

К ОБЛОЖКЕ ЖУРНАЛА

© С.К. ОЩЕПКОВ, 2012

**ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВОЕННО-ПОЛЕВЫХ РАНЕНИЙ ЧЕРЕПА
ВО ВРЕМЯ РУССКО-ЯПОНСКОЙ ВОЙНЫ***С.К. Ощепков*

Московский государственный медико-стоматологический университет

За рекой Ляохэ угасали огни.
Там Инкоу в ночи догорало.
Из набега назад
Возвратился отряд,
Только в нем казаков было мало.

*Текст песни «За рекой Ляохэ», 1905 г.
(слова народные)*

26 января 1904 г. в 23 часа 35 минут без официального объявления войны 8 японских миноносцев под руководством вице-адмирала Того провели торпедную атаку кораблей русского флота, стоявших на внешнем рейде Порт-Артура. В результате атаки на несколько месяцев были выведены из строя два лучших русских броненосца («Цесаревич» и «Ретвизан») и бронепалубный крейсер «Паллада».

В этот же день эскадра контр-адмирала Уриу в составе 6 крейсеров и 8 миноносцев вынудила к бою находившиеся в корейском порту Чемульпо российский бронепалубный крейсер «Варяг» и канонерку «Кореец».

Этот морской бой, пожалуй, стал самым знаменитым в истории российского флота, примером самоотверженности и патриотизма русских моряков и офицеров. Через 55 минут после его начала снаряды японской артиллерии серьезно повредили «Варяг» и вывели из строя около половины его орудий. К концу боя погибло 22 члена экипажа, 108 получили ранения, из них 11 впоследствии умерли (рис. 1).

Пробоины ниже ватерлинии и сильный крен «Варяга» на левый борт сделали продолжение боя не-

возможным, и крейсер повернул обратно в порт под прикрытием вступившей в бой канонерки «Кореец».

Заметного урона японцам русские моряки не нанесли, однако и свои корабли не отдали — по приказу капитана 1-го ранга Всеволода Руднева канонерская лодка «Кореец» была взорвана, а крейсер «Варяг» затоплен. До последнего момента флаги Российского флота на кораблях были подняты (рис. 2).

Дальнейшая хронология событий Русско-японской войны представляет собой череду последовательных поражений и неудач российской армии — осада японской эскадрой Порт-Артура, поражение сухопутной армии в генеральской битве при Мукдене, полный разгром русской эскадры в Цусимском сражении.

Прологом к поражению России в Русско-японской войне, по мнению многих историков, стала гибель адмирала Степана Осиповича Макарова 31 марта 1904 г. Макаров погиб на головном броненосце «Петропавловск», который после выхода в море подорвался в двух милях от Порт-Артура на mine. Вместе с ним погибло 650 человек, в том числе его друг, знаменитый художник-баталист Василий Васильевич Верещагин (рис. 3).

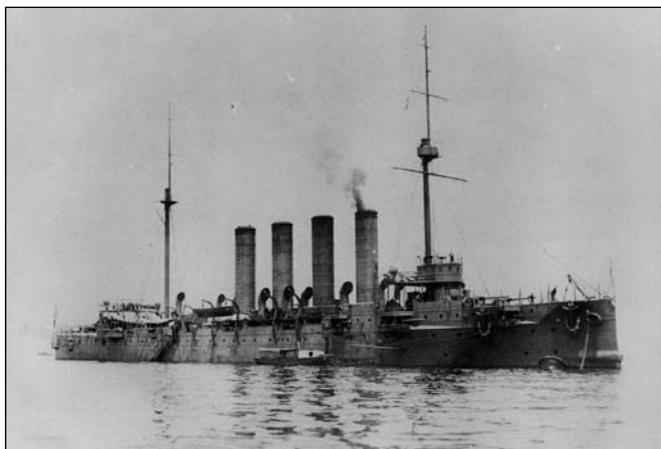


Рис. 1. Крейсер «Варяг» сразу после боя (фото 1904 г.).
Fig. 1. Cruiser «Varyag» just after the battle (foto of 1904 y.).



Рис. 2. Подрыв канонерской лодки «Кореец» (фото 1904 г.).
Fig. 2. Blowing up of gunboat «Korean» (foto of 1904 y.).

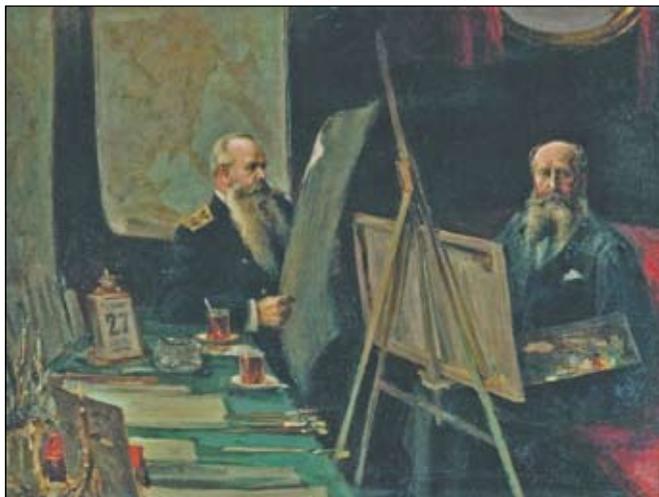


Рис. 3. «Вице-адмирал С.О. Макаров и художник-баталист В.В. Верещагин в каюте броненосца «Петропавловск» в 1904 году» (художник Столица Е.И.).

Fig. 3. «Vice-admiral S.O. makarov and military painter V.V. Vereshagin in the cabin of battleship «Petropavlovsk» in 1904 year» (painter Stolitz E.I.).

Русско-японская война не принесла России ни одной победы и породила революцию 1905 года — о ней говорили как о «роковой» и «несчастной». С этого времени принято отсчитывать конец династии Романовых и закат императорской России.

Организация военно-медицинской службы, как и организация военной кампании, во время войны была далека от идеальной. В соответствии с изданным в феврале 1904 г. указом «Положение об управлении санитарной частью армии» общее руководство деятельностью медицинской службы армии возлагалось на начальника (не врача) санитарной части армии. Ему были подчинены вместе со своими управлениями полевой военно-медицинский инспектор (врач), полевой инспектор госпиталей (не врач) и старший уполномоченный Российского общества Красного Креста.

Такая система подчинений приводила к тому, что приказы военно-медицинским службам отдавались человеком, недостаточно компетентным в этом вопросе. Это вносило сумятицу в организацию помощи и эвакуации пострадавших.

Российское общество Красного Креста на театре военных действий имело 28 719 коек в 143 учреждениях, в которых была оказана помощь почти 600 тыс. раненым и больным. Персонал Общества Красного Креста на Дальнем Востоке составлял 4190 человек. В войне принимали участие сестры милосердия различных общин, в частности Свято-Троицкой и Касперовской (рис. 4).

Несмотря на достаточную комплектацию русской армии средним медицинским персоналом, врачей не хватало. Для доукомплектования медицинских формирований проводились ускоренные выпуски врачей из медицинских университетов. Разрешалось использование на врачебных должностях студентов 5-х курсов, а в качестве фельдшеров и санитаров — 4—3-х курсов. Было разрешено принимать на службу врачей с дипломами иностранных университетов при наличии



Рис. 4. Сестры милосердия Свято-Троицкой общины.
Fig. 4. Sisters of Charity from Holy-Troitsk community.

врачебного стажа не менее двух лет. На фронт отправились все врачи, прикомандированные к академии для научного усовершенствования. Среди них были профессора Р.Р. Вреден и Е.В. Павлов.

К концу Русско-японской войны в составе армии насчитывалось 3107 врачей (до штата не доставало 361 врача). Один врач приходился на 361 человека личного состава войск. За время этой войны на сопках Маньчжурии сложили свои головы 25 врачей, 32 фельдшера и один студент Военно-медицинской академии [1].

Война 1904—1905 гг. дала мощный толчок в развитии нейротравматологии. Усовершенствование огнестрельного оружия и развитие артиллерии послужило причиной увеличения числа пулевых и осколочных ранений головы. По данным В.А. Оппея, пулевые ранения головы составили 73%, осколочные — 23% от всех случаев боевых ранений в голову [3]. Эти данные соотносятся с данными, полученными О.М. Хольбеком — количество раненых в голову составляло 4,9%. Из них 70,1% составляли ранения оболочечными пулями, 27,6% — артиллерийскими снарядами и 1,4% — холодным оружием (штык, сабля) (рис. 5).

О.М. Хольбек принимал непосредственное участие в Русско-японской войне. Он был одним из первых русских хирургов, рекомендовавших придерживаться более активной хирургической тактики при лечении больных с огнестрельными черепно-мозговыми ранениями [2].

О.М. Хольбек обработал материалы истории болезни пяти лазаретов — Евангелического, Крестовоздвиженского, Иверского, Кауфманского и лазарета Императрицы Марии Федоровны. Из полученных данных следовало, что наиболее высокая концентрация пострадавших с повреждениями черепа наблюдалась в лазаретах, находившихся вблизи от позиций (лазареты Крестовоздвиженский, Евангелический, Императрицы Марии Федоровны). В оставшихся двух лазаретах — Иверский

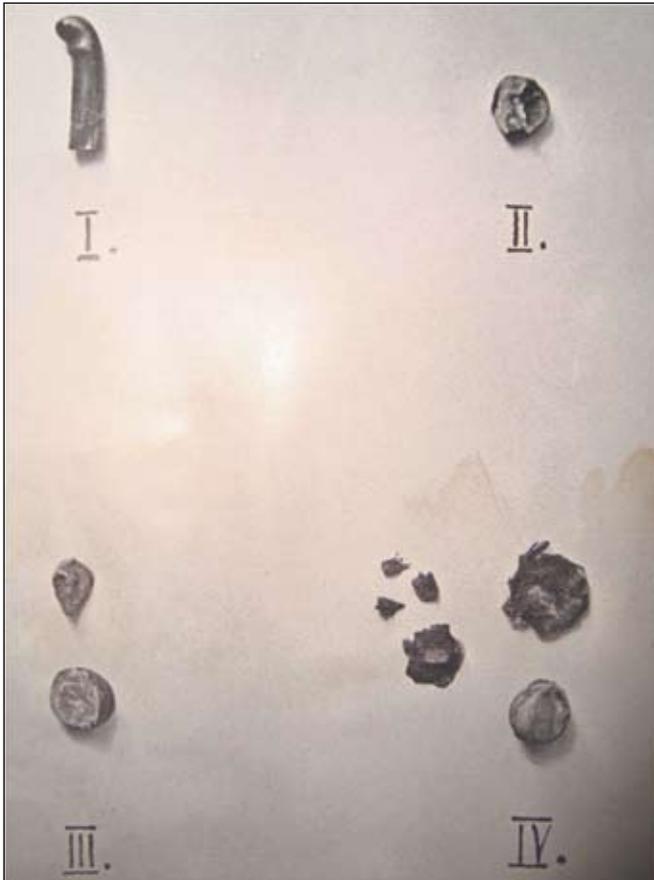


Рис. 5. I — деформированная оболочечная пуля, застрявшая в мозге; II — половина шрапнельной пули, застрявшая в мягких покровах черепа (другая половина проникла в полость черепа); III — расколовшаяся шрапнельная пуля (обе части проникли в полость черепа); IV — шрапнельная пуля, слегка деформированная с куском материи фуражки, вбитых в полость черепа (Хольбек О.М. О военно-полевых ранениях черепа. — Юрьев, «Типография К. Маттисена», 1911).

Fig. 5. I — deformed encased bullet stuck into brain; II — one half of shrapnel bullet, stuck into soft tissue of skull (another one entered into cranial cavity); III — shrapnel bullet broken into pieces (both parts entered into cranial cavity); IV — slightly deformed shrapnel bullet with piece of forage cap material, both stuck into cranial cavity (Kholbeck O.M. About war skull wounds. — Yuriyev, «Printing office of K. Mattisen», 1911 — book in Russian).

(г. Харбин) и Кауфманский (г. Иркутск) — концентрация пострадавших с ранениями черепа была в два раза меньше. Такое распределение больших было связано с тем, что тяжесть ранений головы препятствовала дальнейшей транспортировке раненых [4].

На основании этого О.М. Хольбек выдвинул положение о необходимости концентрации и оперативного лечения раненых в тыловых госпиталях. В них раненым должны были проводить первичную хирургическую обработку огнестрельных ранений головы, после чего пострадавшие пребывали там до стабилизации состояния. При улучшении состояния выполняли их последующую эвакуацию.

Это была одна из первых попыток создания специализированной нейрохирургической помощи в военное время (рис. 6, 7).

До этого считалось, что первичная трепанация черепа, как и первичная лапаротомия, является слишком сложным хирургическим вмешательством, чтобы выполнять его на месте военных действий, где трудно было соблюдать асептику [5] (рис. 8).

Главным итогом практической и научно-исследовательской деятельности О.М. Хольбека явилось утверждение новых, более активных хирургических принципов в лечении огнестрельных ранений головы. Впервые было отмечено, что проведение первичной хирургической обработки огнестрельных ранений головы в наиболее ранние сроки достоверно снижает количество гнойно-воспалительных осложнений и число летальных исходов.

По данным О.М. Хольбека, во время этой военной кампании до 70% раненных в голову умирали на поле боя и только 30% попадали в госпитали. Процент смертности от огнестрельных поврежденных черепа составлял 22,5%. От присоединившейся инфекции умирали 65,3% пострадавших. По его собственным наблюдениям, из 98 умерших 64 человека умерли от инфекции. Истечение cerebrospinalной жидкости при огнестрельных ранениях головы Хольбек считал плохим прогностическим признаком. Из 11 наблюдаемых им пострадавших с раневой ликвореей выжили только двое [4].

Проблема лечения инфекционных осложнений была связана не столько с отсутствием антибактериальной терапии, сколько с плохим сани-



Рис. 6. «Транспорт раненых на мулах».
Fig. 6. Transport of wounded soldiers on mules.



Рис. 7. Харбин. Переноска раненых из поезда в госпитали.
Fig. 7. Harbin. Carrying out of wounded soldiers from train into hospitals.



Рис. 8. Дезинфекционная камера подвижного отряда имени С.П. Боткина.
Fig. 8. Disinfection chamber of mobile column named after S.P. Botkin.

тарным состоянием наших войск. В отличие от гладко выбритых японских солдат чистота голов наших солдат оставляла желать лучшего. Кроме того, в некоторых военных частях, как например у казаков, существовал обычай носить длинные волосы. Во время зимних походов на грязной голове наших солдат находилась еще более грязная папаха. В глубине длинного меха папахи накапливалась грязь, кроме того, упругий мех мог легко попасть вглубь раны вместе с пулей или осколками снаряда. Еще один недостаток папахи — она делала голову воина более заметной для неприятеля, таким образом, опасность повреждения головы возрастала. Хотя папаха и могла придавать грозный вид своему носителю, могла служить для устрашения неприятеля (рис. 9).

О.М. Хольбек настаивал, что вместо выполнения первичных операций только пострадавшим с наличием абсолютных существовавших на то время показаний — кровотечение из внутричерепных сосудов, повреждение или сдавление моторной зоны коры головного мозга с развитием генерализованных судорог, наличие видимой в ране или прощупывающейся под кожей пули — необходимо выполнять первичную хирургическую обработку всем раненым с огнестрельными ранениями головы.

Он утверждал, что у пострадавших, оперированных первично, вероятность регресса неврологической симптоматики была намного больше, чем у оперированных в отсроченном порядке. По его мнению, первичная хирургическая обработка ран уменьшала в последующем вероятность их нагноения и образования внутричерепных абсцессов. В связи с этим количество вторичных операций по поводу инфекционных осложнений у больных, оперированных первично, значительно сокращалось [4].

В 1911 г. О.М. Хольбек издал руководство «О военно-полевых ранениях черепа», основанное на большом количестве собственных наблюдений. В представленном исследовании автор изложил новые подходы в оказании помощи при ранениях в голову. О.М. Хольбек разработал классификацию черепно-мозговых ранений, в которой выделил проникающие и непроникающие повреждения. Он описал и систематизировал различные виды повреждений: слепые, касательные, сегментарные и диаметральные. Автором были подробно описаны виды осложнений при ранениях головы, проанализированы причины летальных исходов.

Принципиально новым в истории военно-полевой хирургии явилось обоснование обязательного применения неврологического и рентгенологического обследования при огнестрельных ранениях головы (рис. 10).

Тяжело переоценить полученный российскими врачами опыт лечения огне-



Рис. 9. Русский плакат начала Русско-японской войны, 1904.
Fig. 9. Russian poster of Russo-Japanese war beginning, 1904.



Рис. 10. Краниограмма рядового Евграфа Асташина, 24 лет, получившего слепое пулевое ранение левой височной области. После выполнения первичной хирургической обработки и стабилизации состояния пострадавший эвакуирован в Голицинскую больницу г. Москвы, где после снятия краниограмм выполнена трепанация затылочной кости и извлечена пуля. Пациент выжил, неврологическая симптоматика частично регрессировала, с сохранением элементов сенсорной афазии. (Хольбек О.М. О военно-полевых ранениях черепа. — Юрьев, «Типография К. Маттисена», 1911).

Fig. 10. Craniogram of soldier Evgraf Astashin, 24 years old, with blind bullet wound of left temporal region. Primary surgical debridement was performed and after stabilization of his state patient was carried into Moscow Golitsyn Hospital, where the craniograms were made and patient was operated on — occipital bone trepanation and bullet removal was performed. Patient was survived with partial regress of neurological signs with persistence of sensory aphasia elements. (Kholbeck O.M. About war skull wounds. — Yuriyev, «Printing office of K. Mattisen», 1911 — book in Russian).

стрельных ранений черепа во время Русско-японской войны. Новые знания были в дальнейшем использованы и преумножены в период Первой и Второй мировой войн А.В. Бритневым, Н.Н. Петровым, Н.Н. Бурденко и др. Весь накопленный опыт впоследствии послужил серьезным толчком к формированию русской нейрохирургической школы.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

Ощепков С.К. — аспирант кафедры нейрохирургии и нейрореанимации МГМСУ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Краснощеков А.А., Родионов О.В., Попов А.В. и др. Медицина во время Русско-японской войны 1904—1905 гг. //Материалы бюллетеня Волгоградского научного центра РАМН. 2006. №3. С.47—49.
2. Лихтерман Б.Л. Когда нейрохирургия стала специальностью. // Украинский нейрохирургический журнал. — 2009. № 1. С. 61—69.
3. Отпель В.А. К вопросу о лечении гнойного воспаления оболочек черепного мозга.// Русский врач. 1905. № 2.
4. Хольбек О.М. О военно-полевых ранениях черепа. — Юрьев, «Типография К. Маттисена», 1911.
5. Tilmann. Seltene Schddelchussverletzung. Fr. Ver. D. Chir. Berl. Z.-B. f. Chir. №7, 1896.