

ISSN 1819-94-96



Сибирское медицинское обозрение

ЕЖЕВАРТАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ



Основан в 1918 году

Октябрь-декабрь 2007

4 (45)



ния (18,2%), на третьем – болезни органов пищеварения (11,9%). Затем следуют болезни кожи и подкожной клетчатки, инфекционные и паразитарные болезни (по 7,2%), патология нервной системы и органов чувств (4,6%) и т.д. Однако наблюдается неоднородность структуры обращаемости у матерей одиночек, разведенных и вдов в разные периоды жизни (при создании новой семьи и через 10 лет совместной жизни). Так, у разведенных и вдов в 3,2 раза чаще отмечаются психические расстройства и расстройства поведения (F13 – психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных или снотворных средств, F40-48 – невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства), чем у матерей одиночек. У всех исследуемых нами групп женщин в 2,9 раза выше влияние факторов влияющих на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения (Z55-Z65 – потенциальная опасность для здоровья, связанная с социально-экономическими и психосоциальными обстоятельствами, Z80-Z99 – потенциальная опасность для здоровья, связанная с личным или семейным анамнезом и определенными обстоятельствами, влияющими на здоровье), чем у женщин, состоящих в первом браке.

Анализ заболеваемости мужчин из смешанных семей, показал на значительные различия в показателях в зависимости от сложившихся семейных отношений. При нормальных семейных отношениях с детьми и родственниками вновь созданной семьи, показатели общей заболеваемости мужчин (2702,56%), значительно меньше, чем у тех, у кого сохраняется напряженная обстановка (3284,53%), но выше, чем у мужчин из первобрачных семей (2244,21%) ($p<0,05$).

Структура заболеваемости мужчин имеет отличия от женщин только в классах болезней системы органов дыхания, которые переходят на второе место (26-28%), уступая первое место болезням органов кровообращения (27-29%).

Заболеваемость детей, в зависимости от того была ли семья полная или нет до создания новой семьи, также имеет значительные отличия.

Так, общая заболеваемость детей (в новых семьях), перенесших развод или смерть родителей, в 1,9 раза выше (3874,9%), чем у детей из полных первобрачных семей (2037,62%), и в 1,4 – выше, чем у детей бывших матерей одиночек (2794,52%) ($p<0,05$).

Результаты наблюдений показывают, что дети очень болезненно переживают развод родителей, особенно если у них была к ним большая привязанность. Тяжелая психологическая травма, развившаяся у них в результате развода родителей, ведет к нарушению у них психики, поведения, невротических состояний, которые в свою очередь приводят к психосоматическим заболеваниям, иногда очень выраженных (язвенная, гипертоническая болезни и др.). Такая же реакция развивается и у детей

в случаях смерти одного из родителей, при этом, возникшие у них психические нарушения, плохо поддаются коррекции.

Согласно проведенному анализу, во всех типах наблюдавшихся нами семей, заболеваемость у детей болезнями органов системы пищеварения, связанная с психологическими проблемами, превышает аналогичную заболеваемость детей в полных семьях в 3,1 раза (202,96% и 66,34% соответственно). Психические расстройства, проявляющиеся в неврастении, астеноневротическом синдроме, ситуационном неврозе, расстройствах речи и др., превышают уровень в полных семьях в 3,2 раза (102,16% и 31,87% соответственно).

Следует отметить, что приведенные выше показатели заболеваемости у детей, касаются общего числа детей всех наблюдавшихся нами семей. При разделном анализе в зависимости: от возраста детей (из бывших семей матерей одиночек), от предыдущей жизни разведенных и овдовевших семей (нормальные или конфликтные отношения), заболеваемость детей имеет значительные отличия.

Так, заболеваемость детей дошкольного возраста из бывших семей матерей одиночек и конфликтных семей, при нормальных отношениях матери с отчимом, снижается до уровня показателей детей из полных семей (3532,41% и 3399,42% соответственно). В данных обстоятельствах существенную роль в снижении заболеваемости играет желание детей иметь отца и хорошие отношения с отчимом. Дети школьного возраста, более трудно входят в контакт с отчимом, у них более часто наблюдаются: противоправное поведение, отрицательные реакции на воспитательные действия родителей и педагогов, рано начинают употреблять алкоголь (с 12-14 лет), курить (с 8-10 лет), а девочки – сексуальную жизнь (с 12-13 лет). Все перечисленное не может не сказатьсь на показателях общей заболеваемости детей школьников из сложных семей (2941,57%), которая в 1,7 раза превышает заболеваемость школьников из первобрачных семей (1764,89%).

Таким образом, смешанные семьи имеют ряд своеобразных особенностей, основными из которых являются взаимоотношения между: матерью и детьми, детьми и отчимом, между членами вновь созданной семьи и бывшими, и новыми родственниками. Характер психологических отношений, значительно отражается на репродуктивной политике вновь созданной семьи и состоянии здоровья ее членов.

Учитывая увеличение числа неполных семей, можно предположить, что численность смешанных семей будет возрастать. Проблемы, связанные с этими семьями, потребуют новых подходов к медико-социальному обслуживанию членов смешанных семей. В первую очередь требуется организация действенной психологической и психиатрической помощи.

Соединивший в своих руках крест и скальпель (о св. Луке, д.м.н., проф. В. Ф. Войно – Ясенецком)

MEDICAL AND DEMOGRAPHIC PROBLEMS OF DIFFERENT TYPES OF FAMILIES, LIVING IN RURAL AREA

O.M. Novikov, I.P. Artyuhov, V.F. Kapitonov, V.A. Vagner
Krasnoyarsk state medical academy named in honour of V.F. Vojno-Yasenetskij

The results of researches of medical and demographical problems in different types of families (Balahta region; Krasnoyarsk Territory) are given in the article. The increase of quantity of incomplete families was revealed. It leads to mixed families formation; these families are in need of new approaches of medical and social service.

Литература.

- Баранов А.А. Здоровье детей в России: научные и организационные аспекты // Педиатрия. – 1999. – №3. – С.4-6.
- Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1998 году. – М.: Минздравмедпром РФ, РАМН, Госком СЭН РФ. – 1999. – С.
- Новиков О.М., Капитонов В.Ф. Классификация семей // Эколог. человека. – 2000. – №4. – С. 81-82.
- Семейная медицина / И.П. Артюхов, В.Ф. Капитонов, А.А. Модестов, О.М. Новиков. – Новосибирск. – 2005. – 309 с.



Страницы истории

© СИЗЫХ Т.П.

СОЕДИНIVШИЙ В СВОИХ РУКАХ КРЕСТЬ И СКАЛЬПЕЛЬ (О СВ. ЛУКЕ, Д.М.Н., ПРОФЕССОРЕ В.Ф. ВОЙНО – ЯСЕНЕЦКОМ)

Т.П. Сизых

Красноярская государственная медицинская академия им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов.

Резюме. Статья посвящена деяниям хирурга В.Ф. Войно-Ясенецкого в период Большемуртинской ссылки и им исцеленной больной Н.А. Жемчуговой.

Ключевые слова: В.Ф. Войно-Ясенецкий, острый гонит, хронический остеомиелит, ссылка, Большемуртинская больница, Красноярский край.



Фото 1. Святитель Лука, доктор медицинских наук, профессор, лауреат Сталинской премии I степени В.Ф. Войно-Ясенецкий.

Красноярской государственной медицинской академии Министром здравоохранения и социального развития Российской Федерации дарована великая честь носить имя чудотворца, хирурга, мирового имени ученого, доктора медицинских наук, профессора, архиепископа, Святителя Луки, Валентина Феликовича Войно – Ясенецкого.

Век двадцатый останется в истории нашей как век ожесточенных войн науки и религии против своего народа, крушения духовности, нравственности, когда священник, православно верующий подлежали уничтожению без суда и следствия. Отец доцента А.Н. Протопоповой – Николай Александрович был расстрелян вместе с 16-летним сыном Феофилом на крыльце своего дома за то, что был священником. Когда рушились храмы, устои и традиции России, Валентин Феликович Войно-Ясенецкий вопреки логике самосохранения и безопасности своих близких, принимает священный сан. Талантливый врач-хирург, обладающий блестящим врачебным мастерством, ученый, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой оперативной топографической анатомии и судебной медицины Среднеазиатского государственного университета являлся одним из инициаторов его рождения (1920 г.) встал по зову сердца против попирания самого святого – веры. Он не хотел и не мог мириться с мракобесием. Он оставался верен прежде всего себе, своим принципам совестливого, верующего человека,

стремящегося к истине и общечеловеческим ценностям. В ответ на происходящее Валентин Феликович в 1921 году принял сан вначале диакона, затем священника, а в 1923 был хиротонисан во епископа Барнаульского и Томского. Продолжая читать лекции, вести занятия, оперировать, выполнять обязанности главного врача Ташкентской городской больницы, заведующего кафедрой, он являлся одновременно священнослужителем, проводил литургии, по воскресным дням молебны. Мирские дела от принятия сана до окончания жизни он выполнял в одежде соответствующей его священному сану — рясе, с крестом на груди, за исключением периода третьей ссылки — Большемуртинской. В Ташкентской больнице он, не таясь, молился перед операцией, повесив икону в операционной [5]. Это тогда, когда большинство боялись сказать, что он верующий.

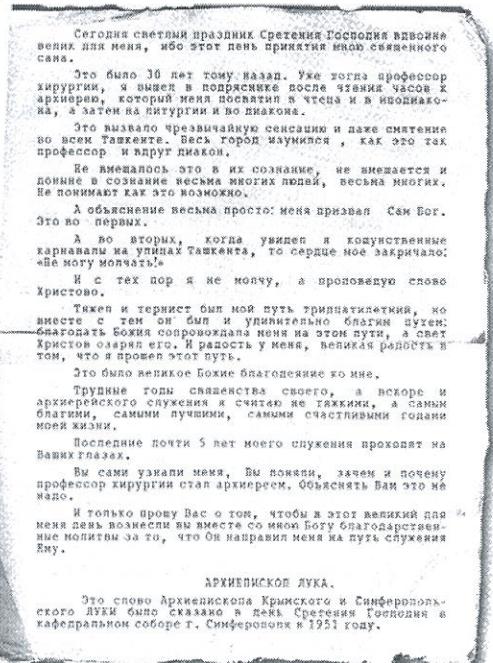


Фото 2. Слово Архиепископа Крымского и Симферопольского в день Сретения Господня, 1951 год (из доклада уполномоченного Я. Жданова).

Вспоминается эпизод из жизни тех далеких лет, рассказалый Н.А. Бранчевской. Тридцатые годы. Пасха. Мама Надежды Алексеевны испекла куличи. Дом был на два хозяина. Заходит соседка, жена машиниста паровоза Юлия Красько, вся перепуганная, и говорит: «Евлампия Акиловна, Вы что наделали? От куличей так пахнет! Вы же понимаете, что кто-нибудь пойдет мимо дома и по запаху узнает, что вы куличи печете. Значит вы — верующая. Не время теперь куличи печь, а ну как?» Семья Бранчевских всегда на Пасху в русской печи пекла в специальных формах куличи. Они были высокие, красиво украшались глазурью и многоцветно окрашенными зернышками пшена. Выкатывались они на белоснежный рушник, на котором под образами стояли до праздника. Показывать, что ты

верующий и празднешь Пасху, в то время было опасно. Евлампия Акиловна от страха возможных последствий нашла решение: тут же куличи спрятала в подполье. Вот так реально висела опасность над каждым, так как расправа была скорой. В.Ф. Войно — Ясенецкий не побоялся подняться против наступающей тьмы, мрака и аппокалиптической зимы. При этом один против полчищ, бесчинствующих в мире хаоса, надругательств, бесчеловечности, когда жизнь человека не являлась ценностью.

Безусловно, это не могло быть ему прощено и оставаться безнаказанным. Власть придерживающие со всей мощью своих правоохранительных структур решили его низложить. Вначале его убеждали отказаться от духовного сана, убрать икону в операционной и снять рясу. Получили категоричный отказ. В назидание из операционной убрали икону. Ведущий хирург прекратил оперировать. Тогда решили просить епископа о том, чтобы он вернулся к хирургической деятельности, но ходил в гражданской одежде вне храма. В этом мы видим, что власть, творящая беспредел, бесчинствующая какое-то время, преклоняясь перед его мастерством и авторитетом, вела с хирургом В.Ф. Войно — Ясенецким дипломатический диалог. Было в Валентине Феликовиче нечто, за что все его уважали, с первой встречи проникались доброжелательностью, любовью к нему.

В Большой Мурте живут старожилы — служители больницы, с кем Валентин Феликович работал или был лично с ними знаком (Л.И. Самсонова, В.Г. Монина, Л. Стрижак, в Красноярске — Н.А. Бранчевская). Все в один голос говорят о его проницательных, умных, добрых, спокойных, вдумчивых, но при этом строгих глазах, как бы ставящих человека по отношению к нему в определенные рамки поведения. В глубине глаз чувствовалась грусть. Его взгляд был спокойным, сосредоточенным. Исходила от них умиротворенность, благожелательность. Во всяком случае, свидетельствует начмед эвакогоспиталя 15/15 Н.А. Бранчевская, «первое, что вызывал к себе этот человек, это почтение, и сознание того, что человек это не простой и существенно отличается от других. Он был красив внешне и внутренне. Говорил коротко, тихо, прямо и по существу дела. Говорить с ним можно было только о деле. Больше приходилось его слушать, чем говорить» [12, 13]. Но он бывал и строг к разгильдяям, делающим, что не положено. Вспоминает старожил В.Г. Монина: «Врачу К.П. Барской, исполняющей обязанности заведующей Большемуртинской больницы, после ее грубого непрофессионального вмешательства в ведение больного, прооперированного Валентином Феликовичем, которое привело в неблагоприятному исходу, Войно-Ясенецкий запретил входить в хирургическое отделение».

Санитарочки, работающие с ним, просто боготворили своего профессора, такое уважение он у них вызывал (М.Е. Коваленко, Т.И. Кожемякина, В.Г. Монина, А.П. Левина и др.).

Соединивший в своих руках крест и скальпель (о св. Луке, д.м.н., проф. В. Ф. Войно — Ясенецком)

Валентин Феликович Войно-Ясенецкий родился в г. Керчи 27 апреля 1877 года в семье провизора. Род Войно-Ясенецких довольно древний, корни его уходят в XVI столетие. Его представители служили при дворе польских и литовских королей. Род постепенно обеднел, и дед Валентина Феликовича жил «в куриной избушке» в Могилевской губернии. Ходил в лаптях, но имел мельницу. Феликс Станиславович, отец В.Ф. Войно-Ясенецкого получил образование и «выбрался из глухи деревенской». Имел свою аптеку. Однако спустя два года владения он продал, так как доходов аптека не приносila. Отец перешел на государственную службу [9].

Перед девяностыми годами XIX столетия Феликс Станиславович со всей семьей переехал на жительство в Киев. Семья была немаленькая, состояла из 7 человек: отец мать и пятеро детей — две дочери и трое сыновей. Мать Валентина Феликовича Мария Дмитриевна (в девичестве Курина) была православной добродушной женщиной, «усердно дома молилась» [10] и во славу Божию творила добрые дела для страждущих, нуждающихся. Отец был католик, набожен и религиозен. Как писал В.Ф. Войно-Ясенецкий, «отец всегда ходил в костел и подолгу молился дома». Он был удивительно чистой души и всем доверял. «Если можно говорить о наследственной религиозности, вероятно, — пишет в своей автобиографии Валентин Феликович, я ее наследовал, главным образом, от очень набожного отца». Немалое, а может быть определяющее значение, сыграло в формировании его религиозности, ежедневные посещения Киевско-Печерской Лавры. С детства Валентин Феликович хорошо рисовал. Страсть к рисованию привела его в Киевскую художественную школу, которую он окончил. И часто он для зарисовок ходил в Киевско-Печерскую лавру, так как избрал религиозное направление в живописи. Участвовал даже в одной из передвижных выставок, проходивших в Киеве. Среднее образование получил в Кишиневской 2-й и Киевской 2-й гимназиях. Окончив гимназию с отличием, он от директора получил памятный подарок — книгу «Новый Завет» [2].

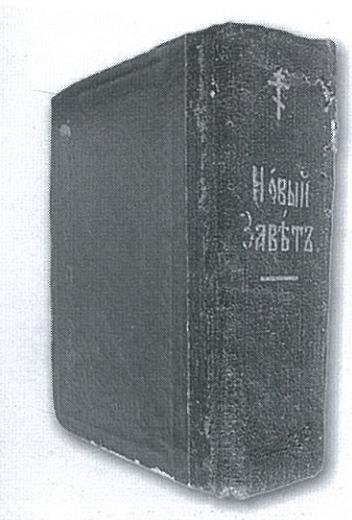


Фото 3. «Новый Завет» из библиотеки Владыки Луки.

Как сам Валентин Феликович указывает, что к тому времени он уже ее читал. Книга была дарована «как напутствие в жизнь» и потому он считал необходимым ее вновь прочесть. Читая, он в буквальном смысле был потрясен от осознания смысла текста. Вот что он пишет сам: «Но ничто не могло сравниться по огромной силе впечатления с тем местом Евангелия [14], в котором Иисус, указывая ученикам на поле созревшей пшеницы, сказал, — «Жатвы много, а делателей мало». «О, Господи, — возопил он, — неужели у тебя мало делателей?!» [Мф.9; 37]. Это его привело к серьезному осмыслению жизни, выбора своего пути в ней и в избрании профессии. Много лет спустя, взяв крест Спасителя, он, вспоминая, пишет, что, «когда Господь призвал меня делателем на ниву Свою, я был уверен, что этот евангельский текст был первым призывом Божиим на служение Ему» [3].

И все-таки в начале он избрал жизненный путь художника и думал поступить в Санкт-Петербургскую художественную академию. Но во время вступительных экзаменов, размышление, тот ли он жизненный путь избрал, побудило его отказаться от поступления в нее. «Я не вправе заниматься тем, что мне нравится, но обязан заниматься тем, что полезно страждущим людям». Весьма поучительный, пример для младших поколений как подчинять волю во благо ближнего [14]. Это сложно, но возможно. Валентин Феликович, будучи в Санкт-Петербурге, решает поступить на медицинский факультет. Однако на избранный факультет Санкт-Петербургского университета его не приняли, поскольку уже не было вакансий. Он поступает на юридический, так как у него был «ярко выраженный интерес к наукам гуманитарным, в особенности к богословию, философии и истории», с тем, чтобы на другой год перевестись на избранный медицинский [3]. Однако тяга к рисованию привела его в Мюнхен, где он поступил в частную художественную школу профессора Книрр, но через три недели он вернулся домой в Киев. Весь этот год он с группой товарищей усиленно занимался рисованием и живописью. Увлекся этическим учением Льва Толстого, пока не прочел вышедшую за рубежом богохульную его книгу «В чем моя вера». Следующее юношеское влечение было народничество. И опять раздумье. Его желанием было как можно скорее помочь немощным, бедным, что определило идти учиться на фельдшера или сельского учителя. С юношеской горячностью пришел Валентин Феликович к директору народных училищ Киевского учебного округа устроиться в одну из данных школ — директор оказался «умным и проницательным человеком», оценил его народнические устремления и отговорил по-отечески, убедил поступать Валентина Феликовича на медицинский факультет. Хочется заметить, что два сильных начала (художника и народника) сущности души Валентина Феликовича боролись за право быть реализованными. Побеждает в нем сила духа страдальца за боль слабого, нуждающегося в его помощи.

Избрал он медицинский факультет Киевского университета, но при этом у него было «почти отвращение к естественным наукам». И все-таки он «преодолел это отвращение и поступил на медицинский факультет». Валентин Феликович в автобиографии пишет: «Это соответствовало моим самоустранимиям быть полезным для крестьян, так плохо обеспеченных медицинской помощью»[3].

Для современной молодежи будет интересно и поучительно увидеть муки юноши, поступившего вопреки данному ему дара художника и взявшегося за учебу, ему не желанную. «Когда я изучал физику, химию, минералогию, у меня было почти физически ощущение, что я насилием заставляю мозг работать над тем, что ему чуждо. Мозг, точно сжатый резиновый шар, стремился вытолкнуть чужое ему содержание. Тем не менее я учился на одни пятерки и неожиданно чрезвычайно заинтересовался анатомией. Изучал кости, рисовал, дома лепил их из глины, а своей препаровкой трупов сразу обратил на себя внимание всех товарищей.... Уже на втором курсе мои товарищи единогласно решили, что я буду профессором анатомии, и их пророчество сбылось». Спустя семь лет Валентин Феликович защитил диссертацию на учченую степень доктора медицинских наук, а спустя 20 по окончании университета, он основал кафедру топографической анатомии и судебной медицины г. Ташкента и получил ученое звание профессора [3].

На третьем курсе он «страстно увлекается изучением операций на трупах... Умение весьма тонко рисовать и моя любовь к форме перешли в любовь к анатомии и тонкой художественной работе при анатомической препаровке и при операциях на трупах». Как сам Валентин Феликович подмечает, — «из неудавшегося художника я стал художником в анатомии и хирургии». И это действительно так. Встречаясь с людьми, кто с ним работал, а особенно кого он оперировал, [9, 10, 12, 13] удивляешься и восхищаешься его мастерству.



Фото 4. Ручка дверей хирургического отделения Большеумуртинской больницы со времен 1912 года.

Рассказывает военврач, хирург, открывшая и основавшая эвакогоспиталь (ЭГ) 15\15, прошедшая путь нелегкий от начальника медицинской службы тылового, а затем (с 1941 по 1946 гг.) фронтового ЭГ — Надежда Алексеевна Бранчевская — она с сентября по декабрь 1941 года работала с главным ведущим хирургом В.Ф. Войно-Ясенецким и не раз присутствовала в операционной, когда он оперировал. «Топографию Валентин Феликович знал блестяще. Наверное, лучше всех хирургов вместе взятых. Хирургов восхищала его техника операций. Он четко каждое свое действие предварял комментарием о топографии, поэтапно перечисляя на латыни фасции, мышцы, артерии, вены, нервы и т.д. Работа скальпелем была точной. Такой техники более я не встречала. Операции были почти бескровные. Никаких пособий у него не было, кроме своих рук, а они у него были крупные. В возрасте 64 лет он оперировал в ЭГ 15\15 много и долго, порой по 9 часов. Пожалуй, до 90% его времени у него уходило на операции и консультации воинов. Брал на себя самых тяжелых, относящихся к категории малокурабельных. Это гнойные боевые травмы крупных суставов, осложненных еще нередко сепсисом, поэтому операции были тяжелыми как для хирурга, так и для оперируемого. Оперировал он с ассистентом. Медицинские сестры его понимали без слов. Работать с ним было легко и хорошо. Выполнял он операции спокойно. Никогда не повышал голос. Хирургов, присутствующих всегда по доброй воле на его операциях, восхищала его техника. Нередко от восхищения и новизны увиденного они переглядывались. Он почти в каждой операции принимал решение и действия, которые были новаторскими. Именно поэтому все свободные от операции врачи стремились быть рядом, чтобы поучиться» [12, 13].



Фото 5. Излеченная Войно-Ясенецким Наталья Александровна Жемчугова, 1946 год.

Сподобилась и автор — составитель данной работы — лично встретиться и осмотреть больную, которую профессор В.Ф. Войно – Ясенецкий оперировал, будучи в своей третьей ссылке в переселенческой Большемуртинской больнице (июль 1940 г.) по поводу хронического остеомиелита левой большеберцовой кости. Процесс длился у нее на протяжении 9 лет, постоянно рецидивируя. Наталья Александровна Жемчуговой, прибывшей к профессору на осмотр, было тогда 12 лет (родилась она 13 августа 1928 года). В возрасте трех лет во дворе собственного дома раскачивала ее на качелях сестра. Она упала и ударила о забор. Через короткое время самостоятельно встала и пошла. Родителей дома не было, они трудились в колхозе (мать — доярка, отец — пасечник). Сестра побудила ее прыгать с лавки, чтобы «ушибленная нога на место встала». Острая боль в левой нижней конечности не оставила больную.



Фото 6. Жемчугова Н. А. (79 лет). Прооперирована Войно-Ясенецким по поводу хронического остеомиелита левой большеберцовой кости.

После падения на коже в области колена, голени были синяки, ссадины, колено распухло, значительно увеличилось в объеме, особенно на утро следующего дня. «Колено было в виде шара, боли были значительные, ногой не могла двигать. Колено согнулось и не разгибалось. Поднялась высокая температура». Так описывала картину следующего дня после травмы Наталья Александровна. В течение недели мать делала примочки, что-то привязывала. Однако состояние не улучшалось, продолжалась лихорадка. Мать повезла Наташу в Большемуртинский врачебный участок. Врач, осмотрев больную, пунктировал не раз сустав, а через короткое время решил оперировать. Был выполнен поперечный линейный разрез в верхней трети области коленного сустава, из раны бежал гной. Через неделю рана полностью не затянулась, мать Марфа Матвеевна

в таком состоянии девочку забрала. Порядки тогда были очень суровые, нужно было выходить на работу — тем более во время полевой страды. Да и детей было к тому времени в их семье с Наташой четверо. Сохранялась контрактура коленного сустава. Пришлось родителям прибегнуть к помощи местных лекарей: фельдшера, бабушек, знахарей. В Еловке был фельдшер. Запомнила его Наталья Александровна. «Приходил он в шерстяном пиджаке, руки никогда не мыл, сдирая присохшую повязку, будто с животины, и накладывал сухую другую. Снятая повязка всегда была с гнойным отделяемым». Девочка не могла самостоятельно ходить, так как нога не разгибалась, оставался отек, боли, свищи.



Фото 7. Большемуртинская больница, хирургический корпус, в котором трудился В.Ф. Войно-Ясенецкий (1940-1941 гг.).

Добрым словом и с благодарностью вспоминала о знахарке Н.А. Жемчугова в конце своей жизни. Знахарка поставила ее на ноги, избавила Наташу от контрактуры и обильного гноетечения. Лечила ее она в течение месяца, живя у них в доме. Она каждый день брала ведро и насыпала в него древесной золы. Заливала его горячей водой (готовила щелок — своего рода сорбент), бросала туда древесный камень и распаривала ногу ребенка. Обычно это было в середине дня. Затем она обливала ногу раствором свежего щелока. На рану накладывала колосья ржи и свежую повязку. А уложив ребенка на полати, ногу подвязывала к потолку вверх под гобец, и за счет тяжести ее тела, знахарка проводила вытяжение. Водила на кладбище ночью помолиться. Землей с могилы священника посыпала ей ногу. Признавала знахарка у ребенка свой диагноз — волосец, выкатывала его. Нога выпрямилась, стала сгибаться в колене. Ниже подколенной области, по передней внутренней поверхности большеберцовой кости оставался свищ. Почти постоянно из свища было гнойное отделяемое. «Периодически, — рассказывает Наталья Александровна, — появлялся нарыв. Затем он прорывался, выходила косточка, в виде иголки» (секвестр). Она — ребенок своими руками его удаляла, да так

и жила. В 1936 году, в 8 лет мать ее повезла в Красноярск Окружную хирургическую больницу (на ул. Вейнбаума). Ее госпитализировали и прооперировали. Тоже непонятно действие хирурга, так как после операции остались в диаметре до 1,5 см два округлых рубца в верхней трети голени, каждое по бокам от гребня большеберцовой кости. После Красноярска в состоянии ребенка ничего не изменилось, по-прежнему свищ вскрывался на голени, продолжалось гноетечение и удаление сектвестров. Жизнь шла своим чередом. Наташа окончила в Еловке четырехклассную школу, затем 5-6-7 классы в Юксинской семилетней школе, а десятилетку в Большемуртинской. Так девочка жила до 12 лет и за медицинской помощью не обращалась.

Летом 1940 года старшая сестра (по окончании училища) стала работать в райисполкоме. Узнала она, что в Большемуртинской больнице появился ссыльный врач, излечивающий больных и творящий поистине чудеса исцеления. Она приехала в Еловку, чтобы отвести Наташу к ссыльному врачу на лечение. Доверия у Наташи к медицине уже не было, и не очень-то она хотела ехать.

В начале июля 1940 года Наталью Александровну Жемчугову доставили на прием к В.Ф. Войно-Ясенецкому. «Увидела она крепкого, высокого, плечистого, большого человека с седой бородой, с добрыми глазами. С ним было спокойно», — подчеркивает она. И как бы обобщая сказанное, говорит: «Такой красивый, добрый человек — это чудо. Был он в халате, длинном, хирургическом, доходившем до икр, и в белом колпачке. Одним словом, красивый дед». Такую характеристику в свои 79 лет Наталья Александровна дала своему спасителю.

Пришел он тогда на ее осмотр с двумя молодыми врачами, мужчиной и женщиной. Фамилию молодого доктора она хорошо запомнила — Барский. Действительно, согласно приказам по личному составу Большемуртинской больницы, в эти годы (1940 — 1941 гг.) заведующим Большемуртинской больницей был врач А.В. Барский. В 1941 он был мобилизован на фронт. Его жена К.П. Барская — акушергинеколог и по совместительству терапевт, работала по 1943 год в Большемуртинской больнице, исполняя в 1941-1942 годах обязанности заведующей.

Осматривал ее ссыльный врач Валентин Феликович в поликлинике, и было это весьма «интересно» для самой больной. Посадил он ее на стол. Осмотрел, ощупал больную ногу. Взял зонд и ввел в свищевой ход. Больно ей не было. Да и он ее предупредил, это «мертвое мясо, больно не будет». Осмотрев ребенка вместе с двумя врачами, увидев следы «деяния хирургов» — место расположения рубцов. Разогнувшись, вдруг четко произнес: «Вот коновалы, девочка, коновалы тебя лечили! Надо оперировать, чистить надо. Только подрезали бы вот тут (указывая на нижний полюс по внутренней задней поверхности подколенной области) и не мучилась бы столько лет».

Когда В.Ф. Войно-Ясенецкий произнес фразу «Вот коновалы...» ребенку на всю жизнь запомнилась реакция стоявших двух врачей. У них изменились, вытянулись лица, стали настороженными и испуганными глаза от смело сказанного Валентина Феликовичем.

По окончании осмотра он заметил, обращаясь к Наташе, что «через две недели все болезни пройдут и будешь здоровая бегать». Она уже имела свой опыт результатов медицинской помощи и считала, что «лечение в больнице бесполезно». Поэтому Валентину Феликовичу ответила: «Не может быть. Я вам не верю». Он ей в ответ улыбнулся и ответил: «Вот увидишь». В разговоре с нами в 2007 году Наталья Александровна заметила: «Да, конечно, врач он точно от Бога был». В операционную взяли утром. Наташа просила: «Побольше наркоза дайте мне, чтобы боли не было».

Кроме Войно-Ясенецкого в операционной были еще врачи Барские. Наркоз давали масочный — маленькой маской, следовательно, дышала она хлороформом. Очнулась она в палате, был уже вечер, в дальнейшем курировал ее врач Барский. Мужчина молодой, «лицо красивое с ярким разрезом красивых губ». В перевязочной осматривал ее Войно-Ясенецкий вместе с Барским. «Всегда, бывало, ее погладит по голове». Повязки не сдирали, как это было в Еловке и в Красноярске. Здесь повязка была сухая, были наложены швы, отделяемого не было. Вскоре она стала ходить, а на 12 сутки ее здоровой выписали. С той поры и до старости Наталью Александровну нога больше никогда не беспокоила. Не болела она у нее никогда и никаких проявлений болезни не было.



Фото 8. Коридор хирургического отделения Большемуртинской ЦРБ. (Его коллектив в 2007 г.).

Вспоминает она о Большемуртинской больнице с благодарностью и любовью, будто что-то светлое коснулось и осталось с ней на всю жизнь. «Больница была хорошая, потолки высокие, окна большие, в палатах и коридорах светло. В ней работали очень хорошие чуткие люди. Всегда было чисто. В углу коридора стоял большой самовар, были в горшках и вазах цветы».



Фото 9. Операционная, где кудесничал В.Ф. Войно-Ясенецкий.

Жили врачи, Войно-Ясенецкий и Барские, во дворе больницы, в доме в котором располагалась больничная кухня. «В больнице был хороший чистый двор, а вокруг него и корпусов больницы сосновый лес. Сотрудники больницы в восхитительной форме отзывались о политически ссыльном враче, как о хорошем хирурге. Какие только болезни он ни оперирует, даже глаза».

А сама Наталья Александровна по прошествии стольких лет периодически все повторяла: «Ой, какой доктор был!»

Вспомнив, она подмечает: «Он приходил утром в больницу в 9 утра, а то и раньше. Был беспрокойный, все ему нужно было самому проверить. Всех больных осматривал и проверял выполнение его назначений. Осмотрев больных, шел оперировать».

И опять Наталья Александровна, услышав от нас рассказ о его жизненном пути, не раз повторяла: «Какого человека я встретила! Какой у меня сегодня счастливый день! Я так много хорошего узнала». Мы ей рассказали о памятнике, который воздвигнут в городе Красноярске Святителю Луке, В.Ф. Войно-Ясенецкому, стоящему буквально рядом с ее домом. Опять, вспомнив она говорит: «Так проникновенно он говорил. Ой, какого человека встретила!»

Мы посетили Н.А. Жемчугову со Светланой Константиновной Бородиной, учителем истории, Большемуртинской школы №1, инициатором и организатором районного исторического музея, мемориальной доски, посвященной В.Ф. Войно-Ясенецкому, поме-

щенной на здании хирургического корпуса, в котором он работал. Через нее я смогла встретиться и осмотреть Наталью Александровну Жемчугову, за что ей очень благодарна.

Какие же условия были у хирурга В.Ф. Войно-Ясенецкого в Большемуртинской больнице для оказания такой специализированной, высоко квалифицированной помощи? Что это за лечебное учреждение — Большемуртинская районная больница? Было ли там травматологическое или гнойной инфекции отделение? Каким кадровым и материально-техническим потенциалом она располагала, в том числе медикаментозным?

Большемуртинская больница находится в 110 км. к северу от города Красноярска. Стоит село на реке Подъемной. Поселок Большемуртинский являлся волостным и относился к Красноярскому округу. Общая площадь территории Большемуртинской волости равнялась 311,259 десятин (2990 кв.м.). Волость была сельскохозяйственной. Экономическим центром являлась Большая Мурта.

Численность населения данного села согласно переписи 1920 года составляла 1086 обоего пола (к 1939 — 3500). Село расположено на горно-равнинной местности, на Красноярск-Енисейском почтовом тракте. К крупным селам также относились Межевское (1339 человек) и Еловка (1060), из последнего была Н.А. Жемчугова.

Население в основном занималось земледелием, скотоводством «поэтому в журнале приема больных Владыка Лука записывал их земледельцами» [1]. Пути



Фото 10. Палата Большемуртинской больницы, в которой излечена Н.А. Жемчугова.



Фото 11. Большая Мурта. Главная улица Советская, бывшая Трактовая, с домами первых переселенцев братьев Гордеевых, по которой и прибыл на поселение ссыльный профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий.

сообщения представлены трактом Красноярск – Енисейск, между селами проселочными дорогами. Была почтово-телефрафная связь. К 1941 году в Большой Мурте имелся аэропорт (поле травяное, ровное). Был базар в Большой Мурте и Еловке, в первом селении в дни базарные в прежние времена «до 220 возов съезжалось». В волостном селе Большой Мурта в 1939 – 41 гг в центре располагался «райисполком, райрезиденция начальника милиции, нарсуда, также нарследователя, ветеринарный лечебный пункт, нардом, детские ясли, библиотека, читальня, почтовое отделение».

В советскую эпоху до войны были кооперативы в Большой Мурте: однолавки, Общество потребителей, сельскохозяйственное Кредитное товарищество. Имелись в зачаточном виде в волости завод огнеупорного кирпича около с. Юксинского с примитивным оборудованием, производивший 200000 штук кирпичей в год, и паровая мукомольная мельница [4]. Именно в Большемуртинском волостном селе располагался «лечебный участок», а в Еловке, Межеевском – фельдшерские пункты.

Перед 1939 – 1941 гг. в Большой Мурте развивались сельское хозяйство, пчеловодство, охотничий промысел, кустарное примитивное производство.

Что же из себя представляло лечебное учреждение Большой Мурты? Каков характер медицинской помощи оно могло оказывать? Каково обеспечение врачами?

Дошел до нашего времени акт обследования Большемуртинского врачебного участка по распоряжению Красноярского окружного здравоохранения от 25/X 1927 года. Из данных актов узнаём, что Большемуртинская больница занимала здание бывшей переселенческой больницы (построенной в 1912 г., что подтверждается ведомостью учета перечня объектов недвижимости Большемуртинской ЦРБ от 2007 г.). Комиссия нашла, что количество жилой площади и «план постройки вполне подходящий. Первое впечатление от участка хорошее». Больница была на 15 коек (по проекту на

10), из них 2 – родильных. «Больные хирургии и амбулатории находились в одном здании, что не соответствовало требованиям, так как больные проходили через само хирургическое отделение. В зданиях, хирургическом и заразном, было 3 ванны, но больные по 2-3 месяца не мылись основательно. Средний койко/день составлял 10-11 дней. Хроники не принимались». Однако, комиссией было установлено, что больные по 2-3 месяца находились на больничной койке. В больнице недостаточно было предметов ухода, как и хирургических инструментов (несмотря на то, что недавно было получено на 200 рублей), как и посуды (были только мелкие тарелки). Отмечено «недостаточное питание и однообразное. Ужина и вовсе нет, молоко выписывают только слабым, продукты закупает врач на субботних базарах один раз в неделю, из расчета 22 копейки на больного». Белья было достаточно, но «очень ветхое». Мебели достаточно, но требовалась ее покраска. Есть баня для медперсонала, для больных она не топилась, больные мылись в тазиках в отделении. «Не было телеги (украли), топора, кочерги. Ремонта больницы от строительства (1912 г.) вообще не было. Умывальник, колонка для ванны не функционировали и не ремонтировались». Необходим был ремонт «печей, покраска полов, застекление, слесарные работы, покраска тротуара». На момент работы комиссии большой хирургический корпус был пустой. Среднее количество больных в день за год 7-8 человек, отказы редки. Большинство пролеченных – это больные, требующие стационарного хирургического лечения. За май месяц прошло трое родов, а за 3 месяца – 6. Тогда как абортов было 9. «Уход за больными нашли хорошим. Истории болезни на больного не велись».

Амбулаторный прием. В среднем в день пропускалось 60-80 человек, из них было детей 15-20. Прием велся с 9 утра. Перевязочный кабинет имел посещений до 25 человек в день. Наиболее часто отмеченная патология при обращении: «инфлюэнция, свинка, конъюнктивиты (видимо трахома?), детские поносы, прошло 2 случая брюшного тифа».

«Штаты врачебного Большемуртинского участка были представлены на момент проверки 11 единицами: один врач, 2 – лекпома, одна – фельдшер – акушерка, 7 – технического персонала». На момент освидетельствования врачебного участка не занята была должность фельдшера и лекпома (по 1). Весь персонал работал в сутки 12 час, отпуск полагался 2-х недельный. В Большемуртинской больнице отсутствовала административно-хозяйственная служба. «Аптека от 80 до 100 рецептов ежегодно выполняла». Недостаточно было посуды, лекарственных веществ, «особенно касторки». Необходимо перевязочного материала получали лишь 50%. «Перебои хронические были с медикаментами в больнице».

Бюджет по Большемуртинскому врачебному участку в 1927 году, составил 9239 руб, на зарплату – 3975 руб., израсходовано было 2013 руб., из-за отсутствия врача, на продовольствие – 1170 (получено 310 руб. за счет недокомплектования коек). Фельдшерский пункт был лишь в с. Межевом, что находилось в 20 верстах от Большемуртинского врачебного участка. В начале года первые 35 мес. работал второй фельдшерский пункт – в с. Крутом (полагался 1). Бюджет фельдшерского пункта равнялся 1215 руб. Освоено за полгода было 60% (перерасход за счет зарплаты).

Большемуртинским врачебным участком и фельдшерским пунктом велась работа по оспопрививанию, что выполнялось на сдельной основе.

Выезды в деревни были очень редки, учет их вообще не велся. Ночное обслуживание сел в основном шло по месту расположения лечебного учреждения. Приезжие больные учитывались в специальной книге. Отмечено, что «наибольшее количество посещений больных наблюдалось в базарный – субботний день и праздничные – экстренные больны». За экспертизу периода произведена была одна аутопсия и один выезд по судебно – медицинской экспертизе. Для оказания медицинской помощи в городе Красноярск было отправлено с ведома окружздравоотдела – 10 больных и без такого – 1-2».

Больница, как свидетельствует акт, почти не участвовала в работе секции здравоохранения, санитарной, школьной комиссий, совета, избы читальни». Санпросвет работа велась «случайно, по просьбе избача». Плана по данной работе не имелось. «Литература совсем никакая не выписывалась..., имеющаяся в избе-читальне достаточно не использовалась. Красный уголок не работал. Профилактический день не проводился. Не велась работа по обследованию водоемов, учреждений, школ. Организованная комиссия «Охраны матмлада» не работала. Посещаемость организационной выставки охраны матмлада недостаточная, «занхарство процветало». Существовала абортная комиссия, состав ее: «врач, женорганизатор и представитель ККОВ». Данная комиссия давала разрешение на abrasio.

Комиссия подытожила состояние деятельности Большемуртинского врачебного участка следующим заключением: «Кроме амбулаторной работы никакой не ведется. Врачебный участок оторван от районного исполнительного комитета и населения. Недостаточно внимания уделяется бюджету, отсутствует плановая санпросветительская профилактическая работа. Нет учета, хромает трудовая дисциплина, чувствуется некоторая бесхозяйственность в работе амбулаторной и стационарной». Были внесены комиссией предложения: по связи врачебного участка с исполнительной ветвью власти; по выполнению бюджета, особенно в части по обмундированию и питанию; по представлению срочно сметы по ремонтным работам; по переводу амбулатории в другое помещение, по проработке вопроса об увеличении расходных сумм на питание боль-

ных и улучшения его качества; по проведению ремонта умывальника, ванн; по распределению и уточнению функциональных обязанностей, наведению дисциплины, по заготовке медикаментов через аптеку, по выписке литературы, по созданию планов работ санпросветительной, профилактической и другой, по налаживанию работы детских яслей, по прекращению работы абортной комиссии» [5].

Составленная смета на ремонт Большемуртинского врачебного участка на общую сумму 952 руб. позволяет предполагать, что она была выполнена. По смете полагалось провести ремонт крыши (на 2 ряда), а также окон, отхожих мест, дверей в перевязочной, мостиков. Окраска полагалась окон, дверей, полов, переборки в прачечной, заразном бараке и полов в анатомичке [6]. Как видим из отчета комиссии, плановая работа велась по амбулаторному приему, по оказанию экстренной хирургической помощи и родовспоможанию, но не сказано какая конкретная экстренная помощь проводилась.

Экономия значительная по зарплате, в связи с отсутствием врача, показывает, каков объем хирургической помощи мог быть в Большемуртинской больнице, если не было зачастую врача, следовательно, она вообще не оказывалась. Об этом же свидетельствует штатное расписание и те заботы о материальной базе, инструментарии и медикаментах, о которых мы узнаем из вышеупомянутого акта обследования этой больницы. Минимальный объем аптечных работ еще более тому свидетельство, что как таковой серьезной хирургической помощи в Большемуртинской больнице в 30-е годы не было.

Судя по всему выше изложенному, как таковой полостной хирургии в Большемуртинском врачебном участке и не могло быть. Терапевтическая и акушерская помощь оказывалась также на уровне первичного звена здравоохранения. Согласно книге приказов, в 1939 году было направлено пятеро врачей, однако к 1940 – трое уволились. Подобное состояние врачебной медицинской помощи было и в других районах. По всей губернии работа по многим разделам медицины планово не велась или в виде мероприятий как по туберкулезу – в виде проведения спорадических 3-х дневников. Так, в 1928 году окружздравоотдел разослав подписьные листы для сбора средств на «тубтрехдневник». Из Большемуртинской больницы врач дал следующий ответ в санпрофилактический подотдел окружздравоотдела (от 22/III 1929): «Вами были посланы подписьные листы не врачебному участку, а Большемуртинскому райздраву, от которого и прошу затребовать все документы и деньги, собранные им в туберкулезный трехдневник». Вот такова была ответственность, дисциплина и взаимодействие окружздравоотдела, Большемуртинского райздрава и врачебного участка.

На повторный запрос окружздрава, заведующий врачебным Большемуртинским участком Галнерд, который ответил 31 марта 1929: «В ведах Большемуртинского врачебного участка нет сведений о проведенном туберкулезном трехдневнике, а так же нет ни собранных сумм, ни подписных

листов» [11]. В результате дело было сорвано. Окружздравотдел перенес сбор средств на май, но уже с более глубокой конкретной разработкой мероприятий. В итоге районы Красноярского округа, куда входил и Большемуртинский врачебный участок, собрали 150 подписных листков и денег в сумме 677 руб. 99коп. К справке за годы I Мировой войны в России погибло 1700 000 чел, за это же время туберкулез унес жизней – 2500 000. В докладе звучало: «Поэтому необходимо вести борьбу с туберкулезом. Только общими усилиями мы победим врага, санврач Назарова». На таком уровне велась профилактическая работа с туберкулезом.

Такого же плана мероприятия были проведены в Большемуртинском, Пирровском и др. районах" по охране «матмлада». По распоряжению заведующего окружным здравотделом Матус, было проведено «делегатское собрание работниц и крестьян, разработана инструкция по работе комиссии по охране материнства и младенчества.

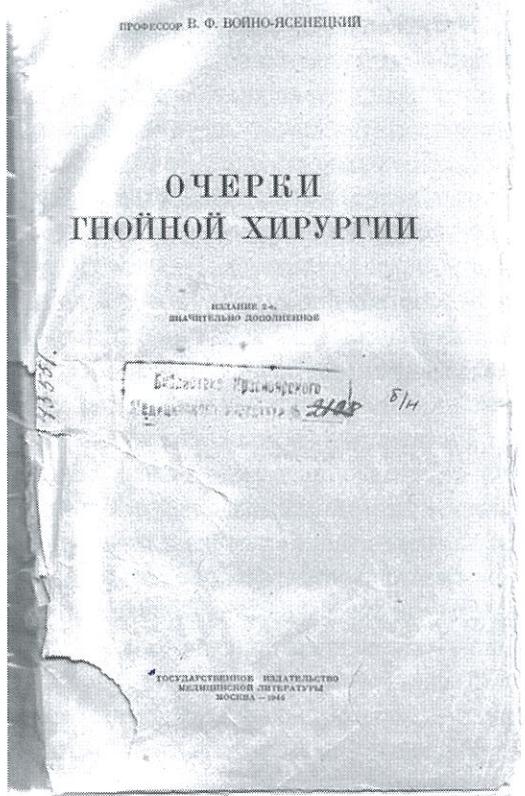
Организация медицинской помощи в 20 - 30-е годы лишь зарождалась. Этому свидетельство разосланные в 1929 году в райздравы края положения о лечебном учреждении, организациях здравоохранения, о их правовых функциях и обязанностях.

Возникает вопрос, какие были возможности медикаментозной терапии в конце 30-х лет? Согласно сохранившемуся счету-требованию на медпрепараты городской больницы №1 города Красноярска от 20 февраля 1926 года, мы узнаем об ассортименте лекарственных средств и о химиотерапии, которая могла быть применена в лечении ребенка с хроническим остеомиелитом – Наташи Жемчуговой и др. Заявка была проплачена на 60 наименований медпрепаратов. Вот их ассортимент: аспирин, адреналин, салициловая кислота, пирамидон, фенацетин, кодеин, резорцин, салон, салициловый натр., бромистый натрий, *natrii bicarbonici*, *natrii iodati*, *natrii sulfurici*, висмут, кофеин, экстракт белладонны, *Extrakt viburni*, *Extrakt secae cain and simpl*, *T-rae Menthae*, *T-rae Valeriana*, *T-rae Absintii*, *Kalii sulfatici bromati*, *Kalii iodati*, в том числе, не – и наркотические обезболивающие (морфин, *J-rae Opii*, эфир, хлороформ); а также наружные средства (*T-rae iodati*, *Sapa Viridans*, *Salipirin*, *Tanalbini*), камомель, вазелин белый и борный, *Ol. olevarum*, *Ol. Hiascianii*, резорцин, перекись водорода, серебро, борная кислота, формалин), а также перевязочный материал (марля суровая и мягкая, гипс, вата гигроскопическая и простая), спирт чистый и денатурированный [8]. Как видим, для лечения тяжелого заболевания – хронического остеомиелита в 30-40-е годы XX века нужного ассортимента лекарственных средств не существовало. Были перевязочный материал, спирт, перекись водорода, неспецифические противовоспалительные, наркотические препараты.

Таким образом, эти архивные документы позволяют увидеть примитивность организации, состояния медицинской помощи сельского врачебного участка, его кадровых, технических, хирургических и консервативных средств лечения. Конец двадцатых и конец тридцатых годов по

существу мало чем отличались по организации и качеству медицинской помощи от 1940-1941 года. В конце тридцатых в городах началось строительство больниц, роддомов. Кадровая проблема была очень острой для городов и особенно, для сельской местности. Хотя количество штатов было увеличено, но их недоукомплектованность была высока. Врачей мобилизовывали в 30-е годы на боевые действия в Манчжурию, позже в Испанию и Финляндию. О качестве медицинской помощи, профессионализме врачей в районах не приходилось говорить. Что мы ярко видим и по уровню оказанной хирургической помощи ребенку, Наташе Жемчуговой, как в период острого гнойного гонита, так и хронического остеомиелита большеберцовой кости левой нижней конечности. Районы укомплектовывались молодыми специалистами, выпускниками медицинских вузов страны согласно государственному распределению, но и их было мало. Врачебные должности замещались фельдшерами, которых спешно готовили лишь в продолжение двух лет. Больница не имела электричества, канализации. Отопление было печное, топили дровами. Отсутствовал рентгенаппарат, автоклав, «нередко кипятили инструменты в самоваре» [1]. Воду в больницу доставлял водовоз в бочках. На приемы стекались больные со всех соседних сел. Врачи в силу условий работы и необустроенностя быта не задерживались на селе, отработав три года, а то и менее, уезжали. Большая текучесть кадров, настрой временщика не способствовали созданию высокого уровня медицинской помощи населению. Беден был и ассортимент технических средств медицинской диагностики, лечения (масочный наркоз, который давал, как правило, средний работник, а контроль качества даваемого наркоза и состояния больного осуществлял оперирующий хирург).

В таких условиях В.Ф. Войно-Ясенецким была проведена сложная операция, как видим без должного анестезиологического пособия, инструментального, химиотерапевтического обеспечения. Валентин Феликович мог рассчитывать только на свои знания и опыт. Что же он имел? Главное, он имел совершенные знания топографической анатомии и оперативной хирургии, умение, золотые руки, скальпель, хирургические ложки, долото, молоток и хлороформ с настойкой йода. Вот весь его арсенал средств. Каковы были кадровые силы у него? Это ассистент, молодой специалист, хирург с полугодовым стажем - Александр Васильевич Барский, наркотизатор – врач жена Барского Клавдия Петровна с таким же стажем работы, операционная медсестра (вероятно, Елизавета Петровна Рюмкина (его ученица)) и санитарка Мария Евгеньевна Коваленко, а возможно, Татьяна Ивановна Стародубцева или Александра Павловна Левина. По тем временам это были оптимальные для Войно-Ясенецкого условия. Бывало в его жизни, он оперировал, удаляя катаракту один, в жилом доме на простой лавке, имея лишь прокипяченный глазной инструментарий, с которым он никогда не расставался и повсюду имел его при себе.



Сам В.Ф. Войно-Ясенецкий в автобиографии дает взгляд на свою практическую деятельность. Начал он свою хирургическую практику в Киевской глазной клинике, затем в военном госпитале г. Чиги. Так, вспоминая о военном госпитале, он указывает, что было развернуто два хирургических отделения. Одним заведовал "опытный одесский хирург", а другим "поставили его молодого врача, хотя было еще два хирурга, значимо старше его. Я сразу же развила большую хирургическую работу, оперируя раненых, и, не имея специальной подготовки по хирургии, стал сразу делать крупные ответственные операции на костях, на черепе. Результаты были вполне хороши, несчастий не было". В работе ему помогала книга французского хирурга Лежара "Неотложная хирургия", которую он "щательно проштудировал перед поездкой на Дальний Восток" [2].

Работая земским врачом в Ардатовской городской больнице он столкнулся "с большими трудностями и опасностями применения общего наркоза при плохих помощниках". И на этом этапе он сделал вывод, что необходимо "по возможности избегать его и как можно шире заменять местной анестезией". Перебравшись в Курскую губернию, в село Верхний Любаж Фатежского уезда, на 10 койках широко оперировал и скоро приобрел такую славу, что "больные к нему пошли со всех сторон и из других уездов Курской губернии и соседней, Орловской". В Верхнем Любаже он оперировал в больнице "с девяты до вечера, успевал разъезжать по большому участку, по ночам исследовать микроскопические препараты, делать рисунки и готовить для публикации материал".

В самых невероятных условиях он не уходил от решения проблем, а, наоборот, выполнял операцию и, как правило, с блестящим результатом. Так, им одним была выполнена при аспирации инородного тела в дыхательные пути первая трахеотомия перочинным ножом в школе «совершенно задыхающемуся ребенку». Он в неординарных условиях во спасении жизни ребенка использует вместо отсутствующей трахеотомической трубы гусиное перо, которое подготовила по его просьбе сторожиха – старуха. Спеленав ребенка, он положил его на колени и один, без помощников, имея немного ваты, сумел быстро выполнить операцию, «протекающую как нельзя лучше». Так он один провел операцию. В.Ф. Войно – Ясенецкий в Романовке, Саратовской губернии, делал самый широкий спектр операций, в том числе операции на глазах. В Ташкенте в годы революции городская больница работала подобно военному госпиталю. «Кто и зачем стрелял в городе – мы не знали, но раненых привозили в больницу», – пишет в «Очерках по истории медицины общественности в Ташкенте» профессор – антрополог Лев Васильевич Ошанин [3]. «В любой час ночи Войно – Ясенецкий немедленно одевался и шел на вызов. Иногда раненые поступали один за другим... Никогда не было на его лице выражения досады, недовольства из-за того, что его беспокоят по пустякам. Наоборот, чувствовалась полная готовность помочь [3].

Характеристика Войно-Ясенецкого, данная профессором Л.В. Ошаниным, полностью соглашается с воспоминаниями больной Н. А. Жемчуговой и начмеда госпиталя 15/15 г. Красноярска Н.А. Бранчевской. Лев Ошанин отмечает: « Я ни разу не видел его гневным, вспылившим или просто раздраженным. Он всегда говорил спокойно, негромко, неторопливо, глуховатым голосом, никогда его не повышая. Это не значит, что он был равнодушен – многое его возмущало, но он никогда не выходил из себя, а свое недовольство выражал тем же спокойным голосом». Медсестра М. Г. Нежанская, также работавшая с ним в Ташкенте, раскрывает его духовные принципы в жизни: «В делах, требовавших нравственного решения, Валентин Феликович вел себя так, будто вокруг никого не было. Он всегда стоял перед своей совестью один. И суд, которым он судил себя, был строже любого трибунала».

Будучи еще студентом третьего курса Киевского университета, Войно-Ясенецкий высказал свою позицию по случаю безнравственного поступка студента поляка, ударившего по щеке другого товарища еврея. Валентин Феликович в автобиографии пишет: «Я произнес страстную речь, обличавшую безобразный поступок студента поляка. Я говорил о высших нормах нравственности, о перенесении обид, вспомнил великого Сократа, спокойно относившегося к тому, что его сварливая жена вылила ему на голову горшок грязной воды». Это было его внутреннее кредо и принципы. Доказательство тому мученический путь всей его жизни, но не сломавшей его, а сделавшей его волевым, бесстрашным, сильным духом, более того он «полюбил страдания», так как они были во благо и во имя очищения души.

Войно – Ясенецкий как земский врач столкнулся в своей практической деятельности с двумя проблемами: болью и гнойной инфекцией. Он их поставил перед собой и решил. Валентин Феликович издал монографию для будущих поколений врачей: «Регионарная анестезия». Свой личный опыт по гнойной инфекции Валентин Феликович изложил в блестящей по глубине знаний, событийных наработок, ничего подобного в медицине не имеющегося в клиническом и научном плане до сей поры, книге «Очерки гнойной хирургии».

В предисловии первого издания книги «Очерки гнойной хирургии» Войно - Ясенецкий пишет, – «Труд сельского хирурга-самоучки – «чрезвычайно тяжелый путь, который мне пришлось пройти и который научил меня весьма многому, чем хотелось бы ему поделиться с молодыми товарищами, чтобы облегчить их задачи», так он определил цель к написанию своего труда, и он достиг желаемого [12]. Первая публикация в 1934 году «Очерков гнойной хирургии» вызвала всеобщий интерес, восторженный отзыв выдающегося хирурга двадцатого века И. И. Грекова и других ведущих ученых. Они все признавали, что монография Войно-Ясенецкого – действительно классический, фундаментальный труд, охватывающий практически все аспекты гнойной хирургии. В ней есть главы (XXXIII-XXXV), посвященные гному гониту и остеомиелитам.

Проблема остеомиелитов и сегодня остается актуальной из-за распространенности, роста числа случаев, недостаточной курабельности, значительной утраты трудоспособности и высокой летальности. Тем более столь высокая эффективность лечения хронического остеомиелита, у Н.А. Жемчуговой, рецидивирующего на протяжении 9 лет, восхищает.

В учебнике «Principles and practice of medicine» (Textbook for students and doctors) под редакцией Christopher R W Edwards (Эдинбург, 1999) указывается, что требуется для успешного лечения остеомиелита инфузия антибиотиков с учетом инфекционного начала конкретного больного в адекватной дозе. Секвестротомия с хирургическим осмотром и декомпрессией рекомендуется проводить, в случае если у больного нет быстрой реакции на антибиотики. По современным данным этим больным также необходима и иммунокоррекция.

Профессор Войно-Ясенецкий как по мановению палочки сказочной феи – одной операцией, удалением пораженных инфекцией тканей кости и мягких тканей – «чисткой» в местах затека, до здоровых тканей, излечил процесс у Наташи Жемчуговой. Его хирургический почерк узнаваем. Он удивляет и приводит к мысли о неземных способностях Валентина Феликовича. Не нужно в медицинском журнале говорить, какие метаболические, иммунные, нейротрофические и другие процессы свойственны хроническому остеомиелиту. Практика, опыт профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого еще раз убеждает, что достаточно освободить полностью организм больного остеомиелитом от инфекционного очага, омертвевших нежизнеспособных тканей, и организм человека способен восстановить свою реактивность, компенсаторно-адаптационные возможности и наступает самовыздоровление.

Современные технологии медицины умоляют значение саморегуляции и самоизлечения организма человека, как целостной системы и уповают больше на химиотерапию. Вероятно, хирурги недостаточно полно проводят удаление поврежденных тканей: костных и мягких во всех возможных затеках, что в настоящее время не позволяет столь успешно им лечить остеомиелит. Почек хирурга Войно-Ясенецкого – это знание всех возможных затеков, раскрытие и полная их ревизия. При этом без химиотерапии, иммунокоррекции, у него шло абсолютно контролируемое заживание первичным натяжением им оперируемых гнойных больных. Наташа Жемчугова тому яркий пример. Она была выписана с полным заживлением раны на 12 день после операции. Об этом сроке было уверенно заявлено ей Войно-Ясенецким еще до операции.

Материал, изложенный в монографии «Очерки гнойной хирургии», довольно сложный, но изложен ясно, четко, понятно и вместе с тем высоко профессионально. Особо ценным являются теоретические излагаемые основы, которые иллюстрируются разбором конкретных историй болезней, рисунками, схемами лечения.

Такого высочайшего ранга профессионал хирург прибыл на Большемуртинский врачебный участок. Земский многоопытный врач, ученый до абсолюта совершивший знания и навыки, находясь в экстремальных условиях, выполняя объем операций под стать крупной специализированной достойной клиники.

Разберем случай больной Н. А. Жемчуговой, у которой в результате травмы коленного сустава развился гнойный гонит: лихорадка после открытой травмы, выраженный локальный отек, а при вскрытии суставной полости получен гной, в последующем осложнившийся хроническим остеомиелитом. Сделаем это на примерах историй болезни описанных Войно-Ясенецким в монографии «Очерки гнойной хирургии».

Возникает вопрос по истории болезни Жемчуговой, – Что привело у нее к развитию хронического остеомиелита? Почему в острый период гнойного гонита, хирургическое лечение было безуспешным, не правильная хирургическая тактика лечения гонита, или особенности его течения? Войно - Ясенецкий пишет, что «уже первый (им наблюдался) случай аенофлегмоны подколенной ямки, показал, что это заболевание, которое считают часто банальным, может быть и весьма серьезным...» Дальнейший его хирургический опыт убедил его, что «флегмоны подколенной ямки могут быть чрезвычайно тяжелыми и опасными для жизни». Это обусловлено анатомическим ее строением, так как дает возможность образованию множественных затеков гноя на бедро и голень. «Гной стеснен в подколенной ямке, дно ее составляют planum popliteum бедра, задние связки коленного сустава, а ниже m. popliteus; с боков подколенный ромб ограничен мощными мышцами, (mm. semitendinosus, semimembranosus), biceps femoralis, латеральная и медиальная головки m. vastus lateralis, сзади выход гноя очень затрудняет плотная подколенная фасция, из этой тесноты гной находит выход в межмышечные промежутки бедра и голени. Самый верхний путь для него открыт на заднюю сторону бедра, вдоль седалищного нерва,

так как окружающая нерв клетчатка непосредственно продолжается в клетчатку подколенной ямки». И тут же Валентин Феликович приводит историю болезни, – «Такой затек с трехмесячной болезнью, где флегмана локализовалась под сгибающимися мышцами бедра, на поверхности m. adductor magnus закончилась смертью у Джона Н. Где были обнаружены тяжело измененные гнойным миозитом мышцы, болтающиеся в виде тяжей в гнойной полости, а седалищный нерв, клетчатка межмышечная омертвела», ее пришло Владыке Луке «удалить большими ключьями» [2].

Этого не случилось у Натальи Жемчуговой. «Какой же путь, был затека произошел у нашей больной?»

«Другой путь находит гной через canalis cruciopopliteus для затеков на бедро при данной флегмоне». Разбирая конкретного больного – семилетнюю девочку Т, он писал – «нога согнута, увеличена при этом нижняя треть бедра в объеме; здесь же определялась флюктуация в подколенной ямке, прощупывался небольшой инфильтрат». Поражает немногословие и емкость им описываемой клиники болезни. В нашем случае у Н.А. Жемчуговой после травмы был обнаружен отек – колено, как шар, согнута нога в колене. Однако увеличения бедра, как свидетельствует она, не было.

Владыка Лука в одной из приводимых им историй болезни в монографии указывает, что «при разрезе, у девочки им наблюдалась, на медиальной стороне нижней трети бедра вытекает много гноя. Пальцем при ревизии проникает вверх, вдоль бедренной артерии до границы средней трети бедра. При данном затеке флегмана локализуется очень глубоко, у самой суставной капсулы и оттуда дает затекание еще гноя к наруже, под сухожилие m. biceps femoris и дальше, под кожу нижней трети бедра, над коленным суставом. С подобным затеком, им был выполнен второй разрез довольно большой длины, как и первый» [2].

Хирургический почерк Войно – Ясенецкого – это длинные разрезы и при этом во всех местах возможных затеков. Как объясняет, «их он выполняет, для того чтобы обойтись без дренажа, в расчете на хороший сток гноя через зияющий разрез». Гнойная полость, заметил он, в приведенном клиническом наблюдении, «удивительно быстро очистилась и закрылась, и на 11 день девочка после операции была выписана». В последнем случае Владыка Лука засвидетельствовал еще третий возможный затек гноя из подколенной ямки, из под сухожилия m. biceps femoris на наружную сторону сустава и нижней трети бедра. Валентин Феликович пишет, что «это, несомненно, типичный затек, и мы наблюдаем его неоднократно».

Видимо не зная, что затек гноя, из аенофлегмоны подколенной или посттравматического гнойного гонита может проникать в бедро или голень, врач Большемуртинской больницы трехлетней девочке Н. Жемчуговой произвел столь непонятный разрез – поперечный в верхней трети области коленного сустава. Не обладая знаниями топографической анатомии, столь нелепый хирургический прием был выполнен в острый период. Хорошо известно, что гной проще будет стекать вниз. Нужно заметить, подобных руководств по гнойной хирургии,

кроме вышедшей в 1934 г. книги В.Ф. Войно-Ясенецкого, у врачей в начале XX века не было, соответственно в вузах данных знаний не давали, а если и давали, то в единицах, где были приверженцы В.Ф. Войно-Ясенецкого. Его книга сразу стала раритетом. Поражает упорство труда Войно-Ясенецкого, Богом данное не ординарное, разумение, пытливость, не прекращающийся постоянный поиск истины. Даже в период тюремного заключения В.Ф. Войно-Ясенецкий добивается разрешения работать в кабинете начальника тюрьмы по вечерам, а будучи в ссылке Большемуртинской – выехать в Томский университет для работы с книгой в библиотеке. Знания и опыт позволяли Войно-Ясенецкому блестяще справляться в большинстве случаев гнойных процессов, в том числе и крупных суставов, там, где другим не удавалось справиться. К сожалению, книга «Очерки гнойной хирургии» и в настоящее время редко востребована в библиотеках.

Продолжим разбор приведенного нами наблюдения. «С такой же легкостью, как на бедре, образуются затеки и в межмышечные промежутки голени...», так как дно подколенной ямки в нижней части составляет m. popliteus, в этой мышце гной может легко стекать на гладкую заднюю поверхность m. solei, полость которой составляет непосредственное продолжение плоскости m. popliteus, и в результате развиваются флегмоны между глубокой (m. soleus) и поверхностной (m. gastrocnemius) головками m. triceps surae». Это четвертый затек описанный Валентином Феликовичем.

«M. soleus начинается от linea poplitea tibiae и от медиальной края ее. От capitulum fibulae и от верхней трети ее латерального ребра, также от сухожильной дуги, натянутой между началом на tibia и началом на fibula arcus tendineus m. solei (В.Ф. Войно-Ясенецкий называет дугу – «настоящими воротами смерти» при гноеном воспалении сустава). Под эту сухожильную дугу уходит задняя большеберцевая артерия с одноименными венами и нервом, которая тот час прободает глубокую фасцию голени и уходит в глубокое фасциальное пространство, в котором расположены три задние мышцы: mm. flexor digitorum longus, tibialis posterior и flexor hallucis longus». Гной затекает под эту дугу, констатирует Войно-Ясенецкий, способствуя чаще всего образованию флегмоны в глубоком фасциальном ложе голени, под fascia cruralis profunda «этот пятый затек может распространяться даже на подошву» [2].

«В более редких случаях гной не проникает в глубокую фасцию, а разливается на ее поверхности, между ней и m. soleus. Это шестой затек» [2].

«Седьмой затек образуется по ходу передней большеберцовой артерии от места вступления задней большеберцовой артерии в глубокое фасциальное ложе, где она отдает две ветви – переднюю большеберцовую артерию и малоберцовую». «Arteria tibialis anterior тотчас уходит через отверстие в membrana interossea на переднюю сторону голени и ложится в промежутки между m. tibialis anterior и m. extensor digitorum longus». Именно в этом месте и образуется седьмой затек, который имел быть у Жемчуговой.

«Восьмой затек довольно редкий», когда он образуется под фасцией голени, что является продолжением подколенной фасции. Такой затек может принять вид обширной подфасциальной флегмоны голени, которую можно принять за первичную, а не за затек», замечает Валентин Феликович [2].

Флегомона подколенной ямки, как правило, является аенофлегмоной, поэтому Владыка Лука, в этой же главе рассматривает топографию лимфатических сосудов, желез коленного сустава и нижней конечности. Вторым после аенофлегмона источником флегмона подколенной ямки, он свидетельствует, «служит гнойное воспаление коленного сустава, при котором образуется все те же гнойные затеки из подколенной ямки». Он замечает в главе XXXIV «Гнойное воспаление коленного сустава», что лечение гонита для сельского врача одна из важнейших глав хирургии. «Но не чуждающиеся хирурги и практические врачи лишь редко лечат его правильно».

Войно-Ясенецкий пишет: «весьма важное значение должны мы сделать, разбирая собственные ошибки в ведение больных с острым гнойным гонитом и из анатомических фактов: задняя часть сустава при гнойном воспалении сустава коленного бывает или вполне, или в значительной мере изолированной от передней и потому может быть местом застоя гноя». Этим он объясняет частые неудачи хирургов, т.к. «они вскрывают переднебоковыми разрезами только передний отдел сустава». Гной не застаивается в recessus posterior lateralis et medialis или в одном из них и суставного хряща постоянно омываемые здесь гноем, узурируются и разрушаются, а потом гнойное воспаление переходит на кость и костный мозг». Отсюда гной может проникать в околосуставные слизистые сумки. «Очень важно раннее вскрытие и дренирование recessus posterior lateralis и medialis, и при том каждого в отдельности. Они почти полностью изолированы друг от друга и от переднего отдела сустава» [2].

Именно эта ошибка была допущена в хирургическом лечении Н. А. Жемчуговой в острый период при первичной ее госпитализации. Войно-Ясенецкий еще раз заостряет внимание на вскрытии при гнойном гоните заднего отдела сустава, при этом «должен быть вскрыт не вторично, а первично, как можно раньше, и при том не одним задним, а двумя боковыми разрезами». И объясняет, что «это очень важно из-за опасности изъязвления суставных стенок и неврита при выполнении заднего разреза». Подробно Владыка Лука в данной главе объясняет техническое выполнение боковых разрезов с учетом топографических особенностей данной области.

«Из большого числа слизистых сумок коленного сустава три имеют патологическое значение», по авторскому определению – это bursa m. semimembranosi, bursa capititis medialis, m. gastrochemii, bursa m. poplitei. Первые две, нередко сливающиеся в одну, сообщаются с recessus

posterior medialis, а последняя с recessus posterior lateralis. «Попадание в них гноя, разрушение стенок данных сумок и определяет направление затеков».

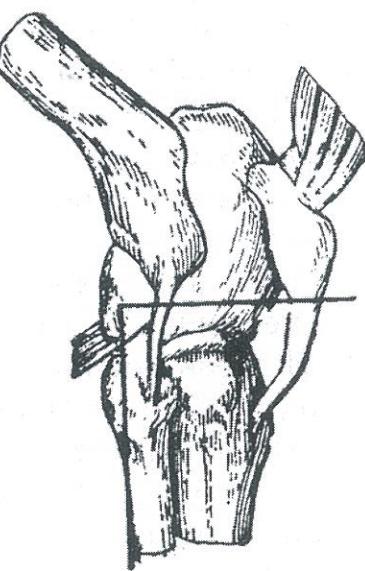


Фото 12. Ориентирные линии для определения места разреза с целью вскрытия задненаружного заворота коленного сустава (цит.–рис. 131 и его название из книги «Очерки гнойной хирургии» В.Ф. Войно-Ясенецкого. – Спб., 2000, с. 531).

«Гной попадающий в canalis popliteus, может избрать путь на переднюю сторону голени, по ходу артерии tibialis anterior и одноименных вен, заостряет внимание Валентин Феликович на том, что артрит у детей всегда бывает остеогенным». Это и произошло у Натальи Александровны Жемчуговой. Следовательно, причиной развития при остром гоните осложнения – хронического остеомиелита, явилась неправильная хирургическая тактика врача Большемуртинской больницы. Возникает вопрос, почему хирургическое лечение хронического остеомиела большеберцовой кости, проведенное в восьмилетнем возрасте Жемчуговой в окружной больнице г. Красноярска, было тоже безуспешным? Видимо, потому, что не было проведено полное удаление пораженных участков кости и мягких тканей. Поверхностные, два чуть ли не точечных разреза, опять же в верхней трети голени для чего? Это нельзя понять, т.к. в те далекие годы уже было постулатом медицины полная чистка гноевого очага остеомиела до здоровых тканей. Практика врача формально относящегося к своему долгу и знаниям не дали желаемого большой выздоровления. Вот почему Войно-Ясенецкий, осмотрев больную заявил: «Вот коновалы, девочка, коновалы тебя лечили». Даже у меня – терапевта проведенный осмотр Н.А. Жемчуговой ее рубцов, их места расположения, и размеров вызвал и одновременно восхищение и недоумение. Восхище-

ние его результатом хирургического лечения Натальи Александровны. Недоумение – по поводу операций выполненных до вмешательства Войно-Ясенецкого. Профессор, честно не щадя «чести мундира», дал оценку делам врачей, ранее ее лечивших. Затем молодым врачам, стоявшим рядом, он указал, где должен был быть разрез для дренирования задней сумки коленного сустава. В результате неправильной хирургической тактики, проводимой у ребенка, на протяжении 9 лет хронический остеомиелит большеберцовой кости слева продолжал рецидивировать, мог осложниться флегмой, сепсисом, амилоидозом.

На счастье Наташи, ее в 12 лет прооперировали и излечили Владыка Лука, д.м.н., профессор, опытный практик хирург, знающий в совершенстве ее проблему. Основоположник гнойной хирургии – Валентин Феликович оставил на ее левой нижней конечности тоже след своего действия – длинный широкий рубец – свидетельство, полной ревизии и создания условий для оптимального заживления операционной раны.

Сегодня могут выполнить артроскопию, провести артросорбцию, ввести внутрисуставно антибиотики широкого спектра действия и использовать другие современные технологии. При необходимости их повторить. При недостаточной эффективности можно прибегнуть к хирургическому лечению. Всего этого у профессора Войно-Ясенецкого не было. Однако он достиг излечения ребенка, проведя только хирургическое лечение, без применения всего выше указанного, в условиях пятнадцати-коечной больнички и без современной химиотерапии и др.

Статья посвящена 130-летию Святителя Луки, В.Ф. Войно-Ясенецкому, имя которого дано нашей Красноярской государственной медицинской академии. Это высокая честь, но и высокая планка ответственности, требовательности каждого из нас к себе, в ней работающего и обучающегося.

Статья также посвящена памяти Натальи Александровны Жемчуговой, ушедшей из жизни 5 сентября 2007 года. Она прожила полную, счастливую жизнь. Была прекрасным специалистом – стенографистом Института физики, проработавшей референтом академика Л.В. Киренского, матерью двоих детей и любимой женой. После операции Наталья Александровна прожила 67 лет. Она выходец из большой, дружной, крестьянской семьи. Родилась в с. Еловка Большемуртинского района. Отец был защитником Отечества, участником I Мировой, а также Великой Отечественной войны, служил в разведке в звании младшего лейтенанта. Братья, один – летчик, командир корабля, другой – агроном. Сестры работали в сельском хозяйстве. Муж работал в разведке. Первое время, до 1953г. Наталья Александровна работала стенографисткой в органах безопасности, где и встретилась со своим будущим супругом.

Хочется сказать, что есть книги, как родники живой воды, постоянно питающими знаниями истины, к которым относится монография «Очерки гнойной хирургии»; теперь при старании ее можно приобрести. Она непременно станет вашей настольной книгой. «Стучите и откроется, просите и дадено будет» [14].

Выражают благодарность главному врачу Большемуртинской больницы В.И. Рязанцеву, оказавшему помощь в изучении материалов, связанных с именем В.Ф. Войно – Ясенецкого.

ABOUT SAINT LUCA, DOCTOR OF MEDICAL SCIENCE, PROFESSOR V.F. VOJNO-YASENETSKIJ

Krasnoyarsk state medical academy named in honour of
V.F. Vojno-Yasenetskij

The article concerns activity of surgeon V.F. Vojno-Yasenetskij in the hospital of Bolshaja Murta.

Литература

- Белохвостикова Т.С. Закономерности нарушения деятельности иммунной системы у больных с хроническими формами раневой инфекции и методы их коррекции. – Красноярск, 2005. – 43 с.
- Войно-Ясенецкий В.Ф. (Архиепископ Лука). Очерки гнойной хирургии, V издание. – СПб: Невский Диалект. – М. изд. БИНОМ. – Симферополь: AZ-Press, 2000. – С. 498-548.
- Войно-Ясенецкий В.Ф. Я полюбил страдание. – М., 2006. – 189 с.
- ККГА:Ф 49, оп 1, д 196, л. 170-176.
- ККГА:Фр 319, оп 1, д 341, , л. 19-35.
- ККГА:Фр 319, оп 1, д 194, л. 8.
- ККГА:Фр 319, оп 1, д 426, л. 26-27.
- ККГА:Фр 319, оп 1, д 190, л. 209-212.
- Маращук В. Святитель-хирург. Житие архиепископа Луки (Войно-Ясенецкого). – М.: Даниловский благовестник, 2006. – 414 с.
- Поповский М. Жизнь и житие Святителя Луки Войно-Ясенецкого архиепископа и хирурга. – СПб: Сатись держава, 2002. – 509 с.
- Сибирская советская энциклопедия / Под общ. ред. М.К. Азадовского. – ЗОАП. Сиб. отд.: ОГИЗ, 1931. – С. 397-398.
- Сизых Т.П. О двух воинах, защищавших Отечество: д.м.н., профессоре Валентине Феликовиче Войно-Ясенецком и начмеде эвакогоспитала 15/15 Надежде Алексеевне Бранчевской // Сиб. мед. журн. – 2005. – № 3. – С. 98-106.
- Сизых Т.П. Воспоминания начмеда госпиталя 15/15 г. Красноярска Н.А. Бранчевской о В.Ф. Войно-Ясенецком (к 130 летию) // Сиб. мед. обозрение. – 2007. – № 1. – С. 63-72.
- Святое Евангелие от Матфея, Марка, Луки и Иоанна. – СПб.: Синодальная типография, 1894. – 281 с.



Сибирское медицинское обозрение

Октябрь-декабрь 2007

4 (45)



Недавно Красноярской государственной медицинской академии оказана великая честь - носить имя одного из выдающихся отечественных хирургов и мыслителей, ученого, архиепископа и богослова, доктора медицинских наук, профессора Валентина Феликовича Войно-Ясенецкого. Который, отбывая ссылку в Красноярском крае, и будучи действующим хирургом и главным консультантом эвакогоспиталей, внес существенный вклад в становление нашего вуза.

Но присвоить академии имя великого человека полдела.

Теперь перед педагогическим коллективом вуза стоит нелегкая задача воспитать у будущих специалистов хотя бы малую долику той силы, мужества и духа, которые были присущи Валентину Феликовичу Войно-Ясенецкому на протяжении всей его жизни. И в годы его ссылок, и в годы гонений, и в годы подвигнического труда во время Великой Отечественной войны.

Но первый шаг сделан. И теперь каждый выпускник КрасГМА может с гордостью сказать, что он закончил вуз, в котором когда-то трудился и этот великий человек.



Фото 1. В.Ф. Войно-Ясенецкий - земский врач (1910).

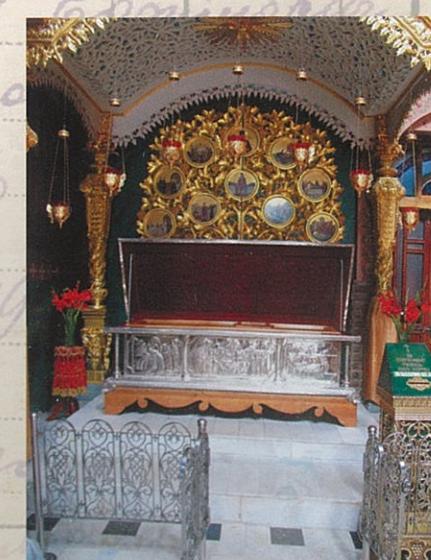
Фото 2. Супруга В.Ф. Войно-Ясенецкого с первенцем сыном Михаилом.

Фото 3. В.Ф. Войно-Ясенецкий д.м.н., профессор, Лауреат Сталинской премии I степени, архиепископ.

Фото 4. Переславль-Залесская земская больница, в которой Валентин Феликович шесть лет работал земским врачом (1910-1916 годы).

Фото 5. Свято-Троицкий кафедральный собор (г. Симферополь), в котором с 1946 по 1961 годы Владыко Лука проводил богослужения.

Фото 6. Рака с мощами Святителя Луки.



Учредитель:

Красноярская государственная медицинская академия им. В. Ф. Войно-Ясенецкого (КрасГМА)
Научно-исследовательский Институт медицинских проблем Севера

Главный редактор
И.П. Артюхов

ЛАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
КрасГМА
ИНВ.№

Зам. главного редактора
В.И. Прохоренков
Т.П. Сизых

Первый номер журнала «Сибирское медицинское обозрение» вышел в свет в 1918 году. Это был один из печатных органов Общества врачей Енисейской губернии и первый в Сибири. У истоков создания которого стояли известные деятели в области клинической медицины, общественного здоровья и здравоохранения В.М. Крутовский, П.И. Можаров, Р.К. Пикок, П.Н. Коновалов и др. Журнал возрожден в 2001 году по решению Ученого совета КрасГМА, включает в себя научные обзоры, оригинальные исследования, лекции, вузовскую педагогику, антропологию, этическую медицину, экономику и менеджмент здравоохранения, вопросы практического здравоохранения и другое.

Журнал зарегистрирован Министерством РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций ПИ № 77-12037 от 11 марта 2002 г.

Адрес редакции:
660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1
Тел. (3912) 20-11-73, факс (3912) 23-78-35
E-mail: rector@krsk.info, kate@krsk.info,
sizych_krasgma@mail.ru

Подписные индексы каталогов по Российской Федерации:
Пресса России — 41043; Почта России — 60677

Редакционная коллегия:

Ю.С. Винник
С.В. Клеменков
Л.А. Михайлова
В.Т. Манчук
И.П. Назаров
О.М. Новиков
М.М. Петрова
А.Б. Салмина
П.А. Самотесов
Л.А. Шевырногова
В.А. Шульман

Редакционный совет:

Л.А. Бурнакова (Абакан)
В.А. Васин (Пятигорск)
А.В. Ефремов (Новосибирск)
Э.В. Каспаров (Красноярск)
А.Д. Куимов (Новосибирск)
Е.Ф. Левицкий (Томск)
А.А. Модестов (Москва)
В.А. Марков (Томск)
Л.А. Матвеева (Томск)
А.И. Новиков (Омск)
В.П. Ползотков (Москва)

рытов (Красноярск)
(Москва)
в (Москва)
в (Москва)
ленко (Иркутск)