителя и хирурга.

По всей вероятности, Полякову не приходилось держать в руках ту работу Ясенецкого-Войно на немецком языке, неполное библиографическое описание которой он приводил в своем списке под № 23, тогда как ее название могло быть взято где угодно. Иначе он не мог не заметить, что в том же немецком хирургическом журнале вслед за первой работой Ясенецкого-Войно, сведения о которой В. А. Поляков опубликовал, следовала вторая научная статья, начинавшаяся со следующей журнальной страницы [209]. В списке Полякова эта (вторая) работа профессора и хирурга не приводилась, словно ее и не было.

Вот какой казус может произойти с исследователем, полагающимся не на собственные силы, а на результаты работы своих предшественников.

Следует отметить, что В. А. Поляковым в 1957 г. не были обнаружены и соответственно включены в список трудов Святителя две оригинальные научные работы, опубликованные Ясенецким-Войно на немецком языке в разных немецких хирургических журналах в 1923 г. [205, 209].

Кроме того, В. А. Поляков не приводил в том же списке библиографического описания другой работы Святителя, известной как «Кариозные процессы в реберных хрящах и их оперативное лечение», опубликованной в 1924 г. в ленинградском «Вестнике хирургии и пограничных областей» [206]. Там же отсутствовали сведения о публикациях остальных научных трудов Ясенецкого-Войно, увидевших свет в том же году как в уже известном ленинградском «Вестнике...» [210], так и в екатеринославском «Новом хирургическом архиве» [211].

Отсюда можно сделать вывод: в списке научных трудов Святителя и хирурга, составленном Поляковым, отсутствовали пять оригинальных научных работ, опубликованных в 1923—1924 гг. в немецких (2) и в отечественных хирургических журналах (3).

В недалеком прошлом неполными данными В. А. Полякова воспользовался журналист М. А. Поповский, решивший дополнить религиозно-философский трактат Святителя под названием «Дух, душа, тело» списком его научных работ. Но при этом он не оставил прежний список без собственных уточнений.

Благодаря М. А. Поповскому, в списке научных работ Ясенецкого-Войно значились «Кариозные процессы в реберных хрящах и их оперативное лечение». Но в варианте журналиста эта работа Святителя получила новое примечание: «Год неизвестен. Не опубликовано» [212].

Теперь мы знаем точно, что научная работа Святителя и хирурга с таким названием была опубликована при его жизни, как минимум, 4 раза, в том числе в зарубежном и отечественном медицинских журналах [205, 206], а также в «Очерках гнойной хирургии», имея в виду II (1946) и III (1956) издания.

Таким образом, нашими исследованиями были дополнительно установлены пять научных работ Святителя, которые отсутствовали в списках его трудов, составленных прежними авторами.

Кроме того, первая из них, опубликованная в берлинском «Archiv für Klinische Chirurgie» под названием «Cariöse Prozesse in den Rippenknorpeln und ihre operative Behandlung» в 1923 г., малоизвестна современному читателю. В связи с публикацией в немецком издании она продолжает оставаться недоступной для многих, кто хотел ознакомиться с ней в наши дни.

Последующие ее публикации на русском языке, в том числе в 1924 г. [206], а также в 1946 г. во II издании и в 1956 г. в III издании «Очерков гнойной хирургии» [213, 215], представляют собой существенно сокращенные варианты этой научной монографии. К примеру, из 17 иллюстраций, приведенных в немецком издании, в журнальной статье 1924 г. было опубликовано только две.

Как отмечал сам Святитель, в отечественном «Вестнике хирургии и пограничных областей» в 1924 г. не было «возможности напечатать 15 моих рисунков, частью акварельных, точно передающих и типические, и редкие патологоанатомические формы кариозных процессов в хрящах, а **рисунки эти составляют чуть ли не главную ценность моей работы** (выделено нами. — *Ю. Ш.*)» [206, С. 18].

Поэтому впервые представляем описание этой оригинальной работы, увидевшее свет благодаря прекрасному переводу на русский язык, сделанному доктором технических наук М. И. Юркиной. Бескорыстное участие Марии Ивановны в нашем проекте, осуществленном в Национальном медико-хирургическом центре имени Н. И. Пирогова и посвященном В. Ф. Ясенецкому-Войно, далеко не случайно. Она участвовала в нем «по зову

крови», так как является родственницей А. А. Бистром — жены «первого хирурга России», имя которого с гордостью носит наш Национальный центр.

В малоизвестной монографии хирурга Ясенецкого-Войно, опубликованной в 1923 г. в берлинском журнале «Archiv für Klinische Chirurgie» [205], содержатся результаты оперативного лечения автором 65 случаев редкого воспалительного заболевания реберных хрящей, названного кариесом. Такое название оно получило в связи с быстро прогрессирующим течением, а также способностью к частым рецидивам, возникавшим в результате вовлечения в патологический процесс новых (соседних) хрящей. Поэтому одного и того же больного приходилось нередко оперировать несколько раз, удаляя при этом все новые и новые реберные хрящи, где появлялись кариозные очаги. Повторные операции носили настолько тягостный характер для больных и хирургов, что острословы из врачей прозвали их как «Crux chirurgorum»[79]. В полной мере эти тяжелые испытания выпали и на долю хирурга Ясенецкого-Войно, которому в 1915—1922 гг. пришлось произвести 80 таких оперативных вмешательств у 65 больных. Они проводились в условиях, когда летальность достигала 15 %, а каждая операция часто продолжалась непрерывно в течение 11—12 часов и могла «быть предпринята только опытным хирургом, владеющим высокой техникой» [214, С. 246].

Хирургу Ясенецкому-Войно, как и многим другим авторам, обращавшим внимание на так называемый «кариес реберных хрящей», удалось установить взаимосвязь между ним и предшествующим инфекционным заболеванием. При этом, как было установлено, роль пускового механизма обычно играли паразитарные тифы, в том числе возвратный (чаще всего), сыпной и брюшной. Это наблюдение многих авторов стало основанием для изменения прежнего названия того осложнения, которое, как правило, следовало за перенесенным паразитарным тифом в виде «кариеса реберных хрящей». Поэтому большинство из них называло такое осложнение как «тифозный хондрит или перихондрит» в зависимости от того, где началось неудержимое развитие «кариеса реберных хрящей»: в толще самого реберного хряща (хондрит) или со стороны покрывающей его оболочки (перихондрит).

---

[79] Crux chirurgorum (*лат.*) — крест хирургов.

Однако в эту схему не укладывались несколько других случаев таких же осложнений, в анамнезе которых не было упоминаний о перенесенном паразитарном тифе. Большую часть иных этиологических факторов, по мнению Ясенецкого-Войно, составляли не установленные инфекционные заболевания и травмы грудной клетки, а также казуистические причины, включавшие крупозную пневмонию, малярию, туберкулез и даже отсутствие видимых причин. Отсюда хирургом Ясенецким-Войно был сделан вывод, что «нельзя говорить только о тифозных хондритах, а тем более о перихондритах, так как этиология кариесных процессов в реберных хрящах различна» [Там же, С. 238].

Полиэтиологической точки зрения на происхождение «кариеса реберных хрящей» он придерживался в течение 30 с лишним лет, начиная с первой своей работы, опубликованной в 1923 г. в немецком хирургическом журнале «Archiv für Klinische Chirurgie», и до выхода в свет III издания знаменитых «Очерков гнойной хирургии» (1956). В этом последнем прижизненном издании «Очерков...» одна из самостоятельных глав по-прежнему была посвящена «Кариозным процессам в реберных хрящах» [215].

Вместе с тем хирург Ясенецкий-Войно был согласен с другими авторами в том, что «кариесу реберных хрящей» наиболее подвержено взрослое население, причем среди заболевших преобладали мужчины в возрасте от 19 до 66 лет.

Особое внимание в монографии «Кариозные процессы в реберных хрящах и их оперативное лечение» было уделено автором подробному описанию клинической картины этого тяжелого заболевания, одним из характерных симптомов которого являлись вариации болевого синдрома. С одной стороны, «именно боли заставляют больных соглашаться на тяжелую операцию, и после излечения они обычно бывают чрезвычайно благодарны» [214, С. 240]. Но, с другой — «боли при хондритах бывают чрезвычайно различны по интенсивности; одни больные едва замечают их, другие ходят, согнувшись вперед и в больную сторону, придерживая руками больное место...» [Там же].

С той же поразительной обстоятельностью в ней приведена патологоанатомическая картина многообразных форм и нескольких стадий воспалительных изменений реберных хрящей, а также дегенеративных процессов, происходивших в мягких

тканях, длительное время окружавших «кариозные хрящи». В дополнение к разновидностям кариозных поражений реберных хрящей им были описаны обширные очаги атрофии прямой мышцы живота, где в результате гибели мышечных волокон наблюдал он обильное разрастание соединительной ткани. Эти очаги возникали, как правило, в местах свищевых ходов, тянувшихся наружу из кариозных полостей, находившихся в хрящевой части ребер. Нередко в кариозный процесс оказывались вовлеченными и костные ткани ребер и грудины, непосредственно прилегавшие к воспалительному очагу, расположенному в области реберного хряща. Это приводило к размягчению костной ткани, которое «в некоторых случаях... было так резко выражено, что ребро можно было резать ножницами, а однажды его можно было разорвать пальцами» [Там же, С. 242].

Образный и вместе с тем точный характер описаний, сделанных автором в связи с патологическими изменениями в реберных хрящах и в окружающих их мышечных и костных тканях, сопровождался многочисленными рисунками собственноручного исполнения и несколькими рентгенограммами. На них можно видеть «полость с неровными, точно выгрызенными стенками.., свищевой ход, довольно широкий и очень напоминающий червоточину в дереве.., округлое, гладкое углубление... в середине передней поверхности хряща.., похожее на блюдечко...» и многое другое [Там же, С. 239, 242], приобретающее ясные и зримые очертания, благодаря художественным образам, избранным для этой цели Ясенецким-Войно.

Многолетние наблюдения опытного хирурга позволили установить «самую важную и своеобразную черту патологического процесса», состоявшую в том, что «воспаление после частичных иссечений пораженного хряща и вообще нерадикальных операций неудержимо продолжается в оставленной части хряща и переходит на соседние хрящи» [Там же, С. 243].

«Мне не раз приходилось видеть, — писал он, — что даже ничтожная, оставленная при операции часть хряща, какая-нибудь пластинка в несколько миллиметров толщиной... давала повод к рецидиву болезни» [Там же].

Отсюда следовал только один вывод: практические хирурги должны отказаться от частичных резекций реберных хрящей, если установлен диагноз так называемого «кариеса». Эти полумеры, ведущие к нескольким повторным операциям у одного

и того же больного, следовало, по мнению Ясенецкого-Войно, заменить одним радикальным оперативным вмешательством. В ходе его выполнения предусматривалось удаление нескольких соседних реберных хрящей, расположенных на одной реберной дуге (обычно с V по IX включительно на одной стороне, т. е. справа или слева).

С этой целью профессор Ясенецкий-Войно детально разработал технику проведения радикальной хирургической операции, предназначенной для одномоментного удаления нескольких реберных хрящей в случае их поражения «кариозным процессом». В зависимости от локализации реберных хрящей, пораженных кариесом, он впервые предложил три возможных доступа к реберной дуге, для которых разработал несколько оригинальных разрезов кожи, в том числе вертикальный, угловой и дугообразный. Первое сообщение о вариантах кожных разрезов и дальнейшей технике этого оперативного вмешательства им было сделано 25 октября 1922 г. на I научном съезде врачей Туркестанской республики [198].

Главная особенность этой радикальной операции состояла в сохранении «надхрящницы» или оболочки, покрывающей снаружи реберные хрящи. Поэтому Ясенецким-Войно были дополнительно предложены ее оригинальные разрезы, позволявшие удаление нескольких реберных хрящей без существенных повреждений «надхрящницы». После того как хрящевая оболочка освобождалась хирургом от ее содержимого, он рекомендовал накладывать тонкие кетгутовые швы на место таких разрезов, чтобы восстановить форму удаленного реберного хряща. Эта рекомендация основывалась на многолетнем опыте хирурга. Он полагал, что пустотелые «трубки», искусственно образованные из хрящевой оболочки, способны к последующему их окостенению и сохранению не только устойчивой конфигурации, но и движений грудной клетки без существенного нарушения функции.

В начале XX века, когда антимикробных средств еще не существовало, только одномоментная радикальная операция, как ожидалось, могла избавить больного от неминуемых рецидивов «кариеса реберных хрящей», предотвратив возможность повторных оперативных вмешательств.

Вместе с тем она оставалась исключительно тяжелой хирургической операцией, перенести которую мог далеко не каждый больной. Поэтому профессор Ясенецкий-Войно предлагал осто-

рожнее «выбирать больных» для ее проведения и без раздумий отказываться от этого вмешательства в случаях сопутствующих заболеваний легких или сердца.

В своей монографии он подробно останавливался и на не редких осложнениях, которые могли возникнуть даже у опытного хирурга в ходе проведения рекомендованной им операции по удалению нескольких реберных хрящей.

Среди них наиболее опасными считались механические повреждения полости плевры, а вместе с тем и перикарда, приводившие к неизбежному возникновению пневмоторакса и (или) остальных инфекционных осложнений этих травм, часто становившихся причиной смерти оперированных больных.

Обширное операционное поле нередко становилось источником опасных кровотечений, особенно в связи с неизбежным повреждением межреберных артерий в результате резекции реберных хрящей вместе с прилегающей костной частью ребер. Как известно, эти артерии не спадаются в случае их ранения, что делает кровотечения из них особенно опасными.

Настоящим «крестом хирургов» (да и пациентов тоже) служило в те времена частое нагноение обширной операционной раны, следствием которого являлось полное или частичное прорезывание ранее наложенных кожных и мышечных швов и длительное (в течение многих месяцев) ее заживление в лучшем случае. Это грозное осложнение в те времена было способно привести к летальному исходу почти половину больных, у которых оно развивалось в полную силу.

Поэтому еще в январе 1921 г. профессором Ясенецким-Войно совместно с сотрудниками кафедры бактериологии (микробиологии) ТГУ [216] были начаты микробиологические исследования содержимого как «кариозных» каверн, находившихся в толще реберных хрящей, так и свищевых ходов мягких тканей грудной клетки, направленные к установлению возможного возбудителя «кариеса реберных хрящей». Их предварительные результаты были доложены на I научном съезде врачей Туркестанской республики. Однако обнаружить «какой-то специфический вирус», предполагавшийся гипотетически в качестве причины таинственного «кариеса», к тому времени не удалось. В содержимом каверн и свищей присутствовала банальная микрофлора вплоть до кишечной палочки, борьба с которой в те времена ограничивалась промыванием послеоперационной раны антисептическим раствором риванола и наложением на место уда-

ленного «кариозного» хряща тампона, пропитанного раствором настойки йода.

В первой половине 1923 г. хирург и профессор Ясенецкий-Войно представил членам научного медицинского общества при ТГУ еще одну из своих новых научных работ.

Это произошло на его 77 заседании, состоявшемся 8 мая 1923 г., где он сделал научный доклад на тему «О ранах диафрагмы» [217], который волею судьбы оказался последним. В нем видный ташкентский хирург впервые сообщил о разработке нового способа ушивания периферических ран диафрагмы, проникающих как в грудную, так и в брюшную полость. В случае их периферийной локализации он предлагал оригинальный способ их закрытия путем пришивания диафрагмы к грудной стенке Y-образными сквозными швами, которые накладывались вокруг этой раны с помощью особой шилообразной иглы с ручкой и завязывались над марлевыми валиками со стороны кожи передней грудной стенки. Это предложение Ясенецкого-Войно члены научного общества признали не только остроумным, но и чрезвычайно простым, так как его применение в умелых руках позволяло ушивание периферической раны диафрагмы в течение нескольких минут.

Епископ Лука: необыкновенные достижения в науке (1923—1924)

> «Истинно, истинно говорю вам: верующий в Меня, дела, которые творю Я, и он сотворит, и больше сих сотворит»
>
> (*Ин. 14; 12*)

1921—1923 годы в жизни Валентина Феликсовича связывались не только с началом священнической и архиерейской деятельностью будущего Святителя, но и небывалым творческим расцветом его научной работы в области хирургии, результаты которого во многом превосходили достижения прошлых лет.

Он без остатка отдавал свои силы обоим ипостасям. Казалось, что их разделение должно привести в итоге к некоторому свертыванию научного направления, так как с января 1921 г. часть своего времени отец Валентин неизбежно уделял служению в ташкентском храме или подготовке к проповедям в нем. Но этого не случилось. Напротив, деятельность священнослужителя явно благоприятствовала деятельности научной, действуя подобно катализатору, повышающему ее результативность.

Поэтому в свое время и отец Валентин, и епископ Лука (в одном лице) стали творцами существенных достижений на ниве отечественной хирургии, сотворив здесь явно «больше сих». Под этим подразумевался и профессор Войно-Ясенецкий, опередивший самого себя, если сравнивать его научные успехи, достигнутые в переславский период, когда он не был священнослужителем, с теми, которые появились в Ташкенте. Конечно, новые результаты стали возможными, благодаря вновь обретенному сплаву высочайшей духовности и профессионального мастерства.

Вместе с тем принятие сана епископа стало началом крестного пути, прологом тяжких испытаний, которым подвергалась не только прочность веры, но и верность врачебному долгу.

31 мая 1923 г. в духовной жизни священника и профессора Ясенецкого-Войно произошло одно из величайших событий. В этот день он был тайно рукоположен в сан епископа Барнауль-

ского и наречен именем Луки в честь известного святого апостола и евангелиста. Во время посвящения в архиерейский сан будущий епископ Лука испытал такое необычайное волнение, какого не видывали в своей жизни те, кому было поручено проведение этого церковного обряда.

В воскресенье, 3 июня того же года епископ Лука отслужил свою первую воскресную всенощную и литургию в ташкентском кафедральном соборе в качестве правящего архиерея, руководителя Туркестанской епархии. В воздухе собора уже «пахло грозой», так что «все священники... разбежались как крысы с тонущего корабля» [37, 38], по утверждению Святителя. Но вся следующая неделя запомнилась ему спокойной, как отмечал он в своих воспоминаниях.

Между тем есть основания полагать, что эти события в православной жизни Ташкента стали причиной массовой «общестуденческой сходки», состоявшейся в стенах ТГУ, по всей видимости, на следующий день после первого церковного богослужения епископа Луки в качестве архиерея (4 июня). На этом митинге студенты университета приняли постановление, где содержалось требование о немедленном увольнении профессора Ясенецкого-Войно из ТГУ, и передали его для рассмотрения в деканат.

Епископ Лука в своем письме, адресованном в тот же день в Москву архиепископу Иннокентию, отмечал, что «правление Университета отвергло это постановление и даже мне предложило занять вторую кафедру» [36, С. 86]. Но в сложившихся условиях профессор Ясенецкий-Войно не мог промолчать в ответ на грубый и несправедливый выпад студентов, направленный против его религиозных убеждений. Поэтому он тут же написал заявление декану с просьбой об увольнении из университета и прекратил работу на кафедре оперативной хирургии с топографической анатомией.

5 июня 1923 г. состоялось очередное и последнее заседание научного медицинского общества при ТГУ, на котором присутствовал в новом облачении епископ Лука и выступал на нем в прениях по докладу В. К. Ясевича, одного из ташкентских хирургов [218].

Дальнейшие события, происходившие в Ташкенте на той же неделе, тоже нельзя назвать спокойными. К примеру, 6 июня 1923 г. в газете «Туркестанская правда», являвшейся официальным органом ташкентской организации ВКП(б), появилась про-


ТУРКЕСТАНСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ЖУРНАЛ
Т. 3. № 1–8.
ЯНВАРЬ—АВГУСТ

Обложка «Туркестанского медицинского журнала», где был опубликован последний научный доклад профессора Ясенецкого-Войно «О ранах диафрагмы» и протокол последнего заседания научного медицинского общества при ТГУ, в котором принимал участие епископ Лука.

вокационная заметка под названием «Воровской епископ Лука». В ней некий журналист под псевдонимом «Горин» опубликовал открытый призыв к ташкентским властям, заключавшийся в том, чтобы немедленно привлечь к ответственности (т. е. арестовать) епископа Луку (хирурга Ясенецкого-Войно).

10 июня того же года снова наступило воскресенье, когда епископ Лука отслужил в кафедральном соборе вторую воскресную всенощную. Поздним вечером, около 23 часов, в дверь его квартиры, находившейся во дворе Ташкентской городской больницы, раздался громкий, требовательный стук. Это был первый обыск и первый арест, «черный ворон» и подвал ГПУ — начало крестного пути епископа и хирурга.

Вскоре из просторной квартиры бывшего главного врача и заведующего хирургическим отделением городской больницы выселили его малолетних детей, оставшихся на попечении приемной матери Софии Сергеевны Белецкой.



С. С. Белецкая.

Их поселили в тесной однокомнатной каморке, которую она занимала прежде в здании хирургического отделения, где являлась операционной сестрой. Такая семья могла поместиться здесь только в 2 яруса.

Детям епископа пришлось самим сооружать для себя в новом жилище хлипкие деревянные нары. Одно было хорошо: Софию Сергеевну не уволили с работы в городской больнице. Она была опытной операционной сестрой, но получала 20 рублей в месяц. Это было все, на что могла рассчитывать приемная мать, на полном иждивении которой много лет оставались дети профессора Ясенецкого-Войно.

Посвящение отца Валентина (Ясенецкого-Войно) в архиерейский сан нашло отражение в четырех научных работах хирурга, автором которых указывался епископ Лука. Несмотря на это замечательное отличие от остальных, все они сегодня малоизвестны для большинства почитателей его врачебного таланта.

Две эти работы были опубликованы в 1923 г. в немецком хирургическом журнале «Deutsche Zeitschrift für Chirurgie», выходившем в Лейпциге [208, 209], в том числе «Über das Unterbinden

der Gefässe bei Extirpation der Milz»[80] и «Notwendige Erweiterung der Operation von Mammakarzinom»[81].

При поступлении рукописей этих работ в редакцию лейпцигского журнала их автором указывался епископ Лука. Однако немецкий редактор по-своему воспринял сведения об авторе.

Поэтому в качестве автора обеих статей, опубликованных в «Deutsche Zeitschrift für Chirurgie», стал значиться «Lucas Bischof» или Лука Епископ (*нем.*), где высокая архиерейская должность была принята (в немецком переводе) за его фамилию. Это обстоятельство с иронией воспринимали многие современники Ясенецкого-Войно по ташкентскому периоду его жизни и деятельности, включая И. А. Кассирского.

Остальные научные работы Святителя, автором которых был епископ Лука, увидели свет в СССР в 1924 г. в новых хирургических журналах, включая ленинградский «Вестник хирургии и пограничных областей» и екатеринославский «Новый хирургический архив» [210, 211].

В последнем журнале, главными редакторами которого состояли известные хирурги С. П. Федоров и Я. О. Гальперн, имя автора было выделено и указано заглавными буквами как «епископ **ЛУКА**».

Научные работы 1923—1924 гг., принадлежавшие епископу Луке (ташкентскому профессору Ясенецкому-Войно), представляли собой крупный вклад в развитие отечественной хирургии. Об этом свидетельствовали принципиально новые способы нескольких оперативных вмешательств, разработанные хирургом Ясенецким-Войно и приведенные им в каждой из них. Они представляли собой квинтэссенцию его многолетнего опыта хирургической работы, «вершины» которого были достигнуты как в Переславле-Залесском, так и в Ташкенте. Однако ташкентская «вершина» оказалась повыше.

К примеру, в статье «О перевязке сосудов при удалении селезенки» (1923) епископ Лука сообщал об исследованиях, начатых им еще в 1911 г., когда он был главным врачом Переславской земской больницы. Тогда у него трагически погиб пациент, у которого в ходе оперативного вмешательства, проводимого по поводу удаления селезенки, внезапно оторвалась селезеночная

---

[80] О перевязке сосудов при удалении селезенки.

[81] Необходимость увеличения объема операции по поводу злокачественных опухолей груди.

артерия, что стало причиной массивной кровопотери. Этот случай навсегда остался в памяти хирурга, поставившего перед собой задачу разработать новый способ удаления селезенки, при котором перевязка ее сосудов будет технически упрощена до такой степени, что сведет на нет возможность отрыва селезеночной артерии до ее надежной перевязки.

Разработка этого оригинального способа потребовала многих лет, в течение которых его автор, не найдя «удовлетворительного решения... по этому вопросу... в довольно обширной литературе» [208, С. 396], занялся экспериментальным поиском нового оперативного решения.

В результате хирург Ясенецкий-Войно пришел к выводу, что легко выполнимая перевязка сосудов селезенки может проводиться только в том случае, если предварительно изолировать ее, разорвав руками или разрезав, при необходимости, тот связочный аппарат, с помощью которого она прикрепляется к диафрагме. Закончив эту процедуру, он предлагал переместить правее освобожденную от диафрагмальных связок селезенку так, чтобы стали хорошо видны сосуды в области «селезеночных ворот». В таком положении рекомендовал он «легко и быстро» произвести перевязку артерии и вены селезенки, после чего оперативное вмешательство заканчивалось рассечением другой связки, находившейся между селезенкой и желудком.

По мнению автора, предложенный им оригинальный способ удаления селезенки, отличался еще одним преимуществом. Оно заключалось в выполнении одного разреза передней брюшной стенки, проходившего по средней линии от мечевидного отростка грудины до пупка, тогда как способы других авторов обычно включали тот же и дополнительный боковой разрез.

К клиническим испытаниям нового способа Ясенецкий-Войно приступил незадолго до своего первого ареста и высылки из Ташкента. Об этом свидетельствует небольшое число случаев практического применения новой методики (5) в условиях хирургического стационара, на изучение результатов которых ему были отведены судьбой только «последние 6 месяцев» деятельности в качестве хирурга Ташкентской городской больницы и профессора ТГУ. Тем не менее каждый из них свидетельствовал о простом и блестящем решении, найденном Ясенецким-Войно.

Его использование опытным хирургом не только приводило к удалению селезенки в считанные минуты (в лучших случа-

ях — за 10 минут), но и позволяло избежать многочисленных осложнений в ходе выполнения этого сложного оперативного вмешательства.

Однако результаты открытия профессора Ясенецкого-Войно были опубликованы лишь в иностранном хирургическом журнале. В связи с арестом он не успел опубликовать свое сообщение в отечественной медицинской печати, где оригинальный способ удаления селезенки, разработанный ташкентским хирургом, так и не увидел свет в течение его жизни. Нет никаких сомнений, что о новом предложении не было сообщено и на заседании научного медицинского общества при ТГУ[82].

Таким образом, это достижение российской хирургии долгое время оставалось малоизвестным для отечественных хирургов, вынужденных знакомиться с ним только по данным иностранной печати, где в качестве автора фигурировал даже не хирург Ясенецкий-Войно, а никому не известный «Lucas Bischof или Лука Епископ».

Лишь в 1926 г., когда Святитель и хирург вернулся в Ташкент из первой ссылки, это недоразумение разрешилось, но только для ташкентских хирургов. Остальные отечественные хирурги долгое время оставались в неведении как в отношении нового способа удаления селезенки, разработанного их выдающимся соотечественником, так и по поводу личности загадочного «Луки Епископа».

Другой научной работой, опубликованной «Deutsche Zeitschrift für Chirurgie» вслед за статьей «О перевязке сосудов при удалении селезенки», являлась научная работа под названием «Необходимость увеличения объема операции по поводу злокачественных опухолей груди».

Здесь указывалось, что в случае злокачественного новообразования груди большинство хирургов считало операцией выбора оперативное вмешательство, предложенное Halsted'ом, которое нельзя признать радикальным.

Этот важный вывод был сделан автором в связи с собственными топографо-анатомическими исследованиями и клиническими наблюдениями. Благодаря вновь полученным собственным данным, ему удалось впервые описать новое анатомиче-

---

[82] По нашим данным, последний доклад священника и хирурга в этом научном медицинском обществе состоялся 8 мая 1923 г. и был посвящен оперативному лечению ранений диафрагмы.

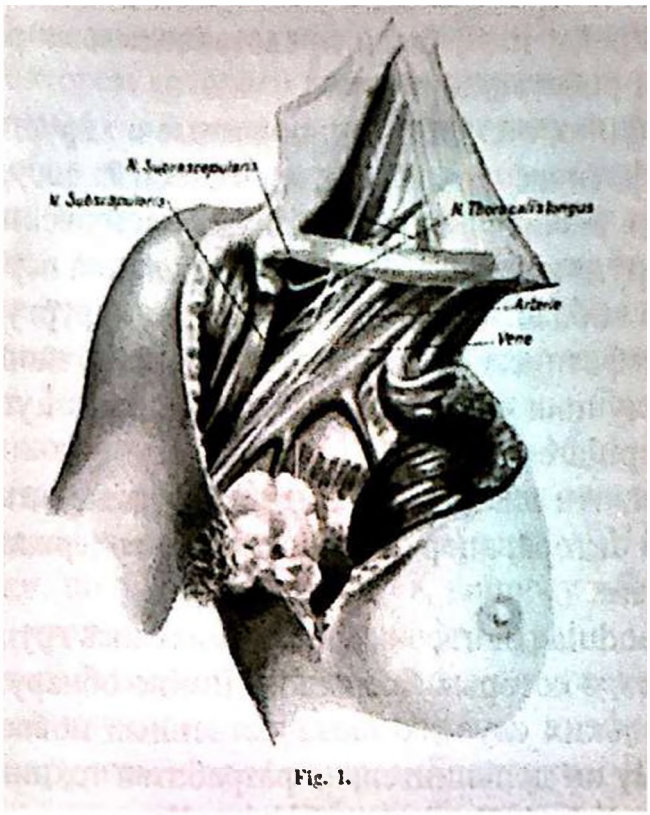


Fig. 1.

Рисунок Ясенецкого-Войно, где можно видеть вход в описанное им пространство треугольной формы после вскрытия его передней стенки.

ское пространство. Оно представляло практический интерес для хирургов, потому что в лимфатических узлах, находившихся в этом месте, нередко обнаруживались метастазы злокачественной опухоли груди, удаление которых не предусматривалось в ходе проведения операции Halsted'a. Это означало, что проведение классической операции следовало расширить, включив в ее программу обязательное удаление всех лимфоузлов, где могли образовываться раковые метастазы.

Поэтому хирург Ясенецкий-Войно подробно описал границы этого межмышечного образования, расположенного на высоте ключицы, и назвал его как Spatium thoraco-scapulare или грудо-лопаточное пространство. По его мнению, вход в него спереди был образован Fascia coraco-clavi-pectoralis с находящимися между ее листами M. pectoralis minor и M. pectoralis major. С медиальной или внутренней стороны его ограничивал M. serratus anterior major, покрывающий ребра. Заднюю стенку пространства (со стороны лопатки) образовывали M. subscapularis и M. trapezius.

Грудо-лопаточное пространство Ясенецкого-Войно, которое правильнее называть именем первооткрывателя, впервые опи-

савшего его, кроме того, было представлено и на рисунке, выполненном им собственноручно.

По его мнению, оно содержало важные в хирургическом отношении лимфатические железы, кровеносные сосуды и нервы, а также играло значительную роль в распространении в сторону лопатки или грудных мышц обширных флегмон, первично образовавшихся в области плеча. Благодаря хирургу Ясенецкому-Войно, лимфатические железы грудо-лопаточного пространства также получили оригинальное название как Lymphoglandulae thoraco-scapulares.

Разумеется, эти лимфоузлы следовало также называть двойной фамилией автора, впервые описавшего содержимое Spatium thoraco-scapulare.

Lymphoglandulae thoraco-scapulares являлись группой лимфатических желез, в которых Ясенецкий-Войно обнаруживал метастазы в нескольких случаях злокачественных новообразований груди. Поэтому он дополнительно разработал технику их удаления в ходе выполнения операции Halsted'a.

По всей видимости, существенное дополнение, которое внес Ясенецкий-Войно в ход операции Halsted'a, все-таки не изменило ее сущности, так как при выполнении этого вмешательства уже предусматривалось удаление других лимфатических желез, известных ранее, в которых также обнаруживались метастазы злокачественной опухоли.

Отсюда правильнее называть новую операцию, предложенную Ясенецким-Войно, не модификацией оперативного вмешательства Halsted'a, а операцией Halsted'a с дополнением Ясенецкого-Войно, предложенным для удаления группы лимфатических желез из Spatium thoraco-scapulare.

Что же касается грудо-лопаточного пространства и его содержимого в виде грудо-лопаточных лимфатических желез, то эти анатомические образования следует называть соответственно пространством и железами Ясенецкого-Войно.

Однако до сих пор эти заслуги епископа Луки не были известны широкому кругу хирургов, анатомов и врачей других специальностей, так как рассматриваемая научная работа до сих пор не только не была опубликована на русском языке в СССР или в России, но даже не описана кем-либо из историков медицины. Более того, ее единственное издание на немецком языке не было включено в перечень научных трудов хирурга Ясенецкого-Войно до самого последнего времени.

Прискорбно сознавать, но та же судьба постигла и другой научный труд, автором которого являлся епископ Лука, опубликовавший его в 1924 г. в одном из хирургических журналов СССР. Однако это обстоятельство не сделало его доступнее для наших читателей по сравнению с малоизвестными публикациями научных статей епископа в зарубежных изданиях. Как и фундаментальные труды, опубликованные за рубежом в 1923 г., эта работа епископа Луки до сих пор неведома отечественным врачам. Ее не было в перечне научных трудов Святителя и хирурга, опубликованном и В. А. Поляковым, и М. А. Поповским.

Полузабытая работа епископа Луки, увидевшая свет в екатеринославском «Новом хирургическом архиве» [211] в годы его первой ссылки, получила название «К вопросу об оперативном лечении ран, проникающих через диафрагму».

Нет никаких сомнений, что основные положения этой работы были темой научного доклада «О ранах диафрагмы», представленного хирургом и профессором Ясенецким-Войно на заседании научного медицинского общества при ТГУ, состоявшегося 8 мая 1923 г.

По всей вероятности, в течение мая того же года профессору удалось закончить техническое оформление этой работы и подготовить ее к передаче в редакцию «Нового хирургического архива».

После обряда посвящения в сан епископа под именем Луки и до ареста сотрудниками ГПУ прошло всего 10 дней, в течение которых в его жизни успело произойти многое, изменившее навсегда ее сложившийся ход. Но этого времени оказалось достаточно, чтобы не только указать на титульном листе нового научного труда имя епископа, но и отправить этот научный труд в далекий Екатеринослав (ныне Днепропетровск).

Есть основания полагать, что в то же время (в начале июня 1923 г. или до ареста) епископом Лукой были отправлены в Германию (в Лейпциг) две другие научные работы, которые в конце того же года были опубликованы под именем «Lucas Bischof».

В екатеринославском «Новом хирургическом архиве» очередь на публикацию научных трудов оказалась длиннее, чем в лейпцигском «Deutsche Zeitschrift für Chirurgie». Поэтому в нем новая работа епископа Луки увидела свет, по нашим данным, не раньше мая—июня 1924 г. или через год после первого его ареста.

В ней приводились результаты оперативного лечения автором 12 пациентов с сочетанными проникающими ранениями

грудной и брюшной полостей с повреждением свода (купола) диафрагмы и внутренних органов. Из них, по данным Ясенецкого-Войно, выздоровело только 2 больных. Большая часть погибших во время операции и после нее имели травматические повреждения, которые, как правило, были несовместимы с жизнью.

Ранения диафрагмы в нескольких случаях не определяли тяжелейшее состояние раненых, а сопутствовали повреждениям других, жизненно важных органов. Однако те из них, что становились причиной пневмоторакса, представляли существенную угрозу для жизни. Поэтому такие раны следовало ушивать без промедления.

Но какой путь для этой операции должен избрать хирург? Епископ Лука тщательно проанализировал преимущества и недостатки имевшихся способов ушивания ран диафрагмы при сочетанных ранениях грудной и брюшной полостей, в том числе трансплеврального (со стороны грудной полости) и абдоминального (со стороны брюшной полости). В результате он пришел к выводу о том, что трансплевральный способ «должен быть отвергнут при ранах, проникающих через диафрагму» [211, С. 92].

Поэтому «при всех огнестрельных ранах и... тяжелых колото-резаных необходимо оперировать[83] брюшным путем», — рекомендовал Святитель [Там же, С. 93], так как этот способ предусматривал ревизию органов брюшной полости, в ходе которой не останутся незамеченными повреждения жизненно важных органов.

Однако в ряде случаев раны диафрагмы были труднодоступными со стороны брюшной полости. В прошлом нередко приходилось, как считал автор, прибегать к использованию комбинированного метода, когда после чревосечения хирург осуществлял ушивание раны диафрагмы трансплевральным способом.

Но это положение существенно изменилось «с тех пор, как мы нашли очень простой прием для зашивания ран диафрагмы со стороны брюшной полости... такая комбинированная операция стала... совершенно ненужной» [Там же], — подчеркивал Ясенецкий-Войно.

Суть нового предложения хирурга и епископа состояла в том, что он советовал отказаться от трудоемкой процедуры сши-

---

[83] Здесь и далее имеется в виду оперативное вмешательство по поводу ушивания ранений диафрагмы.

вания краев диафрагмы в области раны, где трудно достигнуть нужной герметичности и надежности швов в условиях, когда диафрагма непрерывно движется, участвуя в акте дыхания.

В частности, для тех случаев, когда рана диафрагмы была расположена в области ее свода, епископ Лука предлагал заменить общепринятый способ другим, более простым и доступным приемом. Он состоял в сшивании грудной стенки с областью раны диафрагмы путем наложения вокруг нее нескольких Y-образных швов, проведенных через мягкие ткани груди изнутри кнаружи и завязываемых со стороны кожи над марлевыми валиками.

Хирург уверял читателей, что такие швы могут накладываться «с большой легкостью и быстротой при помощи длинной шилообразной иглы с рукояткой» [Там же]. В результате быстро восстанавливалась герметичность грудной полости, ликвидировался пневмоторакс, а также исключалось образование диафрагмальных грыж в области свода диафрагмы или реберно-диафрагмального синуса.

Вместе с тем он не считал «свой метод неуместным и в тех случаях, когда рана диафрагмы расположена выше реберно-диафрагмального синуса» [Там же, С. 94] или в области купола диафрагмы. В работе приводился успешный пример его применения при проникающем ранении груди с повреждением диафрагмы в области 6-го межреберья.

В этом случае епископ Лука предлагал не придавать особого значения возможности ранения иглой межреберной артерии, так как, по его мнению, «дело ограничится образованием гематомы» [Там же, С. 95].

Это был оригинальный оперативный прием, свидетельствовавший о нестандартном решении автора в деле хирургического лечения ранений диафрагмы. Однако его изложение в этой статье, на наш взгляд, свидетельствовало о некоторой поспешности в представлении полученных результатов. В ней явно не хватало нескольких разделов, которые украшали другие научные работы профессора. Как правило, они сопровождались оценкой уже имевшихся достижений в области ранений диафрагмы, принадлежавших другим авторам, а также обсуждением ближайших и отдаленных последствий в случае применения нового способа ушивания этих ран. Однако в научной работе Ясенецкого-Войно, названной им «К вопросу об оперативном лечении ран, проникающих через диафрагму», эти обязательные разделы отсут-

ствовали. Отсюда у читателей могло сложиться превратное представление о том, что епископ Лука являлся первооткрывателем оригинального оперативного приема ушивания ран диафрагмы, расположенных в области ее свода (реже — купола).

Так и случилось в скором времени. Нельзя не отметить, что в том же 1924 г. в «Новом хирургическом архиве» появилось опровержение, свидетельствовавшее о других первооткрывателях того же способа, получившего известность задолго до сообщения, принадлежавшего Ясенецкому-Войно. К числу тех, кто впервые применил новый способ, по мнению одного из московских хирургов, принадлежали английский хирург Frey и российский хирург Троянов. Поэтому автор опровержения называл его способом Frey—Троянова, так как они предложили новый способ «независимо друг от друга» [219]. Более того, этот московский хирург неоднократно применял в своей практике тот же оперативный прием, что подтверждалось сообщением, сделанном им на XIV съезде российских хирургов, проходившем в Москве в 1916 г.

Очевидно, излишняя поспешность, предпринятая епископом Лукой в опубликовании этой работы, была связана с предчувствием скорого ареста. Отсюда — стремление скорее завершить научные дела, многие из которых действительно были близки к завершению. Любой ученый рано или поздно бывает вынужден спешить с опубликованием важных для него научных результатов. Но спешка обычно не приводит к желаемому. Так случилось и с профессором Ясенецким-Войно, когда он вдруг осознал, что прежняя размеренная жизнь стремительно уходит в прошлое, возврата к которому нет.

Надо помнить, что все четыре научные работы, автором которых являлся епископ Лука, увидели свет после его первого ареста. Но три из них, которые уже известны, были написаны и спешно отправлены в редакции разных журналов до заключения под стражу. Поэтому среди них не может не выделяться та, которая была названа как «Артротомии при гнойных воспалениях больших суставов» [210], над которой автору пришлось работать в следственной тюрьме Ташкента, чтобы закончить ее. Здесь тоже можно видеть признаки некоторой поспешности, не свойственные многим научным работам профессора Ясенецкого-Войно. Это неизгладимый отпечаток пребывания Святителя в тюремной камере. Поэтому фактографическая часть «Артротомий...», основанная на результатах клинических наблюдений

(историях болезни, которые вдруг стали недоступными), оказалась скуднее, чем могла бы быть. Конечно, их автор многое восстановил по памяти, но это оказалось далеко не всем, что требовалось для завершения такой научной работы. Здесь было недостаточно карандаша и бумаги. Нужны были прежние черновики, чтобы не упустить ничего из задуманного и изложить свои мысли обстоятельно и неторопливо, как было в прежних научных работах. Но этого как раз и не хватало.

«Мы не располагаем нашими записями и не все можем восстановить по памяти» [Там же, С. 290], — впервые сообщал в научной работе епископ Лука, находившийся в тюремной камере.

Не будем забывать, что «Артротомии при гнойных воспалениях больших суставов», увидевшие свет сначала в виде журнальной статьи (1924), в последующем стали фундаментом нескольких самостоятельных разделов в I издании «Очерков гнойной хирургии» (1934). Другие разделы этой монографии, как теперь известно, тоже были написаны в застенках. Будет целесообразнее, если мы представим последнюю журнальную статью, автором которой стал епископ Лука, вместе с другими разделами «Очерков...», родившимися там же, где и эта уникальная работа.

«Очерки гнойной хирургии», рождавшиеся в застенках

> «На заглавном листе я написал: Епископ Лука. Профессор Ясенецкий-Войно. Очерки гнойной хирургии... Так удивительно сбылось таинственное и непонятное мне Божие предсказание об этой книге, которое я получил... несколько лет назад: „Когда эта книга будет написана, на ней будет стоять имя епископа"»
>
> (*В. Ф. Войно-Ясенецкий*)

Итак, около 23 часов 10 июня 1923 г. епископ Лука был арестован сотрудниками ОГПУ и препровожден в следственную тюрьму Ташкента. Его «крестный путь» достаточно подробно был описан В. А. Лисичкиным [36], использовавшим для этой цели подлинные документы из советских архивов. Нет необходимости повторять факты, уже изложенные им. Наша задача виделась в другом: выделить из известных событий того времени те, которые следовало сохранить в истории отечественной медицины. В первую очередь, к ним принадлежали условия и обстоятельства, связанные с историей написания знаменитых «Очерков гнойной хирургии», работу над которыми епископ Лука продолжал и в ташкентской тюрьме, и в первой ссылке.

Работу над «Очерками...» Святитель и хирург задумал еще в Переславле-Залесском, где в 1915 или 1916 г., как вспоминал он позднее, «пришло мне на мысль изложить свой опыт в особой книге — „Очерки гнойной хирургии". Я составил план этой книги и написал предисловие к ней» [37, 38].

Становится понятным, что в Ташкентскую городскую больницу доктор медицины Ясенецкий-Войно приехал с планом новой монографии. Однако за 6 лет работы в ней ему не удалось реализовать его. Причин тому было много, и главная из них — Гражданская война 1918—1920 гг., когда не только ташкентский хирург, но большинство врачей России были вынуждены оставить до лучших времен занятия научной деятельностью. Работа над этой книгой была возобновлена во второй половине 1920 г., когда он стал профессором медицинского факультета

ТГУ. В то время научную активность ташкентских ученых-медиков дополнительно стимулировала и медицинская секция ТНМО, а затем и самостоятельное научное медицинское общество при ТГУ, заседания которого проходили часто, несколько раз в месяц. Именно здесь в конце 1921—начале 1922 г. были представлены два научных сообщения священника и хирурга Ясенецкого-Войно[84], впервые посвященные тем же проблемам гнойной хирургии, которые нашли отражение в I издании известных «Очерков...» (1934). Кроме того, небывалым событием в деятельности хирургов Ташкента стал уже упоминавшийся I научный съезд врачей Туркестана, проходивший в октябре 1922 г., в трудах которого были опубликованы еще два доклада, принадлежавших Ясенецкому-Войно, в том числе «Артротомия при гнойном воспалении коленного сустава» и «Разрезы при гнойных тендовагинитах кисти рук». Их содержание также соответствовало авторскому плану подготовки I издания «Очерков гнойной хирургии».

Однако первоначальный план создания такой книги, имевшийся у Ясенецкого-Войно к началу 20-х годов прошлого века, вероятнее всего, был несколько другим, отличавшимся от хорошо известной структуры I издания.

Как отмечал Святитель и хирург, «в годы своего священства (или с января 1921 г. — *Ю. Ш.*) и работы... в ташкентской больнице я не переставал писать свои „Очерки гнойной хирургии", которые хотел издать двумя частями... (Ко времени ареста в июне 1923 г. — *Ю. Ш.*) оставалось написать последний очерк первого выпуска — „О гнойном воспалении среднего уха и осложнениях его"» [37, 38].

Попробуем выяснить, что понимал он сначала под «двумя частями» будущей монографии, а потом под ее «первым выпуском». Для этого следует ознакомиться с содержанием любого из прижизненных изданий «Очерков...» (см. приложения 3, 4).

Только прочитав их, можно увидеть две разные (по смыслу) части этой работы, имеющиеся как в I, так и во II или в III изданиях. Одна из них (основная часть) соответствует названию и посвящена исключительно гнойной хирургии. Другая, представленная в качестве приложения, посвящена местному и общему

---

[84] Имеются в виду доклады под названием «Гнойные паротиты и их лечение» и «О подступах к субдиафрагмальным абсцессам».

обезболиванию, в том числе способам областной или регионарной анестезии, которые впервые нашли отражение в первой монографии земского врача Ясенецкого-Войно под названием «Регионарная анестезия» (1915).

Содержание разных изданий «Очерков гнойной хирургии» дает возможность понять, что подразумевал автор под тем или иным разделом книги. Оказывается, вначале он подразделял ее на так называемые «выпуски», каждый из которых был посвящен своей анатомической области человеческого тела, от головы до пят.

К примеру, в первом выпуске рассматривались только гнойные заболевания области головы. К ним были отнесены автором «гнойные заболевания глаза», «глубокие флегмоны лица», «паротит...», «гнойные воспаления полости рта и глотки», «периоститы и остеомиелиты челюстей» и, наконец, то самое «гнойное воспаление среднего уха и его осложнения», которое, по заверению Святителя и хирурга, оставалось незаконченным ко времени первого ареста.

Остальные «выпуски» или разделы монографии соответствовали областям шеи, затем верхней конечности, груди, живота, таза и нижней конечности. Отдельно представлялись только такие разделы, где приводились заболевания, свойственные каждой из приведенных анатомических областей, в том числе «карбункулы и фурункулы», «лимфангоит» и др.

Можно полагать, что к июню 1923 г. епископ Лука закончил подготовку уже известного нам первого выпуска будущих «Очерков гнойной хирургии», за исключением только одной его части, посвященной гнойным отитам и их осложнениям. Это заключение подтверждается воспоминаниями Святителя и хирурга. В них указывалось, что в следственной тюрьме Ташкента Святитель «обратился к начальнику тюремного отделения, в котором находился, с просьбой дать... возможность написать эту главу. Он был так любезен, что предоставил... право писать в его кабинете по окончании его работы» [37, 38]. Как отмечалось в дальнейшем, недостающая часть первого выпуска в виде «гнойного воспаления среднего уха и его осложнений» в скором времени была им закончена.

Следовательно, за время пребывания в следственной тюрьме[85] Ташкента Святителю и хирургу удалось завершить только

---

[85] Здесь он провел около месяца: с 10 июня по 9 июля 1923 г.

небольшой или первый раздел из первой части будущей монографии, посвященный гнойным заболеваниям кожных покровов головы, полости рта и органов чувств и названный им «первым выпуском». Тогда же на его обложке он написал новое заглавие этой работы:

Епископ Лука (профессор Ясенецкий-Войно)
Очерки гнойной хирургии

К тому же, ташкентская тюрьма стала местом для написания и нескольких других разделов его «Очерков...», посвященных, в частности, оперативному лечению гнойных артритов крупных суставов.

К сожалению, Святитель и хирург не оставил каких-либо упоминаний об этом. Однако его научная статья под названием «Артротомии при гнойных воспалениях больших суставов», увидевшая свет во второй половине 1924 г.[86], является свидетельством того, что и она написана профессором Ясенецким-Войно после заключения под стражу.

Об этом свидетельствовали малозаметные (на первый взгляд) особенности, которые отличали ее от остальных научных трудов епископа Луки. В ней Ясенецкий-Войно старался привлечь внимание читателей к двум целям.

Основной из них являлось оперативное лечение гнойного воспаления «больших» суставов. Другая цель хирурга, ясно выраженная здесь, заключалась в подаче сигнала «SOS», адресованного хирургическому миру Отечества: «Терплю бедствие, нуждаюсь в помощи».

Конечно, в ней не было (и не могло быть) сведений о тюрьме, заключении под стражу или ссылке. Но эзопов язык, который был использован автором, свидетельствовал о его бедственном положении красноречивее всего.

Каждый, кто хоть однажды прочитал научную статью в солидном научном журнале, понимает, что ей должны предшествовать сведения об авторе. К ним обычно относятся должность, фамилия и инициалы, а также место жительства.

---

[86] Это произошло через год после того, как комиссия НКВД по административным высылкам приняла решение выслать Святителя и хирурга в Сибирь сроком на 2 года.

Эти данные являлись неотъемлемой частью всех научных работ Святителя и хирурга, за исключением трех последних, опубликованных в 1923—1924 гг. (здесь они были дополнены указанием «епископ Лука», свидетельствовавшем и о высоком духовном сане автора) [208, 209, 211].

Особняком от них держалась четвертая работа того же периода, посвященная артротомиям... больших суставов [210], которая была написана епископом Лукой после того, как он был лишен свободы.

В этой работе, к примеру, впервые отсутствовали сведения о месте жительства автора. Действительно, в остальных указывался или Верхний Любаж Курской губернии, где Ясенецкий-Войно был участковым земским врачом, или Переславль-Залесский, в котором он возглавлял земскую больницу, или Ташкент, где бывший земский врач стал профессором университета и епископом.

Здесь, в последней работе, автором которой значился епископ Лука, место жительства предусмотрительно не указывалось. Не мог Святитель указать в ней, как прежде, Ташкент, зная, что его ожидала скорая высылка из Туркестана в соответствии с постановлением Среднеазиатского бюро РКП (б), принятым 5 июля 1923 г.

9 июля 1923 г. профессор Ясенецкий-Войно был освобожден из тюрьмы Ташкента после письменного обязательства, состоявшего в том, что на следующий день он самостоятельно (без сопровождения конвоира) выедет в Москву, где по приезде встанет на учет в ОГПУ столицы. В этом московском ведомстве принималось окончательное решение как о сроке административной ссылки, так и о ее месте.

Таким образом, после освобождения из тюрьмы будущий ссыльный стал человеком без адреса, который собирался до того, как направиться в ссылку, послать в редакцию известного отечественного журнала научную статью, написанную во время пребывания в застенках. Отсюда понятно, почему в этой работе хирурга впервые не было указано место его жительства.

На подготовку к высылке из Ташкента профессор Ясенецкий-Войно получил около суток, в течение которых предстояло завершить множество разных дел: здесь оставались не только четверо его несовершеннолетних детей, но многочисленная паства, за которую он был в ответе. С собой в Моск-

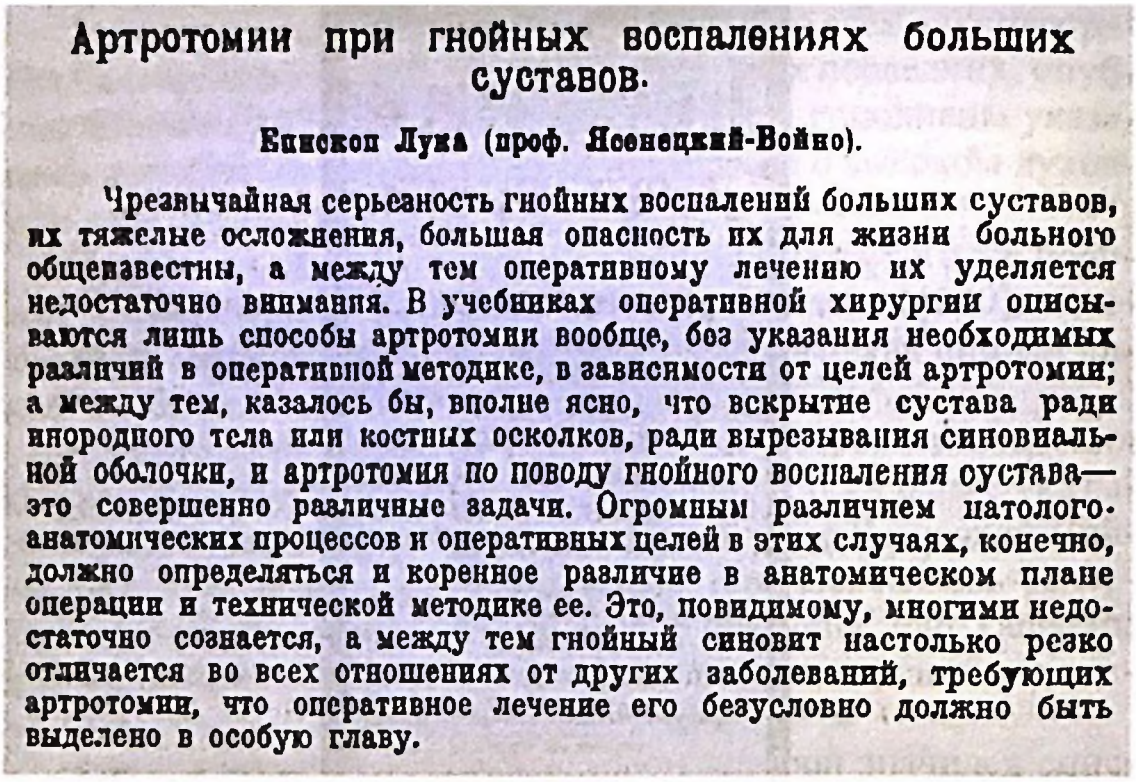


Обложка ленинградского хирургического журнала,
где была опубликована научная работа епископа Луки,
написанная в ташкентской тюрьме.

ву предстояло взять немногое. Это был карманный набор хирургических инструментов, несколько черновиков рукописи «Очерков гнойной хирургии» да написанная в тюрьме научная статья, которую следовало по пути отправить в Ленинград.

Скорее всего, «Артротомии при гнойных воспалениях больших суставов» были отправлены в редакцию ленинградского «Вестника хирургии...» из Москвы, где хирург воспользовался несколькими днями свободы, полученными после приезда в столицу. Встав, как предписывалось, на учет в ОГПУ, он был предоставлен самому себе в течение недели (с 17 по 23 июля 1923 г.), живя в Москве на частной квартире.

24 июля того же года епископ Лука был повторно взят под стражу при очередном посещении здания ОГПУ на Лубянке, где он периодически отмечался. Отсюда профессор Ясенецкий-Войно был направлен в Бутырскую тюрьму, где провел 3 месяца до перевода на пересыльный пункт Таганской тюрьмы, откуда начиналось движение заключенных по этапу, вплоть до места проведения административной ссылки.



Артротомии при гнойных воспалениях больших суставов.

Епископ Лука (проф. Ясенецкий-Войно).

Чрезвычайная серьезность гнойных воспалений больших суставов, их тяжелые осложнения, большая опасность их для жизни больного общеизвестны, а между тем оперативному лечению их уделяется недостаточно внимания. В учебниках оперативной хирургии описываются лишь способы артротомии вообще, без указания необходимых различий в оперативной методике, в зависимости от целей артротомии; а между тем, казалось бы, вполне ясно, что вскрытие сустава ради инородного тела или костных осколков, ради вырезывания синовиальной оболочки, и артротомия по поводу гнойного воспаления сустава— это совершенно различные задачи. Огромным различием патолого-анатомических процессов и оперативных целей в этих случаях, конечно, должно определяться и коренное различие в анатомическом плане операции и технической методике ее. Это, повидимому, многими недостаточно сознается, а между тем гнойный синовит настолько резко отличается во всех отношениях от других заболеваний, требующих артротомии, что оперативное лечение его безусловно должно быть выделено в особую главу.

Первая страница научной статьи епископа Луки «Артротомии при гнойных воспалениях больших суставов».

По мнению В. А. Лисичкина, в Бутырской тюрьме ему не разрешили продолжать научную работу над «Очерками гнойной хирургии», как это было в следственном изоляторе Ташкента. Не получил разрешения епископ Лука и на занятия врачебной деятельностью во время тюремного заключения, о чем просил администрацию Бутырской тюрьмы в заявлении от 14 августа 1923 г. Поэтому здесь Святителю и хирургу пришлось довольствоваться только тюремной библиотекой, где его внимание, конечно, привлекла «Библия», изданная на немецком языке.

Но рукопись его последней научной статьи уже находилась в безопасности и готовилась к опубликованию редакцией известного хирургического журнала.

В результате несколько ее разделов, посвященных тазобедренному, голеностопному и лучезапястному суставам, выглядели явно незавершенными. Это невероятное обстоятельство разъяснял читателям и автор научного сообщения, указавший в нем, что «по независящим от нас обстоятельствам мы еще долго не будем иметь возможности окончить эту работу, и потому вынуждены опубликовать полученные нами результаты в незаконченном виде, ввиду их важности» [210, С. 288].

Трудно представить себе важность незаконченных исследований. Скорее всего, автору было важно не то, что они не закончены, а то, **почему так случилось**. Ему хотелось, чтобы отечественные хирурги узнали правду о ссылке ташкентского хирурга и как-то способствовали его возвращению из нее.

В конце концов, незавершенные разделы можно легко исключить из любого исследования, которое от этого только выиграет. Так поступали другие ученые, да и Ясенецкий-Войно тоже. Но в таком случае в нем не оставалось бы места для искреннего сожаления автора по поводу того, что в его статье «некоторые важные технические детали, относящиеся к перерезке связок запястных косточек, остались еще не разработанными. Кроме того, при писании нашей статьи мы не располагаем нашими записями и не все можем восстановить по памяти» [Там же, С. 289—290].

А теперь представьте себя читателем этой статьи и попробуйте ответить на вопрос: где находился автор научной работы, не имеющий постоянного места жительства, оказавшийся не в состоянии окончить ее по независящим от него причинам, не располагавший прежними записями и не могущий восстановить их по памяти?

Возможный ответ очевиден. И сегодня большинство читателей могло бы ответить на него так: «В местах, не столь отдаленных».

Наше описание попыток автора привлечь внимание врачебной общественности к собственной беде было бы неполным без ключевой фразы Ясенецкого-Войно, которой завершалась его научная работа. Так, в заключение он справедливо указывал, что «наши исследования... прерваны... Однако (для решения проблемы гнойных синовитов. — *Ю. Ш.*) нужны подробные исследования, которые, вероятно, привели бы нас к выработке какого-либо специального оперативного метода» [Там же, С. 290], если бы (так и хочется добавить невысказанное) эта ссылка была отменена, а епископ Лука возвратился бы к прежнему образу жизни и деятельности.

С одной стороны, это заключение свидетельствовало о трагедии врача-исследователя, ученого и хирурга, уверенного в собственных силах, но лишенного возможности их применения во благо других.

С другой стороны, его можно считать и обращением к советским хирургам с надеждой на помощь в беде, постигшей их коллегу.

Было ли оно услышано? Скорее всего, да. Но не нашлось тогда сил, действующих сообща и способных подняться в защиту профессора Ясенецкого-Войно.

Вместе с тем подробное описание попыток ссыльного хирурга, предпринятых для привлечения внимания к собственному положению, не должно создавать впечатления, что ими ограничена эта научная работа.

Основное предназначение этого научного труда состояло в решении нескольких задач, связанных с разработкой новых способов оперативных вмешательств. Все они предложены автором с одной целью — артротомии или вскрытия полостей 5 крупных суставов верхних и нижних конечностей. К ним относились плечевой, локтевой и лучезапястный, а также тазобедренный и коленный суставы.

Из всех видов артротомии наиболее разработанным оказался способ, предложенный профессором для вскрытия коленного сустава в случае его гнойного воспаления или гонита. Этому во многом способствовали собственные топографо-анатомические исследования и клинические наблюдения автора, проведенные в ташкентский период деятельности.

Исходя из топографо-анатомических данных, епископ Лука рекомендовал разграничивать 2 отдела суставной полости коленного сустава, в том числе передний и задний. В нормальных условиях, как был уверен он, эти отделы сообщаются между собой посредством нескольких узких отверстий щелевидной формы. При гнойном воспалении синовиальной оболочки, выстилающей полость сустава, она набухала, что приводило к изоляции переднего отдела от заднего. Вместе с тем в заднем отделе он выделял срединную перегородку. Это образование в норме не препятствовало сообщению синовиальной жидкости между двумя половинами заднего отдела. Однако в случае гнойного воспаления «перегородка эта, неполная в нормальном состоянии, становится полной» [Там же, С. 280]. В результате на месте заднего отдела коленного сустава могли образоваться 2 изолированные полости, названные им «карманами», в том числе срединный и боковой.

Эти положения имели первостепенное значение для хирургической тактики, предложенной епископом Лукой в интересах оперативного лечения гнойного гонита (гнойного воспаления коленного сустава). Она состояла в том, чтобы в условиях отсутствия антибиотиков создать возможность для оттока

гноя из суставной полости путем вскрытия переднего отдела двумя боковыми разрезами, а также одним разрезом — каждого из «карманов», образовавшихся на месте заднего.

Анатомические данные, изложенные здесь, подтверждались и собственными клиническими наблюдениями автора, которые свидетельствовали в пользу избранной им хирургической тактики. Оставалось лишь добиться ее признания другими хирургами страны в виде «непререкаемого правила», принятого всеми. Тогда, по мнению Ясенецкого-Войно, тяжелейшие осложнения гнойных гонитов, нередко становившиеся причиной гибели или глубокой инвалидности таких больных, «отойдут в область предания... и только в виде редкого исключения будут наблюдаться в поздно оперированных, очень запущенных случаях» [Там же, С. 281]. Поэтому он обращал внимание специалистов на важную особенность собственной тактики. Она впервые заключалась в раздельном вскрытии медиального и латерального задних «карманов» коленного сустава при гнойном гоните, которое до него никто не применял[87]. Для этой цели совершенно не годился единственный разрез, ранее проводившийся в области подколенной ямки. Здесь требовались два других, заднебоковых, разреза, которые автор впервые предлагал производить при согнутом под прямым углом положении коленного сустава (до тех пор для вскрытия суставной полости его положение оставалось разогнутым).

Для вскрытия срединного «кармана» заднего отдела Ясенецкий-Войно предлагал простой и надежный метод французского хирурга Ф. Лежара. По этому методу сначала проводилось вскрытие переднего отдела суставной полости коленного сустава (с медиальной стороны), куда вводился длинный и слегка изогнутый пуговчатый зонд. Он осторожно проводился через передний отдел и задний срединный «карман» до тех пор, пока его «пуговка» не начинала выпячивать под кожей суставную капсулу коленного сустава. После ее отчетливого прощупыва-

---

[87] До этого предложения Ясенецкого-Войно обычно использовался один разрез в области подколенной ямки с целью вскрытия заднего отдела коленного сустава, применение которого он считал «совершенно неправильным» [210, С. 282] и анатомическим необоснованным, так как эта мера не приводила к вскрытию ни одного из двух изолированных карманов, обнаруженных епископом Лукой в его заднем отделе.

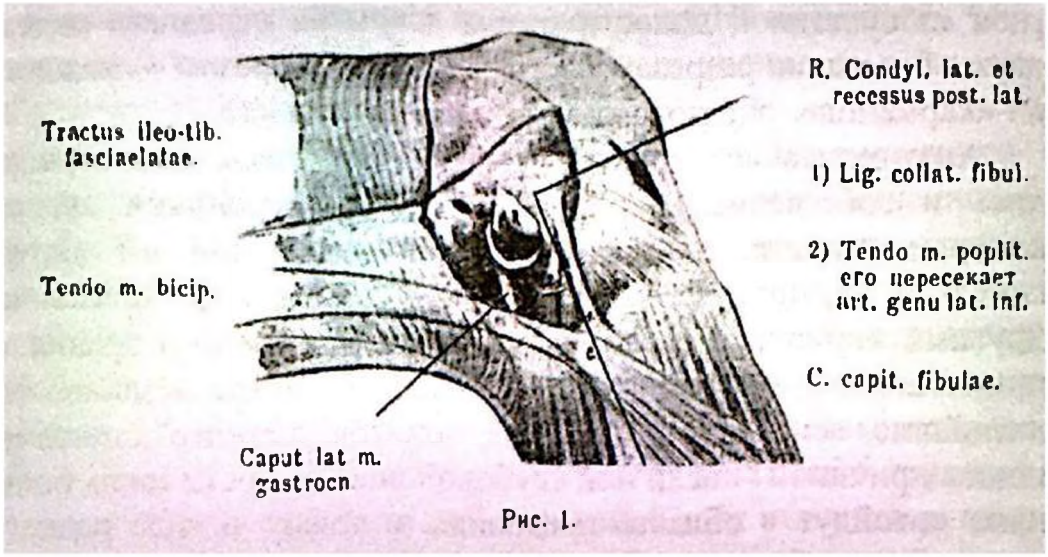


Рис. 1.

Собственноручный рисунок епископа Луки, выполненный в ташкентской тюрьме. Здесь место пересечения двух линий под прямым углом соответствует точке Ясенецкого-Войно, предложенной им в виде ориентира для вскрытия капсулы коленного сустава в области заднего бокового «кармана».

ния над ней производился кожный разрез, представлявший собой, по мнению епископа Луки, выполнение «самой простой задачи».

Однако дело вскрытия другого, бокового «кармана» обстояло далеко не так просто. Здесь не годился прежний технический прием, разработанный французским хирургом, потому что ввести нужный зонд в боковой «карман», пользуясь его методом, удавалось далеко не всегда.

Путем многочисленных «упражнений» на трупах Ясенецкому-Войно удалось преодолеть это препятствие и установить легко определяемую точку, соответствующую положению, удобному для вскрытия бокового «кармана» коленного сустава в случае гнойного гонита.

Эта точка до сих пор не известна большинству российских хирургов и историков медицины. Поэтому она не была названа именем ее автора, вполне заслужившего такую честь. Между тем епископ Лука сумел не только определить местоположение такой точки, но и сохранить его для нас на собственноручном рисунке, приведенном в той же научной работе.

По мнению автора, остроконечный скальпель, вертикально вколотый на 0.5—1 см кзади от этой точки, вскрывает полость заднего бокового «кармана».



Профессор Ясенецкий-Войно (епископ Лука) — заключенный ташкентской следственной тюрьмы ОГПУ (1923 г.).

В заключение раздела, посвященного артротомии коленного сустава, он еще раз обращал внимание на строгую последовательность выполнения такого оперативного вмешательства в случае гнойного гонита. Оно начиналось «с обычного вскрытия bursae suprapatellaris двумя боковыми разрезами» [Там же, С. 284]. Затем проводился небольшой разрез на уровне суставной щели, через который вводился изогнутый зонд, достигавший заднего срединного «кармана» и выпячивавший его кнаружи. Над «пуговкой» зонда осуществлялся разрез кожи и подлежащих мягких тканей с целью вскрытия суставной капсулы. После определения ориентира (точки Ясенецкого-Войно) выполнялось вскрытие и заднего бокового «кармана». В дальнейшем нога больного фиксировалась в полусогнутом положении, а в каждый из разрезов полости коленного сустава, включая 2 переднебоковых и 2 задних (для срединного и бокового «карманов» соответственно), вводились резиновые дренажные трубки, через которые проводилась пассивная эвакуация гноя.

Предлагая новую хирургическую тактику с целью оперативного лечения гнойного гонита, Ясенецкий-Войно в интересах

эффективного дренирования полости коленного сустава отвергал «обычные 2 разреза на уровне суставной щели», широко применявшиеся остальными хирургами, считая эти разрезы не только «ненужными», но и «анатомически неправильными», так как дренажная трубка, проводимая через них, «ничего не дренируя, причиняет только вред» [Там же].

Также подробно и обстоятельно, основываясь на результатах собственных топографо-анатомических исследований и клинических наблюдений за особенностями течения гнойного воспаления, хирург описывал способы артротомий остальных «больших суставов», за исключением голеностопного. Хирургическая тактика в отношении последнего еще не была разработана, потому что «наши исследования над этим суставом прерваны в самом начале» [Там же, С. 290].

После опубликования во II полугодии 1924 г. эта научная работа профессора Ясенецкого-Войно сыграла свою главную роль. Пусть она не могла считаться (и не считалась) вполне законченной. Но те ее разделы, которые удалось завершить в ташкентской тюрьме, в частности раздел об артротомии коленного сустава, вооружили советских хирургов новым видением хирургической тактики при гнойном гоните, позволившим им не только разделить эту точку зрения автора, но и начать практическое применение нового оригинального способа, предложенного им для вскрытия коленного сустава.

Кроме того, многие из них сочувственно отнеслись к бедственному положению епископа и врача, о котором узнали из этой работы. Другое дело, что помочь ему словом и делом ввиду духовной, политической, нравственной и территориальной разобщенности врачебное сословие страны оказалось не готово.

Было у этой работы еще одно предназначение, о котором хорошо знал ее автор. Она являлась основой для написания нескольких глав[88] знаменитых «Очерков гнойной хирургии», впервые опубликованных через 10 лет после ее выхода в свет. Нет сомнений, что за это десятилетие содержание 6 разделов данного научного труда, особенно тех, где были пробелы, связанные с арестом и ссылкой, автору удалось дополнить и изменить в соответствии с ходом развития медицинской науки и практики тех лет.

---

[88] По нашим данным четырех, как минимум.

Она стала краеугольным камнем в фундаменте научно-практических исследований епископа Луки, предпринятых в интересах оперативного лечения гнойных воспалений крупных суставов. Их результаты в дальнейшем были приведены в «Очерках гнойной хирургии» — главной книге жизни профессора Ясенецкого-Войно.

Исцеление больных в годы первой ссылки (1923—1925)

«В это трудное время я очень ясно, почти реально ощущал, что рядом со мною Сам Господь Бог Иисус Христос, поддерживающий и укрепляющий меня»

(*В. Ф. Войно-Ясенецкий*)

Когда епископ Лука после освобождения из ташкентской тюрьмы уехал в Москву на обычном пассажирском поезде и без конвоя, ташкентские хирурги не стали придавать этому событию оттенка безысходности и продолжали надеяться на его скорое возвращение из столицы в Ташкент.

Летом 1923 г. круг их общественных забот в основном определялся задачами подготовки к проведению в Ташкенте очередного II научного съезда врачей Туркестана, который первоначально предполагалось созвать в апреле 1924 г., хотя на деле он состоялся только в апреле 1925 г. С этой целью были установлены главные программные вопросы, одним из которых стали «методы лечения воспалительных процессов в хирургии» [220]; избран состав так называемого правления научных съездов врачей Туркестана, куда вошли видные хирурги республики, включая П. Ф. Боровского, П. П. Ситковского и других.

Правление сочло нужным поручить подготовку основного доклада по данному программному вопросу, тема которого была сформулирована как «лечение инфицированных ран», не кому-нибудь, а признанному специалисту в этой области епископу и хирургу Ясенецкому-Войно. Нет оснований для уверенности, что республиканские хирурги, принимавшие это решение, не были осведомлены о заключении Святителя в одну из московских тюрем. Напротив, они знали об этом и надеялись на торжество справедливости. Возвращение епископа Луки к своим прежним, в том числе врачебным, обязанностям связывалось ими только с верховной московской властью. На местную власть надежды уже не было.

Более того, в решении правления нельзя не заметить искры несогласия и протеста против действий местных, туркестанских,

властей, ставших инициаторами высылки Святителя и хирурга из республики.

Но эти искорки не стали пламенем, и епископ Лука продолжал томиться сначала в Бутырской тюрьме, а затем и в пересыльном пункте Таганской тюрьмы, где он оказался, когда его приговор (2 года административной ссылки в Сибирь) был утвержден окончательно.

В конце ноября 1923 г. Валентин Феликсович был отправлен в арестантском вагоне в первую восточносибирскую ссылку. Его крестный путь по железным дорогам СССР лежал через Тюмень, Омск, Новосибирск и Красноярск, где были недолгие «этапные остановки».

330 километров от Красноярска до Енисейска пришлось преодолевать по зимнему санному пути, по которому двигались днем, а ночью отогревались на какой-нибудь стоянке (был январь 1924 г.). На одной из них епископ Лука произвел свою первую (в Сибири и в ссылке) хирургическую операцию. Здесь в крестьянской избе он встретился с местным жителем лет тридцати, перенесшим тяжелую форму остеомиелита плечевой кости, «никем не леченного». Уже много месяцев «и рубаха, и постель (больного. — *Ю. Ш.*) всегда были залиты гноем» [37, 38]. Причиной этого являлась огромная гноившаяся рана в области плеча, из которой выступала головка и верхняя треть плечевой кости. Был единственный способ помочь тяжелому больному. В зияющей ране надо было найти секвестр (обломок кости, образовавшийся в результате нагноения и поддерживающий этот процесс) и удалить его. Только тогда больной мог рассчитывать на облегчение страданий. Необходимых хирургических инструментов у Святителя и хирурга не было, поэтому он «попросил найти слесарные щипцы и ими без всякого затруднения вытащил огромный секвестр» [Там же]. Так начиналась его врачебная и хирургическая деятельность в Красноярском крае в 1924—1925 гг.

В городе Енисейске, куда епископ Лука был доставлен 18 января 1924 г., он с другими ссыльными получил «хорошую квартиру в доме зажиточного человека» [Там же] и прожил там около двух месяцев. Это жилище находилось в двухэтажном доме Забоевых, расположенном на улице Ручейной.

Енисейск получил свое название от великой сибирской реки, на берегу которой был расположен, в месте впадения в нее Ангары. Город являлся центром сибирского золотопромышленного

района, где до 1917 г. насчитывалось до 15 000 жителей. Тут было много добротных кирпичных и бревенчатых домов, украшенных узорными резными наличниками, где жили не только купцы и золотопромышленники, но и семьи квалифицированных рабочих и служащих, считавшихся людьми обеспеченными — сибирское золото всех кормило. Мощенные камнем улицы, ухоженный городской парк, электрическое освещение и даже телефон — это приметы дореволюционного Енисейска. Тут лучшие здания принадлежали городской гимназии, больнице, дому призрения и, конечно, одиннадцати златоглавым церквям, включая собор. В городе действовала общедоступная библиотека, книжному фонду которой завидовали другие сибирские поселения, работал доморощенный театральный коллектив. В округе славилась оснащением и врачами енисейская больница (оборудование для операционной выписывалось из Германии).

Но революции и войны преобразили этот сибирский город. Прежде всего, он обезлюдел. К началу 1924 г. в нем едва ли оставалось 6000 жителей. Свои добротные дома покинули не только купцы и крупные золотопромышленники, учителя и инженеры, речные капитаны и врачи, но и квалифицированный рабочий люд. Поэтому места опытных хирургов и врачей других специальностей достались фельдшерам, открывшим в городе собственную частную практику. Освободившиеся особняки заняли новые учреждения: горком и окружком ВКП (б), окружком комсомола, подразделения ОГПУ и пр.

Приезд в Енисейск ташкентского профессора и хирурга «произвел очень большую сенсацию» [Там же] среди жителей города и его окрестностей. Так случилось потому, что в Енисейске епископ Лука вернул зрение сразу трем слепым от рождения мальчикам-братьям, выполнив на своей квартире каждому из них оперативное вмешательство по удалению врожденной катаракты. Очевидцы этих событий с восторгом рассказывали об одном из прозревших мальчиков, к которому, когда он стал видеть, подвели коня и спросили: «Видишь его? Чей это конь?». Мальчик ответил, что коня видит, но не знает его, и стал по привычке ощупывать животное. Только после этого он радостно закричал: «Да наш это, наш Мишка».

В результате доктор В. А. Башуров, заведовавший городской больницей, пригласил видного хирурга к себе в хирургическое отделение в качестве консультанта, где за 2 месяца пребывания

в Енисейске Ясенецкий-Войно произвел «немало очень больших хирургических и гинекологических операций» [Там же].

Кроме того, хирургу приходилось проводить амбулаторный прием больных у себя на дому. Местных жителей, стремившихся попасть на прием к профессору, оказалось так много, что начиная с первых дней пришлось записывать желающих на несколько недель вперед. В скором времени эта очередь растянулась на несколько ближайших месяцев.

Стремительно росла в Енисейске и популярность епископа Луки, который стал совершать богослужения на своей квартире, так как священники города «уклонились в „живоцерковный" раскол» [Там же]. К тому же местные жители того времени помнили, по мнению Г. Фаста, об одном эпизоде, связанном с самовольным открытием епископом Лукой для богослужений городского храма, закрытого по распоряжению райисполкома [221, С. 184—185]. Этот акт явного неповиновения городским властям привел к повышенному вниманию к епископу и хирургу со стороны властных структур, куда не прекращались жалобы местных фельдшеров на огромные гонорары, якобы получаемые ссыльным профессором на амбулаторном приеме больных.

Чтобы установить «мздоимство» хирурга, сотрудники ОГПУ стали посылать к нему на прием «разведчиков», готовых щедро «отблагодарить» Ясенецкого-Войно за оказанную им врачебную помощь. Однако все они возвратились ни с чем, уверяя руководство, что «поп» не берет с больных никакой мзды, а в ответ на благодарность пациентов отвечает: «Это Бог вас исцелил моими руками. Молитесь Ему».

Но епископу Луке не пришлось принять всех больных, записавшихся к нему на прием на месяцы вперед. Городские власти Енисейска решили, что ссыльному епископу и хирургу здесь не место. Поэтому 3 марта 1924 г. он был вновь арестован и выслан из сибирского города к новому месту ссылки, находившемуся в 300 км от прежнего. Этот крестный путь лежал по льду Ангары через районный центр Богучаны, где к хирургу обратился больной, нуждавшийся в срочной хирургической операции. У него был обнаружен нагноившийся эхинококк печени (многоклеточный паразит, колонии которого обосновались в жизненно важном органе больного). В отличие от первого сибирского оперативного вмешательства, здесь было не обойтись слесарными щипцами. Больному требовалась не только срочная, но и сложная операция, связанная с чревосечением, последующим удале-

нием пузырей эхинококка из ткани печени и длительным послеоперационным уходом за ним. Но конвоиры снисходительно разрешили ссыльному профессору только проведение самой операции, которая, на удивление, прошла успешно. Епископ Лука был вынужден оставить больного на попечение Всевышнего и местного фельдшера, чтобы продолжать свой скорбный путь к новому месту назначения.

Им стала глухая деревушка Хая, одиноко ютившаяся на берегу речки Чуны, одного из притоков Ангары. В ней тогда было всего 8 дворов, а вокруг на сотни километров — бескрайняя тайга. Единственный путь сюда — по льду Енисея и Ангары (зимник) или по летней, открытой воде сибирских великих рек.

В этом глухом краю, где ссыльный прожил 3 месяца, тоже пришлось оперировать, выполняя «в исключительной обстановке» ювелирную офтальмологическую операцию. Из всех припасов, необходимых для нее, у епископа и хирурга с собой был только «набор глазных инструментов и маленький стерилизатор» [37, 38], когда к нему обратился слепой старик, потерявший зрение из-за обширной катаракты. В пустой нежилой избе он уложил больного на узкую лавку, стоявшую под окном, «и в полном одиночестве сделал ему экстракцию катаракты» [Там же]. И эта операция, выполненная без местного обезболивания и других необходимых средств, оказалась успешной. Слепой прозрел и был благодарен хирургу до конца дней своих.

В июне 1924 г. пребывание в деревушке Хая закончилось. Возвращаясь в Енисейск через Богучаны, епископ и хирург не забыл навестить здесь прежнего тяжелого больного, оперированного им по пути в Хаю в связи с нагноением эхинококка печени. В результате епископ Лука «нашел его вполне здоровым» [Там же].

В Енисейске Ясенецкого-Войно ждала одиночная камера городской тюрьмы, где ему пришлось ожидать прибытия парохода из Красноярска, чтобы на нем отправиться по Енисею дальше на север, в далекий сибирский городок Ново-Туруханск.

Пароход тащил за собой несколько барж, набитых ссыльными. В июле того же года в трюм одной из них попал и ссыльный епископ. Караван тянулся медленно по широкому Енисею, тысячу верст вниз по реке шли без малого две недели. Баржи качало, по ночам их снасти свирепо рвал ветер, всюду скрипело и визжало старое прогнившее железо. Да и солнца ссыльные почти не видели: это лето выдалось сырым и холодным. В низовьях Ени-



Вид на Енисей с берега в нижнем течении
(фотография 20-х годов прошлого века).



Семья тунгусов у юрты (фотография 20-х годов прошлого века).

сея его берега стали низкими и болотистыми, а потому особенно унылыми.

Пристаней было мало. Отсюда каждая остановка становилась чуть ли не праздничным событием, во время которого ссыльные торопились размять онемевшие от долгого лежания члены. На одной из таких редких стоянок епископ Лука увидел группу тунгусов, встречавших этот пароход с караваном из барж. Все они были больны трахомой, представлявшей собой, по определению хирурга, «вирусное заболевание глаз, при отсутствии лечения ведущее к изъязвлению роговицы, завороту век, образованию бельма, слепоте» [Там же].

Одному из них, уже полуслепому от заворота век, Святитель и хирург предложил безотлагательно приехать в ново-туруханскую больницу и сделать там операцию, чтобы не ослепнуть окончательно. Забегая вперед, отметим, что этот больной последовал совету врача и действительно приехал в течение лета в Ново-Туруханск, где Ясенецкий-Войно успешно произвел ему пересадку слизистой оболочки губы на область век. Таким образом, дальнейший заворот их был остановлен, а грозившая больному слепота отступила.

Далекий северный край, куда тянулся караван с ссыльными, представлял собой громадную территорию, протянувшуюся вдоль берегов Енисея на несколько тысяч километров. На севере его ограничивал берег Ледовитого океана, а на юге — остров «Дядя», находившийся в излучине Енисея и отделявший этот край от Енисейского уезда бывшей Енисейской губернии, центром которого являлся город Енисейск. С запада и востока границами Туруханского края были прямые линии, тянувшиеся на расстоянии нескольких сот километров вдоль Енисея, разделявшего край на две части, западную и восточную.

Его малочисленное русскоязычное население (около 5000 человек) в основном вело оседлый образ жизни, а туземное (около 11 000 жителей) больше кочевало по лесотундре вместе с оленьими стадами. Редкие поселения края (7 сел и 73 деревни, называвшихся «станками», где могло быть всего несколько дворов) находились по берегам Енисея и его притоков [222, С. 9].

Сначала столицей края было поселение Туруханск, которое появилось на карте России раньше Санкт-Петербурга. Здесь в 1677 г. уже возвышались 4 оборонительные башни, выстроенные в одну линию на берегу реки Турухан. В каждой из них устанавливалась бронзовая пушка и находились котлы для

кипятка и запасы каменьев на случай осады туземцами. В течение двух следующих веков это поселение значительно разрослось и стало видным российским форпостом северного края, одним из признанных центров пушной торговли. Экономическое положение Туруханска пошатнулось к началу XX века, когда обмелела река Турухан, изменив прежнее русло, и это поселение оказалось одним из островков среди прибрежных болот. В январе 1912 г. в нем оставалось всего 127 жителей (70 мужчин и 57 женщин), ютившихся в 47 полуразвалившихся лачугах. Тогда же все административные учреждения Туруханска были переведены в новую столицу края, которой стало село Монастырское, находившееся в 30 верстах от старого поселения. Это поселение, известное с 1660 г., было основано вокруг Туруханского Троицкого монастыря, от которого получило первоначальное историческое название. После перевода сюда учреждений прежней краевой столицы оно стало называться Новым Туруханском или Ново-Туруханском. Наши современники и вовсе переделали его в Туруханск, хотя на географических и административных картах того времени такого поселения не найти.

Ко времени приезда в Ново-Туруханск ссыльного епископа Луки с его товарищами в нем насчитывалось 2—3 сотни убогих деревянных домишек, в беспорядке разбросанных по высокому косогору в месте впадения в Енисей реки Нижней или Монастырской (так тогда еще называли эту реку) Тунгуски.

Это поселение было самым северным из всех 7 сел Туруханского края, условия жизни в котором были значительно суровее, чем в остальных. К примеру, среднегодовая температура в Ново-Туруханске не превышала минус 6 °С, тогда как в Енисейске она составляла только минус 2 °С. Кроме того, Енисей в этом месте замерзал около 19 октября, когда краем окончательно завладевала долгая сибирская зима. Конечно, в этом крае были места и посуровее, чем Ново-Туруханск, но все они располагались уже за Северным полярным кругом. Впрочем, отсюда до Северного полярного круга уже было рукой подать.

Местных достопримечательностей было немного: школа-семилетка и тюрьма, исполком и единственная фактория Госторга (магазин), почтовое отделение и больница со стационаром на 5 коек, изба-читальня и метеорологическая станция, развалины бывшего Туруханского Троицкого монастыря и Троицкая церковь.

Местные рыбаки и охотники, в основном населявшие городок, давно привыкли обходиться без городских удобств: тротуаров, электричества, хлебопекарни, аптеки, обувной или портняжной мастерской, библиотеки. К приезду Ясенецкого-Войно в городской больнице даже не было врача, так как прежний ее заведующий незадолго до этого уехал по состоянию здоровья в Красноярск, да так и не вернулся.

Поэтому епископа и хирурга в Ново-Туруханске ожидали и приняли с большим вниманием и почетом. Едва он вышел с баржи на берег, как толпа местных жителей, ожидавшая его, мгновенно опустилась на колени, прося благословения. Ему тут же было предложено вести врачебную работу, и он разместился «в квартире» бывшего врача больницы. Как удалось выяснить, она находилась в здании городской больницы и представляла собой смежную комнату небольших размеров, одна дверь которой выходила в общий коридор, а другая открывалась в комнату рядом, где проживал с семьей один из фельдшеров.

Больничный персонал был невелик. Здесь постоянно работали только два фельдшера. Однако на том же пароходе, который доставил сюда Ясенецкого-Войно, приехала медицинская сестра из Красноярска, только что получившая диплом «и очень волновавшаяся от перспективы работать с профессором» [37, 38]. Первоначально это были все наличные силы ново-туруханской медицины того времени, которым предстояло выполнить в городской больнице несколько сложных операций. К ним относились как резекция верхней челюсти по поводу злокачественного новообразования, так и чревосечения в связи с проникающими ранениями брюшной полости с повреждением внутренних органов, остановки маточных кровотечений, предотвращение слепоты при трахоме, катаракте и др.

Есть сведения и о том, что в октябре 1924 г. в городской больнице Ново-Туруханска стал работать врач Попов (терапевт, по всей видимости, так как и после его приезда обязанности хирурга продолжал выполнять профессор Ясенецкий-Войно).

Здесь, в операционной, еще по старой ташкентской традиции тоже была икона, возле которой теплилась зажженная лампада. А еще некоторые очевидцы свидетельствовали, что после обработки операционного поля хирург привычно ставил йодом крест на теле больного.

Разные авторы приводят различные фотографии туруханской больницы, где много месяцев жил и работал епископ. Одну



Одна из улиц Ново-Туруханска (на заднем плане — Троицкая церковь) (фотография 20-х годов прошлого века).



Туруханская районная больница (1982 г.).



«У докторского сарая в Туруханске» [223].

из них, к примеру, В. А. Лисичкин опубликовал в нескольких своих работах. На ней можно видеть, как больница выглядела в 1982 г.

Нам удалось обнаружить одно из ранних изображений новотуруханской больницы, сделанное в 20-е годы прошлого века, которое больше соответствовало времени работы в ней профессора Ясенецкого-Войно, чем в случае В. А. Лисичкина. Эта фотография была опубликована в 1931 г. в «Сибирской советской энциклопедии». Она сопровождалась оригинальной надписью, которую мы воспроизводим вместе с фотографией.

По всей вероятности, именно здесь 9 ноября 1924 г. епископ и хирург принял трудное для себя решение, написав заявление об увольнении с должности врача-хирурга больницы из-за конфликта с председателем Туруханского крайисполкома В. Я. Бабкиным. Причиной увольнения стало ультимативное требование новотуруханских властей под руководством Бабкина, настаивавших на отказе епископа и хирурга от благословения в городской больнице больных, во множестве приходивших на амбулаторный прием и одновременно просивших епископа благословить их.

Но мог ли епископ отказаться от исполнения архиерейского долга, состоявшего в том числе и в соблюдении обряда благословения? Надо думать, что нет. Единственное, на что он еще имел право, был отказ от работы в больнице, где запрещалось исполнять этот долг.

Вместе с тем нельзя рассматривать отказ епископа и хирурга в одном лице от продолжения работы в ново-туруханской больнице как нарушение долга врачебного. Он был во власти убеждения, разделявшегося всеми святыми целителями христианского мира. Им была хорошо знакома формула исцеления больного врачом, состоявшая в том, что «руками врача исцеляет Бог». Они не сомневались в могуществе Всевышнего, наделявшего мощными целительными силами прежде всего тех врачей, кто искренне верил в него. Поэтому в сердце епископа Луки, которое считалось им средоточием души человеческой, не было двойного понимания своего долга как архиерейского, с одной стороны, и врачебного — с другой. В его понимании существовал только один долг христианина, состоявший в безраздельном служении единому Господу нашему Иисусу Христу.

Величественное следование епископа и хирурга христианскому долгу вызывало злобу у руководителей Ново-Туруханска, понимавших собственное бессилие в борьбе с ним и его убеждениями. После отказа епископа Луки от работы в городской больнице в эту борьбу на его стороне вынужден был включиться и заведующий отделом здравоохранения Туруханского края Ивченко. Он обращался прямо в ОГПУ с заявлением о пересмотре позиции этого ведомства, требовавшего отказа епископа благословлять больных в больнице, так как «с увольнением Ясенецкого-Войно хирургическая работа в больнице остановится» [36, С. 139].

Однако ни председатель Туруханского крайисполкома Бабкин, ни аппарат ОГПУ по Ново-Туруханску не пожелали отступиться от собственных амбиций. У них в запасе оставалось последнее испытанное средство: отправить строптивого епископа и хирурга подальше от Ново-Туруханска, с глаз долой, хоть за Полярный круг, но чтобы спокойнее стало управлять краем в его отсутствие. Поэтому 7 декабря 1924 г. епископа Луку в очередной раз вызвали в здание ОГПУ, находившееся неподалеку от городской больницы. У входа в него уже стояли сани, запряженные парой лошадей, и топтавшийся тут же милиционер. Уполно-

мочсиный ОГПУ по Ново-Туруханску, как вспоминал Святитель, «встретил меня с большой злобой и объявил, что за неподчинение требованиям исполкома (читай, В. Я. Бабкина. — *Ю. Ш.*) я должен немедленно уехать дальше из Туруханска и на сборы мне дается полчаса. Я только спросил спокойно: куда именно высылают меня? И получил раздраженный ответ: На Ледовитый океан» [37, 38].

Так, в лютые декабрьские морозы началась убийственная высылка епископа и хирурга из «столицы» Туруханского края, конечным пунктом которой должен был стать один из малолюдных жилых «станков», расположенных далеко за Северным полярным кругом. Такое «путешествие» по льду замерзшего Енисея, когда в течение короткого дня следовало преодолеть 50—70 км, чтобы достигнуть места для очередного ночлега, были не под силу многим местным жителям. Этот путь, по убеждению епископа Луки, «был очень тяжел» для него [Там же]. Но в это трудное время он «очень ясно, почти реально ощущал, что рядом ... Сам Господь Бог Иисус Христос, поддерживающий и укрепляющий» [Там же] душу и тело ссыльного.

Однажды, проехав без остановки около 70 км, он настолько закоченел, что уже не мог самостоятельно передвигаться. Местные крестьяне внесли его в избу на руках и там долго отогревали. Но Бог продолжал его хранить, и последние 230 км, оставшиеся до назначенной ему деревни, прошли, как он писал, «без приключений».

В деревне Плахино, избранной новым местом для ссылки епископа, стояло всего 3 избы и еще 2 большие груды «навоза и соломы, которые в действительности были жилищами двух небольших семей» [Там же].

Здесь предстояло провести епископу долгую полярную зиму. В одной из таких изб, разделенной на 2 половины, жил молодой крестьянин с женой. Его переселили на другую половину, стеснив тех, кто уже жил там.

Свободная половина избы была предоставлена Ясенецкому-Войно, бытовые заботы о котором взяли на себя местные крестьяне. Каждый мужчина деревни обязался поставлять ему «полсажени дров в месяц». По местным меркам этого должно быть достаточно для обогрева нехитрого жилища. Одна из крестьянок должна была ему готовить, а другая — стирать. Так складывался зимний быт епископа и хирурга, вынужденного пе-



Виды жилищ в дальних сибирских поселениях (русская изба, тунгусский чум, земляной дом, состоявший из навоза с соломой).

режидать полярные холода в почти полном одиночестве, л..... шись множества привычных и дорогих ему занятий.

Их заменила повседневная и изнурительная борьба с холодом (к голоду и плохой пище епископ Лука относился спокойно). По его свидетельству, в той половине избы, где ему предстояло жить, на двух окнах была установлена одинарная оконная рама. Роль второй (зимней) играли плоские льдины, приморожденные к ней снаружи. Щели в рамах, несмотря на лютые морозы, не были ни законопачены, ни заклеены. Поэтому местами сквозь большие щели таких рам Святитель видел дневной свет лучше, чем через окна из льдин. В одном углу его жилища и у входной двери лежал снег, который не таял ни при каких обстоятельствах. Его нехитрое убранство дополняли деревянные нары, покрытые оленьими шкурами, и «железная печурка», которую следовало непрерывно топить. При этом питьевая вода в ведре все равно успевала покрыться слоем льда.

За колченогим столом, стоявшим в середине избы, ему приходилось сидеть только тепло одетым. Тогда выше пояса еще сохранялось ощущение тепла, а ниже — все равно было холодно. Оставалось только лежать, укутавшись в меха: благо, что этого добра у него хватало. Однажды, когда стало совсем невмоготу, епископ решился помыться, несмотря на жуткий холод. Тогда на его половину крестьяне принесли 2 ведра воды: одно с горячей, а другое с холодной водой, где плавали куски льда. Другой такой попытки ему не захотелось предпринимать за все время пребывания в деревне с символическим названием Плахино, где епископ и хирург стойко выдержал почти 3 зимних месяца.



Туруханский край с Енисейским уездом бывшей Енисейской губернии (карта 1931 г.).

На карте 30-х годов прошлого века можно видеть все места первой восточносибирской ссылки Святителя 1924 г., начиная от Енисейска и того приангарского района, где на одном из притоков Ангары находилась лесная деревушка Хая (он расположен восточнее Енисейска).

Здесь же легко различить и столицу Туруханского края — поселение Ново-Туруханское, а также Плахино (на карте — Плахина), находившееся в 230 км за Северным полярным кругом, севернее Игарки. Оно стало самым дальним северным поселением, куда был выслан Святитель и хирург в 1924 г.

Особенно трудно приходилось, когда задувал леденящий душу и тело арктический ветер из центра холода, Северного полюса, по-местному прозванный «сивером». Святитель вспоми-

нал, что на чердаке его половины были развешаны рыболовные сети, снабженные большими деревянными поплавками. Когда в течение многих дней подряд дул «сивер», эти поплавки стучали непрерывно, напоминая ему «музыку Грига „Пляска мертвецов"» [37, 38]. Под звуки этой «музыки» отчаянно трудно было выходить из избы по несколько раз в день «по естественным надобностям», но каждодневная борьба с холодом неизбежно включала и такие житейские эпизоды.

Эта заполярная ссылка закончилась так же неожиданно для епископа, как и началась. В начале марта 1925 г. в деревню Плахино приехал первый (со времени приезда Ясенецкого-Войно) проезжий. Он привез ему письмо от уполномоченного ОГПУ по Ново-Туруханску, в котором тот «вежливо предлагал... (епископу и хирургу. — *Ю. Ш.*) вернуться в Туруханск» [Там же]. Как потом выяснилось, этому предшествовал бунт возмущенных местных жителей, решивших «устроить погром ГПУ и сельсовета» [Там же], потому что в городской больнице умер тяжелый больной, нуждавшийся в операции по неотложным показаниям, которую без Ясенецкого-Войно было сделать некому. Туруханские начальники оказались так напуганы народным гневом, что немедленно послали гонца в деревню Плахино за ссыльным епископом Лукой.

После лютых заполярных холодов обратный путь в Ново-Туруханск показался не слишком долгим, трудным и утомительным. Епископ даже нашел в себе силы, чтобы побывать в том же «станке», где отбывал ссылку И. В. Сталин, хотя для этого пришлось сделать немалый крюк («сталинская» деревня находилась несколько в стороне от пути, ведущего по льду Енисея из заполярья в столицу Туруханского края). Но теперь, когда туруханские власти стали просить его вернуться, епископ Лука мог себе позволить маленькую роскошь для ссыльного и не особенно спешить к начальству: до конца административной ссылки еще оставалось чуть больше двух месяцев.

Он вернулся на место прежнего поселения 7 апреля 1925 г., в знаменательный день «Благовещения Пресвятой Богородицы», и немедленно возобновил хирургическую работу в ново-туруханской больнице. С тех пор уполномоченный ОГПУ по Ново-Туруханску, отправивший епископа и хирурга среди зимы в далекое Заполярье на почти верную погибель, вел себя с ним «изысканно вежливо, осведомлялся о... здоровье и житье в Плахино» [Там же]. Ему даже пришлось позабыть свои прежние требова-

ния, запрещавшие благословение Святителем больных в больнице Ново-Туруханска. Свидетельством тому стал, по выражению Ясенецкого-Войно, «пикантный инцидент», случившийся во время приема больных, когда в больницу пришел все тот же уполномоченный ОГПУ. Вслед за ним к епископу Луке явилась «целая вереница тунгусов со сложенными руками для принятия благословения» [Там же]. Тогда епископ демонстративно встал и благословил всех, просивших этого, а уполномоченному пришлось сделать вид, что он не заметил ничего необычного, происходившего в кабинете хирурга.

Вместе с тем изысканная вежливость уполномоченного ОГПУ стоила епископу Луке нескольких дополнительных месяцев пребывания в Туруханском крае, когда срок его двухлетней ссылки давно истек[89]. Это время потребовалось уполномоченному, чтобы собрать на епископа и хирурга новые компрометирующие материалы и добиться его повторного ареста с целью существенного увеличения срока высылки. Такие шокирующие сведения удалось установить в 2001 г. В. А. Лисичкину, много работавшему с подлинными документами, хранившимися в архивах ОГПУ—НКВД—КГБ [36].

Пока уполномоченный ОГПУ по Ново-Туруханску ткал без устали свою «паутину», в которой, по его разумению, обязательно должен был оказаться епископ Лука, тот продолжал в столице края подвижническую врачебную деятельность, спасая местных жителей от немыслимых страданий, связанных с запущенными и вовсе нелеченными тяжелейшими болезнями.

Надо отметить, что в I издание «Очерков гнойной хирургии» волею автора вошел всего один (зато исключительный) случай, связанный с его многомесячной хирургической деятельностью в туруханской больнице. Это означало, что подавляющая их часть не сохранилась, представляя собой повторение пройденного, т. е. таких эпизодов во врачебной деятельности профессора Ясенецкого-Войно, которые уже заняли отведенное им место в его книге.

Грустная история, вошедшая в «Очерки гнойной хирургии», произошла с 14-летним подростком, имевшим несчастье забо-

---

[89] Он должен был исчисляться с 10 июня 1923 г., когда Ясенецкий-Войно был арестован в Ташкенте, и заканчиваться в первой половине июня 1925 г. согласно постановлению московской комиссии НКВД по административным высылкам, принятым в октябре 1923 г.

леть острым остеомиелитом бедренной кости и в одиночестве (без какой-либо врачебной помощи) бороться с ним в течение двух месяцев. Ему пришлось преодолеть в рыбачьей лодке около 750 км водной глади Енисея, чтобы добраться до Ново-Туруханска, где была ближайшая больница с опытным хирургом. На этом пути с больным произошло еще одно несчастье, когда его перекладывали в лодке. В результате у него образовался патологический перелом бедра, значительно осложнивший течение острого остеомиелита.

Вскоре после поступления мальчика в больницу епископ Лука произвел срочное оперативное вмешательство, на котором обнаружил, что бедренная кость, сломанная в средней трети, находилась в огромной гнойной полости. Поэтому ее «нижний отломок оказался почти весь омертвевшим и его пришлось отпилить над самым эпифизом» [224, С. 240]. Дальнейшее лечение патологического перелома бедренной кости в результате остеомиелита продолжалось в условиях постоянного вытяжения, являвшегося единственным способом для физиологического сопоставления обломков бедра и образования костной мозоли. При этом удалось избежать образования ложного сустава в месте перелома, так как через несколько месяцев непрерывного лечения началось срастание обломков кости. Однако короткое северное лето уже заканчивалось, и в дело успешного лечения больного ребенка безжалостно вмешалась приближавшаяся сибирская зима. Его родители, не дождавшись окончания лечебных процедур, были вынуждены досрочно забрать сына домой с одним из последних пароходов, уходивших из Ново-Туруханска на юг незадолго до зимнего ледостава. Они понимали, что лечение не закончено, но не могли оставить его в больнице еще на 9 месяцев или до начала новой навигации.

Эту безвыходную ситуацию остро переживал и епископ Лука, исчерпавший все возможности врачебного воздействия на родителей подростка. Однако они оставались непреклонными. Вместе с тем в этом деле у епископа и хирурга присутствовал личный мотив. Он также заключался в том, что на юг, в сторону Красноярска и «Большой земли», из Ново-Туруханска уходил последний в этом году пароход. А епископа Луку, ссылка которого давно закончилась, до отплытия парохода так и не вызвал уполномоченный ОГПУ для получения документов об освобождении. При этом все другие ссыльные, имевшие тот же срок, либо давно уехали обратно, либо находились на пути в Крас-

ноярск. Сомнений не оставалось. Местные власти вознамерились задержать Ясенецкого-Войно в Ново-Туруханске еще на один год.

Накануне вечером, когда последний пароход готовился отплыть наутро, епископ очень волновался, что его не вызывали в ОГПУ. Волнение продолжалось все утро и закончилось глубоким покоем и умиротворением, наступившим после третьего гудка и медленного отчаливания судна от пристани.

«Иди, иди, ты мне не нужен...», — шептал епископ, глядя вслед уходящему пароходу, пока тот окончательно не скрылся из глаз за излучиной Енисея.

По его свидетельству, это волнительное событие произошло 20 августа 1925 г. Вскоре (28 августа) епископ Лука пишет письмо, адресованное единственному нобелевскому лауреату среди врачей России и СССР, академику И. П. Павлову[90], являвшемуся глубоко верующим христианином. Поводом для написания такого письма стал «слух от знающих» о благочестии видного советского академика. Он сопровождался сведениями о праздновании его 75-летнего юбилея, а также о предстоящем 200-летнем юбилее отечественной Академии наук, к выдающимся представителям которой принадлежал И. П. Павлов.

Можно утверждать, что с последним пароходом в Ново-Туруханск была доставлена очередная партия ссыльных, один из которых поделился с епископом Лукой новым для него сообщением. В результате появилось это письмо великому академику, написанное на тетрадном листе, в верхней части которого чернилами был поставлен крест, а подпись свидетельствовала, что его автором был «смиренный Лука, епископ Ташкентский и Туркестанский (б. профессор топографической анатомии и оперативной хирургии Ясенецкий-Войно)» [37, 38].

Святитель сообщал Ивану Петровичу: «...изгнанный за Христа на край света (три месяца прожил... на 400 верст севернее Туруханска), почти совсем оторванный от мира ... только что узнал о прошедшем чествовании Вас по поводу 75-летия Вашей славной жизни[91]...» [Там же]. Поэтому епископ Лука просил принять и это запоздавшее поздравление, славя Бога, давшего

---

[90] Оно опубликовано в примечании (№ 38) к воспоминаниям Святителя под названием «Я полюбил страдание» [37, 38].

[91] Этот юбилей отмечался в Ленинграде 29 сентября 1924 г., т. е. Ясенецкий-Войно поздравлял с ним И. П. Павлова с опозданием на год.

российскому академику великую силу ума и благословившего научные труды Павлова. Епископ и хирург низко кланялся физиологу в знак глубокого уважения, вызванного не только научными заслугами, но и широко известным благочестием ученого. В заключение он посылал ему архиерейскую «любовь... и благословление...» с надеждой, что «благодать и милость Господа нашего Иисуса Христа да будет с Вами» [Там же].

Здесь же, в Ново-Туруханске, Ясенецкий-Войно успел получить и ответ от академика, душу которого затронуло приветствие ссыльного епископа.

«Ваше Преосвященство и дорогой товарищ! — указывал в телеграмме Павлов. — Глубоко тронут Вашим теплым приветом и приношу за него сердечную благодарность. В тяжелое время, полное неотступной скорби для думающих и чувствующих, чувствующих — по-человечески, остается одна жизненная опора — исполнение по мере сил принятого на себя долга. Всей душой сочувствую Вам в Вашем мученичестве. Искренне преданный Вам Иван Павлов» [Там же].

По данным В. А. Лисичкина, только 20 ноября 1925 г. Ясенецкий-Войно получил извещение из Красноярска о том, что срок его ссылки закончился. Однако местный уполномоченный ОГПУ продолжал фабриковать против епископа и хирурга новое политическое дело по обвинению его в антисоветской пропаганде, проводимой во время церковных проповедей и богослужений. Лишь обращение епископа в Туруханскую прокуратуру и районный исполнительный комитет с заявлением о содействии в установлении причин его незаконной задержки в ссылке позволило определить срок выезда епископа Луки из Ново-Туруханска. Он был назначен на 4 декабря того же года.

Если в декабре 1924 г. хирург был отправлен в Заполярье на санях, открытых всем ветрам, то теперь туруханские умельцы соорудили для него специальный «крытый возок», который должен был защищать его от сибирской непогоды. Точно в назначенный день новый «экипаж» епископа отправился от туруханской больницы в далекий путь, растянувшийся на 1600 км по замерзшему руслу Енисея. Прощание с ней выглядело малолюдным: постоянных сотрудников в больнице и больных в ее стационаре из нескольких коек было немного. Зато дальнейший путь епископа пролегал мимо монастырской церкви, где он много проповедовал прихожанам и даже проводил богослужения. Здесь, на выезде из Ново-Туруханска, собралась «большая толпа наро-

да», возглавлявшаяся местным священником, чтобы торжественно проводить епископа и хирурга.

В других больших селениях, стоявших на берегах Енисея, где были действующие церкви, его тоже встречали колокольным звоном священнослужители и прихожане, прослышавшие о проезде архиерея. После молебна и проповеди епископ Лука продолжал свой путь в сторону Красноярска. Лишь однажды (по нашим данным) пришлось изменить его, чтобы навестить бывшего пациента. Это был тот самый подросток с запущенным остеомиелитом бедренной кости, в результате которого произошел ее патологический перелом, потребовавший проведения тяжелой операции и длительного послеоперационного лечения в ново-туруханской больнице.

«Его увезли домой с почти зажившей раной, но еще не сросшейся костью, — писал Святитель в первом издании «Очерков гнойной хирургии». — Я его видел на обратном пути из Туруханска. Рана вполне зажила без свищей, и кость прочно срослась, но в совершенно неправильном положении так, что нога была функционально непригодна. Мальчика пришлось отправить в Красноярск для остеотомии» [224, С. 240].

Другие бывшие пациенты сами к нему подходили, чтобы поблагодарить хирурга за спасение, когда он проезжал через их селение. Особенно запомнился Святителю старик-тунгус, обратившийся в ново-туруханскую больницу, будучи полуслепым от трахомы. Хирургу удалось предотвратить заворот век у этого больного, ведущий к полной слепоте, произведя удачную пересадку слизистой оболочки губы в область больного века. Ко времени новой встречи с епископом Лукой он продолжал промышлять охотой, стреляя белок и попадая прямо в глаз, — так хорош был конечный результат этой офтальмологической операции.

«Архиерейский путь» епископа Луки из Ново-Туруханска в Красноярск продолжался не меньше месяца, так как он вернулся в этот город из северной ссылки лишь «за два дня до праздника Рождества Христова» [37, 38], когда наступил новый 1926 г. В какой-то из этих дней он выполнил в Красноярской городской больнице «оптическую иридэктомию» (иссечение части радужной оболочки глаза) монаху Мелентию, который был слеп на один глаз из-за центрального бельма роговицы. Эта операция была подобна чуду, так как после удаления части радужки в больном глазу слепого образовывалось небольшое «окно», бла-

годаря которому он прозревал, начиная видеть белый свет после многих лет слепоты.

Весть о епископе-хирурге, собравшемся сделать уникальную операцию, мигом распространилась среди врачебного сословия города Красноярска. Поэтому, приехав с больным монахом в городскую больницу, епископ «неожиданно увидел в глазном отделении целую толпу врачей, пришедших посмотреть на... операцию» [Там же].

Это была первая показательная офтальмологическая операция профессора Ясенецкого-Войно, которую он выполнял в присутствии многочисленных коллег по профессии.

В свое время дерптский профессор Николай Пирогов также демонстрировал коллегам высокое искусство удаления за считанные минуты камней из мочевого пузыря. На эти демонстрации многие из них приходили с хронометрами (часами), чтобы объективно оценивать блистательную хирургическую технику Пирогова.

То же произошло и на первой показательной операции епископа Луки, с которой было «быстро покончено», однако зрители не спешили расходиться из операционной. Тогда профессор, желая сгладить возникшую паузу, выразил сожаление, что не может продемонстрировать собравшимся врачам другую офтальмологическую операцию. По его мнению, она могла бы быть более интересной и востребованной для практических врачей, так как состояла в удалении слезного мешка, что требовалось чаще, чем выполнение экзотической «оптической иридэктомии».

В то же время в Красноярской городской больнице находился больной, нуждавшийся в удалении слезного мешка путем операции, детально разработанной хирургом Ясенецким-Войно в переславской и ташкентской больницах. Пока его готовили к оперативному вмешательству, профессор рассказал красноярским врачам о топографической анатомии слезного мешка и о способах местной и регионарной анестезии, применявшихся для обезболивания операционного поля.

Когда операция началась, он продолжал демонстрировать по ее ходу те же положения, о которых сначала рассказывал. При этом уже не было ни спешки, ни хронометража. Успех обеих демонстраций был полным и заслуженным. Больные благодарили умелого хирурга за исцеление и безболезненное проведение этих вмешательств, врачи — за блестящую хирургическую технику, ораторское искусство и преподавательское мастерство.

Отслужив в кафедральном соборе Красноярска рождественскую всенощную и литургию совместно с красноярским епископом, епископ Лука в знаменательный день Рождества Христова 1926 г. отправился на городской вокзал. Отсюда начался заключительный этап освобождения из ссылки, конечным пунктом которого был Ташкент. Однако в пути, из Омска, епископ и хирург дал телеграмму престарелым родителям, жившим в украинском городе Черкассы вместе со старшим братом Владимиром Феликсовичем, адвокатом местной юридической консультации. В ней сообщалось о скором приезде к ним. Это была трогательная, но короткая встреча с родными, которых он не видел много лет. К тому времени его матери, Марии Дмитриевне, уже исполнилось 76 лет, а Феликсу Станиславовичу — 85.

В конце января того же года епископ вернулся в Ташкент. Первое время после приезда он жил в той же каморке, куда была выселена из пятикомнатной квартиры главного врача городской больницы С. С. Белецкая вместе с его детьми. Большую часть этого помещения занимали деревянные нары, сделанные его сыновьями. На них едва помещалась семья епископа для ночного отдыха. Днем же в комнатушке было не повернуться. Поэтому для своих передвижений в летние месяцы детвора пользовалась окном так же часто, как и дверью, чтобы оказаться на улице. Но теперь, когда в Ташкенте стояла зима, дневная толчея на этих нескольких квадратных метрах стала невыносимой. Следовало срочно решать жилищную проблему. Но была и еще одна, не менее важная: возвращение к архиерейской, врачебной и профессорской деятельности. Ее решение означало возвращение к прежней жизни, больше нужной другим, чем самому себе, и оправдываемой великим предназначением, суть которого сводилась к «крылатому» выражению Николааса ван Тульпа: «Светя другим, сгораю сам».

Освобождение... от ипостасей епископа и хирурга (1926—1930)

(Как епископ епархиальной Ташкентской кафедры. — *Ю. Ш.*) «я был уволен на покой в 1927 году. Это было началом греховного пути и Божиих наказаний за него»

(*В. Ф. Войно-Ясенецкий*)

Ко времени возвращения епископа в Ташкент в нем многое стало другим: чужим и малопонятным.

К примеру, новыми властями города был разрушен ташкентский кафедральный собор, где епископ Лука провел первые богослужения после посвящения в сан архиерея. В новой части Ташкента еще оставалась действующей церковь преподобного Сергия Радонежского, однако в ней «несколько раз служил ссыльный епископ, перешедший в обновленчество» [37, 38], как позднее вспоминал Святитель и хирург. Следовало вновь освятить этот храм, изгнав оттуда священнослужителей-обновленцев, что «требовал» от епископа Луки протоиерей Михаил Андреев, разделявший с ним тяготы енисейской ссылки и вернувшийся в родные места незадолго до епископа Луки.

Случилось так, что епископ, лишившийся какой-либо опоры в жизни после возвращения в Ташкент, «отказался исполнить это требование». Его выполнение повлекло бы за собой начало нового конфликта с городскими властями, поддерживавшими «новую» православную церковь. Тогда немедленно возникло другое противостояние, между ним и протоиереем Андреевым, который «вышел из подчинения» епископу Луке и сумел восстановить против него московского митрополита Сергия, Местоблюстителя Патриаршего престола.

Не произошло и восстановления в должности заведующего хирургическим отделением Ташкентской городской больницы, на которое надеялся хирург Ясенецкий-Войно, возглавлявший его в течение 6 лет (1917—1923). Это место было давно занято новым хирургом, доцентом университета Г. А. Ильиным, работать под началом которого он посчитал невозможным для себя.

К тому же бывший Туркестанский государственный университет, где епископ в июне 1923 г. был вынужден отказаться от



Коллектив кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией в 1926 г. Сидят в середине первого ряда: заведующий кафедрой профессор Ф. И. Валькер (слева) и ее будущий руководитель, а пока преподаватель Б. А. Стекольников (справа).

профессорской должности, изменил свое название за время его ссылки. Еще в июле 1923 г. это высшее учебное заведение было названо Среднеазиатским государственным университетом (САГУ). Были и другие перемены на медицинском факультете этого университета, ставшие определяющими для бывшего профессора кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией.

Как известно, прежняя должность епископа Луки долгое время оставалась вакантной. Поэтому в 1923—1925 гг. ее временно исполнял Г. А. Ильин, преподаватель кафедры факультетской хирургии. В отличие от профессора Ясенецкого-Войно, на обзорных лекциях которого нередко присутствовали не только студенты университета, но и врачи-хирурги Ташкента, он был вынужден, в силу обстоятельств, ограничивать свою деятельность на кафедре оперативной хирургии с топографической анатомией только проведением семинарских занятий. Лишь в результате всероссийского конкурса, объявленного в 1925 г., на должность заведующего этой кафедрой был избран видный хирург профессор Ф. И. Валькер, представитель прославленной

Военно-медицинской академии и ученик известного ленинградского профессора В. Н. Шевкуненко. Он приехал в Ташкент незадолго до возвращения из ссылки Ясенецкого-Войно.

Поэтому восстановление бывшего ссыльного Ясенецкого-Войно в прежней профессорской должности также оказалось невозможным.

После возвращения в Ташкент у епископа и хирурга оставалась только единственная возможность врачебного служения «страждущему человечеству» — частная практика. В течение прежней жизни и деятельности Ясенецкого-Войно она не занимала сколько-нибудь заметного места. В новых условиях этот вид врачебной работы стал для епископа единственным способом исцеления больных, обращавшихся к нему за медицинской помощью.

Лишившись после ссылки возможности работать в государственных лечебных учреждениях Ташкента, епископ и хирург, по одним данным, снял, а по другим — купил небольшой домик (две комнаты с прихожей) на Учительской улице, находившейся в новой части города, неподалеку от церкви Сергия Радонежского. По всей вероятности, в нем раньше располагалась бывшая бесплатная амбулатория № 5, действовавшая в Ташкенте как во время Гражданской войны 1918—1920 гг. [225], так и после ее окончания.

Здесь он поселился вместе с сыном Алексеем (старший сын Михаил уже жил отдельно, а младшие дети, Елена и Валентин, оставались вместе с приемной матерью, С. С. Белецкой).

М. А. Поповский выяснил, что раз в месяц, в назначенный день, Алеша вставал рано, просыпаясь от гула голосов под окнами их дома на Учительской. Там затемно собиралась толпа больных в ожидании записи на бесплатный прием к епископу Луке, проводившейся на много дней вперед. Юноша выходил на улицу, где уже образовывалась живая очередь. Он записывал на один день не больше 15—20 человек, исключая субботы и воскресенья. Через несколько часов месячный список, включавший фамилии и дни приема около 400 пациентов, бывал готов.

Епископ и хирург и слышать не хотел о каком-либо вознаграждении за свой врачебный труд. Но, как считал Поповский, многие больные старались схитрить, зная, что у хирурга нет никаких средств к существованию. Поэтому Алексей нередко находил мятые «трешки» и «пятерки» (в рублях), спрятанные так, чтобы их можно было найти без особого труда. Другие оставляли корзинки, наполненные снедью, прямо на кухне. Такова была

благодарность ташкентских больных, без которой взрослеющей семье Ясенецкого-Войно пришлось бы совсем туго.

Об этом периоде в жизни и деятельности епископа и хирурга, продолжавшемся 4 года (1926—1930), когда он занимался частной практикой в Ташкенте, мало что известно. В его воспоминаниях тому времени отведено буквально несколько строк.

«Занимаясь **только** (выделено нами. — *Ю. Ш.*) приемом больных у себя на дому, — писал позднее Святитель, — я, конечно, не переставал молиться в Сергиевском храме на всех богослужениях...» [37, 38]. Вот и все. Здесь нет ни слова о занятиях научной деятельностью, в частности о возвращении к «Очеркам гнойной хирургии» или участии в заседаниях научного медицинского общества при университете, где несколько лет назад Ясенецкий-Войно выступал с блестящими сообщениями, вызывавшими живой интерес его университетских коллег.

За все это время некогда пытливый врач-исследователь, не мысливший дня без того, чтобы несколько часов не выделить для занятий наукой, не опубликовал ни одной статьи в каком-либо научном журнале. Нам пришлось досконально проверять соответствующие базы данных за этот период (благо, теперь есть такая возможность). Но ни в СССР, ни в странах зарубежья не было больше публикаций, автором которых являлся Ясенецкий-Войно или епископ Лука.

Правда, М. А. Поповский утверждал, что «после ссылки... в немецких хирургических журналах (в те годы это еще допускалось) появилось несколько его специальных статей, которые подписывал он Bischof Lukas — епископ Лука» [29, С. 197]. Он даже подсчитал: за границей было опубликовано «таких работ... не менее шести» [Там же, С. 198]. Но, к сожалению, это неточность. Установлено, что в 1923 г. в одном и том же немецком хирургическом журнале увидели свет две научные статьи Ясенецкого-Войно, автором которых значился Lukas Bischof или Лука Епископ (здесь звание иерарха Православной Церкви выглядит как фамилия автора). Они появились в нем во время первой ссылки епископа Луки, но никак не после нее. После окончания этой ссылки каких-либо опубликованных научных работ у Святителя и хирурга больше не было. Свидетельством тому являются данные Index Medicus за 1923—1934 гг., с которыми журналист Поповский явно не был знаком.

Кроме того, М. А. Поповский был уверен, что после первой ссылки епископ Лука неоднократно участвовал в «заседаниях

хирургического общества» [Там же, С. 200], хотя в те годы в Ташкенте такого общества еще не существовало. По мнению журналиста, «между 1926 и 1930 гг. он (Ясенецкий-Войно. — *Ю. Ш.*) несколько раз принимал участие в прениях по докладам, а однажды даже продемонстрировал коллегам операцию непосредственного переливания крови от донора к реципиенту из сосуда в сосуд» [Там же].

В отличие от Поповского нам не удалось обнаружить никаких подтверждений участия епископа Луки в заседаниях научного медицинского общества при САГУ, где с февраля 1927 г. была образована хирургическая секция, а не хирургическое общество, как писал Поповский. Протоколы ее заседаний, включая списки их участников, регулярно публиковались в журналах «Медицинская мысль Узбекистана» (1926—1929), а также «Медицинская мысль Узбекистана и Туркменистана» (с марта 1929 и в последующие годы). Но здесь мы не встретили ни двойную фамилию хирурга Ясенецкого-Войно, ни упоминаний о епископе Луке.

После добровольного отказа епископа от продолжения архиерейского пути, следствием которого стало «увольнение на покой», он внезапно лишился главной опоры в жизни. В 1927 г. на посту епископа Ташкентского и Туркестанского его заменил митрополит Никандр, бывший ташкентский ссыльный. Отказ от служения Господу стал роковой и непоправимой ошибкой, считавшейся епископом Лукой «началом греховного пути и Божиих наказаний за него» [37, 38]. Нет сомнений, что именно она долгое время определяла полосу неудач, выпавших на долю епископа и хирурга.

Невозможно понять, что стояло за этим спонтанным решением, принятым после ссылки, которого много лет добивались от епископа ташкентские, московские, енисейские, туруханские и прочие власти. Добивались, но все-таки добиться не смогли, несмотря на тюремное заключение и ссылку вплоть до Северного полярного круга.

Но после мучительного и греховного решения он не получил от ташкентских властей никаких предложений, на которые, может быть, рассчитывал тогда, когда оно принималось. По крайней мере, опальный епископ и хирург не был восстановлен ни в прежней хирургической должности в городской больнице, ни в составе преподавателей САГУ.

Лишение возможности заниматься хирургией и отказ от архиерейского пути привели епископа и хирурга к краю пропасти,

где его одолевали мысли о том, как добровольно и эффектно уйти из жизни, чтобы грехом своей смерти принести пользу, остановив «разрушение храмов... земли Русской» [Там же]. В его воспоминаниях есть поразительное место. В нем идет речь о подготовке к разрушению церкви Сергия Радонежского в Ташкенте.

«Когда был назначен страшный день закрытия ее, — писал Святитель, — я принял твердое решение: отслужить в этот день последнюю Литургию... запереть церковные двери, снять и сложить грудой в середине церкви все крупнейшие деревянные иконы, облить их бензином, в архиерейской мантии взойти на них, поджечь бензин спичкой и сгореть на костре...

Однако Богу было угодно, чтобы я не погиб в самом начале своего архиерейского служения, и по Его воле закрытие Сергиевской церкви было почему-то отложено на короткий срок. А меня в тот же день арестовали... И церковь разрушили, когда я был в тюрьме» [Там же].

Лишившись занятий хирургией в 1926—1930 гг., епископ и хирург в то же время лишился возможности научной работы. Для хирурга-исследователя, стремившегося к новым результатам, было недостаточно практической работы в амбулатории, где трудился Ясенецкий-Войно все эти годы. Для этой цели, как минимум, требовались хирургическое отделение с операционной, оснащенной всем необходимым, а также патологоанатомическая лаборатория, где можно было заниматься экспериментальной разработкой новых оперативных вмешательств на трупах. Такими условиями он располагал до первой ссылки. Однако после возвращения их больше не было. Поэтому в период 1926—1930 гг. новых результатов в научной сфере у Валентина Феликсовича в принципе и быть не могло. Это подтверждается отсутствием каких-либо научных публикаций в тот период.

Но епископ и хирург не был бы самим собой, если бы плыл туда, куда его несло попутным течением и ветром. Даже на пути неудач и ошибок он сумел сделать правильный выбор. Настала пора заняться обобщением достигнутых научных результатов, если нельзя работать над получением новых. Так состоялось возвращение к «Очеркам гнойной хирургии», работа над которыми была надолго прервана первой ссылкой. Он посвятил главной книге своей жизни все силы и способности, передавая собственный опыт хирургической работы начинающим советским хирургам.

Как помнится, в ташкентской тюрьме в июне 1923 г. епископ Лука закончил работу над первым выпуском[92] «Очерков...», который был посвящен оперативному лечению гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки головы.

Этот выпуск содержал несколько самостоятельных подразделов. В одном из них рассматривалась хирургическая тактика оперативного лечения гнойных паротитов, являвшихся нередким осложнением паразитарных тифов.

Нет никаких сомнений, что хирургом Ясенецким-Войно в ташкентский период его деятельности (1917—1923) была предложена новая (малоизвестная сегодня) операция по поводу двухстороннего гнойного паротита, которая нашла как своих сторонников, так и оппонентов. Нами не обнаружены первоначальные сведения о порядке ее проведения, так как они не были опубликованы автором до издания в 1934 г. известных «Очерков гнойной хирургии» (они были устно изложены им в одном из научных докладов, сделанных на заседании ТНМО). Эта оригинальная методика привлекала внимание туркестанских хирургов, так как ее достоинства и недостатки обсуждались не только на I научном съезде врачей Туркестанской республики, состоявшемся в октябре 1922 г. [197, С. 61], но и на II таком же врачебном форуме, проходившем в Ташкенте в апреле 1925 г. [226, С. 123—124], когда епископ Лука продолжал находиться в ссылке. К тому же на II научном съезде другие заслуги ссыльного хирурга продолжали вспоминать добрым словом не только его ученики, в том числе Г. А. Ротенберг [Там же, С. 125], но и остальные врачи-специалисты Ташкента [Там же, С. 129].

Проведенный анализ содержания I издания «Очерков гнойной хирургии» (1934) позволяет сделать некоторые выводы о научной деятельности епископа и хирурга в 1926—1928 гг., когда он возобновил работу над этой книгой и сумел закончить ее в короткий срок.

Надо помнить, что она являлась средоточием результатов, достигнутых Ясенецким-Войно за 20 лет врачебной деятельности в различных областях гнойной хирургии. Плоды такой многолетней работы сохранились благодаря неизменному стремлению Святителя и хирурга к научному обобщению историй болезни своих пациентов на разных этапах, включая периоды как амбулаторного, так и стационарного лечения.

---

[92] Так назывался первый раздел будущей книги.

Так в историю российской гнойной хирургии «пришла» Фёкла А., женщина 60 лет, проделавшая долгий путь от дома до земской амбулатории, где работал хирург Ясенецкий-Войно. Ее историю болезни, с которой начинаются «Очерки...», нельзя обойти стороной, потому что этот «блин» не стал «комом», как часто бывает на Руси, а наоборот — частный случай земского хирурга до сих пор продолжает служить классическим примером оперативного лечения карбункула волосистой части головы.

У Фёклы 10 дней болела шея так, что сделалась она «вся нездорова», как писал о жалобах старухи земский врач Ясенецкий-Войно. «Под слипшимися от гноя волосами и листом подорожника на затылке» увидел он «часть большого карбункула... величиной почти в ладонь» [224, С. 5], который сопровождался высокой температурой (39 °С), частым пульсом, приглушением тонов сердца и другими признаками гнойной инфекции.

В оперативном лечении гнойных процессов мелочей нет. Поэтому автор дотошно указывал, что у больной были «острижены волосы, выбрит и вымыт весь затылок». К тому же она «вымыта в особой ванне для гнойных больных» [Там же]. Лишь после этих подробностей приводится описание местного обезболивания и оперативного вмешательства, в ходе которого был выполнен «очень большой крестообразный разрез через весь карбункул» [Там же]. В результате эвакуации большей части его гнойного содержимого вскоре температура у больной понизилась до нормы, а через месяц она полностью выздоровела (при отсутствии антибиотиков и прочих антибактериальных средств).

Нет никаких сомнений, что в хирургической практике Ясенецкого-Войно было много операций, подобных этой. Но здесь была описана одна из первых. Она запомнилась больше других благодаря прекрасному результату оперативного лечения, достигнутому несмотря на преклонный возраст больной и столь обширный гнойно-некротический процесс, когда только нож хирурга был в состоянии спасти больную от грозившей ей гибели.

В начале прошлого века даже не осложненное течение карбункула «нередко оказывалось смертельной болезнью», как утверждал в «Очерках...» хирург Ясенецкий-Войно.

«Особенно дурной славой, — по его мнению, — пользовались в этом отношении карбункулы и фурункулы лица, при которых требуется самое энергичное лечение» [Там же, С. 9].

В подтверждение этого тезиса, не потерявшего актуальность и в наши дни, автор приводил историю болезни другого пациента, свидетелем которой он стал на заре врачебной и хирургической деятельности, а именно в земской больнице, находившейся в городе Ардатове Симбирской губернии (март—июль 1905 г.).

Тогда в амбулаторию больницы, где Ясенецкий-Войно был единственным врачом, «вошел, пошатываясь... старик огромного роста и богатырского сложения» [Там же]. У него оказался карбункул нижней губы небольших размеров, инфильтрат которого занимал только ее половину и угол рта. При этом, по мнению автора, отсутствовали признаки отека мягких тканей, окружавших инфильтрат, а также «дорожки» лимфангоита[93] и признаки тромбофлебита поверхностных вен лица и шеи. Между тем высокая температурная реакция (до 40 °С), частый пульс «с массой перебоев», приглушение тонов сердца и другие симптомы свидетельствовали о существенной общей интоксикации.

Земскому хирургу, учитывая тяжесть состояния больного, пришлось немедленно прекратить прием больных, чтобы под местным обезболиванием провести срочное оперативное вмешательство. Оно состояло в глубоком рассечении всей толщи воспалительного инфильтрата вплоть до здоровых тканей для эвакуации гнойно-некротических масс. Однако этого больного спасти не удалось. К вечеру того же дня, когда операция была сделана, его температура поднялась до 41 °С, а на следующий день, когда она резко снизилась, появились расстройства сознания и бред, на фоне которых больной умер.

Здесь же, в Ардатовском уезде Симбирской губернии, Ясенецкому-Войно «в первый год... врачебной деятельности» пришлось наблюдать «никогда не забываемую картину» [249, С. 155], также занявшую свое место в «Очерках гнойной хирургии». Нельзя забывать, что, помимо приема в земской амбулатории приходящих больных, ему приходилось выезжать на дом к тем, кто не мог самостоятельно добраться до больницы. Однажды, проехав 25 км от Ардатова до дома больной, он встретился в сельской избе с женщиной лет 65.

Измучившись от невыносимой боли и застыв в мученическом страдании, больная «стояла лицом к стенке, сильно согнувшись и опираясь на скамью вытянутыми, закоченевшими рука-

---

[93] Один из признаков распространения гнойной инфекции по лимфатическим сосудам за пределы инфильтрата.

ми. Так стояла она день и ночь, *уже три недели* (выделено автором. — *Ю. Ш.*). Вся левая половина поясницы была сильно выпячена огромным скоплением гноя, ясно зыблющимся[94] под кожей» [224, С. 155].

Земский врач немедленно приступил к проведению неотложной операции. После подготовки операционного поля и местной анестезии кожи поясничной области в месте предполагаемого разреза он «быстрым взмахом ножа широко вскрыл огромную флегмону; подставленный ушат до половины наполнился жидким гноем» [Там же]. Только после этого страдалица была доставлена в земскую больницу, причем «дальнюю дорогу на простой телеге она перенесла отлично» [Там же]. Здесь началось дальнейшее врачебное обследование больной, которое проводилось не зондом или корнцангом с марлевой салфеткой, а рукой хирурга, введенной «в огромную гнойную полость» — настолько она была велика. В ней были обнаружены «болтавшиеся остатки поясничной мышцы, несколько перемычек, глубокие бухтообразные затеки...», которые были дренированы соответствующим тому времени образом. В результате принятых врачебных мер эта полость стала уменьшаться на глазах, и через 5 недель больная была выписана из больницы по выздоровлению.

По-пироговски, смело и решительно, епископ и хирург писал о собственных заблуждениях, связывая их с недочетами врачебной подготовки на медицинском факультете Киевского университета. На первом году врачебной деятельности он был во власти представления о том, что глубокая поясничная флегмона является производным паранефрита, тогда как сама почка «является исходным пунктом гнойного процесса в окружающей ее клетчатке» [Там же]. Поэтому в той самой гнойной полости огромных размеров он искал не только «закоулки», которые следовало дренировать, но и почку, жировая клетчатка которой якобы стала пусковым механизмом для поясничной флегмоны, достигшей невиданных размеров у данной больной.

Однако «первое мое знакомство с живой действительностью, — как писал в „Очерках...” Ясенецкий-Войно, — заставило меня призадуматься о „паранефрите”. Почки я не нашел в гнойной полости, где все было обнажено вследствие полного гнойного расплавления забрюшинной клетчатки, а она-то дол-

---

[94] Сейчас эта зыбь, вызываемая движением жидкого гноя, называется флюктуацией.

жна была быть обнаруженной, если бы нагноение началось от нее. Впоследствии я много раз оперировал забрюшинные флегмоны, всегда искал и исследовал почку, но в большинстве случаев убеждался, что никакого отношения к почке флегмона не имеет» [Там же].

Так, в ходе собственной хирургической практики развенчивались прежние, студенческие истины, казавшиеся незыблемыми потому, что они исходили от авторитетнейших российских и зарубежных хирургов. В результате приобретался личный опыт работы, которым он стремился поделиться с другими врачами, чтобы предупредить первые ошибки на их пути.

Другой случай, где епископ и хирург свидетельствовал о собственной врачебной ошибке, был связан с особенностями оперативного лечения гнойного плеврита. В его «Очерках...» приведена примечательная история болезни счетовода Сергея Ч., у которого «был выпячен правый бок и определялась сплошная тупость сзади до лопаточной ости, а сбоку до 5-го ребра» [Там же, С. 142]. Это были несомненные признаки гнойного плеврита, которые подтверждались пробным проколом, сделанным под углом лопатки, в результате чего был получен гной. Поэтому в ходе оперативного вмешательства, предпринятого с целью эвакуации гноя из плевральной полости, была резецирована часть «5-го ребра между лопаточной и задней подмышечной линией» [Там же]. Однако при вскрытии полости плевры она оказалась здоровой, тогда как пальцевое исследование места вскрытия показало, что вблизи от него имеются прочные плевральные спайки, которые отделяли область гнойного плеврита от остальной плевральной полости. Хирургу Ясенецкому-Войно пришлось продолжать резекцию того же ребра кзади до тех пор, пока им не был обнаружен серозно-гнойный экссудат, подлежавший удалению из полости плевры.

«За этот технический промах, — как писал впоследствии в «Очерках гнойной хирургии» епископ Лука, — больной поплатился вторичной инфекцией переднего здорового отдела плевры, но, к счастью, выздоровел» [Там же]. Отсюда родилась его практическая рекомендация, основанная на собственном горьком опыте.

«Прежде чем вскрывать плевру разрезом, — убеждал других врачей епископ и хирург, — необходимо еще раз сделать через нее пробный прокол, чтобы убедиться, что резекция не сделана над здоровой частью плевры, если плеврит ограниченный» [Там же].

В разные времена «Очерки гнойной хирургии» являлись настольной книгой для тысяч советских и российских хирургов. Нет сомнений, что эта рекомендация епископа Луки, ставшая для них руководством к действию, сыграла свою роль, предотвратив немало ошибок и заблуждений на врачебном пути, спасая и жизнь, и благополучие многочисленных пациентов.

Мы помним об уроках Пирогова, не стеснявшегося свидетельствовать о собственных ошибках, чтобы они не допускались другими врачами. Теперь мы говорим и об уроках хирурга Ясенецкого-Войно, не отставшего от своего великого предшественника в поиске врачебной истины.

Живые и красочные описания историй болезни, которыми сопровождались все разделы «Очерков гнойной хирургии», обязательно дополнялись автором своими рекомендациями, основанными на многолетнем хирургическом опыте. В частности, по поводу забрюшинных флегмон в них указывалось, что «в большинстве случаев их вскрывают косым поясничным разрезом, как он описывается для обнажения почки. Гнойная полость должна быть тщательно исследована ощупыванием, чтобы не осталось где-либо незамеченного гнойника, карманов или затеков» [Там же, С. 171].

В конце 1905 г., как мы помним, земский врач Ясенецкий-Войно работал в Любажской земской больнице Курской губернии. Немало назидательных случаев из этой хирургической практики было включено им в I издание «Очерков гнойной хирургии».

Приведем один из них в качестве примера поразительной стойкости и жизнеспособности прежних «курян». Вот как был описан этот случай Ясенецким-Войно. Однажды в Любажскую земскую больницу, где он был единственным врачом, обратился крестьянин лет 35 «с жалобой на неловкость в глазу» [Там же, С. 28]. Месяц назад при работе в лесу он почувствовал в нем внезапную боль, связав ее с ушибом глаза отрубленным сучком или щепкой, так как видимых повреждений век не наблюдалось. До обращения к Ясенецкому-Войно он побывал у двух врачей, назначавших ему какие-то примочки, не приносившие облегчения.

Валентину Феликсовичу (в отличие от других) удалось вывернуть распухшее верхнее веко больного глаза так, чтобы осмотреть верхний свод конъюнктивального мешка. Каково же было его удивление, когда он увидел в этой области «конец де-

ревянного сучка, вонзившегося в глазницу непосредственно над глазным яблоком» [Там же]. Только после удаления этого инородного тела стали очевидными его немыслимые размеры: 3 см в длину и около 1 см в диаметре. Удивительно, но гноя в ране глазницы почти не оказалось, и она «быстро зажила».

В той же Любажской земской больнице ему впервые пришлось не только видеть, но и спасать больного с обширной глубокой флегмоной кисти и предплечья. Это был курский крестьянин 55 лет, наколовший гвоздем большой палец правой руки. Вскоре ранка от укола нагноилась, в этом месте появилась боль, «распух весь палец, а затем и вся кисть, движения пальцев стали невозможными, и от боли в руке больной не спал по ночам...» [Там же, С. 105]. Через неделю после травмы больной обратился за врачебной помощью в земскую больницу Фатежского уезда, где ему было выполнено оперативное вмешательство, состоявшее в проведении нескольких разрезов на тыле кисти и в области предплечья. Однако оно оказалось безрезультатным, и после двухнедельного пребывания в стационаре больной настоял на досрочной выписке, чтобы вновь обратиться за помощью в другую больницу, в которой работал земский хирург Ясенецкий-Войно.

Больной был доставлен к нашему хирургу в тяжелом состоянии и «едва держался на ногах, температура у него была 39.5 градуса, пульс 120 в минуту» [Там же]. К тому же отек мягких тканей кисти и предплечья распространился и на нижнюю треть правого плеча.

«Ясно было, — писал об этом случае Ясенецкий-Войно, — что положение чрезвычайно серьезное и лечение (проведенное раньше. — *Ю. Ш.*) совершенно неправильно. Почему сделан был разрез только на тыле кисти, а не на ладони? Есть ли хоть какой-нибудь смысл в этих маленьких поверхностных разрезах на предплечье..? Я не знал еще тогда, что передо мною „обыкновенная история", что многие годы еще буду я видеть везде и всюду подобное лечение флегмон, буду видеть, как „выгнивают" сами по себе омертвевшие сухожилия и рука больного превращается в сухой и негодный крючок, буду узнавать о смертных исходах флегмон» [Там же].

Ценой невероятных усилий Ясенецкому-Войно все-таки удалось сохранить этому больному не только жизнь, висевшую на волоске, но и его правую руку, хотя объем движений пальцев кисти стал ограниченным. Это оказалось возможным, бла-

годаря активной хирургической тактике и принципу, верность которому земский хирург сохранял всю жизнь: «Маленький хирург — маленький разрез, большой хирург — большой разрез».

В наши дни уже трудно представить, что Ясенецкий-Войно на своем пути мог встречать «убежденных противников оперативного лечения флегмон и вообще гнойных процессов» [Там же]. Но бывало и так, когда его коллеги, земские врачи, брались рьяно доказывать преимущества самопроизвольного вскрытия гнойников и применения с этой целью согревающих компрессов, искренне считая эти выжидательные меры лучшим способом выбора.

Таких оппонентов, наверное, было немало, так как Ясенецкому-Войно приходилось учитывать и эту точку зрения на лечение флегмон. Он утверждал, что противники оперативного лечения гнойных заболеваний «правы по-своему».

«Действительно, — указывалось в «Очерках гнойной хирургии», — лучше не оперировать флегмоны вовсе, чем делать бессистемные „надрезы" и „насечки", где попало» [Там же].

Вместе с тем епископ и хирург настаивал, чтобы «учителя хирургии» практически обучали будущих врачей «как делать те „широкие разрезы", которые лишь голословно рекомендуются в учебниках» [Там же].

По нашим подсчетам в I издании «Очерков гнойной хирургии» приведено более 130 выразительных и ярких историй болезни, с которыми встречался епископ и хирург в течение 20-летней хирургической практики.

Первые, а потому и наиболее запомнившиеся из них в ардатовский (1905) и любажский (1905—1908) периоды его деятельности уже были представлены. Их немного (всего 3 %), но все-таки они позволяют объективно судить об отправных точках, с которых начинался сбор исходных материалов для I издания «Очерков гнойной хирургии».

К сожалению, часть остальных историй болезни (около 10 % из приведенных) нам не удалось «привязать» к тому или иному периоду работы хирурга[95].

Но достоверно установлено, что 7 % из них относятся ко времени его пребывания в Романовской земской больнице, находив-

---

[95] Нет сомнений, что эта часть историй болезни была составлена до 1923 г. включительно, т. е. до первого ареста и ссылки епископа и хирурга.

шейся в Саратовской губернии (1909—1910), 30% — в Переславской земской больнице Владимирской губернии (1910—1917) и 50 % — в Ташкентской городской больнице (1917— 1923).

Вывод напрашивается сам собой: ташкентский период его жизни и деятельности, когда он стал сначала священником (1921), а затем и епископом (1923), был наиболее продуктивным в научной деятельности хирурга Ясенецкого-Войно. Именно здесь, в Ташкенте, до первого ареста и ссылки были получены, систематизированы и обобщены бесценные материалы, ставшие основой для будущих знаменитых «Очерков...».

Не надо думать, что «Очерки гнойной хирургии» ограничиваются только личными наблюдениями их автора, хотя, как мы видели, колоритные и яркие примеры из его хирургической практики действительно занимали в них ведущее место.

Вместе с тем автором «Очерков...» уделено достаточное внимание позициям и взглядам других хирургов, чья деятельность на ниве гнойной хирургии до сих пор вызывает восхищение и уважение наших современников.

Это важно отметить, так как после возвращения из первой ссылки епископ Лука был вынужден наверстывать упущенное им в московских тюрьмах и в далеком Туруханском крае, чтобы быть в курсе достижений его коллег, не стоявших на месте, а продолжавших (в отличие от него) двигаться вперед.

По понятным обстоятельствам, он не принимал участия в работе II научного съезда врачей Средней Азии, проходившего в Ташкенте в апреле 1925 г. Труды этого форума были опубликованы и, без сомнения, изучены Ясенецким-Войно после возвращения из ссылки. Ему пришлось изучать и «Труды XVII съезда российских хирургов», проходившего в Ленинграде в мае того же года (в его работе участвовали два ташкентских хирурга — Д. А. Введенский и Н. С. Перешивкин).

Материалы этого съезда были особенно важны для Ясенецкого-Войно, поскольку первый программный вопрос его был посвящен лечению острого инфекционного остеомиелита и его последствий [227]. Ту же тему он собирался развивать в одном из разделов будущих «Очерков...».

Поэтому епископ Лука не мог не обратить внимание на доклады корифеев российской хирургии, сделанные по поводу остеомиелита. Одно из сообщений даже вызвало серьезные возражения с его стороны. Это был доклад, с которым выступил советский хирург Т. П. Краснобаев. Основные положения его со-

общения основывались на клинических материалах Московской образцовой (бывшей Морозовской) детской больницы.

Даже видные хирурги того времени по вопросу о хирургической тактике лечения остеомиелита делились на радикалов и консерваторов. К консерваторам принадлежал профессор Т. П. Краснобаев, настаивавший на отказе от трепанации кости в случае остеомиелита и предлагавший ограничить это оперативное вмешательство только «вскрытием околокостного гнойника» [224, С. 242]. Это убеждение ученого основывалось, разумеется, на материалах детской больницы и исходило из того, что дети плохо переносят наркоз и продолжительную операцию. Отсюда Т. П. Краснобаевым был сделан вывод: если ее упростить и облегчить, то и конечный результат оперативного вмешательства будет лучше, так как уменьшится высокий уровень смертности, сопутствовавший такой операции.

Предложение Т. П. Краснобаева носило принципиальный характер, потому что отказ от трепанации был равносилен отказу от обязательного вскрытия костномозгового канала в случаях остеомиелита трубчатых костей, который признавался главным путем распространения этой гнойной инфекции.

С такой рекомендацией, предложенной на съезде российских хирургов перед тысячей его делегатов, не соглашался опальный ташкентский хирург Ясенецкий-Войно, лишившийся после ссылки права заниматься практической хирургической деятельностью.

«Мы не можем, конечно, придавать очень важного значения столь авторитетному мнению[96], основанному на огромном опыте, — отмечал епископ Лука в I издании «Очерков гнойной хирургии», — но оно волнует нас своим резким противоречием столь прочно установившемуся на протяжении целых веков правилу — вскрывать гнойник и каждый закоулок... гнойной полости.

Как решиться с легким сердцем оставить гнойное скопление в костномозговом канале, которое по своему патологическому значению для организма может быть более опасным, чем поднадкостничный гнойник (вскрытием которого профессор Краснобаев предлагал ограничить оперативное вмешательство при остеомиелите. — *Ю. Ш.*)?

Как отказаться от трепанации кости в острейшем септическом случае остеомиелита, когда опаснейший септический

---

[96] Имелось в виду мнение московского профессора Т. П. Краснобаева.

очаг локализуется только в кости или преимущественно в ней?» [Там же].

В своей монографии он сам же отвечал на поставленные вопросы: «...без вскрытия такого очага конечно будут бессильны все прочие средства борьбы с инфекцией... (поэтому. — *Ю. Ш.*) успех лечения... определяется прежде всего самым ранним и самым спешным вскрытием костномозгового канала» [Там же].

К тому же епископ и хирург привлекал внимание читателей к той вынужденной мере, какой часто оказывалась повторная и более радикальная операция, которую приходилось проводить больному остеомиелитом, когда не удавалось добиться успеха «простыми разрезами», рекомендованными профессором Краснобаевым. Он был уверен (в случаях недостаточности простого разреза), «что подвергать... больного второму наркозу и большому душевному волнению, неизбежно связанному с повторением операции, несравненно опаснее, чем удлинить первую операцию на 5 минут для трепанации кости (для вскрытия костномозгового канала. — *Ю. Ш.*)» [Там же].

Принципиальная позиция, занятая епископом и хирургом в оперативном лечении остеомиелитов, свидетельствовала о том, что его опыт, накопленный за два десятилетия врачебной деятельности, давал ему право на собственное мнение.

Как установлено, особое мнение епископа Луки разделялось и другими видными советскими хирургами, к числу которых можно отнести ленинградских профессоров И. И. Грекова и И. Э. Гаген-Торна.

В частности, профессор И. Э. Гаген-Торн полагал, что выводы из доклада и «интересное» предложение Т. П. Краснобаева, казалось бы, «опрокидывают наши взгляды на лечение острого остеомиелита» [227, С. 50]. Однако его материалы были основаны на течении остеомиелита только у детей, строение костного аппарата которых имеет существенные отличия от сформировавшихся костей взрослого. Поэтому не следовало, по утверждению Гаген-Торна, безоговорочно применять предложение московского профессора в деле оперативного лечения взрослых пациентов, страдавших остеомиелитом. У этих больных надо считать обязательным проведение трепанации костей в случае остеомиелита, в чем был уверен Гаген-Торн.

Эту точку зрения поддерживал и профессор И. И. Греков. Он также был уверен в том, что «у взрослых широкая трепанация и

хороший дренаж спасают очень тяжелых больных, наоборот, они могут погибнуть при недостаточном дренаже и недостаточно широком вскрытии костномозговой полости от пиемии или прогрессирующего остеомиелита» [Там же, С. 54].

Они стали единомышленниками и союзниками хирурга Ясенецкого-Войно по проблеме оперативного лечения остеомиелита, не догадываясь о возможности подобного союза и излагая собственную точку зрения независимо друг от друга. Теперь мы знаем, что епископ и хирург не был одинок в своих взглядах на эту важную научную проблему.

Кроме того, Ясенецкий-Войно интуитивно выделил новый и перспективный способ лечения вялотекущих гнойных процессов в те времена, когда антибиотики еще не были известны, и сообщил о нем в I издании «Очерков гнойной хирургии». Этому послужил доклад, сделанный на XVII съезде российских хирургов (1925) одесским профессором Дервисье [224, С. 256], где сообщалось о том, что сейчас называется пассивной иммунизацией, имевшей целью повышение иммунитета больного. Одесский ученый сначала вызывал образование антител в крови доноров путем их иммунизации поливалентной стафилококковой вакциной, а затем переливал эту кровь в небольших количествах ослабленным больным остеомиелитом. При этом достигались неплохие результаты в случаях комплексного лечения, сопровождавшегося радикальным оперативным вмешательством.

Отсюда можно утверждать, что работа автора над «Очерками гнойной хирургии» в 1926—1928 гг., в целом основанная на собственном опыте хирургической деятельности, умело дополнялась достижениями других российских хирургов. Это обстоятельство усиливало практическую значимость будущей книги.

Той же цели, по нашему мнению, служило и оригинальное приложение к первой редакции «Очерков...». Его материалы были посвящены автором способам местной и общей анестезии, применявшимся в случаях оперативных вмешательств в области гнойной хирургии. В те времена, когда анестезиология еще не была выделена в самостоятельную научную дисциплину, проблемы обезболивания было принято рассматривать в хирургических руководствах, что блестяще удалось хирургу Ясенецкому-Войно. Приведенные им способы местной (в основном проводниковой или регионарной) анестезии, а в необходимых случаях — и наркоза настолько органично были включены автором в содержание своей книги, что без них теперь ее трудно себе

представить. Они существенно дополняли остальные 22 раздела этих «Очерков...», представлявших собой, по сути, первую самостоятельную часть книги. Приложение к ним в виде «Способов анестезии» являлось второй и неотъемлемой ее частью, где автор использовал (и это нельзя не отметить) во многом уточненные сведения из его монографии, увидевшей свет в 1915 г. [Там же, С. 270—304].

Во введении к этой второй части Ясенецкий-Войно справедливо отмечал, что «ничто так не затрудняет первых шагов начинающего врача в хирургии, как необходимость отвлекать свое внимание от самой операции, чтобы следить за наркозом» [Там же, С. 270], ведение которого тогда составляло обязанность хирурга, проводящего оперативное вмешательство. Поэтому автор стремился существенно облегчить участь оператора, рекомендуя к применению простые и надежные способы проводниковой анестезии, которые по привычке назывались им способами областного или реже — регионарного обезболивания.

В основном он приводил здесь уже известные способы местной анестезии, которые были апробированы в его монографии-руководстве, в том числе и разработанные лично. Вместе с тем очевидно, что в рассматриваемый период (1926—1928) хирург Ясенецкий-Войно окончательно отказался от дальнейшего применения одного из собственных способов областной анестезии, а именно от внутриглазничной блокады II ветви тройничного нерва или n. maxillaris в области foramen rotundum, которая была рекомендована им в прошлом (1915). В I издании «Очерков гнойной хирургии» вместо этого опасного способа можно найти другую рекомендацию. Она заключалась во введении раствора анестетика с той же целью в область fossa canina, где посредством особых ориентиров устанавливалось местоположение foramen infraorbitale, через которое выходил из полости черепа нижнеглазничный нерв (одна из ветвей n. maxillaris). Это свидетельствовало о своевременном пересмотре автором одной из устаревших позиций первой монографии. При этом остальные способы проводниковой анестезии, описанные в ней, продолжали рекомендоваться к применению и в I издании «Очерков...» (они сохранили актуальность вплоть до наших дней).

Интересно, что их отражение в «Очерках...» сопровождалось несколькими новыми рисунками, принадлежавшими автору, которых не было в его монографии-руководстве. Все это свидетельствовало о критическом отношении Ясенецкого-Войно к до-

стигнутым ранее научным результатам. Многие из них, не утратившие практической значимости, в новом издании были существенно уточнены.

Конечно, замечательные «Очерки гнойной хирургии» — это прежде всего воспоминания хирурга о пережитом, когда «большое видится на расстоянии», все дальше и дальше отделявшем автора от пережитых событий, связанных с теми или иными случаями гнойных заболеваний. Спустя десятилетия, многие случаи прошлых лет становились понятнее (с учетом приобретенного опыта), чем в тот день, когда ему пришлось увидеть больного в первый раз.

Отсюда рождались мудрые и взвешенные рекомендации, предназначавшиеся молодым хирургам в надежде, что они, прочитав его книгу, не повторят в своей жизни тех ошибок, которые хирург Ясенецкий-Войно совершил в силу молодости и неопытности. Поэтому в «Очерках...» много разных рекомендаций, в том числе как надо и как не надо поступать в том или ином случае. В этом состоит их значимость, так как каждый практический врач обязательно найдет в них что-то свое, с чем уже пришлось столкнуться в жизни.

Кроме того, монография Ясенецкого-Войно выгодно отличается от работ других патриархов хирургии тем, что написана она простым и «живым» языком. Это — труд и творение величайшего врача-проповедника, идущие от доброго сердца и милосердной души. Он написал «проповедь» на тему гнойной хирургии. Ею по-прежнему увлечены тысячи врачей в мире, для которых «Очерки...» епископа Луки остаются настольной книгой.

В середине 1928 г. в рукописи «Очерков гнойной хирургии» была поставлена последняя точка, и она отправилась из Ташкента в государственное издательство биологической и медицинской литературы. Но автор будущего шедевра, даже закончив главную книгу своей жизни, не перестал быть затворником в городе, где в декабре того года готовился к открытию III научный съезд врачей Средней Азии.

Это был самый крупный врачебный форум, проведенный в среднеазиатском регионе за первое десятилетие советской власти: в его работе приняли участие 416 делегатов. На нем впервые присутствовали именитые гости из Москвы и других городов СССР, в том числе известный московский хирург А. В. Мартынов, в свое время признавший, что диссертация земского хирурга Ясенецкого-Войно производит «впечатление пения птицы,

которая не может не петь» [37, 38]. Тот же профессор Мартынов стал одним из организаторов медицинского факультета Ташкентского государственного университета. Есть основания полагать, что именно профессору Мартынову был обязан ташкентский хирург Ясенецкий-Войно своим назначением в 1920 г. на должность заведующего кафедрой оперативной хирургии с топографической анатомией на новом медицинском факультете. Не зря же он был уверен, что его назначение на эту должность состоялось еще в Москве, а не в Ташкенте, как у других ташкентских профессоров.

Более того, один из основных программных вопросов III научного съезда был посвящен оперативному лечению травм и заболеваний селезенки, для удаления которой епископ Лука еще в 1923 г. предложил простой и доступный многим хирургам способ ее экстирпации. Его оригинальность состояла в выполнении трех последовательных этапов: мобилизации органа, перевязки сосудов и его удаления. В опытных руках продолжительность этой операции, часто связанной с массивным кровотечением в случае разрыва селезенки в результате травмы, не превышала 10—15 минут. Это предложение епископа Луки разделялось большинством ташкентских хирургов и широко использовалось ими на практике. Они называли его способом Ясенецкого-Войно.

Надо отметить, что в 20-е годы прошлого века оперативное лечение травм и заболеваний селезенки вызывало существенный интерес европейских хирургов. К примеру, этот программный вопрос рассматривался на XVI съезде российских хирургов (Москва, 1924 г.), а также на VII международном конгрессе (Рим, 1926 г.). Тот же вопрос рассматривали и ташкентские хирурги на III научном съезде (Ташкент, 1928 г.), чтобы показать, что и они не отстают от требований времени.

Частнопрактикующий ташкентский врач Ясенецкий-Войно вполне мог выступить на этом хирургическом форуме с программным докладом и, без сомнения, привлечь внимание участников съезда к особенностям оперативного удаления селезенки.

Однако архиепископ Лука не принял участия в его работе. Свидетельством тому служат «Труды III научного съезда врачей Средней Азии» [228], а также список участников форума, опубликованный в качестве приложения к ним [Там же, С. 304—308].

Поэтому вместо него программный доклад по поводу «хирургии селезенки» был сделан профессором П. П. Ситковским [229]. А оригинальный способ удаления селезенки, предложен-

ный профессором Ясенецким-Войно, только упоминался этим и другими докладчиками, выступавшими в декабре 1928 г. на хирургической секции съезда.

Немаловажно, что в то же время многолетняя работа над рукописью «Очерков гнойной хирургии» была закончена. Отсюда автор мог бы сообщить участникам научного съезда основные положения нового труда, но все-таки не сделал этого.

Нельзя допустить даже мысли, что частнопрактикующий ташкентский врач Ясенецкий-Войно не знал о проведении этого врачебного форума. Объявления о созыве и работе III научного съезда были заблаговременно опубликованы во многих среднеазиатских периодических изданиях, включая медицинские. Валентин Феликсович продолжал интересоваться содержанием последних, чтобы быть в курсе событий, происходивших в ташкентском медицинском мире.

Эти печальные результаты приводят нас к выводу: в 1927—1928 гг., да и в последующие годы, в Ташкенте епископ Лука переживал не лучшие времена.

В то же время многие из бывших сослуживцев и соратников профессора Ясенецкого-Войно по Ташкентскому университету «выбились в люди». К примеру, бывший терапевт и профессор М. И. Слоним, когда-то посылавший обеды со своего стола для больной Анны Васильевны, стал заместителем наркома здравоохранения в одной из республик Средней Азии. А вслед за ним известные профессора медицинского факультета П. Ф. Боровский и А. Д. Греков «за их долголетнюю и полезную для страны деятельность были награждены званием „Герой Труда"» [230].

Вспоминал ли в эти годы хирург и профессор, лишившийся благодати после добровольного отказа от священства, о недавних собственных достижениях? Еще не за горами было время, когда его долголетняя и высоко полезная для Отечества деятельность вызывала уважение коллег и восхищение спасенных пациентов. Рядом с ним больше не было восторженных глаз благодарных учеников. Но крепла надежда, что «Очерки гнойной хирургии» вернут ему не только признание прошлых лет, но и возможность практически заниматься гнойной хирургией.

Во имя христианского милосердия

«Одно горе прошло; вот, идут за ним еще два горя»

(*Откровение святого апостола Иоанна Богослова, 9; 12*)

Во второй половине 1929 г. в одном из номеров журнала под названием «Медицинская мысль Узбекистана и Туркменистана» (в разделе «Хроника») появилась коротенькая заметка. В ней сообщалось, что «5 августа с. г. профессор физиологии медицинского факультета Среднеазиатского государственного университета Иван Петрович Михайловский найден мертвым в своей квартире с огнестрельной раной головы... Редакция... выражает свою скорбь и сожаление о безвременной гибели крупного мирового ученого...» [231].

Этот случайный выстрел сыграл роковую роль в судьбе другого ташкентского врача — Ясенецкого-Войно, волею судьбы занятого в Ташкенте частной врачебной практикой и продолжавшего воскресные богослужения в церкви преподобного Сергия Радонежского.

Как установил В. А. Лисичкин, в тот же день на врачебный прием к епископу и хирургу явилась студентка выпускного курса медицинского факультета САГУ Е. С. Михайловская, жена погибшего профессора. Она объяснила епископу, что ее муж, с которым она сочеталась не только гражданским, но и церковным браком, был глубоко религиозным человеком. Поэтому он, несмотря на самоубийство, заслужил право быть похороненным по православному обряду. Но епископ, как архиерей «на покое», не мог самостоятельно разрешить проведение подобных похорон.

Он написал записку действующему главе Ташкентской и Туркестанской епархии митрополиту Арсению (Стадницкому), где ходатайствовал о таком разрешении.

Однако митрополит Арсений не стал нарушать церковные каноны разрешением отпевания самоубийцы. Вместе с тем в своем ответе он обратил внимание врача Ясенецкого-Войно на другой способ возможного выхода из ситуации, сложившейся с похоронами профессора-физиолога. В частности, в ответной записке глава епархии указал, что «по прежним законам требовалось врачебное удостоверение, удостоверяющее психическую

ненормальность застрелившегося, в каковом случае возможно церковное погребение» [36, С. 197].

«Прежние законы», вероятно, имели силу только для граждан Российской империи, рухнувшей в 1917 г., и не могли распространяться на население СССР. Но епископ Лука, как частнопрактикующий врач, воспользовался устаревшей российской нормой. Он выполнил пожелание юной жены погибшего профессора, выдав Е. С. Михайловской врачебную справку, написанную на именном бланке доктора медицины Ясенецкого-Войно.

В ней за подписью хирурга удостоверялось, что «лично мне известный профессор Михайловский покончил жизнь самоубийством в состоянии несомненной душевной болезни, которой страдал он более двух лет» [Там же].

Надо иметь в виду, что хирург Ясенецкий-Войно и физиолог Михайловский действительно были знакомы начиная со времени совместной работы на медицинском факультете ТГУ. Но Михайловский, как выяснилось впоследствии, не был пациентом хирурга ни в то время, когда тот заведовал хирургическим отделением и являлся профессором университета, ни после возвращения из ссылки, когда Валентин Феликсович стал заниматься частной практикой не столько в области хирургии, сколько в области внутренних (терапевтических) болезней.

Тем не менее частнопрактикующий врач Ясенецкий-Войно был настолько наслышан о многолетних «чудачествах» профессора Михайловского, что нисколько не сомневался в их происхождении, связанном с психической или душевной болезнью.

На медицинском факультете САГУ в то время мирно соседствовали две точки зрения на деятельность заведующего кафедрой физиологии, носившие противоположный характер.

Одна из них (официальная) свидетельствовала о нем как о «научном экспериментаторе» высокого класса, профессиональное кредо которого заключалось в том, что «в живом организме есть еще, правда, много не постигнутого нами, но нет ничего непостижимого» [232]. Научные интересы пытливого ученого отражало другое изречение, не только висевшее над входом в его кабинет, но и ясно выражавшее амбиции Михайловского: «Я не вижу оснований для пессимистических взглядов, согласно которым искусственное превращение мертвого вещества в живое никогда не удастся» [Там же].

Таким образом, профессор физиологии Михайловский «всего лишь» стремился к воскрешению мертвых. Известно, что та-

кой благодатью из живших на Земле обладали Иисус Христос, святые апостолы и несколько других святых, в российской земле просиявших. Собственным путем к ним пожелал приблизиться и этот «в высшей степени образованный, корректный, скромный советский ученый», как его характеризовали коллеги по университету.

Среди них имела хождение и другая версия о научной деятельности физиолога Михайловского, о которой в свое время рассказывал академик АМН СССР И. А. Кассирский, очевидец событий тех дней. Он подтверждал, что профессор Михайловский был, без сомнения, выдающимся ученым, страстно преданным науке. Однако, по его мнению, он «к несчастью, к 52 годам не выдержал коллизии нескольких драматических событий — смерти сына и разрыва с женой... В последние годы жизни (Михайловский. — *Ю. Ш.*) производил впечатление несколько растерянного, угасшего человека. О нем распространялись разные слухи: будто он долго не хоронил своего 12-летнего сына, законсервировал труп и вечерами в одиночку проводил опыты по оживлению... И вот — развязка...» [174, С. 83—84].

Об этой, второй, версии был наслышан и частнопрактикующий врач Ясенецкий-Войно. Он всеми силами стремился помочь жене погибшего коллеги, чтобы достойно похоронить его по православному обычаю, а не за оградой кладбища, как презренного самоубийцу. Отсюда из сострадания к коллеге по университету, из христианского великодушия и милосердия епископа Луки появилось его врачебное заключение, удостоверявшее многолетнюю душевную болезнь профессора физиологии Михайловского. Оно не было святой ложью или ложью во спасение. Епископ Лука не кривил душой, подписывая его. Как врач по профессии он имел право сделать это.

Вскоре это врачебное заключение стало одновременно и вещественным доказательством вины епископа Луки, и главным пунктом обвинения против него. Самоубийца Михайловский был объявлен жертвой, его жена — убийцей талантливого советского ученого, стоявшего на пороге эпохального научного открытия, а частнопрактикующий врач Ясенецкий-Войно — то ли пособником, то ли вдохновителем убийцы, стремившимся не допустить «из религиозных соображений» великого открытия, которое собирался совершить профессор физиологии. Так, в августе 1929 г. ташкентский театр абсурда под управлением ОГПУ вновь распахнул свои кулисы, чтобы надолго скрыть за ними после спектакля всех участников представления.

По сведениям В. А. Лисичкина, уже 19 августа 1929 г. в газете «Узбекистанская правда», официальном органе ВКП(б), была опубликована сенсационная статья ташкентского журналиста Урекляна, выступавшего под псевдонимом Эль Регистан. Она получила название «Выстрел в мазанке» и содержала нелепые обвинения в адрес Е. С. Михайловской, якобы убившей своего мужа «из религиозного фанатизма». Здесь же устанавливался и корыстный мотив жестокого преступления — хищение ценного научного труда профессора-физиолога Михайловского, якобы за который «заграничные научные круги предлагали профессору огромную сумму денег» [36, С. 205].

Эта история имела под собой некие корни, придававшие ей видимость правдоподобия. За несколько лет до своей трагической гибели профессор Михайловский потерял 12-летнего сына от первого брака. Отказавшись его хоронить, ученый произвел бальзамирование трупа и долгое время проводил опыты по его оживлению, используя для этой цели жидкости различного состава. Результаты этих «научных» наблюдений Михайловский тщательно записывал. С течением времени они превратились в объемный рукописный фолиант. Это был тот самый «ценный» труд физиолога, за который якобы и ожидалось крупное вознаграждение из-за границы.

Захватывающий сюжет трагической истории, случившейся в Ташкенте, скоро стал достоянием и столичного литератора М. В. Борисоглебского, перу которого принадлежала пошлая повесть под названием «На грани». В ней зловещий «черный монах» (под ним подразумевался епископ Лука) боролся всеми средствами против видного советского ученого-материалиста.

В августе 1929 г. профессору Ясенецкому-Войно была возвращена рукопись «Очерков гнойной хирургии», которая в течение года рассматривалась в государственном медицинском издательстве. За это время несколько рецензентов, одним из которых стал видный ленинградский хирург профессор В. А. Оппель, успели дать о ней «высоко одобрительные отзывы» [Там же, С. 217] и рекомендовать ее к опубликованию после незначительной доработки. Кроме того, она была одобрена Государственным общественным ученым советом и комиссией Народного комиссариата просвещения в качестве учебника для студентов медицинских вузов. Оставалось лишь внести в рукопись кое-какие исправления. С этой целью она и возвратилась к автору.

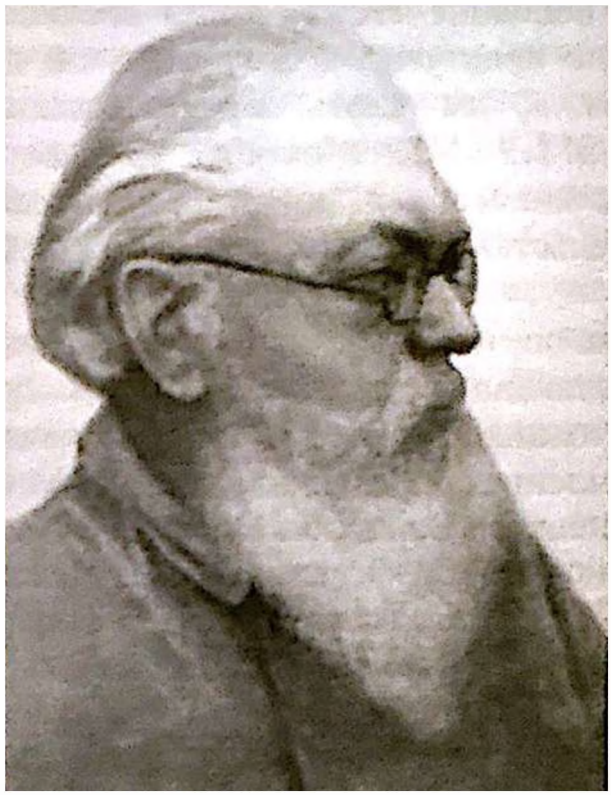
Во второй половине 1929 г., когда профессор Ясенецкий-Войно вплотную приступил к окончательной доработке рукописи «Очерков...», им вновь заинтересовались сотрудники ташкентского ОГПУ. Уже в октябре того же года состоялся первый допрос епископа и хирурга, связанный с драматическими обстоятельствами гибели профессора САГУ Михайловского.

Следователя по этому делу волновали причины появления врачебного заключения, данного епископом Лукой по поводу душевного состояния погибшего. К этому времени злополучная справка, оформленная на именном врачебном бланке доктора медицины Ясенецкого-Войно, была изъята следствием и приобщена к уголовному делу. Оставалось приобщить к нему менее значительные «доказательства» соучастия епископа в убийстве передового советского ученого, в котором обвинялась его жена. При этом мотив убийства не вызывал в ОГПУ никаких сомнений: суеверная супруга и «черный монах» объединили свои усилия, чтобы не допустить выдающегося открытия XX века, связанного с оживлением умерших и потому подрывавшего устои мировых религий.

Однако ташкентским следователям все-таки не удалось поставить последнюю точку в этом запутанном уголовном деле. В феврале 1930 г. все материалы, собранные ими, были отправлены из Ташкента в Москву, где ожидалось принятие политического решения по поводу убийства профессора Михайловского. И опять дальнейший поворот судьбы ташкентского епископа и хирурга был уготован ему в советской столице. Здесь, в следственном отделе ОГПУ, окончательно разрешился вопрос о его привлечении к ответственности в качестве обвиняемого. Фантазии журналистов и литераторов нашли на Лубянке благодатную почву.

По всей видимости, к началу 1930 г. относится еще одно немаловажное событие в жизни епископа и хирурга, связанное с переменой фамилии. В этот период он отказался от последней буквы алфавита, с которой она начиналась раньше, и его фамилия стала впервые читаться как «Войно-Ясенецкий». Причины тому были сугубо личными. Поэтому епископ Лука в своих воспоминаниях никогда не обращал внимания на эту малозаметную со стороны, но очевидную перемену.

6 мая 1930 г. Святитель и хирург был вновь арестован в Ташкенте сотрудниками ОГПУ. На этот раз формула обвинения со-



Заключенный ташкентской следственной тюрьмы Войно-Ясенецкий (1930 г.).

стояла в сокрытии «фактического убийства Михайловского» путем выдачи его жене заведомо ложной справки «о душевно ненормальном состоянии здоровья убитого с целью притупить внимание судебномедицинской экспертизы» [Там же, С. 212]. При этом причины «укрывательства убийцы» не отличались от тех, которые были заранее описаны ташкентским журналистом и московским литератором.

В ответ на заведомо ложные обвинения епископ не раз объявлял голодовку и становился пациентом ташкентской тюремной больницы. Но и отсюда он напоминал о себе следователям ОГПУ, обращаясь к ним с разными заявлениями.

В одном из них (от 9 июля того же года) епископ Лука, понимая предопределенность своей участи, сообщал: «...за несколько месяцев до ареста во мне созрело намерение уехать из Ташкента... в одну из... глухих местностей Средней Азии, куда опытные врачи не едут. Помимо хирургии я могу заниматься глазными болезнями и достиг большого искусства в глазных операциях. Поэтому наиболее полезной мне представлялась бы работа разъездным окулистом в Киргизской степи» [Там же, С. 213].

Вот до чего довели следователи видного хирурга! Чтобы освободиться от заключения, он был готов добровольно отправиться в далекую и бессрочную ссылку.

Однако в ответ на это сотрудники ОГПУ стали запугивать епископа Луку новой высылкой в Сибирь. Следствием запугиваний стало очередное заявление, написанное Святителем 16 июля. В нем указывалось, что «из первой ссылки, в которую я отправился здоровым человеком, я вернулся чуть живым инвалидом. Предстоящая мне вторая ссылка при очень плохом состоянии моего сердца равносильна для меня смертному приговору. Поэтому обращаюсь к Вам с... просьбой о замене ссылки в Сибирь высылкой за границу. По своему характеру я совершенно чужд политической активности и хотел бы на склоне дней своих лечить больных» [Там же, С. 214]. В этом обращении предлагались возможные варианты такой высылки, в том числе Китай или Персия, т. е. сопредельные со Средней Азией государства.

Это были иллюзии большого ученого и честного гражданина, не принимавшего намеренной травли со стороны государства и отказывавшегося поверить в такую возможность. Все злоключения, происходившие с ним, он объяснял ошибками местных ташкентских следователей, которые мог исправить кто-либо из руководителей ОГПУ по Средней Азии или из первых лиц страны Советов.

Поэтому заключенный Войно-Ясенецкий последовательно обращался к руководителям такого уровня в надежде быть услышанным. Среди аргументов в свою пользу он приводил сведения о скором опубликовании «Очерков гнойной хирургии» объемом «около 450 стр.» [Там же, С. 215, 217], а также новое предложение, состоявшее в создании в одном из медицинских вузов особой кафедры и «специальной Клиники Гнойной Хирургии» [Там же, С. 215, 218]. Кафедра и клиника гнойной хирургии предназначались для преподавания и дальнейшего изучения новой учебной и научной дисциплины, которой, по мнению Войно-Ясенецкого, должна была стать гнойная хирургия. Он был уверен, что подобной кафедры и клиники «нет еще нигде за границей» [Там же]. Поэтому ученый утверждал, что в случае открытия в СССР она могла бы стать первой в мире.

Это было первое предложение епископа и хирурга, связанное с выделением нового направления в общей хирургии под названием гнойная хирургия. Оно содержалось в письменных об-

ращениях Валентина Феликсовича от 23 июля и 30 августа 1930 г., адресованных руководству ОГПУ и в правительство СССР. Но письма заключенного не дошли до адресата. Произвол ташкентских следователей не знал границ. Их провокации привели Войно-Ясенецкого в тюремную больницу следственной тюрьмы, где он продолжал голодовку в знак протеста.

Долгое время эти документы оставались неизвестными, так как местом их хранения являлся архив ОГПУ—НКВД—КГБ, недоступный исследователям. Лишь благодаря В. А. Лисичкину, проникшему туда по праву родственника Святителя Луки, они были впервые опубликованы в 2001 г. Но только в наши дни удивительное предложение хирурга Войно-Ясенецкого по поводу гнойной хирургии стало занимать то достойное место, которого давно заслуживало. На протяжении последних десятилетий этому способствовал неуклонный рост числа коек, предназначенных в российских больницах для больных с гнойными инфекциями. Это великое наследие, оставленное нам Святителем и хирургом. Однако оценить его достоинства удалось лишь в результате научных исследований, ведущихся в Национальном медико-хирургическом центре им. Н. И. Пирогова (Москва). Их предметом являлась профессиональная деятельность профессора Войно-Ясенецкого.

Возвращаясь к событиям 1930 г., отметим, что заявление арестованного ученого, где содержалось это предложение, адресованное председателю Совета народных комиссаров СССР А. И. Рыкову, так и не дошло до адресата, раз оно до сих пор продолжает храниться в архивно-следственном деле профессора Войно-Ясенецкого.

Зато в январе 1931 г. в следственный отдел ОГПУ по Средней Азии поступил запрос из Медицинского государственного издательства (Медгиза), заведующему которым по своим каналам стало известно об аресте профессора Войно-Ясенецкого. В запросе указывалось, что содержавшийся под стражей епископ Лука являлся автором «Очерков гнойной хирургии», представлявших собой «по отзывам ряда специалистов весьма ценное и необходимое руководство для врачей», одобренное и допущенное к изданию «в качестве учебного пособия для учащихся медвузов» [Там же, С. 225]. Поэтому «ввиду большой практической ценности работы» заведующий издательством просил руководство ташкентского ОГПУ «оказать содействие в получении от Войно-Ясенецкого... рукописи» его выдающегося труда, которая

в свое время была возвращена автору «для некоторых технических исправлений и до сих пор задержалась у него...» [Там же].

Это было единственное свидетельство в пользу и защиту обвиняемого, поступившее со стороны во время его второго ареста. Оно все-таки сыграло важную роль в дальнейшей судьбе главной книги в жизни видного хирурга.

Однако прошло больше месяца, прежде чем с этим ходатайством заведующего Медгизом сотрудники ОГПУ ознакомили епископа Луку, по-прежнему находившегося в следственной тюрьме. Об этом свидетельствовал его запоздалый ответ в издательство, написанный 7 марта 1931 г. В нем указывалось, что автор «только сегодня... получил... договор на издание... книги „Очерки гнойной хирургии" [Там же, С. 229]. Здесь же была приведена и причина промедления, состоявшая «в том, что я нахожусь в заключении» [Там же], как писал Войно-Ясенецкий.

Одновременно он искал возможность, чтобы внести в рукопись нужные исправления и вновь отправить ее в издательство. 10 марта того же года он даже обратился к руководству ташкентского ОГПУ с заявлением «отпустить... (его. — *Ю. Ш.*) на время домой», чтобы «в домашней обстановке... гораздо скорее... закончить рукопись своей книги, которая иначе останется незаконченной» [Там же]. Но наивную надежду Святителя и хирурга развеял местный руководитель.

«Срочно отправить (автора. — *Ю. Ш.*) к месту ссылки» [Там же, С. 230], — написал он на этом заявлении.

Поэтому заканчивать этот выдающийся труд в марте 1931 г. епископу Луке пришлось в той же ташкентской следственной тюрьме, где он работал над его первым разделом в июне 1923 г. К трудностям было не привыкать, и окончательная правка рукописи I издания была завершена без справочных материалов, которые всегда необходимы в деле такого рода.

К тому же эта работа включала до 40 оригинальных иллюстраций, выполненных Войно-Ясенецким. Если исправления касались и рисунков, то можно предполагать, что первые из них (№ 1 и 2), имевшиеся в I издании, оказались малопонятными потому, что автору пришлось работать с ними в тюремной камере.

Докладная записка одного из следователей ОГПУ, адресованная своему начальнику, свидетельствовала о повторной отправке рукописи «Очерков гнойной хирургии» из Ташкента в Москву, в Медицинское государственное издательство. 2 апреля 1931 г. в ней указывалось, что работа «Войно-Ясенецкого

„Очерки гнойной хирургии", 27 печатных листов, около 400 страниц... (находится. — *Ю. Ш.*) в Москве, в издательстве. Всю переписку по этому делу с Москвой, вследствие ареста Войно-Ясенецкого, вела его дочь (Елена Валентиновна. — *Ю. Ш.*)... Договор между Войно-Ясенецким и медицинским государственным издательством в Москве о напечатании труда... находится у нас... и теперь Войно-Ясенецкий готов его подписать...» [Там же, С. 242—243].

Благодаря работе В. А. Лисичкина можно убедиться в том, что во второй половине марта 1931 г. в рукописи I издания «Очерков гнойной хирургии» автором была поставлена последняя точка, после чего Елена Валентиновна отправила ее в московское издательство. В начале апреля того же года в Медгиз был направлен и договор об условиях издания этой монографии, который подписал в тюремной камере епископ Лука. Судя по тексту договора, также приводимому В. А. Лисичкиным, в нем значилось:

«План 1931 года. Индекс 60263/190. Москва июля 27 дня 1930 года.

Госиздат РСФСР.

Войно-Ясенецкий В. Ф., автор, передает Госиздату право на издание „Очерки гнойной хирургии", размер 26 листов, для врачей и студентов.

Автор сдает труд Госиздату не позднее 15.08.30 г.

Гонорар 100 рублей за лист. Выплачивается аванс 25 %» [Там же, С. 243].

Так, в апреле 1931 г. была завершена практическая работа над I изданием главной книги жизни профессора Войно-Ясенецкого. В иных условиях автору удалось бы избежать части досадных промахов и неудач, сопровождавших первое ее появление в свет. Но теперь и они украшают его работу, потому что мы знаем, как приходилось епископу и хирургу начинать, продолжать и заканчивать это поистине беспримерное творение.

Высылка в Северный край

> «Со мною случилось тягчайшее несчастье и великий грех, ибо я написал такое заявление: „Я не у дел как архиерей... При нынешних условиях не считаю возможным продолжать служение"»
>
> (*В. Ф. Войно-Ясенецкий*)

15 мая 1931 г. материалы по обвинению Войно-Ясенецкого и других фигурантов по делу об убийстве профессора Михайловского были рассмотрены особым совещанием при коллегии ОГПУ. На нем было принято внесудебное решение, в соответствии с которым епископ Лука (Войно-Ясенецкий) подлежал высылке в Северный край сроком на 3 года, считая с 6 мая 1930 г., т. е. со дня второго ареста в Ташкенте, где он больше года продолжал томиться в ташкентской следственной тюрьме.

В Российской империи Архангельская губерния считалась одним из главных районов страны, куда ссылали преступников, занимая к началу XX века четвертое место в российской географии ссылок [233, С. 294]. Суровый климат и огромные безлюдные просторы результативно использовались для того, чтобы навеки остудить революционный энтузиазм, избавить сердца бунтарей от романтических иллюзий и лишить их прежних «прекрасных порывов».

В июле 1929 г. Архангельская, Вологодская и Северодвинская губернии, а также автономная область Коми и Ненецкий национальный округ были объединены в составе Северного края. Во времена раскулачивания сюда были направлены сотни тысяч переселенцев из европейской части СССР, во множестве погибших в этих местах от холода, голода и болезней. Печальную славу этих мест надолго сохранил СЛОН (Соловецкий лагерь особого назначения), о котором знала, но боялась говорить великая советская страна.

На этой громадной территории, составлявшей около 1150 кв. км, проживало 2.5 миллиона человек. Основную часть населения (90 %) составляли сельские жители, тогда как во всех городах насчитывалось всего 250 000 человек [234, С. 5]. Большинство из горожан осели в Архангельске, где Петром I был основан первый морской порт России (1698). Но город Архангельский

(позднее Архангельск) был известен много раньше, начиная с 1613 г. Архангельская губерния вела свое начало с 1896 г. [235, С. 126—127, 129, 131; 236].

Город раскинулся преимущественно на правом берегу реки Северной Двины и на многочисленных островах дельты неподалеку от ее впадения в Белое море, вытянувшись вдоль речного русла на десятки километров.

К началу 30-х годов в нем действовало несколько православных храмов, прилежными прихожанами которых являлось большинство городского населения. Здесь не прижился «союз воинствующих безбожников», созданный партийными и советскими органами в качестве противовеса для истинно верующих. Городская организация атеистов тихо и мирно прекратила искусственное существование к десятилетию советской власти, изжив саму себя [237].

Ведущую роль в здравоохранении населения Архангельска играла городская больница, где насчитывалось около 300 штатных коек. Жителям города здесь оказывались как квалифицированная, так и несколько видов специализированной хирургической помощи. Те же задачи были возложены и на больницу Севводздравотдела (водников), которая обслуживала работников водного транспорта, трудившихся в морском и речном портах, и членов их семей.

В те же годы в Архангельске уже действовали городская станция скорой помощи, противотуберкулезный и кожно-венерологический диспансеры, а также несколько амбулаторий (поликлиник). К ним «прикреплялось» городское население по территориальному принципу.

С образованием Северного края деятельность всех городских лечебно-профилактических учреждений объединял краевой отдел здравоохранения, сформированный вместо прежнего, губернского [238, С. 52]. В его подчинении состоял и городской отдел здравоохранения Архангельска.

В ссылку «направить этапом» [36, С. 344], значилось в постановлении особого совещания при коллегии ОГПУ, принятом по делу епископа и хирурга. Это означало, что в Северный край он был отправлен в арестантском вагоне.

В июне 1931 г. крестный путь епископа Луки пролегал из Ташкента в северный город Котлас через Самару и Москву, где местами пересадок служили пересыльные тюрьмы, оставившие у него «мрачные и тяжелые... воспоминания» [37, 38]. По приез-

де в Котлас он стал заключенным исправительно-трудового лагеря ОГПУ под названием «Макариха», находившегося неподалеку от города.

По свидетельству Войно-Ясенецкого, здесь, на пологом песчаном берегу реки Северной Двины, находилось около 200 деревянных бараков, где во множестве жили семьи «раскулаченных» крестьян, высланных из европейской части СССР. В каждом бараке был срединный проход и 2 ряда «двухэтажных» деревянных нар. «Во время дождей через гнилые крыши лились в бараки потоки воды» [Там же], — как вспоминал потом епископ и хирург. В одном из таких «жилищ» нашлось место и для него.

Однако пребывание в «Макарихе» оказалось недолгим. Ссыльный профессор Войно-Ясенецкий вскоре был переведен из лагеря в Котлас. «Перед самым моим переводом, — писал он, — в Макарихе вспыхнула эпидемия сыпного тифа» [Там же]. Уже потом жители Котласа рассказывали епископу о страшных последствиях прошлогодней эпидемии, свирепствовавшей в том же лагере, когда «каждый день вырывали большую яму и в конце дня в ней зарывали около семидесяти трупов» [Там же].

В Котласе епископ Лука вел прием хирургических больных в городской амбулатории и даже немного оперировал в местной больнице. Это было время ожидания парохода, который пойдет вместе с Войно-Ясенецким вниз по Северной Двине до самого Архангельска — столицы Северного Края.

Скупые воспоминания епископа и хирурга об архангельской ссылке 1931—1933 гг. существенно дополнили научные изыскания С. П. Глянцева[97], которому в 1996 г. в Государственном архиве Архангельской области удалось обнаружить несколько важных свидетельств, связанных с деятельностью ссыльного профессора в Северном крае [239]. Так, теперь известно, что профессор Войно-Ясенецкий был доставлен в Архангельск во второй половине августа 1931 г. Об этом свидетельствовал один из документов, датированный 21 августа того же года. Это было первое направление на работу, полученное ссыльным профессором-хирургом в городском отделе здравоохранения после его прибытия в Архангельск.

«Заведывающему I Советской амбулаторией, — значилось в нем. — Для ведения ежедневного приема по хирургическим бо-

---

97 Видный историк хирургии наших дней.

лезням в I Советской амбулатории в ваше распоряжение направляется профессор Ясенецкий. Завгорздравотделом (подпись)» [Там же, С. 78]. Здесь же имелась и подпись самого хирурга, сделанная карандашом: «Получил. Войно-Ясенецкий» [Там же].

Получив направление на работу в одну из городских поликлиник, епископ и хирург отправился и в городскую больницу, не собираясь ограничивать амбулаторно-поликлинической хирургией круг новых должностных обязанностей. Однако в больнице Архангельска Войно-Ясенецкого ожидал чрезвычайно холодный прием у главного врача, который дал понять ссыльному профессору, что в его помощи ни он, ни вверенная ему больница не нуждаются. Тот же неожиданный «ледяной душ» стал испытанием для епископа Луки, когда ему пришлось обратиться и к владыке краевой епархии — «епископу Архангельскому», встретившему его, мягко говоря, «довольно недружелюбно» [37, 38].

Исследования С. П. Глянцева существенно прояснили обе ситуации, с которыми пришлось встретиться в архангельской ссылке епископу Луке — хирургу Войно-Ясенецкому. В частности, он обнаружил среди прочих архивных документов список «административно-высланных врачей, работавших в Архангельске в 30-х годах» [239, С. 78], среди которых значился и Войно-Ясенецкий.

Причиной ссылки большинства из них являлась всем известная 58 (политическая) статья. Однако фамилия профессора-хирурга сопровождалась иной пометкой: «В ссылке в Сев. Кр., статья об убийстве» [Там же], которая проливала свет на явно негативное отношение к Войно-Ясенецкому со стороны его коллег по врачебной профессии и духовной ипостаси.

Ссыльный профессор мог переломить сложившуюся ситуацию в свою пользу только одним, известным ему способом, блестяще выполнив показательную хирургическую операцию. Поэтому, получив отказ в приеме на работу от главного врача архангельской больницы, он решил провести такое оперативное вмешательство непосредственно в перевязочной I Советской амбулатории, куда был направлен на работу заведующим городским отделом здравоохранения. Сведения об этой уникальной операции, проведенной им, сохранились в воспоминаниях епископа и хирурга.

«В большой амбулатории, — писал он, — я имел возможность видеть недостаточно радикально оперированных по поводу рака грудной железы женщин... Когда ко мне пришла боль-

ная с раком груди, я не послал ее в больницу, а решил оперировать ее амбулаторно и сделал очень радикальную операцию...» [37, 38].

Однако ожидавшийся эффект от этого сложного оперативного вмешательства, произведенного в условиях поликлиники под местным обезболиванием, оказался не таким, на который надеялся Войно-Ясенецкий. Вместо заслуженных похвал по поводу выполнения этой операции, которая подтверждала высокую квалификацию хирурга, возникла ненужная конфронтация с врачами городской больницы.

Узнав о проведении такого вмешательства, больничные врачи отправились в краевой отдел здравоохранения с жалобой на действия хирурга поликлиники Войно-Ясенецкого, явно превысившего (по их заявлению) свои полномочия. Надо отдать должное мудрости заведующего крайздравотделом, оказавшегося на высоте критической ситуации.

Сложнейшая «операция прошла благополучно, больная жива, никаких осложнений нет, — констатировал он. — Так что же еще нужно?» [Там же]. Вместе с тем с этих пор врачебная деятельность Войно-Ясенецкого в Архангельской городской больнице окончательно стала невозможной. И не только она, как выяснилось в самом скором времени. Враждебное отношение «эскулапов» больницы сумело отвратить хирурга и от лечения в ней.

«Живя в Архангельске, — отметил Святитель в воспоминаниях, — я заметил у себя твердую бугристую опухоль, возбуждавшую подозрение о раке» [Там же]. При этом ссыльный профессор не стал прибегать к помощи врачей городской больницы Архангельска. Он сразу обратился в местное управление ОГПУ, чтобы получить разрешение на выезд в Москву для проведения срочного оперативного вмешательства. Удивительно быстро (через 2 недели после обращения) это разрешение им было получено. Правда, вместо Москвы в его направлении был указан Ленинград, но епископ Лука, не споря с оперативниками, принял этот путь «как путь, указанный... Богом» [Там же].

В поезде по дороге в Ленинград профессор Войно-Ясенецкий познакомился с молодым врачом, который по приезде пригласил хирурга погостить в своей семье. В незнакомом городе, где епископ Лука был впервые, такое гостеприимство оказалось очень кстати. Тот же доктор отвез профессора в Онкологический институт, располагавшийся на Васильевском острове. Его основателем (1926) и первым директором был видный советский он-

колог профессор Н. Н. Петров, отнесшийся к ссыльному коллеге «с большим вниманием» и выполнивший необходимое оперативное вмешательство по удалению опухоли. К счастью для всех, как показали результаты гистологического исследования, она оказалась доброкачественной.

В день выписки из института (была суббота) епископ Лука посетил храм бывшего Ново-Девичьего монастыря, который к тому времени уже был закрыт для монашествующих, однако службы в храме продолжались. Во время всенощной, когда настало время чтения Евангелия, он «вдруг почувствовал какое-то непонятное, очень быстро нараставшее волнение, которое достигло огромной силы» [Там же], когда епископ Лука услышал «слова Господа Иисуса Христа, обращенные к апостолу Петру: *Симоне Ионин, любиши ли Мя паче сих? Паси овцы Моя...*» [Там же]. Это обращение было воспринято «с несказанным трепетом и волнением, как обращение не к Петру, а прямо ко мне» [Там же], — свидетельствовал Святитель в дальнейшем. Он еле дождался конца богослужения, чтобы немедленно отправиться к ленинградскому митрополиту Серафиму, продолжавшему жить при закрытом монастыре, и рассказал ему о случившемся с ним. Почтенный митрополит внимательно выслушал епископа и «сказал, что и в его жизни бывало подобное» [Там же].

Вскоре после возвращения епископа и хирурга из Ленинграда в Архангельск он неожиданно получил вызов в Москву, где с ним в течение трех недель «ежедневно беседовал... особоуполномоченный Коллегии ГПУ» [Там же], которому была поручена проверка уголовного дела по обвинению епископа Луки (профессора Войно-Ясенецкого).

По данным В. А. Лисичкина, в то же время другие фигуранты по делу об убийстве профессора Михайловского, включая его бывшую жену, были возвращены из мест проведения ссылки. Однако конечный результат московских «бесед» оказался не таким, которого мог ожидать архангельский ссыльный после вызова в Москву. Епископа Луку не только не освободили досрочно, как это случилось с другими, «но вернули в Архангельск и прибавили еще полгода к сроку... ссылки» [Там же].

Ко времени его возвращения из Москвы в столицу Северного края в городе произошло укрупнение врачебных участков и соответственно сокращение числа амбулаторий (поликлиник). В результате I Советская амбулатория, где профессор Войно-Ясенецкий начал врачебную деятельность в августе 1931 г., была

объединена со II Советской амбулаторией. Это произошло 20 мая 1932 г. в соответствии с постановлением одного из районных советов города. С этих пор имеющиеся сведения о врачебной работе ссыльного профессора были связаны со II Советской амбулаторией, позднее получившей наименование II Центральной (в наши дни — это поликлиника № 2 Ломоносовского района Архангельска) [239].

Во время работы профессора Войно-Ясенецкого в этой амбулатории зоной ее обслуживания являлся один из районов Архангельска, располагавшийся между улицами Поморской и Парижской Коммуны, жители которого были «прикреплены» к ней. Кроме того, в ту же зону входили несколько крупных городских предприятий, в том числе морской порт, судоверфь, 3 завода по обработке древесины и лесобиржа.

Запись на прием к врачам начиналась очень рано (утром в половине четвертого) и проводилась дважды (второй раз в 15 ч).

В 1932 г. во II Центральной амбулатории имелось несколько врачебных кабинетов, в том числе хирургический, оториноларингологический, офтальмологический, гинекологический, терапевтический и педиатрический. Амбулаторией заведовала С. С. Гурьева, единственная из всех сотрудников, которая являлась членом ВКП(б). Заведующим хирургическим кабинетом той же амбулатории состоял Я. Г. Маршак, в непосредственном подчинении которого находился профессор Войно-Ясенецкий. Заведующий взял на себя утренний прием больных хирургического профиля, тогда как вечерний достался ссыльному профессору.

В разное время (1932—1933) хирургам помогали лекарские помощники (фельдшера) Г. А. Звягина и А. Ф. Антуфьева, а также медицинские сестры Васина, Галушина, Гладких, Дорофеева, Петрук, Соколова, Ярилова и др. [Там же].

Ссыльному профессору приходилось трудиться и в других городских амбулаториях, где не хватало врачей-хирургов. К примеру, в служебной записке от 4 августа 1932 г., поданной им в крайздравотдел, прямо указывалось, что в это время он работал «при максимальном напряжении сил, один за трех врачей (один на 2 амбулатории)» [Там же, С. 79].

Эта деятельность профессора-хирурга оценивалась в 230 руб. в месяц, в том числе по должности врача-хирурга и за совместительство (для сравнения: остальные врачи амбулатории получали по 350 руб. только по штатной должности). К тому же мест-

ное медицинское начальство стремилось при всяком удобном случае напомнить Войно-Ясенецкому о его неприглядном положении, «поставить на место», чтобы не забывался [239].

Видимо, ему не раз приходилось встречать в Архангельске «грубое, оскорбительное и несправедливое (подчеркнуто Войно-Ясенецким. — *Ю. Ш.*) отношение» [Там же], подобное тому, которое он встретил в августе 1932 г. со стороны заведующей районным отделом здравоохранения, в результате чего его врачебная деятельность в городских амбулаториях «стала морально невозможной» [Там же]. Поэтому ссыльный профессор настаивал на переводе «куда-либо из Архангельска» и действительно был переведен врачом амбулатории, находившейся при одном из отдаленных лесозаводов, где кроме ее заведующего были только фельдшер и уборщица.

Эта добровольная высылка из города оказалась недолгой. Спустя два месяца в том же райздравотделе было решено вновь предоставить Войно-Ясенецкому такую работу, которая больше соответствовала его хирургической квалификации, чем деятельность в амбулатории лесозавода. В результате с 19 ноября 1932 г. он вернулся к исполнению обязанностей врача хирургического кабинета той же II Центральной амбулатории Архангельска, откуда ссыльный профессор был вынужден уйти по независящей от него причине.

На первом году архангельской ссылки Войно-Ясенецкому пришлось несколько раз надолго уезжать из Архангельска. Сначала это была поездка в Ленинград в связи с необходимостью операции по поводу опухоли, которую он у себя обнаружил, затем в ОГПУ в Москву (по вызову особоуполномоченного) и, наконец, в амбулаторию отдаленного лесозавода.

Отсюда становится понятным утверждение епископа о том, что «в первый год жизни в Архангельске я испытывал большие затруднения в отношении квартиры и был почти бездомным» [37, 38]. В этот период он не имел постоянного городского жилья и вынужден был довольствоваться случайным, что подвернется под руку ко времени очередного возвращения в Архангельск. Жаль, но на это обстоятельство не обратил внимания журналист Поповский, красочно описавший встречу ссыльного профессора с В. М. Вальневой, у которой тот якобы поселился сразу после приезда в этот город.

На наш взгляд, Войно-Ясенецкий встретился с ней только в ноябре 1932 г., когда стал подыскивать себе пристанище в связи

с возобновлением работы во II Центральной амбулатории Архангельска. В течение календарного года (до ноября 1933 г. включительно) он будет жить на ее квартире, адрес которой удалось установить С. П. Глянцеву: Петроградский проспект (теперь ул. Ломоносова), дом 126[98].

В. М. Вальнева была известна среди жителей Архангельска тем, что она успешно занималась консервативным лечением гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки (без вскрытия гнойников хирургическим путем). Не имея медицинского образования, Вальнева якобы достигла поразительных результатов в своем деле, применяя с лечебной целью особый состав, названный профессором Войно-Ясенецким **«катаплазмой»** или **«катаплазмами»**.

Надо отметить, что это название происходило от греческого «намазывать» и означало перевязочное средство или повязку, которые применялись в Древней Греции. Тогда она представляла собой два чистых лоскута холщевой ткани (полотна), между которыми путем намазывания (отсюда — название) помещали отжатую кашицу из истолченных и отваренных в воде или молоке лекарственных растений.

Применяли катаплазму с целью местного согревания тканей (метод лечения воспалительных очагов влажным теплом). Поэтому другое ее название — **припарка**. На Руси припарки из отваров на сладком молоке применяли издавна «для открывания пор». Нельзя исключить и применения припарок с целью самопроизвольного вскрытия гнойников [240], что успешно достигалось архангельской целительницей Вальневой.

Субстрат или катаплазмы Вальневой накладывались непосредственно на кожу в области воспалительного инфильтрата (очага нагноения) и якобы скоро приводили к его существенному ограничению, самопроизвольному вскрытию и опорожнению. Составными частями катаплазмы являлись прокаленная земля, мед и некоторые растительные продукты архангельского региона (травы, коренья, ягоды и пр.).

В воспоминаниях 1958 г. Войно-Ясенецкий не упоминал о своем увлечении катаплазмами Вальневой ни в период архангельской ссылки 1932—1933 гг., ни после нее, когда архангельская целительница переехала вслед за ним в Ташкент.

---

[98] До наших дней этот деревянный дом не сохранился.

Однако сведения об успешных клинических испытаниях каталазм Вальневой все-таки содержатся во II издании «Очерков гнойной хирургии» (1946), где был впервые обобщен опыт работы епископа и хирурга в области гнойной хирургии за 1934—1937 гг.

Увлечение профессора Войно-Ясенецкого целебными свойствами катаплазм началось во время архангельской ссылки, когда он впервые стал применять эти составы в амбулаторно-поликлинических условиях (по-видимому, во II Центральной амбулатории Архангельска).

Чтобы добиться разрешения для применения метода Вальневой в условиях лечебного учреждения, как утверждал хирург в 1936 г., ему пришлось преодолеть сопротивление коллег по профессии. Это удалось лишь после обращения к руководству Северного края. Профессор убедил председателя краевого исполкома в необходимости испытаний нового способа лечения гнойных заболеваний. В результате тот распорядился немедленно начать испытания катаплазм. Войно-Ясенецкому удалось добиться и приема целительницы Вальневой на работу в Центральную амбулаторию, где проводились испытания ее метода. Только продолжались они всего месяц. «Против нас восстали корифеи архангельской медицины», — как утверждал позднее ссыльный профессор [241].

В наши дни об этом методе, не получившем ни практического, ни теоретического развития, почти никто не помнит. С. П. Глянцев (1998) рискнул предположить, что катаплазмы «северной знахарки были не чем иным, как прообразом современных сорбентов и многокомпонентных мазей на водорастворимой основе, известных сегодня каждому, кто занимается гнойной хирургией» [239, С. 79; 240, С. 94].

Так или иначе, но архангельский этап испытаний катаплазм Вальневой закончился безрезультатно, едва начавшись в 1933 г.

Остальные события врачебной деятельности Войно-Ясенецкого в последний год этой ссылки (1933) касались его работы в той же Центральной городской амбулатории. К примеру, в конце февраля того же года на него были возложены дополнительные обязанности приема больных «по уху, горло и носу» (орфография оригинала сохранена) [239, С. 80] временно, по совместительству, с окладом 0.5 ставки и с выполнением их в часы основного (вечернего) приема, т. е. с 16 до 21 часа ежедневно.

В апреле 1933 г. на должность санитара хирургического кабинета, где трудился ссыльный профессор, был внедрен, по мнению С. П. Глянцева, соглядатай ОГПУ. Это случилось в преддверии его скорого освобождения из архангельской ссылки. Оно ожидалось 6 мая или через 3 года после второго ареста в Ташкенте согласно внесудебному решению, принятому коллегией ОГПУ по его делу. Однако в начале мая Войно-Ясенецкий освобожден не был и продолжал томиться в Архангельске до конца того же года, находясь под пристальным вниманием сексота (так называли секретных сотрудников ОГПУ).

Со второй половины августа 1933 г. у епископа Луки как врача хирургического кабинета изменился график работы в амбулатории: вместо вечернего приема больных он получил возможность принимать их в утренние и дневные часы, т. е. с 9 до 14 часов.

Кроме того, с 1 сентября того же года врач-хирург Войно-Ясенецкий «за лучшую работу был переведен на среднюю ставку» [Там же]. Это означало, что практически весь срок архангельской ссылки епископ и хирург, несмотря на высокую профессиональную квалификацию и ученую степень доктора медицины, находился на низшей ступени оплаты труда.

Во время долгого ожидания освобождения и до последнего дня архангельской ссылки епископу Луке было трудно определиться с местом жительства, которое он хотел бы избрать, когда ссылка закончится. По всей видимости, ему не хотелось возвращаться в Ташкент, где вряд ли приходилось рассчитывать на хирургическую работу, достойную его квалификации, и возобновление архиерейской деятельности. Чтобы сделать окончательный выбор, епископ написал письмо в Ташкент, адресовав его митрополиту Арсению. Ответ Арсения не внушал особой надежды на возвращение в этот город. «Я... из ответа его понял, что он вовсе не обрадуется моему приезду» [37, 38], — отмечал позднее епископ Лука.

Поэтому осенью того же 1933 г. ссыльный профессор обратился с пространным письмом к наркому здравоохранения РСФСР М. Ф. Владимирскому, где обосновывал необходимость выделения нового направления в общей хирургии в виде гнойной хирургии и предлагал создание научно-исследовательского подразделения (института), предназначенного для решения этого рода научных проблем. Ответа от наркома он не получил, но стал надеяться на положительное решение при встрече с ним.

Из Архангельска епископ и хирург был намерен сразу отправиться в Москву. В московском издательстве «мертвым грузом» лежала рукопись «Очерков гнойной хирургии», которая не была опубликована за время пребывания автора в ссылке. Отсюда вытекала вторая задача — скорейший выход в свет главной книги своей жизни. Чтобы решить ее, надо тоже ехать в столицу. Московские издатели должны увидеть профессора Войно-Ясенецкого свободным и полноправным гражданином СССР. Тогда и опубликование новой монографии могло сдвинуться с места. Так определился окончательный выбор между Москвой и Ташкентом, и местом возвращения из архангельской ссылки стала Москва.

25 ноября 1933 г., накануне освобождения из ссылки, Войно-Ясенецкий заболел и неделю не выходил на работу по состоянию здоровья. В хирургическом кабинете Центральной городской амбулатории его временно заменяла доктор Е. Я. Савина. Она же окончательно сменила опытного хирурга на утреннем приеме хирургических больных, начиная с 5 декабря того же года, когда наконец-то истек срок пребывания епископа Луки и профессора Войно-Ясенецкого в столице Северного края в качестве ссыльного.

Время тяжких потерь и сбывшихся надежд

«Оставленный Богом и лишенный разума, я углубил свой тяжкий грех непослушанием Христову повелению: „Паси овцы моя"»

(*В. Ф. Войно-Ясенецкий*)

Первое опьянение долгожданной свободой во время путешествия из Архангельска в Москву не смогло омрачить даже крушение пассажирского поезда, в котором в декабре 1933 г. следовал епископ и хирург. Он отделался «легким испугом» и не пострадал во время железнодорожной катастрофы.

Добравшись до Москвы, епископ Лука первым делом явился в канцелярию Местоблюстителя патриаршего престола, который занимал тогда митрополит Сергий. Здесь на заданный вопрос, не хочет ли он занять одну из свободных архиерейских кафедр, он, «оставленный Богом и лишенный разума» [37, 38], ответил категорическим и страшным «нет».

От митрополита Сергия епископ и хирург отправился в Наркомат здравоохранения РСФСР, где намеревался попасть на прием к наркому М. Ф. Владимирскому. Однако тот не принял бывшего ссыльного и поручил это сделать своему заместителю. Последний был «тертым калачом» и, когда речь зашла об организации научно-исследовательского института гнойной хирургии, директором которого хотел бы стать профессор Войно-Ясенецкий, «очень сочувственно отнесся к ... просьбе, — как вспоминал потом Святитель, — и обещал поговорить о ней» [Там же] с нужными людьми. Этот советский чиновник, в свою очередь, хорошо понимал непростые механизмы создания новых учреждений, когда инициатива их образования исходила снизу, а не сверху. Он обнадежил профессора пустыми обещаниями, которые на языке бюрократов означали ясный и отчетливый отказ. Однако епископ Лука, вовсе не искушенный в этих хитросплетениях, был рад поверить всему, что было сказано в Наркомате, и ушел оттуда с надеждой на скорое осуществление давней мечты. Однако радужное настроение профессора было недолгим, так как вскоре тот же заместитель наркома М. Ф. Владимирского все-таки сообщил ему неутешительное известие.

Как и должно было случиться, другой руководитель, не работавший в Наркомате здравоохранения РСФСР, не внял просьбе епископа и отказал ему в организации НИИ гнойной хирургии. Наркомздрав республики упоминался здесь с той целью, чтобы снять с себя всякую ответственность за такое решение: мол, кто-то отказал, но наш наркомат здесь ни при чем.

Удачнее всего в Москве епископу и хирургу удалось решить вопрос со скорейшим опубликованием «Очерков гнойной хирургии». Здесь и так уже были упущены по вине издательства все возможные сроки выхода в свет этой книги. Поэтому ее автору было твердо обещано, что его рукопись будет подписана к печати и сдана в типографию в первом полугодии 1934 г.

Так из нескольких неясных вопросов, появившихся после освобождения из ссылки, оставался нерешенным всего один. «Мне некуда было деваться» [Там же], — вспоминал об этом времени Святитель и почему-то продолжал обсуждать эту тему со священнослужителями, быть с которыми в одном ряду он добровольно отказался. С другой стороны, было трудно ждать от них же дельного совета по поводу дальнейшей хирургической работы. Тем не менее он внял совету одного из архиереев и поехал зачем-то в Крым. В начале 1934 г. Войно-Ясенецкий какое-то время жил в Феодосии, где «питался в грязной харчевне, ночевал в доме крестьянина и... принял новое бестолковое решение — вернуться в Архангельск» [Там же].

В столице Северного края вчерашний ссыльный вновь был принят на работу врачом-хирургом во II Центральную амбулаторию, в которой он трудился в течение двух месяцев. Здесь же епископ Лука получил новое предложение: стать заведующим одной из хирургических кафедр Архангельского медицинского института, образованного в 1932 г., но продолжавшего формироваться и в дальнейшем. Однако Войно-Ясенецкий отказался от заведования кафедрой и, «немного опомнившись», все-таки уехал в Ташкент.

Но и в этом городе ему «некуда было деваться». По выражению Святителя, он «опустился до такой степени» [Там же], что впервые снял одеяние епископа и одел обычную одежду (ее называл гражданской). В ней он обратился за трудоустройством в Наркомат здравоохранения Узбекистана, где немедленно получил направление на должность хирурга-консультанта при городской больнице, находившейся в Андижане [242].

По данным В. А. Лисичкина, в мае 1934 г. профессор Войно-Ясенецкий переехал в Андижан. Здесь епископ Лука в полной мере почувствовал, что «благодать Божия оставила» [Там же] его. Все валилось из рук опытнейшего хирурга. Многие оперативные вмешательства, которые раньше вызывали восхищение коллег и восторженную признательность пациентов, стали неудачными. Довольно неуютно он себя чувствовал и в роли лектора, когда приходилось выступать перед узбекскими дехканами, засыпавшими, начиная с первых рядов, уже в начале беседы хирурга, посвященной раннему выявлению злокачественных новообразований.

«Скоро я был тяжело наказан Богом, — вспоминал об андижанском периоде епископ и хирург. — Я заболел тропической лихорадкой Папатачи, которая осложнилась отслойкой сетчатки левого глаза» [Там же]. Это произошло в июле 1934 г., когда Войно-Ясенецкий из-за тяжелой болезни был вынужден вернуться из Андижана в Ташкент, оставив прежнюю работу хирурга-консультанта.

В том же году в Ташкентской городской больнице, которой он руководил в 1917—1920 гг., начались большие перемены: она была преобразована в клиническую больницу неотложной помощи[99], став единственным городским центром, куда направлялись все больные, нуждавшиеся в оказании врачебной помощи по неотложным показаниям. В результате число штатных коек в ней было увеличено вдвое, по сравнению с предшествующим периодом, и достигло 500. При этом значительное развитие получили лечебно-диагностические отделения хирургического профиля, в интересах которых были начаты как постройка новых или существенная реконструкция прежних корпусов (с расширением первых и надстройкой вторых этажей, где их не было), так и оборудование нескольких новых операционных блоков.

Это было время коренной реорганизации хирургической деятельности Ташкентской городской больницы. Оно оказалось благоприятным и для создания в ее составе новых отделений хирургического профиля, одно из которых появилось в ней благодаря епископу Луке.

Несмотря на тяжелые последствия перенесенной болезни, профессору Войно-Ясенецкому частично удалось в Ташкенте то,

---

99 В дальнейшем — Институт неотложной помощи.

что вовсе не получилось в Москве, где он не раз обращался в Наркомат здравоохранения РСФСР с предложением о создании НИИ гнойной хирургии. Но масштабы формирования такого института были не по силам для небольшой среднеазиатской республики.

Нет сомнений, что после возвращения из Андижана епископ и хирург побывал в Наркомате здравоохранения Узбекистана. Здесь он впервые предложил создать в составе Ташкентской клинической больницы неотложной помощи так называемое «отделение гнойной хирургии» — первое хирургическое отделение этого профиля не только на территории Узбекистана, но и в СССР. Это предложение профессора Войно-Ясенецкого было принято. По всей видимости, уже в августе 1934 г. он был назначен заведующим «маленьким отделением по гнойной хирургии на двадцать пять коек» [Там же], вновь сформированным в Ташкентской клинической больнице неотложной помощи. В скором времени коечная емкость этого отделения была увеличена вдвое. Это был существенный прорыв в развитии нового направления общей хирургии, которым, благодаря энергии и непрестанным усилиям профессора Войно-Ясенецкого, все явственнее становилась хирургия гнойная.

Однако в первый месяц после потери зрения левого глаза епископу и хирургу было исключительно трудно приспосабливаться к новым условиям проведения оперативных вмешательств, когда поле его зрения вдруг стало ограниченным. Поэтому в конце августа того же года ему пришлось выехать в Москву для продолжения лечения. Еще в Ташкенте он узнал об удивительных результатах операций швейцарского окулиста Гопена, которые позволяли вновь обрести зрение 60—80 % больных, страдавших отслойкой сетчатки по тем или иным причинам. В Москве же, по его данным, эту операцию «делал профессор Одинцов» [Там же].

В сентябре 1934 г. в госпитальной глазной клинике Первого Московского медицинского института видный офтальмолог профессор В. П. Одинцов (1876—1938) [243] выполнил Войно-Ясенецкому две операции, чтобы восстановить зрение левого глаза, существенно утраченное в результате отслойки сетчатки. Епископу и хирургу после проведенных оперативных вмешательств требовался длительный период полного физического и душевного покоя, когда напряжение мышц и даже душевные переживания могли свести на нет усилия профессора Одинцова.

Он долго лежал в палате с завязанными глазами, чтобы движения глазных яблок не смогли повредить конечному результату, и мечтал, мечтал о продолжении работы в области гнойной хирургии. Хирург испытывал настолько страстное желание вернуться к любимой работе, что даже видел сны о том времени, когда он снова будет оперировать больных и преподавать гнойную хирургию врачам и студентам.

Но в начале октября 1934 г. вновь случилось непредвиденное. Находясь в клинике глазных болезней, Войно-Ясенецкий получил известие о том, что его старший сын, Михаил, следовавший из Ленинграда в Москву, получил тяжелые повреждения в результате крушения пассажирского поезда и был доставлен в одну из ленинградских больниц. Настояв на досрочной выписке из московской клиники, епископ и хирург тут же выехал в Ленинград, чтобы повидаться с Михаилом и помочь ему по мере своих сил. Когда больной вернулся из Ленинграда в Москву, было уже поздно. Прерванное лечение стоило ему окончательной потери зрения левого глаза.

Из Москвы профессор-хирург был вынужден поспешно вернуться в Ташкент, где случилось несчастье теперь уже со средним сыном, Алексеем. Он был студентом старшего курса Ташкентского медицинского института и в сентябре 1934 г. в результате нервного срыва попал в городскую психиатрическую больницу. Причиной тому стала многолетняя травля, которую сын репрессированного епископа испытывал во время учебы в институте. Здесь Алексея не раз склоняли к отречению от отца. Эти попытки привели молодого человека к нервному расстройству, последствием которого стало не только оставление им учебы в медицинском институте, но и переезд его из Ташкента в Ленинград. Здесь Алексею приходилось (пока он вновь не стал студентом) подрабатывать фотографом.

На печальном фоне семейных трагедий, случившихся у Войно-Ясенецких осенью 1934 г., увидел наконец-то свет главный труд жизни профессора и хирурга — знаменитые сегодня «Очерки гнойной хирургии». Однако далеко не сразу были отмечены несомненные достоинства их I издания.

Как «установил» в своей работе журналист М. А. Поповский, «современники[100] монографию „не заметили". В журнале

---

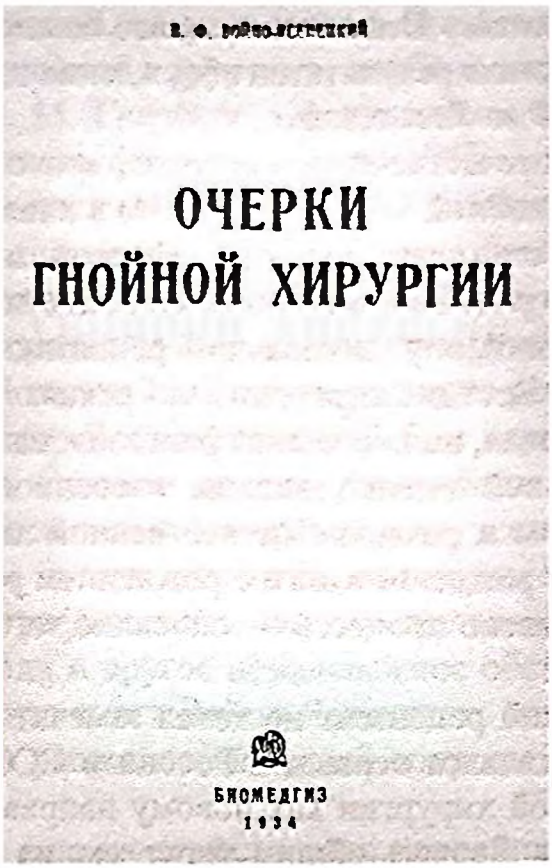
[100] Имеются в виду его современники середины 30-х годов прошлого века (примечание автора. — *Ю. Ш.*).



А. В. Войно-Ясенецкий (первая половина 30-х годов XX века).

„Хирургия" промелькнула, правда, доброжелательная заметка проф. Салищева. Но и только. Ни члены ученого Совета Ташкентского медицинского института, ни Ташкентское хирургическое общество, ни газета „Правда Востока" монографию не обсудили» [29, С. 264]. По его мнению, вокруг «Очерков гнойной хирургии», как и вокруг их автора, образовался некий «заговор молчания...», потому что «о книге, как и о нем самом, боялись не только писать, но даже упоминать в разговоре. Не научное, а политическое табу сковало уста ученых современников» [Там же].

К сожалению, это «заключение» М. А. Поповского явно преувеличено и не имеет ничего общего с действительностью середины 30-х годов прошлого века, когда были впервые опубликованы «Очерки...». Не было тогда никакого «заговора» ни вокруг них, ни вокруг профессора Войно-Ясенецкого. Такой заговор наступил позднее, в 1937 г., когда профессор был арестован в третий раз. Вовсе не современники профессора Войно-Ясенецкого, которых поругивал журналист, а сам М. А. Поповский как-то не заметил нескольких рецензий, опубликованных видными хирур-



Обложка I издания «Очерков гнойной хирургии».

гами в 4 периодических врачебных изданиях СССР в связи с выходом в свет «Очерков гнойной хирургии».

Но среди них не было ни журнала «Хирургия», о котором писал этот автор, ни «доброжелательной заметки профессора Салищева». К их числу относился журнал «Советская хирургия», где заведующий кафедрой общей хирургии Ивановского медицинского института в 1932—1935 гг. профессор В. Э. Салищев (1886—1960) опубликовал рецензию на книгу В. Ф. Войно-Ясенецкого «Очерки гнойной хирургии» (1934).

Рецензия В. Э. Салищева была опубликована только во втором полугодии 1935 г. и таким образом стала последней среди других профессиональных откликов на замечательный труд ташкентского хирурга. Остальные рецензии на эту книгу, увидевшие свет раньше, остались неизвестными для журналиста Поповского.

Следует обратить внимание читателей, что профессиональные рецензии на новые медицинские книги традиционно принято публиковать в изданиях, предназначенных для врачей, к которым не относилась газета «Правда Востока» как орган ВКП(б)

Узбекистана. Поэтому Поповскому вовсе не следовало ожидать от партийного органа результатов обсуждения научной монографии хирурга Войно-Ясенецкого.

Первым из отечественных хирургов, кто отметил выход в свет «Очерков гнойной хирургии» (1934) в качестве неординарного события, стал заведующий кафедрой общей хирургии Первого Ленинградского медицинского института профессор А. М. Заблудовский, опубликовавший рецензию на эту монографию в журнале «Вестник хирургии им. Грекова» в конце 1934 г.

Это была первая, но поспешная рецензия, не представлявшая собой объективной оценки вклада, внесенного профессором Войно-Ясенецким в развитие отечественной хирургии. В ней, если сравнивать рождение книги с рождением ребенка, отсутствовало главное звено процесса — описание того, что же появилось на свет.

Ленинградский рецензент не хотел замечать, что труд Войно-Ясенецкого являлся первым в России и СССР, который посвящался гнойной хирургии как новому направлению развития общей хирургии. Являясь общим хирургом, на глазах которого рождалась хирургия гнойная, он пропустил зарождение новой хирургической специальности.

Вместо этого в поверхностной рецензии А. М. Заблудовского можно видеть множество ненужных мелочей с перечислением страниц монографии, где он встретил ту или иную оплошность автора. Работу Войно-Ясенецкого, по мнению рецензента, сопровождала «печать некоторой устарелости» [244, С. 287], которой он снабдил многие живые и яркие примеры из земской практики автора. Приложения той же «печати» удостоилась и вторая часть монографии, посвященная обезболиванию хирургических вмешательств. Она, по мнению А. М. Заблудовского, «также не изображает сегодняшнего дня местного обезболивания» [Там же, С. 288].

Несмотря на то обстоятельство, что эта «книга... написана хорошим и живым языком, к которому трудно придраться», рецензент Заблудовский все-таки нашел в ней крамольные места, где «режут глаз выражения» [Там же]. К тому же он посчитал, что «некоторые рисунки прямо отвратительны» [Там же].

Вместе с тем рецензент выражал уверенность, что большой тираж этой книги (10200 экз.) не станет препятствием в деле ее распространения и она быстро «разойдется, сослужив не малую службу, в первую очередь, молодым хирургам» [Там же].

Более объективной, на наш взгляд, оказалась вторая рецензия на «Очерки гнойной хирургии», опубликованная В. Я. Шлапобергским и М. М. Гинзберг в февральском номере журнала «Биология, медицина, физкультура» за 1935 г.

Здесь справедливо указывалось, что «до последнего времени советская медицинская литература лишена была специального руководства, посвященного вопросам гнойной хирургии» [245, С. 28], которые излагались весьма кратко в руководствах по общей или частной хирургии. Это утверждение рецензентов означало, что профессор Войно-Ясенецкий был первым из отечественных хирургов, ставшим автором руководства по гнойной хирургии, предназначенного для врачей и студентов.

Вместе с тем авторы рецензии, являвшиеся сотрудниками Критико-библиографического научно-исследовательского института, подметили и другое немаловажное обстоятельство, состоявшее в том, что книга Войно-Ясенецкого являлась «единственной на нашем рынке, освещающей вопросы гнойной хирургии» [Там же].

В те времена еще не существовало непроницаемого «железного занавеса», которым СССР наглухо отгородился от всего остального мира. Поэтому с отечественными руководствами в области медицинской науки и практики мирно соседствовали переводы зарубежных монографий. Другое дело, что со времени их опубликования за границей и до появления «на нашем рынке» часто проходило немало лет. Однако к 1934 г. «Очерки гнойной хирургии» были единственным руководством в своем роде, в том числе и среди иностранных источников, доступных советским врачам.

Нет сомнений, что это заключение В. Я. Шлапобергского и М. М. Гинзберг имело чрезвычайно важное значение для определения той роли, которую сыграли «Очерки гнойной хирургии» в деле становления в нашей стране нового направления в отечественной хирургии, каким действительно становится гнойная хирургия в наши дни.

Переходя к разбору содержания основных разделов руководства Войно-Ясенецкого, авторы рецензии особо подчеркивали «исчерпывающее изложение анатомии, клиники и терапии основных нагноительных процессов» [Там же, С. 29], знание чего крайне необходимо любому практическому врачу.

При этом они обращали внимание на «излишний радикализм автора» [Там же] при проведении оперативных вмешательств в

тяжелых и запущенных случаях заболеваний гнойного характера, а также отсутствие в его руководстве рекомендаций к применению консервативных методов лечения, в том числе аутогемотерапии, переливания крови, физиотерапевтических мероприятий и др.

Более того, В. Я. Шлапобергский и М. М. Гинзберг связывали «излишний радикализм» профессора Войно-Ясенецкого в оперативном лечении гнойных заболеваний с особым «мировоззрением автора», подходившего «к лечению гнойных процессов... довольно узко, анатомомеханически, локалистически, не учитывая всей роли общих мероприятий, имеющих целью изменение реакции организма в положительную для него сторону» [Там же].

Надо сказать, что точка зрения рецензентов по вопросу «хирургического радикализма» автора «Очерков гнойной хирургии» была далеко не единственной. Ее разделяли как некоторые ташкентские хирурги, с которыми профессору Войно-Ясенецкому пришлось совместно работать в 1917—1923 гг., так и остальные рецензенты этой монографии, включая профессоров В. Н. Деревенко и В. Э. Салищева.

Признавая удачным (реже прекрасным) изложение автором «Очерков...» всех его разделов, В. Я. Шлапобергский и М. М. Гинзберг справедливо считали неубедительным одно из предложений профессора Войно-Ясенецкого, состоявшее в выполнении срединных, а не боковых разрезов в области пальцевых фаланг в случаях панарициев. Срединный разрез обосновывался Войно-Ясенецким, исходя из топографо-анатомических соотношений: по боковой поверхности пальцев, как известно, проходят их сосуды и нервы. Поэтому при боковом разрезе, который отстаивали другие хирурги, действительно было возможным ранение этого сосудисто-нервного пучка.

Однако многолетняя хирургическая практика все-таки подтвердила преимущество боковых разрезов перед срединными, от которых давно отказались отечественные хирурги. Главенствующую роль здесь сыграли отдаленные последствия этих хирургических вмешательств. Как оказалось, боковые разрезы редко приводят к последующим нарушениям функции пальцев, тогда как срединные часто становятся причинами образования непоправимых контрактур, когда после такой операции палец превращается в «сухой крючок», не выполняющий своей роли.

Вместе с тем рецензенты выражали досаду, что автор, рекомендуя те или иные способы оперативного лечения гнойных заболеваний кисти, не останавливался на особенностях их послеоперационного лечения. Практическому врачу, как они полагали, будет важно не только правильно вскрыть тот или иной панариций, абсцесс или флегмону, но и придать после этого кисти (пальцу) определенное физиологическое положение «для избежания последующей инвалидности», а также умело провести остальные консервативные процедуры вплоть до выздоровления [245, С. 30]. Это были дельные замечания, которые позволили автору «Очерков...» сделать практически безупречным их II издание, законченное в 1943 г. и увидевшее свет в 1946 г.

В отличие от профессора А. М. Заблудовского, мелкие придирки которого касались даже лучших глав руководства Войно-Ясенецкого, В. Я. Шлапобергский и М. М. Гинзберг относили к числу выдающихся такие разделы, как «Аппендицит и перитонит», «Гнойный плеврит», «Забрюшинные поясничные флегмоны», «Гнойное воспаление коленного сустава», а также «Остеомиелит». По их мнению, эти лучшие главы прекрасно разработаны автором в деталях. Здесь была приведена подробная характеристика анатомических областей, клиническая картина указанных заболеваний, предложены современные взгляды на их оперативное лечение с учетом возможных путей распространения гноя за пределы первичного очага.

В этой рецензии признавалось «вполне оправданным... желание автора дать краткое описание рациональных методов анестезии при операциях в гнойной хирургии» [Там же], а способы проводниковой анестезии, в том числе разработанные Войно-Ясенецким, вовсе не считались устаревшими, как опрометчиво отметил проф. А. М. Заблудовский в собственном отклике.

Поэтому это приложение к основной части работы Войно-Ясенецкого признавалось важным и неотъемлемым разделом, составленным с учетом современных воззрений на развитие общего обезболивания и местной анестезии в условиях СССР.

Кроме «излишнего радикализма», авторы этой рецензии привлекали внимание к другим недостаткам I издания «Очерков гнойной хирургии», к которым они относили: отсутствие в руководстве данных лабораторных и микробиологических исследований, низкое качество выполнения некоторых рисунков, «например 12, 27 и др.», а также несколько досадных опечаток.

В заключение они отмечали, что «рецензируемая книга представляет собой очень ценный вклад в нашу советскую медицинскую литературу... и является ценным пособием для всех врачей, имеющих дело с гнойной хирургией» [Там же].

Заслуживает внимания и третья рецензия на «Очерки гнойной хирургии», опубликованная профессором В. Н. Деревенко в мартовском (1935) номере днепропетровского журнала под названием «Новый хирургический архив». Он был учеником известного хирурга С. П. Федорова и в 1923—1930 гг. заведовал кафедрой общей хирургии Днепропетровского медицинского института.

В его работе привлекалось внимание к двум положениям того времени, имевшим отношение к гнойной хирургии. С одной стороны, «практическому врачу с первых шагов своей деятельности приходится иметь дело с гнойной хирургией, с которой он... мало знаком» [246, С. 476]. Но, с другой — «„гнойная" хирургия у нас не в чести» [Там же].

Обратим внимание на то немаловажное обстоятельство, что профессор В. Н. Деревенко, видный хирург того времени, был мало знаком со словосочетанием «гнойная хирургия», так как слово «гнойная» в ряде случаев он окружал кавычками.

Другими словами, не было в те годы в СССР не только отечественного, но и иностранного руководства по так называемой «гнойной хирургии». Более того, среди отечественных хирургов не существовало единого понимания нового направления в развитии общей хирургии, зарождавшегося в ее недрах.

Поэтому вопросы оперативного лечения гнойных заболеваний до появления на свет руководства Войно-Ясенецкого было принято рассматривать в учебниках по общей или частной хирургии, где не всегда выделялись краткие разделы, посвященные им.

Отсюда можно сделать вывод, который не сформулировал профессор В. Н. Деревенко, но который вытекал из двух положений, приведенных им в рецензии: «Очерки гнойной хирургии» являлись в СССР не только первым руководством для врачей в своем роде, но и одной из первых отечественных монографий, где использовалось словосочетание «гнойная хирургия» для обозначения нового направления в развитии общей хирургии.

В своей рецензии В. Н. Деревенко дал удивительную характеристику стиля изложения Войно-Ясенецким сложных для по-

нимания разделов клинической хирургии и топографической анатомии.

«Редко кому удается изложить свои мысли так ясно» [245, С. 476], — писал рецензент о несомненном сегодня достоинстве автора «Очерков гнойной хирургии», которого не заметили другие рецензенты.

«Он никому не навязывает своих взглядов и не учит, как нужно поступать в том или ином случае, а пишет о том, как он поступил, не скрывая от нас своих сомнений и своих ошибок...

Весь труд носит характер бесед или клинических лекций, богато иллюстрированных личными наблюдениями. Эти наблюдения, вплетаясь в канву его беседы, образно описываемые, рельефно оттеняют ход его мысли, подчеркивают или освещают отдельные детали того или иного процесса...

Согласны мы с ним или не согласны, читая и перечитывая его очерки и внимательно следя за нитью его изложения, мы **активно мыслим** (выделено нами. — *Ю. Ш.*), и в этом **огромное достоинство** (выделено нами. — *Ю. Ш.*) его труда. Мы убеждаемся, что автор превосходный анатом и прекрасный стилист» [Там же], — так характеризовал «Очерки гнойной хирургии» и его удивительного творца профессор В. Н. Деревенко. Мало кому еще удастся так образно и точно описать достоинства главной книги врача-хирурга Войно-Ясенецкого, как это сделал ее третий рецензент.

Он же подтверждал, что монография является квинтэссенцией 20-летнего опыта работы автора в области гнойной хирургии. «На протяжении этих лет, — подчеркивал В. Н. Деревенко, — круг его деятельности и его взгляды менялись, его кругозор расширялся, его опыт обогащался, не изменялся лишь он сам, его настойчивость и та энергия, с какой он стремился овладеть процессом, взять в свои руки инициативу, широко вскрыть гнойную рану, широко распахнуть все ее закоулки, основательно их дренировать» [Там же, С. 477].

По мнению рецензента, профессор Войно-Ясенецкий видел залог успеха хирургической работы в выполнении раннего, энергичного и «подчас героического» оперативного вмешательства. В этом состояла суть «хирургического радикализма» автора «Очерков гнойной хирургии», на который обращали внимание как другие рецензенты главной книги его жизни, так и часть коллег по профессии. Основой подобного радикализма, конечно, являлся колоссальный опыт личной работы Войно-Ясенецкого

на поприще гнойной хирургии. Его не могли поколебать чужие доводы, так как он располагал собственной точкой зрения на оперативное лечение гнойных заболеваний.

Отсюда, как утверждал В. Н. Деревенко, остальные методы лечения отходят у Войно-Ясенецкого на второй план. Но так происходит «не потому, что он не придает им значения, а потому, что ему в большинстве случаев приходилось иметь дело со случаями, остро протекающими, требующими неотложных вмешательств» [Там же]. Тем самым, на наш взгляд, рецензент отмежевался от противников «хирургического радикализма», якобы свойственного автору «Очерков гнойной хирургии», объяснил глубинную суть его убеждений и доказал поверхностное восприятие ими громадного клинического опыта, которым обладал профессор Войно-Ясенецкий.

В. Н. Деревенко не оставил без внимания в рецензии и тот сплав клинической хирургии с топографической анатомией, который выгодно отличал эту работу от остальных, выполненных в области общей хирургии.

«Мы все знаем, — писал он, вспоминая собственный опыт, — какие огромные.. трудности представляет ориентировка в воспалительно измененных.., отечных тканях, и как хорошо надо быть знакомым с топографией воспалительно измененной области» [Там же]. Поэтому огромный кропотливый труд, который уделил автор «Очерков...» самостоятельному изучению и описанию различных топографо-анатомических соотношений и оперативных доступов, достоин уважения и представляет собой «очень большую ценность».

Судя по заключению, имевшемуся в рецензии, профессор В. Н. Деревенко действительно оказался пророком. «Я вполне убежден, — писал он, — что „Очерки...” займут почетное, вполне заслуженное место среди настольных книг каждого активного хирурга, и хотя они по существу не учебник и не руководство, но они нередко будут учить и руководить» [Там же].

Нет сомнений, что пророчество третьего рецензента сбылось, и «Очерки гнойной хирургии» давно стали настольной книгой для нескольких поколений советских и российских врачей. Вместе с тем «запас прочности» главной книги жизни профессора Войно-Ясенецкого настолько велик, что она будет востребована и будущими поколениями отечественных эскулапов.

Последней из известных нам рецензий, опубликованных в связи с выходом в свет «Очерков гнойной хирургии», являлась

работа профессора В. Э. Салищева, появившаяся в августовском номере журнала «Советская хирургия» (1935).

Здесь не найти положений о месте и роли Войно-Ясенецкого как основоположника гнойной хирургии в нашей стране. В рецензии В. Э. Салищева нет указаний и на то, что «Очерки гнойной хирургии» являлись первой монографией в России и СССР, где обобщался опыт оперативного лечения гнойных заболеваний, накопленный в области амбулаторной и клинической хирургии.

Вместе с тем рецензент, безусловно, признавал, что «книга Войно-Ясенецкого может служить хорошим руководством в деле изучения этой области. Общее впечатление от прочитанной книги такое: глубокий анализ каждого больного, именно больного, а не случая, внимательный индивидуальный подход к больному человеку» [247, С. 175—176].

В. Э. Салищев обратил внимание на неблагоприятные условия работы («без лаборатории и рентгена»), в которых часто протекала деятельность автора «Очерков...», и предполагал, что именно в них выкристаллизовывалась необычайная глубина и точность клинического мышления, свойственного Войно-Ясенецкому. По мнению рецензента, оно основывалось и на тщательно выверенной топографо-анатомической базе, с учетом которой неизменно «строится план оперативной техники» [Там же, С. 176].

Войно-Ясенецкий никогда не завершал лечения больного лишь проведением той или иной операции, как считал Салищев. «Читатель видит, — писал он об «Очерках гнойной хирургии», — что она только один из этапов лечения.., (когда. — *Ю. Ш.*) за одним оперативным вмешательством часто следует второе и третье, пока наконец хирург справляется с тяжелым процессом гнойного заболевания» [Там же].

Общая характеристика труда Войно-Ясенецкого, сделанная В. Э. Салищевым, сопровождалась разбором содержания отдельных глав, особенно привлекших внимание рецензента. Здесь он не отставал от других оппонентов епископа и хирурга, отмечая, что хирургический радикализм в виде активного стремления к выполнению оперативного вмешательства является «отличительной чертой» [Там же] автора «Очерков гнойной хирургии». Это «отличие», как считал Салищев, не может достойно украшать даже опытного хирурга, тогда как в руках неопытных оно принесет немало вреда больному, а это, естественно, недо-

пустимо. На таком фоне он критиковал радикализм Войно-Ясенецкого, особенно проявившийся, по мнению рецензента, в разделе XIV, посвященном остеомиелиту.

Напомним, что в нем автор «Очерков...» вступил в полемику с московским профессором Т. П. Краснобаевым, предлагавшим ограничить объем оперативного вмешательства при остеомиелите трубчатых костей разрезом мягких тканей, не доводя его до обязательного вскрытия костномозгового канала, как это делалось раньше. Если необходимость трепанации кости все-таки определится в ходе дальнейшего лечения, то Краснобаев в этом случае рекомендовал проведение повторной операции. «Хирургический радикализм» Войно-Ясенецкого в эру отсутствия антибиотиков и прочих противомикробных средств состоял в том, что он настаивал на одномоментном выполнении «радикальной» операции, заключавшейся в «первичной» трепанации трубчатой кости в случае остеомиелита и избавлении больного от необходимости повторного оперативного вмешательства. К числу таких же «радикалов» в этом вопросе принадлежали и другие видные советские хирурги, к примеру И. И. Греков.

Но В. Э. Салищев, являвшийся сторонником метода Краснобаева, счел нужным посвятить его защите немалую часть своей рецензии.

Вместе с тем он был уверен, что в «Очерках гнойной хирургии» содержались недостаточные рекомендации по применению консервативных методов лечения в области гнойной хирургии. «Конечно, нож хирурга при гнойных заболеваниях занимает почетное место, и Войно-Ясенецкий пользуется им широко» [Там же, С. 177], — иронизировал рецензент. Однако нельзя совершенно забывать о применении гипертонического раствора, аутогемотерапии и прочих консервативных мерах, как справедливо полагал профессор Салищев.

Отсюда он настаивал на комплексном лечении гнойных хирургических заболеваний, состоявшем в обязательном сочетании оперативных мер с консервативными процедурами. Этот способ, разумеется, был более предпочтительным, чем предложенный Войно-Ясенецким, и в принципе находил больше сторонников.

Но Войно-Ясенецкий вовсе не стремился к созданию такого всеобъемлющего (комплексного) руководства по гнойной хирургии. Он сознательно ограничил свой труд только первой частью или оперативными мерами из того комплексного под-

хода, который справедливо рекомендовался к применению В. Э. Салищевым. Поэтому следует меньше обращать внимание на критику тех разделов «Очерков...», где не приводятся методы консервативного лечения. В конце концов, право автора заключается в том, как поступить в каждом конкретном случае: так или иначе.

В «Очерках гнойной хирургии», по мнению Салищева, есть главы, написанные «блестяще». Среди них он упоминает прежде всего главу, посвященную маститам, где «ничего не прибавишь, не убавишь». «Отлично» изложена глава «Аппендицит и перитонит». «Очень хороши», как считал он, главы по поводу панарициев и паротитов, но с небольшими оговорками. Однако хирург В. Э. Салищев и не думал протестовать против срединных разрезов, рекомендованных Войно-Ясенецким в случаях панарициев пальцевых фаланг. Единственным, против чего он протестовал, были глубокие разрезы на фалангах пальцев («до кости»), предложенные автором для панарициев всех видов, включая и поверхностные.

В заключение рецензии он подчеркивал, что «Очерки гнойной хирургии» являются «ценным вкладом в хирургическую литературу» [Там же], которого в нашей стране, как мы уверены, недоставало. Рецензент рекомендовал ее не только начинающим свой путь в хирургии, но и опытным практическим врачам, а также преподавателям медицинских вузов, для которых она была призвана стать существенным подспорьем.

Завершая обзор рецензий, написанных после выхода в свет I издания «Очерков гнойной хирургии», нельзя не отметить, что рецензенты с легкостью восприняли термин «гнойная хирургия», словно это словосочетание было давно знакомым и хорошо понятным практически.

Пожалуй, только один из них, а именно профессор В. Н. Деревенко, человек к тому времени далеко не старый (ему исполнилось 56 лет), более настороженно, чем остальные, относился к нему. Об этом свидетельствовало упоминание им в рецензии выражения «так называемая гнойная хирургия», а также неоднократное заключение слов «гнойная» или «гнойное» в кавычки, когда оно сочеталось со словом «хирургия», например «гнойная» хирургия или «гнойное» отделение. Все это могло свидетельствовать о том, что этот рецензент не часто встречался с данным термином до выхода в свет «Очерков гнойной хирургии» и крайне деликатно обращался с ним.

Между тем этот термин кажется простым и понятным только на первый взгляд. Попробуйте самостоятельно дать ему определение, и Вы убедитесь, что сделать это сразу не удается. Так что же такое «гнойная хирургия»? В известных нам «Очерках...» нет такого определения.

Гнойная хирургия, по нашему мнению, являлась новым направлением общей хирургии, предназначенным для оперативного лечения нескольких групп гнойных заболеваний или осложнений ран, перечень которых в наши дни и в прошлом существенно различался. К примеру, в наши дни к ней продолжают относиться:

1) гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки (по современной классификации). Но все ли из них? Далеко не все, а только те, которые требуют оказания неотложной хирургической помощи и лечения в хирургическом стационаре или в поликлинических условиях. К ним относятся (независимо от локализации) абсцессы, карбункулы, панариции, паронихии, флегмоны и фурункулы;

2) остеомиелиты или гнойные заболевания костей различной локализации (кроме остеомиелитов верхней и нижней челюстей);

3) гнойные заболевания крупных суставов;

4) раны, в том числе послеоперационные, лечение которых требует оказания неотложной хирургической помощи и других мер в связи с осложнением гноеродной инфекцией.

Во времена Войно-Ясенецкого этот перечень был много шире. Тогда он дополнялся заболеваниями гнойного характера, лечением которых сегодня занимаются врачи других хирургических специальностей, в том числе стоматологи и челюстно-лицевые хирурги, окулисты, ЛОР-специалисты, нейрохирурги, торакальные хирурги и кардиохирурги, абдоминальные хирурги и урологи. Если продолжать начатый список, то в середине 30-х годов к области гнойной хирургии, кроме того, относились:

5) периоститы зубов, остеомиелиты верхней и нижней челюстей, гнойные паротиты, а также гнойные заболевания слизистой оболочки полости рта и глотки;

6) гнойные заболевания глаза и его придатков;

7) гнойные заболевания ЛОР-органов;

8) гнойные заболевания полости черепа и позвоночника, а также головного мозга;

9) гнойные заболевания легких, плевры и сердца (перикарда и эндокарда);

10) гнойные заболевания органов брюшной полости, включая абсцессы, перитонит, аппендицит, парапроктит и др.;

11) гнойные заболевания мочевыделительной системы и половых органов.

Очевидно, что гнойная хирургия, как ее понимал профессор Войно-Ясенецкий, включала существенный перечень различных групп гнойных заболеваний и осложнений ран, лечением которых занимались «специалисты» в этой области общей хирургии. Однако со времени Войно-Ясенецкого и до наших дней это направление общей хирургии не получило организационного оформления. Поэтому в перечне врачебных профессий до сих пор не существует ни учебной, ни научной специальности под названием «гнойная хирургия», хотя практическая потребность в ней становится все очевиднее.

К примеру, только в городских больницах Москвы в наши дни насчитывается 21 отделение гнойной хирургии, емкость которых достигла 1300 коек. Здесь работают свыше 70 «гнойных хирургов», последователей легендарного профессора, беспримерными усилиями которого гнойная хирургия приобрела немаловажное практическое значение как в СССР, так и в России. Такие же лечебно-диагностические отделения развернуты во многих республиканских и областных больницах, причем часть из них была открыта еще при жизни Войно-Ясенецкого [248].

В 20-е годы в СССР не существовало специального термина для обозначения нового направления общей хирургии, которое было выделено Войно-Ясенецким в 1923 г. под названием «гнойная хирургия». Его применение фактически начинается с выходом в свет I издания «Очерков гнойной хирургии» (1934). До тех пор это словосочетание редко употреблялось другими хирургами, большинство которых обычно приводило такой термин либо в кавычках, либо в виде так называемой гнойной хирургии.

Чтобы сделать эти выводы, нам довелось изучить библиографию русской и советской хирургии за 1890—1934 гг., т. е. за 45 лет до выхода в свет «Очерков гнойной хирургии».

С этой целью мы первоначально воспользовались рукописью врача В. А. Иванова, 8 томов которой хранятся в Государственной центральной научной медицинской библиотеке (Москва). Здесь на 2887 листах приведена библиография русской хирургии и пограничных областей за 1890—1913 гг. Это плод 10-летней работы автора, изучившего более 1000 различных отечественных изданий, включая периодические, а также монографии, ру-

ководства, учебники, отчеты, сборники трудов, протоколы съездов и научных обществ и пр. Она включает библиографическое описание около 27 000 работ, опубликованных в области хирургии [249]. Изучив эту рукопись, мы убедились, что ни одно из названий приведенных в ней трудов не содержало словосочетания «гнойная хирургия», которое, по всей видимости, не было принято в качестве термина в русской хирургической литературе в рассматриваемый период.

В дальнейшем мы обратились к изданию, опубликованному в 8 томах в 1926—1936 гг. под названием «Библиография русской хирургии и ее пограничных областей за 1914—1934 гг.», увидевшую свет под редакцией Э. Р. Гессе. Здесь приводилось около 20 000 библиографических описаний работ, опубликованных русскими и советскими хирургами [250—257]. После изучения этой библиографии у нас не оставалось сомнений, что в 1890—1934 гг. единственной работой, в названии которой встречалось словосочетание «гнойная хирургия», являлись «Очерки гнойной хирургии», опубликованные В. Ф. Войно-Ясенецким в 1934 г.

Вместе с тем за те же годы нами изучались отечественные и некоторые зарубежные руководства и учебники по неотложной, частной, а также общей хирургии, из недр которой вышла гнойная хирургия. Из них выделялось руководство Т. Кохера и Е. Тавеля «Лекции о хирургических инфекционных заболеваниях» (1897) [258], в котором глубже, чем в остальных, рассматривались группы заболеваний, которые профессор Войно-Ясенецкий относил к ведению гнойной хирургии. Однако словосочетание «гнойная хирургия» и здесь не приводилось.

В начале XX века такого направления в общей хирургии не существовало, тогда как другие хирургические специальности были давно выделены и находились на разных стадиях развития. Об этом, в частности, может свидетельствовать одна из статей отечественного хирурга Н. Н. Теребинского, принадлежавшего к передовой хирургической школе профессора П. И. Дьяконова. В этой работе, названной «К вопросу о делении хирургии на специальности» (1908), автор выделял лишь «болезни глаза, горла, носа, уха и их придаточных областей, женские болезни, (которые. — *Ю. Ш.*) входят в круг обязанностей всякого образованного общего хирурга» [259].

Одной из немногих отечественных работ 20-х годов XX века, где, независимо от Войно-Ясенецкого, можно встретить термин

«гнойная хирургия», является руководство для врачей и студентов под названием «Общая хирургия», увидевшее свет в нескольких изданиях в 1928—1935 гг. под редакцией профессоров Э. Р. Гессе, С. С. Гирголава и В. А. Шаака. Одна из его глав, названная как «Хирургическая инфекция», в первом издании принадлежала приват-доценту С. Е. Соколову (1928). Она открывалась разделом «Сущность инфекции». В нем и упоминался этот термин, правда, в виде «так называемой гнойной хирургии» (подчеркнуто автором. — *Ю. Ш.*), которая «своим огромным повседневным клиническим материалом продолжает отвлекать большую часть нашего рабочего времени» [260].

Нет сомнений, что применение С. Е. Соколовым этого термина являлось скорее делом случая, чем привычки или закономерности. Иначе этот автор не стал бы прибегать ни к определению «так называемая», ни к его подчеркиванию. Но как бы там ни было, Войно-Ясенецкий впервые предложил термин «гнойная хирургия» для обозначения нового направления общей хирургии (июнь 1923 г.), сделав это задолго до С. Е. Соколова. Со времени выхода в свет I издания «Очерков гнойной хирургии» (1934 г.) этот термин занимает привычное место в отечественной хирургической литературе, не вызывая сомнений в целесообразности его использования.

Теперь мы знаем, что право первооткрывателя принадлежит профессору Войно-Ясенецкому, ставшему к тому же автором первого отечественного руководства для врачей и студентов, посвященного гнойной хирургии, а также основавшему первое в СССР «гнойное хирургическое отделение». Не пора ли признать основоположником гнойной хирургии в нашей стране епископа и хирурга Войно-Ясенецкого?

Открытие, которого никто не заметил

«Я... чувствовал, что благодать Божия оставила меня»

(*В. Ф. Войно-Ясенецкий*)

Во второй половине 1934 г. с образованием первого в СССР отделения гнойной хирургии в составе Ташкентской клинической больницы неотложной помощи осуществилась давняя мечта профессора Войно-Ясенецкого. Теперь он был не просто восстановлен на работе в том же учреждении, которым раньше руководил. С октября 1934 г., когда он вернулся из Москвы после лечения, он мог всецело посвятить себя не столько хирургии вообще, сколько хирургии гнойной — новому направлению общей хирургии, которое он выносил в себе, пестуя его словно младенца, и выпустил в свет в виде главной книги своей жизни.

Первоначально это лечебно-диагностическое подразделение больницы называлось гнойным хирургическим отделением. Об этом напоминает сегодня история болезни узбекской девочки 11 лет, ставшей одной из первых его пациентов. Она поступила в отделение профессора-хирурга 22 октября 1934 г., после того как была сбита автомобилем. Ее длинная коса зацепилась за какой-то выступ его корпуса, и автомобиль до остановки волок пострадавшую за собой. В результате у ребенка образовалась огромная скальпированная рана волосистой части головы, которая была обильно загрязнена уличным сором. В одном из хирургических отделений Ташкентской больницы неотложной помощи дежурный врач наложил ребенку несколько десятков швов, чтобы вернуть на место огромный грязный скальп, державшийся «на широкой ножке» [213, С. 6].

Спустя 2 дня девочка была переведена из отделения общей хирургии, куда она первоначально поступила, в гнойное хирургическое, так как под почти «наглухо» пришитым скальпом быстро образовалось обширное нагноение загрязненной раны. К тому времени она была в критическом состоянии: без сознания, с температурой тела, достигавшей почти 40 °С, и слабым частым пульсом.

Все швы, удерживавшие скальп, тут же были сняты, а открывшаяся рана подверглась тщательной хирургической обработке, в результате которой Войно-Ясенецкому удалось удалить

не только гнойные очаги и омертвевшие участки апоневроза и подкожной клетчатки, но «много уличного сора» [Там же]. В заключение скальпированная рана волосистой части головы была закрыта стерильной марлевой салфеткой, пропитанной антисептическим раствором, поверх которой разместился оторванный скальп, соединявшийся широким основанием с остальной кожей. Уже на следующий день, как отмечал епископ и хирург, к больной вернулось сознание, а «рана стала неузнаваемой, почти чистой» [Там же].

«Открытое» лечение скальпированной раны продолжалось много дней, до тех пор пока ее поверхность, как и внутренняя поверхность скальпа, не оказались покрытыми здоровыми грануляциями. Только тогда скальп был повторно пришит редкими швами. Но и после этого окончательно справиться с нагноением не удавалось: в промежутках между швами с первых дней после их наложения продолжало выделяться много гноя. Скоро швы были сняты, но скальп уже держался и без них: грануляции «работали», соединяя кожные разрывы и вытесняя из-под скальпа остатки гнойных масс. В декабре 1934 г., т. е. через полтора месяца после начала лечения в гнойном хирургическом отделении, узбекская девочка выздоровела.

Открытие в Ташкенте гнойного хирургического отделения, заведующим которым стал Войно-Ясенецкий, послужило поводом для приглашения в столицу Узбекистана архангельской целительницы В. М. Вальневой. Этому способствовало и получение им авторского гонорара за «Очерки гнойной хирургии», часть которого профессор-хирург выслал в Архангельск, чтобы Вальнева могла приехать к нему без промедления. Так оживала надежда на продолжение клинических испытаний катаплазмы, выполнять которые он собирался только совместными усилиями. В конце 1934 г., по сведениям В. А. Лисичкина, целительница из Северного края уже переехала в Ташкент.

К тому времени Ташкентская клиническая больница неотложной помощи (как и городская станция скорой помощи) вошла в состав так называемого Института неотложной помощи [261], имевшего республиканское значение. Благодаря этому в гнойное хирургическое отделение, которым заведовал Войно-Ясенецкий, стали направляться профильные больные не только со всего Узбекистана, но и из соседних среднеазиатских республик. Это благоприятствовало клиническим испытаниям катаплазмы, которые были начаты в нем с первых месяцев 1935 г.

Поразительные результаты ее применения Войно-Ясенецкий собирался обобщить и привести в одной из журнальных статей. Однако эта статья так и не вышла в свет. Вместо нее в 1936 г. в ташкентской газете «Правда Востока» [241] появилось лишь предварительное сообщение о клинических испытаниях катаплазм. Оно предназначалось для опровержения другой статьи, опубликованной в том же издании под названием «Медицина на грани знахарства». Поэтому здесь не приводились примеры клинических случаев применения катаплазмы в условиях гнойного хирургического отделения.

Один из таких ярких примеров, относившихся к первой половине 1935 г., когда в Ташкенте были начаты клинические испытания катаплазмы, нашел отражение во II издании «Очерков гнойной хирургии» (1946) в разделе, посвященном гнойному воспалению тазобедренного сустава. Там указывалось, что в апреле 1935 г. в гнойное хирургическое отделение Ташкентского института неотложной помощи поступил 10-летний мальчик с диагнозом «глубокая флегмона тазовой области», локализация которой соответствовала проекции одного из крыльев подвздошной кости. Она сопровождалась тяжелейшим «септическим состоянием с высокой ремиттирующей лихорадкой и бредом по ночам» [213, С. 375], которое не изменилось после вскрытия полости флегмоны и обеспечения оттока гноя из нее. Судя по всему, больной мальчик был обречен, так как в эру отсутствия антибиотиков и других противомикробных средств хирург Войно-Ясенецкий выполнил все для спасения ребенка, что было в его силах. Лишь тогда, когда в его арсенале не оставалось иных действенных способов, врач-исследователь решился на применение катаплазмы путем ее наложения на открытую послеоперационную рану.

И случилось чудо! «Сразу наступило большое улучшение, какого, по словам матери, до сих пор не бывало; мальчик чувствовал, что „что-то вытягивает из раны", повязка промокала гораздо сильнее прежнего; рана посвежела, грануляции оживились, температура понизилась» [Там же].

О высокой эффективности применения нового метода свидетельствовало даже то, что в тот день, когда катаплазма не накладывалась на рану, то повязка над ней оставалась сухой. В дальнейшем, когда ее применение было возобновлено, «гной течет ручьем, грануляции необычайно свежи» [Там же]. И мать ребенка, постоянно находившаяся с ним в больничной палате, и сами

исследователи были поражены необычайным действием катаплазмы. Через месяц после ее назначения послеоперационная рана практически зажила, и больной был выписан из отделения для продолжения амбулаторного лечения.

Нет сомнений, что это был один из самых ярких и впечатляющих случаев из клинической практики профессора Войно-Ясенецкого, связанных с испытаниями различного состава катаплазм в условиях гнойного хирургического отделения Ташкентского института неотложной помощи. Остальные, вероятно, оказались менее показательными.

Спустя полгода после применения катаплазмы Войно-Ясенецким молва о новом методе лечения гнойных ран достигла Наркомата здравоохранения Узбекистана. Здесь незамедлительно было назначено заседание ученого медицинского совета, созданного при НКЗ УзССР для коллективного решения актуальных научных проблем. На нем прелагалось заслушать заведующего гнойным хирургическим отделением Войно-Ясенецкого в связи с широким использованием катаплазм различного состава. Поводом к заслушиванию стали заявления ряда ташкентских врачей, считавших их клиническое применение не только не обоснованным с научной точки зрения, но и опасным для больных. Опасность катаплазмы связывалась с ее компонентами (чернозем, сметана, мед), которые в случае недостаточной стерилизации действительно могли содержать патогенные микроорганизмы.

По мнению врача-микробиолога Р. П. Кац[101], заслушивание профессора Войно-Ясенецкого на заседании ученого медицинского совета при НКЗ УзССР состоялось летом 1935 г. [262]. Докладчик ссылался на результаты архангельского и ташкентского этапов клинических испытаний катаплазмы, которые свидетельствовали об «исключительной эффективности действия... смеси земли, сметаны, трав и меда» [262, С. 18] на течение многих гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки, приводившего к скорому выздоровлению заболевших без использования в ряде случаев хирургических методов лечения. К тому же использование катаплазмы оказалось исключительно эффективным и после оперативных вмешательств, выполненных по пово-

---

[101] Во второй половине 1935 г. она проводила контроль стерильности различных составов катаплазм и занималась проверкой их эффективности на кроликах.

ду большинства гнойных процессов, включая ожоговую болезнь, так как способствовало ускоренному выздоровлению больных или существенному улучшению их состояния. Вместе с тем оставался неясным механизм потрясающего лечебного воздействия катаплазмы с научной точки зрения.

Несмотря на обнадеживающие результаты научных исследований, выполненных в Архангельске и Ташкенте, и уникальный опыт, приобретенный профессором в новой для многих области гнойной хирургии, решение членов совета было недоброжелательным. Оно привело к ограничению прежнего объема клинических испытаний катаплазмы, проводившихся по инициативе Войно-Ясенецкого в гнойном хирургическом отделении Ташкентского института неотложной помощи. Урок архангельских корифеев от медицины, преподанный в свое время профессору-хирургу в Северном крае, повторился и в Ташкенте.

Однако его ташкентские «учителя» на первых порах оказались отзывчивее архангельских. Сначала они предложили ограничить научные исследования эффективности катаплазмы условиями «строгого клинического и лабораторного эксперимента с привлечением к изучению вопроса бактериологов, фармакологов и хирургов» [Там же]. Это означало, что профессор Войно-Ясенецкий лишался самостоятельности в выполнении дальнейших клинических испытаний нового метода лечения гнойных заболеваний. Уже со второй половины 1935 г. ученым медицинским советом при НКЗ УзССР к их проведению были привлечены врачи других (не хирургических) специальностей. Одновременно получила развитие экспериментальная часть научного исследования эффективности катаплазмы (Войно-Ясенецкий ограничивался клиническими испытаниями). В ходе экспериментов планировалось заражение двух групп лабораторных животных (контрольной и экспериментальной) гноеродной микрофлорой с последующим лечением заболевших кроликов катаплазмами различного состава. Решение этой научной задачи, по мнению совета, якобы способствовало объективности научных результатов.

Такой вердикт был вынесен ученым медицинским советом при НКЗ УзССР, несмотря на возражения профессора Войно-Ясенецкого, уверенного в том, что кролики имеют иную восприимчивость к заболеваниям гнойной инфекцией, чем люди. Отсюда он делал вывод о невозможности сопоставления научных данных, полученных хирургом-исследователем в гнойном

хирургическом отделении Ташкентского института неотложной помощи, и врачами-микробиологами в условиях проведения лабораторного эксперимента с кроликами.

На этом заседании совета точку зрения видного хирурга и епископа всецело разделял только некий профессор Ташкентского медицинского института (ТашМИ) Фельдман, оставшийся малоизвестным для нас. Он решительно выступил против проведения эксперимента на лабораторных животных как одного из обязательных элементов проверки эффективности действия катаплазмы при гнойных процессах. Профессор Фельдман справедливо указывал, что несколько передовых методов лечения, включая, к примеру, грязелечение, были введены в лечебную практику только путем клинических испытаний, т. е. без осуществления экспериментов с лабораторными животными. Он был уверен в достаточности тех клинических испытаний, которые уже проведены профессором Войно-Ясенецким, чтобы признать их законченными и внедрить в лечебную практику метод катаплазм без проведения дополнительных экспериментов.

Однако к доводам этих ученых члены совета не стали прислушиваться. Они придерживались заданной точки зрения, состоявшей в том, что новый метод лечения гнойных заболеваний, предложенный Войно-Ясенецким, следует объявить знахарским, не имеющим ничего общего с научными принципами советской медицины и, более того, опасным для пациентов. Для наукообразного подтверждения такого мнения понадобилось множество ташкентских кроликов, пострадавших во имя того, чтобы городская «медицинская общественность» могла очернить видного хирурга и потребовать запрета нового метода лечения гнойных заболеваний, ссылаясь на результаты проведенных «научных» исследований. Несправедливое обвинение в знахарстве преследовало цель подорвать небывалый авторитет профессора среди населения среднеазиатских республик, посеять недоверие к несомненным успехам хирурга и епископа в одном лице.

«Мельницу суеверия» заставляли крутиться сильнее и выводы, сделанные врачом-микробиологом Р. П. Кац на основании собственных исследований эффективности использования катаплазмы в условиях лабораторного эксперимента на кроликах. Разумеется, они были выполнены по поручению ученого медицинского совета при НКЗ УзССР. Кац доказывала,

что «проведенные экспериментальные исследования по изучению эффективности лечения катаплазмой дали на 18 пар кроликов, зараженных подкожно и внутрикожно (стафилококковой инфекцией. — *Ю. Ш.*)... отрицательный результат» [Там же, С. 21]. По ее мнению, это означало, что «проделанные эксперименты, давшие в опытах на кроликах отрицательный результат, не решают вопроса окончательно, но диктуют более критический подход при оценке результатов, получаемых у людей» [Там же].

Такое заключение эксперта о низкой результативности нового метода лечения гнойных заболеваний, предложенного Войно-Ясенецким, стало известно ташкентским хирургам уже к началу 1936 г., когда оно обсуждалось на нескольких заседаниях Ташкентского хирургического общества [263]. Интересно, что большинство его членов соглашались с поверхностным заключением врача-микробиолога Р. П. Кац, хотя к тому времени число клинических наблюдений применения хирургом и епископом различного состава катаплазм у пациентов гнойного хирургического отделения Ташкентского института неотложной помощи достигло 230, о чем они также были осведомлены. Члены общества не могли не знать, что эти наблюдения свидетельствовали о высокой степени эффективности нового метода лечения (о ней профессор дважды докладывал на заседаниях Ташкентского хирургического общества). Но отрицательный результат, отмеченный при изучении действия катаплазм на 18 парах кроликов, оказался весомее положительного, полученного Войно-Ясенецким при проведении 230 клинических испытаний на пациентах гнойного хирургического отделения. Большинство ташкентских хирургов встали тогда на сторону мало кому известного эксперта, а не маститого хирурга. В условиях близких репрессий они были готовы скорее «поверить» кроликам, нежели заключению Войно-Ясенецкого, который не принадлежал к созданному ими миру.

Поэтому в 1936 г. в одном из апрельских номеров ташкентской газеты «Правда Востока» появилась разгромная статья под названием «Медицина на грани знахарства». Ответственность за нее взял на себя президиум Ташкентского хирургического общества, большинство в котором принадлежало членам ВКП(б), во главе с профессором ТашМИ И. И. Орловым [263]. Председатель президиума прославился и тем, что в свое время являлся первым наркомом здравоохранения Узбекистана. Так случилось

потому, что в начале Гражданской войны 1918—1920 гг. Орлов был одним из немногих врачей республики, состоявших в коммунистической партии.

В статье указывалось, что в гнойном хирургическом отделении Ташкентского института неотложной помощи в течение 1935 г. проходил клинические испытания новый метод лечения гнойных заболеваний «так называемыми катаплазмами» [Там же]. По мнению И. И. Орлова и его сторонников, они отличались, с одной стороны, «рекламным характером», а с другой — якобы свидетельствовали о многочисленных проявлениях «научной недобросовестности и нечестности» со стороны профессора Войно-Ясенецкого и целительницы Вальневой (чаще ее называли знахаркой, отсюда и название статьи), отвечавших за их надлежащее проведение.

Здесь же приводился состав катаплазмы, куда входила «как основа, земля (чернозем), к которой добавляется некоторое количество сметаны и трав (пижма, луговая рябина, иногда подорожник, мох, мать-и-мачеха и др.). В некоторых случаях добавляется мед» [Там же]. Эти смеси обычно накладывались наружно в виде мази или пасты на «созревающий» гнойник или гнойную рану.

Сложность состава катаплазм привела авторов статьи к парадоксальному выводу. Они считали, что профессор Войно-Ясенецкий, для которого действующее начало катаплазм оставалось неизвестным, находился под влиянием архангельской знахарки Вальневой, скрывавшей от него источник их чудодейственного воздействия, если он действительно существовал. В этом заключалась, по мнению авторов, и «научная недобросовестность и ложь» первооткрывателей катаплазмы: профессор не знал, что защищал своим авторитетом, а знахарка обманывала видного хирурга, выдавая, возможно, бесполезную кучу снадобий за панацею от многочисленных гнойных заболеваний.

Одним из веских аргументов этой статьи являлось требование обеспечения биологической безопасности сложного состава катаплазм, который до обязательной стерилизации действительно содержал многие патогенные микроорганизмы вплоть до возбудителей столбняка и даже сибирской язвы.

Между тем авторы нового метода полагали, что в результате строгого микробиологического контроля, установленного за стерильностью катаплазм по распоряжению НКЗ УзССР, риск заражения больных этой микрофлорой существенно уменьшился.

Однако, по их мнению, «избежать его окончательно... невозможно» [263]. Это заключение привело оппонентов к требованию запрета клинических испытаний катаплазм в условиях гнойного хирургического отделения Института неотложной помощи, где в течение 1935 г. не было отмечено ни одного случая вторичной инфекции, которая могла быть связана с использованием катаплазм.

И. И. Орлов и остальные оппоненты ставили под сомнение несколько свойств, присущих, по мнению Войно-Ясенецкого, разному составу катаплазм. Из них особенно высмеивались два эффекта, в том числе «вытяжного пластыря», заключавшийся в самопроизвольном вскрытии гнойника, расположенного поверхностно, и «обезболивания», выраженный после вскрытия гнойного очага. К остальным, по отношению к которым Войно-Ясенецким якобы не было «приведено никаких научно обоснованных объективных данных», относились «повышение жизнедеятельности тканей и ускорение образования рубцов» [Там же], под которым сегодня подразумевается местное бактериостатическое или бактерицидное действие многих лекарственных средств.

Однако до начала эры антибиотиков ни один из ученых мирового уровня не был в состоянии научно обосновать особенности противомикробного воздействия сложных рецептур, входивших в тот или иной состав катаплазмы. В 1935—1936 гг. эта задача не могла быть решена и профессором Войно-Ясенецким. Поэтому он пытался объяснить так называемое повышение жизнедеятельности тканей человеческого организма, имевшее место в результате воздействия катаплазмы, не с точки зрения противомикробных факторов, а недавними открытиями его современников, имевшими непосредственное отношение к составным частям катаплазмы. К середине 30-х годов, к примеру, в почве были обнаружены некие «гормоны роста», обладавшие чрезвычайной устойчивостью. Они не теряли своих свойств и при нагревании до 120 °С. Это открытие сыграло свою роль, послужив Войно-Ясенецкому в качестве объяснения ускоренного заживления гнойных ран после наложения на них катаплазмы, так как одной из ее составных частей была земля, подвергнутая тщательной стерилизации при высоких температурах. Он был вынужден предполагать, что ускоренное заживление гнойных ран в результате применения катаплазмы может объясняться влиянием неких мифических сегодня гормонов земли, «аналогичных

половым гормонам животных организмов, резко повышающих рост молодых животных» [241]. В свое время это предположение носило научно обоснованный характер и не являлось субъективным мнением Войно-Ясенецкого, как пытались доказать авторы статьи «Медицина на грани знахарства».

В этой заказной фальшивке (иначе нельзя назвать такую статью) партийный аппарат Ташкентского хирургического общества дошел до крайних мер, публично обвинив видного ученого и хирурга в профессиональной некомпетентности.

Многого стоил, к примеру, только один вывод, сделанный компанией И. И. Орлова по поводу научного доклада Войно-Ясенецкого, представленного хирургическому обществу и посвященного результатам клинических испытаний катаплазмы.

«Аргументация имеет субъективный характер... Обработка материала проведена совершенно ненаучно, — писали они. — Все основано на одних лишь впечатлениях, а на впечатлениях строить медицину нельзя» [263]. Но за этим ложным выводом, свидетельствовавшим о якобы научной несостоятельности автора «Регионарной анестезии» (1915) и «Очерков гнойной хирургии» (1934), последовали и другие лжесвидетельства.

В частности, И. И. Орлов и компания пытались утверждать, что профессора Войно-Ясенецкого, являвшегося (в чем нет сомнений) основоположником отечественной гнойной хирургии, отличали как «неумение хирургически правильно лечить... гнойный процесс» (!), так и «неправильная оценка состояния больного» [Там же]. Нет нужды объяснять, что эти злобные выпады партийного аппарата Ташкентского хирургического общества принесли его сотрудникам больше вреда, чем пользы. Им не поверили ни полуграмотные дехкане, поставленные на ноги профессором Войно-Ясенецким после лечения в гнойном хирургическом отделении, ни преподаватели ТашМИ, наслышанные о громадном опыте его практической работы на хирургическом поприще, и особенно в области гнойной хирургии.

Конечно, авторы этой статьи не могли оставить без внимания и бедных кроликов, пострадавших для того, чтобы ученые и партийные мужи Ташкента (в одном лице) с научных позиций запретили дальнейшее проведение клинических испытаний катаплазмы, объявив ее использование знахарством, не имеющим ничего общего с советской медициной.

«Эксперименты на животных, проведенные по распоряжению Наркомздрава.., — писалось в статье, — дали совершенно

отрицательный результат[102]. Гнойники, вызванные искусственно у кроликов, без применения каталазм заживали скорее, чем с применением их, а некоторые из них погибали при лечении каталазмами» [Там же].

Это был «козырный» аргумент партийных деятелей хирургического общества, позволивший им сделать свой окончательный вывод, ради которого была затеяна эта шумиха вокруг клинических испытаний каталазмы, проводившихся профессором Войно-Ясенецким.

«Хирургическое общество, — как указывалось в нем, — принимая во внимание всю неубедительность данных, представленных Войно-Ясенецким, и учитывая известный риск, связанный с наложением каталазм, отсутствие клинической обработки материала, настаивает на изучении способа в соответствующих строго научных условиях только как эксперимента» [Там же].

Это заключение означало, что отныне проведение клинических испытаний каталазмы в отделении Войно-Ясенецкого должно быть прекращено полностью. Таким образом, строптивому хирургу и епископу была продемонстрирована коллективная сила и мощь партийного руководства Ташкентского хирургического общества в лице его президиума. Но на деле действия этих партийцев были направлены не столько против нового способа лечения гнойных заболеваний, предложенного профессором Войно-Ясенецким, сколько против него самого, великого ученого, хирурга и епископа, которому поклонялось и которого боготворило население Узбекистана и соседних с ним республик. Злоба и ложь были направлены против необычного образа жизни, избранного им раз и навсегда. Но разве смогли эти силы поколебать научный и хирургический авторитет ученого, уменьшить его веру и веру других в его предназначение на земле? Нет, не достигли этой цели партийцы из президиума хирургического общества, хотя приложили к тому немало стараний.

В конце концов они договорились до того, что «предложения, сделанные даже большим хирургом (имелся в виду профессор Войно-Ясенецкий. — *Ю. Ш.*), ничем не отличаются от простого знахарства» [Там же]. Так был опрометчиво поставлен

---

[102] Сведения о результатах лабораторных экспериментов будут опубликованы только в феврале 1937 г., т. е. через 10 месяцев после выхода в свет статьи «Медицина на грани знахарства».

знак равенства между хирургом и епископом, с одной стороны, и полуграмотным шаманом-язычником, изгоняющим духов зла звуками бубна, танцами и заклинаниями, — с другой.

Между тем в наши дни принцип лечения гнойных ран и ожоговой болезни, впервые предложенный профессором Войно-Ясенецким в начале 30-х годов прошлого века под названием метода каталлазм, широко используется современными хирургами, как установил известный историк медицины, и особенно хирургии, С. П. Глянцев [240, С. 92—94].

Его квалифицированное заключение является лучшим ответом на все измышления, изложенные в статье «Медицина на грани знахарства» от имени президиума Ташкентского хирургического общества. Никто не вспомнит сегодня имена тех, кто подписал ее; они канули в вечность. Но видный хирург и епископ, против величия которого была направлена эта статья, продолжает жить с нами, в наших сердцах. И его открытия по-прежнему служат людям, облегчая их страдания, физическую и душевную боль.

Но как воспринял сам профессор эту гнусную ложь и неприкрытую злобу, с которыми он встретился в статье, опубликованной в апреле 1936 г. в партийной ташкентской газете со знаменательным названием «Правда Востока», распространявшейся на всей территории Узбекистана?

В апрельской «Правде...» увидела свет неправда — таков был ответ противникам. Собственноручное опровержение их измышлений профессор Войно-Ясенецкий опубликовал в той же газете 10 июля 1936 г. [241] под названием «По поводу статьи „Медицина на грани знахарства"». Ответных действий со стороны оппонентов не последовало. После появления опровержения президиум Ташкентского хирургического общества сконфуженно промолчал.

Теперь мы знаем, что начальные строки этого опровержения, написанного хирургом и епископом, оказались пророческими. Это почувствовали и оппоненты Войно-Ясенецкого.

Статья профессора начиналась описанием события, которое, казалось бы, не имело прямого отношения ни к СССР, ни к советской медицине, а тем более к клиническим испытаниям каталлазмы, которые были прекращены после вмешательства президиума Ташкентского хирургического общества. Но эзопов язык, который здесь использовал Войно-Ясенецкий, скоро становился понятным каждому, кто прочитал обе статьи, в названии которых упоминалась «Медицина на грани знахарства».

«В 1790 г. у Жульяка[103] в Гаскони упал метеорит, — так начинал он опровержение статьи оппонентов. — Начальство этой области отнеслось к явлению с достойным похвалы благоразумием: был составлен протокол, подписанный 300 очевидцами» [Там же]. Но когда этот официальный документ попал в Парижскую академию наук, то облаченные в мантии мудрые академики отнеслись к нему не иначе, как к обычной глупости. История академии сохранила и самодовольное высказывание одного из них.

«Только люди, совсем невежественные в естествознании, — заявил французский академик, — могут верить, что камни падают с неба» [Там же]. Остальные ученые мужи кивали головами, соглашаясь в этом с первым мудрецом Франции.

Нет сомнений, что в этой притче под первым мудрецом Парижской академии Войно-Ясенецкий подразумевал известного нам И. И. Орлова. Другие академики олицетворяли остальных членов президиума Ташкентского хирургического общества, а падение метеорита и свидетельства очевидцев этого события означали клинические испытания катаплазмы и их интерпретацию профессором Войно-Ясенецким.

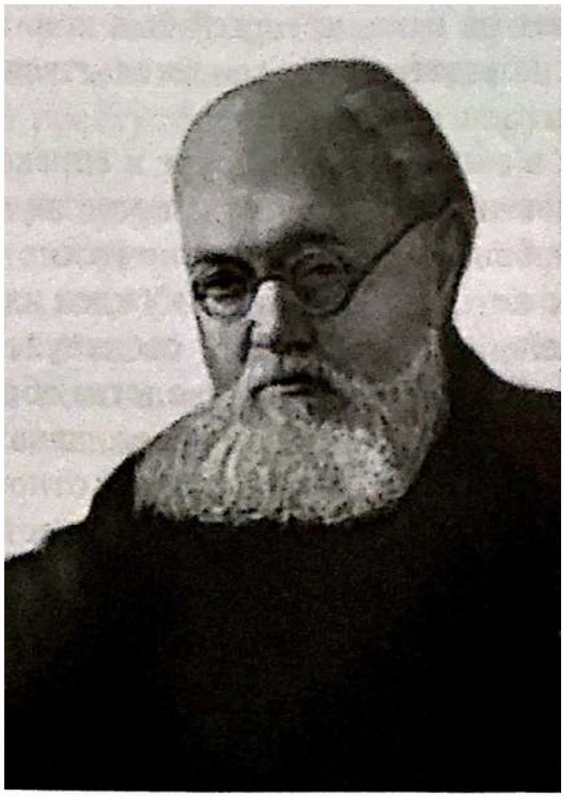
История отечественной хирургии стала подтверждением пророчества великого хирурга, содержавшегося в притче. Принцип нового метода, предложенного им для лечения гнойных ран и ожоговой болезни, продолжает использоваться в наши дни, а его противники оказались посрамлены.

«Однако в статье „Медицина на грани знахарства", — продолжал далее хирург и епископ, — (президиум Ташкентского хирургического общества. — *Ю. Ш.*) продемонстрировал обычную для всех времен враждебность ко всякому смелому научному новшеству и очень узкое понимание научности. Бросается в глаза предвзятое недоброжелательное отношение к народной медицине, для которой... заготовлено клеймо „знахарство". А, между тем, лечить малярию хинином мы научились у диких индейцев Южной Америки и важнейшие в лечении болезней сердца средства Digitalis и Adonis vernalis заимствовали у знахарей» [241].

Эти строки поражали широтой кругозора, необычной для практического врача, посвятившего себя исключительно хирургии. Они открыли для нас и другую ипостась профессора Вой-

---

[103] Населенный пункт провинции Гасконь, Франция.



Войно-Ясенецкий (вторая половина 30-х годов).

но-Ясенецкого, а именно великого христианского проповедника, наделенного невиданным даром убеждения, отличавшим проповеди епископа Луки.

Его статья, в отличие от опуса оппонентов, не содержала обвинений во лжи, научной или профессиональной несостоятельности. Войно-Ясенецкий не опустился до уровня партийного аппарата президиума хирургического общества, отказавшись использовать против него привычные тому методы, и поэтому остался на малодоступной для остальных высоте. Он лишь позволил себе повторить в своей работе главные доводы оппонентов. Но это было сделано настолько деликатно, что ни один из них не мог быть обижен неосторожным оборотом или выражением хирурга и епископа.

«Допустим, что я, 33 года специально разрабатывавший вопросы гнойной хирургии, — писал он в опровержении, — не умею оценивать клинического течения гнойных заболеваний и мои „впечатления" не имеют никакой научной ценности» [Там же].

Эта форма непринужденного общения с собеседником, избранная Войно-Ясенецким, умело содержала в себе не только один из вопросов, затронутых президиумом хирургического об-

щества, но и ответ на него, который был понятен читателю без дополнительных доказательств, свидетельствовавших о правоте видного хирурга.

Вместе с тем в своей статье хирург и епископ не мог обойти стороной последствия вмешательства президиума Ташкентского хирургического общества в дело клинических испытаний катаплазмы, в связи с которым он был вынужден их прекратить. Поэтому Войно-Ясенецкий указал, что столкнулся с «предвзятым недоброжелательством» в лице руководства обществом, которое сознательно «развалило... большое дело», начатое им. Здесь же он приводил несколько примеров такого отношения к себе со стороны Ташкентского хирургического общества.

Один из них (наиболее яркий и впечатляющий) вновь освещал деятельность ученых Франции, но на этот раз — врачей. Войно-Ясенецкий, ссылаясь на заметку, имевшуюся в последнем номере французского медицинского журнала[104], рассказывал о крайне рискованном шаге, предпринятом хирургом M. Jagues Leveuf с целью наблюдения на больных естественного течения острого остеомиелита, грозившего им множеством тяжелых осложнений, но предоставленных этим врачом «силам природы» и таким образом оставленных на долгое время без оказания неотложной хирургической помощи.

Конечно, это был вопиющий случай в мировой хирургической практике, когда в интересах «высокой» науки французский хирург пренебрег врачебным долгом, чтобы кратчайшим путем решить какую-то научную проблему. Этот небывалый «научный опыт» в дальнейшем многократно повторили некоторые нацистские врачи, бесчеловечная деятельность которых была осуждена международным трибуналом.

Из экстраординарного примера французского врача, который был осужден в своей стране за нарушение врачебной присяги, хирург и епископ извлекал только одно рациональное зерно. Как оказалось, до осуждения французским судом его научный доклад был все-таки заслушан видными парижскими хирургами. При этом, по мнению профессора Войно-Ясенецкого, «все отнеслись к докладу с глубоким вниманием» [241].

Отметим, что профессор был далек от одобрения действий французского врача и его методов достижения научных результатов. Главное, к чему он здесь стремился привлечь внимание

---

[104] Maires de l'Academie de Chirurgie.

читателей, была терпимость, проявленная французскими хирургами к своему коллеге, пока он не был осужден судом и официально не признан преступившим закон и нарушившим врачебную присягу.

«Не судите да не судимы будете» — вот вечная истина, данная нам свыше, которую отстаивал в своем опровержении видный хирург и епископ. Конечно, это пожелание относилось к президиуму Ташкентского хирургического общества, который предвзято осудил новый метод лечения гнойных ран, предложенный Войно-Ясенецким и имевший, как мы убедились, большое будущее.

По мнению Войно-Ясенецкого, «предвзятое недоброжелательство» к нему со стороны президиума Ташкентского хирургического общества проявлялось и в связи с преувеличенным вниманием к мнимой опасности, которой якобы неизбежно сопровождалось практическое применение катаплазмы.

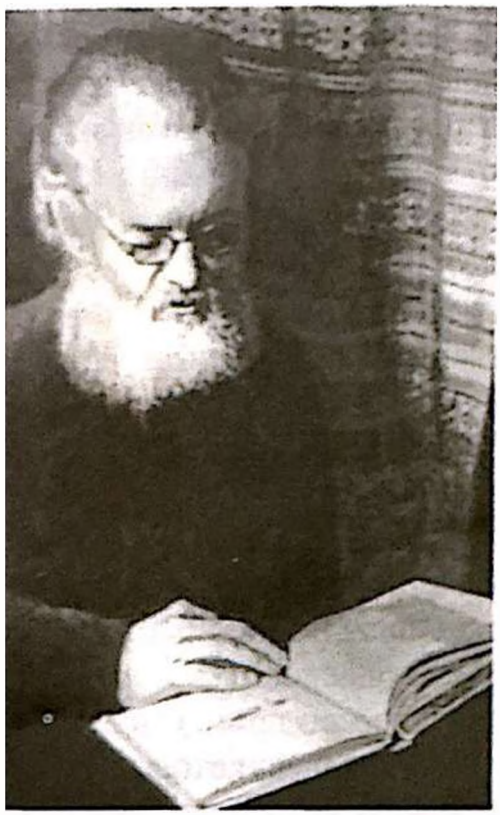
Во-первых, у 230 больных, которые участвовали в клинических испытаниях нового метода лечения гнойных заболеваний, не было установлено ни одного случая заражения вторичной инфекцией, так как земля, входившая в состав катаплазмы, неизменно подвергалась стерилизации[105].

Во-вторых, хирурги того времени успешно применяли для лечения гнойных ран «желудочный сок, естественный и искусственный» [236], а также сложные рецептуры в виде мазей. Эти препараты, разумеется, вовсе не стерилизовались, так как высокая температура способствовала разрушению их составных частей, в частности пепсина как действующего начала желудочного сока.

Однако ни один из членов президиума Ташкентского хирургического общества почему-то не стал ратовать в пользу стерилизации прочих лекарственных форм, применявшихся в лечении гнойных ран. В результате «опасной» для больных была признана только катаплазма, да и то потому, что ее клиническими испытаниями занимался не кто-нибудь другой, а Войно-Ясенецкий, хирург и епископ в одном лице. Вот настоящая причина «предвзятого недоброжелательства» к нему со стороны партийной верхушки хирургического общества.

---

105 Она не всегда была надежной и качественной, но даже это обстоятельство не привело на практике к вторичным осложнениям, связанным с применением катаплазмы.



Работа над материалами второго издания «Очерков гнойной хирургии».

Большое внимание в своей работе профессор уделил разъяснению того, что клинические испытания катаплазмы, начатые им в гнойном хирургическом отделении Ташкентского института неотложной помощи, были прерваны на начальном этапе. Поэтому ему не удалось достоверно определить действующее начало нового метода лечения гнойных заболеваний, благодаря которому в большинстве случаев применения катаплазмы достигалась ускоренная регенерация тканей, пораженных гнойным процессом. Отсюда его сообщения на заседаниях Ташкентского хирургического общества носили предварительный характер, тогда как четкие показания и противопоказания к применению этого метода еще предстояло установить в ходе дальнейших изысканий.

Вместе с тем Войно-Ясенецкий выражал решительный протест по поводу «рекламирования катаплазм, как панацеи против различных болезней» [Там же], которое приписывалось ему его оппонентами из президиума хирургического общества. Он продолжал настаивать лишь «на ценном их действии при некоторых гнойных заболеваниях (торпидные раны, остеопериоститы,

флегмоны, абсцессы, фурункулы и карбункулы, язвы) и при ожогах» [Там же].

Касаясь осложнений, наблюдавшихся в ходе клинических испытаний катаплазмы, он сообщил о нескольких случаях «перехода воспаления на кость при панарициях» [Там же]. Нет сомнений, что эти случаи закончились неизбежными ампутациями пальцев (или пораженных фаланг), которых можно было избежать своевременным проведением оперативного вмешательства. Но в скором времени использование катаплазмы при подкожных панарициях было отнесено им в разряд противопоказаний для применения нового метода.

Является примечательным и то заключение, которое Войно-Ясенецкий предложил читателям своей неординарной статьи-опровержения. Его оптимистический и жизнеутверждающий характер резко контрастировал с выводами президиума хирургического общества, сводившимися к запретам и ограничениям.

«Большое и важное дело остановлено вот уже полгода (был июль 1936 г., тогда как в Ташкенте для клинических испытаний катаплазмы был отпущен только 1935 г. — *Ю. Ш.*). Однако я не сомневаюсь, что оно будет доведено до конца... Гнойные заболевания — это один из самых важных отделов хирургии... (Поэтому. — *Ю. Ш.*) создание... специальных гнойных клиник заслуживает особого внимания... Нет сомнений, что правительство, уже создавшее в невиданном масштабе целый ряд научных медицинских институтов, скоро займется и этим важным делом» [Там же].

Это заключение видного хирурга и епископа, также как и его введение к этой статье, оказалось пророческим. Пройдет несколько лет, и в одном из московских военных госпиталей (сейчас это Главный военный клинический госпиталь имени Н. Н. Бурденко) будет создано новое гнойное хирургическое отделение. Оно станет первым в военно-лечебных заведениях СССР из всех, ему подобных, и, вероятно, вторым в нашей стране после того, которым руководил в Ташкенте профессор Войно-Ясенецкий. Но видный хирург и епископ не сможет порадоваться этому событию, которое он предсказал в своей статье. К тому времени он будет вновь арестован и выслан из Ташкента, чтобы отбывать наказание за несовершенные им преступления.

Первое в СССР гнойное хирургическое отделение

> «В своих покаянных молитвах я усердно просил у Бога прощения за это двухлетнее продолжение работы по хирургии, но однажды моя молитва была остановлена голосом из неземного мира: „В этом не кайся"»
>
> (*В. Ф. Войно-Ясенецкий*)

В 1934—1937 гг. профессор Войно-Ясенецкий оставил многолетние занятия общей хирургией, чтобы целиком посвятить себя развитию гнойной хирургии, являвшейся одним из ее направлений. Это случилось после того, как он стал заведующим гнойным хирургическим отделением, созданным по собственной инициативе.

Практическая работа в гнойном отделении сразу стала спориться. Уже в 1935 г. было ясно, что 25 штатных коек, выделенных профессору Войно-Ясенецкому при открытии отделения, явно мало. Тогда (не без труда) коечную емкость нового хирургического отделения пришлось увеличить вдвое. Наверное, и этого оказалось недостаточно, так как слава об уникальных операциях хирурга-епископа достигла других республик Средней Азии, откуда в Ташкент стали направляться тяжелейшие больные, обреченные на гибель без вмешательства Войно-Ясенецкого.

Историю болезни одной из таких больных можно видеть во II издании «Очерков гнойной хирургии» (1946), дополненном множеством примеров его самоотверженной деятельности в гнойном хирургическом отделении Ташкентского института неотложной помощи.

В ней рассказывалось о молодой женщине, Евгении Б., доставленной в Ташкент «из соседней республики... в плачевном состоянии: истощена, крайне бледна, высокая... лихорадка. Левое бедро согнуто почти до соприкосновения с брюшной стенкой, и попытка разогнуть его вызывает сильную боль...» [213, С. 338], — так писал об этой больной профессор Войно-Ясенецкий.

Положение, когда больная из-за болей не может разогнуть свою ногу, называется вынужденным. В такой позе ей пришлось

провести несколько месяцев, когда жизнь Евгении медленно, но верно угасала, доставляя мучительные страдания. Эта болезнь началась после первых родов, осложнившихся разрывом промежности, на который было наложено несколько швов. К родовой травме скоро присоединилась гноеродная инфекция. В результате образовалось обширное нагноение в области малого таза. Лечение гнойника ограничивалось припарками, компрессами и заверениями, что огромный и крайне болезненный воспалительный инфильтрат в области промежности скоро «рассосется». Но он не рассасывался, тогда как длительная и тяжелейшая интоксикация ко времени перевода больной в Ташкент уже привела ее к критической степени «малокровия».

Жизнь Евгении спасли всего 2 разреза, мастерски выполненные профессором Войно-Ясенецким для выведения «огромного скопления жидкого гноя» [Там же], образовавшегося за 4 месяца, и несколько переливаний свежей крови, позволивших изменить критический уровень гемоглобина в сторону стойкого увеличения. В первые дни после успешной операции исчезло вынужденное сгибание левого бедра, а также впервые за последние месяцы почти нормализовалась температура. Через месяц больная выздоровела.

Историю спасения другой больной можно видеть в том же издании знаменитых «Очерков...». В ней шла речь о Евдокии П., поступившей в гнойное хирургическое отделение, которым заведовал Войно-Ясенецкий, «после 3-х месячного скитания по амбулаториям с нераспознанным гнойным воспалением локтевого сустава» [Там же, С. 146]. Ее лечили многие врачи, но ни компрессы, ни примочки не приводили к выздоровлению. Это было время долгих и мучительных страданий, когда больная была вынуждена всячески оберегать свою руку, так как любое движение в локтевом суставе вызывало сильную боль.

«Где гной, там разрез», — гласит одно из наставлений Гиппократа. Но по тем временам никто в Узбекистане не сумел определить характер поражения сустава у несчастной больной, истощенной и ослабленной многодневными страданиями. Ее преклонный возраст (Евдокии исполнилось 65 лет) свидетельствовал, что больная смирилась с неизбежностью скорой кончины и перестала бороться с тяжелой болезнью. У умиравшей оставалось только единственное желание: перед уходом в мир иной все-таки избавиться от мучительной боли.

Так продолжалось до тех пор, пока больная не пришла к хирургу и епископу, посвятившему гнойным заболеваниям локтевого сустава самостоятельный раздел в I издании «Очерков гнойной хирургии» (1934). Только он владел уникальной оперативной техникой вскрытия таких гнойников и был в состоянии произвести «нужный разрез в нужном месте».

Срочная операция, проведенная Войно-Ясенецким, оказалась тяжелой и продолжительной. Крайне запущенная форма болезни привела не только к образованию огромного скопления гноя, буквально окружавшего нижнюю часть плечевой кости, но и к отделению от нее мест прикрепления сухожилий нескольких крупных мышц плеча и предплечья. К тому же, хирургу пришлось провести резекцию локтевого сустава, в полости которого был обнаружен гной, так как его суставные поверхности и хрящевые образования давно утратили былую функцию и оказались «изъеденными» в результате длительного контакта с гнойным содержимым.

«Несмотря на то, что гнойный артрит был вызван гемолитическим стрептококком и длился 3 месяца, а больная была истощена и ослаблена долгой болезнью, она выздоровела», — писал Войно-Ясенецкий, силами которого Евдокия П. вернулась к жизни и избавилась от мучительных страданий.

Нельзя забывать, что практическая деятельность видного хирурга в области гнойной хирургии осуществлялась в тот период, когда противомикробные препараты еще не стали достоянием врачей, вынужденных бороться с гнойными процессами только с помощью скальпеля. Настоящим подспорьем в этом деле являлось доскональное знание топографической анатомии и особенностей распространения гноя из первичного очага в направлении окружающих тканей.

Блестящая оперативная техника наряду с редкой дотошностью в деле изучения общей, и особенно гнойной, хирургии, свойственные профессору Войно-Ясенецкому, ставили его в один ряд с наиболее выдающимися хирургами своего времени. Автором подобного «рейтинга» стал профессор А. В. Мельников. Он опубликовал очерк «Итоги русской хирургии за последние 25 лет» (1928). Здесь ташкентский хирург Войно-Ясенецкий сравнивался с такими корифеями отечественной хирургии, как И. И. Греков, С. И. Спасокукоцкий, Я. О. Гальперн, А. Г. Русанов и др. [264].

Однако, как стало известно в наши дни, самый искусный хирург, вооруженный только скальпелем и прочными навыками в

области гнойной хирургии, не всегда был способен противостоять грозной и коварной инфекции без использования антибиотиков и других противомикробных препаратов. На этом тернистом пути он нередко встречался с проблемой выбора, состоявшей в том, чтобы пожертвовать тем или иным органом, пораженным гнойной инфекцией, спасая жизнь больному. Эта неизбежность, ставшая особенностью хирургии прошлых лет, не обошла стороной и профессора Войно-Ясенецкого. Примеры такого рода также содержатся в «Очерках гнойной хирургии» (1946).

Один из них заслуживает признания в качестве хрестоматийного. Он свидетельствовал о самоотверженной и героической борьбе хирурга и епископа с неуклонным распространением гнойной инфекции за пределы первичного очага, в ходе которой были использованы все доступные ему способы оперативного лечения, прежде чем он решился на крайнюю меру — ампутацию конечности, являвшуюся последним шансом спасения жизни больного.

История этой болезни была написана в ноябре 1935 г.—январе 1936 г., когда в гнойном хирургическом отделении Ташкентского института неотложной помощи находилась Евдокия К., которой к тому времени исполнилось 45 лет. Она поступила в отделение с жалобами на сильные боли в области правой руки и в состоянии «потрясающего озноба» [213, С. 170—171], случившегося на пятый день после укола мизинца швейной иглой. На месте микротравмы имелся «большой вскрывшийся гнойный пузырь, краснота кожи и отек» [Там же]. Кроме того, наблюдалось изменение конфигурации кисти и нижней трети предплечья за счет отека мягких тканей, особенно выраженного по ходу сухожилия сгибателя мизинца. Это была клиническая картина гнойного тендовагинита или гнойного воспаления, распространявшегося по ходу сухожилия одной из мышц и осложненного затеком гноя на предплечье.

Поэтому в ходе первой операции в области мизинца (в месте микротравмы) были произведены 2 разреза, из которых стал вытекать жидкий гной. Один из них был продолжен и на ладонной поверхности кисти над сухожилием сгибателя. 2 других разреза были произведены на той же поверхности предплечья со стороны локтевой и лучевой костей, где в области межкостного промежутка также обнаруживалось скопление гноя.

Однако и после проведенного оперативного вмешательства общее состояние больной продолжало оставаться тяжелым, а

боли в руке не уменьшались. Поэтому вскоре была предпринята вторая операция, сводившаяся к перерезке в области подмышечной впадины всех лимфатических сосудов верхней конечности (она считалась действенным способом предотвращения распространения гнойной инфекции из первичного очага и мест затеков гноя за пределы конечности). Но видимых результатов вновь не последовало. Больная продолжала жаловаться на сильные боли в руке и высокую лихорадку.

Еще через несколько дней были установлены признаки подкожной флегмоны, развивавшейся на тыльной поверхности правой кисти (это скопление гноя было вскрыто тремя разрезами в ходе третьей операции).

Не заставило себя долго ждать ограничение подвижности и усиление болей в области правого лучезапястного сустава, при пробном проколе которого были обнаружены следы гноя. Признаки гнойного воспаления сустава привели к четвертой операции, в результате которой его полость была вскрыта разрезом для обеспечения оттока гноя. Вскрытие суставной полости сопровождалось удалением нескольких пястных костей, принимавших участие в образовании суставной поверхности со стороны кисти.

Однако и эта операция не привела к улучшению состояния больной. Повязки, которыми рыхло тампонировались множественные послеоперационные раны, быстро пропитывались зловонным гноем и нуждались в замене, утрачивая всасывающую функцию. Огромная раневая поверхность в области кисти и предплечья вызывала мучительные страдания. Поэтому перевязки стали проводиться, как правило, под наркозом.

Спустя месяц после поступления Евдокии К. в гнойное хирургическое отделение, у нее были установлены признаки остеомиелита локтевой кости. Это грозное осложнение стало причиной пятой операции, состоявшей в резекции или удалении ее пораженного остеомиелитом участка, находившегося в области нижней трети предплечья.

Несмотря на радикальные оперативные меры, предпринятые Войно-Ясенецким, ему не удавалось добиться переломного момента в лечении больной: лихорадка по-прежнему ежедневно потрясала ее, а боли в области послеоперационных ран оставались настолько выраженными, что она не спала по ночам, не ела и отказывалась от проведения перевязок.

В январе 1936 г. (через 2 месяца после начала лечения) у Евдокии К. «пульс стал частым и малым» [Там же]. Это свидетель-

ствовало о нарастании интоксикации и неотвратимости сепсиса без принятия крайних мер. Лишь тогда профессор Войно-Ясенецкий пришел к тяжелому решению об ампутации правой руки по жизненным показаниям, без которой спасение больной считалось невозможным.

«После ампутации, — как писал хирург и епископ, — больная почувствовала большое облегчение и прекрасно спала. Заживление культи шло прекрасно, и ко времени выписки на ней осталась лишь небольшая гранулирующая поверхность» [Там же]. Теперь, после шестой операции, ее жизнь была вне опасности.

Подобные ампутации во спасение чрезвычайно редки в наши дни, когда современный хирург имеет в своем арсенале высокоэффективные антибактериальные средства. Благодаря антибиотикам существенно изменился и характер оперативных вмешательств, выполняющихся по поводу гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки, большая часть которых стала проводиться одномоментно. Все это — новые преимущества, которые принес технический прогресс и хирургу, и больному, существенно облегчив тяжкий труд одного и мучительные страдания другого. Однако во времена профессора Войно-Ясенецкого только тяжкий труд хирурга мог избавить больного от немыслимых страданий, предотвратить развитие тяжелых осложнений и спасти его от гибели, маячившей на пороге операционной. Таков был crux chirurgorum (крест хирурга) тех лет, который в руках избранных приобретал редкое, но крайне важное свойство, состоявшее в том, чтобы не только блестяще оперировать, но и блистательно передавать свой опыт другим, менее опытным или начинающим врачам. Благодаря таким его качествам школой Войно-Ясенецкого может считаться вся советская и, без сомнения, российская гнойная хирургия, если перефразировать известного классика истории отечественной хирургии.

Небывалый прежде опыт его практической деятельности на поприще гнойной хирургии в 1934—1937 гг. мастерски был изложен профессором во II издании «Очерков гнойной хирургии». Поэтому по сравнению с первым это издание было существенно дополнено за счет появления в нем новых глав. Большинство из них посвящалось тем нозологическим формам гнойных заболеваний, опыт оперативного лечения которых Войно-Ясенецкий приобрел в гнойном хирургическом отделении Ташкентского института неотложной помощи в 30-е годы.

Как показал анализ содержания II издания «Очерков гнойной хирургии», значительную часть контингента, находившегося на лечении в отделении, которым заведовал хирург и епископ до третьего ареста, были больные с флегмонами различной локализации. Это обстоятельство позволило профессору Войно-Ясенецкому успешно обобщить имевшиеся результаты их лечения, а также изучить путем экспериментов на трупах наиболее вероятные пути затеков гноя из первичного очага в близлежащие и отдаленные периферические ткани. В дальнейшем практические результаты оперативного лечения сравнивались с экспериментальными данными, что позволяло ученому сделать важные и обоснованные выводы. Они касались особенностей клинического течения флегмон различной локализации, а также наиболее эффективных и радикальных способов их оперативного лечения. Вместе с тем их выгодно отличал прогностический характер, свойственный многим заключениям такого рода, сделанным профессором. Благодаря возможности прогноза, начинающий хирург мог предвидеть вероятные осложнения той или иной флегмоны в виде гнойных затеков, чтобы не пропустить начальную стадию этих процессов, на которой еще была возможна эффективная борьба с ними.

Таким образом, первое в СССР гнойное хирургическое отделение стало клинической базой, благодаря которой были написаны Войно-Ясенецким большинство новых глав, вошедших позднее во II издание его бессмертных «Очерков...».

К ним относились «Флегмоны плеча и предплечья», «Флегмоны груди...», «Флегмоны брюшной стенки», «Флегмоны подвздошной ямы...», «Флегмоны ischiorectalis...»[106], «Флегмоны... подколенной ямки и голени», «Флегмоны стопы», а также близкие к ним по содержанию «Гнойные затеки при простатите и везикулите». Одно лишь перечисление названий новых глав позволяет сделать вывод о том, что в этом хирургическом отделении хирург и епископ завершил свой многолетний труд, посвященный оперативному лечению флегмон различной локализации, существенно дополнив здесь одну из важнейших составных частей «Очерков гнойной хирургии», связанную с ним.

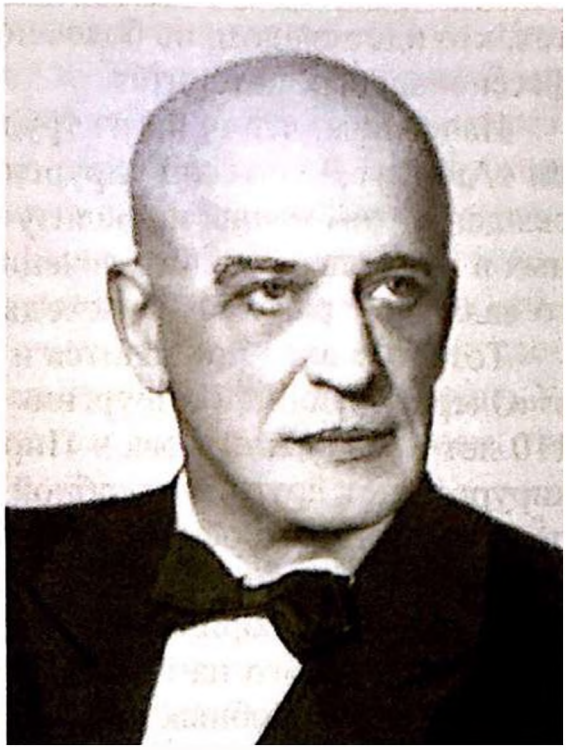
Поразительные примеры спасения Евгении Б., Евдокии П. и Евдокии К., приведенные нами, относятся именно к этой составной части «Очерков...» Войно-Ясенецкого. Вместе с тем она со-

---

[106] Промежности и области прямой кишки (*лат.*).



А. Н. Бакулев.



П. А. Куприянов.

держала описания нескольких трагических исходов оперативного лечения флегмон, которые носили не только критический, но и назидательный характер, предупреждая читателей о возможных опасностях, грозящих больному.

В свое время выдающиеся советские хирурги и профессора А. Н. Бакулев и П. А. Куприянов написали предисловие к III изданию «Очерков гнойной хирургии» (1956).

В нем приводилось заключение, позволявшее сравнивать достижения Войно-Ясенецкого с некоторыми успехами «первого хирурга России» Н. И. Пирогова. Оно обосновывалось следующим образом.

«До выхода в свет труда В. Ф. Войно-Ясенецкого (имелись в виду «Очерки гнойной хирургии». — *Ю. Ш.*), пожалуй, никому, — как отмечали авторы, — не удавалось провести с такой последовательностью анатомо-топографический принцип в изучении нагноительных процессов, т. е. тот принцип, который был впервые выдвинут великим Н. И. Пироговым» [215, С. 3].

Однако такое сравнение будет неполным, если не учитывать еще один непреложный исторический факт. Профессор Войно-Ясенецкий смело следовал и другой заповеди великого учителя, состоявшей в том, чтобы не скрывать собственные ошибки от учеников и последователей, а открыто использовать их во благо

тех, кто идет следом, не боясь потерять при этом научный и профессиональный авторитет.

Напомним, что один из трудов Н. И. Пирогова под названием «Анналы Дерптской хирургической клиники» (1836) был посвящен, в том числе, и анализу собственных ошибок, допущенных в ходе оперативного лечения больных, результатом которого являлись трагические исходы.

Тот же анализ приводится и профессором Войно-Ясенецким в «Очерках гнойной хирургии» (1946). Они увидели свет через 110 лет после «Анналов...» Пирогова. Но между работами этих хирургов нет другой, подобной «Очеркам...», где столь же беспощадно автор относился к собственному научному и профессиональному авторитету. При этом его чудесная открытость и правдивость сотворила чудо, подняв хирургический авторитет Войно-Ясенецкого на недосягаемую для многих высоту.

Один из подобных примеров можно увидеть в «Очерках гнойной хирургии». В нем шла речь о трагической судьбе пациента Войно-Ясенецкого, обратившегося к нему за помощью в феврале 1935 г. по поводу флегмоны левой стопы, сопровождавшейся сильными болями и высокой лихорадкой «гектического типа». История болезни была прозаической: сначала больной перенес фурункулез, затем в результате урагана долгое время был вынужден идти по ледяной воде, почти достигавшей пояса. Но последнюю точку в деле болезни поставила новая случайность, когда через несколько дней он снова промочил ноги и в таком состоянии долго ехал в холодном вагоне поезда, где не удавалось ни высушить, ни сменить мокрую обувь. Этих экстремальных факторов оказалось достаточно для развития тяжелой формы флегмоны стопы.

В начале 1935 г. Войно-Ясенецкий только начинал свою деятельность в гнойном хирургическом отделении (с момента образования прошло полгода). Отсюда его опыт в лечении флегмон еще не был доскональным. При этом он стремился сохранить и стопу, и жизнь своего больного, используя в интересах лечения оригинальную комбинацию, состоявшую из оперативных и консервативных методов лечения.

«Почти месяц, — отмечал впоследствии Валентин Феликсович, — больной боролся со смертью» [265, С. 33], прежде чем наступил трагический исход.

Спустя несколько лет он вновь вернется к истории болезни этого больного и напишет о ней в статье, опубликованной в жур-

нале «Хирургия» под названием «Флегмоны стопы» (1941). После небольшого дополнения та же публикация станет одной из новых глав II издания «Очерков гнойной хирургии». Даже через 10 лет после трагической гибели своего пациента, профессор Войно-Ясенецкий не смог забыть эту преждевременную смерть: «...убежден, что больного можно было спасти ампутацией голени, если бы в 1935 г. я знал о флегмонах стопы то, что пишу сейчас» [Там же]. Трудно написать точнее и правдивее, чем это сделал хирург Войно-Ясенецкий и епископ Лука в одном лице. У других авторов нет примеров такого рода, за исключением откровений великого Пирогова.

Нельзя забывать, что знакомство с работой профессора Войно-Ясенецкого в гнойном хирургическом отделении оказалось чрезвычайно полезным с современной точки зрения. Эта деятельность сохранила для нас исключительные описания клинической картины некоторых гнойных заболеваний, с которыми давно не встречаются современные врачи. Конечно, мы надеемся, что такие болезни навсегда останутся в прошлом человечества.

С этой точки зрения является показательной история болезни больного Мирзы-ата, 47 лет, приведенная профессором Войно-Ясенецким в «Очерках гнойной хирургии» (1946). Она представляла собой редчайший случай в здравоохранении Узбекистана применительно к 30-м годам прошлого столетия, не говоря уж о нашем времени.

Этот случай относился к марту 1937 г., когда Мирза-ата поступил в лечебно-диагностическое отделение, которым заведовал профессор Войно-Ясенецкий. До этого времени он 4 месяца лечился у местного табиба (узбекского знахаря), однако за это время его состояние только ухудшилось. Тяжелое заболевание Мирзы-ата начиналось с непрекращающихся болей в животе, запоров и лихорадки. Ко времени поступления в больницу в области живота больного ясно определялись 2 обширных воспалительных инфильтрата, в каждом из которых имелся свищевой ход, открывшийся на поверхности передней брюшной стенки.

Это были результаты лечения у табиба, ставившего больному банки на живот и таким образом добившегося вскрытия гнойных инфильтратов.

В ходе операции профессор Войно-Ясенецкий с удивлением установил, что свищевые ходы, имевшиеся у больного, проникали непосредственно в брюшную полость, где между кишечных петель, прочно спаянных между собой «старыми фибринозными

плениками» [213, С. 335], имелись множественные скопления как свободных гнойных масс, так и инкапсулированных (окруженных оболочкой) гнойных абсцессов. Это была картина застарелого и вялотекущего гнойного перитонита, давшего начало флегмоне передней брюшной стенки, на которой располагались инфильтраты со свищевыми ходами, открывшимися наружу.

Начатую было операцию пришлось прервать, как писал хирург, укутав доступные петли кишечника «иодоформной марлей» [Там же]. В этом случае бессильной оказалась бы, пожалуй, и элитная современная медицина. Через несколько дней, когда больной скончался от гнойного перитонита, была установлена при вскрытии первичная причина развития такого заболевания. Источником распространения гнойных масс в брюшной полости оказался острый панкреатит, ограниченный головкой поджелудочной железы, которая выглядела нафаршированной мелкими абсцессами. Отсюда, как утверждал профессор, «гнойное воспаление перешло в начальную часть большого сальника, между серозными листками которого был найден воспалительный инфильтрат, пронизанный мелкими гнойниками» [Там же].

Этот пример крайне запущенного гнойного перитонита, приводимый Войно-Ясенецким, несмотря на его очевидную архаичность, безусловно, занимал достойное место на страницах «Очерков...». Он красноречиво свидетельствовал о важности внимательного отношения со стороны врача к любому больному, страдающему от болей в животе, сопровождающихся повышением температуры тела и нарушением функции кишечника.

Профессор Войно-Ясенецкий, опираясь на достижения отечественной хирургии того времени, был не в силах спасти от гибели больного Мирзу-ата. Однако он сделал все, чтобы сохранить в истории медицины эту клиническую картину, представленную в «Очерках гнойной хирургии». С тех пор она «предупреждает» начинающих врачей о многих опасностях, грозящих больным, которых можно избежать, если вовремя ознакомиться с этой и другими историями болезни, описанными хирургом и епископом.

Было бы опрометчиво представлять практическую и научную деятельность профессора Войно-Ясенецкого в гнойном хирургическом отделении Ташкентского института неотложной помощи только как ограниченную оперативным лечением и изучением флегмон различной локализации. Конечно, этим гнойным заболеваниям он уделял особое внимание.



С коллегами и сотрудниками гнойного хирургического отделения Ташкентского института неотложной помощи (1936 г.).

Вместе с тем ученый продолжал свою работу, начатую ранее в области оперативного лечения гнойных заболеваний крупных суставов. В 1934—1937 гг. он сумел добиться успехов и в этом направлении, освоив новые способы вскрытия капсул нескольких крупных суставов, включая лучезапястный и тазобедренный. Подобных достижений в его прежней практике не отмечалось.

Кроме того, профессор Войно-Ясенецкий в те же годы занимался накоплением и обобщением результатов оперативного лечения остеомиелита и абсцессов различной локализации, в том числе в легких, печени, селезенке.

Нет никаких сомнений, что ташкентский период его хирургической деятельности, когда он заведовал гнойным хирургическим отделением, стал исключительно плодотворным. Наряду с накоплением и обобщением результатов практической работы хирурга в оперативном лечении флегмон, остеомиелита и абсцессов внутренних органов, им проводились многочисленные эксперименты.

Научные исследования Войно-Ясенецкого были по-прежнему направлены к изучению топографо-анатомических взаимоотношений различных органов и тканей. Но каждое из них подчи-

нялось общей цели — установлению путей распространения гнойных затеков из первичного очага гнойной инфекции на периферию. Эта научная задача носила практический характер. Ее решение давало возможность начинающим хирургам предвидеть и предупреждать тяжелые осложнения гнойных заболеваний в те годы, когда в их арсенале не было иных средств, кроме скальпеля.

«Более двух лет... я продолжал эту работу и не мог оторваться от нее, — писал об этом времени хирург и епископ в своих воспоминаниях, — потому что она давала мне одно за другим очень важные научные открытия, и собранные в гнойном отделении наблюдения составили впоследствии важнейшую основу для написания моей книги „Очерки гнойной хирургии"» [37, 38].

В 30-е годы многим научным работникам СССР были возвращены ученые степени и звания, упраздненные в первые годы советской власти. При этом вместо прежней ученой степени доктора медицины вводились ранги кандидата и доктора медицинских наук. Получение новых ученых степеней связывалось со сдачей особых экзаменов и обязательной защитой диссертации. Однако для видных ученых прошлых лет, имевших ученую степень доктора медицины и продолжавших плодотворную научную деятельность, было сделано исключение. Таким ученым-медикам могла быть присвоена ученая степень доктора медицинских наук без обязательной защиты диссертации, предусмотренной новыми правилами. В подобных случаях решение принималось республиканским Наркоматом здравоохранения.

В декабре 1936 г. такое решение было принято Наркомздравом Узбекистана и по поводу присвоения Войно-Ясенецкому ученой степени доктора медицинских наук. Об этом событии в жизни хирурга и епископа появилась заметка в ташкентской газете «Правда Востока» под названием «Профессор Войно-Ясенецкий — доктор медицинских наук». Здесь указывалось, что утверждение профессора «в ученой степени доктора медицинских наук без защиты им диссертации» [266] состоялось в связи с 27-летием его научной деятельности и заслугами в области гнойной хирургии. «Диссертация, которую он защитил в 1916 г., до сих пор не утратила своего значения» [Там же], — утверждалось в заметке.

Однако врачебный стаж Войно-Ясенецкого к тому времени составил около 32 лет (1904—1936). Это обстоятельство заста-

вило некоторых исследователей прошлых лет утверждать, что Наркомздрав Узбекистана «скостил» столько лет из стажа профессора, сколько тот провел в тюрьмах и ссылках, не включив эти годы в стаж его научной деятельности. Но врачебная и научная деятельность — это разные сферы, начало которых может и не совпадать.

Нельзя быть уверенным в том, что научная деятельность врача Ясенецкого-Войно (Войно-Ясенецкого) началась на следующий день после окончания им университетского курса в конце 1903 г. Скорее всего, ее начало следует относить к 1908 г., когда он написал свою первую научную работу, опубликованную в журнале «Хирургия».

Если это действительно так, то 27-летний стаж научной деятельности ученого, признанный Наркомздравом Узбекистана в 1936 г., был установлен правильно.

Важно отметить, что в 1934—1937 гг. практическая деятельность Валентина Феликсовича в гнойном хирургическом отделении Института неотложной помощи сопровождалась не только научной работой в области гнойной хирургии, но и педагогической деятельностью в Ташкентском институте усовершенствования врачей.

Окраинное положение Средней Азии в границах СССР, конечно, требовало создания собственной системы усовершенствования врачебных кадров (в Москву и Ленинград не наездишься). Поэтому в 1932 г. в Ташкенте был создан первый институт такого типа. В 1935 г. одну из его хирургических кафедр, в состав которой входила и клиника, возглавил профессор Войно-Ясенецкий.

Сохранилась одна из фотографий, где можно видеть профессора в окружении группы врачей, повышавших теоретические знания и практические навыки в стенах института.

Здесь профессор Войно-Ясенецкий (пятый слева во втором ряду) сидит рядом со своим учеником, профессором Б. А. Стекольниковым (четвертый слева во втором ряду), заведовавшим в то же время двумя кафедрами оперативной хирургии с топографической анатомией в Ташкентском медицинском институте[107] и Ташкентском институте усовершенствования врачей.

---

[107] Первым заведующим этой кафедрой в 1920—1923 гг. был профессор В. Ф. Ясенецкий-Войно, когда она входила в состав медицинского факультета ТГУ.



Профессора и слушатели Ташкентского института усовершенствования врачей (1936 г.).

В середине 30-х годов по меньшей мере три ученика из научной школы профессора Войно-Ясенецкого, с которыми он начинал педагогическую деятельность на кафедре оперативной хирургии с топографической анатомией в Туркестанском государственном университете (1920—1923), уже самостоятельно возглавляли кафедры хирургического профиля в медицинских институтах СССР. К ним относились профессора Х. А. Петросянц, Г. А. Ротенберг и Б. А. Стекольников [267]. В то же время Г. А. Ротенберг стал, по примеру своего учителя, главным врачом одной из городских клинических больниц Ташкента, находившейся в старой части города.

Так осуществлялась смена педагогических и врачебных поколений в Ташкенте. Профессор Стекольников много лет возглавлял в медицинском институте ту же кафедру, на которой начинал педагогическую деятельность профессор Ясенецкий-Войно. И профессор Г. А. Ротенберг сумел приблизиться к его уровню, возглавляя Ташкентскую городскую больницу. В несомненных успехах учеников хирурга и епископа, конечно, присутствовала немалая доля заслуг их первого наставника. Однако ни один из них все-таки не сумел превзойти своего учителя.

За «Отца и Сына и Святаго Духа» (третья ссылка)

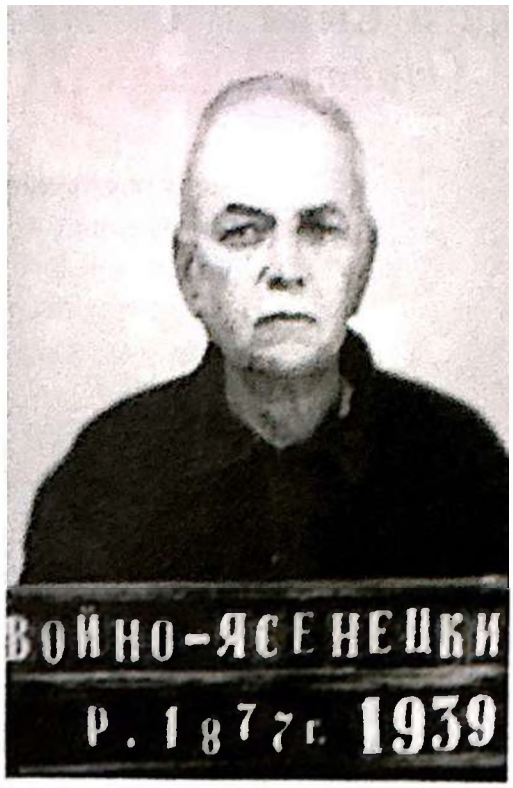
> «От меня неуклонно требовали признания в шпионаже, но в ответ я только просил указать, в пользу какого государства я шпионил. На это ответить, конечно, не могли»
>
> (*В. Ф. Войно-Ясенецкий*)

«В 1937 г. начался страшный для Святой Церкви период..., — писал об этом времени епископ Лука в воспоминаниях, — (когда. — *Ю. Ш.*) начались массовые аресты духовенства и всех, кого подозревали во вражде к советской власти. Конечно, был арестован и я» [37, 38].

Это произошло в ночь с 23 на 24 июля 1937 г. в Ташкенте, в доме профессора Войно-Ясенецкого, находившегося по улице Воровского, 23. Однако подготовка и фабрикация материалов по церковно-монашескому заговору, который требовалось раскрыть, началась, по данным В. А. Лисичкина, задолго до ареста епископа Луки.

Ужасающие условия его длительного содержания в ташкентских тюрьмах НКВД, многодневные и непрерывные допросы хирурга «конвейером», когда следователи сменяли друг друга, не давая ему заснуть, пытки, издевательства и частые голодовки, объявленные Войно-Ясенецким в ответ на очередной произвол мучителей, — через все эти круги ада пришлось ему пройти. Несмотря на множество попыток сломить его отчаянное сопротивление, заставить подписать «признание» об участии в заговоре, епископ Лука сумел выстоять, не поддавшись ни минутной слабости, ни заманчивым обещаниям, ни сладкой лести. Он провел в тюремном заключении около 2.5 лет, во время которых слабело подорванное пытками и голодовками здоровье (в год ареста епископ отметил 60-летний юбилей), но окончательно закалился и окреп его дух. Он не боялся ни новых пыток, ни смерти в тюремной камере (сыновья и дочь епископа давно повзрослели и были способны сами постоять за себя).

Единственным, что тяготило в годы тюремного заключения, было ощущение недопетой песни, с которой Войно-Ясенецкий часто сравнивал свою профессиональную, хирургическую деятельность. Это поприще давно стало для Валентина Феликсови-



Заключенный областной тюрьмы НКВД Войно-Ясенецкий (1939 г.).

ча не столько профессией, которой посвящают жизнь, сколько образом самой жизни. Хирург продолжал существование в тюрьме лишь потому, что не чувствовал себя виновным и надеялся на скорое освобождение.

Даже в условиях тюрьмы НКВД Валентин Феликсович искал и находил возможности для применения на практике своих необычайных хирургических способностей. Об одном из таких случаев он упоминал в воспоминаниях 1958 г. Но мало кто догадывается, что этот случай был подробно описан во II издании «Очерков гнойной хирургии», а именно в главе «Абсцессы селезенки». Впрочем, просто догадаться об этом нельзя. Нужно точно знать, что 17 декабря 1939 г. профессор Войно-Ясенецкий находился в камере-палате тюремной больницы областной тюрьмы НКВД.

Здесь он познакомился с Игорем С., 17 лет, как записано в истории болезни, приведенной в лучшей книге его жизни [213, С. 319], или «тяжело больным молодым жуликом» [37, 38] (это был один и тот же больной), как свидетельствовали воспоминания епископа Луки. Начинающий тюремный врач долгое время лечил его от бронхита, используя кровососные банки и аутоге-

мотерапию[108], но состояние Игоря не улучшалось. Хорошо еще, что врач не успел решить, что больной симулирует. Последствия такого решения были бы непоправимыми.

«Мне случайно пришлось видеть больного на 28-й день болезни» [213, С. 319], — отмечено Войно-Ясенецким в его истории (хирург не упоминал здесь о месте этой случайной встречи). Однако в его воспоминаниях оно указывалось точно.

«Не помню, по какому поводу я попал в тюремную больницу, — писал о том же дне Святитель. — Там мне удалось спасти жизнь молодому жулику... Я видел, что молодой тюремный врач совсем не понимает его болезни. Я сам исследовал его...» [37, 38].

И вот в результате собственноручного исследования Игоря С., проведенного в палате тюремной больницы, хирург и епископ пришел к выводу, что больной страдал совсем не бронхитом. Заболевание юноши представлялось куда более тяжелым и опасным. Это был абсцесс селезенки, диагноз которого удалось установить Войно-Ясенецкому без использования рентгенологических, лабораторных и других методов. Без этого арсенала редкий врач из наших современников возьмется повторить подобный опыт.

Не зря врачи прошлых лет считали, что у хирургов — «глаза на пальцах». К тому же хирург Войно-Ясенецкий был лучшим из лучших специалистов своего времени, наделенным, как были уверены многие, Божьей благодатью.

Поэтому и другие обстоятельства этой истории болезни складывались наиболее благоприятно для спасения жизни тяжелобольного ташкентского заключенного.

Во-первых, профессор Войно-Ясенецкий быстро убедил молодого тюремного врача в опасности, грозившей больному, которую возможно избежать лишь проведением срочного оперативного вмешательства.

Во-вторых, он добился согласия тюремной администрации на госпитализацию тяжелобольного в одну из ташкентских городских больниц, условия которой позволяли проведение срочной и опасной операции (главным врачом этой больницы являлся его ученик, профессор Г. А. Ротенберг).

---

[108] Один из методов стимуляции защитных сил организма, состоявший в том, что небольшое количество собственной крови больного, взятой из вены, вводится ему же внутримышечно.

В-третьих, он написал письмо своему ученику и обязал тюремное начальство передать это послание адресату без каких-либо условий. Здесь он подробно изложил свое заключение по поводу особенностей оперативного лечения данного абсцесса у больного Игоря С. и его вероятной локализации в области селезенки.

В-четвертых, профессор Ротенберг, лично проводивший эту уникальную операцию, смог «дословно» [37, 38] подтвердить точность профессиональных рекомендаций, данных накануне учителем.

«Подтвердилось все, написанное в моем письме, — отмечал в дальнейшем Святитель. — Жизнь жулика была спасена, и долго еще на наших прогулках на тюремном дворе меня громко приветствовали с третьего этажа уголовные заключенные и благодарили за спасение жизни жулика» [Там же].

Однако в том же 1939 г. некоторые из бывших коллег профессора Войно-Ясенецкого по медицинскому факультету Туркестанского государственного университета стремились буквально вычеркнуть из памяти его научные и профессиональные заслуги, включая даже те, которые относились к периоду 1920—1923 гг. В этом деле особенно отличился профессор Ташкентского медицинского института М. И. Слоним.

В первые годы советской власти он работал терапевтом в Ташкентской городской больнице, главным врачом которой являлся хирург Ясенецкий-Войно. Тогда терапевт Слоним посылал со своего стола обеды для больной Анны Васильевны, жены хирурга. Со временем его отношение к заслугам профессора Войно-Ясенецкого переменилось.

В 1939 г. М. И. Слоним стал одним из авторов монографии, посвященной 20-летнему юбилею со дня образования Ташкентского медицинского института (ТашМИ), который вел свое начало от медицинского факультета Туркестанского государственного университета (ТГУ). Здесь в 1920—1923 гг. начинал педагогическую деятельность профессор Ясенецкий-Войно, являясь к тому же одним из организаторов этого факультета.

В книге под редакцией Слонима видный хирург вовсе не упоминался ни среди профессоров, ни среди организаторов будущего ТашМИ.

Одним из разделов этой работы стал «Список научных работ клиник и кафедр Ташкентского медицинского института им. В. М. Молотова за 20 лет его существования (1919—1939)».

Здесь приводилось ежегодное (в алфавитном порядке фамилий авторов) библиографическое описание трудов, опубликованных за 20 лет, в том числе за 1920 —1923 гг., когда на медицинском факультете работал профессор Ясенецкий-Войно.

Но каково было удивление, когда за 1922 и 1923 гг. не удалось обнаружить в списке его фамилии! Лишь повторное и тщательное его изучение позволило установить, что из списка была исключена лишь фамилия Ясенецкого-Войно, тогда как названия некоторых научных работ, принадлежавших ему, все-таки остались.

Это случилось не по недосмотру. М. И. Слониму, как редактору этой работы, следовало решить, как поступить в данном случае. Свою задачу он решил просто. Поэтому вместо фамилии автора была приведена нейтральная фраза: «Из кафедры Топографической анатомии», после которой следовало название научной работы, принадлежавшей епископу и хирургу, а также остальные элементы библиографического описания. Так, список научных трудов, составленный в 1938—1939 гг., получил непривычный, уродливый вид, к примеру:

«1922 г.

41. Ситковский П. П. Об одном из клинических признаков при воспалении червеобразного отростка // Туркестанский мед. журн. — 1922. — Т. 1. — № 1. — С. 37—58...

60. Из кафедры Топографической анатомии. Опасности способа Momburg'a // Туркестанский мед. журн. — 1922. — Т. 1. — № 7. — С. 549—555.

61. Из кафедры Топографической анатомии. Топография паховых и наружных подвздошных лимфатических желез и техника оперативного удаления их // Туркестанский мед. журн. — 1922. — Т. 1. — № 2. — С. 131—134» [268, С. 57].

Очевидно, что первая работа была написана деканом медицинского факультета ТГУ профессором П. П. Ситковским и посвящена одному из симптомов острого аппендицита, позднее названного его именем как «симптом Ситковского».

Автором двух других научных работ являлся профессор Ясенецкий-Войно, справедливо предупреждавший в одной из них о недопустимости наложения резинового жгута на область живота, как рекомендовал один из немецких хирургов. Однако его

фамилия стараниями М. И. Слонима была вычеркнута не только из числа профессоров ТГУ, но и авторов многих научных работ.

В те же годы из научной библиотеки ТашМИ изымалось I издание «Очерков гнойной хирургии», автор которого был арестован и объявлен «врагом народа», а его фамилия в журнальных публикациях густо замазывалась черной тушью. Это было дикое вытравливание памяти о видном хирурге, которому, как надеялись М. И. Слоним и ему подобные, в третий раз не суждено вернуться из мест заключения.

По данным В. А. Лисичкина, лишь 13 февраля 1940 г. особым совещанием при НКВД СССР, проходившим в Москве, было принято постановление о высылке профессора Войно-Ясенецкого в Красноярский край сроком на 5 лет «за участие в антисоветской организации» [36, С. 431—432], признания в котором от подследственного чекисты так и не добились.

Поэтому в марте того же года профессор следовал по этапу из Ташкента в Красноярск. «Везли меня на этот раз уже не через Москву, а через Алма-Ату и Новосибирск» [37, 38], как отмечал Святитель в воспоминаниях. Его путь заканчивался в селении Большая Мурта, основанном в 1725 г. и находившемся на пути Енисейского тракта (в ста пятнадцати километрах севернее Красноярска).

По данным 1929 г. в этом районном центре проживало 1409 жителей [269], тогда как к началу Великой Отечественной войны 1941—1945 гг. его население существенно возросло (до трех с половиной тысяч человек) [37, 38]. Это невозможно объяснить демографическим взрывом 30-х годов. Нет сомнений, что к тому времени значительную часть жителей Большой Мурты составляли политические ссыльные, одним из которых стал профессор Войно-Ясенецкий.

Об отдаленном местоположении районного центра Большая Мурта, куда был выслан епископ в начале 1940 г., можно судить по карте тех лет.

Одной из достопримечательностей этого районного центра была единственная на весь район больница, в которой, по всей видимости, насчитывалось 15—20 штатных коек [270]. Здесь работали молодые врачи Барские (муж и жена). А. В. Барский, которому к тому времени исполнилось всего 26 лет, являлся выпускником Первого Ленинградского медицинского института 1939 г. Он заведовал районной больницей и числился в ней хирургом. Его жена исполняла здесь обязанности терапевта.



Карта Красноярского края. Здесь представлены Красноярск и селение Большая Мурта — место ссылки профессора Войно-Ясенецкого в 1940—1941 гг.

Ко времени их приезда в Большую Мурту в больнице функционировало лишь терапевтическое и родильное отделения, расположенные в нескольких одноэтажных деревянных бараках.

«Хирургическая служба как таковая совсем отсутствовала... Пришлось начинать все с нуля» [271], — писал А. В. Барский об этом периоде.

Надо отдать должное его настойчивости и оперативности при развертывании хирургического отделения в районной больнице. Доктору Барскому пришлось приложить немалые усилия, чтобы оснастить операционную с предоперационной и развернуть в одном из бараков хирургический стационар. В 1939 г. в составе больницы стала работать автоклавная и клиническая лаборатория. Для этого врачам Барским пришлось собственными силами обучить операционную сестру и клинического лаборанта тому, что знали сами.

Нужный результат не замедлил сказаться: в декабре 1939 г. в новом хирургическом отделении стали производиться неотложные, а с начала 1940 г. и плановые хирургические вмешательства.

А. В. Барский торопился, словно предчувствуя скорый приезд видного хирурга в районную больницу. Удивительно, что в

чрезвычайно короткий срок, отведенный ему, он сумел сделать все необходимое, чтобы ссыльный епископ Лука смог почти без промедления возобновить хирургическую деятельность, прерванную арестом.

Первая встреча будущего хирурга А. В. Барского и профессора Войно-Ясенецкого состоялась в один из мартовских дней 1940 г., когда поздним вечером епископ Лука впервые вступил на порог Большемуртинской больницы.

«Вошел, — как вспоминал позднее Барский, — высокого роста старик с белой окладистой бородой и представился: „Я профессор Войно-Ясенецкий". Эта фамилия мне была известна только по книжке „Очерки гнойной хирургии". Он мне сказал, что приехал только что из Красноярска на подводах в составе очень большой группы бывших заключенных, жертв 1937 года, которые посланы в Большемуртинский район на свободное поселение... Он, как хирург, решил прежде всего обратиться в районную больницу, просил меня обеспечить ему только белье и питание и обещал мне помогать в хирургической работе. Я был несколько ошеломлен и обрадован такой помощью и такой встречей» [37, 38].

Однако ни в тот же вечер, ни в течение ближайших дней А. В. Барскому не удалось положительно решить вопрос с трудоустройством профессора в районной больнице. Поэтому Войно-Ясенецкий в Большой Мурте «первое время бедствовал без постоянной квартиры» [Там же], как отмечалось в его воспоминаниях.

«Заведующая райздравом, — вспоминал об этом времени Барский, — была очень энергичная женщина, но безо всякого медицинского образования и почти совершенно безграмотная, умевшая только подписывать свою фамилию... Когда я рассказал о том, что вот у меня имеется такой профессор... она замахала на меня руками и сказала, что нет, нельзя допустить, чтобы он работал в районной больнице» [Там же].

Лишь после остальных ходатайств А. В. Барского, начиная от председателя райисполкома и заканчивая начальником районного отдела НКВД, было окончательно решено, что под личным наблюдением заведующего районной больницей «ссыльный профессор работать в районной больнице все-таки может» [Там же].

Только тогда профессор Войно-Ясенецкий получил отдельную комнату в здании той же больницы и возможность хирурги-

ческой работы в ней. При этом во врачебный штат он не был зачислен, получая ежемесячно по 200 руб. за счет вакантной ставки «то ли санитарки, то ли прачки». Но и это полулегальное существование стало позабытой роскошью для бывшего заключенного ташкентских тюрем НКВД, первое время едва ходившего от слабости и потому принятого врачами Барскими за дряхлого и немощного старика.

Получив жилье в больнице, хирург и епископ тут же сообщил в Ташкент (родственникам и знакомым) свой новый адрес. Вместе с тем профессор просил прислать ему истории болезни, которые он вел в гнойном хирургическом отделении Ташкентского института неотложной помощи в 1934—1937 гг. Эта просьба ученого была безотлагательно выполнена. Однако она потребовала согласований с руководством ташкентской клинической больницы, входившей в состав института, так как истории болезни за эти годы пришлось извлекать из архива.

«Из Ташкента мне прислали очень много историй болезни, — писал по этому поводу Святитель в воспоминаниях, — и я имел возможность, благодаря этому, написать много глав своей книги „Очерки гнойной хирургии"» [Там же].

С одной из таких историй, включенной в одну из глав «Очерков...», произошел курьезный случай. В ней, в частности, указывалось, что «Арсений К., 52 лет, поступил 23 ноября 1937 г.» в гнойное хирургическое отделение Ташкентского института неотложной помощи по поводу «аденофлегмоны подвздошной ямы, начавшейся от флегмоны голени» [213, С. 339].

Далее указывалось, что «мы (выделено нами. — *Ю. Ш.*)... на другой день произвели операцию ... на 5 день после операции температура стала нормальной, через 43 дня после операции больной выписан в отличном состоянии» [Там же].

Однако достоверно известно, что еще 24 июля 1937 г. профессор Войно-Ясенецкий был арестован сотрудниками НКВД и заключен под стражу в ташкентскую следственную тюрьму, где безотлучно находился в течение двух с лишним лет. Поэтому он не мог оперировать больного Арсения К. 24 ноября того же года, как отмечалось в истории болезни, приведенной в «Очерках гнойной хирургии».

Но этот курьезный случай знаменателен вовсе не тем, что в монографию профессора вкралась неточность (по сути, ее не было). Он свидетельствовал о продолжении работы гнойного хирургического отделения и после того, как его заведующий

был арестован. Здесь по-прежнему проводились сложные оперативные вмешательства. Тут выздоравливали тяжелые больные и выписывались «в отличном состоянии». В этом заключалась немалая заслуга профессора Войно-Ясенецкого. За годы работы в первом в СССР гнойном хирургическом отделении он воспитал достойную смену. Его ученики периода 1934—1937 гг. сумели продолжить начатое им дело.

Вполне вероятно, что ссыльный профессор начал работу над новыми главами «Очерков гнойной хирургии» с той, которая получила название «Флегмоны стопы». Это подтверждается скорым выходом в свет одноименной журнальной статьи Войно-Ясенецкого. Она появилась в августовском номере журнала «Хирургия» за 1941 г.[109]

Ответственным редактором журнала являлся профессор В. С. Левит, написавший предисловие к I изданию «Очерков гнойной хирургии», а ответственным секретарем — профессор В. Я. Шлапобергский (ему принадлежала одна из рецензий на ту же монографию). Они, в отличие от ташкентского профессора Слонима, не побоялись, что их имена будут связаны не только с «Очерками гнойной хирургии», но и с новой научной работой ссыльного хирурга и епископа. Поэтому это оригинальное и объемное исследование вскоре увидело свет.

Его изучение показывает, что профессор Войно-Ясенецкий еще в первом полугодии 1937 г. занимался обобщением собственных результатов, посвященных оперативному лечению флегмон стопы. Об этом красноречиво свидетельствует одна из историй болезни, приведенная им в статье «Флегмоны стопы». В ней рассказывалось о больной «Т. О., 37 лет» [265, С. 13], которая была оперирована им по поводу глубокой флегмоны стопы. Больная была спасена, но в результате радикальной операции «на подошве образовался втянутый рубец шириной 1.5 см» [Там же]. Несколько месяцев после выписки из отделения она передвигалась только на костылях, но «**сегодня** (выделено нами. — *Ю. Ш.*) пришла ко мне за 2 км без палки, нисколько не хромая» [Там же, С. 28]. Путем несложных сопоставлений сроков ее выписки и последующего хождения на костылях было установлено, что это «**сегодня**» относилось к июню 1937 г., когда до очередного ареста ученого оставался месяц.

---

[109] До этой работы последняя научная статья профессора была опубликована в 1924 г.

К тому времени он закончил экспериментальную часть своих исследований в области топографической анатомии стопы и прилегающих к ней анатомических областей, детально ознакомившись с результатами экспериментов, проведенных известными советскими хирургами. В ташкентский период 1935—1937 гг. профессор изучил достижения и западноевропейских хирургов, посвященные клиническим и экспериментальным наблюдениям при решении той же научной проблемы.

Надо признать, что вскоре после выхода в свет I издания «Очерков гнойной хирургии» профессор Войно-Ясенецкий начал работу над их II изданием. Однако в середине 1937 г. она была надолго прервана его арестом. Лишь после получения из Ташкента многочисленных историй болезни и, вероятно, материалов прежних научных работ, которые нельзя было закончить ранее, хирург и епископ смог вернуться к этой деятельности. Об этом свидетельствовало исключительно подробное описание особенностей топографо-анатомического строения стопы и близлежащих областей, приведенное автором в статье «Флегмоны стопы» и сопровождавшееся собственноручными рисунками профессора Войно-Ясенецкого. И описания, и рисунки были слишком сложны, чтобы быть восстановленными по памяти. Они служили общей цели — доступному изложению путей распространения гнойных затеков из первичного очага нагноения в сторону периферии. Предвидение таких осложнений считалось и считается в наши дни важным подспорьем в работе практического хирурга. Поэтому эти особенности оригинальной статьи, написанной профессором в селении Большая Мурта, только украшали его работу, опубликованную в одном из ведущих хирургических журналов СССР.

Как подробные описания историй болезни, так и топографо-анатомические экскурсы, отличавшие оригинальную статью под названием «Флегмоны стопы», играли своеобразную роль ключей в глубоком понимании сущности тех или иных разрезов, предлагавшихся автором с целью эффективного оперативного лечения флегмон стопы, особенно глубоких. Здесь предлагались заведомо радикальные способы оперативных вмешательств, которые, как был уверен Войно-Ясенецкий, были единственными из результативных средств борьбы за спасение жизней в случае глубокой флегмоны стопы.

«Мы привыкли к тому, что наши радикальные операции (выделено Войно-Ясенецким. — *Ю. Ш.*) при флегмонах

вызывают удивление, а часто и сомнение у врачей. Предвижу поэтому возражения читателей против тех огромных, непрерывных разрезов почти по всей голени и стопе, какие описаны в наших историях болезни» [265, С. 25], — писал о собственных предложениях хирург и епископ. Здесь же он приводил заключения некоторых западноевропейских хирургов, которые независимо от него пришли к тому же выводу и успешно применяли на практике «огромные разрезы», тем самым проявив «полную солидарность с... образом действий» [Там же] советского хирурга Войно-Ясенецкого.

Помимо рекомендаций, носивших радикальный характер, статью «Флегмоны стопы» отличала еще одна особенность, свойственная в полной мере только «первому хирургу России» Н. И. Пирогову. Здесь, как и в других своих научных работах, Войно-Ясенецкий не скрывал от читателей собственных ошибок, допущенных при оперативном лечении глубоких флегмон.

«Дважды я ошибся в диагнозе, распознав глубокую флегмону подошвы там, где ее не было. Оба этих случая поучительны и заслуживают сообщения», — отмечал хирург и епископ в своей работе, приводя подробное описание каждой из сделанных им ошибок. На деле ни одна из них не привела к каким-либо осложнениям. Но со времен Пирогова это был единственный и верный способ предупредить остальных врачей, чтобы и они впредь не допускали подобных промахов.

В заключение отметим, что материалы этой малоизвестной сегодня статьи профессора Войно-Ясенецкого[110], включая ее многочисленные рисунки, были в скором времени использованы автором при подготовке одноименной главы, впервые вошедшей во II издание «Очерков гнойной хирургии» (1946) лишь с незначительными исправлениями и дополнениями.

При подготовке следующего издания «Очерков...» хирург и епископ использовал также новые результаты оперативного лечения остеомиелита костей таза, полученные им во время работы в районной больнице Большой Мурты.

По сведениям, имеющимся в одной из историй болезни, приведенной в «Очерках...», 26 мая 1940 г. в Большемуртинскую районную больницу поступила больная «Фекла Ф., 26 лет» [213, С. 367]. В прежних условиях этой больницы она неминуемо бы-

---

110 Сведения об этой работе хирурга отсутствуют у многих авторов, включая М. А. Поповского, В. А. Полякова и др.

ла обречена на преждевременную гибель. Больную спасло лишь то, что в районной больнице на должности «то ли санитарки, то ли прачки» состоял ссыльный профессор-хирург Войно-Ясенецкий.

Он отмечал, что изначально состояние Феклы Ф. было тяжелым, сопровождавшимся высокой лихорадкой. Накануне заболевания она перенесла первые роды, которые осложнились родовой травмой в виде расхождения тазовых костей. В скором времени к травме присоединилась гноеродная инфекция, став причиной тяжелой формы остеомиелита или гнойного поражения костей таза.

Подготовка к проведению сложного оперативного вмешательства заняла одни сутки. В ходе операции Войно-Ясенецкий устранил несколько тяжелых последствий болезни, удалив участки «размягчения» тазовых костей, вскрыв огромную гнойную полость и проведя разрезы для дренирования двух гнойных затеков, образовавшихся как в области брюшной стенки, так и в мягких тканях промежности. Достаточно сказать, что количество гноя, выведенного при этом, превышало 1 литр.

Но и после успешной операции за жизнь больной пришлось еще долго бороться. Заживление глубоких ран задерживалось, так как к уже имевшимся бедам присоединилось двухстороннее воспаление легких.

Профессору удалось справиться со всеми недугами. В июле 1940 г. больная была выписана по выздоровлению. Через 3 месяца хирург и епископ вновь заинтересовался ее здоровьем. Оказалось, что Фекла Ф. по-прежнему «вполне здорова, отлично ходит» [Там же].

Во второй половине 1940 г. профессора Войно-Ясенецкого ожидало еще одно радостное, глубоко взволновавшее его событие. Дело в том, что на втором году его пребывания в ташкентской следственной тюрьме он написал письмо маршалу К. Е. Ворошилову. В нем профессор просил маршала предоставить ему возможность закончить работу над книгой «Очерки гнойной хирургии», которая, как указывал узник, могла стать достойным вкладом в развитие советской военно-полевой хирургии. Однако ответа из Наркомата обороны долго не было, и хирург перестал надеяться на его получение.

По всей видимости, летом того же года он был вызван в районный отдел НКВД, находившийся в селении Большая Мурта. Здесь профессора ожидало неожиданное разрешение на двухмесячную командировку в Томск, где находился один из старей-

ших медицинских вузов, обладавший одной из лучших медицинских библиотек. Сюда Войно-Ясенецкий командировался с научной целью, чтобы в тиши и покое библиотечных залов изучить новейшие достижения других хирургов в области гнойной хирургии.

«В Томске я отлично устроился на квартире, которую мне предоставила одна глубоко верующая женщина, — радостно сообщал епископ и хирург об этой командировке. — За два месяца я успел перечитать всю новейшую литературу по гнойной хирургии на немецком, французском и английском языках и сделал большие выписки из нее» [37, 38].

После возвращения ссыльного профессора в Большую Мурту работа над II изданием «Очерков...» продолжалась с удвоенной силой. С тех самых пор сведения из зарубежных источников, собранные им во время томской командировки, стали выгодно отличать рукопись второго издания от уже опубликованного.

Красноярский тыловой эвакуационный госпиталь № 1515

«Многих воителей стоит один врачеватель искусный»

(*Гомер «Илиада». 11; 515*)

С началом Великой Отечественной войны 1941—1945 гг. профессор Войно-Ясенецкий послал из Большой Мурты в Москву телеграмму. Она была адресована председателю президиума Верховного совета СССР М. И. Калинину. В ней указывалось:

«Я, епископ Лука, профессор Войно-Ясенецкий, отбываю ссылку... в поселке Большая Мурта Красноярского края. Являясь специалистом по гнойной хирургии, могу оказать помощь воинам в условиях фронта или тыла, там, где будет мне доверено. Прошу ссылку мою прервать и направить в госпиталь. По окончании войны готов вернуться в ссылку. Епископ Лука» [37, 38].

Очевидец тех дней вспоминал, что это сообщение ссыльного профессора было задержано в Красноярске и не передавалось в Москву до тех пор, пока не пришло разрешение из краевого комитета ВКП(б). Только в результате совместного обсуждения просьбы епископа членами Красноярского крайкома и сотрудниками краевого аппарата НКВД было решено, что телеграмма такого содержания может быть отправлена по назначению.

Ответ от «всесоюзного старосты» пришел незамедлительно. Тогда красноярские власти даже выделили главному хирургу края самолет, чтобы он мог отправиться в Большую Мурту за ссыльным профессором Войно-Ясенецким. Это произошло в сентябре 1941 г., когда, по мнению Святителя, он был назначен главным хирургом тылового эвакуационного госпиталя № 1515, развернутого в Красноярске.

Действительно, по сведениям из архивных источников, его работа в этом госпитале началась 30 сентября 1941 года [272]. Однако в течение октября профессор исполнял в нем обязанности старшего ординатора первого хирургического отделения [273]. В ноябре 1941 г. он стал начальником одного из хирургических отделений, развернутых во втором корпусе тылового

эвакуационного госпиталя № 1515. По всей видимости, только в течение 1942—1944 гг. Войно-Ясенецкий являлся главным или, точнее, ведущим хирургом этого учреждения, в котором в эти годы насчитывалось от 7 до 10 лечебно-диагностических отделений хирургического профиля, находившихся в четырех корпусах (отдельных зданиях, выделенных госпиталю на время работы в Красноярске, продолжавшейся до октября 1944 г.).

Начальником каждого корпуса назначался один из начальников отделений, развернутых в нем. В 1941—1942 гг. эти обязанности по второму корпусу тылового эвакуационного госпиталя № 1515, где работал профессор Войно-Ясенецкий, исполняла врач-невропатолог А. Д. Мочалова, имевшая солидный опыт работы по своей специальности. Неврологическое отделение, которым она заведовала, соседствовало во втором корпусе с двумя хирургическими отделениями, третьим и четвертым [272, 274], одним из которых руководил епископ Лука, а другим — начинающий хирург Г. И. Бовин, стаж хирургической работы которого к началу войны составил 3 года.

Этот общехирургический госпиталь, рассчитанный на 1000 штатных коек, был сформирован 11 июля 1941 г. и приступил к работе по лечению раненых и больных воинов в числе других красноярских госпиталей, деятельность которых объединялась так называемым местным эвакуационным пунктом № 49 [275]. В 1941 г. под его управлением в городах Красноярского края было развернуто 17 тыловых эвакуационных госпиталей, куда эвакуировались раненые и больные из прифронтовой полосы и граничивших с ней областей, в том числе 15, сформированных силами и средствами НКЗ РСФСР, и 2 — ВЦСПС (Всесоюзного центрального совета профессиональных союзов). Лечебные учреждения военного времени, развернутые на территории края, представляли собой госпитальную базу глубокого тыла, суммарная коечная емкость которой превышала 10 тысяч штатных коек. Только в Красноярске находилось 10 госпиталей военного времени, включая эвакуационный госпиталь № 1515 [276].

По данным партийного архива Красноярского края за 1941 г., в его городах под тыловые эвакуационные госпитали и другие учреждения местного эвакуационного пункта № 49 были отведены 31 школа, 30 клубов, 5 библиотек, 3 кинотеатра и

2 гостиницы. Оборудование госпиталей необходимой мебелью и прочим инвентарем также осуществлялось за счет местных сил и средств. С этой целью в короткие сроки было собрано более 10 000 предметов разного госпитального инвентаря [277].

Деятельность общехирургических эвакуационных госпиталей, созданных под руководством НКЗ РСФСР и СССР и подобных тому, куда был направлен профессор Войно-Ясенецкий, определялась особым Положением [278] начиная с марта 1942 г. В нем указывалось, что:

— «мощность общехирургического госпиталя устанавливается областным (краевым) здравотделом в зависимости от приспособленности и объема помещения, в пределах от 200 до 2000 коек;

— в объем работы общехирургического госпиталя входит оказание лечебной и неотложной помощи при ранениях и травме опорно-двигательного аппарата, внутренних органов и мягких тканей..;

— старший медицинский персонал общехирургических госпиталей комплектуется за счет врачей хирургических отделений, имеющих преимущественно опыт больничной работы;

— лечебные отделения организуются из расчета 100 коек, исключение составляют узкоспециализированные отделения (ушное, глазное и др.), в которых количество коек может быть меньше;

— в зависимости от мощности госпиталя и его планировки организуется один или несколько операционных блоков из расчета 1 операционная на 400—500 коек;

— при наличии межотделенческих операционных старшая операционная сестра подчиняется старшему (в дальнейшем — ведущему. — *Ю. Ш.*) хирургу» [Там же, С. 3, 5, 6].

Второй корпус тылового эвакуационного госпиталя № 1515, где работал Войно-Ясенецкий в годы войны, «был расположен на трех этажах большого здания, прежде занятого школой[111], — как писал он в воспоминаниях. — В нем я проработал не менее двух лет, и воспоминания об этой работе остались у меня светлые и радостные. Раненые офицеры и солдаты очень любили меня. Когда я обходил палаты по утрам.., некоторые из них, без-

---

111 Это была красноярская школа № 10, расположенная по ул. Ленина, д. 108 [279].



Главный хирург эвакогоспиталя НКЗ РСФСР № 1515 профессор Войно-Ясенецкий (в центре) с сотрудниками и пациентами госпиталя (г. Красноярск, 15 декабря 1943 г.).

Подпись под фотографией: «Многоуважаемый и любимый профессор! Вам в знак благодарности за спасение наших жизней. От раненых и больных офицеров 45-й палаты...» [36, С. 225].

успешно оперированные в других госпиталях по поводу ранения в большие суставы, излеченные мною, неизменно салютовали мне высоко поднятыми прямыми ногами» [37, 38].

Какое же направление хирургической деятельности стало приоритетным для ведущего хирурга тылового эвакуационного госпиталя в военное время? Конечно, это была хирургия «травматической эпидемии», как называл войну Н. И. Пирогов, или военно-полевая хирургия, как она называлась во времена Войно-Ясенецкого и продолжает называться в наши дни.

В соответствии с принципами лечения раненых, принятыми военно-полевыми хирургами тех лет, многие хирургические отделения эвакуационных госпиталей приобретали долговременный профиль, определявшийся локализацией травматических повреждений, имевшихся у поступавших.

Это означало, что одно из них предназначалось для лечения раненных в голову, другое — в грудь, третье — в живот и область таза, а четвертое — в конечности. Среди раненных в ко-

нечности выделялись несколько других групп, для которых могли предусматриваться самостоятельные хирургические отделения. Как правило, к ним относились тяжелые ранения верхних или нижних конечностей, в том числе с повреждением длинных трубчатых костей, крупных суставов, с множественными повреждениями кисти (раненые, имевшие исключительно ранения мягких тканей, редко добирались до госпиталей глубокого тыла).

Цель такого разделения не только раненых, но и врачебных сил и средств, была очевидной: нельзя быть сильным везде, от операций на черепе до операций на кисти и стопе. Каждая из них требовала не только индивидуального мастерства, но и вполне определенного набора хирургических инструментов, особых способов оперативного лечения и ухода за ранеными в послеоперационном периоде. К тому же только такое разделение способствовало лечению значительного числа раненых ограниченными врачебными силами. К примеру, в конце 1941 г. в тыловом эвакуационном госпитале № 1515, имевшем 1000 штатных коек, работало всего 20 врачей разных специальностей, в том числе начальник госпиталя (врач-офтальмолог)[112] [272, Л. 8—9].

Следует объяснить, что эвакуация большинства раненых и больных в госпитали глубокого тыла определялась длительными сроками их лечения, которые, в свою очередь, связывались с осложнениями огнестрельных ранений. Самым частым из них являлось нагноение огнестрельной или послеоперационной раны, заживление которой в то время, когда антибиотики еще не применялись, существенно затягивалось (на несколько месяцев).

Такое нагноение могло проявить себя в ранние сроки после ранения или другого травматического повреждения военной поры. Тогда эти раненые впервые оперировались в военных госпиталях, развернутых в пределах фронтовой полосы, где находились войска действующей армии. Однако одномоментной операции в период движения раненого от фронта в тыл, как правило, было недостаточно. Поэтому во время продолжительной эвакуации из одного госпиталя в другой и третий к первичному гнойному очагу нередко присоединялись новые осложнения, в виде уже известных гнойных затеков, или у других раненых на-

---

[112] В этот период должности главного или ведущего хирурга в штате госпиталя еще не было.

чинали формироваться первичные гнойные очаги там, где не было нагноения послеоперационной раны.

В результате огнестрельные ранения осложнялись остеомиелитами костей, абсцессами мягких тканей или внутренних органов, гнойными процессами в легких или гнойными артритами крупных суставов. Каждое из таких осложнений само по себе угрожало развитием так называемого раневого истощения, сепсиса или преждевременным уходом из жизни.

Красноярские госпитали являлись последней инстанцией, куда докатилась эвакуация раненых и больных воинов с фронта в глубокий тыл страны во время Великой Отечественной войны. За ними (восточнее) не было линии эвакуационных госпиталей. Поэтому в Красноярском крае всех поступивших ожидало два исхода: выздоровление или гибель. Многие из них отчаянно нуждались в спасении, которого они могли ожидать только от красноярских врачей. Другие врачи, с которыми они встречались после ранения, не стали спасителями в силу сложившихся обстоятельств. Поэтому хирурги госпиталей Красноярского края оставались последней надеждой для раненых.

В 1941—1943 гг. ярким и поучительным примером самоотверженного служения раненым в госпиталях Красноярска стала хирургическая деятельность ссыльного профессора Войно-Ясенецкого, в скором времени назначенного главным (в дальнейшем — ведущим) хирургом тылового эвакуационного госпиталя № 1515.

Судя по его научным работам, выполненным в этот период, в состав лечебно-диагностических отделений госпиталя, где работал профессор, входили хирургические отделения для раненных в грудь, живот и таз, а также для раненных в конечности, в том числе в область крупных суставов. Кроме того, в 1942 г. в нем было открыто новое, ортопедо-травматологическое, отделение на 100 коек, предназначенное исключительно для раненых с ранениями верхних конечностей [280].

Во время работы в Красноярске хирургическая деятельность Войно-Ясенецкого в тыловом эвакуационном госпитале № 1515 все-таки осуществлялась в области военно-полевой хирургии. В этой работе он опирался на собственный опыт прежних лет, полученный в годы русско-японской, Первой мировой и Гражданской (1918—1920 гг.) войн, а также на результаты лечения травм мирного времени, имевших осложнения гнойного харак-

тера. Во время «травматической эпидемии» 1941—1945 гг. профессор Войно-Ясенецкий стал видным военно-полевым хирургом. Практические и теоретические результаты, достигнутые им, современники относили к разряду выдающихся. Главный итог его деятельности состоял в спасении и облегчении страданий сотен раненых и больных воинов, которым он возвращал и жизнь, и здоровье, и возможность продолжать борьбу с немецкими оккупантами.

В эти годы одним из главных направлений работы профессора продолжало оставаться оперативное лечение гнойных артритов, причиной которых являлись прежде всего огнестрельные ранения крупных суставов. Эта практическая деятельность продолжала дополняться экспериментальной разработкой новых способов хирургического лечения, призванных повысить его эффективность за счет уменьшения срока и увеличения качества. В этом деле профессор Войно-Ясенецкий стремился не только к спасению жизни доверившихся ему раненых, но и к сокращению числа инвалидов среди них. Такая практика становилась возможной только на пути отказа от радикализма при выполнении ампутаций и применения вместо них собственных способов оперативного лечения, призванных сохранить опорную функцию раненой конечности, а в некоторых случаях — добиться сохранения подвижности крупного сустава.

Наглядным примером такого подхода стала история болезни красноармейца Василия Г., раненного осколком мины 11 сентября 1942 г. в область левого голеностопного сустава. Она была приведена автором во II издании «Очерков гнойной хирургии» и, таким образом, являлась одним из свидетельств самоотверженной деятельности хирурга в годы Великой Отечественной войны, имеющихся в этой монографии.

В ней отмечалось, что в одной из костей левого голеностопного сустава раненого оставался крупный осколок мины размером 2 × 2 см, с целью удаления которого профессором Войно-Ясенецким 18 декабря 1942 г. было предпринято плановое оперативное вмешательство. Был примечателен и способ обезболивания, избранный хирургом: регионарная анестезия седалищного нерва, впервые предложенная им же 30 лет тому назад (1912).

После вскрытия капсулы голеностопного сустава этот «металлический осколок, окруженный слоем размягченной кости»

[213, С. 502] был благополучно удален. Однако у хирурга были основания серьезно опасаться высокой вероятности развития гнойного артрита после такой операции, о чем он предупредил больного до ее начала.

Действительно, уже на 3-й день после ее проведения у Василия Г. появились сильные боли в области левого голеностопного сустава и повышение температуры тела до 40 °С. В результате в январе 1943 г. ему пришлось перенести еще 2 оперативных вмешательства, связанных не только со вскрытием суставной капсулы вследствие гнойного артрита, но и с дренированием глубокой подошвенной флегмоны левой стопы, образовавшейся в виде гнойного затека из области голеностопного сустава.

«Скоро тяжелый гнойный процесс затих, — как писал хирург в «Очерках...», — температура понизилась и большая рана отлично заживала. Больной был излечен с сохранением нормальных движений в голеностопном суставе, но еще через полтора месяца после последней операции не наступал на ногу вследствие болезненности рубцов. Он послан на грязевой курорт» [Там же].

Отметим, что многие хирурги тех лет имели веское основание для выполнения ампутации на уровне нижней трети левой голени у этого красноармейца. Тогда ампутация считалась единственным способом сохранения жизни в случае возникновения гнойного артрита голеностопного сустава, к тому же осложненного развитием глубокой флегмоны стопы.

Этот пример, приведенный в «Очерках гнойной хирургии» (1946), свидетельствовал против поспешного проведения таких ампутаций, с одной стороны, и подтверждал, с другой — высокую эффективность способов оперативных вмешательств, предложенных профессором Войно-Ясенецким с целью лечения гнойных артритов крупных суставов и глубоких флегмон стопы.

«Течение болезни Василия Г. показывает, — убеждал он своих коллег, — что даже при очень вирулентной инфекции (когда не применялись антибиотики. — *Ю. Ш.*) процесс при правильном и своевременном лечении благополучно заканчивается в несколько недель, причем даже может сохраниться нормальная подвижность в суставе» [Там же].

В более тяжелых и запущенных случаях гнойных артритов крупных суставов, чем этот, видный хирург настаивал преимущественно на проведении так называемой поздней резекции сус-

тавных поверхностей. В результате такой операции утрачивалась функциональная подвижность сустава, но сохранялась опорная функция, немаловажная особенно в случаях ранений крупных суставов нижней конечности.

Судить о преимуществе такой резекции, предложенной Войно-Ясенецким вместо ампутаций, можно по краткому реферату его статьи, опубликованной в таком виде в журнале «Госпитальное дело» только потому, что в начале 1943 г. не нашлось возможности опубликовать ее полностью.

Эта работа видного хирурга, получившая название «Поздняя резекция при гнойном гоните[113]», отражала тенденцию того времени, когда лечение огнестрельных ранений крупных суставов осуществлялось, как правило, консервативным путем: «перевязки, гипсовые шины, консервативные разрезы» [281, С. 55]. Лишь в тяжелых случаях, как отмечал автор, применялась ампутация нижней конечности на уровне бедра, которой часто ограничивались многие хирурги в случаях этих ранений.

Новизна предложения профессора Войно-Ясенецкого состояла в замене ампутации, принятой большинством хирургов, резекцией суставных поверхностей коленного сустава, при которой сохранялась опорная функция нижней конечности.

В своей работе он разработал и показания к этому оперативному вмешательству, названному им поздней резекцией, так как она проводилась через несколько недель после начала гнойного гонита. К ним относились: длительное течение заболевания, обильное истечение гноя из раны и наличие сильных болей, которые, по мнению автора, свидетельствовали о переходе «гнойного воспаления в капсулярную флегмону, нередко с межмышечными затеками на голени и бедре» [Там же, С. 55—56]. При этом профессор Войно-Ясенецкий отмечал, что хирургу не следует отказываться от поздней резекции коленного сустава даже при отсутствии у раненого повышенной температуры тела и хорошего оттока гноя из раны.

Во всех случаях, как советовал автор, поздняя «резекция должна быть радикальной» [Там же, С. 56] и сопровождаться удалением не только суставных поверхностей костей, но и капсулы сустава вместе с его оболочкой. Разумеется, что гнойные межмышечные затеки также следовало «широко» вскрывать.

---

[113] Так называется воспаление коленного сустава (*лат.*).

Краткий реферат научной статьи профессора Войно-Ясенецкого, посвященный поздним резекциям коленного сустава и опубликованный в начале 1943 г. в журнале «Госпитальное дело», по сути, являлся вершиной айсберга. При этом его «подводная часть», еще не известная читателю, представляла собой одну из основных глав новой монографии, работа над которой была начата в Красноярском эвакуационном госпитале № 1515.

Новый труд видного хирурга, выполнявшийся в области военно-полевой хирургии, получил название «Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов».

Примечательно, что в 1941—1943 гг. профессор Войно-Ясенецкий работал одновременно и над новой монографией, и над рукописью II издания «Очерков гнойной хирургии» (обе работы были подготовлены к опубликованию уже к середине 1943 г.). Это была беспримерная научная деятельность, сопровождавшаяся многодневными экспериментальными исследованиями, без которых не обходился ни один научный труд епископа и хирурга. Она осуществлялась наряду с практической работой ведущего хирурга эвакуационного госпиталя, на попечении которого ежедневно находилось несколько сотен раненых бойцов и офицеров.

Не будем забывать, что в 1942 г. Войно-Ясенецкому исполнилось 65 лет, часть из которых он провел в тюрьмах и ссылках. В этом возрасте многих его сверстников уже не было в живых, а те, кто оставался, отходили от активной деятельности. Он же продолжал творить добро, не только спасая раненых воинов, но и творчески обобщая хирургический опыт такого спасения, чтобы другие хирурги сумели им воспользоваться и продолжать начатое им.

Этой высокой цели посвящались многие научные работы профессора Войно-Ясенецкого. Не стали исключением среди них и «Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов».

«Лечение тяжелых осложнений гнойной инфекцией ран суставов, — как отмечал автор в этой монографии, — является одной из важнейших задач тыловых госпиталей. На первое место по тяжести течения и опасности для жизни надо поставить ранения коленного и тазобедренного суставов и крестцово-подвздошного сочленения» [282, С. 3]. В результате большая часть его нового труда была отведена огнестрельным ранениям коленного сустава, сопровождавшимся гнойным гонитом.

С 28 сентября 1941 г. по 12 февраля 1943 г. в Красноярском эвакуационном госпитале было оперировано 85 раненных в коленный сустав, многие из которых поступили в тяжелом состоянии (29), в связи с чем шести из них выполнялась «немедленная ампутация бедра ввиду крайней запущенной гнойной инфекции» [Там же]. У остальных 23 имелись пролежни в связи с длительным и безуспешным лечением, а также признаки раневого истощения на фоне «жестоких болей в колене; некоторые из них даже плакали» [Там же].

До поступления в эвакуационный госпиталь № 1515 эти раненные в коленный сустав, как правило, лечились консервативно (без проведения оперативных вмешательств). Вместо них широко применялись перевязки с мазью Вишневского и иммобилизация раненой конечности с помощью гипсовых повязок в течение нескольких месяцев. Однако эти методы не приводили к долгожданному выздоровлению, способствуя возникновению новых осложнений.

В единичных случаях раненым страдальцам в других госпиталях были выполнены артротомии или рассечения капсулы коленного сустава с целью улучшения оттока гноя из его полости. Но и это оперативное вмешательство, по свидетельству Войно-Ясенецкого, оказалось малоэффективным.

Лишь двум больным из всех была сделана, как он отметил, «операция, названная в истории болезни резекцией, но это была не резекция, а лишь удаление свободных осколков кости или некротических ее частей, и никакой пользы эти «резекции» не приносили» [Там же].

К тому же автор «Поздних резекций...» обращал внимание и на то, что многие военно-полевые хирурги тех лет «неправильно оценивали состояние больного и называли его в историях болезни хорошим, если боли утихали после наложения гипсовой повязки и температура была субфебрильной (не превышая 38 °С. — *Ю. Ш.*), хотя бы целыми месяцами не прекращалось обильное истечение гноя из сустава. Дренажные трубки в суставе оставляли до 2 месяцев, боясь задержки гноя после их удаления и не задумываясь о причинах бесконечного нагноения» [Там же, С. 3—4].

Профессор Войно-Ясенецкий был уверен, что низкая эффективность лечения в тыловых госпиталях раненых с огнестрельными ранениями коленного сустава была связана с непониманием

ем хирургами разных стадий патологического процесса, протекавшего в суставной полости после ранения. Кроме того, по его мнению, значительные трудности для них представляли особенности распространения гнойных затеков из области коленного сустава в межмышечные промежутки бедра и голени.

Поэтому в новой монографии профессора приводились собственные представления об особенностях течения этих ранений, которые сопровождались разграничением и описанием стадий, свойственных им на протяжении нескольких месяцев, начиная от ранения и заканчивая конечным его исходом (выздоровлением или уходом из жизни). Здесь же разъяснялись анатомические закономерности распространения гнойных затеков из полости коленного сустава на периферию.

Таким образом, в ней были собраны воедино не только результаты клинических наблюдений автора в течение 1941—1943 гг., но и плоды его многолетних топографо-анатомических и экспериментальных исследований, проведенных в области патогенеза гнойного гонита, вызванного различными причинами, в том числе и огнестрельными ранениями.

Этот необычный творческий сплав клиники и эксперимента стал фундаментом главного вывода, сделанного Войно-Ясенецким в ходе его работы.

«Если у раненого долго не прекращается истечение гноя из коленного сустава ... необходима резекция сустава. Особенно настоятельным показанием к ней я считаю боли от малейших движений, ибо они, несомненно, свидетельствуют о... процессе в суставных хрящах» [Там же, С. 6], — так ясно и отчетливо формулировал профессор собственное предложение, состоявшее в отказе от консервативной и выжидательной позиции в лечении огнестрельных ранений коленного сустава в тыловых госпиталях.

Ближайшие результаты резекций коленного сустава, проведенных Войно-Ясенецким в 1941—1943 гг. по поводу гнойного гонита, а это 54 операции из 85, сделанных в госпитале № 1515, в те времена выгодно отличались от результатов консервативного лечения, часто проводившегося в течение многих месяцев и завершавшегося ампутациями.

Новое оперативное вмешательство не только оказалось спасительным для жизни раненого, но и сохраняло опорную функцию нижней конечности, позволяя отказаться от проведения

ампутаций. Конечно, и после резекции, и после ампутации раненый становился инвалидом. Но после резекции он выздоравливал много быстрее, испытывая меньше страданий и мук, чем в результате ампутаций. К тому же он продолжал опираться и передвигаться с помощью собственной конечности, которая во многих отношениях превосходила самый искусный протез тех лет.

Эта научно-практическая работа профессора Войно-Ясенецкого принадлежала к разряду выдающихся трудов, выполненных в области военно-полевой хирургии в годы военных лет. Ее выгодно отличал от других исследований огромный потенциал практической значимости.

Во-первых, использование ее результатов приводило к сокращению срока лечения раненных в коленный сустав в тыловых госпиталях НКЗ РСФСР. Здесь налицо как несомненный экономический эффект, так и уменьшение страданий раненых воинов, связанных с тяжелым ранением.

Во-вторых, применение нового предложения видного хирурга предоставляло инвалиду войны больше возможностей для возвращения к трудовой деятельности в связи с сохранением опорной функции раненой конечности, чем он имел бы в случае высокой ампутации и постоянного ношения протеза. Оно предлагало новый путь в решении проблемы занятости для этой категории инвалидов войны.

Эти особенности научно-практической работы ученого, выполненной в эвакуационном госпитале № 1515, свидетельствовали о «Поздних резекциях при инфицированных огнестрельных ранениях суставов» как о труде, где предлагалось решение проблем государственного масштаба.

Поэтому этот труд заслуженно привлек внимание руководителей профессора Войно-Ясенецкого, в том числе главных хирургов Красноярского местного эвакуационного пункта № 49, Сибирского военного округа, НКЗ РСФСР и СССР. Все они блестяще сыграли свою роль не только в деле опубликования новой монографии, но и достойного представления автора к присуждению Сталинской премии за 1943—1944 гг.

Поздняя резекция коленного сустава, предложенная Войно-Ясенецким в качестве операции выбора при гнойных гонитах, вызванных огнестрельными ранениями, являлась сложным оперативным вмешательством, которое могло быть выполнено только опытными хирургами. Но даже высококвалифицирован-

ный специалист не мог гарантировать ее безопасного исхода для каждого раненого. Прежде всего, это связывалось с возможностью ранения подколенной артерии в ходе резекции суставных поверхностей коленного сустава. Поэтому профессор Войно-Ясенецкий не мог оставить без внимания эту особенность собственного предложения.

В главе под названием «Коленный сустав», занимавшей большую часть «Поздних резекций...», он не отступил от правила, взятого на себя вслед за великим Пироговым. Не скрывая собственных допущенных ошибок, профессор призывал к соблюдению особой осторожности в ходе резекции коленного сустава, чтобы избежать случайного ранения подколенной артерии.

«Это случилось у меня четыре раза при трудных условиях.., — сообщал он читателям по поводу ранений этого сосуда. — В одном из этих случаев крошечное отверстие в артерии было закрыто кусочком размятой мышцы, и кровотечения не было, но через 22 дня пришлось ампутировать бедро вследствие сильнейшего вторичного кровотечения» [Там же, С. 7].

Кто еще, кроме Пирогова и Войно-Ясенецкого, сумел взять на себя смелость, чтобы бесстрашно и систематически привлекать внимание коллег и учеников к собственным врачебным ошибкам, не боясь при этом потерять хирургический авторитет? Не было других корифеев, подобных им, чьи врачебные ошибки, которых было нельзя избежать, сопровождались бы столь грандиозными и выдающимися успехами.

Поэтому их редкая открытость перед учениками и коллегами вовсе не убавляла авторитет хирургов. Он продолжал расти благодаря тому, что они не думали скрывать досадных, но неизбежных врачебных ошибок.

Когда перечитываешь «Поздние резекции...», каждый раз не перестаешь поражаться хирургической «удаче», которая зачастую сопутствовала профессиональной деятельности профессора Войно-Ясенецкого во время его работы в эвакуационном госпитале № 1515.

Об этом свидетельствуют яркие примеры, приведенные в монографии. Здесь идет речь не только о спасении профессором раненых с гнойными воспалениями коленного сустава, но и о сохранении поврежденных конечностей в тех случаях, когда другие военно-полевые хирурги немедленно произвели бы ампутацию. Часть этих страдальцев находилась в «таком тяжелом

септическом состоянии», при котором, по мнению Войно-Ясенецкого, «обычно производится первичная ампутация. Температура у них была 39.5—40 градусов Цельсия, пульс до 128, на бедре и голени очень большие множественные межмышечные гнойные затеки» [Там же, С. 10].

«У 2 из этих больных я не решился сделать резекцию немедленно, боясь опасной инфекции поверхностей распилов[114], — писал он в монографии, посвященной поздним резекциям, — и ограничился полным раскрытием сустава» [Там же]. Лишь через несколько дней, когда «инфекция значительно ослабела» и состояние раненых улучшилось, профессор Войно-Ясенецкий произвел второй этап отсроченного оперативного вмешательства, который заключался в резекции поврежденного коленного сустава. Оба больных выздоровели с образованием прочного срастания между спиленными участками бедра и костей голени. У них вполне сохранилась опорная функция раненой конечности, чего и добивался видный хирург. Здесь новое оперативное вмешательство, предложенное вместо ампутации бедра, впервые проводилось в 2 этапа. Это свидетельствовало об индивидуальном подходе профессора Войно-Ясенецкого к каждому из раненых и больных, доверивших ему свою жизнь, к каждой хирургической операции, которую он выполнил.

«Перед нами не случай, — всегда напоминал он коллегам по профессии, — а живой страдающий человек», надеющийся на спасение или облегчение страданий.

По данным Войно-Ясенецкого, в эвакуационном госпитале № 1515 в 1941—1943 гг. он произвел 54 успешных резекции коленного сустава по поводу гнойных гонитов огнестрельного происхождения. Только у 5 больных из этой группы не удалось остановить развитие тяжелой гнойной инфекции путем проведения хирургического вмешательства (в эти годы антибиотики все еще не применялись, и хирургический способ борьбы с инфекцией оставался единственным из методов, доступных хирургам). Поэтому 5 больным, у которых резекция коленного сустава была не эффективной, он был вынужден провести вторичную ампутацию бедра. Но и этим тяжелым больным ему удалось сохранить жизнь.

---

[114] При гнойном воспалении полости коленного сустава было принято удалять путем спиливания обращенные друг к другу костные поверхности, которые образовывали этот сустав.

Несмотря на радикальный характер оперативных вмешательств, осуществлявшихся профессором Войно-Ясенецким по поводу гнойных гонитов у раненых, их общее состояние, которое до операции оценивалось как тяжелое, сохранялось после нее лишь на протяжении 3—5 дней.

«Затем они быстро поправлялись, — с радостью сообщал хирург, — и чувствовали себя точно возродившимися: появлялся хороший аппетит, отличный сон, и через месяц они становились неузнаваемыми. Только у немногих заживление раны осложнилось задержкой гноя во вскрытых затеках или небольшим некрозом на распилах костей... Все это легко ликвидировалось небольшими дополнительными мероприятиями.

У 39 из 54 результат резекции был отличный. Образовался прочный анкилоз[115] в правильном прямом положении... У оперированных в состоянии острого сепсиса образовался прочный анкилоз с искривлением голени внутрь, требующий исправления...» [Там же, С. 11].

Оценивая результаты, полученные в ходе оперативного лечения этих раненых, профессор Войно-Ясенецкий пришел к выводу, что в случаях гнойного гонита огнестрельного происхождения резекция коленного сустава является более предпочтительной, нежели первичная ампутация бедра.

В качестве доказательной базы он ссылался на свои успешные случаи, а также на примеры других хирургов эвакуационного госпиталя № 1515, работавших под его руководством. Многие из них свидетельствовали о выполнении резекции коленного сустава «при таких условиях, когда, казалось бы, от нее никак нельзя было ожидать успеха» [Там же, С. 11—12].

Одна из таких операций была произведена больному П., дошедшему «до самого плачевного состояния вследствие хронио-сепсиса; были огромные разрушения травмой и остеомиелитом обоих эпифизов (имеются в виду концевые отделы бедра и костей голени, образующие коленный сустав. — *Ю. Ш.*); их пришлось отпиливать очень высоко. Тем не менее и узкие поверхности распилов срослись через 3 месяца» [Там же, С. 12].

Эти поразительные результаты были достигнуты благодаря «нашей новой методике экономных моделирующих разрезов»

---

[115] Сращение распилов бедра и костей голени в месте прежнего коленного сустава с образованием костной мозоли.

[Там же], как ее называл профессор Войно-Ясенецкий. Нет сомнений, что новое предложение, как и многие другие, родилось в ходе многочисленных экспериментальных исследований на трупах в области топографической анатомии коленного сустава, которые продолжал ученый во время работы в эвакуационном госпитале № 1515.

Одновременно он определил показания к применению резекций коленного сустава взамен ампутаций бедра в случаях гнойного гонита огнестрельного происхождения.

«На основе наших наблюдений мы пришли к убеждению, — писал он по этому поводу, — что результат резекции всегда будет отличным, если она сделана своевременно, если нет слишком больших разрушений суставных концов костей травмой и остеомиелитом, и тяжесть инфекции, и скверное состояние больного не только не служат противопоказанием к радикальной операции, а напротив, самым настоятельным показанием к ней» [Там же].

Кроме того, видный хирург напрочь отвергал выжидательную, консервативную тактику, которую исповедовали некоторые его коллеги в случаях гнойных гонитов у раненых, больше полагаясь на гипсовую повязку, мазь Вишневского и «исцеляющие силы организма» [Там же], чем на собственные хирургические навыки.

«В поздней резекции мы имеем могущественное средство быстро остановить очень опасный хронический инфекционный процесс и предотвратить необходимость ампутации, — доказывал Войно-Ясенецкий сторонникам консервативного способа лечения гнойных гонитов. — Даже в более легких случаях, когда нет хрониосепсиса, нет никакого основания отказываться от возможности сразу избавить больного от очень тяжелых страданий при перевязках и при всяких движениях путем резекции» [Там же, С. 14].

Непримиримую позицию автора «Поздних резекций...» по отношению к консерваторам от хирургии при лечении раненых с гнойными гонитами подтверждали примеры из нескольких историй болезни, приведенных в новой монографии.

В одном из них рассказывалось о капитане М., в январе 1942 г. получившем ранение осколком снаряда в область нижней трети бедра. В течение двух месяцев он лечился в нескольких фронтовых и тыловых госпиталях по поводу огнестрельного многооскольчатого перелома бедренной кости. Везде лечение было

консервативным: гипсовая повязка, в которой над областью огнестрельной раны было оставлено «окно», и неизменные компрессы с мазью Вишневского. Лечебные меры оказались не эффективными, так как «рана сильно гноилась; на месте перелома отмечалась подвижность» [Там же, С. 15]. Это свидетельствовало о том, что без удаления из раны омертвевших костных осколков сращение отломков бедренной кости становилось невозможным. К тому же в результате гнойных затеков в процесс нагноения огнестрельной раны был вовлечен и коленный сустав на стороне ранения.

Как отмечал профессор Войно-Ясенецкий, «вся область коленного сустава и нижней трети бедра, сильно увеличенная в объеме, имела форму, приближающуюся к веретенообразной... Сгибание и разгибание (в коленном суставе. — *Ю. Ш.*) возможны в незначительной степени, возможны также и боковые движения, но вызывающие боль» [Там же]. Гнойного воспаления коленного сустава еще не было, так как в результате его пробного прокола было получено небольшое количество кровянистой жидкости. Однако это тяжелейшее осложнение в данном случае можно было ожидать со дня на день. Его присоединение привело бы хирургов к решению о немедленной ампутации раненой конечности, так как резекция коленного сустава в случае огнестрельного перелома нижней трети бедренной кости не могла быть эффективной.

Ждать развития новых осложнений у капитана М. было нельзя. Поэтому профессор Войно-Ясенецкий настоял на немедленном переводе раненого, находившегося на лечении в одном из красноярских госпиталей, в эвакуационный госпиталь № 1515, ведущим хирургом которого он являлся. Здесь он удалил из огнестрельной раны множество крупных и мелких костных осколков. Они давно омертвели и только поддерживали процесс нагноения, препятствуя образованию костной мозоли в месте перелома. При этом ни резекция, ни вскрытие полости явно воспаленного коленного сустава не производились, так как хирург надеялся на благоприятный исход, который ожидался благодаря предпринятым оперативным мерам. Однако конечный результат активной хирургической тактики превзошел самые смелые ожидания профессора Войно-Ясенецкого.

«Удивительно благоприятное послеоперационное течение.., — отмечал он через некоторое время после выполнения

оперативного вмешательства. — Гноя очень немного. Движения в коленном суставе стали безболезненными, и, очевидно, резекция его не понадобится» [Там же, С. 16]. К концу того же месяца больной начал хорошо ходить с палкой на довольно большие расстояния, несмотря на то, что раненая нога его оставалась фиксированной «загипсованной шиной Крамера» [Там же].

Нельзя не обратить внимание, что наряду с успехами в оперативном лечении гнойных гонитов в новой монографии видного хирурга приводятся истории болезни раненых, не доживших до Великой Победы. Их было три. Но даже краткое знакомство с этими документами свидетельствует о тяжелейшем состоянии каждого из них во время поступления в госпиталь № 1515. Это состояние становилось закономерным итогом или многомесячного консервативного лечения, или неумелых оперативных вмешательств, проводившихся в других госпиталях по поводу гнойного гонита, когда к основному очагу гнойной инфекции продолжали присоединяться другие в виде вновь образующихся гнойных затеков.

Вот один из характерных трагических исходов, случившихся в эвакуационном госпитале № 1515 в октябре 1942 г., когда в нем находился на лечении больной Ш-кий Иван, в июле того же года раненный осколком мины в область коленного сустава. Осколок проник в полость сустава и стал причиной его гнойного воспаления. Он был удален в одном из фронтовых госпиталей, но операция не была радикальной, как рекомендовал профессор Войно-Ясенецкий. Поэтому гнойное воспаление коленного сустава продолжалось и после удаления инородного тела, ставшего его причиной. Оно привело к образованию нескольких гнойных затеков как на голени, так и в области нижней трети бедра. Однако в этих случаях хирурги разных госпиталей использовали либо «крошечные», либо слишком «маленькие» [Там же, С. 19] разрезы, не приводившие к нужному результату. К первичному гнойному гониту присоединялись другие очаги гнойной инфекции до тех пор, пока этот процесс не приобрел генерализованный характер в виде тяжелейшего сепсиса, при котором гноеродные микробы обнаруживаются даже в крови таких раненых.

В один из октябрьских дней больной Ш-кий Иван, находившийся в тяжелейшем септическом состоянии, был переведен в тыловой эвакуационный госпиталь № 1515 из другого госпиталя, когда стало ясно, что спасти его жизнь там не удастся. Он по-

ступил с высокой температурой, низким кровяным давлением и чрезвычайно частым, едва уловимым пульсом. По определению Войно-Ясенецкого, «вся нога очень отечна, коленный сустав шаровидно утолщен в огромной степени» [Там же]. Это были явные признаки сепсиса, когда больного следовало готовить к неизбежной операции. Но времени на подготовку уже не оставалось.

Поэтому на следующий день после поступления больного профессор Войно-Ясенецкий произвел раненому срочное и радикальное оперативное вмешательство в виде резекции коленного сустава, в ходе которого оказалось, что его суставные поверхности уже были в значительной степени разрушены. Это красноречиво свидетельствовало о существенном опоздании с проведением операции, которую следовало выполнить намного раньше. Вместе с тем хирургу удалась «удивительно точная адаптация концов костей» [Там же] бедра и голени, несмотря на масштабы их разрушения в связи с многомесячным воздействием гнойных масс.

Однако гноеродная инфекция давно преодолела здесь биологический барьер и вышла за пределы первичного очага. Отсюда его удаление в результате успешно проведенной операции не повлияло, как в других случаях, на общее состояние больного Ш-кого Ивана. Оно продолжало оставаться тяжелым до тех пор, пока в области послеоперационной раны не был обнаружен новый очаг нагноения. После этого в арсенале хирурга уже не было иных средств борьбы с тяжелым сепсисом, кроме ампутации раненой конечности в области бедра.

Эту повторную «операцию больной перенес довольно хорошо, но состояние его не улучшилось, и при исследовании крови найдена анемия[116]...» [Там же, С. 20], — писал в отчаянии Войно-Ясенецкий. Это был верный признак генерализации гнойной инфекции, когда скальпель хирурга становится бессильным в неравной борьбе с ней. Не помогли здесь и переливания крови, предпринятые с восстановительной целью. Больной умер после ампутации на 12-й день, до этого поддерживаемый всем персоналом эвакуационного госпиталя № 1515.

Трагедию бессилия долго переживал профессор Войно-Ясенецкий. Но здесь удивительным кажется другое. Личные пере-

---

116 Малокровие — существенное уменьшение числа эритроцитов и гемоглобина.

живания хирурга никогда не переносились им на своих коллег, которые по тем или иным причинам не выполнили своевременно и радикально эту неотложную операцию, благодаря которой больной Ш-кий Иван, скорее всего, остался бы в живых. В случившейся трагедии он корил только одного себя и никого больше.

«Ампутация запоздала, — писал он с горечью в новой монографии под названием «Поздние резекции...», — не надо было делать резекции, а надо было сразу ампутировать» [Там же].

Трудно сказать, привела бы к успеху в этом случае ампутация бедра, проведенная им вместо поздней резекции коленного сустава на следующий день после поступления в эвакуационный госпиталь № 1515 данного больного, находившегося в тяжелом септическом состоянии.

Если такой результат и мог бы все-таки быть достигнут, то в арсенале общественного обвинителя, роль которого в наши дни пытаются играть отдельные хирурги, всегда нашелся бы «достойный» ответ, адресованный другим коллегам по профессии. Он состоял бы в возвеличивании себя (я сделал все, что мог) и в унижении других хирургов (они довели больного до инвалидности).

Так может рассуждать только тот, кто не готов к исполнению одной из вечных заповедей христианской морали (не судите и не судимы будете) и способен к совершению одного из смертных грехов под названием «гордыня».

История болезни больного Ш-кого Ивана, приведенная здесь, показывает, что истинный хирург и христианин, каким нам представляется профессор Войно-Ясенецкий, был бесконечно далек от той части наших современников, кто подменяет занятия врачеванием занятиями политической и общественной деятельностью.

«Где начинается общественный деятель, там заканчивается врач», — такой являлась позиция епископа Луки, которую можно понять из изложенной в этой истории болезни.

Переходя ко второй главе «Поздних резекций...», получившей название «Тазобедренный сустав», профессор Войно-Ясенецкий подчеркивал, что гнойные воспаления его характеризуют три важные особенности. К ним относились: трудность диагностики, тяжесть течения и высокая вероятность летальных исходов.

В 1941—1943 гг. ему пришлось лично бороться за спасение жизней 20 раненых, имевших гнойные кокситы (так называются гнойные воспаления тазобедренного сустава). Опыт их оперативного лечения позволил автору сделать несколько важных практических выводов.

Главный из них показывал, что эта категория раненых долгое время оставалась без правильно установленного диагноза и потому не получала своевременно необходимое оперативное лечение. Отсюда у раненых этой группы возникали многочисленные и опасные осложнения, нередко заканчивавшиеся трагически. Многие из них поступали из других красноярских госпиталей в эвакуационный госпиталь № 1515 в крайне тяжелом состоянии, когда диагноз был уже ясен, а время для оперативного лечения гнойного коксита безнадежно упущено.

Для иллюстрации такого вывода профессор Войно-Ясенецкий приводил историю болезни больного Фомы Р., раненного в августе 1941 г. и находившегося на лечении в течение месяца «в военном госпитале очень крупного центра», откуда во второй половине сентября того же года больной был эвакуирован в один из красноярских госпиталей. Тяжелое течение его болезни показывало, что гнойный коксит возник еще в первом военном госпитале, где он начинал лечение. Однако это тяжелое заболевание не было выявлено там. После эвакуации в Красноярск правильный диагноз не был установлен в течение месяца, т. е. до тех пор, пока несчастного больного не осмотрел профессор Войно-Ясенецкий, приглашенный в другой госпиталь в качестве консультанта.

«При первом осмотре 29 октября, — писал он по этому поводу, — нашел я очень запущенное гнойное воспаление тазобедренного сустава с большим затеком гноя по передней стороне бедра» [292, С. 40]. Понадобилась еще неделя, чтобы перевести больного в госпиталь, где трудился епископ Лука.

Больной поступил в эвакуационный госпиталь № 1515 в крайне тяжелом состоянии, когда о проведении срочной операции не могло быть и речи. Он был «до крайности истощен и измучен» [Там же], как отмечалось в истории болезни. Гнойный коксит сопровождался огромными пролежнями и выраженной анемией. В связи с ней ему были немедленно начаты переливания крови с целью подготовки к предстоящему оперативному вмешательству. Однако осуществить полноценную подготовку к операции все-таки не удалось.

Больной слабел и таял на глазах врачей. Поэтому 9 ноября профессор Войно-Ясенецкий произвел ему операцию отчаяния, вскрыв один из самых больших гнойников и удалив при этом множество омертвевших костных отломков, металлический осколок, а также верхнюю треть бедренной кости, которая «была сильно размягчена и инфильтрирована гноем» [Там же].

Тяжелая и продолжительная операция, которую произвел хирург, «слишком запоздала», как отмечалось в истории болезни, принеся больному лишь временное улучшение. Через 4 дня он умер. Шла середина ноября 1941 г.

По всей вероятности, это был первый случай гнойного воспаления крупного сустава, возникшего в результате огнестрельного ранения, который закончился столь трагически в эвакуационном госпитале № 1515.

Нельзя исключить, что именно эта трагедия стала прологом к научным исследованиям военного времени, предпринятым профессором Войно-Ясенецким в 1941—1943 гг. в области огнестрельных ранений крупных суставов, осложненных гнойным воспалением.

Нам уже известна история гибели одного из больных в Переславской земской больнице, которого оперировал хирург Ясенецкий-Войно. Тогда причиной смерти пациента стал случайный отрыв сосудисто-нервного пучка от тела селезенки, сопровождавшийся массивным кровотечением. Этот трагический исход оперативного вмешательства стал прологом для разработки Ясенецким-Войно нового способа перевязки сосудов в случае удаления селезенки, сведения о котором, как известно, были опубликованы в 1923 г. в одном из немецких хирургических журналов. Особенность этого оригинального способа заключалась в том, что его практическое применение исключало случайный отрыв сосудов селезенки от ее тела.

В 1941 г. трагическая гибель больного Фомы Р. в красноярском госпитале № 1515 стала прологом появления новой монографии профессора Войно-Ясенецкого, получившей название «Поздних резекций...».

«Тяжело переживаю смерть больных после операции, — писал он сыну из Красноярска. — Было три смерти в операционной, и они меня положительно подкосили. Тебе как теоретику неведомы эти мучения, а я переношу их все тяжелее и тяжелее... Молился об умерших дома, храма в Красноярске нет...» [37, 38].

По свидетельству акушера-гинеколога А. А. Шороховой, работавшей вместе с ним еще в Ташкентской городской больнице, каждая неудачная операция оставляла в его сердце глубокие и долго не заживающие, мучительные раны. Она вспоминала, как однажды задержалась на работе, когда все врачи давно ушли, и зачем-то зашла в предоперационную хирургического отделения, заведующим которым был Валентин Феликсович. Здесь из-за открытой двери операционной она услышала его «загробный» голос: «Вот хирург, который не знает смертей. А у меня сегодня второй...» [Там же].

Обернувшись в сторону операционной, А. А. Шорохова «увидела Валентина Феликсовича, который пристально и грустно глядел на меня. Поразила его угнетенная поза; он стоял, согнувшись и упираясь руками в край операционного стола. На столе лежал больной, умерший после операции...» [Там же]. «Его не видели потом в отделении часами, — вспоминала хирург А. И. Беньяминович. — Мы знали: каждая смерть, в которой он считал себя повинным, доставляла ему глубокие страдания» [Там же].

Когда во время очередного обхода он замечал, что раненого, которого оперировал два дня назад, нет на месте, профессор, ни о чем не спрашивая, поднимался на второй этаж здания госпиталя, где была его комната, и надолго запирался в ней, чтобы ни персонал, ни больные не заметили мучительных переживаний. Тут беспощадно и тщательно анализировались собственные ошибки, разбирались такие обстоятельства и случайности, которых во время оперативного вмешательства не удалось предвидеть или избежать. Строгий разбор приносил практические и научные результаты. Это были новые оперативные вмешательства, отдельные научные сообщения (доклады и статьи), а также разделы и даже главы, появившиеся не только в главной книге жизни профессора Войно-Ясенецкого — «Очерках гнойной хирургии», но и в другой монографии под названием «Поздние резекции...», увидевшей свет в военные годы, когда эта работа была особенно необходима.

В ней справедливо отмечалось, что большинству военно-полевых хирургов приходилось редко встречаться с ранеными, у которых установлен диагноз гнойного коксита. Поэтому профессор был уверен в полезности собственных наблюдений, содержавших немало поучительных сведений и практических рекомендаций в этой области.

Яркими иллюстрациями к ним служили краткие истории болезни раненых, находившихся на лечении в Красноярском эвакуационном госпитале № 1515, которым была выполнена поздняя резекция тазобедренного сустава в связи с гнойным кокситом огнестрельного происхождения. Многие из них свидетельствовали в пользу проведения такой резекции. Это оперативное вмешательство нередко становилось не только единственным способом спасения жизни страдальцев. Благодаря ему через много месяцев после ранения удавалось буквально «поставить на ноги» тех пациентов, которые и не рассчитывали когда-либо встать с постели без костылей.

Один из примеров, приведенных хирургом в «Поздних резекциях...», заслуживает того, чтобы быть изложенным здесь. В нем шла речь о больном Ш-ве, получившем огнестрельное ранение тазобедренного сустава в августе 1941 г. и в течение последующих девяти месяцев лечившемся консервативно в нескольких госпиталях. В эвакуационный госпиталь № 1515 поступил в мае 1942 г., когда, по определению Войно-Ясенецкого, его общее состояние оценивалось как «довольно хорошее» [282, С. 49]. Однако к тому времени больной не расставался с костылями и не мог наступить на раненую ногу из-за болей в области огнестрельной раны, где образовался длительно незаживающий свищ, из которого не прекращалось выделение гноя. Происхождение такого свища наглядно поясняла рентгенограмма, свидетельствовавшая о признаках тяжелого остеомиелита тазобедренного сустава, сопровождавшегося значительным разрушением головки бедренной кости и другой суставной поверхности.

Чтобы остановить гнойный процесс, не прекращавшийся в тазобедренном суставе после ранения, следовало произвести позднюю его резекцию с целью удаления очагов нагноения в нем. Это была исключительно тяжелая операция, на проведение которой решился бы редкий хирург да профессор Войно-Ясенецкий. Он блестяще выполнил ее на третий день после поступления больного, 18 мая 1942 г.

«Прекрасное послеоперационное течение, — отмечал ведущий хирург эвакуационного госпиталя № 1515. — Через месяц рана зажила, возможно сгибание в небольшой степени»[117] [Там же].

---

[117] Имеется в виду движение в области тазобедренного сустава на стороне операции.

Это был действительно выдающийся результат хирургической деятельности Войно-Ясенецкого, благодаря которому практически выздоровел и стал передвигаться самостоятельно больной Ш-в. Для этого потребовалась активная хирургическая тактика и 30 дней послеоперационного лечения. Практическое достижение профессора красноречиво свидетельствовало, что правильный выбор оперативного вмешательства и искусство хирурга способны существенно сократить не только срок пребывания раненых в госпиталях военного времени, но значительно облегчить страдания, связанные с тяжелым ранением.

Далеко не во всех случаях течение гнойного коксита у раненых отличалось такой же легкой степенью, как у больного Ш-ва. У большинства из них оно было более выраженным, угрожавшим непосредственно их жизни. В этом отношении является примечательной история болезни Василия Фед., 43 лет, в октябре 1941 г. раненного в область поясницы осколком немецкой мины. В течение первых трех месяцев после ранения больной «высоко лихорадил» и неоднократно готовился к нескольким операциям, которые затем отменялись разными хирургами по разным причинам. В январе 1942 г. у него впервые появилась сгибательная контрактура правого бедра, когда его бедро оказалось непроизвольно согнутым до такой степени, что стало касаться передней поверхностью живота, причем больной не мог разогнуть его из-за сильных болей. Это был верный признак формирования гнойника в области малого таза. Однако такое тяжелейшее состояние продолжалось много месяцев, до июня 1942 г., в условиях консервативного лечения, когда на огнестрельную рану и области гнойных затеков безуспешно накладывались повязки и компрессы с мазью Вишневского.

«К нам он поступил 7 июня в очень плохом состоянии: высокая лихорадка, пульс до 132» [Там же, С. 57], кровяное давление низкое, тоны сердца едва прослушивались.

Как и в первом случае, больной Василий Фед. был прооперирован профессором Войно-Ясенецким на третий день после поступления в эвакуационный госпиталь № 1515 (это время понадобилось для подготовки больного к тяжелой операции). Оно было первым — это оперативное вмешательство, которое производилось раненому после 8 месяцев лечения в различных госпиталях. Операция достигла своей цели: гнойный абсцесс в области малого таза был обнаружен и широко вскрыт, чтобы обеспе-

чить из него отток гноя. Кроме того, была произведена хирургическая обработка огнестрельной раны в области поясницы, где образовался незаживающий свищ вследствие тяжелого остеомиелита нескольких поясничных позвонков (отсюда и произошел затек гноя в область малого таза, как утверждал Войно-Ясенецкий).

Вскоре после операции послеоперационные раны благополучно зажили, однако больной никак не выздоравливал, «и нам пришлось быть свидетелем другого.., очень редкого осложнения его болезни» [Там же, С. 58], как сообщал профессор.

Напомним, что в связи с абсцессом малого таза правое бедро больного оказалось в вынужденном положении, т. е. в согнутом виде в состоянии приведения к животу, что продолжалось в течение нескольких месяцев. За это время у Василия Фед. образовался патологический вывих правого бедра, в результате которого головка бедренной кости вышла за пределы вертлужной впадины, где она должна находиться, образуя тазобедренный сустав. Более того, длительное давление этой головки не на хрящевую часть своего сустава, а на гребень подвздошной кости успело привести к ее частичному разрушению, которое подтверждалось рентгенологическими данными. Однако, как отмечал Войно-Ясенецкий, «на боли в суставе больной никогда не жаловался» [Там же, С. 59]. По всей вероятности, они маскировались болями другой локализации, которые отличались более высокой интенсивностью.

Поэтому больному Василию Фед. потребовалось проведение другого оперативного вмешательства, состоявшего не только в возвращении головки бедренной кости на ее привычное место, но и в резекции той части, которая была повреждена в результате патологического вывиха. Дальнейшее послеоперационное лечение было гладким. «Образовался прочный анкилоз[118]... и в конце января (1943 г. — *Ю. Ш.*) больной начал ходить с костылями» [Там же].

Жизнь тяжелобольного была спасена дорогой ценой (он стал инвалидом в результате вынужденной резекции тазобедренного сустава). Хирургу Войно-Ясенецкому пришлось бороться с несколькими осложнениями огнестрельной раны. Этих осложне-

---

[118] Срастание оставшихся частей головки бедренной кости с вертлужной впадиной с образованием костной мозоли.

ний, по всей видимости, было легче избежать, чем исправить их последствия с помощью скальпеля. В результате срок лечения Василия Фед. во фронтовых и тыловых госпиталях составил 15 месяцев. Этот период мог бы быть короче, если бы другие военно-полевые хирурги больше были уверены в собственных силах и обладали бы нужными хирургическими навыками в области гнойной и военно-полевой хирургии.

В этом состояла главная цель, ради которой в 1941—1943 гг. хирург и епископ работал над двумя монографиями, включая II издание «Очерков гнойной хирургии» и «Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов». Он не считал себя вправе обвинять молодых коллег в некомпетентности, которая в ряде случаев становилась причиной инвалидности и даже преждевременной гибели их пациентов в военное время. Кредо профессора составляла примерная хирургическая деятельность по принципу «делай, как я», в ходе которой нередко исправлялись ошибки других хирургов, допущенные по разным причинам. Верность ему Войно-Ясенецкий сохранил и в красноярском госпитале, несмотря на преклонный возраст, долгие годы тюрем и ссылок и неважное зрение.

«Не упрекать, а учить. Учить, но не поучать. Учить всему, что постиг сам, в том числе и на своих ошибках, чтобы не повторяли другие», — таков, на наш взгляд, лейтмотив многих глав «Поздних резекций...». Об этом свидетельствовало и заключение к главе под названием «Тазобедренный сустав», где вновь отдавалось предпочтение активной хирургической позиции перед выжидательной консервативной тактикой, часто не приводившей ни к чему, кроме череды тяжелых осложнений.

Конечно, ее автор сознавал, что «в техническом отношении» резекция тазобедренного сустава являлась сложным хирургическим вмешательством особенно при огнестрельных ранениях, так как «во многих случаях ее приходится делать совершенно атипически, приспособляясь к форме огнестрельного перелома и распространению остеомиелитического процесса» [Там же, С. 61]. Вместе с тем он продолжал настаивать, что технику выполнения этой и других резекций крупных суставов надо, не медля, осваивать всем военно-полевым хирургам.

Профессор Войно-Ясенецкий был уверен, что овладение ею позволит не только существенно сократить срок лечения раненых этой категории в лечебных учреждениях фронта и тыла, но

и предупредить развитие тяжелых осложнений, избавив раненых и больных от множества страданий. От использования консервативной и выжидательной тактики надо отказываться, убеждал он, так как эти способы, как правило, приводят к результату, противоположному от ожидаемого.

Существенное значение для практических хирургов имели указания Войно-Ясенецкого по поводу гнойных процессов в области крестцово-подвздошного сочленения, приведенные им в «Поздних резекциях...» в качестве самостоятельной главы. Это были редкие осложнения ранений и травм для мирного времени, с которыми они не были знакомы. Однако в годы войны неизмеримо возросла опасность и частота их возникновения. Вместе с тем чрезвычайно трудной оставалась диагностика таких осложнений, которые в ряде случаев обнаруживались только на вскрытиях умерших от ран.

«Патологоанатом — самый лучший диагност», — мрачно шутили военно-полевые хирурги, отводя взгляд в сторону. Кроме того, часть больных погибала и во время оперативных вмешательств, являвшихся исключительно сложными как для хирурга, так и для пациента, часто истощенного и чрезвычайно ослабленного многомесячными страданиями. Все это послужило основой для появления в новой монографии главы под названием «Крестцово-подвздошное сочленение».

Практический опыт оперативного лечения раненных в таз, имевших гнойные осложнения в области крестцово-подвздошного сочленения, у Войно-Ясенецкого был небольшим. К ним относились только «10 наших больных, 3 находились в невероятно запущенном состоянии, но все-таки одного из них удалось спасти» [Там же], — как отмечал автор. Однако каждая из историй болезни, приведенная в монографии, являлась «очень поучительной», так как в результате сложных операций, техника которых была разработана профессором, удалось вернуть в строй для продолжения борьбы с оккупантами 70 % таких раненых. Это был невероятный успех, но, по всей видимости, единственный в своем роде в годы Великой Отечественной войны.

В одной из таких историй рассказывалось о больном Коз., 16 октября 1941 г. получившем ранение осколком снаряда в область левой ягодицы. Только в ноябре того же года ему была проведена первичная хирургическая обработка огнестрельной

раны, выполненная в одном из фронтовых госпиталей. При этом инородное тело в виде металлического осколка не было удалено. С таким осколком в месте ранения больной был эвакуирован в один из красноярских эвакуационных госпиталей, где долгое время у него отмечалась высокая лихорадка. Здесь же в январе 1942 г. был обнаружен и вскрыт затек гноя, распространившийся из места ранения в область малого таза, однако меры по удалению осколка так и не были предприняты.

Только в конце февраля того же года, по настоянию профессора Войно-Ясенецкого, больной Коз. был переведен для дальнейшего лечения в тыловой эвакуационный госпиталь № 1515. Он поступил «в крайне тяжелом и запущенном состоянии.., чрезвычайно истощен, бледен... температура в последние дни 38.8 градусов Цельсия. Лежать может только на правом боку, и над большим вертелом давно образовался пролежень. Левое бедро согнуто под острым углом и мало поддается выпрямлению» [Там же, С. 62]. К тому же на рентгенограмме был виден крупный осколок снаряда, застрявший в области крестцово-подвздошного сочленения, вокруг которого отмечалась деструкция костной ткани. Были выраженными и явления интоксикации микробными токсинами и продуктами гнойного распада тканей, в том числе и со стороны психического состояния: больной был «сильно подавлен», вяло и неохотно отвечал на вопросы, стал безразличен к окружающему.

Лишь к началу марта 1942 г. угасавшие силы больного удалось частично укрепить и тем самым подготовить его к проведению сложной и тяжелой операции, без выполнения которой ему, по всей видимости, не долго оставалось жить. Это оперативное вмешательство было чрезвычайно травматичным для ослабленного больного. Хирургам с его «окончанием... пришлось крайне спешить, так как кровяное давление упало до 80 и продолжало падать» [Там же].

Однако все обошлось благополучно. Как свидетельствовал Войно-Ясенецкий, послеоперационные «раны довольно скоро очистились, и общее состояние больного стало быстро улучшаться» [Там же]. Через 2 месяца «больной стал неузнаваем, окреп и пополнел» [Там же] к радости всего медицинского персонала хирургического отделения, где он лечился. Скоро наступило полное выздоровление, и этот солдат, находившийся на грани жизни и смерти, возвратился в ряды Красной Армии.

В результате многомесячных наблюдений за ранеными в таз, имевшими гнойные осложнения в области крестцово-подвздошного сочленения, профессором был сделан следующий вывод.

«Если по положению раны, тяжелому течению болезни, результатам зондирования и изучению рентгенограмм, — как писал он, — можно распознать поражение крестцово-подвздошного сочленения, то надо сразу же резецировать его» [Там же, С. 62—63].

Это было важное и ответственное заключение высококлассного специалиста, которому пришлось самостоятельно разрабатывать на трупах технику проведения оперативного вмешательства по поводу частичной резекции крестцово-подвздошного сочленения, прежде чем впервые выполнить эту операцию в условиях вверенного ему хирургического отделения. В условиях Красноярска Войно-Ясенецкому сразу не удалось обнаружить ее описание ни в доступных ему учебниках по оперативной хирургии, ни в другой специальной литературе. Поэтому в начале 1942 г. ему пришлось лично разработать технику этой резекции, чтобы выполнить ее для спасения уже известного больного Коз.

Отсюда предложенное им оперативное вмешательство по поводу резекции крестцово-подвздошного сочленения М. Б. Мирский (2000) называет резекцией таза по Войно-Ясенецкому [23, С. 682]. Однако Войно-Ясенецкий полагал иначе. Несколько позднее (в первой половине 1943 г.) он все-таки выяснил, что «выработанный мной способ вполне аналогичен способу французского хирурга R. Picque» [282, С. 63]. Было бы логичнее называть резекцию крестцово-подвздошного сочленения, описание которой приводится в «Поздних резекциях...» [Там же, С. 63—64], способом Picque—Войно-Ясенецкого.

Автор новой монографии немаловажное значение придавал особенностям течения гнойных артритов, связанных с огнестрельными ранениями голеностопного сустава, которые рассматривались им в отдельной главе под названием «Голеностопный сустав». Здесь Войно-Ясенецкий убедительно доказывал не только несомненные преимущества оперативного лечения над консервативной тактикой, но и возможность успешного его проведения в поздние сроки в условиях запущенного гнойного артрита голеностопного сустава. При этом рекомендации профессора были

направлены к сохранению опорной функции стопы и, следовательно, к отказу от проведения ампутации во всех случаях, когда остается хоть единственный шанс на этом пути.

Одним из пациентов профессора в военные годы был Ал-р Б-в, 20 лет, раненный пулей в область голеностопного сустава в марте 1942 г. и до 8 сентября того же года, когда он поступил в эвакуационный госпиталь № 1515, лечившийся консервативно в нескольких госпиталях. В результате у больного образовался «крайне запущенный остеомиелит стопы», в связи с которым «вся область голеностопного сустава... в огромной степени увеличена и деформирована, изрыта свищами со зловонным... гноем» [Там же, С. 75—76]. К тому же крайне тяжелое впечатление оставляла рентгенограмма голеностопного сустава больного Ал-ра Б-ва, где вместо четко очерченных контуров костей, образовывавших этот сустав, наблюдалось «сплошное туманное пятно костного распада... (занимавшее. — *Ю. Ш.*) всю область голеностопного сустава» [Там же, С. 76].

Нет сомнений, что большинство хирургов того времени в случае Ал-ра Б-ва выбрало бы ампутацию голени на уровне нижней трети, чтобы поставить больного, если не на ноги, то хотя бы на костыли. Однако больному повезло, поскольку он оказался в поле зрения профессора Войно-Ясенецкого, вовсе не случайно считавшегося «хирургом от Бога». И в случае с Ал-ром Б-вым, он вновь избрал радикальный способ оперативного лечения, оказавшийся единственно правильным.

Уже через 4 дня после поступления раненого профессор произвел ему уникальную операцию. Она была успешно выполнена под регионарной или проводниковой анестезией седалищного нерва, способ проведения которой был предложен хирургом много лет назад. В ходе продолжительного оперативного вмешательства Войно-Ясенецкому удалось удалить из операционной раны, образовавшейся на месте голеностопного сустава, «огромное количество гнилостно размягченной костной ткани» [Там же]. В результате после операции здесь образовалась «огромная полость с костной скорлупой» [Там же]. Однако в дальнейшем процесс заживления этой раны протекал без осложнений и настолько гладко, что через месяц наступило, по мнению Войно-Ясенецкого, почти полное выздоровление.

«Укороченная стопа прочна и хороша» [Там же], — радовался он вместе с А-ром Б-вым по поводу результата, достигнутого

здесь совместными усилиями хирурга и больного. Преждевременной ампутации удалось избежать.

В той же главе «Поздних резекций...» привлекалось внимание хирургов и к другому обстоятельству, свидетельствовавшему, что огнестрельные ранения голеностопного сустава, как правило, сопровождаются «раздроблением... пяточной кости и длительным остеомиелитом...» [Там же, С. 71].

«Так было у всех наших 18 больных» [Там же], — отмечал профессор Войно-Ясенецкий по этому поводу. Эти тяжелейшие ранения пяточной кости нередко становились причиной сепсиса, угрожавшего жизни больного и потому не оставлявшего хирургу иного выбора, кроме вынужденной ампутации раненой стопы. С отдельными примерами такого рода можно ознакомиться, если изучить главу под названием «Голеностопный сустав». Однако такая вынужденная мера, на которую приходилось соглашаться и хирургу, и больному, чтобы сохранить пострадавшему жизнь, оказалась временной уступкой непреодолимым обстоятельствам.

«В последнее время я стал в таких случаях поступать по-новому» [Там же, С. 79], — писал видный хирург в «Поздних резекциях...» по поводу вновь разработанного им оперативного вмешательства, оригинальность которого состояла в принципиально новом доступе к глубинным структурам пяточной кости.

Здесь, как известно, формировались труднодоступные очаги остеомиелита в случаях огнестрельных ранений пяточной кости. Они же нередко становились причиной ампутации раненой стопы в связи с упорным и рецидивирующим характером течения этой болезни, с одной стороны, и технической невозможностью сохранения опорной функции в случае полного удаления пяточной кости — с другой. Поэтому вместо удаления одной пяточной кости требовалось удалять всю стопу, чтобы в будущем сохранить опорную функцию оставшейся части нижней конечности на уровне нижней трети голени.

К достижению благой цели, состоявшей в сохранении раненой стопы в условиях запущенного остеомиелита пяточной кости, были направлены экспериментальные (на трупах) и клинические исследования профессора Войно-Ясенецкого, проведенные в тыловом эвакуационном госпитале № 1515 осенью 1942 г. и весной 1943 г. Они благополучно завершились разработкой но-

вого доступа к глубоким очагам остеомиелита пяточной кости. Предложение хирурга состояло в продольном распиливании пяточной кости (по направлению средней линии подошвы), что позволяло механическое выскабливание глубоких очагов остеомиелита, малодоступных для хирурга в случаях других направлений для доступа к ним. Это оперативное вмешательство, несмотря на травматичный характер его выполнения, осуществлялось под местной или проводниковой анестезией седалищного нерва по способу Войно-Ясенецкого.

«На распилах пяточных костей, — как отмечал автор нового оперативного вмешательства, — с удивительной легкостью открывались очаги гнойного размягчения костной ткани или глубоко расположенные крупные каверны с секвестрами... Чрезвычайно легко и удобно было удалить... все пораженное, и после промывания... кости и вся рана имели чистый и здоровый вид» [Там же, С. 79—80].

В течение нескольких месяцев, следовавших за операцией, достигалось, по мнению Войно-Ясенецкого, образование прочной костной мозоли в месте распила пяточной кости и, таким образом, восстановление опорной функции нижней конечности.

Об этих поразительных результатах убедительно свидетельствовало несколько историй болезни, приведенных профессором в главе под названием «Голеностопный сустав».

Одна из них поражала воображение и тем, что с помощью новой радикальной операции, предложенной профессором, «удалось остановить вполне развитой сепсис» [Там же, С. 80]. В ней шла речь о больном Иване Мих., 30 лет, в августе 1942 г. раненном пулей, «которая пронизала пяточную кость, войдя в ахиллово сухожилие и выйдя на середину подошвы» [Там же].

Обратим внимание, что в данном случае траектория движения этой пули удивительно точно напоминает линию распила пяточной кости, указанную автором с целью удобного доступа к ее глубинным структурам. По всей вероятности, в случае больного Ивана Мих. у профессора Войно-Ясенецкого не было иного выхода для вскрытия раневого канала, кроме распила пяточной кости по траектории движения ранящего снаряда. Можно полагать, что в этой истории был описан первый из случаев такого распила, выполненный Войно-Ясенецким в его хирургической практике, направление которого было продиктовано не столько

анатомическими особенностями этой области, сколько ходом раневого канала, который требовалось вскрыть.

В отличие от многих раненых, поступавших в тыловой эвакуационный госпиталь спустя несколько месяцев после ранения, Иван Мих. поступил туда раньше других, или через месяц после получения огнестрельной раны. Однако при поступлении его общее состояние уже было крайне тяжелым. Об этом можно судить по записи в истории болезни, сделанной лечащим врачом.

«Пятка вся распухла, красна; почти на середине подошвы широкий свищ с черными клочьями омертвевших тканей. Сильные боли. Высокая... температура до 40 градусов Цельсия. Повторные потрясающие ознобы. В крови белый стафилококк» [Там же].

Если берешь кровь из вены больного и помещаешь несколько ее капель на стерильную питательную среду, то обычно не увидишь на ней выросшие колонии гноеродных микробов вроде белого стафилококка. Если такой рост все-таки происходит, то он является свидетельством бактериемии, т. е. наличия бактерий в крови, которая в норме стерильна.

Обнаружение белого стафилококка в крови больного Ивана Мих. означало тяжелейшее осложнение гнойного процесса в виде септического состояния, когда гноеродные микробы из первичного очага, находившегося в месте ранения, преодолели биологический барьер и проникли в кровь, оказываясь по ходу ее движения в других органах и тканях, где возникали новые очаги нагноения.

В таких случаях, крайне опасных для жизни, считалась необходимой ампутация раненой конечности, чтобы немедленно предотвратить дальнейшее поступление в кровь гноеродных микробов и тем самым остановить угрозу сепсиса.

Однако при оперативном лечении Ивана Мих. профессор Войно-Ясенецкий действовал иначе, чем рекомендовалось известными канонами военно-полевой хирургии. Вместо ампутации раненой стопы на уровне нижней трети голени он произвел распил пяточной кости так, чтобы он проходил непосредственно через раневой канал, используя для обезболивания операции собственный способ блокады седалищного нерва.

Когда раневой канал был вскрыт в результате распила, то в сердцевине пяточной кости был легко обнаружен «очаг гни-

лостного остеомиелита величиной со сливу, содержавший гнилые секвестры...» [Там же], которые были удалены в ходе хирургической обработки раневого канала. При этом профессор справедливо отмечал, что «только после распила пятки (пяточной кости. — *Ю. Ш.*) могло быть сделано все необходимое» [Там же].

Так, благодаря своеобразному направлению раневого канала у больного Ивана Мих., в октябре 1942 г. профессором Войно-Ясенецким была впервые выполнена уникальная операция, связанная с продольным распилом пяточной кости с целью удаления глубокого очага остеомиелита. Это смелое оперативное вмешательство проводилось в условиях септического состояния и заменило ампутацию стопы, которую бы выполнило большинство военно-полевых хирургов в данных условиях.

Удивительно гладко протекало послеоперационное течение этого раневого процесса. Начинавшийся сепсис так и не начался.

«Рана быстро очистилась и покрылась яркими грануляциями, — с удовлетворением констатировал профессор Войно-Ясенецкий. — Ознобы прекратились, и температура снова стала нормальной. Больной выписан с хорошим рубцом на пятке и анкилозом голеностопного сустава» [Там же].

Это был несомненный успех активной хирургической тактики, которую исповедовал видный хирург. Она позволила не только остановить развитие грозного сепсиса, сохранив больному жизнь, но и предотвратить его инвалидность, заменив ампутацию стопы оригинальной хирургической обработкой огнестрельной раны, ставшей возможной, благодаря новому предложению профессора в виде распила пяточной кости.

С этих пор или с октября 1942 г. новый способ щадящего оперативного лечения глубоких гнойных очагов пяточной кости, предложенный Войно-Ясенецким, стал достоянием отечественной хирургии. В скором будущем он нашел свое отражение не только в «Поздних резекциях...», автор которых удостоится Сталинской премии первой степени, но и в многотомном издании «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг.».

Заслуженному успеху предшествовали долговременные экспериментальные и клинические испытания нового способа, о которых свидетельствовали другие истории болезни, которые можно видеть в главе под названием «Голеностопный сустав».

К ним относилась и история болезни Семена Прок., в сентябре 1942 г. раненного осколком мины в область голеностопного сустава. В течение многих месяцев после ранения он перенес 4 оперативных вмешательства, в ходе которых из суставных поверхностей, включая пяточную кость, удалялось то или иное количество гноя и костных секвестров.

Однако воспалительный процесс в области пяточной кости никак не прекращался, хотя после ранения прошло 9 месяцев. В конце июня 1943 г. больной был переведен в тыловой эвакуационный госпиталь № 1515 в связи с безуспешным лечением в других лечебных учреждениях фронта и тыла. Ко времени перевода «вся область пятки и голеностопного сустава сильно увеличены в объеме, на ней сильно гноящиеся свищи, постоянные боли» [Там же, С. 81]. При рентгеновском исследовании было обнаружено «большое разрушение травмой и остеомиелитом всей пяточной кости, (где оставались глубокие. — *Ю. Ш.*) деструктивные очаги и секвестры» [Там же].

В июле 1943 г. он был оперирован профессором Войно-Ясенецким, применившим в этом случае новый способ оперативного вмешательства в виде распила пяточной кости. В результате на обеих поверхностях распила обнаружилось несколько больших костных каверн с секвестрами, которые были подвергнуты хирургической обработке. Поэтому в глубоких структурах пяточной кости образовались обширные полости, для заживления которых потребовалось значительное время. Отсюда прошло еще 7 месяцев, прежде чем в феврале 1944 г. профессор Войно-Ясенецкий смог констатировать, что «вся пятка имела почти нормальный вид и прощупывалась прочная, почти безболезненная кость, но на подошве держится свищ с серозно-гнойным отделяемым» [Там же].

Конечно, этот свищ свидетельствовал о вялотекущем хроническом остеомиелите, который продолжался в пяточной кости, несмотря на все старания профессора Войно-Ясенецкого. В отдельных, редких случаях иначе и быть не могло, так как даже нож в руках искусного хирурга полностью не мог заменить антибиотикотерапию. Здесь важно другое. Если в те времена, когда антибиотиков не было, врачебное и хирургическое искусство епископа Луки сумело сохранить не только жизнь, но и стопу больного в условиях тяжелейшей травмы и присоединившихся к ней гнойных осложнений, то это свидетельствовало о великом

даре исцеления, которым был действительно наделен епископ и хирург. Не зря он оперировал с именем Всевышнего на устах, и руки хирурга потому творили чудо.

Особенности поздних резекций крупных суставов нижней конечности, приведенные в новой монографии, дополнялись сведениями о других операциях, выполненных в эвакуационном госпитале № 1515 по поводу огнестрельных ранений плечевого, локтевого и лучезапястного суставов.

При этом существенное внимание автор уделял поздним резекциям плечевого сустава, описание которых можно видеть в одноименной главе. В общей сложности им было оперировано 17 больных, имевших огнестрельные ранения этой области, осложненные гнойной инфекцией. Однако поздние резекции производились только 9 из них, тогда как остальным выполнялась секвестротомия или удаление из плечевого сустава омертвевших костных отломков.

Из случаев резекций наиболее познавательной, на наш взгляд, может быть история болезни Ивана Ст-нова, 28 лет, которая была приведена Войно-Ясенецким в главе под названием «Плечевой сустав». В июне 1942 г. он был тяжело ранен осколком мины в область плеча, откуда во фронтовом госпитале «извлекали костные осколки и куски гимнастерки» [Там же, С. 84]. Рентгенограмма, сделанная там же, свидетельствовала о тяжелом многооскольчатом переломе плечевой кости, по поводу которого следовало бы, не ограничиваясь извлечением части осколков, сразу выполнить раннюю резекцию плечевого сустава. Однако это радикальное оперативное вмешательство больному Ивану Ст-нову не было своевременно проведено. Вместо срочной операции на область плеча была наложена гипсовая повязка, и с ней больной был эвакуирован в глубокий тыл, добравшись таким образом до Красноярска. Здесь он был направлен в тыловой эвакуационный госпиталь № 1515, где работал профессор Войно-Ясенецкий; многие из красноярских врачей уже были наслышаны о ссыльном профессоре, творившем чудеса, и направляли сюда раненых, имевших ранения крупных суставов. Это произошло в августе 1942 г., через 2 месяца после ранения, когда на месте огнестрельного перелома плечевой кости могла бы образоваться прочная костная мозоль в случае проведения ранней резекции плечевого сустава во фронтовом госпитале.

Когда был снят гипс, «размягший» [Там же] в результате непрерывного истечения гноя из огнестрельной раны, то обнаружилось, что область плечевого сустава значительно увеличена в объеме, пронизана свищевыми ходами, откуда выделялся гной так же, как и из огнестрельной раны. Новая рентгенограмма свидетельствовала о существенном ухудшении состояния больного, так как признаков образования костной мозоли в месте перелома не было. Вместо этого здесь обнаруживались признаки запущенного остеомиелита плечевой кости, в результате которого произошла самопроизвольная ампутация ее головки.

«Отломанная головка плеча сместилась далеко вниз и повернулась хрящевой поверхностью наружу» [Там же], — отмечал Войно-Ясенецкий по этому поводу.

Откладывать проведение поздней резекции плечевого сустава у больного Ивана Ст-нова было уже невозможно. Поэтому она была выполнена профессором через несколько дней после его поступления в тыловой госпиталь. Это вынужденное оперативное вмешательство оказалось более радикальным, чем предполагалось, так как пришлось удалить не только сломанную головку плечевой кости, но и всю верхнюю треть ее; настолько значительным оказалось воздействие остеомиелита. Одновременно из каналов огнестрельной раны было извлечено множество мелких костных секвестров и даже «кусок гнилой материи».

После операции началось медленное заживление послеоперационной раны, в ходе которого «закрылись» многочисленные гнойные свищи. Выздоровление наступило к ноябрю 1942 г., или через 3 месяца после поступления больного в Красноярский тыловой госпиталь. Конечно, этот больной стал инвалидом, так как его плечевой сустав больше «не работал». Но с этих пор его жизни не угрожала опасность сепсиса и прочих осложнений, которыми богаты гнойные заболевания.

В главе «Плечевой сустав» можно найти и результаты экспериментальных исследований Войно-Ясенецкого, посвященных типичным путям гнойных затеков, по которым гной распространяется из области плечевого сустава в окружающие его мягкие ткани. Автору удалось изложить их настолько доступным образом, что даже начинающий хирург в состоянии усвоить этот сложный раздел топографической анатомии, чтобы на практике предвидеть и не допускать развития новых осложнений гнойного артрита плечевого сустава.

То же предостережение можно видеть и в другой главе «Поздних резекций...», посвященной гнойным артритам локтевого сустава огнестрельного происхождения. Здесь, к примеру, также указывалось, что «гнойное воспаление локтевого сустава может быть очень тяжелым и опасным для жизни, так как при нем возможны большие затеки гноя» [Там же, С. 91].

Вместе с тем и в этом разделе новой монографии Войно-Ясенецкий привлекал внимание к явным преимуществам ранней резекции в случае гнойных артритов огнестрельного происхождения или тяжелых огнестрельных внутрисуставных переломов перед консервативной хирургической тактикой в деле их лечения. Здесь приводились два показательных примера, взятых из собственной хирургической практики. В обоих случаях шла речь о раненых, имевших очень похожие огнестрельные ранения области локтевого сустава.

Однако одному из них была выполнена ранняя резекция локтевого сустава через месяц после ранения, в результате чего он был выписан по выздоровлению спустя 4 месяца после операции.

Другой же раненый лечился консервативно целый год, прежде чем ему была произведена поздняя резекция локтевого сустава. Он тоже выписался из госпиталя по выздоровлению через 4 месяца после операции. Понятно, что многих месяцев его страданий, связанных с тяжелым ранением, можно было бы избежать, если следовать активной хирургической тактике, на которой настаивал профессор Войно-Ясенецкий в случаях гнойных артритов огнестрельного происхождения.

Из сведений последней главы «Поздних резекций...», названной как «Лучезапястный сустав», понимаешь, что эта категория больных оказалась самой малочисленной за время работы профессора в тыловом эвакуационном госпитале № 1515 в 1941—1943 гг. (10 человек) и далеко не самой тяжелой, так как «ни у одного раненого не было тяжелых явлений (гнойной. — *Ю. Ш.*) инфекции» [Там же, С. 96].

Однако почти все они поступали, как отмечал Войно-Ясенецкий, с мучительными болями в раненой руке, и эта особенность определяла срочность выполнявшейся им операции. После нее «все больные испытывали большое облегчение.., а горячие ванны ускоряли очищение и заживление ран. У некоторых больных сохранялась в большей или меньшей степени подвижность пальцев» [Там же].

Облегчение страданий и посильное восстановление функции кисти — вот главные цели, к которым стремился профессор в случаях огнестрельных ранений области лучезапястного сустава, осложненных остеомиелитом.

Таким образом, новая монография Войно-Ясенецкого под названием «Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов» представляла собой выдающийся вклад в развитие отечественной военно-полевой хирургии. Главным ее достоинством являлся обоснованный отказ от консервативного лечения огнестрельных ранений суставов и переход к активной хирургической тактике при выполнении не только поздних, но и ранних резекций крупных суставов, являвшихся в те годы единственным средством спасения жизни раненого, а также сохранения раненой конечности в большинстве случаев.

Актуальность новой работы действительно определялась временем ее появления, когда большинство хирургов тыловых госпиталей, мало знакомых с принципами военно-полевой хирургии, были вынуждены использовать способы консервативного лечения раненых там, где их теоретические знания и особенно практические навыки оказывались не на высоте. Это обстоятельство было очевидным не только для профессора Войно-Ясенецкого. Однако лишь он сумел противопоставить ему собственную монографию о поздних резекциях, которая способствовала формированию активной хирургической позиции в деле оперативного лечения огнестрельных ранений крупных суставов.

Консервативный способ хирургического мышления, свойственный многим тыловым хирургам в случаях гнойных осложнений огнестрельных ран, в 1943 г. уже не был секретом и для руководящего состава медицинской службы.

В начале года в местном эвакуационном пункте № 49 (МЭП-49) Красноярского края, территориально находившемся в Сибирском военном округе (СибВО), подводились итоги работы тыловых госпиталей за 1942 г. Здесь впервые подверглась решительной критике консервативная тактика, взятая на вооружение многими хирургами. Решению той же задачи была посвящена окружная хирургическая конференция СибВО, проходившая 24—29 марта 1943 г. в Новосибирске. В ней приняли участие 344 хирурга, включая хирургов МЭП-49, в числе которых был и профессор Войно-Ясенецкий.

Одним из программных вопросов конференции стало оперативное лечение остеомиелита, являвшегося частым осложнением огнестрельных переломов костей. Этому грозному осложнению было посвящено 28 докладов, включая сообщения главного хирурга СибВО профессора А. И. Мануйлова (Новосибирск) и ведущего хирурга эвакуационного госпиталя № 1515 В. Ф. Войно-Ясенецкого (Красноярск), а также еще большее число выступлений в прениях.

В частности, профессор Мануйлов констатировал «непонятный консерватизм и несвойственную духу нашей хирургии нерешительность» [283, С. 22], которые нередко проявлялись во многих госпиталях СибВО в деле оперативного лечения острого остеомиелита в течение 1942 г. Он утверждал, что здесь необоснованно преобладали консервативные методы лечения, тогда как оперативная активность сибирских хирургов в этих случаях оставалась невысокой.

Вскоре на трибуне конференции его сменил профессор Войно-Ясенецкий, выступивший с программным докладом, в котором приводился «Наш опыт лечения огнестрельного остеомиелита в госпитале глубокого тыла» [284].

Столь пристальное внимание сибирских хирургов к задаче оперативного лечения огнестрельного остеомиелита объяснялось просто. В те годы была распространенной особая точка зрения на патогенез такого осложнения огнестрельных ранений, в связи с которой хирургам не рекомендовалось оперировать больного в начальной стадии остеомиелита, так как оперативное вмешательство, проведенное в этот период, якобы провоцировало проникновение гноеродной инфекции в кровь, что влекло за собой развитие сепсиса — реальной угрозы для его жизни. Действительно, многие хирурги отмечали существенное ухудшение общего состояния у большинства больных после ранних оперативных вмешательств по этому поводу. Это ухудшение сопровождалось резким повышением температуры тела и усилением болей в области послеоперационной раны. Считалось, что эти признаки свидетельствовали об опасном «всплеске» активности гноеродных микробов, вызванном операцией, проведенной в ранние сроки после развития огнестрельного остеомиелита.

Поэтому эти больные обычно оперировались через несколько недель и даже месяцев после обнаружения его начальных

признаков, когда организм раненого якобы сформировал некий барьер, способный противостоять распространению гнойной инфекции.

Профессор Войно-Ясенецкий относился с уважением к точке зрения многих хирургов по поводу хирургической тактики в случаях огнестрельного остеомиелита. Однако его собственный практический опыт, полученный в годы работы в тыловом эвакуационном госпитале, свидетельствовал об обратном. К тому же он основывался на лучших достижениях отечественной и мировой медицины, которые профессор не упускал из виду, работая в Красноярске.

«По наблюдениям английских хирургов в нынешнюю войну, — заявил Войно-Ясенецкий на этой конференции, — раннее удаление всех свободных осколков кости, инородных тел, различных загрязнений, иссечение нежизнеспособных тканей с рассечением всех карманов.., по-видимому, следует считать самым лучшим способом лечения огнестрельных переломов... и самым действенным средством предотвращения... остеомиелита» [Там же, С. 85].

Это заключение Войно-Ясенецкого, сделанное в марте 1943 г., намного опередило свое время, и в наши дни оно остается вполне созвучным современному понятию о первичной хирургической обработке огнестрельной раны. Напомним, что оно было сделано в условиях тылового эвакуационного госпиталя, куда сплошь и рядом поступали раненые, которым проводилась явно недостаточная хирургическая обработка огнестрельных ран на передовых этапах медицинской эвакуации. Это печальное обстоятельство только способствовало развитию гнойных осложнений, среди которых преобладал остеомиелит.

Отсюда следовали важные выводы, сделанные Войно-Ясенецким на мартовской (1943) конференции сибирских хирургов. Нельзя принципиально допускать отсрочки в проведении оперативных вмешательств в раннем периоде огнестрельного остеомиелита, гласил один. Нужно учить оперировать военно-полевых хирургов, которые в совершенстве владеют только консервативными способами лечения раненых, указывалось во втором.

Оригинальные формулировки таких выводов можно видеть в его докладе под названием «Наш опыт лечения огнестрельного остеомиелита в госпиталях глубокого тыла».

«Решение вопроса о допустимости смелого нарушения грануляционного вала[119] в инфицированных и гнойных ранах надо считать важнейшим достижением военной хирургии в настоящую войну, — доказывал профессор Войно-Ясенецкий с трибуны окружной хирургической конференции СибВО. — Очевидно и при остеомиелите вполне допустимо оперативное вмешательство в ранние сроки, и нет оснований долго оставлять в глубине раны гнилостные секвестры, обрывки одежды и некротические ткани из боязни вызвать обострение инфекции» [Там же, С. 86].

Это заключение Войно-Ясенецкого, с которым соглашались далеко не все современники хирурга, также может быть отнесено к числу опередивших свое время. В наши дни, к примеру, никто из военно-полевых хирургов не будет отказываться от выполнения ранних оперативных вмешательств по поводу огнестрельного остеомиелита.

Нас много лет приучали к выводу, что советская военная медицина 1941—1945 гг. являлась одной из передовых в мире. Не подвергая сомнению этот вывод, отметим только, что сведения об обратной стороне этой медали крайне редко можно встретить в доступной медицинской литературе. Одним из таких правдивых источников служит уже известный нам мартовский (1943) доклад профессора Войно-Ясенецкого, опубликованный без цензурных поправок и всяческих прикрас.

«Огромное количество раненых, страдающих остеомиелитом, находится на попечении не умеющих оперировать врачей.., — с горечью сообщал он участникам хирургической конференции. — К сожалению, неопытные и несведущие в хирургии врачи без конца лечат таких больных перевязками, мазью Вишневского и стрептоцидом...» [Там же, С. 86, 90] вместо проведения ранних оперативных вмешательств для уменьшения их страданий, сокращения сроков пребывания в госпиталях военного времени, ограничения инвалидности.

«Это печальное положение дела (следует. — *Ю. Ш.*) улучшить» [Там же, С. 90], — обращался профессор к слушателям, предлагая различные способы для достижения поставленной цели. Одним из них он считал врачебное самообразование, так

---

[119] Это тот самый барьер, который препятствовал распространению гнойной инфекции за пределы первичного очага.

как, по сути, сам во многом являлся хирургом-самоучкой. Поэтому, его новые монографии, включая II издание «Очерков гнойной хирургии» и «Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов», имели важнейшее практическое значение: научить будущих хирургов всему тому, что постиг сам в течение собственной хирургической практики.

Кроме того, в научном сообщении Войно-Ясенецкого, сделанном на мартовской (1943) конференции сибирских хирургов, были приведены лишь некоторые результаты его деятельности в области поздних резекций крупных суставов, те, которые профессор считал наиболее значительными. В нем отмечалось, что все эти сведения «подробно описаны мною в докладе о поздних резекциях при огнестрельных повреждениях суставов» [Там же, С. 87]. Однако в сборнике «Трудов окружной хирургической конференции госпиталей Сибирского военного округа» такого доклада обнаружить не удалось. По всей видимости, этот доклад не был опубликован, отчего одна из научных работ видного хирурга, выполненная в 1943 г., продолжает оставаться неизвестной.

Случилось так, что председателем хирургической секции по теме «Огнестрельные остеомиелиты» на этой хирургической конференции был московский профессор Т. П. Краснобаев, с которым профессор Войно-Ясенецкий вступил в полемику во второй половине 20-х годов, когда готовил к опубликованию I издание «Очерков гнойной хирургии». Суть научных разногласий двух ученых состояла в различном понимании объема хирургического вмешательства при остром остеомиелите трубчатых костей. Тогда Т. П. Краснобаев рекомендовал ограничиться разрезом мягких тканей, а Войно-Ясенецкий, считая предложение Т. П. Краснобаева недостаточным, настаивал на более радикальной операции, которая заканчивалась вскрытием костномозгового канала. Сведения об этой дискуссии можно видеть в I издании «Очерков гнойной хирургии» (1934).

Долгое время и Краснобаев, и Войно-Ясенецкий оставались каждый при собственном мнении. Однако ко времени встречи на мартовской (1943) конференции, проходившей в Новосибирске, московский хирург, по-видимому, сумел отказаться от прежней позиции и стал разделять точку зрения Войно-Ясенецкого по этому вопросу.

Поэтому подводя итоги работы конференции по теме «Огнестрельные остеомиелиты», профессор Т. П. Краснобаев под-

черкивал, что «в начале войны у многих врачей было спутанное представление об этом заболевании, соединяющее в себе картину инфекционного гематогенного остеомиелита (по поводу которого возник научный спор между Краснобаевым и Войно-Ясенецким. — *Ю. Ш.*) и инфицированного оскольчатого перелома костей. Все это отошло в прошлое...» [285, С. 189—190].

Нет сомнений, что единство научных воззрений участников конференции по поводу хирургической тактики при остеомиелитах различной локализации, имевших огнестрельный характер, было достигнуто во многом, благодаря позиции профессора Войно-Ясенецкого. В ходе конференции стал общепризнанным разумный радикализм при оперативном лечении огнестрельных остеомиелитов, который отстаивал ведущий хирург красноярского эвакуационного госпиталя № 1515. С этого времени отошли в прошлое попытки подмены оперативного лечения гнойных осложнений огнестрельных переломов костей, включая остеомиелит, консервативными методами борьбы с ними.

Однако практическое значение окружной хирургической конференции госпиталей СибВО для научной деятельности профессора Войно-Ясенецкого не ограничивалось формированием единой точки зрения на оперативное лечение огнестрельных остеомиелитов.

В ходе конференции состоялись и частные встречи хирурга и епископа с видными делегатами. Немаловажную роль в его дальнейшей судьбе сыграла встреча с главным хирургом СибВО профессором А. И. Мануйловым, происходившая в Новосибирске в один из мартовских дней 1943 г. Войно-Ясенецкий показал ему рукопись II издания «Очерков гнойной хирургии», подготовленную для опубликования, и просил об отзыве на эту работу. Профессор А. И. Мануйлов не только согласился сделать это, но и выполнил задачу рецензента в сжатые сроки, с упоением и восторгом прочитав новую монографию Войно-Ясенецкого.

Это была первая «путевка в жизнь», данная ей Мануйловым[120]. Наряду с другими она сыграла важную роль в успешном

---

[120] Вторую «путевку» дал московский профессор Н. Н. Приоров, главный хирург управления эвакогоспиталей НКЗ РСФСР, во время очередного приезда в Красноярск в 1943 г.

представлении этой монографии, а также «Поздних резекций при инфицированных огнестрельных ранениях суставов» на соискание Сталинской премии за 1943—1944 гг. Хотя сама рецензия не сохранилась, но известно, что в отзыве профессор Мануйлов превозносил эту «книгу до небес» [36, С. 413].

Здесь же в Новосибирске профессор Войно-Ясенецкий заручился поддержкой главного хирурга СибВО в деле опубликования в местном издательстве «Поздних резекций...», работу над которыми пришлось спешно заканчивать, чтобы скорее отправить туда рукопись. Однако эти усилия профессора Мануйлова не увенчались успехом. В новосибирском издательстве выдающуюся работу Войно-Ясенецкого не сумели включить в план 1943 г.: не было бумаги. Отказ в ее опубликовании видный хирург получил и от красноярского краевого издательства (причина отказа та же).

Лишившись в апреле 1943 г. последней надежды на успех с изданием «Поздних резекций...», видный хирург понимал, что та же судьба может ожидать и «Очерки гнойной хирургии», второе издание которых к тому времени уже было подготовлено к опубликованию. Тогда он решился на рискованный шаг, написав письмо И. В. Сталину с просьбой о содействии в издании этой книги, являвшейся особенно актуальной для врачей в военное время.

2 мая 1943 г. это письмо было отправлено из Красноярска в Москву. К нему прилагались восторженные отзывы о монографии, принадлежавшие профессорам А. И. Мануйлову и Н. Н. Приорову.

Практически одновременно Войно-Ясенецкий обратился к московским профессорам Н. Н. Приорову и И. Г. Руфанову — главным хирургам управлений эвакуационных госпиталей в Наркомздравах РСФСР и СССР соответственно. Оба получили одну и ту же просьбу: содействовать скорейшему опубликованию «Поздних резекций...», чтобы новая монография увидела свет до окончания Великой Отечественной войны (она нужна военно-полевым хирургам).

Ближайшие результаты превзошли самые смелые ожидания. К 1 июля 1943 г. профессор Войно-Ясенецкий получил ответ из Медицинского государственного издательства. В нем содержалось предложение о срочном представлении в Медгиз рукописи II издания «Очерков гнойной хирургии». Вскоре в

Наркомздрав СССР была затребована и рукопись «Поздних резекций при инфицированных огнестрельных ранениях суставов». Автор монографий вновь воспрянул духом. Он даже стал надеяться, что в Москве к началу 1944 г. будут опубликованы обе книги.

К началу июля того же года штаты красноярского МЭП-49 были пересмотрены и существенно сокращены. Не избежало перемен и штатное расписание тылового эвакуационного госпиталя № 1515. В нем уменьшилось не только число лечебно-диагностических отделений, но и коечная емкость, которая стала составлять всего 250 коек вместо прежней тысячи. В результате изменился госпитальный коллектив: многие врачи были переведены в другие лечебные учреждения. Сокращение госпиталя и переводы персонала сопровождались награждением лучших врачей и сестер. Профессор Войно-Ясенецкий еще летом 1942 г. был представлен к награждению высокой правительственной наградой.

«По-видимому, к ордену, — писал он по этому поводу в одном из писем, адресованных Н. П. Пузину. — Поистине стремительная эволюция от persona odiosa к persona grata» [295, С. 210].

Однако заслуженной правительственной награды в это время профессор не получил. Вместо нее его труды по спасению многих раненых были отмечены благодарностью и грамотой военного совета СибВО. При этом Войно-Ясенецкий был оставлен в том же госпитале № 1515 в качестве ведущего хирурга и заведующего одним из хирургических отделений.

Событием 1943 г. стала еще одна научная работа профессора Войно-Ясенецкого, отправленная им для опубликования в журнал «Госпитальное дело», орган главного управления эвакогоспиталей НКЗ РСФСР. Она увидела свет в следующем году в виде краткого сообщения под оригинальным названием «Разрез, без которого нельзя излечить гнойный коксит».

Здесь приводилось описание нового доступа, разработанного Войно-Ясенецким с целью вскрытия одного из частых и опасных затеков гноя, имевших место при гнойном воспалении тазобедренного сустава (коксите), носившем огнестрельный характер. Гнойный затек из этой области в большинстве случаев распространялся между крылом подвздошной кости и внутренней подвздошной мышцей, со вскрытия которого профессор рекомендовал начинать оперативное вмешательство по поводу гнойного коксита.

Он придавал такому вскрытию определяющее значение в оперативном лечении этого заболевания, так как без него даже «резекция тазобедренного сустава, конечно, не спасет больных, и они погибнут от невскрытого затека при неправильном диагнозе — sepsis» [286].

Большинство хирургов того времени предпочитало выполнять вскрытие такого затека «обычным разрезом над пупартовой связкой» [Там же]. В этом случае они, как правило, имели дело с опасным кровотечением из крупной артерии. Поэтому Войно-Ясенецкий, основываясь на результатах ряда экспериментальных и клинических исследований, предлагал иной доступ, чтобы избежать кровотечения. По новой методике этот разрез следовало проводить «вдоль нижнего края пупартовой связки» [Там же], используя для перфорации нижележащих мышечных слоев не режущие, а расслаивающие мышцу хирургические инструменты. Тогда вскрытие опасного гнойного затека из области тазобедренного сустава могло быть выполнено намного быстрее, чем общепринятым способом: за 30 секунд и без всякого кровотечения.

Так новый способ спасения жизни раненых в случае гнойного коксита, разработанный профессором в Красноярске, вошел в сокровищницу его научных достижений, где имелось немало ценных предложений. Каждое из них играло свою роль в оперативном лечении, без чего ближайшие и отдаленные практические результаты не были бы столь значительными.

В декабре 1943 г. в Красноярске состоялась научная конференция врачей Красноярского края, в работе которой принимали активное участие хирурги тыловых эвакуационных госпиталей, в том числе и профессор Войно-Ясенецкий, ведущий хирург эвакуационного госпиталя № 1515.

На этой конференции он выступил с докладом «О лечении огнестрельных эмпием плевры». Здесь же впервые представляли свои доклады его ученики, вернее ученицы. Эти научные сообщения стали свидетельствами разносторонних научных и практических интересов Войно-Ясенецкого в красноярский период его деятельности. Они посвящались решению широкого спектра научных проблем в области гнойной хирургии, где ученый достиг заслуженных успехов.

При этом круг его научных интересов не всегда определялся структурой контингента раненых и больных, поступавших на

лечение в тыловой эвакуационный госпиталь № 1515. Скорее всего, сама структура такого контингента могла быть, в некоторой степени, вариабельной, т. е. подчиненной научным и практическим интересам ведущего хирурга. В Красноярске профессор Войно-Ясенецкий пользовался огромным авторитетом, позволявшим ему оказывать некоторое влияние на структуру раненых и больных, лечившихся в этом госпитале.

В силу огромного практического опыта, феноменальных познаний и навыков в гнойной хирургии ему приходилось часто консультировать пациентов других красноярских госпиталей, лечение которых вызывало трудности. В результате «трудные» раненые и больные, оказавшиеся в тяжелейшем состоянии, угрожавшем жизни, переводились в тыловой эвакуационный госпиталь № 1515. Здесь они попадали под неустанную опеку ведущего хирурга, делавшего все возможное, чтобы спасти их жизни и по возможности избавить от тяжелой степени инвалидности.

Поэтому структура раненых и больных, лечившихся в этом госпитале, несколько отличалась от имевшейся в других красноярских госпиталях. Об этом, в частности, свидетельствовал и научный доклад профессора Войно-Ясенецкого, сделанный на декабрьской (1943) конференции врачей Красноярского края и посвященный огнестрельным эмпиемам плевры.

«Не только в госпиталях Красноярского края... лечение раненных в грудь с осложнением хронической эмпиемой плевры поставлено плохо, — сообщал Войно-Ясенецкий делегатам краевой научной конференции. — Но нельзя винить в этом врачей, потому что правильное лечение хронической эмпиемы — одна из трудных задач хирургии... Она далеко еще и не разрешена; даже опытнейшие хирурги еще весьма несовершенно справляются с нею» [287, С. 260].

Из материалов доклада известно, что в 1943 г. в тыловом эвакуационном госпитале № 1515 находилось на лечении 30 раненных в грудь, имевших тяжелейшее осложнение в виде гнойной эмпиемы плевры.

Напомним, что этот госпиталь первоначально был общехирургическим и не предназначался для лечения раненных в грудь, имевших гнойные осложнения. Инициатива его специализации или выделения в его составе самостоятельного лечебного отделения для раненных в грудь, вполне вероятно, принадлежала профессору Войно-Ясенецкому.

Возвращаясь к его докладу, отметим, что в зависимости от величины гнойной полости Войно-Ясенецкий выделял два вида такого осложнения, в том числе ограниченную и тотальную эмпиемы плевры. Понятие тотальной эмпиемы соответствовало огромной величине гнойной полости, которая располагалась от верхушки одного из легких до его нижнего края включительно. Раненных в грудь, имевших тотальную эмпиему, насчитывалось 11 из 30, лечившихся в госпитале № 1515. Эта грустная статистика отчасти позволяла судить о близости срока их ухода из жизни, если бы в судьбу раненых с тотальной эмпиемой не вмешался профессор Войно-Ясенецкий.

Нельзя не отметить, что хроническая эмпиема плевры, носившая огнестрельный характер, вовсе не являлась местным процессом нагноения, локализованным в одном из легких. Она отличалась общим воздействием на другие органы и ткани той целостной системы, которую представляет человеческий организм.

О крайней степени такого воздействия свидетельствовало раневое истощение, связанное с тяжелейшей интоксикацией организма микробными токсинами и некротическими продуктами распада его собственных тканей. Этот ядовитый поток ежеминутно попадал из легких в кровь раненого и не мог быть обезврежен или выведен собственными силами: с ним не справлялись ни печень, ни почки. Здесь и в других органах и тканях только накапливались органические токсины и яды, образуя таким образом «порочный круг», не оставлявший раненому никаких шансов на выздоровление. В результате некогда могучие мужчины, потерявшие не только аппетит, но и всякую веру в счастливое спасение, быстро превращались в бесплотную тень, не имевшую ни сил, ни желания, чтобы встать с постели, становившейся для них последним, смертным ложем.

«Двенадцатый больной, до крайности запущенный, поступил к нам через 14 месяцев после ранения в таком тяжелом состоянии, что не мог даже поворачиваться в постели, — сообщал о таком раненом в своем докладе Войно-Ясенецкий. — (Другой. — *Ю. Ш.*) больной 20 лет, поступил к нам через три месяца после ранения до такой степени истощенным, что от него остались положительно только кожа да кости. Он почти ничего не ел, был до крайности слаб... Была сделана отчаянная попытка спасти больного операцией; он ее хорошо перенес, но она опоздала и пользы не принесла» [287, С. 260, 265].

Своевременная операция, цель которой заключалась в ликвидации гнойной полости, имевшейся в области плевры, — вот единственный путь к спасению таких страдальцев, который справедливо указывал своим коллегам профессор Войно-Ясенецкий.

В виде иллюстрации он приводил здесь одну из историй болезни, связанную с лечением больного Е., страдавшего огнестрельной эмпиемой плевры в течение года и прошедшего за это время «много госпиталей», в числе которых (до поступления в эвакуационный госпиталь № 1515) оказался и один из красноярских, где больной провел 4 месяца. В ней отмечалось, что впервые гной из плевральной полости раненого был получен в результате диагностического прокола на девятый день после ранения. Однако ни в одном из госпиталей, где побывал этот раненый в течение года, ему не было выполнено ни одной хирургической операции, чтобы ликвидировать гнойную полость в области плевры.

«Дело дошло до самостоятельного вскрытия гноя сзади через грудную стенку, и гноя вытекало до литра в сутки» [Там же, С. 275], — так характеризовал профессор плачевное состояние больного Е. накануне перевода в тот красноярский госпиталь, где он являлся ведущим хирургом. Лишь здесь раненый был спасен Войно-Ясенецким, впервые выполнившим срочное и сложное оперативное вмешательство, которое на этот раз только чудом не запоздало.

«Рана почти зажила, уже через месяц больной выздоровел» [Там же], — свидетельствовал профессор о редкой удаче, сопутствовавшей успешному оперативному лечению этого больного.

Вместе с тем он хорошо понимал, что консервативная и откровенно выжидательная позиция многих хирургов, занятая ими в данном и во многих других подобных случаях неопровержимо свидетельствовала только о недостаточной их подготовке в области грудной хирургии.

Конечно, существовали и другие причины плачевного положения, сложившегося в красноярских госпиталях в оперативном лечении раненых с огнестрельными эмпиемами плевры. Часть из них носила организационный характер и могла решаться административными методами, доступными руководству МЭП-49. В штате МЭП состоял главный хирург или, точнее, инспектор по хирургии, как действительно называлась эта должность. Он

был призван объединять хирургическую деятельность госпиталей Красноярского края, в том числе и в интересах эффективного лечения раненных в грудь, имевших тяжелые осложнения в виде эмпием плевры. Он был из тех администраторов, о которых вспоминал первый хирург России Николай Пирогов, когда произнес свою знаменитую фразу о том, что не врачи, а администрация играет главную роль на войне.

Главному хирургу МЭП-49 следовало создать в одном из 17 тыловых эвакуационных госпиталей края специализированное лечебно-диагностическое отделение, предназначенное для лечения раненных в грудь, имевших осложнения в виде эмпием. Им мог заведовать только хирург, имевший необходимый опыт практической работы в области грудной и гнойной хирургии.

Административным путем предотвращалось и рассеивание раненных в грудь по многим госпиталям, где им заведомо не могла быть оказана хирургическая помощь в нужном объеме. С этой целью нужно было запретить консервативное лечение этой категории раненых, а в случае их выявления в том или ином госпитале — переводить туда, где имелось специализированное лечебно-диагностическое отделение.

Практическая реализация несложных административных мер могла способствовать улучшению результатов лечения раненных в грудь, имевших осложнения в виде гнойных эмпием.

Этот вывод очевиден в наши дни, когда многолетний опыт советской медицины, достигнутый в годы Великой Отечественной войны 1941—1945 гг., давно обобщен и изучен многими поколениями врачей-организаторов.

Однако в 1943 г. в Красноярском крае таким организационным опытом не обладал ни главный хирург МЭП-49, ни ведущие хирурги тыловых эвакуационных госпиталей, развернутых на территории края.

Поэтому сегодня представляется необыкновенной инициатива профессора Войно-Ясенецкого, впервые осуществившего в эвакуационном госпитале № 1515 смелый эксперимент, состоявший в организации работы специализированного отделения для раненных в грудь, имевших гнойные осложнения в виде эмпием плевры. Это отделение имело своего заведующего (им стал Войно-Ясенецкий наряду с выполнением остальных должностных обязанностей), прочий врачебный и средний медицинский пер-

сонал, необходимое оснащение и по меньшей мере 15—20 развернутых коек, выделенных за счет одного из хирургических отделений.

Чудесное нововведение позволило Войно-Ясенецкому «собирать» в специализированном отделении профильных раненых и без организационного вмешательства главного хирурга МЭП-49. Из всех госпиталей Красноярского края только в госпитале № 1515 осуществлялось оказание специализированной хирургической помощи и последующее лечение до определившегося исхода раненных в грудь, имевших гнойные эмпиемы.

На этом организационном пути было немало трудностей, не все из которых удалось преодолеть. К примеру, в докладе профессора Войно-Ясенецкого, адресованном хирургам Красноярского края и одновременно руководству МЭП-49, есть сведения о существенных недочетах в организации этой работы. Они были связаны с отсутствием диагностической аппаратуры, без которой усложнялась установка точного диагноза в случаях огнестрельных эмпием плевры.

К числу диагностических недочетов относились ограниченные возможности бактериологической лаборатории, развернутой в тыловом эвакуационном госпитале № 1515. Здесь не могли быть выполнены исследования, связанные с определением видовой принадлежности патогенных микроорганизмов, обнаруженных в содержимом и отделяемом эмпием, особенно в случае анаэробной инфекции.

В других же странах, по мнению Войно-Ясенецкого, к которым принадлежала и Франция, «были прекрасно поставлены самые полные бактериологические исследования даже вблизи линии фронта» [287, С. 262]. Трудно сказать, почему подобных исследований нельзя было осуществлять в глубоком тылу нашей страны на третьем году Великой Отечественной войны 1941—1945 гг. или через два года после развертывания в Красноярске 10 эвакуационных госпиталей.

Отметим, что сведения профессора, приведенные применительно к Франции, относились к периоду Первой мировой войны 1914—1918 гг.

К другим недостаткам диагностики, имевшимся в том же госпитале, Войно-Ясенецкий относил отсутствие фистулографии — одного из видов рентгенологического исследования,

позволявшего точно определить направление свищевого хода, ведущего в тот или иной гнойный очаг. В случаях огнестрельных эмпием этот свищевой ход, имевший извилистое и протяженное направление, не мог быть исследован только с помощью зонда, как происходило во времена Н. И. Пирогова. Исследование «дедовским методом» гнойных свищей, имевшихся в области грудной клетки, редко, но становилось причиной «больших несчастий». В одном из таких случаев был сделан ошибочный вывод, за которым последовали неадекватные оперативные приемы, ставшие причиной смерти несчастного раненого.

«У другого больного свищ, казавшийся плевральным, направлялся в забрюшинную поясничную клетчатку, но больной благополучно выздоровел [Там же, С. 270], — отмечал Войно-Ясенецкий по поводу недостоверности зондирования гнойных свищей, локализовавшихся в области грудной клетки. — Конечно, фистулография могла бы предотвратить беду в наших случаях, но мы не имели возможности произвести ее» [Там же].

В специализированном отделении для раненных в грудь, имевших гнойные осложнения, в 1943 г. находилось на лечении 30 профильных раненых.

Многих из них удалось спасти благодаря Войно-Ясенецкому, ставшему не только одним из организаторов специализированной медицинской помощи в эвакуационных госпиталях Красноярского края, но одним из первых торакальных[121] хирургов, успешно действовавших на этой территории в 1943 г.

Видный хирург, работая в Красноярске в 1942—1943 гг., подготовил здесь и собственную смену, состоявшую из нескольких врачей-женщин. В тыловом эвакуационном госпитале № 1515 одни из них занимали должности заведующих хирургическими отделениями (А. Х. Левикова, Н. С. Панова), нейрохирургическим отделением (А. Д. Мочалова) [288], другие являлись ординаторами (Л. Б. Элинсон). Об этом можно судить по содержанию научных сообщений, сделанных этими врачами на краевой научной конференции, проходившей в Красноярске в декабре 1943 г.

---

[121] Torax — грудь (*лат.*).

К примеру, А. Х. Левикова выступала с докладом, посвященным хирургическому лечению травматического остеомиелита тазовых костей [289], в котором обобщались результаты лечения 70 больных, в том числе 17, имевших остеомиелит крестцово-подвздошного сочленения.

Надо отметить, что в новой монографии профессора Войно-Ясенецкого под названием «Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов», над которой он работал в течение 1942—первой половины 1943 г., есть глава, названная автором как «Крестцово-подвздошное сочленение» [282, С. 61—64]. В ней рассматривались 10 случаев огнестрельных ранений этой области, осложненных остеомиелитом. Это были те же случаи, которые вошли в доклад А. Х. Левиковой и приводились в нем в числе 17. Обзор Левиковой содержал большее число случаев, потому что был закончен к декабрю 1943 г. Обзор профессора Войно-Ясенецкого включал 10 из них (он был завершен раньше).

Об использовании одних и тех же историй болезни для подготовки Войно-Ясенецким этой главы «Поздних резекций...» и научного доклада А. Х. Левиковой свидетельствовало содержание этих работ. В них приводилась история болезни красноармейца 23 лет, раненного 16 октября 1941 г. осколком снаряда в область левой ягодицы. Сведения из нее приведены как Войно-Ясенецким [Там же, С. 62], так и Левиковой [289, С. 25—26]. Описывая этот случай, оба автора указывали, что 6 февраля 1942 г. этому больному «нами произведена операция под эфирным наркозом», и раздельно описали ее ход. Это обстоятельство подтверждало участие Левиковой в данном оперативном вмешательстве в качестве ассистента профессора Войно-Ясенецкого.

Научное и практическое сотрудничество в области поздних резекций крестцово-подвздошного сочленения означало, что врач-хирург А. Х. Левикова в 1942—1943 гг. являлась ученицей профессора Войно-Ясенецкого, выполняя одну из научных задач, поставленную перед ней ее учителем.

Решение другой научной задачи было поручено Войно-Ясенецким врачу-хирургу Н. С. Пановой, которую также можно назвать его ученицей в красноярский период времени. Являясь заведующей одного из хирургических отделений, она непосредственно исполняла обязанности лечащего врача у раненых,

которые страдали кариесом реберных хрящей. Это было редкое, но исключительно тяжелое осложнение ранений и травм области грудной клетки. Оно носило гнойный характер и отличалось продолжительным течением, в ходе которого в процесс нагноения вовлекались новые реберные хрящи, в том числе не только на стороне ранения (травмы), но и на противоположной.

Еще в 1923—1924 гг. профессор Войно-Ясенецкий посвятил такому осложнению две своих работы под названием «Кариозные процессы в реберных хрящах и их оперативное лечение», опубликованные в немецком и советском хирургических журналах. В 1942—1943 гг. он снова обратил внимание на это осложнение, имевшееся у нескольких раненых, лечившихся в красноярских эвакуационных госпиталях. Это было время окончания работы над II изданием «Очерков гнойной хирургии», куда он собирался включить дополнительную главу, которой не было в I издании монографии. Новая глава (XVI) посвящалась остеомиелиту ребер. Здесь Войно-Ясенецкий рассмотрел другое осложнение ранений и травм грудной клетки в виде «кариозных процессов в реберных хрящах».

С этой целью профессор собирал сведения о профильных раненых, имевших это осложнение. Ввиду сложности его лечения другие хирурги охотно переводили таких раненых в тыловой эвакуационный госпиталь № 1515. Здесь они направлялись в хирургическое отделение, которым заведовала Н. С. Панова. По поручению Войно-Ясенецкого она ассистировала ему на операциях, выполнявшихся по поводу кариеса реберных хрящей, а также обеспечивала проведение послеоперационного лечения.

Это долговременное сотрудничество учителя и ученицы, осуществленное в области грудной и гнойной хирургии, принесло каждому из них достойные научные результаты.

Так, к примеру, во II издании «Очерков гнойной хирургии» (1946) впервые увидел свет новый раздел главы XVI, посвященный кариозным процессам в реберных хрящах. А в декабре 1943 г. на краевой научной конференции было представлено первое научное сообщение Н. С. Пановой под названием «Caries реберных хрящей и его хирургическое лечение» [290]. В последующем эта работа была опубликована (1945).

В ней, в частности, указывалось, что «через наш госпиталь прошло сравнительно небольшое количество таких раненых

(17 человек. — *Ю. Ш.*), но оригинальность методики хирургического вмешательства, применяемого при этих поражениях ведущим хирургом нашего госпиталя профессором Войно-Ясенецким, и результаты лечения побуждают нас поделиться полученным опытом» [Там же, С. 67].

Здесь имелись указания на безуспешность консервативного лечения подобных осложнений, с одной стороны, и упорное, рецидивирующее течение гнойного процесса, в который вовлекались новые реберные хрящи, — с другой. Эти положения приводили автора к выводу о необходимости выполнения раннего оперативного вмешательства, носившего радикальный характер, в ходе которого обычно удалялись не только реберные хрящи, уже пораженные кариесом, но и расположенные рядом и казавшиеся визуально здоровыми.

Те же выводы имели место в ранних работах профессора Войно-Ясенецкого (1923—1924), посвященных тому же осложнению со стороны реберных хрящей. Спустя 20 лет они были успешно подтверждены Н. С. Пановой, которая в своей работе анализировала результаты практического применения нескольких методов оперативного лечения подобных осложнений, среди которых фигурировал и предложенный Войно-Ясенецким. Она свидетельствовала о преимуществах способа профессора Войно-Ясенецкого, делавших его более предпочтительным, чем остальные, несмотря на радикальный (и более опасный) характер последнего. К числу преимуществ Н. С. Панова относила почти гарантированное выздоровление раненых и больных в случае применения способа профессора Войно-Ясенецкого, а также «меньший процент осложнений» [Там же, С. 71], которым он якобы отличался от остальных.

Однако с этим выводом Пановой согласиться трудно. Вряд ли будет меньше послеоперационных осложнений у радикального способа, при котором требуется одномоментное удаление 4 реберных хрящей, перед тем, в ходе которого рекомендуется удаление одного или двух.

В действительности увеличение объема оперативного вмешательства только повышает риск возникновения осложнений. Как известно, способ профессора Войно-Ясенецкого принципиально отличался от остальных требованием одномоментного удаления многих реберных хрящей, включая и те, которые казались здоровыми на вид. Отсюда этот способ в случаях кариеса

реберных хрящей мог гарантировать избавление от рецидива гнойного процесса большего числа раненых и больных, чем предложения других авторов. Вместе с тем он оставался опаснее других способов, вызывая большее число новых осложнений, связанных не с кариесом, а непосредственно с применением способа видного хирурга.

Наше замечание нисколько не умаляет роли и значения научных достижений врача-хирурга Н. С. Пановой, ставшей преданной ученицей профессора Войно-Ясенецкого в красноярский период его деятельности.

В то же время у него многому сумела научиться и врач-невропатолог А. Д. Мочалова, заведовавшая в тыловом эвакуационном госпитале № 1515 неврологическим отделением. В действительности оно выполняло функции нейрохирургического. Здесь было проведено множество оперативных вмешательств по поводу огнестрельных ранений и травм как центральной, так и периферической нервной системы.

Об этом свидетельствовали данные одного из докладов, представленных делегатам краевой научной конференции в декабре 1943 г. В частности, в нем указывалось, что в нескольких эвакуационных госпиталях Красноярского края в 1942—1943 гг. было успешно выполнено около 50 сложных оперативных вмешательств по поводу абсцессов головного мозга. Большая часть из таких операций производилась профессором Войно-Ясенецким в неврологическом или, скорее, в нейрохирургическом отделении тылового эвакуационного госпиталя № 1515, которым заведовала А. Д. Мочалова. При этом ближайшие результаты их выполнения оценивались современниками как «подчас блестящие» [291, С. 232—233].

Кроме того, в том же отделении за два года (с декабря 1941 г. по декабрь 1943 г.) было произведено 85 оперативных вмешательств в области периферической нервной системы, большая часть которых выполнялась по поводу ранений и травм седалищного нерва (47).

В Красноярске, по сведениям А. Д. Мочаловой (1943), хирургом Войно-Ясенецким было разработано новое оперативное вмешательство, которое применялось «при высоком ранении седалищного нерва... путем откидывания в сторону большой седалищной мышцы» [292, С. 246]. Это — важное свидетельство ученицы, которая под его руководством выполнила немало по-

добных нейрохирургических операций, названных его способом профессора Войно-Ясенецкого. К сожалению, в наши дни отличительные особенности новых оперативных способов, разработанных профессором в области нейрохирургии, пока не установлены.

Остаются малоизвестными и результаты пересадок крупных периферических нервов, включая локтевой, выполненных в тыловом эвакуационном госпитале № 1515 в 1941—1942 гг. Это о них свидетельствовала врач-невропатолог А. Д. Мочалова (1943), указывая, что материалом для трансплантации служили нервы теленка, фиксированные в растворе формалина [Там же, С. 247—248].

Успешная и плодотворная хирургическая деятельность невропатолога А. Д. Мочаловой, быстро освоившей в годы войны нейрохирургическую специальность, являлась свидетельством высокого педагогического и профессионального мастерства Войно-Ясенецкого, под руководством которого проходило становление его учеников в красноярский период. Возможность быть рядом с Учителем творила чудеса: из невропатолога вдруг вырастал нейрохирург, а из общего хирурга — высококлассный специалист в области грудной хирургии или сформировавшийся научный сотрудник.

Конечно, подготовка научных кадров не входила в круг обязанностей ведущего хирурга тылового эвакуационного госпиталя № 1515. Вместе с тем, усвоив навсегда золотое правило московского профессора П. И. Дьяконова, состоявшее в том, чтобы без устали сохранять, накапливать и обобщать научный опыт в области практической хирургии, Войно-Ясенецкий щедро делился им со своими учениками по красноярскому госпиталю.

Поэтому врач-хирург Л. Я. Элинсон, трудившаяся в одном из отделений, смело взялась за выполнение самостоятельного научного исследования на тему: «Морфологические типы и особенности смещения отломков при огнестрельных переломах бедра», для чего ей понадобилось изучить и провести детальный анализ сведений, содержавшихся в 147 историях болезни [293, С. 95].

В декабре 1943 г. стали очевидными первые результаты научных успехов, достигнутых ученицами видного хирурга. Это были новые 4 сообщения, представленные А. Х. Левиковой, А. Д. Мочаловой, Н. С. Пановой и Л. Я. Элинсон вниманию де-

легатов краевой научной конференции. Тогда профессор Войно-Ясенецкий сидел среди почетных гостей в президиуме. Он волновался за каждую из учениц точно так же, как и профессор П. И. Дьяконов в свое время (его первый научный руководитель), не скрывая своего волнения и откровенно радуясь, когда все было хорошо и достойно.

Выдающиеся успехи ведущего хирурга и его учеников в области практической хирургии и научной деятельности во многом способствовали выделению среди других коллектива сотрудников тылового эвакуационного госпиталя № 1515. Так, по результатам работы в 1943 г. этот госпиталь был признан лучшим из 17 госпиталей, развернутых на территории Красноярского края, и награжден «переходящим знаменем Крайсовета депутатов трудящихся и Крайкома ВКП(б)» [294].

Нельзя не обратить внимание на очевидный факт, что успехи видного хирурга в начале 1943 г. стали сопровождаться его архиерейским служением в Красноярской епархии, куда он был назначен архиепископом Красноярским.

В Красноярске в первые годы Великой Отечественной войны не было ни одной действующей церкви. Поэтому епископу Луке не оставалось ничего другого, как молиться дома. Рассказывали, что одна стена его комнаты, находившейся на втором этаже II госпитального корпуса, блестела от окладов икон, преподнесенных Владыке верующими.

В феврале 1943 г. в предместье Красноярска, Николаевке, была открыта маленькая кладбищенская церковь, находившаяся в полутора часах ходьбы от госпиталя, где работал епископ Лука. Она была невелика. Здесь могло поместиться 40—50 прихожан, тогда как приходило на богослужение 200—300. Первое время служить в ней было невозможно не только архиерейским, но и священническим чином: не было облачений, диакона, певчих, псаломщика. Сначала при архиепископе Красноярском был только 73-летний протоиерей. Однако во все воскресные и праздничные дни 1943 г. епископ Лука ходил сюда, уставая порой до полного изнеможения, так как продолжительная ходьба сопровождалась большим подъемом в гору.

«Я проповедую, — сообщал он в одном из писем. — Это для меня и для народа огромная радость» [295, С. 213].

Первое архиерейское облачение Красноярскому архиепископу удалось получить только в Новосибирске, где в конце



Заседание Священного Синода. Слева направо: Святейший Патриарх Алексий I (Симанский), митрополит Николай (Ярушевич), архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий).

марта 1943 г. состоялась окружная хирургическая конференция СибВО, в работе которой он активно участвовал. В Красноярске такие одеяния оставались лишь в городском театре. «Но нам не дают их, — писал Владыка Лука, — считая, что важнее одевать их актерам... для комедийных действий» [37, 38]. С этих пор он не расставался с облачением иерарха Русской Православной Церкви, присутствуя в нем не только на богослужениях, но и на врачебных заседаниях или научных конференциях.

«В служении Богу вся моя радость, вся моя жизнь, ибо глубока моя вера, — делился с сыном Михаилом епископ Лука своей радостью от первых богослужений в Николаевской церкви. — Однако врачебной и научной работы я не намерен оставлять» [Там же].

Летом 1943 г., когда срок высылки епископа Луки в Красноярский край закончился, он получил, наконец, возможность выехать из Красноярска, не спрашивая ни у кого разрешения. Первый выезд Красноярского архиепископа состоялся в Москву, где 8 сентября 1943 г. проходил Поместный Собор, на котором Пат-

риарший Местоблюститель митрополит Сергий был избран Патриархом.

В списке из девятнадцати иерархов Русской Православной Церкви, принимавших участие в работе Собора, архиепископ Лука значился четвертым. На этом же Соборе Красноярский архиепископ был избран постоянным членом Священного Синода, куда входило шесть видных церковных иерархов.

Нельзя не отметить, что заседания Священного Синода проходили ежемесячно, тогда как переезд из Красноярска в Москву и обратно по тем временам занимал около трех недель. Поэтому 15 октября 1943 г. Красноярский архиепископ, по-прежнему остававшийся ведущим хирургом тылового эвакуационного госпиталя, был вынужден смиренно просить Патриарха Алексия I перенести его участие в заседаниях Синода на более поздний, по возможности летний, срок. Святейший Патриарх Алексий I принял во внимание исключительность положения Красноярского архиепископа и временно освободил его от личного присутствия на заседаниях [296].

Осенью 1943 г. Владыка Лука стал настаивать на переводе из Красноярского края, осуществить который было не просто.

С одной стороны, руководители МЭП-49 и военный совет СибВО старались уговорить профессора остаться в Красноярске, где продолжал работу тыловой эвакуационный госпиталь № 1515 (здесь он был развернут до октября 1944 г. включительно[122]).

С другой — Святейший Патриарх Алексий I, по-видимому, не возражал по поводу перевода Красноярского архиепископа в одну из западных епархий, но был вынужден согласовывать свои действия с руководством Наркомздрава РСФСР, в подчинении которого находились все тыловые эвакуационные госпитали, развернутые на территории республики.

Несколько месяцев продолжалось согласование между Патриархией и Наркомздравом, которое завершилось правительственной телеграммой, полученной архиепископом Лукой. Она была подписана народным комиссаром здравоохранения РСФСР

---

122 Некоторые исследователи были уверены, что переезд епископа Луки в Тамбов был связан с передислокацией туда же тылового эвакуационного госпиталя № 1515. Однако этот госпиталь, начиная с ноября 1944 г., находился в Гомеле, где вошел в состав Белорусского военного округа [275].

А. Ф. Третьяковым. В телеграмме значилось: «Намерены перевести Вас в Тамбов, широкое поле деятельности в госпиталях и крупной больнице». Архиепископ Красноярский немедленно ответил согласием. Из переписки со Святейшим Патриархом Алексием I он уже знал, что в этом случае состоится и его новое назначение — архиепископом Тамбовским и Мичуринским.

В феврале 1944 г. началось служение профессора Войно-Ясенецкого в Тамбовском областном отделе здравоохранения.

На земле тамбовской

«Примите мои утешения, мои бедные голодные люди...»

(архиепископ Тамбовский и Мичуринский Лука (Войно-Ясенецкий))

«Городок недурной, почти полностью сохранивший вид старого губернского города, — сообщал архиепископ Лука в одном из писем сыну. — Встретили меня здесь очень хорошо» [297].

Тамбов был знаком Святителю не понаслышке. Он уже бывал здесь в 1909 г. и даже сделал тогда доклад в местном научном обществе, посвященный регионарной анестезии, за что был избран его членом-корреспондентом.

В годы Великой Отечественной войны Тамбовская область представляла собой территорию огромной тыловой госпитальной базы, где в общей сложности было развернуто около 250 госпиталей различного типа, принявших более 600 000 раненых и больных солдат и офицеров [298, С. 89].

Как и в Красноярске, здесь действовал местный эвакуационный пункт, имевший свой порядковый номер (МЭП-52) и являвшийся органом управления тыловыми эвакуационными госпиталями НКЗ РСФСР. В дополнение к этим госпиталям к нему были приписаны госпитали других ведомств, в том числе Наркомата обороны, или НКО, (1) и ВЦСПС (11).

На 1 июня 1944 г. только в Тамбове был развернут 21 госпиталь, в том числе принадлежавшие НКО (1) и ВЦСПС (2), общая коечная емкость которых составляла 13 100 развернутых коек [299]. Остальные госпитали МЭП-52 дислоцировались на территории Тамбовской области (24), в том числе в Мичуринске, Моршанске и Котовске —11. В них насчитывалось 12 350 развернутых коек [Там же].

К февралю 1945 г. в Тамбове осталось 13 эвакуационных госпиталей, тогда как остальные были передислоцированы западнее. К этому времени уменьшилось и число лечебных учреждений, развернутых в Тамбовской области. Тогда здесь действовало 19 ТЭГ, большая часть которых находилась в Мичуринске, Моршанске и Котовске (11) [300].

К июлю 1945 г. эти же госпитали продолжали работать в Тамбове. Лишь количество госпиталей в Тамбовской области к тому же сроку уменьшилось до 16 [301].

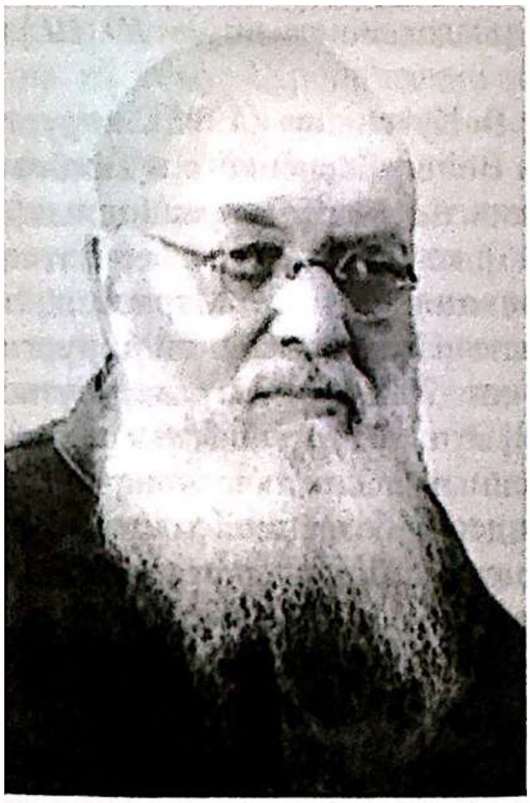
Их массовое расформирование началось только в ноябре того же года и продолжалось в течение 3 месяцев. Таким образом, к февралю 1946 г. в Тамбове остался единственный развернутый госпиталь под номером 1414, принадлежавший НКО [302].

В 1943—1944 гг. Тамбовский областной отдел здравоохранения возглавлял А. С. Гаспарян. Это ему звонил нарком здравоохранения РСФСР А. Ф. Третьяков в начале 1944 г. и предупреждал о приезде Войно-Ясенецкого: «К Вам приедет из Красноярска хирург, профессор, примите, создайте условия. Одновременно он будет служить в церкви архиереем...» [303, С. 3].

Звонок наркома стал важным свидетельством для Гаспаряна о принадлежности будущего консультанта не только к элите советских хирургов. Поэтому и встретили его здесь достойно, с должным уважением, в том числе и к высокому церковному сану.

По мнению А. С. Гаспаряна, в конце 1943—начале 1944 г. была начата специализация тамбовских тыловых эвакуационных госпиталей, большинство которых ранее имело общехирургический профиль. В госпитали направлялись врачи-специалисты высокой квалификации (нейрохирурги, офтальмологи, урологи и т. д.), привозившие с собой новое медицинское оборудование, которого не было в общехирургическом госпитале. На базе общехирургических отделений развертывались профильные лечебно-диагностические отделения, в том числе нейрохирургические, офтальмологические, урологические и другие. В результате общехирургические госпитали, где одновременно находились на лечении раненые с ранениями разной локализации, становились специализированными или предназначенными для лечения определенных групп пострадавших, в том числе для раненных в голову, грудь, живот, таз, верхние или нижние конечности.

Высококвалифицированные врачи-специалисты направлялись в тамбовские госпитали по линии управления эвакогоспиталей НКЗ РСФСР, главным хирургом которого в эти годы оставался профессор Н. Н. Приоров [304, С. 39]. Он был давним знакомым Войно-Ясенецкого и высоко оценивал беспримерную деятельность красноярского хирурга. Нет никаких сомнений, что этот видный московский хирург во многом способствовал



Консультант-хирург тыловых эвакуационных госпиталей Тамбовского областного отдела здравоохранения профессор В. Ф. Войно-Ясенецкий (1944 г.).

направлению епископа в Тамбовский областной отдел здравоохранения на должность одного из консультантов эвакуационных госпиталей.

Широкая специализация общехирургических госпиталей в Тамбове не могла осуществляться только за счет специализированных врачебных групп, прибывавших из Москвы и других городов РСФСР. Здесь активно проводилась переподготовка общих хирургов по той или иной хирургической специальности. Для этой цели использовались собственные силы, имевшиеся в распоряжении Тамбовского областного отдела здравоохранения.

По данным А. С. Гаспаряна, в 1943—1944 гг. в тамбовских эвакуационных госпиталях повысили квалификацию 266 врачей, в том числе 141 — по разным хирургическим специальностям [Там же]. В учебной деятельности Тамбовского облздравотдела принимал участие и профессор-хирург Войно-Ясенецкий.

«Работа в госпиталях идет отлично, зреет монография о лечении хронических огнестрельных эмпием плевры, — писал он сыну Михаилу из Тамбова. — **Читаю лекции врачам о гной-**

ных артритах... (выделено нами. — *Ю. Ш.*) Свободных дней почти нет» [305].

Как полагала В. Кученкова (1995), хирургическая деятельность профессора Войно-Ясенецкого в Тамбове чаще осуществлялась в нескольких тыловых эвакуационных госпиталях, в том числе № 5355 [306], который был развернут, по нашим данным, в здании Дома колхозника (ул. К. Маркса, д. 142/10), и включал 8 лечебно-диагностических отделений хирургического профиля общей емкостью от 700 до 900 развернутых коек в 1944—1945 гг. [307, 308]. Этот госпиталь был в основном предназначен для лечения раненных в нижнюю конечность, имевших огнестрельные повреждения бедренной кости и крупных суставов, в том числе тазобедренного, коленного и голеностопного [309].

Кроме того, в тыловом эвакуационном госпитале № 5894, где имелось несколько отделений грудной хирургии [310], профессор Войно-Ясенецкий продолжал научную деятельность в области хронических эмпием, начатую в Красноярске. ТЭГ № 5894, имевший 500 штатных коек, был развернут в Тамбове по улице Пионерской, д. 11, в здании бывшей школы № 21 [311]. Рассказывали, что в одном из хирургических отделений этого госпиталя висела икона, перед которой молился Святитель и хирург накануне каждой операции [306]. Это здесь «зрела монография», посвященная эмпиемам плевры и гнойным хондритам ребер (последние нередко назывались кариесом реберных хрящей), которая осталась незаконченной.

Между тем эта научная работа могла бы стать такой же выдающейся, как «Очерки гнойной хирургии» и «Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов», за которые их автор был удостоен Сталинской премии I степени.

Об актуальности научных исследований в этом направлении свидетельствовало одно из совещаний ученого медицинского совета, созданного при НКЗ РСФСР для рассмотрения важнейших научных проблем военного времени. Это совещание состоялось в июле 1944 г. и было посвящено гнойным осложнениям огнестрельных ранений в области грудной хирургии, к числу которых относились как хронические эмпиемы плевры, так и гнойные хондриты ребер. Его участниками стали главный хирург Красной Армии академик Н. Н. Бурденко, лауреат Сталинской премии профессор А. В. Вишневский, заслуженный деятель науки профессор Н. Н. Приоров [312] и многие другие авторитетные хирурги СССР, труды которых в области грудной хирургии

стали классическими. Один из основных докладов, сделанных на этом совещании на тему «Хронические эмпиемы раневого происхождения», принадлежал заслуженному деятелю науки московскому профессору Б. Э. Линдбергу.

Конечно, профессор Войно-Ясенецкий не мог стать участником такого авторитетного совещания, потому что его научная работа в этом направлении ограничивалась несколькими сообщениями и была далеко не закончена. Преклонный возраст да 11 лет тюрем и ссылок сделали свое дело: епископ и хирург не сумел завершить в Тамбове начатую монографию, посвященную одной из важных хирургических проблем. Однако направление этих исследований являлось несомненным доказательством их высокой актуальности и практической значимости для грудной и военно-полевой хирургии.

Есть основания предполагать, что хирургическую эстафету в деле оперативного лечения хронических эмпием плевры из слабеющих рук профессора Войно-Ясенецкого принял в Тамбове кандидат медицинских наук Л. Я. Шостак. Он был главным хирургом отдела эвакогоспиталей Тамбовского облздравотдела в 1944—1945 гг. и в то же время плодотворно трудился вместе с Войно-Ясенецким в ТЭГ № 5894, предназначенном для раненных в грудь, где решалась эта важная научная задача.

Об этом свидетельствовал доклад главного хирурга, сделанный 16 июня 1945 г. на II окружной научной конференции Орловского военного округа на тему: «Хирургическое лечение хронических эмпием плевры травматического происхождения».

По сведениям Л. Я. Шостака, приведенным в докладе, в ТЭГ № 5894 в течение 1944—1945 гг. им было проведено 46 оперативных вмешательств по поводу хронической эмпиемы плевры огнестрельного характера [313, С. 44].

Уже в 1947 г. он стал доктором медицинских наук в результате защиты диссертации под названием «Декортикация легкого при панцирной эмпиеме травматического происхождения» [314]. Эти блестящие результаты в научной сфере были достигнуты главным хирургом отдела эвакогоспиталей Тамбовского облздравотдела в 1944—1945 гг., т. е. в то время, когда в нем работал профессор Войно-Ясенецкий, также занимавшийся этой научной проблемой. О несомненном научном сотрудничестве Войно-Ясенецкого с главным хирургом свидетельствовали первичные источники (истории болезни ТЭГ № 5894 за июль, сентябрь и декабрь 1944 г., а также за февраль и апрель 1945 г.), ис-

пользованные Л. Б. Шостаком в его диссертационной работе. В ней же он ссылался на мнение епископа и хирурга, свидетельствовавшее об актуальности собственных исследований Л. Б. Шостака [Там же, Л. 158]. Это означало, что в Тамбове Л. Б. Шостак начинал эту работу под руководством профессора Войно-Ясенецкого и благодаря этому достиг значительных научных результатов, которые в недалеком будущем были положены в основу диссертационного исследования. Таков был закономерный итог этой работы, основанной на многогранном опыте, полученном Войно-Ясенецким в годы Великой Отечественной войны, в том числе и в оперативном лечении хронических эмпием плевры огнестрельного происхождения.

Известно, что особенности оперативных вмешательств по поводу эмпием он собирался рассмотреть в новой монографии, работу над которой епископ и хирург начинал в Тамбове. Ему не удалось самостоятельно довести выполнение этой сложной задачи до логического конца. Зато, работая вместе с Л. Я. Шостаком в ТЭГ № 5894, он щедро делился с ним собственным опытом, позволившим главному хирургу отдела эвакогоспиталей оперативно подготовить актуальную научную работу диссертационного характера.

Таким образом, только часть задуманного в Тамбове Войно-Ясенецкому удалось реализовать в научном сотрудничестве с главным хирургом. В конце концов, вместо монографии Войно-Ясенецкого, посвященной оперативному лечению хронических эмпием, увидела свет диссертация Л. Я. Шостака. Такое решение все-таки было лучше, чем хранить опыт военных лет в «долгом ящике», откуда он, как правило, становится не извлекаемым.

Кроме ТЭГ № 5355 и № 5894 хирургическая и научная деятельность профессора Войно-Ясенецкого в 1944—1945 гг. протекала и в других тамбовских госпиталях НКЗ РСФСР.

В частности, к ним относились ТЭГ № 5358 (600 коек) и ТЭГ № 5362 (400 коек). Первый из них находился в здании бывшей школы № 5 (ул. Пензенская, д. 62) и был предназначен для раненых, имевших огнестрельные ранения таза, сопровождавшиеся повреждениями тазовых костей и тазобедренного сустава. А во втором, развернутом в доме № 176 по ул. Советской, преимущественно лечились раненые с тяжелыми повреждениями верхних конечностей, включая ранения крупных суставов, в том числе плечевого, локтевого и лучезапястного.

Изучение научной проблемы, связанной с оперативным лечением ранений крупных суставов, сопровождалось участием Войно-Ясенецкого в работе некоторых врачебных совещаний и научных конференций, которых в Тамбове, по мнению В. Кученковой, в 1944—1945 гг. было более чем достаточно (она насчитала 190).

Яркие воспоминания о встрече с профессором Войно-Ясенецким на одном из них оставил В. А. Поляков, являвшийся в те годы ведущим хирургом тылового эвакуационного госпиталя на 700 коек, развернутого в Котовске. Он описывал один из воскресных дней 1944 г., когда в Тамбове проходило совещание начальников и ведущих хирургов эвакуационных госпиталей Воронежского военного округа, на территории которого был расположен Тамбов.

«Все расселись по своим местам, и за столом президиума уже поднялся председательствующий, чтобы объявить название доклада, — свидетельствовал Поляков. — Но вдруг широко отворились обе створки двери, и в зал вошел человек огромного роста, в очках. Его седые волосы ниспадали до плеч. Легкая, прозрачная белая кружевная борода покоилась на груди. Губы под усами были крепко сжаты. Большие белые руки перебирали черные матовые четки.

Человек медленно вошел в зал и сел в первом ряду. Председательствующий обратился к нему с просьбой занять место в президиуме. Он поднялся, прошел на подмостки и сел в предложенное ему кресло.

Это был профессор Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий» [207, С. 127].

Однако колоритное описание Поляковым облика хирурга не содержало деталей облачения архиепископа Луки, в котором он предпочитал присутствовать на собраниях врачей и ученых.

«Я сделал доклад об остеомиелите[123] на окружной конференции Орловского военного округа, — сообщал хирург старшему сыну в одном из мартовских писем 1944 г. — Выступал и заседал в президиуме в рясе, **с крестом и панагией** (выделено нами. — *Ю. Ш.*)» [297].

---

123 Это был тот же доклад, который сделан профессором в марте 1943 г. на окружной хирургической конференции СибВО. Окружная конференция врачей Орловского военного округа состоялась 19 марта 1944 г.

Архиепископ Лука ревностно отстаивал собственные принципы в обеих ипостасях и немало гордился этим. Он был готов выступать с научным докладом или врачебной лекцией перед любой аудиторией, но только в одеянии архиепископа. При этом архиепископ Лука не мог не понимать, что в каждой из них собирается больше противников, чем сторонников его верования. Вместе с тем он отказался бы от любого выступления, если требовалось выступать в светской одежде.

«Он уважать себя **заставил** (выделено нами. — *Ю. Ш.*) и лучше выдумать не мог». Это крылатое выражение А. С. Пушкина как нельзя лучше подходит к сущности событий тех далеких дней.

Сегодня никому не придет в голову требовать, чтобы иерархи Русской Православной Церкви выступали перед мирянами, среди которых немало атеистов, словно светские люди. С одной стороны, время явного «заигрывания» с атеистами в стране заканчивается. Однако с другой — время взаимного уважения как веры, так и безверия еще не наступило.

Хирург Поляков, сознательно опускавший в своем описании существенные подробности, отличавшие одеяние архиепископа Луки от одежды остальных участников научного форума, стал жертвой безверия, долго правившего одной седьмой частью нашего мира. Он не донес до нас правду об архиепископе, потому что не мог поступить иначе в 1957 г., составив неполное описание его облика. Неотъемлемые атрибуты его одеяния (крест и панагия), как символы Русской Православной Церкви, стали для Полякова «камнем преткновения».

Но теперь мы знаем, что и профессор Войно-Ясенецкий, и архиепископ Тамбовский и Мичуринский в 1944—1946 гг. выглядели совершенно одинаково.

По сведениям А. С. Гаспаряна, заведовавшего Тамбовским облздравотделом в годы войны, здесь Войно-Ясенецкого ожидала встреча с прошлым. В отделе он встретился с профессором Б. А. Стекольниковым, своим учеником и преемником по кафедре оперативной хирургии с топографической анатомией Ташкентского медицинского института.

В свое время Войно-Ясенецкого связывали со Стекольниковым доверительные отношения. Он был единственным из учеников епископа, кому были поручены экспериментальные и клинические испытания катаплазмы, начатые в Ташкенте в середине 30-х годов.



Профессор Б. А. Стекольников.

В июне 1941 г. Стекольников был призван в ряды Красной Армии, служил в ней на различных хирургических должностях, а в 1944 г. стал, как и Войно-Ясенецкий, одним из консультантов того же областного отдела здравоохранения. По занимаемой в Тамбове должности профессор Стекольников вновь догнал Войно-Ясенецкого, но опередить Учителя не смог. Не было в Тамбове равных архиепископу и хирургу.

Однако об этой встрече не вспоминали ни Святитель, ни Стекольников, хотя их имена А. С. Гаспарян, как свидетель прошедших событий, объединял в одной строке своих воспоминаний.

Вторая половина 1944 г. для профессора Войно-Ясенецкого стала особенной, потому что увидела свет его первая монография в области военно-полевой хирургии, получившая название «Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов». Мало того, что работу над ней автор завершил всего за полтора года. Эту монографию удалось опубликовать на два года раньше, чем II издание «Очерков гнойной хирургии», учитывая, что рукописи монографий были отправлены из Красноярска в Москву практически одновременно. Но Войно-Ясе-

нецкий стремился к тому, чтобы «Поздние резекции...» стали «первой ласточкой» и были опубликованы как можно скорее; в них, без сомнения, испытывалась большая нужда среди военно-полевых хирургов, работавших в тыловых госпиталях.

Все и случилось так, как он задумал. Можно ли сомневаться, что божественное провидение вновь указало верный путь сначала Красноярскому архиепископу Луке, а затем архиепископу Тамбовскому и Мичуринскому с тех самых пор, как он вернулся в лоно Православной Церкви?

«Поздние резекции...» увидели свет в виде 6-го выпуска из серии книг под общим названием «Восстановительная хирургия». В военные годы этот вид хирургической деятельности являлся предназначением хирургов тыловых эвакуационных госпиталей (ТЭГ), главная задача которых заключалась в восстановлении функций, нарушенных ранением или травмой. Уже по одному названию этой серии можно судить об основных ее читателях. Ими становились военно-полевые хирурги ТЭГ. Это для них были особенно актуальными резекции крупных суставов, которые выполнялись, как правило, в поздние сроки после ранения, т. е. спустя месяцы после него.

О предназначении этой работы для военно-полевых хирургов тыла страны свидетельствовало и издательство Наркомздрава СССР, силами и средствами которого новая монография Войно-Ясенецкого была опубликована. Как известно, Наркомздрав СССР в военное время взял на себя руководство лечебной работой тыловых эвакуационных госпиталей страны.

Таким образом, одна из основных задач военного времени, принятая к исполнению архиепископом и хирургом, вполне могла считаться выполненной после опубликования «Поздних резекций...» в 1944 г. или задолго до окончания боевых действий.

Издание этой монографии именно Наркомздравом СССР сообщало ей характер руководства для военно-полевых хирургов тыла страны, одобренного главным хирургом главного для них наркомата. Поэтому последняя работа профессора Войно-Ясенецкого не могла считаться только частным мнением автора.

Такой поворот событий стал неожиданным для профессора Войно-Ясенецкого. Первоначально он не задумывался над возможными способами публикации собственного труда, считая необходимым лишь скорейшее опубликование этой работы. Од-

нако быстрая и эффективная помощь, оказанная ему главными хирургами НКЗ РСФСР и СССР, превзошла все ожидания. Под видом научной монографии увидело свет оригинальное руководство для хирургов тыловых эвакуационных госпиталей, ставшее существенным подспорьем в работе для многих из них. Оно являлось руководством к действию, благодаря которому в 1944—1945 гг. среди хирургов ТЭГ появилось много сторонников метода поздних резекций крупных суставов, предложенного Войно-Ясенецким взамен ампутаций верхних или нижних конечностей.

Практический результат использования метода поздних резекций свидетельствовал об уменьшении числа инвалидов среди раненных в крупные суставы. В ряде случаев его применение приводило к снижению степени инвалидности. Эти достоинства нового предложения Войно-Ясенецкого позволили рассматривать его руководство для хирургов под названием «Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов» как одну из выдающихся научных работ 1943 г.

Заслуживало внимания и другое обстоятельство. Основные положения «Поздних резекций...», изложенные профессором Войно-Ясенецким, в 1944 г. были включены, как мы установили, в один из официальных документов Наркомздрава СССР.

Это — Инструкция по лечению огнестрельных ранений суставов, разработанная ученым медицинским советом НКЗ СССР в апреле 1944 г. и утвержденная заместителем наркома здравоохранения СССР С. И. Миловидовым.

В ней, во-первых, указывалось, что основной задачей в деле лечения огнестрельных ранений крупных суставов является ранняя хирургическая обработка огнестрельной раны, которая должна быть выполнена на передовых этапах медицинской эвакуации, т. е. в первые часы или дни после ранения. Выполнение этой задачи являлось одним из основных требований профессора Войно-Ясенецкого, изложенных в новом руководстве для хирургов.

Во-вторых, в Инструкции уделялось достаточное внимание условиям работы тыловых эвакуационных госпиталей, развернутых далеко от линии фронта. Здесь «приходится говорить главным образом о позднем лечении» [315, С. 2], как определялось в ней, тех огнестрельных ранений крупных суставов, которые в большинстве случаев (60—70 %) уже имели признаки «развивающейся или развившейся инфекции» [Там же]. В ней нашли отражение и другие рекомендации, изложенные автором

«Поздних резекций...» по поводу оперативного лечения таких ранений.

В третьих, в официальном документе Наркомздрава СССР впервые уделялось достойное внимание такому оперативному вмешательству, как резекция крупного сустава, которая во многих случаях признавалась операцией выбора.

«При поражениях задних отделов коленного сустава, — предписывалось в нем, — и в особенности тазобедренного сустава, артротомия не создает условий для хорошего стока гноя и не должна применяться. В том и другом случаях наилучшие условия для дренирования раны создает резекция сустава» [Там же, С. 3].

Это была высшая оценка, полученная автором «Поздних резекций...», когда главные выводы его научной работы были отражены в важном официальном документе Наркомздрава СССР еще до опубликования этого труда.

В тамбовский период деятельности профессора Войно-Ясенецкого была опубликована и одна из научных статей автора, имевшая важное методологическое и практическое значение в области военно-полевой хирургии. Эта работа, получившая название «О раневом сепсисе», увидела свет в «Сборнике трудов эвакогоспиталей Воронежского военного округа» (1946).

В ней обращено внимание на существенные отличия «сепсиса военного времени» от его собрата, «сепсиса мирного времени, который весьма часто осложняет небольшие ранения, даже простые уколы» [316, С. 138].

В случаях тяжелых огнестрельных ранений автор считал главной причиной сепсиса обширные повреждения мягких тканей «с неизбежными при этом флегмонозными затеками, если они своевременно не распознаны, не вскрыты и не дренированы» [Там же].

Такие повреждения были наиболее характерными для ранений тазобедренной области, включая коленный сустав, откуда легко распространялись гнойные затеки вдоль мощных мышечных футляров бедра или голени. Поэтому, как отмечал автор, в 67 % такие ранения становились исходным пунктом всех случаев сепсиса.

В развитии клинической картины этого осложнения огнестрельных ран важное значение Войно-Ясенецкий придавал хронической интоксикации организма продуктами гнойно-«некротического распада тканей, постоянно поступающими в ток крови» [Там же, С. 138].

В отличие от остальных авторов он предлагал расширить клиническую классификацию сепсиса, включавшую три общепринятые клинические формы в виде септицемии, пиемии и септикопиемии.

«К этому следует прибавить раневое истощение, — уверял профессор, — которое, правда, хорошо было известно и Н. И. Пирогову, но на котором впервые сосредоточилось внимание хирургов в (Великую. — *Ю. Ш.*) Отечественную войну (1941—1945 гг. — *Ю. Ш.*)» [Там же, С. 137].

Вслед за видными патологоанатомами СССР А. И. Абрикосовым и И. В. Давыдовским Войно-Ясенецкий в своей работе подробно рассматривал изменения внутренних органов, характерные для сепсиса и раневого истощения.

Здесь же разъяснялся порядок оценки общего состояния таких раненых, которое во многих случаях оценивалось неадекватно, особенно на передовых этапах медицинской эвакуации.

Центральным звеном в лечении сепсиса и раневого истощения автор справедливо признавал «устранение очага инфекции оперативным путем» [Там же, С. 142]. Но успех оперативного лечения, по его мнению, зависел не только от срока оперативного вмешательства (оно должно быть ранним), но и от его полноты (должны быть правильно распознаны и эффективно дренированы гнойные артриты, глубокие затеки гноя, очаги некроза костей и др.).

«Очень поздние операции, производимые при плохом общем состоянии больных, дошедших до большого истощения и тяжелой анемии, часто не только не спасают больных, но резко ухудшают их состояние и ускоряют смерть, — подчеркивал Войно-Ясенецкий. — Впрочем, и поздними операциями нам не раз удавалось спасти больных» [Там же]. Но это чудесное спасение, конечно, было уделом немногих военно-полевых хирургов.

Интересно, что в этой работе автор впервые обратил внимание на необходимость комплексного подхода к лечению[124] сепсиса и раневого истощения. Он предлагал читателям «не ограничиваться только хирургическим лечением» [Там же], а в дополнение к нему широко использовать дезинтоксикационные мероприятия в виде массивных переливаний физиологического раствора и раствора глюкозы, заместительные переливания кро-

---

[124] В остальных работах Войно-Ясенецкого лечебные рекомендации обычно ограничивались мерами оперативного характера.

ви и особую диету, богатую белками и углеводами. Не были забыты как сульфаниламидные препараты, применявшиеся в качестве антимикробных средств до эры антибиотиков, так и аутогемотерапия со светолечением (последние успешно использовали американские врачи).

По всей видимости, научную работу «О раневом сепсисе» профессор Войно-Ясенецкий собирался представить делегатам II окружной научной конференции Орловского военного округа, проходившей в Воронеже 16 июня 1945 г. Однако он не смог принять непосредственное участие в ее работе и ограничился опубликованием своего доклада в соответствующем «Сборнике трудов...» (1946).

Выдающиеся достижения в области военно-полевой хирургии, принадлежавшие Войно-Ясенецкому в годы войны, нашли отражение в нескольких работах. Это — научная монография, представленная к награждению государственной премией, несколько журнальных научных статей и докладов на хирургических форумах, ставших событиями в своей области, а также один из официальных документов Наркомздрава СССР. Они были признаны другими видными отечественными хирургами. Между тем нельзя не отметить незримую дистанцию, которую во взаимоотношениях с архиепископом и хирургом старались соблюдать особенно те, кто принадлежал к аппарату правительства РСФСР и СССР. Причина тому была понятной: профессор Войно-Ясенецкий был не столько хирургом и коллегой по профессии, сколько архиепископом, священнослужителем высокого ранга. Враждебное отношение к служителям Русской Православной Церкви поддерживалось в те времена на протяжении нескольких десятилетий, являясь одним из канонов внутренней государственной политики. Преодолеть его, принимая во внимание только научные достижения архиепископа, было невозможно.

Поэтому высочайшие научные успехи профессора Войно-Ясенецкого не привели, по сути, ко вполне возможным в других условиях изменениям в его служебном положении. Он продолжал оставаться консультантом-хирургом эвакогоспиталей Тамбовского областного отдела здравоохранения до последнего дня, когда тыловые госпитали, развернутые в Тамбовской области, были расформированы.

После Великой Победы, одержанной над немецким фашизмом, состоялось несколько всесоюзных медицинских форумов, в ходе которых не только подводились итоги работы разных

звеньев системы здравоохранения в 1941—1945 гг., но и решались многочисленные кадровые вопросы.

Одним из первых послевоенных форумов такого масштаба стал IV пленум Госпитального совета, созданного Наркомздравами СССР и РСФСР. Это был совещательный орган, роль которого сводилась к подготовке предложений по улучшению госпитального дела в стране. Его председателем был избран профессор-травматолог Н. Н. Приоров, ставший к тому времени заместителем наркома здравоохранения СССР.

В работе совета принимали участие виднейшие хирурги, среди которых выделялись Н. Н. Бурденко, А. Н. Бакулев, С. С. Гирголав, В. С. Левит, И. Г. Руфанов, С. С. Юдин и другие. В его состав входили и представители многих облздравотделов, на территории которых в годы войны действовали тыловые эвакуационные госпитали Наркомздрава РСФСР и других ведомств. В частности, одним из членов Госпитального совета являлся непосредственный начальник профессора Войно-Ясенецкого, главный хирург отдела эвакогоспиталей Тамбовского облисполкома Л. Я. Шостак [317, С. 479—481].

IV пленум Госпитального совета работал в Москве 23—26 июля 1945 г. и рассмотрел важнейшие итоги хирургической деятельности эвакуационных госпиталей в тыловых районах страны в годы Великой Отечественной войны 1941—1945 гг. Кроме того, в последние дни пленума здесь выступали и хирурги тыловых госпиталей с такими сообщениями, которые считались особенно актуальными для участников.

Однако в числе выступавших на этом пленуме не было архиепископа Тамбовского и Мичуринского Луки (Войно-Ясенецкого): он не удостоился приглашения на всесоюзный форум, хотя его достижения в области военно-полевой хирургии признавались повсеместно. Организаторы пленума наверняка знали, что он предпочтет присутствовать на нем и выступать с докладом не иначе, как в архиерейском облачении. Поэтому они сумели избежать приглашения на пленум профессора Войно-Ясенецкого, будучи уверенными, что его присутствие вызовет почти неизбежные нарекания не только во врачебной среде.

На пленуме, конечно, рассматривалась проблема остеомиелита огнестрельного происхождения, изучению которой в годы войны Войно-Ясенецкий посвятил немало времени и сил. Да и полученные им при этом результаты свидетельствовали сами за себя. Особенно успешной оказалась хирургическая тактика про-

ведения ранних хирургических вмешательств, носивших радикальный характер, в случаях остеомиелита тазовых костей. В этой области военно-полевой хирургии не было равных профессору Войно-Ясенецкому.

Но случилось то, что случилось. Вместо именитого хирурга из Тамбова в Москву приехал никому не известный доктор П. М. Гроздов, чтобы поделиться накопленным опытом в той же области. Его доклад, названный как «Хирургическая тактика при огнестрельных хронических остеомиелитах костей таза» [318], не снискал заслуженных аплодисментов, но свое дело сделал. В нем не упоминался ни профессор Войно-Ясенецкий, ни его научные достижения в той же области, словно таковых и не существовало. Будущий лауреат Сталинской премии мог оставаться в Тамбове, чтобы решать исключительно епархиальные вопросы. В желающих рассматривать вопросы хирургической тактики в среде хирургов никогда отбоя не было.

На этом пленуме только доктор А. Х. Левикова, ученица профессора Войно-Ясенецкого по Красноярскому ТЭГ № 1515, оказалась верной и преданной своему наставнику. Здесь она выступила с докладом на ту же тему, что и тамбовский врач П. М. Гроздов.

«Материалом для нашего сообщения служит 121 случай огнестрельного остеомиелита костей таза, подвергшихся радикальному хирургическому лечению, — сообщала она на пленуме. — Работа проводилась под руководством профессора Войно-Ясенецкого» [319].

Но слабый голос хрупкой женщины, скорее всего, не был услышан в президиуме пленума, организаторы которого добились, чтобы архиепископ и хирург во время этого форума не покидал пределы Тамбова. Здесь, в центральной России, исподволь начиналось отлучение профессора Войно-Ясенецкого от хирургии.

Трудно представить, чтобы он не замечал двойственного отношения со стороны некоторых именитых «коллег» по врачебной профессии, которые, с одной стороны, признавали его научные достижения (и не могли не признать), а с другой — старались соблюдать безопасную дистанцию в личном общении с архиепископом Лукой. Это напоминало лицемерное общение части родственников с тяжелобольным. С одной стороны, его жалко до слез, но с другой — нельзя приблизиться к нему без риска — можно ведь и заразиться.

Конечно, архиепископ Тамбовский и Мичуринский Лука не раз встречался с косыми взглядами таких «коллег», приносившими обиду, разочарование и горечь. Уже к концу 1945 г. в его душе стало созревать решение оставить практическую хирургию как способ спасения человеческих тел, чтобы без остатка посвятить себя спасению человеческих душ.

Об этом времени сегодня напоминает надпись, 31 декабря 1945 г. оставленная профессором Войно-Ясенецким в книге почетных гостей, принадлежавшей С. С. Юдину, главному хирургу Московского института скорой помощи им. Н. В. Склифосовского. В ней указывалось:

«**Хирург в прошлом** (выделено нами. — *Ю. Ш.*), блестящему хирургу настоящего и будущего, проф. С. С. Юдину свидетельствую свое восхищение его блестящей техникой и неисчерпаемой энергией в строительстве новой хирургии нашей великой Родины» [320, С. 11].

«Хирург в прошлом!..».

Здесь виделось и бессилие собственной близкой старости, и неуемное желание быть востребованным во врачебной ипостаси. Пусть профессор Войно-Ясенецкий уже не мог сравниться с профессором Юдиным, признанным виртуозом в области хирургической техники, в чем ему пришлось убедиться, когда он побывал на показательной операции московского хирурга. Если и бывает «хирург в прошлом», то не может при жизни остаться в прошлом врач-исследователь, у которого есть многое, что нужно оставить молодым коллегам.

Поэтому посильное служение спасению человеческих тел и душ будет продолжаться в течение всей земной жизни архиепископа и хирурга, несмотря ни на преклонный возраст, ни на тяжкие болезни, ни на косые взгляды «коллег» по врачебной профессии, ни на противодействие властей.

С немалыми трудностями столкнулся архиепископ Тамбовский и Мичуринский Лука (Войно-Ясенецкий) и в управлении епархией. В области числилось более ста церквей, из которых ко времени его переезда в Тамбов действующими оставались только две, в Тамбове и Мичуринске. Остальные превратились в подсобные и складские помещения. Архипастырское служение архиепископа Луки продолжилось в Покровской церкви Тамбова, где 26 февраля 1944 г. он произнес свою первую проповедь.

«Примите мои утешения, мои бедные, голодные люди, — говорилось в ней. — Вы голодны отсутствием проповеди слова

Божия. Храмы наши разрушены, они в пепле, угле и развалинах... Давайте сюда живописцев, художников. Пусть они пишут иконы, нам нужен ваш труд для восстановления уничтоженного, и вера засияет новым пламенем» [321, С. 67].

Проповеди Владыки Луки производили незабываемое впечатление на горожан. Скоро их стали посещать не только жители Тамбова, но и его окрестностей, они собирали вместе как верующих, так и неверующих, среди которых было немало представителей интеллигенции. Многие проповеди становились неизгладимым событием в жизни прихожан, записывавших их прямо в Покровском храме, чтобы затем перепечатать на пишущей машинке и передать тем, кто не смог лично выслушать архиепископа.

Проникновенные слова архипастыря легко находили дорогу к сердцам многих тамбовцев, загоравшихся ясным и чистым светом веры. В 1944—1945 гг. Тамбовский край переживал не только патриотический (в связи с блестящими победами Красной Армии), но и духовный подъем, благодаря которому на территории области было вновь открыто 24 православных прихода. Открытие каждого из них являлось личными победами Владыки Луки, которые он одерживал в непрерывном противоборстве.

Его заслуги в деле восстановления Тамбовской епархии высоко оценивались Московским Патриархатом. Еще в феврале 1945 г. Патриарх Алексий I наградил архиепископа Тамбовского и Мичуринского правом ношения на клобуке бриллиантового креста.

Поэтому февраль 1945 г. стал особенно знаменательным для Валентина Феликсовича. В это время произошло еще одно событие, не примечательное на первый взгляд. Оно являлось предвестником другого грандиозного события в жизни хирурга Войно-Ясенецкого, ставшего венцом его беспримерной научной деятельности.

Лауреат Сталинской премии

«Вы — свет мира. Не может укрыться
город, стоящий на верху горы»

(*Мтф. 5; 14*)

Так, в феврале 1945 г. в газете «Медицинский работник» появилась заметка о первом заседании медицинской секции комитета по Сталинским премиям. Оно проводилось в виде предварительного ознакомления ее членов с научными трудами за 1943 г., поступившими в секцию для рассмотрения.

Председателем медицинской секции этого комитета был видный советский ученый академик АН и АМН СССР А. И. Абрикосов (патологоанатом), а его заместителем академик АМН СССР В. В. Парин (физиолог). Ее членами являлись академики АМН СССР А. А. Богомолец (физиолог), Н. Н. Бурденко (нейрохирург), Л. А. Орбели (физиолог), Н. И. Гращенков (невропатолог), В. Н. Виноградов (терапевт), И. В. Давыдовский (патологоанатом), В. И. Скворцов (фармаколог), В. Ф. Зеленин (терапевт), С. С. Гирголав (хирург), И. Г. Руфанов (хирург), а также профессор И. Г. Кочергин (хирург) [322; 323, С. 217—244]. Таким образом, в секции состояли 13 видных советских ученых, в том числе 4 хирурга, 3 физиолога, 2 терапевта, 2 патологоанатома, невропатолог и фармаколог. При этом ни хирурги, ни физиологи или терапевты не имели большинства голосов, чтобы единолично выдвинуть кандидата из своей среды. Окончательное решение по поводу научных трудов хирурга, к примеру, принималось не только его собратьями по профессии, но и другими врачами, которые не считались признанными специалистами в области научных достижений соискателя. В этом случае они могли довериться авторитетному мнению того хирурга, кому было поручено тщательное изучение научной работы, представленной на соискание Сталинской премии. Однако каждый из членов медицинской секции наверняка обладал собственным мнением по поводу так называемых политических соображений, неизбежно отражавшихся в «личном деле» любого соискателя высокой государственной награды. Нет никаких сомнений, что «личное дело» профессора Войно-Ясенецкого, труды которого были представлены в медицинскую секцию комитета по Сталинским премиям, отличалось от других как сведениями о его высоком сане свя-

щеннослужителя, так и политическими статьями и сроками ссылок.

Вниманию членов секции было представлено 70 научных работ, посвященных разным отраслям медицинской науки. Среди представленных по хирургии значились труды профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, в том числе «Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов» и «Очерки гнойной хирургии».

«Последняя — солидная монография, — как указывалось в «Медицинском работнике», — в которой автор на основании многолетнего личного опыта разрешает в чрезвычайно оригинальной и полной форме многие вопросы этой проблемы» [322].

Нельзя не отметить, что членам медицинской секции эта «солидная монография» была представлена в виде рукописи, и до ее опубликования, как теперь известно, оставалось полтора года.

Этот необычный всесоюзный конкурс проводился в 1945 г. сразу по итогам двух лет (1943—1944). Чтобы иметь представление о других научных работах, поступивших в 1944 г., потребовались дополнительные заседания медицинской секции. Это обстоятельство существенно повышало уровень ответственности за принятие окончательного решения, так как за 2 года действительно появилось немало новых научных трудов, отнесенных к числу выдающихся в области медицинской науки.

За годы присвоения Сталинских премий (1941—1952) их лауреатами стали многие видные деятели отечественного здравоохранения. К числу первых лауреатов Сталинской премии I степени в области науки, получивших эту престижную награду до профессора Войно-Ясенецкого, относились:

за 1941 г.:

— Богомолец А. А., президент АН УССР (за труд «Руководство по патологической физиологии» в 3 томах, разработанное под его руководством и опубликованное в 1935—1937 гг.);

— Бурденко Н. Н., профессор Первого Московского медицинского института (за цикл научных работ в области нейрохирургии);

— Лурье А. Ю., профессор Первого Киевского медицинского института (за цикл научных работ по обезболиванию родов, введенных в практику здравоохранения в 1937, 1938 гг.);

— Павловский Е. Н., профессор Военно-Медицинской академии РККА, Смородинцев А. Н., профессор Всесоюзного института экспериментальной медицины, Левкович Е. Н., научный сотрудник Центрального института эпидемиологии и микробиологии, а также многие другие (за открытие в 1939 г. возбудителей заразного заболевания человека под названием «Весенне-летний и осенний энцефалиты» и разработку методов его лечения, одобренных НКЗ СССР);

— Филатов В. П., директор Украинского института экспериментальной офтальмологии (за открытие и разработку в 1933—1939 гг. метода пересадки роговой оболочки глаза и за работы по лечебной пересадке тканей) [324, С. 47, 86, 89, 90, 92].

за 1942 г.:

— Абрикосов А. И., действительный член АН СССР, Аничков Н. Н., действительный член АН СССР (за труд «Частная патологическая анатомия», часть 2: «Сердце и сосуды», опубликованный в 1940 г.);

— Спасокукоцкий С. И., профессор Второго Московского медицинского института (за цикл работ по хирургии и труд «Актиномикоз легких», опубликованный в 1940 г.) [Там же, С. 31, 75].

После профессора Войно-Ясенецкого, получившего эту премию за 1943—1944 гг., Сталинской премии I степени в области науки были удостоены А. Л. Поленов, директор Ленинградского научно-исследовательского института нейрохирургии с соавторами (за 1945 г.), Разенков И. П., профессор Первого Московского медицинского института (за 1946 г.), Тимофеевский А. Д., профессор Киевского института клинической физиологии (за 1947 г.), Краснобаев Т. П., действительный член АМН СССР (за 1948 г.) и др.

Ежегодно присуждались 3 вида Сталинских премий в области медицинских наук, в том числе несколько I (за 1943—1944, 1946—1948 гг. — одна), II и III степеней, денежными эквивалентами которых считались соответственно 200 000, 100 000 и 50 000 рублей. К тому же лауреат Сталинской премии получал удостоверение и диплом установленного образца, а также нагрудный знак лауреата, выполненный в золоте (колодка — из позолоченного серебра). На аверсе такого знака имелось рельефное

изображение Сталина, частично (снизу и справа от изображения) окаймленное лавровой ветвью, а на реверсе — рельефная надпись: «лауреат Сталинской премии 1 (2, 3) степени» с указанием года, за который она присуждалась [325, С. 342—343; 326, С. 64].

Несмотря на разнородный (по специальности) состав медицинской секции, имевшейся в комитете по Сталинским премиям в 1945 г., она приняла «единодушное», как отмечал Г. А. Митерев, нарком здравоохранения СССР в это время [327, С. 247], решение в результате тщательного рассмотрения всех конкурсных работ, поступивших за 1943—1944 гг. Оно заключалось в представлении к награждению Сталинской премией I степени консультанта-хирурга эвакогоспиталей Тамбовского областного отдела здравоохранения профессора Войно-Ясенецкого. При этом ни один из членов медицинской секции не прибегал к известным в те времена «политическим соображениям», которые часто перевешивали остальные, настолько хороши оказались научные труды архиепископа и хирурга, посвященные актуальным проблемам гнойной и военно-полевой хирургии.

Московское «сарафанное» радио скоро разнесло эту удивительную весть по всей стране. Дошла она и в Тамбов до будущего лауреата, воспринявшего с величественным спокойствием известие о высокой награде, одно представление к которой заставляло многие сердца трепетать долго и радостно.

В конце 1945 г. профессор Войно-Ясенецкий был приглашен в Тамбовский облисполком для вручения ему медали «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг.», куда он приехал в облачении архиепископа. К тому времени тыловые эвакуационные госпитали города уже прекратили лечебную деятельность и находились на разных стадиях расформирования. Поэтому после поздравления с вручением награды председатель облисполкома решил выразить надежду, что архиепископ и впредь будет передавать свой хирургический опыт врачам Тамбова.

Однако в ответ он услыхал то, чего не хотел бы слышать ни от архиепископа Тамбовского и Мичуринского, ни от кого другого. Это была шокирующая правда о довоенной жизни архиепископа, свидетельствовавшая не только о неисчислимых потерях, понесенных Учителем, но и о невосполнимых утратах его несостоявшихся учеников среди врачей.

«Я учил и готов учить врачей тому, что знаю; я вернул жизнь и здоровье сотням, а может быть, и тысячам раненых и наверня-

ка помог бы еще многим, — отвечал председателю облисполкома архиепископ Лука, — если бы вы (он выделял это слово, давая понять, что придает ему широкий смысл. — *Ю. Ш.*) не схватили меня ни за что ни про что и не таскали бы одиннадцать лет по острогам и ссылкам. Вот сколько времени потеряно и сколько людей не спасено отнюдь не по моей воле» [37, 38].

Горькая правда истины вызвала тягостную тишину, из глубины которой все-таки нужно было всем возвращаться от воспоминаний к реальной жизни. Тогда председатель неосторожно предложил забыть недавнее прошлое, чтобы продолжать жить настоящим и будущим. И снова он был повержен Владыкой, который заявил ему: «Ну, нет уж, извините, не забуду никогда» [Там же].

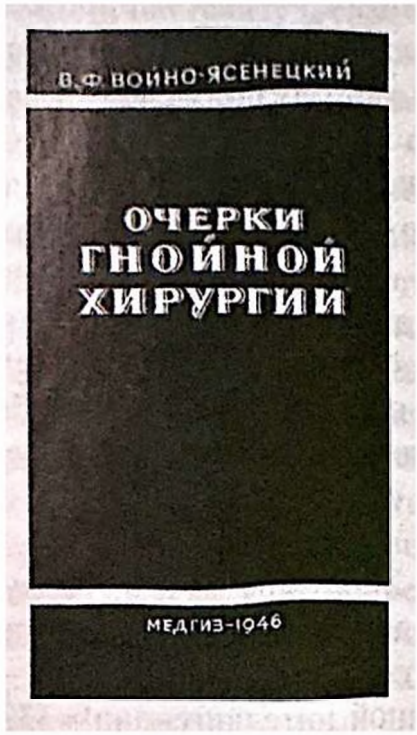
В воскресенье, 27 января 1946 г. первую страницу газеты «Правда» украсил лозунг, набранный крупным черным шрифтом: «Слава лауреатам Сталинских премий — передовому отряду советской народной интеллигенции!» [328].

За лозунгом следовало постановление Совета народных комиссаров СССР «О присуждении Сталинских премий за выдающиеся работы в области науки за 1943—1944 гг.», подписанное его председателем И. В. Сталиным 26 января того же года.

Среди других в нем содержался и раздел медицинских наук, где значилось:

«Присудить Сталинские премии за выдающиеся работы... Премию первой степени в размере 200000 руб. — Войно-Ясенецкому Валентину Феликсовичу, профессору, консультанту-хирургу эвакогоспиталей Тамбовского областного отдела здравоохранения за научную разработку новых хирургических методов лечения гнойных заболеваний и ранений, изложенных в научных трудах „Очерки гнойной хирургии", законченном в 1943 году, и „Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов", опубликованном в 1944 году» [Там же].

Очевидно, что рукописный вариант II издания «Очерков гнойной хирургии» не стал формальной причиной для отказа в награждении Сталинской премией высшей степени профессора Войно-Ясенецкого. Комитет по Сталинским премиям счел необходимым сопроводить этот труд мудреным определением: «...законченном в 1943 году». Это означало, что ко времени выхода в свет постановления о Сталинских премиях лучшая научная работа видного ученого еще оставалась неопубликованной.



Обложка II издания «Очерков гнойной хирургии», увидевшего свет во втором полугодии 1946 г.

В последующие дни посыпалось «множество поздравлений отовсюду, — отмечал Войно-Ясенецкий, — Патриарх, митрополиты, архиереи, Карпов (председатель совета по делам Русской Православной Церкви. — *Ю. Ш.*), Митерев (нарком здравоохранения СССР. — *Ю. Ш.*), Третьяков (нарком здравоохранения РСФСР. — *Ю. Ш.*), Академия медицинских наук (Бурденко Н. Н., первый президент АМН СССР, главный хирург Красной Армии. — *Ю. Ш.*), Комитет по делам высшей школы, Богословский институт, профессора и проч., и проч. Превозносят чрезвычайно... Моя слава — большое торжество для Церкви, как телеграфировал Патриарх» [329].

31 января 1946 г. постановление СНК СССР «О присуждении Сталинских премий...» было опубликовано на первой полосе газеты «Медицинский работник», являвшейся печатным органом НКЗ СССР. Помимо сведений о премии первой степени, полученной за 1943—1944 гг. только Войно-Ясенецким, здесь же указывались имена и заслуги 3 лауреатов Сталинской премии II степени. К ним относились [330]:

1) профессор Томского государственного медицинского института Б. И. Баяндуров (за научные исследования о влиянии го-

ловного мозга на обмен веществ в организме, результаты которых были изложены в монографии «Трофическая функция головного мозга»);

2) профессора Центрального института усовершенствования врачей А. Э. Рауэр и Н. М. Михельсон (за научные достижения в области восстановительной хирургии и разработку новых хирургических операций, получивших широкое применение в госпиталях, изложенных в труде «Пластические операции на лице», 1943 г.);

3) профессор Института малярии и медицинской паразитологии АМН СССР Е. М. Тареев (за научные достижения, приведенные в работе «Клиника малярии», 1943 г.).

Таким образом, среди лауреатов Сталинской премии за 1943—1944 гг. профессор Войно-Ясенецкий был единственным, кто достиг научного успеха на ниве практического здравоохранения, работая в рядовых эвакуационных госпиталях Красноярска и Тамбова, а не в престижных медицинских или научно-исследовательских институтах, где занятие научной деятельностью определяется не только призванием, но и служебными обязанностями.

Архиепископ Лука выделялся и в ряду остальных лауреатов премии I степени, получивших эту награду за годы существования Сталинских премий. И среди них он был единственным, кто не работал в вузе или научном учреждении, которые по праву являлись главным поставщиком научных достижений в области медицины. Нет никаких сомнений, что высокий церковный сан видного хирурга в те времена скорее препятствовал, чем способствовал награждению такой государственной наградой. Однако награждение архиепископа все-таки состоялось. Оно свидетельствовало об объективности сделанного выбора, когда практическая значимость монографий профессора Войно-Ясенецкого, одна из которых даже не была опубликована, существенно перевесила субъективные доводы, направленные против его кандидатуры.

Ни один из лауреатов Сталинской премии I степени за 1941—1948 гг., за исключением Войно-Ясенецкого, не был отнесен к противникам существовавшего строя и потому не преследовался государственной карательной машиной в течение многих лет. Одиннадцатилетний срок тюрем и ссылок, к которому в совокупности был приговорен Войно-Ясенецкий от имени государства, также не повлиял на окончательное решение по

поводу высокой государственной награды. Это обстоятельство тоже свидетельствовало в пользу его объективности и подтверждало необычайную практическую значимость научных работ архиепископа и хирурга для отечественной медицины.

Неудивительно, что Г. А. Митерев, нарком здравоохранения СССР в 1939—1947 гг., одним из первых приславший новому лауреату поздравительную телеграмму, даже через много лет не забывал отмечать: «Войно-Ясенецкому, его исследованиям обязаны своей жизнью многие сотни раненых, что ставит этого хирурга в один ряд с самыми выдающимися врачами нашего времени» [327, С. 247].

За 1943—1944 гг. Сталинская премия III степени не присуждалась. Зато в январском постановлении СНК СССР (1946) указывалось множество других лауреатов (143), получивших Сталинскую премию «за выдающиеся изобретения», в том числе I степени или 150 000 руб. (30 премий), II степени или 100 000 руб. (40 премий), III степени или 50 000 руб. (73 премии).

На первой полосе «Медицинского работника», где было опубликовано это постановление, пестрели не только лозунги в виде «Слава передовым ученым нашей страны!». Здесь можно было видеть и достойную оценку выдающихся научных трудов профессора Войно-Ясенецкого, в том числе «Очерков гнойной хирургии» и «Поздних резекций при инфицированных огнестрельных ранениях суставов», которые, по мнению редакции, по праву «вошли в сокровищницу советской хирургии» [330].

В ответ на присуждение высокой награды за научные успехи профессор — лауреат Сталинской премии посылает телеграмму в Москву, адресованную генералиссимусу И. В. Сталину. На удивление, в ней не было ни слова благодарности за это чрезвычайное отличие. Здесь лишь указывалось:

«Прошу Вас, высокочтимый Иосиф Виссарионович, принять от меня 130 000 рублей, часть моей премии Вашего славного имени, на помощь сиротам, жертвам фашистских извергов.

Тамбовский архиепископ Лука Войно-Ясенецкий, профессор хирургии» [331].

Ответный жест из Москвы не задержался. Вскоре в Тамбове была получена телеграмма за подписью «Сталин». Это был стандартный вариант формальной отписки, которым пользовались правительственные чиновники.



Архиепископ Тамбовский и Мичуринский Лука (Войно-Ясенецкий) позирует скульптору Оленину (Тамбов, апрель 1946 г.).

«Тамбовскому архиепископу Луке Войно-Ясенецкому, профессору хирурии. Примите мой привет и благодарность Правительства Союза ССР, — значилось в ней, — за Вашу заботу о сиротах, жертвах фашистских извергов» [Там же].

Обмен телеграммами между Москвой и Тамбовом, где фигурировали имена генералиссимуса Сталина и тамбовского архиепископа Луки, только усилил внимание к Войно-Ясенецкому со стороны корреспондентов и представителей «свободных профессий». В Тамбов ринулись многие, чтобы приобщиться к частице земной славы, доставшейся по праву профессору-хирургу.

«Приехал специально посланный корреспондент ТАСС, чтоб сделать с меня портреты для заграничной печати, — писал Святитель сыну Михаилу. — А ранее из Патриархии просили прислать биографию для „Журнала Патриархии" и Информбюро. Два здешних художника пишут мои портреты» [332].

И в другом письме, адресованном Михаилу: «Завтра приедет из Москвы скульптор лепить мой бюст» [333].

Это был скульптор М. П. Оленин, специально приехавший в Тамбов. Его необычайно поразила колоритная внешность архиепископа Тамбовского и Мичуринского при встрече с ним в Московском институте скорой помощи им. Н. В. Склифосовско-



А. Ларионов «После операции» (1961—1965) (Курский музей изобразительных искусств).

го, куда Войно-Ясенецкий приехал с визитом к профессору С. С. Юдину, главному хирургу института.

Оленин был несказанно рад, «увидевши Вас у меня в кабинете и на операциях, — писал С. С. Юдин Войно-Ясенецкому о скульпторе, — с той поры мечтает сделать Ваш портрет, который украсил бы нашу клинику в Институте Склифосовского» [334].

Профессор С. С. Юдин обладал не только виртуозной хирургической техникой, но и был признанным ценителем истории российской хирургии. В хирургической клинике института им была создана галерея выдающихся отечественных хирургов, где были представлены скульптурные портреты многих из них. В начале такого собирательства коллекция Юдина размещалась в его рабочем кабинете. Но во все времена самым замечательным ее экспонатом считалась копия прижизненного скульптурного портрета первого хирурга России Н. И. Пирогова, выполненного И. Е. Репиным.

На картине А. Ларионова можно рассмотреть интерьер рабочего кабинета профессора С. С. Юдина, где он (в облачении хирурга) беседует со своими друзьями. На втором плане — скульп-

турные портреты выдающихся отечественных хирургов, в том числе и копия портрета хирурга Пирогова работы И. Е. Репина (первый слева).

После знакомства с профессором Войно-Ясенецким С. С. Юдин намеревался поместить в этой галерее Института и его скульптурный портрет. Удобный случай для этого представился после того, как архиепископ и хирург стал лауреатом Сталинской премии.

Поэтому в марте и в апреле 1946 г. профессору Войно-Ясенецкому пришлось не раз заниматься и вовсе непривычным для него делом: позировать сначала фотокорреспондентам, затем часами — нескольким художникам и, наконец, московскому скульптору М. П. Оленину.

Это были последние дни тамбовского периода его жизни и деятельности, когда архиепископ Тамбовский и Мичуринский готовился (по настоянию Московского Патриархата) к переезду в Крым, где он родился почти 70 лет тому назад. Здесь ему предстояло возглавить Симферопольскую и Крымскую епархии.

Служу больным и науке, пока вижу

«Нам даны две основные заповеди: о любви к Богу и ближним. Эти заповеди в глазах Божиих едины и нерасторжимы. Если... посетим больного, то это сделаем и Ему Самому»

(*архиепископ Симферопольский и Крымский Лука (Войно-Ясенецкий), 6 марта 1949 г.*)

В мае 1946 г. Владыка Лука поселился в Симферополе, на втором этаже дома, находившегося на перекрестке Госпитальной и Пролетарской улиц. На Госпитальной улице давно не было никаких госпиталей. Зато рядом с домом архиепископа (рукой подать) находились действовавшие симферопольские соборы — Свято-Троицкий (кафедральный) и Петропавловский. К тому же (со стороны Пролетарской) к его дому была пристроена домовая церковь в честь Благовещения Пресвятой Богородицы.

В наши дни этой домовой церкви уже нет. Вместо нее в 2001 г. к дому по улице Госпитальной пристроено здание часовни во имя Святителя Луки, Исповедника Архиепископа Крымского, о чем свидетельствует мемориальная доска черного мрамора, установленная на ее стене со стороны улицы Пролетарской. Современный вид дома архиепископа Симферопольского и Крымского Луки (Войно-Ясенецкого) можно видеть на одной из наших фотографий.

В этом доме архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий) проводил бесплатный прием амбулаторных больных и много лет придерживался этого правила. На двери его квартиры было вывешено объявление, что ее хозяин, профессор хирургии, ведет ежедневный врачебный прием кроме предпраздничных и праздничных дней. Распорядок его врачебной работы (с 16 до 17 часов) скоро стал известен многим прихожанам. За врачебной помощью сюда стекалось множество больных, и не было случая, чтобы кому-то было отказано в ней.

В начале осени 1946 г. увидело свет в Москве II издание «Очерков гнойной хирургии», автор которого уже был удостоен звания лауреата Сталинской премии за эту работу. Однако кро-



Симферополь. Дом Святителя Луки на ул. Госпитальной, где он жил в 1946—1961 гг. (фото автора, 2006 г.).

ме текста постановления СНК СССР, опубликованного в январском номере газеты «Правда», профессор Войно-Ясенецкий еще долгое время не имел других свидетельств о принадлежности к числу лауреатов. Ему пришлось несколько раз обращаться из Симферополя с запросами, адресованными по этому поводу в комитет по Сталинским премиям. Но долгожданного ответа из комитета все не было.

Тогда архиепископ и хирург решил обратиться в этот комитет лично во время XXV всесоюзного съезда хирургов, который начинал работать в Москве 1 октября 1946 г. У него уже было приглашение на этот съезд, полученное еще в Тамбове. На съезде ожидалось его выступление с докладом по поводу поздних резекций крупных суставов при инфицированных огнестрельных ранениях. Здесь подводились итоги хирургической деятель-

ности за время Великой Отечественной войны 1941—1945 гг., поэтому выступление лауреата Сталинской премии на ту же тему только приветствовалось.

Однако в этом деле присутствовало одно «но», осложнявшее взаимодействие профессора Войно-Ясенецкого с организаторами работы хирургического съезда. Он собирался выступать на всесоюзном съезде хирургов в одеянии архиепископа и не видел причин, чтобы сменить его на светскую одежду. Дошло до того, что архиепископ Симферопольский и Крымский Лука был вынужден обратиться по этому поводу к Святейшему Патриарху Алексию I.

«Он ответил мне письмом, — сообщал архиепископ Лука сыну Михаилу, — его мнение совпадает с моим: выступать в гражданской одежде и прятать волосы в собрании, в котором все знают, что я архиерей — значит стыдиться своего священного достоинства. Если собрание считает для себя неприемлемым и даже оскорбительным присутствие архиерея, то архиерей должен считать ниже своего достоинства выступать в таком собрании... По телефону я говорил с организатором съезда, доктором Дедовым. Он взволновался и говорил, что все и нарком (в том числе) придают большое значение моему докладу и обещали поставить на ноги все начальство. Но через день он сказал, что все начальство целый день было занято этим вопросом ... и, как будто, дело дошло до ЦК партии, но на выступление в рясе не согласились» [37, 38].

В сентябре 1946 г. Войно-Ясенецкий получил письмо от заместителя наркома здравоохранения СССР Н. Н. Приорова, в котором сообщалось, что профессор будет командирован из Симферополя в Москву для участия в работе съезда хирургов. Основанием для командировки послужит, как пояснял Приоров, отдельное распоряжение Наркомздрава СССР, которое поступит в Симферополь за несколько дней до начала съезда.

Возможно, что архиепископ Симферопольский и Крымский Лука воспринял это официальное распоряжение, которое еще ожидалось, как долгожданное согласие на его участие в работе всесоюзного съезда хирургов и выступление на нем в облачении священнослужителя.

В конце сентября того же года, когда Святитель Лука заранее приобрел авиабилет на московский рейс, чтобы лететь на съезд в столицу, распоряжение Наркомздрава СССР о его командировке

действительно поступило в Крымский облисполком, в составе которого работал областной отдел здравоохранения. Оно было оформлено в виде правительственной телеграммы, где указывалось:

«Молния. Симферополь. Облздравотдел.

Командируйте профессора Войно-Ясенецкого на съезд хирургов в Москве 1 октября. Заместитель министра здравоохранения Приоров» [321, С. 211].

Однако правительственная телеграмма, поступившая 27 сентября в облисполком Крымской области, была вручена архиепископу Симферопольскому и Крымскому Луке (Войно-Ясенецкому) только 2 октября. Тогда он уже сдал свой билет на самолет до Москвы, считая, что в высших сферах не удалось достигнуть согласия по поводу его архиерейского облачения, в котором он собирался выступать.

Кому-то в Симферополе было очень нужно, чтобы строптивый архиепископ не поехал в Москву, где он собирался участвовать в работе съезда хирургов. Поэтому в ответ на его возмущение по поводу многодневной задержки с вручением правительственной телеграммы в облисполкоме легко пожурили нескольких чиновников низшего ранга, признанных виновными в том, что положили эту телеграмму «под сукно». На этом дело и кончилось. В результате профессор Войно-Ясенецкий, лауреат Сталинской премии, не только не принял участия в работе всесоюзного съезда хирургов, но и не смог выяснить, где затерялись его документы, свидетельствовавшие о присуждении высокого почетного звания за научные успехи.

Они нашлись в один из последних дней ноября 1946 г., когда в Крымский облисполком наконец-то поступили диплом, удостоверение и золотой нагрудный знак лауреата Сталинской премии I степени за 1943—1944 гг., принадлежавшие Войно-Ясенецкому. Вручение этой награды было намечено на 14 часов 2 декабря, о чем архиепископ Лука был извещен лишь утром того же дня. В то время он неважно себя чувствовал, едва встав на ноги после болезни. Но, получив это известие, стал тут же собираться, готовясь к торжественному событию, которого долго ждал.

Он приехал в облисполком, как обычно, в архиерейском облачении. Здесь, в кабинете председателя, и состоялось это торжество, на котором присутствовали официальные лица област-



Архиепископ Симферопольский и Крымский Лука (Войно-Ясенецкий) с нагрудным знаком лауреата Сталинской премии (Симферополь, декабрь 1946 г.).

ного масштаба — несколько его заместителей и начальников отделов облисполкома, а также уполномоченный совета по делам Русской Православной Церкви при Совете министров СССР по Крымской области в 1946—1955 гг. Я. И. Жданов. Сюда же был приглашен и корреспондент симферопольской газеты «Красный Крым».

По свидетельству Я. И. Жданова, после вручения наградных документов и золотого нагрудного знака лауреата Сталинской премии архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий) заверил присутствовавших, что в Симферополе, по мере сил (их было немного, так как Святитель начал терять былую остроту зрения), он будет продолжать хирургическую и профессорскую деятельность. Ее достойным началом может стать цикл лекций по гнойной хирургии, который он готов прочитать врачам-хирургам Крыма.

Среди симферопольских чиновников, впервые увидевших профессора-лауреата и архиепископа, возражений не было и поначалу быть не могло. Они появятся позднее, когда начнутся эти лекции.

А пока в газете «Красный Крым» появилась малоприметная заметка о том, что 2 декабря 1946 г. в Крымском облисполкоме состоялось вручение Сталинской премии архиепископу Симферопольскому и Крымскому Луке (Войно-Ясенецкому).

7 декабря того же года на квартире у архиепископа Луки состоялся «домашний» праздник — ужин для своих, где родные и близкие ему по духу люди поздравляли лауреата Сталинской премии с этой высокой наградой. Сюда же по его инициативе был приглашен и струнный квартет из Крымской областной филармонии.

Участники квартета надолго запомнили этот концерт, потому что старший из них (по возрасту и опыту) был скоро уволен с работы за прогул, который якобы состоялся в тот же день (7 декабря), а остальные получили другие дисциплинарные взыскания, в том числе и по линии комсомола. Впрочем, артисты «вину» свою не отрицали: на вечере у лауреата Сталинской премии действительно исполнялись не только классические произведения, но и церковные песнопения.

Архиепископ Симферопольский и Крымский Лука старался всеми силами изменить решение об увольнении артиста филармонии, объясняя «власть имущим», что домашний концерт посвящался лауреату Сталинской премии, а не архиерею. Но все было тщетно. Тогда Владыка Лука сделал самый решительный шаг, который в этом случае был в его власти. Он принял уволенного музыканта на работу в Симферопольскую епархию, так как бывший артист имел хороший голос и до увольнения иногда пел в церковном хоре. Для этого пришлось посвятить его в диаконы (в дальнейшем он даже стал священником в одном из храмов). Вряд ли такое решение могло приветствовать руководство Крымского областного комитета ВКП(б), куда стекались самые разнообразные сведения о строптивом архиепископе. Отсюда в Москву полетели «тревожные» вести о его деятельности, подрывавшей авторитет местных партийных чиновников. Однако они старались не просто информировать свое начальство в столице обо всем, что касалось архиепископа Луки. Скоро партийные бонзы Симферополя стали препятствовать многим начинаниям профессора Войно-Ясенецкого, связанным с его врачебной и преподавательской работой.

В середине декабря 1946 г. состоялась встреча Владыки Луки с доктором Стефановским, заведовавшим Крымским обла-

стным отделом здравоохранения, где было достигнуто несколько важных договоренностей. В результате профессор Войно-Ясенецкий получил назначение на должность консультанта при Симферопольском госпитале инвалидов Великой Отечественной войны. Здесь он начал незамедлительно не только консультировать тяжелобольных, но и проводить показательные оперативные вмешательства, увидеть которые старались многие симферопольские хирурги. Кроме того, в течение первых месяцев 1947 г. были запланированы 5 выступлений профессора с лекциями продолжительностью от полутора до двух часов каждая. Лекции посвящались актуальным проблемам гнойной хирургии и предназначались как вниманию преподавателей-хирургов Крымского медицинского института, так и военных врачей симферопольского и других воинских гарнизонов Крыма.

Первоначальный план лекционных занятий был выполнен 24 апреля 1947 г., когда в симферопольском доме офицеров Святитель и хирург прочитал военным врачам (их собралось около 150) последнюю лекцию этого цикла. Это занятие, как и все остальные, он проводил в облачении архиепископа, которое не вызывало недоумения у врачей. Они собирались вместе, чтобы выслушать своего коллегу, ставшего видным хирургом, удостоенным престижной государственной премии. Притом врачебная аудитория, среди которой было немало убежденных атеистов, не забывала отдавать дань уважения и высокому церковному сану лектора. Она приветствовала Владыку Луку дружным вставанием, когда он входил в лекционный зал и выходил из него, относилась к его лекциям с особенным вниманием и нередко сопровождала аплодисментами наиболее удачные их моменты.

Это были явные признаки почтительного отношения к архиепископу Симферопольскому и Крымскому Луке (Войно-Ясенецкому), сложившегося в Симферополе с первых встреч профессора-хирурга с врачебной аудиторией. Они вызывали негодование среди местных партийных чиновников. Позицию многих аппаратчиков отражал коммунист Чурсин, являвшийся в 1947 г. секретарем по пропаганде при Крымском обкоме ВКП(б).

Тайное стало явным 24 апреля того же года, когда Святитель и хирург читал лекцию военным врачам. В тот же день, как те-

перь известно, Чурсин заявил уполномоченному совета по делам Русской Православной Церкви по Крымской области Я. И. Жданову:

«Обком партии считает такое явление недопустимым, хотя он и лауреат Сталинской премии, и дал указание не допускать чтения лекций и докладов Лукой в своей духовной одежде (в рясе), и если последний желает их делать, то пусть делает в гражданской» [321, С. 215].

Позиция, занятая обкомом, являлась противодействием профессиональным интересам хирурга, состоявшим в том, чтобы передавать другим свой опыт и знания в области гнойной хирургии. Их отражением были и книги последних лет, и научные доклады, и лекции, читанные симферопольским врачам. Во всех случаях цель Валентина Феликсовича была одной — научить коллег по профессии тому, что знал сам, и продолжить спасение новых жизней их руками, так как собственные уже не повиновались ему так, как раньше в Тамбове или Красноярске (причина этого заключалась в прогрессирующей потере зрения, остановить которую не удавалось).

По этой причине в Симферополе число показательных операций, проводимых профессором, стало неумолимо сокращаться. Почтенный возраст отлучал от занятий практической хирургией всех известных хирургов.

На этом пути не был исключением и профессор Войно-Ясенецкий, однажды понявший, что виртуозные хирургические вмешательства отошли в прошлое. Но даже лишившись зрения, он долго мог бы продолжать преподавательскую деятельность, читая лекции по памяти (ему многое хотелось передать коллегам).

В середине 1947 г. и от нее отлучили архиепископа и хирурга козни обкомовских чиновников, не понимавших, что они творят. Они препятствовали спасению страждущих, к которому стремился всю земную жизнь Войно-Ясенецкий. Только в преклонные годы он оставил практическую хирургию.

События тех дней теперь хорошо известны. Они разворачивались следующим образом. После последней лекции, прочитанной военным врачам, в Крымском облздравотделе был составлен план второго цикла лекций профессора Войно-Ясенецкого, где предусматривалось 2 занятия в месяц. Цикл предназначался для практических врачей Крымской области.

Одна из них читалась архиепископом и хирургом 29 мая 1947 г. в городской поликлинике № 3. Это занятие было нарушено невиданным прежде событием: во время перерыва, сделанного по ходу двухчасовой лекции, часть профессоров Крымского медицинского института (КМИ), находившихся в зале, демонстративно покинула аудиторию. Их уводил за собой профессор-хирург Потапов, являвшийся секретарем партийной организации КМИ и потому особо тщательно исполнявший указания обкома ВКП(б), в том числе направленные против архиепископа Симферопольского и Крымского Луки (Войно-Ясенецкого). Однако этой выходкой лекцию сорвать не удалось, и она была доведена до конца.

Кто-то из слушателей, оставшихся в зале до окончания лекции, сумел сообщить архиепископу и хирургу о странном телефонном звонке из Крымского обкома ВКП(б), который был принят в тот же день дежурной службой городской поликлиники № 3. Звонивший интересовался, действительно ли Войно-Ясенецкий читал врачам лекцию, «был ли он в рясе и был ли у него на груди крест» [Там же, С. 221]. Сомнений быть не могло: обкомовская позиция оставалась прежней. Секретарь по пропаганде предпочитал действовать чужими руками, оставаясь в тени и не оставляя намерений заставить профессора Войно-Ясенецкого отказаться от чтения лекций в облачении архиепископа.

Известно, что обкомовским приспешникам удалось сорвать проведение другой его лекции, которая готовилась для врачей Алушты. На нее не пришел никто, якобы не желая слушать архиепископа, читающего лекцию по гнойной хирургии.

Впервые увидев пустой зал вместо переполненной аудитории, архиепископ и хирург, как утверждал Я. И. Жданов — очевидец тех событий, сделал «для себя такой вывод, что с ним повторяется то самое, что было раньше (как он назвал, предчувствие) перед его высылками и арестами... и что никаких докладов и лекций, хотя бы его и просили, он делать больше не будет» [Там же, С. 222].

В эти дни, по мнению Жданова, «было рекомендовано ему читать доклады и лекции на медицинские темы не в архиерейской одежде, а в светской» [Там же, С. 238], на что последовал категорический отказ архиепископа и хирурга.



Главный корпус КМУ, на угловой стилизованной колонне которого можно видеть мемориальную доску, посвященную профессору Войно-Ясенецкому.

«Тогда его перестали приглашать для чтения докладов и лекций» [Там же], — спокойно констатировал Жданов, являвшийся одним из тех, кто настойчиво советовал архиепископу Симферопольскому и Крымскому (Войно-Ясенецкому) изменить свой облик на время чтения лекций для врачебной аудитории.

Крымский обком ВКП(б) добился своей тайной цели: выступления профессора Войно-Ясенецкого перед врачебной аудиторией с лекциями по гнойной хирургии прекратились раз и навсегда. Случайно или нет, но в скором времени та же участь ожидала и заседания Симферопольского хирургического общества, проходившие в главном корпусе КМИ. До начала обкомовской обструкции их несколько раз посещал архиепископ Симферопольский и Крымский Лука (Войно-Ясенецкий) в своем обычном облачении.

Но со второй половины 1947 г. эти посещения все-таки прекратились. Возобновить их в дальнейшем не выражали желания



Общий вид мемориальной доски, посвященной Святителю Луке и установленной на угловой стилизованной колонне главного корпуса КМУ, где проходили заседания Симферопольского хирургического общества в 1946—1956 гг. прошлого века.

как профессор Войно-Ясенецкий, так и профессура хирургических кафедр КМИ.

Однако прекращение преподавательской деятельности не сопровождалось отказом от практической хирургии. На практике многим симферопольским хирургам, в том числе работавшим на кафедрах КМИ, не раз приходилось обращаться за советом и консультативной помощью к профессору Войно-Ясенецкому. В результате он неоднократно консультировал больных в клиниках института.

Об этом и сегодня свидетельствуют мемориальные знаки, установленные на территории Крымского медицинского университета (КМУ) и посвященные Святителю Луке (профессору Войно-Ясенецкому). Здесь соседствуют между собой будущая часовня имени Святителя Луки и оригинальная мемориальная доска в виде бронзового манускрипта, установленная на соседних сторонах угловой стилизованной колонны главного корпуса КМУ.

Надпись на ней, обращенная в сторону часовни, свидетельствует: «В 1946—1956 гг. в клиниках медицинского института трудился доктор медицины профессор хирургии, святой исповедник В. Ф. Войно-Ясенецкий — Святитель Лука».

Другая часть той же мемориальной доски, имеющая барельефное изображение Святителя и хирурга, находится на стороне фасада. Здесь тоже есть надпись, выполненная рельефными буквами:

«Откроем же сердца свои перед Божественной правдой, но будем служить и правде земной, чем можем. Святитель Лука».

В наши дни не могут не изумлять выдающиеся примеры врачебного искусства, проявленные архиепископом и хирургом во время работы в Симферопольском госпитале инвалидов Великой Отечественной войны в течение 1947 г. Один из них был связан с историей болезни участника боевых действий, получившего в бою закрытое повреждение правого бедра. У больного постепенно стали нарастать боли в месте старой травмы, причем до такой степени, что больной не мог самостоятельно передвигаться. Хирурги госпиталя сначала заподозрили воспалительный процесс гнойного характера.

Однако ни рентгенологическое, ни другие виды исследований не свидетельствовали о нагноении. Тогда на консультацию был приглашен профессор Войно-Ясенецкий — видный специалист в области гнойной хирургии. Он был единственным из врачей Симферополя, кто мог оказать своим коллегам действенную помощь, так как среди госпитальных хирургов крепло предположение, что больной может попросту симулировать признаки заболевания.

Архиепископ и хирург внимательно осмотрел пациента и, по свидетельству очевидцев, долго вглядывался в его глаза, стараясь что-то прочитать в них. Потом он попросил увести больного в палату и сообщил врачам, что у него имеется запущенный рак предстательной железы, метастазы которого можно обнаружить в области мышц правого бедра. Недоумение госпитальных хирургов было явным и граничило с недоверием к заключению профессора Войно-Ясенецкого.

«Не верите? — спросил их консультант. — Давайте больного в операционную».

В операционной он, как мог, успокоил пациента и под местным обезболиванием произвел ему разрез в том месте, на кото-

рос больной указывал, как на источник мучительной боли. Из разреза показался бугристый конгломерат опухоли, часть которой была удалена для изучения ее клеточного состава.

Ее гистологическое исследование показало, что это был действительно метастаз злокачественного новообразования, основной очаг которого локализовался в предстательной железе [321, С. 95—96].

Помимо Симферопольского госпиталя инвалидов Великой Отечественной войны Святителю и хирургу не раз пришлось консультировать и даже оперировать тяжелобольных в гарнизонном военном госпитале Симферополя.

Военные врачи не забывали приглашать сюда профессора Войно-Ясенецкого. Это был госпиталь с вековыми традициями, где в свое время производил блестящие операции «первый хирург России» Н. И. Пирогов. Об этом и сегодня свидетельствует мраморная мемориальная доска, установленная на стене одного из зданий Симферопольского гарнизонного военного госпиталя (СГВГ).

По сохранившемуся преданию, в этом госпитале Симферополя в 1947 г. ему пришлось оперировать влиятельного пациента — одного из секретарей Керченского горкома партии, у которого была установлена тяжелая форма остеомиелита тазовых костей. Больной, являвшийся одним из профессиональных гонителей православия, был обречен на неминуемую гибель, если бы не эта благодатная встреча с профессором Войно-Ясенецким, случившаяся в СГВГ. Еще до операции ученый указал военным хирургам места возможных затеков гноя у больного, которые следовало широко вскрыть, чтобы добиться скорейшей эвакуации гнойных масс из очага нагноения. В ходе оперативного вмешательства его предположения блестяще подтвердились. Успешная операция стала решающим фактором спасения жизни секретаря Керченского горкома ВКП(б) [Там же, С. 94—95].

Однако прожитые годы и ослабевавшее зрение единственного глаза не позволили архиепископу и хирургу бесконечно продолжать консультативную работу в госпиталях и других лечебных учреждениях Симферополя[125]. По свидетельству Я. И. Жданова,

---

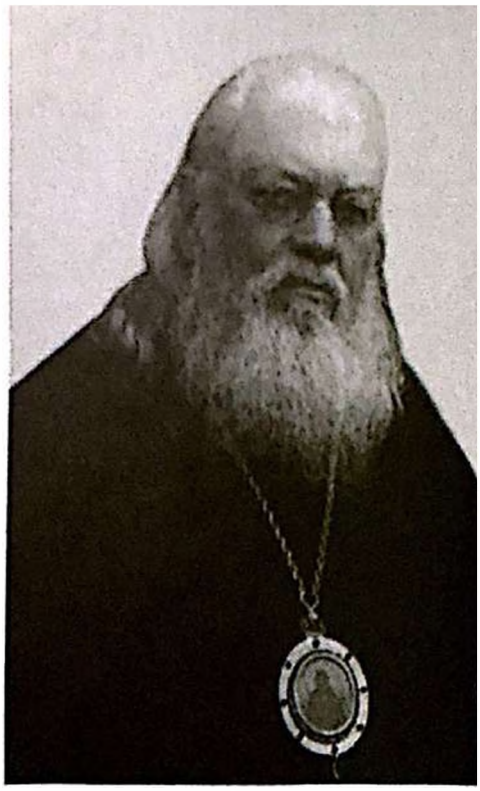
[125] По имеющимся сведениям, к ним относилось отделение грудной хирургии одной из городских больниц, располагавшееся там, где в наши дни находится противотуберкулезный диспансер.



Памятная доска белого мрамора, которую можно видеть на фасаде здания клуба СГВГ, где работали в разные годы и профессор Н. И. Пирогов, и профессор Войно-Ясенецкий.

профессор Войно-Ясенецкий «проявлял активную деятельность в области медицины... до конца 1947 г.» [Там же, С. 238].

Жданов утверждал, что «после этого Лука переключился исключительно на проповедническую деятельность, стал читать проповеди ежедневно, а иногда и по две проповеди в день в кафедральном соборе и других церквах гор. Симферополя» [Там же]. Однако с этим категорическим заключением уполномоченного совета по делам Русской Православной Церкви по Крымской области полностью нельзя согласиться. Научная и врачебная деятельность архиепископа и хирурга продолжалась и в последующие годы. Но с этих пор местом ее проведения окончательно становится рабочий кабинет, имевшийся в доме по улице Госпитальной. Здесь ежедневно в течение часа им осуществлялся врачебный амбулаторный прием приходящих больных кроме, разумеется, выходных и праздничных дней. Тут же было задумано переиздание первой монографии профессора Вой-



Архиепископ Симферопольский и Крымский Лука (Войно-Ясенецкий) (из собрания В. Кацубинского).

но-Ясенецкого, увидевшей свет в 1916 г. под названием «Регионарная анестезия».

Работа над вторым изданием этой книги была начата в 1948—1949 гг. В эти годы ее рукопись была существенно переработана и дополнена сведениями, появившимися в отечественной и мировой медицинской печати за 30 с лишним лет после опубликования в Петрограде первого руководства по регионарной (проводниковой) анестезии. Конечно, эта беспримерная деятельность не могла быть выполнена только в кабинетных условиях, так как для нее потребовалось изучение новых литературных источников в области местной анестезии, увидевших свет в течение трех последних десятилетий.

В этом деле немалую помощь могла бы оказать медицинская библиотека КМИ. Однако ее фонды, имевшиеся в первые годы послевоенной разрухи, не могли удовлетворить взыскательные потребности видного ученого и хирурга. Поэтому 70-летнему мастеру приходилось ориентироваться на Государственную центральную научную медицинскую библиотеку СССР (ГЦНМБ),

находившуюся в Москве, которую он неизменно посещал во время визитов в Московскую Патриархию.

О работе над новой книгой архиепископ и хирург в 1949 г. сообщал сыновьям, Михаилу и Алексею. В частности, в письме к Михаилу от 19 марта он обращал внимание на то, что «врачи ничего не знают о регионарной анестезии, а только об анестезии по Вишневскому... Инъекции к нервам нужны не только для обезболивания при операциях.., они нужны при отморожениях, при шоке, и, вероятно, область их терапевтического применения будет расширяться» [335, С. 505].

В письме Алексею профессор Войно-Ясенецкий написал о первых результатах, полученных в ГЦНМБ в работе над литературным обзором по теме новой монографии. Как оказалось, в апреле 1949 г. почтенный старец работал в московской библиотеке с неимоверным подъемом. К нему словно вернулась молодость, когда днями напролет он с упоением трудился над главами «Регионарной анестезии», не зная усталости и позабыв об остальных делах и заботах. Не зря один из оппонентов этой книги уподобил ее пению птицы, которая поет потому, что не может не петь. Весной 1949 г. эта птица творчества снова запела свою неустанную песню.

«За две недели, работая в медицинской библиотеке по шесть часов в день, я с отличным успехом проделал огромную работу, — с удовлетворением отмечал архиепископ и хирург, — просмотрел и прочитал 450 литературных источников по регионарной анестезии и все на иностранных языках. Теперь остается прочитать в Симферополе статьи в русских журналах, часть английской книги на 200 страниц.., остается написать 75—100 страниц и будет новая книга...» [336]. Такими невообразимыми темпами в 70 с лишним лет в Москве и Симферополе создавалась рукопись II издания «Регионарной анестезии», о которой сообщал сыновьям Владыка Лука.

Но после возвращения в Симферополь творческая весна профессора Войно-Ясенецкого продолжалась недолго. Проповеди в кафедральном соборе и других церквах города, упорная борьба за сохранение Крымской епархии, число храмов которой неумолимо сокращалось, врачебные приемы, кадровая политика, огромный богословский труд под названием «О духе, душе и теле» — это были первостепенные и ставшие привычными заботы Владыки Луки. В своей совокупности они

уже не оставляли ни времени, ни сил для нового литературного творчества во благо хирургии, которое, как показал весенний московский опыт, требовало полного отречения от текущих дел. Владыка крупной епархии не мог себе позволить подобного.

Рукопись II издания «Регионарной анестезии» долго оставалась незаконченной. Со времени ее первого опубликования прошло немало лет. Поэтому она нуждалась в существенных изменениях и дополнениях, связанных с новыми условиями развития медицинской науки и практики, для которых она предназначалась. Эта творческая деятельность требовала от автора немалых, поистине героических усилий.

Работа над новым изданием этой книги продолжалась намного дольше запланированного. Она вынужденно проводилась урывками, когда для нее выкраивалось время среди множества других, неотложных забот. В результате многое, задуманное ранее, выполнить не удавалось. К вчерашним задумкам приходилось возвращаться снова и снова. К тому же в симферопольских библиотеках нашлись далеко не все статьи по регионарной или проводниковой анестезии, опубликованные в отечественных периодических изданиях за три десятилетия, прошедшие со времени выхода в свет монографии «Регионарная анестезия» (1916). Вновь приходилось ориентироваться на московскую ГЦНМБ, изыскивать очередную оказию для поездки в Москву.

В начале 1952 г. архиепископ и хирург вновь испытал долгожданное ощущение творческой свободы. Он днями напролет вновь сидел в Москве за библиотечным столом. Дела епархиальные и семейные вдруг как-то отошли на второй план, и он мог в одиночестве наслаждаться статьями единомышленников, посвященными регионарной анестезии, и мысленно оспаривать научные заключения тех, с кем не был полностью согласен.

Работа над монографией «Регионарная анастезия» продвигалась успешно, и точные заключения профессионала уверенно ложились на заготовленные листы черновиков...

Но вдруг четкие строки рукописи стали расплываться, превращаясь в неразборчивые пятна и линии. Архиепископу пришлось сделать небольшой перерыв: посидеть с закрытыми глазами, чтобы восстановить утомленное зрение. Передышка затянулась, но улучшения не наступало. Созрело решение отложить

работу над рукописью. Сначала временно. Но потом, как оказалось, навсегда. Единственный глаз не выдержал огромного напряжения, и с тех пор острота зрения хирурга стала катастрофически снижаться.

Единственным трудом тех творческих дней, который удалось закончить, стала научная статья профессора Войно-Ясенецкого, опубликованная в январе 1953 г. в журнале «Советская медицина», под названием «Патогенез и терапия мозолей» [337]. Эта работа также посвящалась регионарной анестезии и, вероятно, представляла собой один из разделов будущей монографии под тем же названием, над которой архиепископ и хирург упорно трудился в 1949—1952 гг.

Здесь приводилась оригинальная точка зрения на механизм возникновения мозолей и предлагался новый способ их лечения. Он заключался в проведении одной или нескольких новокаиновых блокад (регионарной анестезии) заднего большеберцового нерва в случаях появления выраженного болевого синдрома при мозолях стопы. Эти блокады, по мнению автора, приводили не только к исчезновению болей, вызванных мозолями, но и к уменьшению омозолелости стоп, а в редких случаях — к самопроизвольному отслаиванию мозолей без проведения оперативного вмешательства. Выводы Войно-Ясенецкого подтверждались как собственными примерами, так и материалами других историй болезни.

К середине 50-х годов автор, видимо, смирился с тем, что II издание «Регионарной анестезии» не удается подготовить к опубликованию своими силами. К тому же в Симферополе и в признанных научных центрах СССР, к которым относились Москва и Ленинград, не были найдены единомышленники, которые сумели бы завершить эту работу, став соавторами и разделив вместе с Войно-Ясенецким и лавры, и груз ответственности за нее. Это означало, что не только профессор Войно-Ясенецкий, полностью утративший зрение к тому времени, но и его первая книга под названием «Регионарная анестезия» (II издание) больше никогда не увидят света.

Иная судьба была уготована «Очеркам гнойной хирургии», ставшим главной книгой жизни видного хирурга. К тому времени Войно-Ясенецкому все-таки удалось добиться разрешения на ее новое, III издание, несмотря на несколько отказов. Однако и эта работа нуждалась во внесении важных редакторских попра-

вок, так как с 1943 г., когда в ней была поставлена автором последняя точка, прошло немало лет. Главным послевоенным событием в развитии отечественной хирургии стало широкое применение пенициллина и других антибиотиков. Оно по праву сравнивалось с чудодейственным эффектом и существенно изменяло клиническую картину многих гнойничковых заболеваний кожи и подкожной клетчатки, а также других болезней гнойного характера и гнойных осложнений разных ран, мастерски описанных автором «Очерков гнойной хирургии». Изменение клинической картины таких заболеваний в ряде случаев обусловливало и изменения хирургической тактики, использовавшейся в каждом конкретном случае. Все это требовалось донести до читателя с позиций современности и не могло быть выполнено профессором Войно-Ясенецким без посторонней помощи.

В 1955 г. бремя ответственности за внесение редакторских поправок в книгу лауреата Сталинской премии взял на себя ленинградский хирург и профессор В. И. Колесов, в том же году ставший заведующим кафедрой факультетской хирургии Первого Ленинградского медицинского института.

Его перу принадлежали все примечания и дополнения, появившиеся в III издании, где кратко излагалось «современное состояние вопроса о лечении отдельных гнойных заболеваний» [338]. Однако В. И. Колесов не стал соавтором этой монографии, несмотря на лестное приглашение профессора Войно-Ясенецкого.

«Утрата зрения лишила автора возможности пополнить свой труд, — указывалось в предисловии к III изданию, — поэтому третье издание выходит лишь с незначительными изменениями» [Там же]. Это была высокая оценка многодневной деятельности профессора В. И. Колесова, не «поднявшего руки» на авторский текст и ограничившегося краткими собственными примечаниями (в конце страниц) и дополнениями, приведенными, как правило, в конце той или иной главы «Очерков...».

Заслуживали особого внимания и авторы предисловия к III изданию. Ими стали известные отечественные хирурги А. Н. Бакулев и П. А. Куприянов. являвшиеся лидерами советской медицинской науки[126].

---

[126] А. Н. Бакулев был президентом АМН СССР, а П. А. Куприянов вице-президентом той же академии.



В. И. Колесов.

Отдавая должную дань уважения автору «Очерков гнойной хирургии», они сравнивали его анатомо-топографические достижения, изложенные в монографии, с успехами первого хирурга России Н. И. Пирогова, которому принадлежала пальма первенства в широком использовании топографо-анатомических ориентиров в клинической хирургии.

А. Н. Бакулев и П. А. Куприянов не сомневались, что эта работа Войно-Ясенецкого по-прежнему останется настольной книгой для многих советских врачей, которой будут пользоваться «тысячи хирургов... в минуты сомнений и раздумий». И они не ошиблись.

«Очерки гнойной хирургии» (III издание) увидели свет в середине 1956 г. в количестве 30 000 экземпляров. Это столько же, сколько составляли тиражи I и II изданий, вместе взятые. Дальше все случилось так, как и предсказывали видные хирурги. Книга быстро разошлась, став раритетом. Ее не смог увидеть только один из советских хирургов. Это был автор, профессор Войно-Ясенецкий.

На этом и закончилась его врачебная деятельность, ставшая одним из ярчайших примеров служения профессиональному



Архиепископ Симферопольский и Крымский Лука (Войно-Ясенецкий) (вторая половина 50-х годов прошлого века).

долгу. Более полувека боролся он со страданиями соотечественников, облегчая телесную боль и побеждая людские недуги. Видный хирург врачевал больных всюду, где мог. Местом приложения врачебных сил стали земские больницы, военные лазареты и госпитали трех войн (1904—1905, 1914—1918, 1941—1945 гг.), амбулатории и поликлиники, хирургические отделения и институтские клиники, а также тюремные камеры и этапы трех ссылок в годы репрессий в течение 11 лет его жизни. Всюду Войно-Ясенецкий (Ясенецкий-Войно) был открыт для страдальцев, приходя на помощь каждому, кто нуждался в ней. На этом пути ему принадлежало немало научных открытий в разных областях, включая анестезиологию, хирургию и офтальмологию. Они изложены в более чем 50 научных трудах, из которых 3 монографии. Каждая из них являлась единственной в своем роде и была удостоена престижных премий (1918, 1946). Более 30 лет подряд он сочетал врачебное искусство с архиерейским служением, исцеляя не только тела, но и души.

Талантливый человек талантлив во всем. Поэтому врач и архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий) стал видным иерархом Русской Православной Церкви, удостоенным ее высших знаков отличия.

Последние годы жизни (1956—1961) он посвятил только архиерейскому служению и на этом пути закончил земные дни.

Его бессменный секретарь Е. П. Лейкфельд писала о последних днях Святителя и хирурга: «Не роптал, не жаловался. Распоряжений не давал. Ушел от нас утром, без четверти семь. Подышал немного напряженно, потом вздохнул два раза и еще едва заметно — и все» [321, С. 100].

Архиепископ Симферопольский и Крымский Лука (Войно-Ясенецкий) скончался в Симферополе 11 июня 1961 г., когда Церковь праздновала день памяти всех святых. Он был похоронен при огромном стечении народа в ограде Симферопольского храма Всех Святых. Сюда от Свято-Троицкого кафедрального собора Симферополя, где он лежал в последнюю ночь панихиды, в течение трех часов, попеременно, на руках прихожане несли своего Владыку.

На скромном белом камне его могилы, увенчанном крестом черного мрамора, можно видеть надпись:

«Архиепископ Лука
ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКИЙ
27.04. 1877—11.06. 1961
Доктор медицины,
профессор, лауреат».

Определением Синода Украинской Православной Церкви от 22 ноября 1995 г. архиепископ Симферопольский и Крымский Лука был причислен к лику местночтимых святых.

Поэтому 20 марта 1996 г. состоялось торжественное перенесение честных останков Святителя и хирурга в кафедральный Свято-Троицкий собор Симферополя. Процессию из духовенства Крымской епархии и других областей Украины сопровождали военнослужащие, студенты Крымского медицинского института, жители города, многочисленные гости.



Могила Святителя и хирурга в ограде храма Всех Святых.



Интерьер Симферопольского кафедрального Свято-Троицкого собора, в глубине которого находится рака с мощами Святителя и хирурга.



Памятник Святителю и хирургу в Симферополе.

С тех пор мощи Святителя и хирурга помещены в раку, установленную в Симферопольском кафедральном Свято-Троицком соборе для поклонения верующих.

Вскоре состоялось и определение Священного Синода Русской Православной Церкви о причислении архиепископа Симферопольского и Крымского Луки (Войно-Ясенецкого) к лику святых Новомучеников и Исповедников Российских для общецерковного почитания (август 2000 г.). Был установлен и день памяти Святителя и хирурга. Его надлежит праздновать ежегодно 11 июня.

В наши дни раку с мощами Святителя Луки украсил иконостас. Она установлена на возвышении, к которому ведут две мраморные ступени. Над ним возвышаются 4 резные колонны, поддерживающие свод, украшенный резьбой и увенчанный крестом.

Именем Святителя Луки назван сквер в Симферополе. Здесь в его честь установлен прекрасный памятник.

Памятники архиепископу и хирургу можно видеть в Красноярске, Москве и Тамбове, где его именем названа 2-я городская больница.

Но главное, что память о Святителе и хирурге продолжает храниться в наших сердцах, передаваемая от одного поколения другому, а его незабываемый пример самоотверженного служения страждущему человечеству навечно останется святым примером для подражания.

Приложение 1

СОДЕРЖАНИЕ МОНОГРАФИИ Ф. ЛЕЖАРА «ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В НЕОТЛОЖНЫХ СЛУЧАЯХ» (1902) — ОДНОГО ИЗ ПЕРВЫХ УЧЕБНЫХ РУКОВОДСТВ, КОТОРЫЕ ИСПОЛЬЗОВАЛ В. Ф. ЯСЕНЕЦКИЙ-ВОЙНО ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ В ОБЛАСТИ ХИРУРГИИ

Общие положения

Неотложные операции и все для них необходимое.
Набор для неотложной хирургической помощи, требующийся врачу-практику.
Случаи крайней неотложности.
Остановка крови, сшивание раны, перевязка.
Анестезия в хирургии неотложных случаев:
— хлороформ;
— эфир;
— кокаин.
Впрыскивание кокаина в паутинное пространство спинного мозга.

Голова

Переломы черепа.
Переломы свода черепа, осложненные ранением покровов головы.
Переломы черепа без ранения его покровов.
Зараженные переломы.
Переломы основания черепа.

Огнестрельные переломы черепа.
Выстрелы в свод черепа.
Выстрелы в глазницу.
Выстрелы в рот.
Выстрелы в ухо.
Раны черепа, лица и языка.
Несколько вопросов глазной хирургии неотложных случаев.
Инородные тела.
Раны и разрывы глазного яблока.
Раны роговой оболочки.
Раны склеры.
Раны, проходящие через роговицу и склеру.
Энуклеация глаза.
Острая глаукома, неотложная иридэктомия.
Посторонние тела в полости носа.
Упорные носовые кровотечения.
Нарывы рта и горла.
Инородные тела в ухе.
Гнойное воспаление среднего уха и сосцевидного отростка.

Шея

Раны шеи.
Раны больших сосудов. Первичные и вторичные кровотечения.
Ранения дыхательного горла и трахеи.
Раны глотки и пищевода.
Подкожные повреждения шеи.
Переломы гортани и трахеи.
Инородные тела в дыхательных путях.
Инородные тела над голосовой щелью или в ней.
Инородные тела под голосовой щелью, в трахее или бронхах.
Трахеотомия и интубация.
Трахеотомия.
Интубация.
Инородные тела глотки и пищевода.
Инородное тело только что проглочено.
Инородное тело находится в глотке и пищеводе.
Флегмона шеи.

Грудь

Закрытые повреждения груди.
Раны груди.
- Проникающие раны плевры и легкого.
- Раны, проникающие в грудную клетку и живот.
- Раны и разрывы грудобрюшной преграды.
- Раны околосердия и сердца.

Прокол плевры и неотложное вскрытие ее.

Живот

Ушибы живота.
Техника чревосечения при ушибах живота.
- Прободения кишечника нет.
- Прободения и разрывы кишечника.
- Круглое узкое прободение кишок.
- Рассеченные раны или частичные разрывы кишок.
- Полные разрывы кишок. Иссечение раненой петли. Круговой кишечный шов.

Соустье кишок.
Раны живота.
- Небольшие узкие раны.
- Широкие раны.
- Огнестрельные раны.

Ранения правого подреберья. Раны и разрывы печени и желчных путей.
- Показания к операции.
- Производство операции.

Раны и разрывы желчных путей.
Ранения левого подреберья. Раны и разрывы селезенки.
Ранения поясничной области. Разрывы и раны почки.
Повреждения подчревной области. Разрывы мочевого пузыря.
Разрывы и раны матки.
Сильные кровотечения при язвах желудка и двенадцатиперстной кишки.
Неотложная гастростомия.
Непроходимость кишок.
- Высокая клизма.
- Электрическая клизма.
- Чревосечение при непроходимости кишок.
- Омертвление кишечной петли.

Образование кишечного свища и противоестественный задний проход.

Аппендицит.
    Операция аппендицита.
Перитонит.
    Пневмококковый перитонит.
    Послеродовый перитонит.
    Перитонит вследствие прободения.
Нарыв подвздошной впадины.
Острые явления вследствие перекручивания ножки плода.
Нарыв яйца при трубной беременности.

Мочеполовые органы

Неотложная кольпотомия.
Неотложное выскабливание.
Неотложная нефротомия.

Приложение 2

ИНСТРУКЦИЯ МЕДИЦИНСКОМУ ПЕРСОНАЛУ ПЕРЕСЛАВСКОГО УЕЗДНОГО ЗЕМСТВА, ГДЕ ПРИВОДИЛИСЬ ОБЯЗАННОСТИ УЧАСТКОВЫХ ЗЕМСКИХ ВРАЧЕЙ И ВРАЧЕЙ ЗЕМСКИХ БОЛЬНИЦ[127]

Прием амбулаторных больных и участковая деятельность

1. Земский участковый врач заведует одним участком и имеющимися в нем лечебными учреждениями как в лечебном и санитарном, так и в административно-хозяйственном отношении под контролем управы.

2. Прием амбулаторных больных производится лично врачом. Принципиально фельдшерский прием считается недопустимым, но допускается в виде исключения при чрезвычайном скоплении амбулаторных больных. Прием производится ежедневно кроме первых двух дней праздника Рождества Христова, первых двух дней праздника Пасхи, а также одного дня в неделю, установленного земским собранием для каждого участка. О часах приема, а также о неприемных днях вывешиваются объявления при входе в лечебное учреждение, а также в волостных и сельских управлениях. Больные, требующие неотложной помощи, принимаются во всякое время дня и ночи, включая праздничные и выходные дни.

3. Прием приходящих больных производится по очереди, в порядке записи, за исключением заразных больных, детей и тяжелобольных, которые принимаются вне очереди.

---

[127] Во многом эти обязанности были типовыми, благодаря чему их содержание лишь незначительно отличалось друг от друга в разных губерниях.

4. В участках, имеющих постоянно или временно более одного врача, амбулаторный прием производится совместно обоими врачами в установленное время.

5. В тех случаях, когда врач во время приемных часов по какой-нибудь надобности отлучается из амбулатории, он может поручить вести прием приходящих больных кому-либо из фельдшерского персонала. При наличности двух врачей в участке амбулаторный прием может быть поручен фельдшерам лишь в случаях крайней необходимости.

6. Всем обращающимся за помощью больным как жителям своего уезда, так и других уездов и губерний, без различия сословий и имущественного положения, совет подается бесплатно (какое-либо добровольное вознаграждение медицинскому персоналу от больных, обращающихся в земские амбулатории, принимаемо быть не может).

7. Выдача медикаментов и перевязочного материала производится бесплатно всем нуждающимся в них без различия сословий как приходящим больным, так и получающим помощь у себя на дому.

8. Если в селении, где находится врачебный пункт, имеется вольная[128] аптека, то согласно существующим законоположениям всем заведомо состоятельным больным, обращающимся за помощью, выдаются рецепты для получения лекарств в вольной аптеке.

9. Участковый врач изучает по мере возможности санитарное состояние своего участка и те бытовые и другие местные условия, которые способствуют в нем развитию эпидемии, изыскивает способы и меры к наибольшему обеспечению местного населения медицинской помощью, распространяет путем систематических лекций с демонстрациями картин гигиенические знания и обо всех сделанных им наблюдениях и о принятых им мерах доводит до сведения управы и врачебной комиссии.

10. Врач выезжает на дом в исключительно важных случаях, как-то:

— на трудные роды;

— в случаях опасных кровотечений;

— на тяжкие травматические повреждения;

— в места появления эпидемических болезней.

При этом решение вопроса о важности заболевания и необходимости выезда представляется усмотрению и совести врача за его ответственностью.

11. Посещенным на дому больным, в случае надобности, предлагается лечь в больницу и в случае отказа повторные посещения к ним не обязательны.

12. Кроме случаев выезда, упомянутых в п. 10, на обязанности врача лежат выезды по вызову товарищей в соседние участки на консультацию или для совместного производства крупных операций.

---

[128] Коммерческая (примечание автора).

13. Все выезды, за исключением случаев очевидной необходимости в немедленной помощи, врач делает в свободное от приема больных время.

14. Все выезды врача на дом в других случаях, кроме указанных, для врача не обязательны, но могут быть допускаемы настолько, насколько они не мешают исполнению его прямых обязанностей, например, амбулаторному приему, обходу стационарных больных и т. п.

15. В случаях выезда из места своего пребывания врач каждый раз оставляет дежурному фельдшеру сведения о месте выезда.

16. Наблюдение за появлением и ходом эпидемических болезней и принятие мер к их прекращению составляет одну из важных обязанностей участкового врача.

17. Врач, не ограничиваясь уведомлениями от учреждений и лиц, сам принимает меры к разведыванию, не появилось ли в селениях его участка какой-либо заразной болезни эпидемического характера, всеми возможными для него путями, как-то: через приходящих больных, учителей, священников, местных жителей, санитарных попечителей, если таковые имеются.

18. Узнав о появлении эпидемических заболеваний в каком-либо пункте своего участка, врач выезжает туда для определения характера болезни и принятия мер.

19. Когда обнаружится заболевание эпидемической болезнью, обычно имеющей тяжелый характер, как-то: оспой, скарлатиной, тифом, — врач старается изолировать все первые случаи заболеваний в постоянную или временную лечебницу или в особое помещение, нанятое за счет управы, если это удается, чтобы таким образом пресечь дальнейшее развитие эпидемии. Затем он производит в случае надобности и возможности дезинфекцию помещений, тщательно наблюдая за появлением новых заболеваний (о появлении эпидемии врач немедленно извещает управу, сообщая ей все собранные им сведения о ходе и распространении эпидемии).

20. При изоляции больных во временные лечебницы вне места жительства медицинского персонала врач оставляет на месте для постоянного наблюдения за больными и приведения в исполнение назначенных мер фельдшера до прибытия эпидемического персонала; сам же посещает пораженный эпидемией пункт периодически по мере надобности.

21. В деле наблюдения за появлением дальнейших случаев заболеваний врач пользуется не только силами медицинского персонала, но и старается привлечь к этому и местное население.

22. Если болезнь в селении достигла значительного развития или принимает опасный характер и местные силы медицинского персонала оказываются недостаточными, участковый врач обращается в уездную управу, в случае надобности даже по телеграфу, с просьбой об усиле-

нии персонала, сообщая, однако, при этом фактически и обстоятельно о положении дела.

23. С прибытием эпидемического персонала и поручением ему известного района с участкового врача не снимаются обязанности по надзору за санитарным состоянием всего заведуемого им участка и он не освобождается от участия в борьбе с эпидемией, а только согласует свою деятельность с инструкцией для эпидемического персонала Владимирского уездного земства, поскольку она касается его прав и обязанностей.

24. Преследуя задачу мирного и добровольного применения необходимых мер против эпидемических болезней, участковый врач заботится о привлечении к этому местного населения в лице его наиболее культурных и влиятельных элементов, разъясняет им свойство болезни, важность и необходимость предполагаемых мероприятий, стараясь тем самым найти в них поддержку в своей деятельности. В случае необходимости разъясняет на сельском сходе свойство болезни, какие и почему требуются меры, указывает и объясняет важность своевременного осведомления врача о новых заболеваниях.

25. Врач обращает внимание на места общественных сборищ, поскольку они могут способствовать распространению заразы, принимая необходимые меры для противодействия этому, в случае необходимости предлагает управе закрыть школы и производить их дезинфекцию.

26. Возможность проведения и успех применения всех указанных выше противоэпидемических мероприятий зависит от местных условий, а также от находчивости врача и степени доверия, которое ему удастся приобрести среди населения гуманным отношением к больным и населению вообще; поэтому обращение врача к властям за содействием для насильственного воздействия на население допустимо лишь в исключительных случаях. В случаях же недоразумения в своей деятельности или представившейся необходимости принять какие-либо более энергичные меры по прекращению эпидемии врач обращается в управу или врачебную комиссию для разрешения этих вопросов.

27. В пораженных эпидемией местностях, находящихся под его наблюдением, участковый врач ведет регистрацию больных и домов согласно установленным формам и еженедельно доставляет в уездную управу сведения о ходе эпидемии.

28. На наем помещения (для изолятора в случае эпидемии), наем прислуги для ухода за больными, на продовольствие бедных больных, приобретение белья для больных и прочее врач получает от земской управы аванс, в расходовании которого и ведет особый счет.

29. Все эпидемические больные пользуются медикаментами бесплатно, а особенно нуждающиеся также и продовольствием за счет земства, причем продукты продовольствия (чай, сахар, крупа, молоко и прочее) выдаются им по возможности натурой.

30. Так как в некоторых экономиях и промышленных заведениях собирается в летнее время много рабочих, иногда и пришлых, благодаря чему создаются благоприятные условия для эпидемических заболеваний, участковый врач следит в пределах возможности и за санитарным состоянием этих учреждений.

Акушерская помощь

31. Акушерская помощь на участке подается фельдшерицей-акушеркой или акушеркой под общим руководством врача.

32. По получении требований от нуждающихся в акушерской помощи акушерка командируется немедленно врачом для оказания пособия.

33. Если роды оказываются неправильными, врач обязан выехать по возможности немедленно к роженице для оказания соответствующего пособия.

34. Желательно, чтобы в первые дни после родов акушерка по возможности посещала родильницу для подания необходимых советов относительно правильного гигиенического содержания матери и ребенка; после патологических родов, потребовавших оперативного вмешательства, такое посещение, не менее одного раза, обязательно.

35. Помощь при родах всем обращающимся за ней оказывается бесплатно.

36. Желательно, чтобы во время пребывания у роженицы акушерка наставляла окружающих во всем, касающемся ухода за роженицами и родильницами. При подаче помощи акушеркой или врачом повитухи по возможности не должны быть удаляемы от роженицы.

Надзор за школами

37. Врачебно-санитарный надзор за всеми школами в участке входит в круг обязанностей участкового земского врача.

38. В случае появления эпидемии в районе школы врач, если найдет нужным, предлагает заведующему школой временно закрыть таковую, о чем извещает управу и инспектора народных училищ (ввиду того, что закрытие школы сокращает и без того короткий учебный год в народных школах, врач должен очень осторожно относиться к закрытию школ).

39. Не менее одного раза в год врач осматривает все школы своего участка, причем дает указания и советы учителю об устранении замеченных санитарных недостатков в школе, об изоляции или удалении

из школы учеников, оказавшихся при осмотре страдающими заразительными болезнями, производит вакцинацию и ревакцинацию школьников (прививки).

40. О замеченных санитарных недостатках школы, которых не может устранить сам учитель, врач доносит в земскую управу.

41. Сообщения всех участковых врачей о результатах осмотров школ рассматриваются на врачебной комиссии.

Больницы и лечебницы

42. Прием стационарных больных производится в часы, назначенные для приема приходящих больных. Трудно и опасно больные принимаются во всякое время дня и ночи. Больные дети, в случаях необходимости по усмотрению врача, принимаются вместе со взрослыми; также при больных матерях могут быть принимаемы грудные дети.

43. Стационарной медицинской помощью в лечебных учреждениях пользуются бесплатно все, за исключением лиц, не состоящих плательщиками земского сбора: лиц духовного звания, мещан и чиновников г. Переславля, больных тюремного ведомства, воинских чинов и других. Служащие в земстве от платы за лечение освобождаются. Плата за лечение рабочих взыскивается с фабрик по 1 рублю в сутки; за всех прочих лиц, подлежащих взысканию, плата за больничное лечение — 25 копеек в сутки (медицинский персонал не может принимать в свою пользу какого-либо, даже добровольного, вознаграждения от больных, пользуемых в земских лечебных учреждениях).

44. Для стационарного лечения принимаются всякого рода больные, нуждающиеся в нем по определению врача; острозаразные и сифилитики принимаются только там, где для этого имеются особые помещения.

45. Прием стационарных больных согласуется со штатным числом кроватей в каждом заведении, определяемым сметой.

46. При незначительном количестве больничных кроватей в сравнении с существующей в населении потребностью в стационарном лечении и ввиду сбережения свободных мест для более тяжких случаев прием в земские лечебные учреждения хроников, нуждающихся скорее в призрении, чем в лечении, не допускается.

47. Прием больных для коечного пользования зависит от врача, в экстренном случае за отсутствием врача больной может быть принят фельдшером.

48. Психические больные, нуждающиеся в больничном лечении, по составлении истории болезни, отправляются в сопровождении фельдшера или провожатого в г. Владимир в психиатрическую больницу за счет специальной оплаты.

49. Никто из больных не имеет права требовать соответственно своим привычкам особого ухода и содержания.

50. При поступлении в лечебницу одежда и вещи больного отбираются от него впредь до выздоровления и записываются, деньги и ценности сохраняются смотрителем или, где его нет, врачом. Вещи и белье заразных больных дезинфицируются.

51. Больные обязаны подчиняться всем установленным правилам. Они получают от больницы постельное и носильное белье и не могут иметь при себе денег и других вещей без особого разрешения врача.

52. Порции больным назначаются врачом при ежедневной визитации на следующий день, а в экстренных случаях и на текущий день.

53. Заведование лечебными учреждениями всех типов лежит всецело на враче.

54. Врач состоит полным распорядителем вверенного ему лечебного учреждения в медицинском и хозяйственно-административном отношении. Посещение врачом вверенного ему лечебного учреждения производится не менее двух раз в день (утром и вечером).

55. Врач наблюдает за гигиеническим устройством и содержанием больничных помещений, за правильным размещением и содержанием больных и уходом за ними.

56. Он определяет и увольняет прислугу, причем ему предоставляется по своему усмотрению изменять количество и содержание прислуги, не выходя из пределов назначенной для этого сметы. Для ухода за больными в лечебном учреждении должна быть особая палатная прислуга, на которой не должно лежать других обязанностей по содержанию внешнего благоустройства учреждения. Количество палатной прислуги должно быть таково, чтобы больные никогда не оставались без надзора.

57. Врач наблюдает за сохранением, расходованием и пополнением медикаментов, перевязочных материалов, белья, вообще всего больничного инвентаря. Снабжение лечебных учреждений медикаментами, инструментами, перевязочными материалами и т. п. производится управой по обсуждении представляемых врачами требований в врачебной комиссии. Ко времени основной выписи медикаментов в участке приводится приблизительно учет их; список наличности аптеки представляется врачебной комиссии совместно с требованием. Для записи медикаментов врач ведет особые книги по установленной управой форме.

58. Полная опись долгосрочного инвентаря лечебного учреждения должна быть у врача, а копия должна быть представлена в управу. Ежегодно к 1 января производится проверка инвентаря и о всех изменениях в его составе сообщается управе.

59. Переславской больницей в административном и хозяйственном отношении заведует врач-хирург. Врач-терапевт заведует терапевтическим отделением в лечебном и терапевтическом отношениях. Амбу-

латорный прием ведут оба врача, каждый по своей специальности. Кожных и венерических больных принимает терапевт. Врач Переславского участка в свободное от разъездов время принимает участие в больничной и амбулаторной работе, помогая по мере надобности обоим врачам больницы. Наркоз ведет врач-терапевт. Во время отсутствия терапевта или хирурга участковый врач разделяет с оставшимся больничную и амбулаторную работу. Участкового врача заменяет терапевт за исключением выездов на неотложные роды, на которые должен выезжать в отсутствие участкового врача врач-хирург.

60. На необходимые расходы врач получает из управы авансом сумму, в употреблении которой представляет в управу по мере расходования отчеты по установленной форме с приложением оправдательных документов на все те статьи расхода, где получение их возможно.

61. Врач наблюдает за надлежащим заготовлением и расходованием материалов для отопления здания, одежды больных, пищевого их довольствия и пр., а также за исправностью всех больничных зданий и своевременно (не позднее 1 июля) представляет в управу мотивированные проекты сметных предположений на следующий год по содержанию подведомственного ему лечебного учреждения и участка, руководствуясь действительно произведенными расходами и предстоящими нуждами. Проекты смет рассматриваются на заседании врачебной комиссии, созываемой для этого в июле и августе.

62. Врач ведет скорбный лист для каждого больного по форме, установленной врачебной комиссией.

63. По истечении года врач представляет в управу медицинский отчет по форме, утвержденной врачебной комиссией.

64. Распределение в больнице и участке обязанностей вспомогательного медицинского персонала и прислуги устанавливается врачом.

65. При всех лечебных учреждениях обязательно дежурство фельдшерского персонала. Обязанности дежурных выполняются по очереди всеми штатными и временными фельдшерами и фельдшерицами-акушерками участка.

66. Несение обязанностей по дежурству не освобождает дежурного и его товарища от обычных обязанностей.

67. Дежурный фельдшер согласно указаниям врача следит за дезинфекцией вещей и за соблюдением посетителями необходимых предосторожностей при посещении больных, в особенности оперированных и заразных.

68. Посетители к больным допускаются с разрешения врача только при условии соблюдения ими установленных для этого правил и мер предосторожности.

69. Без разрешения врача посетители не должны ничего передавать больным.

70. Время посещения больных определяется врачом сообразно с местными условиями. Посещение больных с разрешения врача может быть допускаемо в особых случаях и в неуказанное время.

71. Посетители должны соблюдать чистоту, тишину и порядок, в случае же явного неподчинения в этом отношении требованиям со стороны служащих они немедленно удаляются из больницы.

72. При входе в больницу вывешивается объявление с правилами для посетителей и с указанием дней и часов, определенных для посещений больных.

73. С освобождением кровати за выпиской или смертью больного, все постельное и носильное белье заменяется чистым. В случае заразительной болезни как бывшие на больном при поступлении собственные вещи, так и больничные по мере возможности дезинфицируются.

74. В случае смерти больного врач по возможности немедленно дает знать родственникам.

75. Умершие переносятся в находящуюся при больнице покойницкую, которая может служить и местом вскрытия только для умерших в больнице, если вскрытие необходимо по существующим законоположениям (умерший не может быть вынесен из палаты до удостоверения факта смерти врачом, а в его отсутствие — фельдшером).

76. Остающиеся после больных вещи и деньги возвращаются родственникам, представившим удостоверение личности.

77. Больные, пользуемые бесплатно, в случае смерти хоронятся за счет земства, если родственники не пожелают хоронить умершего собственными средствами.

78. Упомянутые в ст. 43 больные, в случае их смерти, хоронятся за счет земства, а произведенный расход взыскивается управой.

79. Погребение умерших в больнице безродных и несостоятельных производится за земский счет.

Условия службы и служебные отношения медицинского персонала

80. Врачи приглашаются, переводятся из одного участка в другой и увольняются постановлением земской управы после заслушивания заключения врачебной комиссии.

81. Фельдшера, фельдшерицы-акушерки и акушерки определяются на службу постановлением управы по соглашению с врачом.

82. Перемещение лиц вспомогательного медицинского персонала из одного участка в другой производится управой после заслушивания отзыва заинтересованных участковых врачей; перевод против воли и увольнение — после заслушивания заключения врачебной комиссии.

83. Врачи, фельдшера, фельдшерицы-акушерки и акушерки обязаны жить в отведенных им при лечебном учреждении квартирах или за отсутствием последних в селении, где помещается врачебный пункт.

84. Вновь поступающие участковые врачи получают первоначально оклад 1400 руб. жалованья (в год) и готовую квартиру с отоплением и освещением или 250 руб. квартирных, если нет готовой квартиры.

85. По прослужении 5 лет врачи получают прибавку к жалованию в размере 10 % основного оклада, через следующие 5 лет еще 10 % и через следующие 5 лет 10 %.

86. Жалованье и квартирные, если нет готовых квартир, вновь поступающему фельдшерско-акушерскому персоналу установлено в следующем размере: фельдшерицы-акушерки получают жалованья 480 руб., квартирных 60 руб.; фельдшерицы и школьные фельдшера 420 руб. и квартирных 60 руб.; акушерки и ротные фельдшера 300 руб. и квартирных 60 руб.

87. Через каждые 5 лет службы оклад фельдшеров, фельдшериц-акушерок и акушерок увеличивается на 10 % от жалованья; таких пятилетних прибавок установлено 3.

88. Совмещение обязанностей земского врача со службой в каких бы то ни было других учреждениях и предприятиях принципиально не допускается, но в исключительных случаях может быть разрешено управою.

89. По прослужении года врачи, фельдшера, фельдшерицы-акушерки и акушерки имеют право пользоваться месячным отпуском один раз в год. Очередь отпуска для врачей устанавливается врачебной комиссией. Кратковременный отпуск не более 5 дней фельдшерскому персоналу разрешается врачом с уведомлением в том управы; более продолжительные — управой по соглашению с врачом. Врач может отлучаться из участка на 2 дня, не испрашивая на то разрешения управы, а лишь уведомляя ее, равно как и соседнего врача; таких отлучек не может быть более 6 в год.

90. Врачи, прослужившие уездному земству непрерывно 3 года, имеют право воспользоваться 3-месячной научной командировкой с сохранением содержания и с субсидией от земства в 300 руб. Вторую командировку тот же врач может получить не ранее, как через 3 года после первой и в очередь.

91. Очередь для командировок между имеющими на нее право устанавливается врачебной комиссией. По возвращении из командировки врач обязан представить врачебной комиссии отчет о своих занятиях в трехмесячный срок. На врача, получившего командировку, возлагается обязанность прослужить в уезде не менее года после командировки. Уходящий со службы до истечения этого срока обязан возвратить полученное им на командировку пособие, врач же не уходящий, а увольняемый управою, никаких обязательств по возвращению командировочных денег не несет.

92. На время отпуска или болезни фельдшерский персонал заменяется запасными фельдшерами, если таковые будут свободны.

93. В случае болезни лиц медицинского персонала они сохраняют полное содержание в течение 4 месяцев, в течение следующих двух — половинное; вопрос о дальнейшем их пребывании на службе предоставляется усмотрению управы.

94. Лица медицинского персонала как врачебного, так и фельдшерского, желающие оставить службу, обязаны предупредить о том управу за месяц до оставления службы. Лица, не исполнившие этого правила, обязуются уплатить управе месячное жалованье.

95. В случае увольнения лиц медицинского персонала без предварительного уведомления управой за срок не менее одного месяца, управа выдает уволенному вознаграждение в размере 2-месячного оклада.

96. Все врачи состоят членами врачебной комиссии.

97. Единственным лицом, ответственным перед земской управой за положение дел в участке или лечебнице (больнице), является врач, а потому остальной персонал участка или лечебницы (больницы), в том числе фельдшера, фельдшерицы-акушерки, смотрители, непосредственно подчиняются ему в служебном отношении.

98. Участковым врачом по его усмотрению (с ведома земской управы) может быть возложено заведование аптекарской частью, исполнение обязанностей смотрителя и т. п. на кого-либо из лиц фельдшерского персонала, причем ответственным лицом остается врач.

Приложение 3

СОДЕРЖАНИЕ ПЕРВОГО ИЗДАНИЯ МОНОГРАФИИ В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО «ОЧЕРКИ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ» (1934)

Предисловие редактора
Предисловие автора

I. Карбункулы и фурункулы
II. Гнойные заболевания глаза
III. Глубокие флегмоны лица
IV. Паротит. Гнойное воспаление полости рта и глотки
V. Периоститы и остеомиелиты челюстей
VI. Гнойное воспаление среднего уха и его осложнения
VII. Флегмоны шеи
VIII. Флегмоны подмышечной области
IX. Гнойное воспаление в области плечевого сустава
X. Гнойное воспаление локтевого сустава
XI. Флегмоны пальцев, кисти и предплечья
XII. Мастит
XIII. Гнойный плеврит
XIV. Забрюшинные поясничные флегмоны
XV. Аппендицит и перитонит
XVI. Пролежни. Глубокая флегмона ягодичной области
XVII. Аденофлегмона паховой области. Межмышечные флегмоны бедра
XVIII. Гнойное воспаление коленного сустава
XIX. Остеомиелит
XX. Гнойные процессы в области голеностопного сустава
XXI. Лимфангоит
XXII. Саркома или остеомиелит?

Приложение

Способы анестезии

Местная анестезия

Общие сведения

1. Тройничный нерв
2. Областная анестезия волосистой части головы
3. Нервы шеи
4. Нервы верхней конечности
5. Нервы нижней конечности

Общий наркоз

Приложение 4

СОДЕРЖАНИЕ ВТОРОГО ИЗДАНИЯ МОНОГРАФИИ В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО «ОЧЕРКИ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ» (1946)

Предисловие автора к первому изданию
Предисловие ко второму изданию
Глава I. Инфицированные раны покровов черепа, флегмона. Остеомиелит костей черепа
Глава II. Карбункулы и фурункулы
Глава III. Гнойные заболевания глаза
Глава IV. Глубокие гнойные воспаления лица. Флегмона глазницы
Глава V. Глубокие флегмоны лица
Глава VI. Паротит. Гнойные воспаления полости рта и глотки
Глава VII. Периоститы и остеомиелиты челюстей
Глава VIII. Гнойное воспаление среднего уха и его осложнения
Глава IX. Флегмоны шеи
Глава X. Флегмоны подмышечной области
Глава XI. Гнойное воспаление в области плечевого сустава
Глава XII. Флегмоны плеча и предплечья
Глава XIII. Гнойное воспаление локтевого сустава
Глава XIV. Флегмоны пальцев, кисти и предплечья. Гнойное воспаление лучезапястного сустава
Глава XV. Флегмоны груди. Остеомиелиты лопатки и ключицы
Глава XVI. Остеомиелит ребер. Кариозные процессы в реберных хрящах
Глава XVII. Остеомиелит позвоночника
Глава XVIII. Мастит
Глава XIX. Гнойный плеврит
Глава XX. Абсцесс легкого

Глава XXI. Забрюшинные поясничные флегмоны
Глава XXII. Аппендицит и перитонит
Глава XXIII. Абсцессы печени
Глава XXIV. Абсцесс селезенки
Глава XXV. Флегмоны брюшной стенки
Глава XXVI. Флегмоны подвздошной ямы. Псоит
Глава XXVII. Остеомиелит костей таза
Глава XXVIII. Гнойное воспаление тазобедренного сустава
Глава XXIX. Пролежни. Глубокая флегмона ягодичной области
Глава XXX. Флегмона fossae ischiorectalis. Перианальные абсцессы
Глава XXXI. Гнойные затеки при простатите и везикулите
Глава XXXII. Аденофлегмона паховой области
Глава XXXIII. Флегмоны бедра, подколенной ямки и голени. Гнойные затеки из коленного сустава
Глава XXXIV. Гнойное воспаление коленного сустава
Глава XXXV. Остеомиелит
Глава XXXVI. Флегмоны стопы
Глава XXXVII. Гнойные воспаления в области голеностопного сустава
Глава XXXVIII. Лимфангоит
Глава XXXIX. Саркома или остеомиелит?

Приложение

Способы анестезии
Местная анестезия
Общие сведения
1. Тройничный нерв
2. Областная анестезия волосистой части головы
3. Нервы шеи
4. Нервы верхней конечности
5. Нервы нижней конечности
Наркоз

Приложение 5

СПИСОК НАУЧНЫХ ТРУДОВ ЯСЕНЕЦКОГО-ВОЙНО (ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО)

1. Невроматозный элефантиаз лица. Плексиформная неврома // Хирургия (ежемесячное издание профессора П. И. Дьяконова). 1908. Т. 24. С. 12—25.

2. Случай ретроградного ущемления кишечной петли // Хирургия (ежемесячное издание профессора П. И. Дьяконова). 1908. Т. 24. С. 127—130.

3. О способах анестезии, наиболее удобных в земской практике // Врачебная газета. 1908. № 47. С. 1365—1368; № 48. С. 1390—1392.

4. Кровяная саркома ребра // Хирургия. 1910. Т. 27. С. 441—447.

5. К вопросу об оперативном лечении переломов позвоночника // Хирургия. 1910. Т. 28. С. 10—18.

6. Двухстороннее повреждение блуждающего нерва. Резекция нерва диафрагмы // Хирургия. 1911. Т. 29. С. 156—169.

7. О первичном остром остеомиелите позвоночника // Хирургия. 1911. Т. 29. С. 559—570.

8. Zweiter Fall von vorübergehender Erblindung nach Novokain-Suprarenininjektion in die Angenhöhle // Zentralblatt f. Chirurgie. Leipzig, 1911. N 27. S. 924.

9. Двухстороннее повреждение блуждающего нерва. Резекция нерва диафрагмы (из Романовской земской больницы Балашовского уезда). Доклад в Киевском хирургическом обществе 11 октября 1910 г. // Тр. Киевского хирургического общества, состоящего при Императорском университете св. Владимира. Киев: Тип. Императорского университета св. Владимира, 1912. Вып. 3. С. 225—239.

10. О первичном остром остеомиелите позвоночника (из Романовской земской больницы Балашовского уезда). Доклад в Киевском хирургическом обществе 11 октября 1910 г. // Тр. Киевского хирургического общества, состоящего при Императорском университете св. Вла-

димира. Киев: Тип. Императорского университета св. Владимира, 1912. Вып. 3. С. 241—253.

11. Отчет о деятельности Переславской земской больницы за 1911 год. Владимир на Клязьме: Типо-литография губернской земской управы, 1912. 152 с.

12. Leitungsanasthesie des N. ischiadicus // Zentralblatt f. Chirurgie. Leipzig, 1912. N 30. S. 1021—1022.

13. Выступление в ходе обсуждения первого программного вопроса «О лечении перитонитов» / XII съезд российских хирургов (Москва, 19—22 декабря 1912 г.). М., 1913. С. 24—25.

14. Регионарная анестезия седалищного и срединного нерва / XII съезд российских хирургов (Москва, 19—22 декабря 1912 г.). М., 1913. С. 73—75.

15. Отчет о деятельности Переславской земской больницы за 1912 и 1913 годы // Врачебно-санитарные хроники Владимирской губернии. 1914. № 1, 2. 179 с.

16. Регионарная анестезия кисти руки // Врачебная газета. 1914. № 39. С. 1211—1213.

17. Отчет о деятельности Переславской земской больницы за 1914 год. Переславль-Залесский, 1915. 106 с.

18. Регионарная анестезия (диссертация на степень доктора медицины). Пг.: Тип. А. Э. Коллинс, 1915. 228 с.

19. К казуистике оперативного лечения опухолей мозга // Тр. Киевского хирургического общества, состоящего при Императорском университете св. Владимира. Киев, 1915. С. 481—491.

20. Случай оперативного лечения приапизма // Тр. Киевского хирургического общества, состоящего при Императорском университете св. Владимира. Киев, 1915. С. 492—495.

21. Отчет о деятельности Переславской земской больницы за 1915 год. Переславль-Залесский, 1916. 115 с.

22. Отчет о хирургической деятельности Романовской земской больницы Балашовского уезда с 20 марта 1909 г. по 6 сентября 1910 г. Владимир на Клязьме: Тип. губернской земской управы, 1916. 153 с.

23. Топография паховых и наружных подвздошных лимфатических желез и техника оперативного удаления их // Туркестанский мед. журн. Ташкент, 1922. Т. 1. № 2. С. 131—134.

24. Опасности способа Momburg'a // Туркестанский мед. журн. Ташкент, 1922. Т. 1. № 7. С. 549—555.

25. Операция при caries реберных хрящей // Тр. I научного съезда врачей Туркестанской республики (Ташкент, 23—28 октября 1922 г.). Ташкент: Туркестанское гос. издательство, 1923. С. 51—52.

26. О лечении хирургического туберкулеза // Тр. I научного съезда врачей Туркестанской республики (Ташкент, 23—28 октября 1922 г.). Ташкент: Туркестанское гос. издательство, 1923. С. 64.

димира. Киев: Тип. Императорского университета св. Владимира, 1912. Вып. 3. С. 241—253.

11. Отчет о деятельности Переславской земской больницы за 1911 год. Владимир на Клязьме: Типо-литография губернской земской управы, 1912. 152 с.

12. Leitungsanasthesie des N. ischiadicus // Zentralblatt f. Chirurgie. Leipzig, 1912. N 30. S. 1021—1022.

13. Выступление в ходе обсуждения первого программного вопроса «О лечении перитонитов» / XII съезд российских хирургов (Москва, 19—22 декабря 1912 г.). М., 1913. С. 24—25.

14. Регионарная анестезия седалищного и срединного нерва / XII съезд российских хирургов (Москва, 19—22 декабря 1912 г.). М., 1913. С. 73—75.

15. Отчет о деятельности Переславской земской больницы за 1912 и 1913 годы // Врачебно-санитарные хроники Владимирской губернии. 1914. № 1, 2. 179 с.

16. Регионарная анестезия кисти руки // Врачебная газета. 1914. № 39. С. 1211—1213.

17. Отчет о деятельности Переславской земской больницы за 1914 год. Переславль-Залесский, 1915. 106 с.

18. Регионарная анестезия (диссертация на степень доктора медицины). Пг.: Тип. А. Э. Коллинс, 1915. 228 с.

19. К казуистике оперативного лечения опухолей мозга // Тр. Киевского хирургического общества, состоящего при Императорском университете св. Владимира. Киев, 1915. С. 481—491.

20. Случай оперативного лечения приапизма // Тр. Киевского хирургического общества, состоящего при Императорском университете св. Владимира. Киев, 1915. С. 492—495.

21. Отчет о деятельности Переславской земской больницы за 1915 год. Переславль-Залесский, 1916. 115 с.

22. Отчет о хирургической деятельности Романовской земской больницы Балашовского уезда с 20 марта 1909 г. по 6 сентября 1910 г. Владимир на Клязьме: Тип. губернской земской управы, 1916. 153 с.

23. Топография паховых и наружных подвздошных лимфатических желез и техника оперативного удаления их // Туркестанский мед. журн. Ташкент, 1922. Т. 1. № 2. С. 131—134.

24. Опасности способа Momburg'a // Туркестанский мед. журн. Ташкент, 1922. Т. 1. № 7. С. 549—555.

25. Операция при caries реберных хрящей // Тр. I научного съезда врачей Туркестанской республики (Ташкент, 23—28 октября 1922 г.). Ташкент: Туркестанское гос. издательство, 1923. С. 51—52.

26. О лечении хирургического туберкулеза // Тр. I научного съезда врачей Туркестанской республики (Ташкент, 23—28 октября 1922 г.). Ташкент: Туркестанское гос. издательство, 1923. С. 64.

27. Артротомия при гнойном воспалении коленного сустава // Тр. I научного съезда врачей Туркестанской республики (Ташкент, 23—28 октября 1922 г.). Ташкент: Туркестанское гос. издательство, 1923. С. 75—76.

28. Разрезы при гнойных тендовагинитах кисти рук // Тр. I научного съезда врачей Туркестанской республики (Ташкент, 23—28 октября 1922 г.). Ташкент: Туркестанское гос. издательство, 1923. С. 76—77.

29. Двухсторонний анкилоз тазобедренного сустава (из Ташкентской городской больницы) // Туркестанский мед. журн. Ташкент, 1923. Т. 2. № 1—2. С. 123, 124.

30. Артротомия тазобедренного, локтевого и плечевого суставов при гнойном воспалении их // Туркестанский мед. журн. Ташкент, 1923. Т. 2. № 1—2. С. 130—131.

31. Массаж сердца и его хирургия // Туркестанский мед. журн. Ташкент, 1923. Т. 2. № 1—2. С. 134—136.

32. Cariöse Prozesse in den Rippenknorpeln und ihre operative Behandlung // Archiv für Klinische Chirurgie. Berlin, 1923. S. 345—377.

33. Über das Unterbinden der Gefässe bei Extirpation der Milz // Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Leipzig, 1923. S. 396—399.

34. Notwendige Erweiterung der Operation von Mammakarzinom // Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Leipzig, 1923. S. 400—405.

35. Кариозные процессы в реберных хрящах и их оперативное лечение // Вестн. хирургии и пограничных областей. 1924. Т. 3. Кн. 8, 9. С. 13—32.

36. О ранах диафрагмы // Туркестанский мед. журн. Ташкент, 1924. Т. 3. № 1—8. Январь—август. С. 144.

37. К вопросу об оперативном лечении ран, проникающих через диафрагму // Новый хирургический архив. Екатеринослав, 1924. Т. 5. Кн. 1. С. 91—95.

38. Артротомии при гнойных воспалениях больших суставов // Вестн. хирургии и пограничных областей. 1924. Т. 4. Кн. 10, 11. С. 279—290.

39. Очерки гнойной хирургии. М.; Л.: Гос. издат. биолог. и мед. лит., 1934. 304 с., ил.

40. По поводу статьи «Медицина на грани знахарства» // Правда Востока. 1936. № 158. 10 июля. С. 3.

41. Флегмоны стопы // Хирургия. 1941. № 8. С. 11—33.

42. Поздняя резекция при гнойном гоните // Госпитальное дело. 1943. № 1. С. 55—56.

43. Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов. М., 1944. 96 с.

44. Наш опыт лечения огнестрельного остеомиелита в госпитале глубокого тыла // Тр. окружной хирургической конференции госпиталей Сибирского военного округа (Новосибирск, 24—29 марта 1943 г.). Красноярск, 1944. С. 81—90.

45. Разрез, без которого нельзя излечить гнойный коксит // Госпитальное дело. 1944. № 7—8. С. 47.

46. О лечении огнестрельных эмпием плевры / Сб. работ эвакогоспиталей Красноярского края. Красноярск: Красноярский рабочий, 1945. С. 260—276.

47. О раневом сепсисе / Сб. трудов эвакогоспиталей Воронежского военного округа. М.: Медгиз, 1946. С. 137—143.

48. Патогенез и терапия мозолей // Сов. медицина. М., 1953. № 1. Январь. С. 15—17.

49. Очерки гнойной хирургии. II изд., исп. и доп. М.: Гос. издат. мед. лит., 1946. 543 с., ил.

50. Очерки гнойной хирургии. III изд., исп. и доп. Л.: Гос. издат. мед. лит., 1956. 631 с., ил.

51. Очерки гнойной хирургии. V изд. СПб.: Невский диалект, 2000. 704 с.

Использованная литература

1. **Святой апостол и евангелист Лука** // Энциклопедия православной святости. М., 1997. Т. 1. С. 341.

2. **Святой апостол и евангелист Лука** // Христианство. Энциклопедический словарь Брокгауза и Эфрона. М., 1995. Т. 2. С. 51.

3. **Лахтин М. Ю.** Лука: Краткий биографический словарь знаменитых врачей всех времен. СПб., 1902. С. 61.

4. **Тихомиров А. Л.** Святые бессребреники и чудотворцы Косма и Дамиан. Жития и акафист. М.: Изд. Храма святых бессребреников и чудотворцев Космы и Дамиана на Маросейке, 2003. С. 14.

5. **Жизнь, страдания и чудеса св. великомученика и целителя Пантелеона, переименованного в Пантелеймона.** М., 1876. 35 с.

6. **Пантелеймон** (Пантелеон) // Христианство. Энциклопедический словарь Брокгауза и Эфрона. М., 1995. Т. 2. С. 283.

7. **Пантелеймон** // Энциклопедия православной святости. М., 1997. Т. 3. С. 70—71.

8. **Ермолай** // Энциклопедия православной святости. М., 1997. Т. 1. С. 195.

9. **Бухарев И.** Преподобный Сампсон: Жития святых православной церкви. М., 1999. С. 308.

10. **Сампсон странноприимец** // Энциклопедия православной святости. М., 1997. Т. 2. С. 139.

11. **Бухарев И.** Мученик Кир: Жития святых православной церкви. М., 1999. С. 70.

12. **Бухарев И.** Мученик Диомид: Жития святых православной церкви. М., 1999. С. 407.

13. **Мирский М. Б.** Хирургия от древности до современности: Очерки истории. М.: Наука, 2000. С. 122.

14. **Киприан** // Христианство. Энциклопедический словарь Брокгауза и Эфрона. М., 1993. Т. 1. С. 736.

15. **Жизнь, страдания и духовные дары святого мученика и чудотворца Трифона и уроки из его жизни.** М., 1902. 128 с.

16. **Трифон** // Христианство. Энциклопедический словарь Брокгауза и Эфрона. М., 1995. Т. 3. С. 40.

17. **Бухарев И.** Преподобный Трифон: Жития святых православной церкви. М., 1999. С. 73.

18. **Бухарев И.** Мученик Кодрат: Жития святых православной церкви. М., 1999. С. 129.

19. **Бухарев И.** Мученик Фалалей: Жития святых православной церкви. М., 1999. С. 240.

20. **Бухарев И.** Святой Павсикакий: Жития святых православной церкви. М., 1999. С. 229.

21. **Патерик Киевского Печерского монастыря.** СПб., 1911. С. 93.

22. **Сорокина Т. С.** История медицины. 3 изд. М.: Академия, 2004. С. 205.

23. **Мирский М. Б.** Хирургия от древности до современности: Очерки истории. М.: Наука, 2000. С. 129—131.

24. **Бухарев И.** Преподобный Лаврентий Печерский: Жития святых православной церкви. М., 1999. С. 69.

25. **Белокуров С. А.** Чтения в Императорском обществе истории и древностей Российских. СПб., 1888. Кн. 3. С. 145.

26. **Мирский М. Б.** Медицина России XVI—XIX веков. М.: РОССПЭН, 1996. С. 40.

27. **Белокуров С. А.** Чтения в Императорском обществе истории и древностей Российских. СПб., 1887. Кн. 1. С. 83—86.

28. **Аникин И. Л.** Советское здравоохранение. 1991. № 11. С. 60.

29. **Поповский М. А.** Жизнь и житие Войно-Ясенецкого, архиепископа и хирурга. Париж, 1979. 513 с.

30. **Поповский М. А.** Жизнь и житие Войно-Ясенецкого, архиепископа и хирурга. Париж, 1996. 540 с.

31. **Поповский М. А.** Жизнь и житие Войно-Ясенецкого, архиепископа и хирурга. М.: Независимое издательство «Пик», 2001. 476 с.

32. **Марущак В.** Святитель — хирург: житие архиепископа Луки (Войно-Ясенецкого). М.: Даниловский благовестник, 1997. 160 с., ил.

33. **Марущак В.** Жизнеописание святого исповедника, архиепископа Симферопольского и Крымского Луки (Войно-Ясенецкого). Симферополь: издание Симферопольской и Крымской епархии, 2004. 270 с., ил.

34. **Лисичкин В. А.** Святой Лука. Краснодар, 1999. 219 с.

35. **Лисичкин В. А.** Святой Лука. М.: Паритет, 1999. 136 с.

36. **Лисичкин В. А.** Крестный путь Святителя Луки: подлинные документы из архивов КГБ. М.: Издательство московской патриархии, 2001. 445 с.

37. **Войно-Ясенецкий В. Ф.** Я полюбил страдание...(автобиография). М., 1995. 205 с.

38. **Войно-Ясенецкий В. Ф.** Я полюбил страдание...(автобиография). М., 1998. 205 с.

39. **Сборник биографий врачей выпуска 1881 г. Императорской медико-хирургической академии** (XXV. 1881—1906. 7 ноября). СПб.: Тип. Министерства внутренних дел, 1906. С. 165—170.

40. **Шевченко Ю. Л., Козовенко М. Н.** Музей Н. И. Пирогова (Прошлое без настоящего... но с верой в будущее). СПб.: Наука, 2005. 254 с.

41. **Академические списки Императорского университета св. Владимира** (1834—1884). Киев, 1884. 200 с.

42. **Отчет о состоянии Киевской 2-й гимназии за 1891/92 учебный год.** Киев, 1892. С. 40.

43. **Отчет о состоянии Киевской 2-й гимназии за 1893/94 учебный год.** Киев, 1894. С. 47.

44. **Отчет о состоянии Киевской 2-й гимназии за 1894/95 учебный год.** Киев, 1896. С. 57.

45. **Отчет о состоянии Киевской 2-й гимназии за 1895/96 учебный год.** Киев, 1897. С. 53.

46. **Отзыв профессора университета св. Владимира Б. Я. Букреева о письменных работах учеников гимназий, подвергавшихся в 1896 г. испытаниям зрелости** (Киевская вторая гимназия) // Отзывы профессоров университета св. Владимира о письменных ответах лиц, подвергавшихся испытанию зрелости в гимназиях и окончательным испытаниям в реальных училищах Киевского учебного округа за 1895/96 год. Киев, 1897. С. 92—93.

47. **Алфавитный список студентов Императорского университета св. Владимира за 1899—1900 академический год.** Киев: Тип. Университета св. Владимира, 1899. С. 268.

48. **Путеводитель по Киеву.** Киев: Издание организационного комитета VI съезда Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова, 1896. С. 63—66.

49. **Стефанис Ф. А.** Учебный музей при кафедре описательной анатомии человека в Университете св. Владимира. Киев, 1901. С. 8.

50. **Лекции медицинского факультета** // Обозрение преподавания в Университете св. Владимира на 1899—1900 учебный год. Киев, 1899. С. 38.

51. **Зернов Д. Н.** Руководство по описательной анатомии человека. М., 1896—1899. 5 изд.

52. **Морозов П. И.** Основы оперативной хирургии и топографической анатомии. Берлин, 1927. С. 3 (с портретом).

53. **Лекции медицинского факультета** // Обозрение преподавания в Университете св. Владимира на 1902—1903 учебный год. Киев, 1902. С. 56—106.

54. **100-летие Киевского университета св. Владимира.** Белград: Издание Комитета киевских профессоров в Любляне, 1935. С. 38.

55. **Диплом о присвоении В. Ф. Ясенецкому-Войно степени лекаря с отличием** (г. Киев, февраля 14 дня 1904 года) / Центральный исторический архив г. Москвы. Ф. 418. Оп. 94. Д. 461. 1916 г. Л. 2.

56. **Адресный указатель жителей г. Киева** // Весь Киев на 1904 г. Киев, 1903. Ст. 1031.

57. **Иваницкий-Василенко С. М.** Киевская Мариинская община сестер милосердия (исторический очерк...). Киев, 1913. 101 с.

58. **Юцевич И. А.** Лазарет Первого Киевского отряда общества Красного Креста / Кауфман П. М. Красный Крест в тылу действующей армии в японскую кампанию 1904—1905 гг. Т. 2. Забайкальский район. Ч. 2. Отчеты врачей. СПб.: Издательство ГУ РОКК, 1909. С. 306—322.

59. **Лежар Ф.** Хирургическая помощь в неотложных случаях / Пер. с фр. под ред. Л. Л. Левшина. Т. 1. М.: Изд. С. Ф. Карч-Карчевского. 1902. 456 с., 344 ил.

60. **Первый отряд Красного Креста, сформированный при Мариинской общине сестер милосердия в Киеве и отправившийся 30 марта т. г. на Дальний Восток** (по фотографии Козловского в Киеве) // Нива. 1904. № 5. С. 275.

61. **Отъезд Киевского отряда Красного Креста** // Киевская газета. 1904. № 83. 23 марта. С. 2.

62. **Отъезд Киевского отряда Красного Креста** // Киевская газета. 1904. № 89. 31 марта. С. 3.

63. **Телеграмма, 12 мая** // Киевская газета. 1904. № 132. 13 мая. С. 2.

64. **Каменский Б.** Из дневника санитара // Киевлянин. 1904. № 164. 15 июня. С. 3.

65. **Кауфман П. М.** Красный Крест в тылу действующей армии в японскую кампанию 1904—1905 гг. Т. 2. Забайкальский район. Ч. 1. Отчет главноуполномоченного. СПб.: Издательство ГУ РОКК, 1909. 262 с.

66. **Ханов Г.** Святитель Лука: исповедник, праведник, заступник (иллюстрированная проповедь для детей). Днепропетровск, 2004. С. 9.

67. **Копия записи № 43 от 10 октября, сделанной в метрической книге Старо-Читинской Михаило-Архангельской церкви г. Читы за 1904 г.** / Музей Святителя Луки (В. Ф. Войно-Ясенецкого), доктора медицины, профессора хирургии при Свято-Троицком кафедральном соборе г. Симферополя. Л. 1, 2.

68. **Российский медицинский список, изданный управлением главного врачебного инспектора Министерства внутренних дел на 1905 г.** СПб., 1905. С. 427.

69. **Объявления** // Врачебно-санитарный листок Симбирской губернии (приложение к «Вестнику Симбирского земства»). Симбирск, 1904. № 17—18. 1—15 сентября. С. 343.

70. **Объявления** // Врачебно-санитарный листок Симбирской губернии (приложение к «Вестнику Симбирского земства»). Симбирск, 1904. № 23—24. 1—15 декабря. С. 36.

71. **Хирургическая деятельность в земских больницах Ардатовского уезда** (доклад земского врача Ардатовского уезда В. П. Воронина V съезду земских врачей Симбирской губернии) // Врачебно-санитарный листок Симбирской губернии (приложение к «Вестнику Симбирского земства»). Симбирск, 1904. № 1—2. 1—15 января. С. 25—32.

72. **Разные известия и заметки** // Врачебно-санитарный листок Симбирской губернии (приложение к «Вестнику Симбирского земства»). Симбирск, 1905. № 3—4. 1—15 февраля. С. 92.

73. **Общество русских врачей в память Н. И. Пирогова** / Пироговский съезд по борьбе с холерой (21—24 марта 1905 г.). М., 1905. Вып. 1. 28 с.; Вып. 2. 275 с.

74. **Алфавитный список членов и участников Пироговского съезда по борьбе с холерой** / Пироговский съезд по борьбе с холерой (21—24 марта 1905 г.). М., 1905. Вып. 2. С. 275.

75. **Журнал заседания Ардатовского врачебного совета 13 апреля 1905 г.** // Врачебно-санитарный листок Симбирской губернии (приложение к «Вестнику Симбирского земства»). Симбирск, 1905. № 19—20. 1—15 октября. С. 597—598.

76. **Доклад земского врача А. П. Воскресенского Ардатовскому уездному земскому собранию по медицинской части с 1 августа 1904 г. по 1 августа 1905 г.** // Врачебно-санитарный листок Симбирской губернии (приложение к «Вестнику Симбирского земства»). Симбирск, 1905. № 23—24. 1—15 декабря. С. 704—705, 720.

77. **Разные сведения и сообщения** // Врачебно-санитарный листок Симбирской губернии (приложение к «Вестнику Симбирского земства»). Симбирск, 1904. № 5—6. 1—15 марта. С. 77.

78. **Доклад Ардатовскому очередному уездному земскому собранию ревизионной комиссии по ревизии Ардатовской больницы** // Журналы Ардатовского очередного уездного земского собрания 1905 г. (с приложениями). Ардатов, 1906. С. 18—20.

79. **[Сообщение о результатах переписки с В. Ф. Ясенецким-Войно по поводу его приглашения на должность земского врача Фатежского уездного земства]** / Журнал заседания Фатежского санитарного совета 11 октября 1905 года // Врачебно-санитарная хроника Курской губернии. Курск, 1905. № 10. С. 54.

80. **Доклад Фатежского санитарного совета XLI очередному Фатежскому уездному земскому собранию за 1905 г. о ходе по-**

строек во врачебных участках // Журналы заседаний XVI очередного Фатежского уездного земского собрания за 1905 г. Курск, 1906. С. 73.

81. **[Первое сообщение об участии В. Ф. Ясенецкого-Войно в заседании совета и его особое мнение по поводу нежелательной командировки студента Иосифова]** / Журнал заседания Фатежского санитарного совета 11 декабря 1905 года // Врачебно-санитарная хроника Курской губернии. Курск, 1906. № 12. С. 180.

82. **Доклад Фатежского санитарного совета XLII очередному Фатежскому уездному земскому собранию за 1906 г. о состоянии земской медицины** // Журналы заседаний XVII очередного Фатежского уездного земского собрания за 1906 г. Курск, 1907. С. 36, 44.

83. **[О предоставлении В. Ф. Ясенецкому-Войно права подбора фельдшеров]** / Журнал заседания Фатежского санитарного совета 11 января 1906 года // Врачебно-санитарная хроника Курской губернии. Курск, 1906. № 2. С. 48.

84. **[О предложении В. Ф. Ясенецкого-Войно по поводу отказа от ведения амбулаторного журнала]** / Журнал заседания Фатежского санитарного совета 11 марта 1906 года // Врачебно-санитарная хроника Курской губернии. Курск, 1906. № 3. С. 52.

85. **[Об ограничении амбулаторного приема В. Ф. Ясенецкого-Войно до 60 больных]** / Журнал заседания Фатежского санитарного совета 17 апреля 1906 года // Врачебно-санитарная хроника Курской губернии. Курск, 1906. № 4. С. 83.

86. **[Об отказе очередного Фатежского уездного земского собрания за 1906 г. в назначении 3-го фельдшера на Верхне-Любажский врачебный участок]** // Журналы заседаний XVII очередного Фатежского уездного земского собрания за 1906 г. Курск, 1907. С. 3.

87. **[О пересмотре решения очередного Фатежского уездного земского собрания за 1906 г. по поводу отказа в назначении 3-го фельдшера на Верхне-Любажский врачебный участок]** // Журналы заседаний XLII очередного Фатежского уездного земского собрания за 1906 г. Курск, 1907. С. 23.

88. **Журналы заседаний XLIII очередного Фатежского уездного земского собрания за 1907 г. и экстренного 14 февраля 1908 г.** Курск, 1908. 488 с.

89. **Журналы заседаний XLIV очередного Фатежского уездного земского собрания за 1908 г.** Курск, 1909. 293 с.

90. **Ясенецкий-Войно В. Ф.** О способах анестезии, наиболее удобных в земской практике // Врачебная газета. 1908. № 47. С. 1365—1368; № 48. С. 1390—1392.

91. **Браун Г.** Местная анестезия, ея научное обоснование и практические применения / Под ред. В. М. Минца. СПб.: Изд. журн. «Совре-

менная медицина и гигиена», 1909. С. 1, 16, 114, 137, 141—142, 151, 163—185, 220, 326—356.

92. **Зарцын Ф. О.** 328 операций с помощью местной анестезии кокаин-адреналиновой смесью // Русский врач. 1906. № 41.

93. **Ясенецкий-Войно В. Ф.** Случай ретроградного ущемления кишечной петли // Хирургия (ежемесячное издание профессора П. И. Дьяконова). 1908. Т. 24. С. 127 —130.

94. **Ясенецкий-Войно В. Ф.** Невроматозный элефантиаз лица. Плексиформная неврома // Хирургия (ежемесячное издание профессора П. И. Дьяконова). 1908. Т. 24. С. 12—25.

95. **Дьяконов П. И.** // Хирургия. 1899. Т. 6. № 32. С. 91.

96. **Мирский М. Б.** Петр Дьяконов // Хирургия от древности до современности. М.: Наука, 2000. С. 583—591.

97. **VII съезд российских хирургов** (С.-Петербург, 19—22 декабря 1907 г.). СПб., 1908. С. 105.

98. **[Выступление профессора П. И. Дьяконова в прениях по докладу И. К. Спижарного о венной анестезии по Bier`у на 502 заседании хирургического общества в Москве]** // Летопись хирургического общества в Москве. 1909. № 1. С. 19.

99. **Напалков Н. И.** Профессор П. И. Дьяконов // Русский врач. 1909. № 2. С. 63—65.

100. **Делицин С. Н.** Общее и местное обезболивание. СПб.: Изд. журн. «Практическая медицина» (В. С. Эттингер), 1904. 178 с.

101. **Спижарный И. К.** О местном обезболивании (сообщение на VIII съезде российских хирургов в Москве) // Русский врач. 1909. № 9. С. 290.

102. **Дьяконов П. П.** Федор Александрович Рейн как директор Института топографической анатомии и оперативной хирургии Московского университета // Московский мед. журн. 1925. № 9. С. 16—19.

103. **Институт топографической анатомии и оперативной хирургии медицинского факультета Московского университета** // Виды Москвы, Московского Императорского университета, его кабинетов и клиник (в память XII Международного съезда врачей в Москве). М., 1897. С. 24, 25.

104. **Ясенецкий-Войно В. Ф.** Регионарная анестезия. Пг.: Тип. А. Э. Коллинс, 1915. С. 21—23.

105. **[Прения по докладу В. Ф. Ясенецкого-Войно «Регионарная анестезия при операциях на шее, языке и верхней челюсти» на 508 заседании хирургического общества в Москве, которые состоялись 3 марта 1909 г.]** // Летопись хирургического общества в Москве. 1909. № 2. С. 20—22.

106. **Список земских врачей Балашовского уезда Саратовской губернии** // Врачебно-санитарная хроника Саратовской губернии. Са-

ратов: Изд. Саратовской губернской земской управы, 1909. № 2 (февраль). С. 159.

107. **Ясенецкий-Войно В. Ф.** Отчет о хирургической деятельности Романовской земской больницы Балашовского уезда с 20 марта 1909 г. по 6 сентября 1910. Владимир на Клязьме: Типография Владимирской губернской земской управы, 1916. 153 с.

108. **Протокол заседания санитарного совета при Балашовской уездной земской управе от 23—24 апреля 1909 г.** // Врачебно-санитарная хроника Саратовской губернии. Саратов: Изд. Саратовской губернской земской управы, 1909. № 7 (июль). С. 631—633.

109. **Ерухимов Л. С.** История простатэктомии в России (доклад на 538 заседании Московского общества урологов 9 марта 1960 г.) // Урология. М., 1960. № 5. Сентябрь—октябрь. С. 54.

110. **Варшавский С. Т., Змойро И. Д.** Вопросы урологии в трудах В. Ф. Войно-Ясенецкого // Урология и нефрология. М., 1989. № 5. С. 66—68.

111. **Ясенецкий-Войно В. Ф.** Регионарная анестезия // Тр. Тамбовского физико-медицинского общества. Тамбов, 1909.

112. **Протоколы и труды Тамбовского физико-медицинского общества за 1909 год.** Тамбов, 1909. 49 с.

113. **Протоколы и труды Тамбовского физико-медицинского общества за 1910 год (первая половина).** Тамбов, 1910. 48 с.

114. **Протоколы и труды Тамбовского физико-медицинского общества за 1911 год (вторая половина).** Тамбов, 1912. 36 с.

115. **Протоколы и труды Тамбовского физико-медицинского общества за 1912 год (первая половина).** Тамбов, 1913. 79 с.

116. **Ясенецкий-Войно В. Ф.** Кровяная саркома ребра // Хирургия. 1910. Т. 27. С. 441—447.

117. **Ясенецкий-Войно В. Ф.** К вопросу об оперативном лечении переломов позвоночника // Хирургия. 1910. Т. 28. С. 10—18.

118. **Панкратов В.** Отчет о научной командировке в Москву осенью 1909 г. // Врачебно-санитарная хроника Саратовской губернии. Саратов: Изд. Саратовской губернской земской управы, 1910. № 4 (апрель). С. 269.

119. **Протокол заседания санитарного совета при Балашовской уездной земской управе от 6 августа 1909 г. (вечернее)** // Врачебно-санитарная хроника Саратовской губернии. Саратов: Изд. Саратовской губернской земской управы, 1909. № 12 (декабрь). С. 1209—1210.

120. **Протокол заседания санитарного совета при Балашовской уездной земской управе от 6 июля 1910 г. (утреннее)** // Врачебно-санитарная хроника Саратовской губернии. Саратов: Изд. Саратовской губернской земской управы, 1910. № 9 (сентябрь). С. 896, 897.

121. **Протокол заседания санитарного совета при Балашовской уездной земской управе от 7 августа 1910 г. (утреннее)** // Врачеб-

но-санитарная хроника Саратовской губернии. Саратов: Изд. Саратовской губернской земской управы, 1910. № 9 (сентябрь). С. 904, 944.

122. **Копылов В. Т. Обзор состояния медицины в Балашовском уезде в 1909 году** // Врачебно-санитарная хроника Саратовской губернии. Саратов: Изд. Саратовской губернской земской управы, 1910. № 10 (октябрь). С. 1078.

123. **Список земских врачей Балашовского уезда Саратовской губернии, в котором указан Б. Я. Дорф в качестве первого врача романовского врачебного участка, начиная с 20 августа 1910 г.** // Врачебно-санитарная хроника Саратовской губернии. Саратов: Изд. Саратовской губернской земской управы, 1911. № 2 (февраль). С. 204.

124. **Ясенецкий-Войно В. Ф.** О первичном остром остеомиелите позвоночника (из Романовской земской больницы Балашовского уезда) / Доклад в Киевском хирургическом обществе 11 октября 1910 г. Киев: Тип. Императорского университета св. Владимира, 1912. 13 с.

125. **Журналы заседаний врачебной комиссии при Переславской земской управе от 13 ноября 1910 г.** // Врачебно-санитарная хроника Владимирской губернии. Владимир на Клязьме, 1912. С. 1.

126. **Смирнов М. И.** Переславщина. Источники, материалы краеведения, их систематизация и обзор. Переславль-Залесский, 1921. Вып. 9. С. 58—71.

127. **Медицинская организация во Владимирской губернии за 1910 г. (Переславский уезд)** // Врачебно-санитарная хроника Владимирской губернии. Владимир на Клязьме, 1914. № 11. С. 22—23.

128. **Журналы чрезвычайного и очередного Переславских уездных земских собраний 1911 г.** Владимир на Клязьме, 1912. С. 2, 18, 276—277.

129. **Буткевич Ф. Г.** Отчет о Переславской земской больнице за 1909 год. М., 1910. 120 с.

130. **Журналы чрезвычайного и очередного Переславских уездных земских собраний 1910 г.** Владимир на Клязьме, 1911. С. 42, 78, 149.

131. **Буткевич Ф. Г.** Отчет о деятельности Переславской земской больницы за 1910 год. Владимир на Клязьме: Типо-литография губернской земской управы, 1911. С. 1—3, 5—93.

132. **Ясенецкий-Войно В. Ф.** Отчет о деятельности Переславской земской больницы за 1911 год. Владимир на Клязьме: Типо-литография губернской земской управы, 1912. 152 с.

133. **Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий (архиепископ Лука) (1877—1961)** / Мирский М. Б. Хирургия от древности до современности. М.: Наука, 2000. С. 682.

134. **Jassenezki-Woino W. F.** Zweiter Fall von vorübergehender Erblindung nach Novokain-Suprarenininjektion in die Angenhöhle // Zentralblatt f. Chirurgie. 1911. N 27. S. 924.

135. **Ясенецкий-Войно В. Ф.** Отчет о деятельности Переславской земской больницы за 1912 и 1913 годы // Врачебно-санитарные хроники Владимирской губернии. Приложение к № 1, 2 (1914). Владимир на Клязьме: Типо-литография губернской земской управы, 1914. 179 с.

136. **Jassenezki-Woino W. F.** Leitungsanasthesie des N. ischiadicus // Zentralblatt f. Chirurgie. 1912. N 30. S. 1021—1022.

137. **Ясенецкий-Войно В. Ф.** Регионарная анестезия седалищного и срединного нерва / XII съезд российских хирургов (Москва, 19—22 декабря 1912 г.). М., 1913. С. 73, 79.

138. **Бердяев А. Ф.** Местное обезболивание (краткое руководство). СПб.: Изд. Глав. воен. сан. упр., 1912. 73 с.

139. **Зыков А. А.** Очерки развития местного обезболивания в СССР. Л.: Медгиз, 1954. С. 42.

140. **Ясенецкий-Войно В. Ф.** Выступление в ходе обсуждения первого программного вопроса «О лечении перитонитов» / XII съезд российских хирургов (Москва, 19—22 декабря 1912 г.). М., 1913. С. 24—25.

141. **Бабицкий П. С.** Регионарная анестезия верхней и нижней конечности / XII съезд российских хирургов (Москва, 19—22 декабря 1912 г.). М., 1913. С. 75—78.

142. **Протокол заседания Переславской врачебной комиссии от 23 июля 1913 г.** // Врачебно-санитарная хроника Владимирской губернии. Владимир на Клязьме, 1913. С. 29—32.

143. **Инструкция медицинскому персоналу Переславского уездного земства** // Журналы чрезвычайного и очередного Переславского уездных земских собраний 1913 г. Владимир на Клязьме, 1914. С. 211—222.

144. **Обозрение преподавания в Императорском университете св. Владимира на 1913/14 учебный год по медицинскому факультету.** Киев, 1913. 61 с.

145. **Ясенецкий-Войно В. Ф. К казуистике оперативного лечения опухолей мозга** // Тр. Киевского хирургического общества, состоящего при Императорском университете св. Владимира. Киев, 1915. С. 481—491.

146. **Бабицкий П. С.** Выступление в прениях по поводу первого доклада В. Ф. Ясенецкого-Войно на 54-м очередном заседании Киевского хирургического общества // Тр. Киевского хирургического общества, состоящего при Императорском университете св. Владимира. Киев, 1915. С. 106—112.

147. **Ясенецкий-Войно В. Ф.** Случай оперативного лечения приапизма // Тр. Киевского хирургического общества, состоящего при Императорском университете св. Владимира. Киев, 1915. С. 492—495.

148. **Заседание врачебной комиссии Переславского уездного земства от 20 августа 1914 г.** // Журналы чрезвычайного и очередного Переславских уездных земских собраний 1914 года. Владимир на Клязьме, 1915. С. 101, 102, 204.

149. **Ясенецкий-Войно В. Ф.** Отчет о деятельности Переславской земской больницы за 1914 год. Переславль-Залесский, 1915. 106 с.

150. **Ясенецкий-Войно В. Ф.** Регионарная анестезия кисти руки // Врачебная газета. 1914. № 39. С. 1211—1213.

151. **Ясенецкий-Войно В. Ф.** Отчет о деятельности Переславской земской больницы за 1915 год. Переславль-Залесский, 1916. 115 с.

152. **Колесов В. И.** Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий (к 100-летию со дня рождения) // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. 1977. Т. 119. № 9. С. 135.

153. **Жоров И. С.** Развитие хирургического обезболивания в России и СССР (краткий исторический очерк). М., 1951. С. 157.

154. **Зыков А. А.** Очерки развития местного обезболивания в СССР. Л.: Медгиз, 1954. С. 14—17.

155. **Keppler W.** Die Anasthesierung der unteren Extremität // Archiv für Klinische Chirurgie. Berlin, 1913. Bd 100. S. 501—530.

156. **Keppler W.** Die Anasthesierung der unteren Extremität mittels Injektion auf die grossen Nervenstämme // Zentralblatt für Chirurgie. Leipzig, 1913. N 9. S. 316—317.

157. **Барский А. В.** Методические разработки по применению проводниковой анестезии при операциях на конечностях. Куйбышев, 1969. 25 с.

158. **Мартынов А. В.** Клинические лекции по госпитальной хирургии / Под ред. Е. С. Шахбазяна. М., 1962. С. 1 (с портретом).

159. **Шабанов А. Н., Богорад И. В.** А. В. Мартынов (1868—1934). М., 1971. 171 с.

160. **Отношение декана медицинского факультета Императорского Московского университета, направленное в Совет Императорского Московского университета 3 мая 1916 г.** // Центральный исторический архив г. Москвы. Ф. 418. Оп. 94. Д. 461. 1916 г. Л. 9.

161. **Диплом о присвоении В. Ф. Ясенецкому-Войно степени доктора медицины** (г. Москва, июня 10 дня 1916 года) // Центральный исторический архив г. Москвы. Ф. 418. Оп. 94. Д. 461. 1916 г. Л. 13.

162. **Объявление о конкурсе на лучшее сочинение по популярной медицине, объявленном Советом Императорского Варшавского университета в 1916 г.** // Варшавские университетские известия. Харьков, 1916. С. 168.

163. **Пославская О.** Мой Ташкент. 20-е годы // Правда Востока. Ташкент, 1989. № 11. С. 144—167; № 12. С. 165—166.

164. **Сборник трудов клинической больницы неотложной помощи, посвященный 60-летию со дня образования больницы.** Ташкент, 1956. Вып. 1. 215 с.

165. **Сборник трудов клинической больницы неотложной помощи, посвященный 60-летию со дня образования больницы.** Ташкент, 1961. Вып. 2. С. 3—8.

166. **Добромыслов А. И.** Ташкент в прошлом и настоящем (исторический очерк). Ташкент, 1912. С. 327, 333—336.

167. **Ташкент (справочник).** Ташкент, 1958. С. 174.

168. **Исмаилова Ж.** Социально-экономическая и культурная жизнь «новой» части города Ташкента в 60-х годах XIX—начале XX века. Автореф. дис. ... канд. ист. наук. Ташкент, 1988. С. 22.

169. **Варшавский С., Змойро И.** Войно-Ясенецкий: две грани одной судьбы // Звезда Востока. 1989. № 4. С. 102—111.

170. **Джанелидзе Ю. Ю.** Раны сердца и их хирургическое лечение. Л.: Изд. Ленинградского мед. журн., 1927. С. 205, 220, 312.

171. **Джанелидзе Ю. Ю.** Хирургия сердца и крупных сосудов // Собр. соч.: В 5 т. Т. 2. М.: АМН, 1953. С. 339, 384.

172. **Объявление от комиссара г. Ташкента** // Туркестанские ведомости. Ташкент, 1917. № 58. 14 (27) марта. С. 2.

173. **Письма в редакцию** // Туркестанские ведомости. Ташкент, 1917. № 149. 14 (27) марта. С. 4.

174. **Кассирский И. А.** Воспоминания о профессоре В. Ф. Войно-Ясенецком // Наука и жизнь. 1989. № 5. С. 76—88.

175. **Воробьев Р. И.** И. А. Кассирский и его вклад в медицину. М.: Медицина, 1988. 176 с., ил.

176. **Ученые — основатели университета** / Ташкентский государственный университет им. В. И. Ленина. Хроника событий. Биографические справки ученых. Ташкент, 1990. 213 с.

177. **Пулатов Г., Рашидов Г.** Ташкент в первые годы Советской власти (ноябрь 1917—1920 гг.). Ташкент, 1972. 188 с.

178. **Объявление декана естественно-математического факультета Туркестанского народного университета** // Известия (в последующем — Правда Востока). Ташкент. № 162. 1 августа 1919 г. С. 4.

179. **Объявление совета естественно-математического факультета Туркестанского народного университета** // Известия. Ташкент. № 191. 5 сентября 1919 г. С. 4.

180. **Краткий исторический очерк деятельности I Среднеазиатского университета за 5 лет (1918—1923 гг.)** // Бюллетень I Среднеазиатского государственного университета. Ташкент: Туркиздат, 1923. № 1. Ноябрь. С. 16—17.

181. **Джураев А. Д.** Ташкентский медицинский институт (1919—1964). Ташкент, 1966. 101 с.

182. **Пятнадцать лет назад** // Правда Востока. Ташкент, 1935. № 271. 26 ноября. С. 4.

183. **30 лет Ташкентского медицинского института имени В. М. Молотова** / Под ред. Э. И. Атаханова. Ташкент, 1952. С. 10—13.

184. **Ташкентский государственный университет имени В. И. Ленина** / Под ред. С. Х. Сираждинова. Ташкент: Узбекистан, 1970. 349 с.

185. **Среднеазиатский государственный университет (к 10-летнему юбилею).** Ташкент: Изд-во САГУ, 1927. С. 9.

186. **П. П. Ситковский (к 100-летию со дня рождения)** // Хирургия. 1981. № 3. С. 114—116.

187. **Юбилей доктора И. Г. Фридмана** // Правда Востока. Ташкент, 1935. № 266. 20 ноября. С. 6.

188. **Туркестанское Научное Медицинское Общество** // Бюллетень I Среднеазиатского государственного университета. Ташкент: Туркиздат, 1923. № 1. Ноябрь. С. 46.

189. **Протоколы открытых заседаний медицинской секции Туркестанского научного общества** // Туркестанский мед. журн. Ташкент, 1924. Т. 3. № 1—8. 192 с.

190. **Ясенецкий-Войно В. Ф.** Опасности способа Momburg'a (смерть от применения этого способа при операции аневризмы art. obturatoriae) // Туркестанский мед. журн. Ташкент, 1922. Т. 1. № 7. С. 549—555.

191. **Кассирский И. А.** Размышления о Войно-Ясенецком — хирурге и священнике // Человек. 1995. № 3. С. 172—186; № 4. С. 166—177.

192. **Годичный отчет о деятельности Туркестанского научного медицинского общества при Туркестанском государственном университете за 1920—1921 академический год** // Туркестанский мед. журн. Ташкент, 1922. Т. 1. № 2. С. 216—220.

193. **Ясенецкий-Войно В. Ф.** Топография паховых и наружных подвздошных лимфатических желез и техника оперативного удаления их // Туркестанский мед. журн. Ташкент, 1922. Т. 1. № 2. С. 131—134.

194. **Биография И. П.** Рождественского (некролог) // Туркестанский мед. журн. Ташкент, 1922. Т. 1. № 2. С. 93—95.

195. **Объявление о работе I научного съезда врачей Туркестана** // Туркестанский мед. журн. Ташкент, 1923. Т. 2. № 1—2. С. 113.

196. **I научный съезд врачей Туркестана** // Туркестанский мед. журн. Ташкент, 1922. Т. 1. № 2. С. 93—95.

197. **Труды I научного съезда врачей Туркестанской республики (Ташкент, 23—28 октября 1922 г.).** Ташкент: Туркестанское гос. издательство, 1923. 193 с.

198. **Ясенецкий-Войно В. Ф.** Операция при caries реберных хрящей // Тр. I научного съезда врачей Туркестанской республики (Таш-

кент, 23—28 октября 1922 г.). Ташкент: Туркестанское гос. издательство, 1923. С. 51—52.

199. **Ясенецкий-Войно В. Ф.** О лечении хирургического туберкулеза // Тр. I научного съезда врачей Туркестанской республики (Ташкент, 23—28 октября 1922 г.). Ташкент: Туркестанское гос. издательство, 1923. С. 64.

200. **Ясенецкий-Войно В. Ф.** Артротомия при гнойном воспалении коленного сустава // Тр. I научного съезда врачей Туркестанской республики (Ташкент, 23—28 октября 1922 г.). Ташкент: Туркестанское гос. издательство, 1923. С. 75—76.

201. **Ясенецкий-Войно В. Ф.** Разрезы при гнойных тендовагинитах кисти рук // Тр. I научного съезда врачей Туркестанской республики (Ташкент, 23—28 октября 1922 г.). Ташкент: Туркестанское гос. издательство, 1923. С. 76—77.

202. **Ясенецкий-Войно В. Ф.** Двухсторонний анкилоз тазобедренного сустава // Туркестанский мед. журн. Ташкент, 1923. Т. 2. № 1—2. Январь—февраль. С. 123, 124.

203. **Ясенецкий-Войно В. Ф.** Артротомия тазобедренного, локтевого и плечевого суставов при гнойном воспалении их // Туркестанский мед. журн. Ташкент, 1923. Т. 2. № 1—2. Январь—февраль. С. 130, 131.

204. **Ясенецкий-Войно В. Ф.** Массаж сердца и его хирургия // Туркестанский мед. журн. Ташкент, 1923. Т. 2. № 1—2. Январь—февраль. С. 134—136.

205. **Jassenezki-Woino W. F.** Cariöse Prozesse in den Rippenknorpeln und ihre operative Behandlung // Archiv für Klinische Chirurgie. Berlin, 1923. S. 345—377.

206. **Ясенецкий-Войно В. Ф.** Кариозные процессы в реберных хрящах и их оперативное лечение // Вестн. хирургии и пограничных областей. 1924. Т. 3. Кн. 8, 9. С. 13—32.

207. **Поляков В. А.** Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий (к 80-летию со дня рождения) // Хирургия. М., 1957. № 8. С. 131.

208. **Jassenezki-Woino W. F. (Lucas Bischof).** Über das Unterbinden der Gefässe bei Extirpation der Milz // Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Leipzig, 1923. S. 396—399.

209. **Jassenezki-Woino W. F. (Lucas Bischof).** Notwendige Erweiterung der Operation von Mammakarzinom // Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Leipzig, 1923. S. 400—405.

210. **Ясенецкий-Войно В. Ф. (епископ Лука).** Артротомии при гнойных воспалениях больших суставов // Вестн. хирургии и пограничных областей. 1924. Т. 4. Кн. 10, 11. С. 279—290.

211. **Ясенецкий-Войно В. Ф. (епископ Лука).** К вопросу об оперативном лечении ран, проникающих через диафрагму // Новый хирургический архив. Екатеринослав, 1924. Т. 5. Кн. 1. С. 91—95.

212. **Поповский М. А.** Библиография трудов В. Ф. Войно-Ясенецкого // Войно-Ясенецкий В. Ф. (архиепископ Лука). Дух, душа, тело. Брюссель : Жизнь с богом, 1988. С. 179.

213. **Войно-Ясенецкий В. Ф.** Очерки гнойной хирургии. II изд., исп. и доп. М.: Гос. издат. мед. лит., 1946. С. 194—204.

214. **Войно-Ясенецкий В. Ф. (архиепископ Лука).** Очерки гнойной хирургии. V изд. СПб.: Невский диалект, 2000. 704 с.

215. **Войно-Ясенецкий В. Ф.** Очерки гнойной хирургии. III изд., исп. и доп. Л.: Гос. издат. мед. лит., 1956. С. 232—244.

216. **Гусельникова Е. П.** О бактериологии caries et perichondritidis costae // Туркестанский мед. журн. Ташкент, 1922. Т. 1. № 8. Август. С. 621—624.

217. **Войно-Ясенецкий В. Ф.** О ранах диафрагмы // Туркестанский мед. журн. Ташкент, 1924. Т. 3. № 1—8. Январь—август. С. 144.

218. **Протокол 81 очередного заседания Туркестанского научного медицинского общества от 5 июня 1923 г.** // Туркестанский мед. журн. Ташкент, 1924. Т. 3. № 1—8. Январь—август. С. 160.

219. **Гуревич Н. И.** Письмо в редакцию // Новый хирургический архив. Екатеринослав, 1924. Т. 5. Кн. 3—4. С. 711.

220. **3-е письмо правления научных съездов врачей Туркестана ко всем врачам Туркестана, научным и профессиональным врачебным организациям** // Туркестанский мед. журн. Ташкент, 1923. Т. 2. № 3—6. Март — июнь. С. 214.

221. **Фаст Г.** Из жизни преосвященного Луки (Войно-Ясенецкого), архиепископа и хирурга // Енисейск православный. Енисейск: Енисейский благовест, 1994. С. 175—203.

222. **Туруханский край (доклады и протоколы Губернской административной комиссии, представленные ВЦИК'у).** Красноярск, 1923. Вып. 1. С. 4—13.

223. **Сибирская советская энциклопедия.** Т. 2 (З—К). М.: Западно-сибирское издание ОГИЗ, 1931. С. 92 (ил.).

224. **Войно-Ясенецкий В. Ф.** Очерки гнойной хирургии. М.; Л.: Гос. издат. биологической и мед. лит., 1934. 304 с., ил.

225. **[Объявление об открытии в Ташкенте с 1 сентября 1919 г. бесплатной амбулатории № 5, находившейся по Учительской улице в доме № 5]** // Известия. Ташкент. 3 сентября 1919 г. С. 4.

226. **Труды II научного съезда врачей Средней Азии (Туркестана).** (Ташкент, 26—30 апреля 1925 г.). Ташкент, 1926. 197 с.

227. **XVII съезд российских хирургов (Ленинград, 25—31 мая 1925 г.).** Л.: Издание редакции журнала «Вестник хирургии и пограничных областей», 1926. 519 с.

228. **Труды III научного съезда врачей Средней Азии (Ташкент, 20—24 декабря 1928 г.).** Ташкент, 1930. 316 с.

229. **Ситковский П. П.** Хирургия селезенки // Мед. мысль Узбекистана и Туркменистана. 1929. № 9—10 (июнь—июль). С. 5—11.

230. **[Награда Совнаркома Узбекистана]** // Мед. мысль Узбекистана и Туркменистана. 1929. № 4 (январь). С. 88.

231. **Проф. И. П. Михайловский** // Мед. мысль Узбекистана и Туркменистана. Ташкент, 1929. № 11—12. Август—сентябрь. С. 115.

232. **Памяти Ивана Петровича Михайловского, профессора физиологии медицинского факультета САГУ (1877—1929)** // Мед. мысль Узбекистана и Туркменистана. Ташкент, 1929. № 1. Октябрь. С. 5—9.

233. **Европейский север России: прошлое, настоящее, будущее.** М., 1999. 391 с.

234. **Северный край в цифрах.** Архангельск, 1929. 47 с.

235. **Архангельская область (путеводитель).** М., 2000. 224 с.

236. **Архангельск** // Сов. историческая энциклопедия. М., 1961. Т. 1. С. 802.

237. **Религиозная жизнь Архангельского Севера: история и современность.** Архангельск, 1927. 280 с.

238. **Киров А. А., Тюкина А. П.** Здравоохранение в Архангельской области в прошлом и настоящем. Архангельск: Северо-западное издательство, 1967. 142 с.

239. **Глянцев С. П.** Профессор В. Ф. Войно-Ясенецкий (архиепископ Лука) в ссылке в Северном крае (Архангельск, август 1931 г.—ноябрь 1933 г.) // Анналы хирургии. № 2. 1998. С. 77—80.

240. **Назаренко Г. И., Сугурова И. Ю., Глянцев С. П.** Рана. Повязка. Больной. М.: Медицина, 2002. С. 94.

241. **Войно-Ясенецкий В. Ф.** По поводу статьи «Медицина на грани знахарства // Правда Востока. 1936. № 158. 10 июля. С. 3.

242. **Юнусов Х. Я.** Выдающийся хирург и ученый профессор В. Ф. Войно-Ясенецкий в Андижане // Хирургия. 1968. № 4. Апрель. С. 151.

243. **175 лет Первого Московского медицинского института.** М.; Л., 1960. С. 227—235.

244. **Заблудовский А. М.** [Рецензия на книгу В. Ф. Войно-Ясенецкого «Очерки гнойной хирургии» / Под ред. В. С. Левита. М.; Л.: Биомедгиз, 1934. 304 с. Цена 5 руб. 50 коп.] // Вестн. хирургии им. Грекова. Л., 1934. Т. 35. Кн. 101, 102. С. 286—288.

245. **Шлапобергский В. Я., Гинзберг М.** [Рецензия на книгу В. Ф. Войно-Ясенецкого «Очерки гнойной хирургии» / Под ред. В. С. Левита. М.; Л.: Биомедгиз, 1934. 304 с. Цена 5 руб. 50 коп., 10200 экз.] // Биология, медицина, физкультура. 1936. № 2. Февраль. С. 28—30.

246. **Деревенко В. Н.** [Рецензия на книгу В. Ф. Войно-Ясенецкого «Очерки гнойной хирургии» / Под ред. В. С. Левита. М.; Л.: Биомед-

гиз, 1934. 304 с. 41 рис. в тексте] // Новый хирургический архив. Днепропетровск, 1935. Т. 33. Кн. 3. Март. С. 476—477.

247. **Салищев В. Э.** [Рецензия на книгу В. Ф. Войно-Ясенецкого «Очерки гнойной хирургии». М.; Л.: Биомедгиз, 1934. 304 с. Цена 5 руб. 50 коп.] // Советская хирургия. 1935. № 8. Август. С. 175—177.

248. **Муругов Д. С.** Об истории и работе отделения гнойной хирургической инфекции / Научно-практич. конф., посвященная 75-летию республиканской больницы. Йошкар-Ола, 1994. С. 35—37.

249. **Иванов В. А.** Библиография русской хирургии и пограничных областей за 1890—1913 гг. М., 1938—1940. Вып. 1—8. 2887 л.

250. **Библиография русской хирургии и ее пограничных областей за 1914—1924 гг., составленная по поручению Русского хирургического общества в Ленинграде** / Под ред. Э. Р. Гессе. М.: Издание Мосздравотдела, 1926. Вып. 1—2. 243 с.

251. **Библиография русской хирургии и ее пограничных областей за 1925—1926 гг.** / Под ред. Э. Р. Гессе. М.: Издание Мосздравотдела, 1929. Вып. 3—4. 180 с.

252. **Библиография русской хирургии и ее пограничных областей за 1927—1928 гг.** / Под ред. Э. Р. Гессе. М.: Издание Мосздравотдела, 1930. Вып. 5—6. 176 с.

253. **Библиография русской хирургии и ее пограничных областей за 1929 г.** / Под ред. Э. Р. Гессе. М.; Л.: Госмедиздат, 1930. Вып. 7. 92 с.

254. **Библиография русской хирургии и ее пограничных областей за 1930 г.** / Сост. Э. Р. Гессе, М. Е. Депп. М.: Госмедиздат, 1932. Вып. 8. 65 с.

255. **Библиография русской хирургии и ее пограничных областей за 1931—1932 гг.** / Сост. Э. Р. Гессе, М. Е. Депп. М.: Биомедгиз, 1934. Вып. 9—10. 124 с.

256. **Библиография русской хирургии и ее пограничных областей за 1933 г. (вып. 11)** / Под ред. Э. Р. Гессе. Приложение к журналу «Советская хирургия». 1935. № 11. С. 73—152.

257. **Библиография русской хирургии и ее пограничных областей за 1934 г.** / Под ред. Э. Р. Гессе. М.: Биомедгиз, 1936. Вып. 12. 107 с.

258. **Кохер Т., Тавель Е.** Лекции о хирургических инфекционных заболеваниях (перевод с нем.). СПб.: Практическая медицина, 1897. 200 с.; илл.

259. **Теребинский Н. Н.** К вопросу о делении хирургии на специальности // Работы госпитальной хирургической клиники проф. П. И. Дьяконова. 1908. Т. XIV. С. 55—59.

260. **Соколов С. Е.** Хирургическая инфекция // Общая хирургия / Под ред. Э. Р. Гессе, С. С. Гирголава, В. А. Шаак. М. Л.: Огиз, 1928. С. 492.

261. **Протокол совещания у заместителя наркома здравоохранения Узбекской ССР... «Об организации Института Неотложной Помощи»** // За социалистическое здравоохранение Узбекистана (журнал профилактической, субтропической и клинической медицины). 1934. № 6. Июнь. С. 161.

262. **Кац Р. П.** Лечебный эффект катаплазмы у кроликов, зараженных Staphylococcus pyogenus aureus (Rosenbach) // За социалистическое здравоохранение Узбекистана (журнал профилактической, субтропической и клинической медицины). 1937. № 2. Февраль. С. 18—21.

263. **Орлов И. И., Ильин Г. А., Астров М. А. и др.** Медицина на грани знахарства // Правда Востока. 1936. № 82. 9 апреля. С. 3.

264. **Мельников А. В.** Итоги русской хирургии за последние 25 лет (доклад на торжественном заседании I съезда хирургов Украины 14 сентября 1926 г. в Одессе). Ленинград: издание русского хирургического общества Пирогова, 1928. С. 27.

265. **Войно-Ясенецкий В. Ф.** Флегмоны стопы // Хирургия. 1941. № 8. С. 11—33.

266. **Профессор Войно-Ясенецкий — доктор медицинских наук** // Правда Востока. 1936. № 284. 10 декабря. С. 4.

267. **Амиров Ф. Ф., Стекольников Б. А.** Краткая история кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией // Научные труды кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией. Ташкент: издание Ташкентского гос. мед. института, 1970. Вып. 1. С. 3—20.

268. **Слоним М. И.** XX лет Ташкентского медицинского института им. В. М. Молотова. Ташкент, 1939. 177 с.

269. **Большая Мурта** // Сибирская сов. энциклопедия. Новосибирск, 1929. Т. 1. С. 378.

270. **Сельские больницы Сибирского края** // Сибирская сов. энциклопедия. Новосибирск, 1929. Т. 1. С. 870.

271. **Барский А. В.** Штыком и скальпелем (записки фронтового хирурга). Куйбышев, 1986. С. 5.

272. **Центральный архив Министерства обороны Российской Федерации.** Ф. 35053. Оп. 25053. Д. 8. Л. 8.

273. **Центральный архив Министерства обороны Российской Федерации.** Ф. 1515 ЭГ. Оп. 16174. Д. 4. Л. 18.

274. **Центральный архив Министерства обороны Российской Федерации.** Ф. 1515 ЭГ. Оп. 16174. Д. 4. Л. 14.

275. **Архив Военно-медицинского музея Министерства обороны Российской Федерации.** Ф. 1. Оп. 1407. Д. 195. Л. 133.

276. **Центральный архив Министерства обороны Российской Федерации.** Ф. 35053. Оп. 25053. Д. 19. Л. 28—30.

277. **Партийный архив Красноярского края.** Ф. 17. Оп. 1. Д. 1. Л. 1, 2.

278. **Положение об общехирургическом госпитале системы НКЗ СССР. М.: Медгиз, 1942. 8 с.**

279. **Центральный архив Министерства обороны Российской Федерации.** Ф. 1515 ЭГ. Оп. 16174. Д. 4. Л. 9.

280. **Докладная записка главному хирургу управления эвакуационных госпиталей НКЗ РСФСР профессору Н. Н. Приорову от 4 января 1942 г.** / ГАРФ. Ф. 482. Оп. 47. Д. 610. Л. 36.

281. **Войно-Ясенецкий В. Ф.** Поздняя резекция при гнойном гоните // Госпитальное дело. 1943. № 1. С. 55—56.

282. **Войно-Ясенецкий В. Ф.** Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов. М., 1944. 96 с.

283. **Мануйлов А. И.** Хирургическая работа эвакогоспиталей Сибирского военного округа за год Отечественной войны // Тр. окружной хирургической конференции госпиталей Сибирского военного округа (Новосибирск, 24—29 марта 1943 г.). Красноярск, 1944. С. 16—23.

284. **Войно-Ясенецкий В. Ф.** Наш опыт лечения огнестрельного остеомиелита в госпитале глубокого тыла // Тр. окружной хирургической конференции госпиталей Сибирского военного округа (Новосибирск, 24—29 марта 1943 г.). Красноярск, 1944. С. 81—90.

285. **Краснобаев Т. П.** Заключительное слово по теме «Огнестрельные остеомиелиты» // Тр. окружной хирургической конференции госпиталей Сибирского военного округа (Новосибирск, 24—29 марта 1943 г.). Красноярск, 1944. С. 189—190.

286. **Войно-Ясенецкий В. Ф.** Разрез, без которого нельзя излечить гнойный коксит // Госпитальное дело. 1944. № 7—8. С. 47.

287. **Войно-Ясенецкий В. Ф.** О лечении огнестрельных эмпием плевры / Сб. работ эвакогоспиталей Красноярского края. Красноярск: Красноярский рабочий, 1945. С. 260—276.

288. **Центральный архив Министерства обороны Российской Федерации.** Ф. 1515 ЭГ. Оп. 16174. Д. 4. Л. 46.

289. **Левикова А. Х.** Хирургическое лечение травматического остеомиелита тазовых костей / Сб. работ эвакогоспиталей Красноярского края. Красноярск: Красноярский рабочий, 1945. С. 23—38.

290. **Панова Н. С.** Caries реберных хрящей и его хирургическое лечение / Сб. работ эвакогоспиталей Красноярского края. Красноярск: Красноярский рабочий, 1945. С. 67—72.

291. **Силакова В. И.** Анализ смертных случаев абсцессов мозга / Сб. работ эвакогоспиталей Красноярского края. Красноярск: Красноярский рабочий, 1945. С. 228—233.

292. **Мочалова А. Д.** Хирургическое вмешательство при травматических повреждениях периферической нервной системы / Сб. работ эвакогоспиталей Красноярского края. Красноярск: Красноярский рабочий, 1945. С. 246—254.

293. **Элинсон Л. Б.** Морфологические типы и особенности смещения отломков при огнестрельных переломах бедра / Сб. работ эвакогоспиталей Красноярского края. Красноярск: Красноярский рабочий, 1945. С. 95—102.

294. **Центральный архив Министерства обороны Российской Федерации.** Ф. 35053. Оп. 25053. Д. 24. Л. 46.

295. **Пузин Н. П.** Несколько штрихов к биографии профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, архиепископа Луки // Вестник русского христианского движения. Париж; Нью-Йорк; Москва, 1994. № 170. С. 205—215.

296. **Архив Московской Партриархии** / Личное дело архиепископа Луки. Прошение в Священный Синод архиепископа Красноярского Луки от 15 октября 1943 г.

297. **Войно-Ясенецкий В. Ф.** Письмо из Тамбова в Сталинабад от 26 марта 1944 г.

298. **Тамбовская энциклопедия.** Тамбов, 2004. 706 с.

299. **Центральный архив Министерства обороны Российской Федерации.** Ф. 35056. Оп. 115441с. Д. 19. Л. 151.

300. **Центральный архив Министерства обороны Российской Федерации.** Ф. 35056. Оп. 25056. Д. 66. Л. 25.

301. **Центральный архив Министерства обороны Российской Федерации.** Ф. 35056. Оп. 25056. Д. 66. Л. 123.

302. **Центральный архив Министерства обороны Российской Федерации.** Ф. 35056. Оп. 340476. Д. 1. Л. 1, 2.

303. **Попов В.** Чудо-хирург // Кредо. Тамбов, 1993. № 10. С. 2—13.

304. **Гаспарян А. С.** 50 лет советского здравоохранения в Тамбовском крае. Тамбов, 1968. 63 с.

305. **Войно-Ясенецкий В. Ф.** Письмо сыну Михаилу, его жене и внуку Алексею из г. Тамбова от 10 августа 1944 г.

306. **Кученкова В.** «Примите мои утешения, мои бедные голодные люди...» (Войно-Ясенецкий. Тамбов, 1944-й...) // Новая Тамбовская газета. 1995. № 18. 5 мая. С. 11.

307. **Центральный архив Министерства обороны Российской Федерации.** Ф. 35056. Оп. 179346. Д. 12. Л. 1.

308. **Центральный архив Министерства обороны Российской Федерации.** Ф. 53345. Оп. 01. Д. 22. Л. 2.

309. **Центральный архив Министерства обороны Российской Федерации.** Ф. 35056. Оп. 115441с. Д. 19. Л. 313.

310. **Центральный архив Министерства обороны Российской Федерации.** Ф. 35056. Оп. 115441с. Д. 19. Л. 151.

311. **Центральный архив Министерства обороны Российской Федерации.** Ф. 35056. Оп. 115441с. Д. 19. Л. 2, 282.

312. **Государственный архив Российской Федерации.** Ф. 482. Оп. 48. Д. 135. 146 л.

313. **Шостак Л. Я.** Хирургическое лечение хронических эмпием плевры травматического происхождения / Сб. трудов эвакогоспиталей Воронежского военного округа. М.: Медгиз, 1946. С. 40—47.

314. **Шостак Л. Я.** Декортикация легкого при панцирной эмпиеме грудной клетки: Дис. на соискание ученой степени докт. мед. наук. М., 1947. 293 л.

315. **Инструкция по лечению огнестрельных ранений суставов, разработанная Военно-госпитальным комитетом Ученого медицинского совета НКЗ СССР и одобренная УМС НКЗ СССР 19 апреля 1944 г.** М., 1944. 8 с.

316. **Войно-Ясенецкий В. Ф.** О раневом сепсисе / Сб. трудов эвакогоспиталей Воронежского военного округа. М.: Медгиз, 1946. С. 137—143.

317. **Труды IV пленума Госпитального совета НКЗ СССР и РСФСР.** М.: Медгиз, 1946. 499 с.

318. **Гроздов Т. М.** (Тамбов). Хирургическая тактика при огнестрельных хронических остеомиелитах костей таза // Труды IV пленума Госпитального совета НКЗ СССР и РСФСР. М.: Медгиз, 1946. С. 366—373.

319. **Левикова А. Х.** (Красноярск). К вопросу о радикальном лечении огнестрельных остеомиелитов таза // Труды IV пленума Госпитального совета НКЗ СССР и РСФСР. М.: Медгиз, 1946. С. 378—381.

320. **Симонян К. С.** Путь хирурга (страницы воспоминаний о С. С. Юдине). М.: Мед. литература, 1963. 92 с.

321. **Марущак В.** Святитель-хирург: Житие архиепископа Луки (Войно-Ясенецкого). М.: Даниловский благовестник, 2006. 416 с.

322. **В медицинской секции комитета по Сталинским премиям** // Мед. работник. 1945. № 9. 23 февраля. С. 4.

323. **Академия медицинских наук СССР (40 лет).** М., 1984. 247 с.

324. **Лауреаты Сталинских премий в области науки (1939—1949).** Л.: Гос. университет им. Жданова, 1949. 94 с.

325. **Гладков Н. Н.** История государства Российского в наградах и знаках. М.; СПб., 2004. Т. 2. 349 с.

326. **Кривцов В. Д.** Каталог царских и советских наград, знаков, жетонов и настольных медалей. М., 2001. Т. 1. 461 с.

327. **Митерев Г. А.** В дни мира и войны. М.: Медицина, 1975. 255 с.

328. **О присуждении Сталинских премий за выдающиеся работы в области науки за 1943—1944 гг.** Постановление Совета народных комиссаров Союза ССР // Правда. 1946. 27 января. С. 1.

329. **Войно-Ясенецкий В. Ф.** Письмо сыну Михаилу от 5 августа 1946 г.

330. **О присуждении Сталинских премий за выдающиеся работы в области науки за 1943—1944 гг.** Постановление Совета народных комиссаров Союза ССР // Мед. работник. 1946. № 6. 31 января. С. 1.

331. **Войно-Ясенецкий В. Ф.** Телеграмма генералиссимусу И. В. Сталину // Журн. Московской Патриархии. 1946. № 3. С. 44.

332. **Войно-Ясенецкий В. Ф.** Письмо сыну Михаилу от 1 марта 1946 г.

333. **Войно-Ясенецкий В. Ф.** Письмо сыну Михаилу от 23 апреля 1946 г.

334. **Юдин С. С.** Письмо В. Ф. Войно-Ясенецкому от 5 февраля 1946 г.

335. **Поповский М. А.** Жизнь и житие Святителя Луки (Войно-Ясенецкого), архиепископа и хирурга. СПб.: Сатисъ, 2005. 510 с.

336. **Войно-Ясенецкий В. Ф.** Письмо сыну Алексею от мая 1949 г.

337. **Войно-Ясенецкий В. Ф.** Патогенез и терапия мозолей // Сов. медицина. М., 1953. № 1. Январь. С. 15—17.

338. **Бакулев А. Н., Куприянов П. А.** Предисловие к III изданию / Очерки гнойной хирургии. III изд., исп. и доп. Л.: Гос. издат. мед. лит., 1956. 631 с., ил.

Содержание

Святые целители и врачи. 7
Детские и юношеские годы Валентина Ясенецкого-Войно . . 31
Его университеты 35
Рождение хирурга 61
В земской больнице Симбирской губернии 82
Поближе к курским соловьям. 89
Во имя земской хирургии 99
Первые шаги в науке 117
В Москву за новыми знаниями 123
В земской больнице Саратовской губернии 142
От Волги-матушки к Плещееву озеру (Переславль-Залесский). 158
Блестящее решение научной проблемы 174
Первая мировая война: лишения и успехи (1914—1916) . . . 193
К белому солнцу Ташкента 227
Среди основателей нового медицинского факультета 249
Научные задачи в период разрухи (1920—1923) 270
Епископ Лука: необыкновенные достижения в науке (1923—1924) 296
«Очерки гнойной хирургии», рождавшиеся в застенках. . . . 310
Исцеление больных в годы первой ссылки (1923—1925) . . . 324
Освобождение... от ипостасей епископа и хирурга (1926—1930) 347
Во имя христианского милосердия 369
Высылка в Северный край 379
Время тяжких потерь и сбывшихся надежд 391
Открытие, которого никто не заметил. 412
Первое в СССР гнойное хирургическое отделение 430
За «Отца и Сына и Святаго духа» (третья ссылка) 445
Красноярский тыловой эвакуационный госпиталь № 1515 . . 459

На земле тамбовской. 523
Лауреат Сталинской премии 541
Служу больным и науке, пока вижу 552
Приложение 1.Содержание монографии Ф. Лежара «Хирургическая помощь в неотложных случаях» (1902) 577
Приложение 2. Инструкция медицинскому персоналу Переславского уездного земства 581
Приложение 3. Содержание первого издания монографии В. Ф. Войно-Ясенецкого «Очерки гнойной хирургии» (1934) 592
Приложение 4. Содержание второго издания монографии В. Ф. Войно-Ясенецкого «Очерки гнойной хирургии» (1946) 594
Приложение 5. Список научных трудов Ясенецкого-Войно (Войно-Ясенецкого) 596
Использованная литература 600

Научное издание

Священник Георгий Шевченко

ПРИВЕТСТВУЕТ ВАС СВЯТИТЕЛЬ ЛУКА, ВРАЧ ВОЗЛЮБЛЕННЫЙ

Издание второе, исправленное

Редактор издательства *М. В. Орлова*
Художник *Е. В. Кудина*
Технический редактор *И. М. Кашеварова*
Компьютерная верстка *Л. Н. Напольской*

Лицензия ИД № 02980 от 06 октября 2000 г.
Подписано к печати 29.04.09. Формат 60×90 1/16.
Бумага мелованная. Гарнитура Таймс. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 39. Уч.-изд. л. 37.5.
Тираж 1500 экз. Тип. зак. № 3567. С 246

Санкт-Петербургская издательская фирма «Наука» РАН
199034, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, 1
E-mail:main@nauka.nw.ru
Internet: naukaspb.spb.ru

Первая Академическая типография «Наука»
199034, Санкт-Петербург, 9 линия, 12

ISBN 978-5-02-026363-5

