



№2 (15) 2025

ВЕСТНИК

оперативной хирургии и
топографической
анатомии

ISSN 2713-3273

ИЮНЬ
ТОМ 6

vestnikohita.ru

ВЕСТНИК ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

Периодический электронный научно-практический журнал
(сетевое издание)
Издается с 2020 года

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

Жуковская Е.В. – *национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева (Москва, Россия)*

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

Пешиков О.В. – *Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск, Россия)*

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Белов Д.В. – *Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск, Россия)*

Бугаевский К.А. – *(Новая Каховка, Россия)*

Дыдыкин С.С. – *Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Москва, Россия)*

Жарылкасынова Г.Ж. – *Бухарский государственный медицинский институт (Бухара, Узбекистан)*

Костюченко М.В. – *Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова (Москва, Россия)*

Пешикова М.В. – *Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск, Россия)*

Походенько-Чудакова И.О. – *Белорусский государственный медицинский университет (Минск, Беларусь)*

Урбанский А.К. – *Оренбургский государственный медицинский университет (Оренбург, Россия)*

Чукичев А.В. – *Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск, Россия)*

Шуляковская А.С. – *Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова (Санкт-Петербург, Россия)*

Velaev Y.B. – *LIV Hospital Ulus (Antalya, Turkey)*

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР:

Тур Е.В. – *Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск, Россия)*

2 (15)'2025

Том 6

ISSN 2713-3273

Журнал представлен в следующих международных базах данных и информационно-справочных изданиях: РИНЦ, elibrary.ru, cyberleninka.ru, google scholar

Точка зрения авторов может не совпадать с мнением редакции. К публикации принимаются только статьи, подготовленные в соответствии с правилами для авторов. Направляя статью в редакцию, авторы принимают условия договора публичной оферты. Выходит 3 раза в год, распространяется бесплатно. С правилами для авторов и договором публичной оферты можно ознакомиться на сайте: www.vestnikohita.ru

Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале, допускается только при наличии активной ссылки в соответствии с лицензией Creative Commons Attribution 3.0.

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций ЭЛ №ФС77-79753 от 27.11.2020.

Вестник оперативной хирургии и топографической анатомии. – 2025. – Т. 6, №2 (15)

ISSN 2713-3273



9 772713 327002 >

Адрес учредителя/издателя/редакции: 454079, г. Челябинск, ул. Трашутина, 49.

E-mail: vestnikohita@gmail.com. Тел./факс +7 (904) 305-30-63.

Подписан в печать 28.06.2025. Дата выхода: 30.06.2025.

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Аливердиева Э.В., Кокунева М.В., Пономарева М.Н.</i> Хирургия пульсирующего экзофтальма на фоне каротидно-кавернозного соустья: юбилейный опыт	4
<i>Комар Я.В.</i> Оценка репаративного процесса раны селезенки после гемостаза в эксперименте	8
<i>Костюк Д.Е., Логинова С.Д.</i> 100 лет со дня рождения Юрия Михайловича Лопухина	13
<i>Махнина П.О.</i> Шесть жизней учебника "Топографическая анатомия и оперативная хирургия": к 35 летию со дня смерти Островерхова Г.Е.	17
<i>Медведев И.Б., Арсютов А.Д., Романцов К.К., Медведева А.И., Дергачёва Н.Н.</i> Офтальмология на войне: как боевые ранения изменили глазную хирургию. доклад к 80-летию победы	21
<i>Некрасов Е.А., Нагорная С.В.</i> Спасённый госпиталь: страницы жизни военного врача II ранга М.М. Лилова	25
<i>Соболева Е.В.</i> Личностные факторы эмоционального выгорания хирургов: как сохранить психоэмоциональное здоровье персонала в 2025 году	30
<i>Теряева А.Д., Афанасенкова Е.А., Нагорная С.В.</i> Первые хирургические кафедры медицинского факультета Смоленского университета: к 105-летнему юбилею Смоленского государственного медицинского университета	34
<i>Фогельзанг Г.А., Чернякова Т.В., Романова Т.Б., Фомин Н.Е., Рукасевич Д.А.</i> Кафедра офтальмологии имени акад. А.П. Нестерова Пироговского университета: 115 лет в авангарде отечественной науки и образования	40
<i>Шкурко М.Е., Нагорная С.В.</i> Хирургическая помощь в лагерях для военнопленных на территории Смоленской области в 1941-1949 гг.	51

Аливердиева Э.В. Хирургия пульсирующего экзофтальма на фоне каротидно-кавернозного соустья: юбилейный опыт / Э.В. Аливердиева, М.В. Кокунева, М.Н. Пономарева // Вестник оперативной хирургии и топографической анатомии. – 2025. – Т. 6, №2 (15). – С. 4-7

УДК 617.7-007.57-039.61

ХИРУРГИЯ ПУЛЬСИРУЮЩЕГО ЭКЗОФТАЛЬМА НА ФОНЕ КАРОТИДНО-КАВЕРНОЗНОГО СОУСТЬЯ: ЮБИЛЕЙНЫЙ ОПЫТ

АЛИВЕРДИЕВА Э.В.¹, КОКУНЕВА М.В.², ПОНОМАРЕВА М.Н.¹

¹ Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень, Россия

² Клиника коррекции зрения ОК72, Тюмень, Россия

Аннотация

Каротидно-кавернозное соустье (ККС) – внутричерепная сосудистая аномалия с возникновением сообщения между внутренней сонной артерией или одной из её ветвей и пещеристым синусом. Типичный симптом этой патологии – пульсирующий экзофтальм.

Цель: рассмотреть историю хирургического лечения пульсирующего экзофтальма на фоне каротидно-кавернозного соустья.

Материалы и методы. Проведен систематический обзор зарубежной и отечественной литературы опубликованной в PubMed, КиберЛенинка, Scopus, Google scholar, ResearchGate. Обнаружено 50 научных работ в период 2015-2025 года. После оценки публикаций было выделено 10 статей, которые были оценены на пригодность и применимость.

Результаты: Патология была впервые диагностирована английским врачом-офтальмологом Бенджамином Трэверсом в 1805 году, получив название "pulsatilis exophthalmus". Однако понимание природы болезни пришло значительно позже. Лишь спустя почти столетие, в 1897 году, российский врач Шимановский А.Ф. предложил радикальный метод терапии путем лигирования верхней глазничной вены. Настоящая революция произошла в конце XX века, начиная с 1980-х годов, когда были внедрены современные технологии с использованием отделяемых интракраниальных баллонов, открывшие новые перспективы в борьбе с заболеваниями сосудов головного мозга. На сегодняшний день основным методом устранения каротидно-кавернозного соустья являются эндоваскулярные процедуры, среди которых наиболее распространены следующие подходы: трансартериальную окклюзию баллонами; трансартериальное или трансвенозное закрытие соустья спиральями или жидкими эмболизаторами. Цель всех процедур – ликвидация патологического кровотока и восстановление нормальной гемодинамики.

Заключение. Хирургическое лечение пульсирующего экзофтальма прошло длительный путь развития от радикальных операций до современных эндоваскулярных методов. Применяются различные хирургические подходы, среди которых наибольшую эффективность показала внутрисосудистая баллонная окклюзия.

Ключевые слова: каротидно-кавернозное соустье, пульсирующий экзофтальм, пучеглазие, проптоз, хирургия, история, лечение

* Сведения об авторах:

Аливердиева Элина Вазеховна, e-mail: Aliverdieva.Elina@yandex.ru, студент, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Тюменский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра офтальмологии, 625023, Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, 54.

SPIN-код: 2876-6871, ORCID: 0000-0002-3427-2261

Кокунева Мария Валерьевна, e-mail: kokunevatariia@mail.ru, врач-офтальмолог, Клиника коррекции зрения ОК72, 625051, Россия, Тюмень, ул. Николая Гондатти, 2/5

SPIN-код: 8244-5312

Пonomарева Мария Николаевна, e-mail: tariyromotareva@yandex.ru, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Тюменский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра офтальмологии, 625023, Российская Федерация, г. Тюмень, ул. Одесская, 54.

SURGERY OF PULSATING EXOPHTHALMOS ON THE BACKGROUND OF CAROTID-CAVERNOUS FISTULA: ANNIVERSARY EXPERIENCE

ALIVERDIEVA E.V. ¹, KOKUNEVA M.V. ², PONOMAREVA M.N. ¹

¹ Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

² Vision Correction Clinic OK 72, Tyumen, Russia

Abstract

Carotid-cavernous fistula (CCF) is an abnormal communication – vascular connection between arteries and veins in the cavernous sinus. A typical symptom of this pathology is pulsating exophthalmos.

Objective: To consider the history of surgical treatment of pulsating exophthalmos on the background of carotid-cavernous fistula.

Material and methods: A systematic review of foreign and domestic literature published in PubMed, CyberLeninka, Scopus, Google scholar, and ResearchGate has been conducted. 50 scientific papers were discovered in the period 2015-2025. After evaluating the publications, 10 articles were identified, which were evaluated for suitability and applicability.

Results: The disease was first described by the English surgeon and ophthalmologist Benjamin Rivers in 1805. In 1897, A.F. Shimanovsky proposed ligation of the superior ocular vein. The use of separable cylinders for the treatment of direct high-flow GCS began in the 1980s and opened a new era in the treatment of this pathology. Currently, various endovascular methods are used for the treatment of CCC, the choice of which is determined by the anatomical features of the lesion and the experience of the doctor. The main techniques include: transarterial balloon occlusion; transarterial or transvenous closure of the anastomosis with spirals or liquid embolizers.

Conclusion: Surgical treatment of pulsating exophthalmos has gone through a long development path from radical operations to modern endovascular methods. Various surgical approaches are used, among which intravascular balloon occlusion has shown the greatest effectiveness.

Keywords: carotid-cavernous fistula, pulsating exophthalmos, bug-eyed, proptosis, surgery, history, treatment

Актуальность. Каротидно-кавернозное соустье (ККС) – внутричерепная сосудистая аномалия с возникновением сообщения между внутренней сонной артерией или одной из её ветвей и пещеристым синусом, через которое артериальная кровь сбрасывается в венозную систему [2]. Согласно классификации Барроу, ККС можно разделить на две группы: прямые и непрямые. Прямые возникают в результате прямого сообщения между внутренней сонной артерией (ВСА) и кавернозным синусом. Непрямые ("дуральные") возникает из-за косвенной связи через менингеальные ветви внутренней сонной артерии, наружную сонную артерию и кавернозный синус (не напрямую с внутренней сонной артерией) [6]. К причинам развития ККС в твердой мозговой оболочке относятся гипертония, фиброзно-мышечная дисплазия, синдром Элерса-Данлоса IV типа и расслоение внутренней сонной артерии. Для оценки подозрений на ККС используются неинвазивные методы визуализации, в том числе стандартная тонометрия, пневмотонометрия, ультразвуковое

исследование, компьютерная томография и ангиография, а также магнитно-резонансная томография и ангиография, но золотым стандартом классификации и диагностики остается цифровая субтракционная ангиография [5]. Типичный симптом этой патологий – пульсирующий экзофтальм [4]. Несмотря на высокую частоту описания данной патологии в медицинской литературе первой трети XX века – более 700 случаев согласно публикации Вассермана И.В. из одесской офтальмологической клиники, современные эпидемиологические данные отсутствуют. За последние 100 лет наблюдается резкое снижение интереса научного сообщества к данному заболеванию, что ограничивает возможности объективной оценки распространенности и клинической значимости пульсирующего экзофтальма [3].

Цель работы. Рассмотреть историю хирургического лечения пульсирующего экзофтальма на фоне каротидно-кавернозного соустья.

Материалы и методы. Проведен систематический обзор зарубежной и отечественной литературы опубликованной в PubMed, КиберЛенинка, Scopus, Google scholar, ResearchGate. Обнаружено 50 научных работ в период 2017-2025 года. После оценки публикаций было выделено 6 статей, которые были оценены на пригодность и применимость.

Результаты исследования. Заболевание впервые описано английским хирургом и офтальмологом Бенджамин Трэверсом (рис. 1) в 1805 году под термином "exophthalmus pulsatilis", однако патологическая сущность заболевания на тот момент была еще не известна [2].

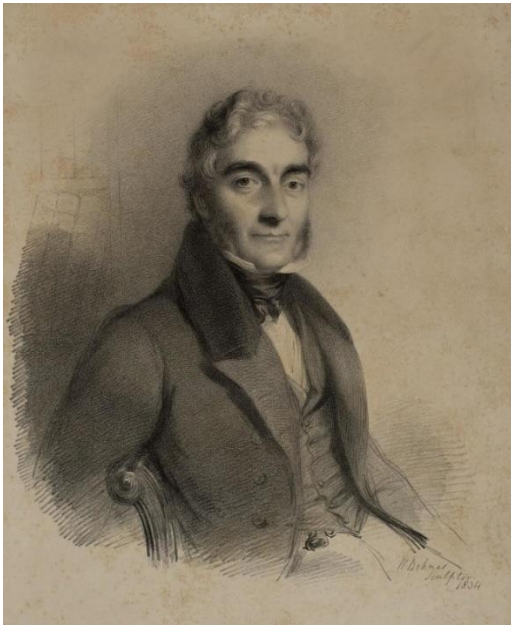


Рис. 1. Бенджамин Трэверс



Рис. 2. Губерт Саттлер

Только в 1856 г. Henry обнаружил на секции у больного с пульсирующим экзофтальмом соустье между внутренней сонной артерией и кавернозным синусом [2]. К 1850 году, согласно данным австрийского офтальмолога Губертуса Саттлера (рис. 2), зарегистрировано около 20 случаев.

В 1880 году именно он предложил современное наименование "пульсирующий экзофтальм", которое стало общепринятым в клинической практике [3]. Определение пульсирующего пучеглазия, сформулированное Шимановским А.Ф. (1897) и Головиным С.С. (1898), сохранилось неизменным до настоящего времени. Французский офтальмолог Феликс Лагранж (1902) подчеркивал, что данное явление отражает симптоматику, возникающую при любой патологии орбиты, способной вызвать перемещение глазного яблока вперед и придать ему ритмичные движения [1]. В 1897 г. Шимановский А.Ф. в статье "К вопросу о пульсирующем exophthalmus" предложил перевязку верхней глазной вены. Он писал: "У нас есть основания предполагать, что перевязка v. oph. sup. – по возможности глубже в глазнице – поведет к закупорке пещеристой пазухи" [3]. Использование отделяемых баллонов для лечения прямых высокопоточковых ККС началось с 1980-х гг. и открыло новую эру в лечении данной патологии. Методика их применения заключается во введении судутого баллона непосредственно в дефект ВСА с последующим его раздутием до размера, превышающего дефект артерии, для того чтобы предупредить миграцию в просвет ВСА, после чего баллон отделяется от микрокатетера [1, 3]. В настоящий момент для лечения ККС используются различные эндоваскулярные методы, выбор которых обусловлен анатомическими особенностями поражения и опытом врача. Основные методики включают: трансартериальную окклюзию баллонами; трансартериальное или трансвенозное закрытие соустья спиральями или жидкими эмболизаторами. На рисунке представлено успешное закрытие непрямого ККС (рис. 3) с использованием трансвенозного доступа через верхнюю глазничную вену. После лечения в области свища (рисунок посередине) обнаруживаются множественные платиновые спиральи. На послеоперационной артериограмме общей сонной артерии видно, что свищ стерт, а кровоток во ВСА сохранен (справа) [5].



Рис. 3. Закрытие непрямого ККС с использованием трансвенозного доступа через верхнюю глазничную вену

Цель всех процедур – ликвидация патологического кровотока и восстановление нормальной гемодинамики [1]. Внедрение в нейрохирургическую практику эндоваскулярных вмешательств открывает новые перспективы лечения больных с пульсирующим экзофтальмом. Однако эти операции являются компетенцией нейрохирургов [3].

Выводы. Поскольку пульсирующий экзофтальм – это симптомокомплекс явлений, обусловленных рядом причин, лежащих не только в глазнице, но и в полости черепа, ученые разрабатывали пути подхода к патологическому очагу соответственно со стороны черепа. Хирургическое лечение пульсирующего

экзофтальма прошло длительный путь развития от радикальных операций до современных эндоваскулярных методов. Оперативное вмешательство является единственным радикальным методом коррекции пульсирующего экзофтальма, обусловленного наличием каротидно-кавернозного соустья. Применяются различные хирургические подходы, среди которых наибольшую эффективность показала внутрисосудистая баллонная окклюзия. Методика отличается низкой травматичностью, быстрой клинической ремиссией, восстановлением зрения и уменьшения экзофтальма.

Список литературы

1. Коровенков Р.И. Первые исследования и операции при пульсирующем экзофтальме / Р.И. Коровенков // Новое в офтальмологии. – 2022. – №3. – С. 34-42.
2. Результаты эндоваскулярного лечения прямых высокопоточковых каротидно-кавернозных соустьев / А.Е. Петров [и др.] // ВРР. – 2020. – №5. – С. 21-26.
3. Эндоваскулярное лечение каротидно-кавернозного соустья с применением стент-графта / Ш.Х. Арифджанов [и др.] // Вестник экстренной медицины. – 2015. – №1. – С. 46-50.
4. Posttraumatic carotid-cavernous fistula: pathogenetic mechanisms, diagnostic management and proper treatment / A.B. Marin-Fernandez [et al.] // A case report. Journal of Clinical and Experimental Dentistry. – 2016. – Vol. 8, №4. – P. 63-68.
5. Henderson A.D. Carotid-cavernous fistula: current concepts in aetiology, investigation, and management / A.D. Henderson, N.R. Miller // Eye (Lond). – 2018. – Vol. 32, №2. – P. 164-172.
6. Jozef C. Carotid-cavernous fistula from the perspective of an ophthalmologist: a review / C. Jozef // Cesk Slov Oftalmol. – 2020. – Vol. 1, №10. – P. 1-8.

Комар Я.В. Оценка репаративного процесса раны селезенки после гемостаза в эксперименте / Я.В. Комар // Вестник оперативной хирургии и топографической анатомии. – 2025. – Т. 6, №2 (15). – С. 8-12

УДК 615.273.52

ОЦЕНКА РЕПАРАТИВНОГО ПРОЦЕССА РАНЫ СЕЛЕЗЕНКИ ПОСЛЕ ГЕМОСТАЗА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

КОМАР Я.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Аннотация

В данной статье представлена эффективность метода окончательной остановки кровотечения препаратом "Фибриноста" раневой поверхности селезенки после ее травмы в эксперименте с влиянием на неё низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ).

Цель: определение превосходства одного метода над другим по ключевым параметрам, включая скорость гемостаза, гистологическую картину поврежденных тканей селезенки.

Материал и методы: проведение эксперимента осуществлялось на 6 белых беспородных крысах, разделенных на две группы (1 – нанесение препарата "Фибриноста" без НИЛИ, 2 – с НИЛИ) с последующим моделированием раны на поверхности селезенки, гемостазом препаратом "Фибриноста" и воздействием на ту же область НИЛИ. Через 72 часа после операции осуществлялся забор участка селезенки, оценивалась макрокартина и микрокартина.

Результаты: на вскрытии отсутствовали выпот, признаки состоявшегося кровотечения, гематомы, спаечный процесс. При микроскопическом исследовании (200-кратное увеличение) в 1 группе – "Фибриноста" в виде гомогенной эозинофильной массы, заполнившей дефект селезенки, инфильтрирован большим количеством гранулоцитов. В эпицентрах инфильтрации препарат подвергся частичному рассасыванию. Отличие 2 группы заключалось в значительном уменьшении степени выраженности инфильтрации и отсутствии зоны демаркации.

Заключение: применение препарата "Фибриноста" с целью гемостаза и воздействием на раневую поверхность НИЛИ является перспективным направлением лечения при травматическом повреждении селезенки для улучшения эффективности гемостаза и профилактики развития осложнений в послеоперационный период.

Ключевые слова: гемостаз, "Фибриноста", селезенка, остановка кровотечения, моделирование раны, колото-резанное ранение селезенки

ASSESSMENT OF THE REPARATIVE PROCESS OF A SPLEEN WOUND AFTER HEMOSTASIS IN AN EXPERIMENT

KOMAR Y. V.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Abstract

This article provides an experimental comparison of the effectiveness of two hemostatic methods: the application of "Fibrinostat" to the wound surface of the spleen without low-intensity laser irradiation (LILI) and the use of "Fibrinostat" with simultaneous LILI. The purpose of this study was to determine the superiority of one method over another based on the main parameters, including the rate of hemostasis, the histopathological properties of the injured spleen tissue and the rate of posthemorrhagic regeneration. The

*** Сведения об авторах:**

Комар Яна Владимировна, e-mail: kotaryana125@gmail.com, учреждение образования "Гродненский государственный медицинский университет", кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, 230009, Республика Беларусь, г. Гродно, ул. Максима Горького, 80

ORCID: 0009-0001-9510-782

experimental design rigorously controlled for extraneous variables to ensure the accuracy and reliability of the comparative analysis. Detailed protocols were established for the precise application of "Fibrinostat" and LILI, minimizing inter-observer variability. The analysis employed robust methods to compare the efficacy of the two hemostatic techniques and to identify any significant differences in the measured outcomes. This comprehensive approach aims to provide a definitive evaluation of the relative merits of these two methods for achieving rapid and effective hemostasis in splenic injury models. The results of this study will contribute to a more informed decision-making process regarding the optimal management of splenic hemorrhage in various clinical settings. Furthermore, the findings may contribute to the development of improved strategies for minimizing blood loss and accelerating tissue repair in surgical and traumatic settings.

Keywords: hemostasis, "Fibrinostat", spleen, stopping bleeding, modeling of a wound, a stab wound of the spleen

Актуальность. Значимость проблемы эффективного гемостаза при повреждениях селезенки обусловлена высокой васкуляризацией этого органа и риском развития массивного кровотечения, представляющего угрозу для жизни. В рамках общей структуры механических травм открытые и закрытые повреждения живота встречаются в 2-5%. В текущее время преобладают закрытые повреждения живота, которые встречаются в два раза чаще, чем открытые. По данным исследований отечественных и зарубежных авторов, повреждения селезенки при открытой и закрытой абдоминальной травме занимают первое место [1]. На долю повреждений селезенки из всех травм органов брюшной полости приходится до 30% [4]. Вследствие широкой распространенности и высокой летальностью осложнения абдоминальной травмы остаются актуальной проблемой неотложной медицины. Повреждение селезенки обычно совмещается с внутренним кровотечением и развитием геморрагического шока. Повышенная степень травматизации данного паренхиматозного органа связана со многими факторами, среди которых: расположение органа близко к брюшной стенке, его крупные размеры, степень кровенаполнения, относительно легкое перемещение при травме и возрастные особенности развития. Традиционные методы гемостаза, такие как тампонада или лигирование сосудов, не всегда эффективны и могут привести к дополнительной травматизации органа и развитию осложнений. Поиск новых, более эффективных и щадящих методов остановки кровотечения селезенки остается важной задачей современной хирургии. Необходимость минимизации инвазивности вмешательств и ускорения процесса заживления тканей

определяет постоянный интерес к разработке и применению современных биологических и физических методов гемостаза, включая использование биологических клеев и низкоинтенсивного лазерного излучения. Поэтому гемостаз при травмах селезенки представляет одну из ведущих проблем современной хирургии. Основными требованиями к способам остановки кровотечения являются техническая простота, надежность гемостаза. В хирургии повреждений селезенки на первом месте гемостатические швы и пластика раневых поверхностей различными биологическими тканями [4]. Также в хирургии всё больше проводится экспериментов с использованием местных гемостатических средств в следствие минимизации риска развития интраоперационных и послеоперационных осложнений. В данной статье будет приведён пример использования такого местного гемостатического препарата, как "Фибриностаг". "Фибриностаг" – сочетание фибриногена с высокоактивным тромбином, обеспечивающий быстрое гемостатическое действие, предназначен для остановки кровотечений, "склеивания" паренхиматозных тканей. Его разработка осуществлялась в лаборатории экспериментальной патологии и трансфузиологии государственного учреждения "Республиканский научно-практический центр гематологии и трансфузиологии министерства здравоохранения Республики Беларусь" (г. Минск). Система фибринового герметика инициирует последний этап физиологического свертывания крови: тромбин активирует превращение фибриногена в фибрин, мономеры фибрина полимеризуются и образуют фибриновый сгусток. Фибриновые герметики метаболизируются так же, как эндогенный

фибрин, путем фибринолиза и фагоцитоза. В ходе заживления образовавшийся фибриновый сгусток полностью рассасывается: плазмином индуцируется повышенная фибринолитическая активность, и начинается разложение фибрина до продуктов его распада фибрина. Скорость формирования фибриновой пленки при использовании концентрации тромбина 500МЕ/мл и более, может составить несколько секунд по сравнению с использованием тромбина с концентрацией 4МЕ/мл, где фибриновая плёнка образуется в течение 30 секунд и более [3]. Основным компонентом "Фибриноста" является фибриноген человека, а вторым — раствор активатора, который содержит тромбин и хлорид кальция. Препарат может быть использован после предварительного приготовления или с помощью двух шприцев, соединенных адаптером, что обеспечивает синхронное введение растворов фибриногена и тромбина в равных пропорциях на поверхность раны. Несмотря на постоянное совершенствование техники выполнения оперативных вмешательств на селезенке, проблема осложнений в послеоперационный период до сих пор существует и окончательно не решена, что обуславливает поиски ее решения и разработку эффективных способов профилактики осложнений и стимуляции репаративных процессов органа. В настоящее время в практическую медицину интенсивно внедряется низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ) и широко используются во многих отраслях современной медицины. НИЛИ обеспечивает широкий спектр эффектов благодаря его высокой терапевтической эффективности, основанной на биологически активных свойствах воздействовать на ткани, органы и организм в целом: улучшение микроциркуляции, стимуляция обменных процессов, противовоспалительный, регенераторный [2].

Цель работы. Проанализировать морфологические изменения ткани селезенки при экспериментальном травматическом ее повреждении после остановки кровотечения препаратом "Фибриностат" и воздействия на рану низкоинтенсивного лазерного излучения.

Материалы и методы. Исследования проводились на 6 белых беспородных крысах массой 200–250 гр. Все животные до и после операции находились в виварии кафедры оперативной хирургии и топографической

анатомии со свободным доступом к пище. Эксперимент выполняли в полном соответствии с положениями по биомедицинской этике и соблюдением всех требований асептики и антисептики. Производили ранжирование лабораторных животных на две группы, из которых в каждой для гемостаза применялся препарат "Фибриностат". Различие заключалось в наличии/отсутствии использования низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ). Методика нанесения препарата "Фибриностат": предварительно во флакон с лиофилизированным фибриногеном 85 мг с помощью одноразового стерильного шприца добавили 3 мл физиологического раствора NaCl. Поместили флакон с раствором фибриногена в термостат с температурой 37°C и дождались полного растворения содержимого флакона, периодически перемешивая путем вращения флакона вместе с содержимым, не допуская пенообразования. В то же время для получения раствора тромбина 600 ЕД перенесли стерильным одноразовым шприцем 3 мл раствора кальция хлорида 8,5 мг/мл во флакон с тромбином. Поместили флакон с раствором тромбина в термостат с температурой 37°C и дождались полного растворения содержимого флакона, периодически перемешивая путем вращения флакона вместе с содержимым, не допуская пенообразования. После приготовления растворов каждый набрали в разные одноразовые шприцы для дальнейшего применения путём одновременного нанесения в раневую канал селезенки. В условиях операционной, под общей анестезией кетаминном (0,1 мл/100 г массы крысы), проводили верхнюю срединную лапаротомию с дальнейшей мобилизацией селезенки. Наносили колото-резанную рану размером 0,5x0,3x0,2 см и осуществляли гемостаз. В 1 группе выполняли заполнение раневого канала селезенки компонентами препарата "Фибриностат" (тромбин и фибриноген) с последующим сведением краев раны для адаптации и достижения окончательного гемостаза на 30 секунд. Во 2 группе – после осуществления гемостаза раны селезенки препаратом "Фибриностат" интраоперационно воздействовали на нее НИЛИ красной области спектра ($\lambda=660-670$ нм, мощность 25 мВт, экспозиция 5 минут). Для этого использовали терапевтический лазерный аппарат "Родник-1", Беларусь. После ревизии брюшной полости выполняли послойное ушивание. Выведение

животных из эксперимента проводилось на третьей сутки после операции с последующей аутопсией с макро- и микроскопическим исследованием раневой поверхности селезенки. Макроскопически оценивали состояние брюшины, наличие выпота, признаки состоявшегося кровотечения, степень спаечного процесса, цвет селезенки, наличие отека и взаимоотношение раны органа с окружающими тканями. Для изучения патоморфологических изменений в зоне травмы и гемостаза производили забор участка селезенки из области моделирования ран. Далее фиксировали их в 10% растворе нейтрального формалина и затем готовили срезы, окрашивали их гематоксилин-эозином и пикрофуксином по Ван-Гизон. Полученные результаты оценивали с помощью световой микроскопии.

Результаты исследования.

Экспериментальные животные операции перенесли хорошо, летальных случаев не было. Из состояния наркоза выходили без осложнений, пили воду. На второй день после операции становились более активными. При вскрытии в брюшной полости ни у одной крысы не было выпота. Брюшина розовая, блестящая. Следов состоявшегося кровотечения и воспаления не отмечали. На аутопсии через трое суток после вмешательства в 1 группе ("Фбриностат" без НИЛИ) селезенка была обычного цвета. В области травмируемых участков сохранялся отек, края раны были адаптированы, без деформации. Раневая поверхность органа сухая. В области гемостаза гематом не обнаруживали. Спаечный процесс отсутствовал. При микроскопическом исследовании срезов (200-кратное увеличение) (рис. 1) отмечали, что "Фбриностат" имеет вид гомогенной эозинофильной массы, заполнившей дефект селезенки. Он был инфильтрирован в большом количестве гранулоцитами, а в эпицентрах инфильтрации выявляли частичное рассасывание фибрина. Зона демаркации практически отсутствовала.

При вскрытии животных 2 группы ("Фбригостат" с влиянием НИЛИ) после эксперимента селезенка обычного цвета, по своей консистенции не была изменена, поверхность ее сухая. В области моделирования ран и гемостаза гематом, сгустков крови не обнаруживали, однако отмечали умеренный отек. Края раны были адаптированы. Спаечный процесс отсутствовал. Гистологический анализ срезов показал (рис. 2), что "Фбриностат" имел

вид гомогенной эозинофильной массы, заполнявшей дефект селезенки.

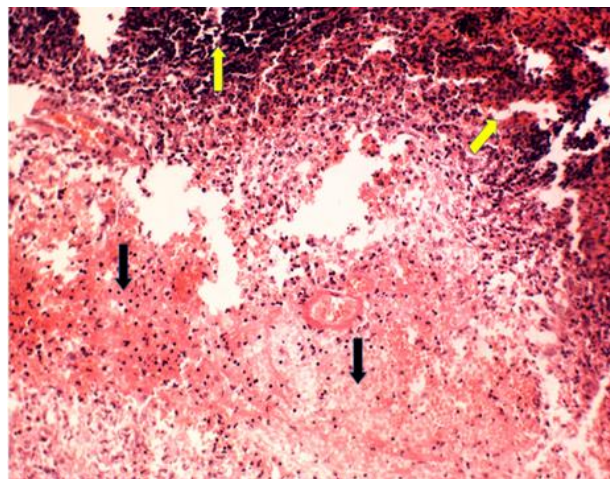


Рис. 1. "Фбриностат" в виде эозинофильной массы (черные стрелки) с неравномерно выраженной лейкоцитарной инфильтрацией; ткань селезенки (желтые стрелки)

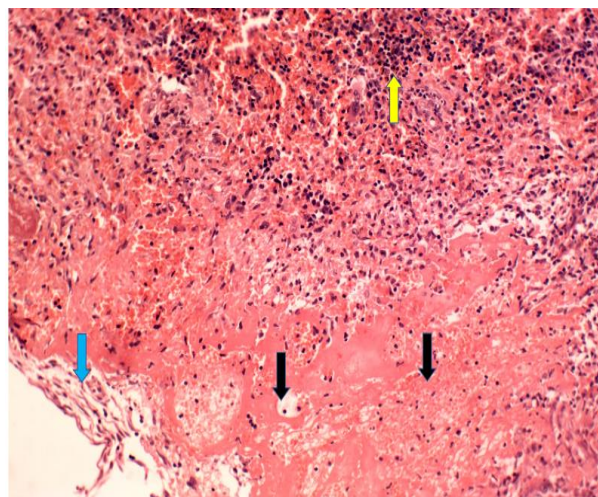


Рис. 2. "Фбриностат" в виде эозинофильной массы с лейкоцитарной инфильтрацией (черные стрелки); ткань селезенки (желтая стрелка); фрагмент сальника (синяя стрелка)

Однако инфильтрация гранулоцитами (преимущественно нейтрофилами) значительно уменьшилась по сравнению с группой без влияния НИЛИ. В этот же срок на препаратах отмечали частичное рассасывание "Фбриностата" в эпицентрах инфильтрации. Зона демаркации очага с тканью селезенки не определялась. К области вмешательства селезенки обнаруживали припаянный сальник.

Выводы. Полученные в ходе эксперимента результаты позволяют говорить о том, что препарат "Фбриностат" является эффективным методом для окончательной остановки кровотечения при травматических повреждениях селезенки. Следует отметить, что применение НИЛИ красного спектрального диапазона уменьшает воспаление, ускоряет

созревание грануляционной ткани. Анализируя заключение гистологического исследования патоморфологических срезов селезёнки, обработанных препаратом "Фибриностаг" с применением и без применения низкоинтенсивного лазерного излучения, обнаружили существенные различия в процессах репаративной регенерации и воспалительной реакции. В 1 группе животных, где производилось нанесение препарата "Фибриностаг" без воздействия НИЛИ гистологическая картина характеризовалась более выраженной инфильтрацией гранулоцитами. "Фибриностаг" также представлял собой гомогенную эозинофильную массу, заполняющую дефект ткани, с частичным рассасыванием в областях инфильтрации. Отсутствие чёткой демаркации между областью воздействия и неповреждённой тканью указывает на менее организованный процесс заживления. В совокупности, эти данные свидетельствуют о более интенсивной воспалительной реакции в данной группе. Во 2 группе животных, где применялся "Фибриностаг" в сочетании с применением НИЛИ красной области спектра, наблюдалась гомогенная эозинофильная масса препарата, заполняющая дефект ткани селезёнки. Инфильтрация гранулоцитами, преимущественно нейтрофилами, была значительно меньше. В очагах инфильтрации наблюдалось частичное рассасывание

препарата, однако чёткой демаркационной линии между областью воздействия "Фибриностага" и интактной тканью селезёнки не определялось. На основании вышесказанного можно предположить, что применение НИЛИ в сочетании с препаратом "Фибриностаг" способствует снижению выраженности воспалительной реакции и оптимизирует процесс репарации ткани селезёнки. Умеренная гранулоцитарная инфильтрация во второй группе может быть интерпретирована как более контролируемый воспалительный ответ, способствующий более эффективному заживлению. Отсутствие чёткой демаркации в обеих группах может быть обусловлено специфическими свойствами препарата "Фибриностаг" и требует дальнейшего исследования. Учитывая данные эксперимента, можно сделать вывод о гемостатической эффективности препарата "Фибриностаг". НИЛИ красного спектрального диапазона ($\lambda=660-670$ нм, мощность 25 мВт, экспозиция 5 минут) обладает стимулирующим воздействием на регенераторные процессы ткани селезёнки. Таким образом применение препарата "Фибриностаг" с целью гемостаза и воздействием на раневую поверхность НИЛИ является перспективным направлением лечения при травматическом повреждении селезёнки для улучшения эффективности гемостаза и профилактики развития осложнений в послеоперационный период.

Список литературы

1. Баротова Ш.Б. Морфологические и функциональные изменения селезенки при различных травмах / Ш.Б. Баротова // *Central Asian Journal of Academic Research*. – 2024. – Vol. 2, №10-2. – С. 17-23.
2. Стенько А.А. Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в лечении хирургической патологии / А.А. Стенько, И.В. Кумова, И.Г. Жук // *Журнал ГрГМУ*. – 2003. – №2. – С. 8-10.
3. Эффективность гемостатического средства местного действия "Фибриностаг" при кровотечении из селезенки в эксперименте / В.Н. Бордаков [и др.] // *Военная медицина*. – 2007. – №2. – С. 48-51.
4. Odishelashvili G.D. Methods to stop bleeding in spleen injuries depending on the nature of its damage in the experiment / G.D. Odishelashvili, D.V. Pakhnov, N.G. Odishelashvili // *Experimental and Clinical Gastroenterology*. – 2022. – Vol. 200, №4. – P. 131-137.

Костюк Д.Е. 100 лет со дня рождения Юрия Михайловича Лопухина / Д.Е. Костюк, С.Д. Логинова // Вестник оперативной хирургии и топографической анатомии. – 2025. – Т. 6, №2 (15). – С. 13-16

УДК 617-089

100 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ЮРИЯ МИХАЙЛОВИЧА ЛОПУХИНА

КОСТЮК Д.Е., ЛОГИНОВА С.Д.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова,
Москва, Россия

Аннотация

Для понимания процессов, происходящих в современном мире, необходимо возвращаться к их истокам. Для этого мы часто обращаемся к истории и вспоминаем открытия, которые навсегда изменили мир и облегчили его существование. Область медицины не является исключением. Многие хирургические открытия прошлого используются нами и поныне, методики могут совершенствоваться, но оставляют за собой имена своих великих разработчиков. В 2024 году исполняется 100 лет со дня рождения выдающегося российского хирурга и ученого Юрия Михайловича Лопухина. Он оставил незабываемый след в современной хирургии: прославился не только в практической медицине, став первооткрывателем трансплантологии, но и в теоретической. На его счету огромное количество статей и учебник, которые помогли современному поколению разобраться в основных понятиях хирургии. В данной статье подробно изучена его биография и последовательно разобран его вклад в развитие медицины в целом, и хирургии в частности.

Ключевые слова: трансплантация, гемосорбция, Лопухин, хирургия, почка, наука

100 YEARS SINCE THE BIRTH OF THE YURI MIKHAILOVICH LOPUKHIN

KOSTYUK D.E., LOGINOVA S.D.

The Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow, Russia

Abstract

To understand the processes taking place in the modern world, it is necessary to return to their origins. To do this, we often return to history and remember the discoveries that forever changed the world and made its existence easier. The medicine is not an exception. Many surgical discoveries of the past are being used nowadays. Methods can be improved but it saves names of its creator. Y. M. Lopukhin, the Russian surgery and scientist, has an anniversary this year. He left an unforgettable mark on modern surgery, because he became famous not only in practical medicine, where he was the pioneer of transplantology, but also in theoretical medicine. Y.M. Lopukhin has a huge number of articles and a textbook that have helped the modern generation understand the basic concepts of surgery. This article examines his biography in detail and his contribution to the development of medicine in general, and surgery in particular.

Keywords: transplantation, hemosorption, Lopukhin, surgery, kidney, science

* Сведения об авторах:

Костюк Диана Евгеньевна, e-mail: diana21082005@mail.ru, студент, федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, 117997, Российская Федерация, г. Москва, ул. Островитянова, 1

ORCID: 0009-0008-7327-9299

Логинова София Дмитриевна, e-mail: feklasv@icloud.com, студент, федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, 117997, Российская Федерация, г. Москва, ул. Островитянова, 1

ORCID: 0000-0002-9633-2506

Актуальность. Многие хирургические открытия прошлого используются нами и поныне, методики могут совершенствоваться, но оставляют за собой имена своих великих разработчиков. В 2024 году исполняется 100 лет со дня рождения выдающегося российского хирурга и ученого Лопухина Юрия Михайловича, оставившего незабываемый след в современной хирургии. Всестороннее исследование врачебной и научной деятельности Лопухина Ю.М. видится актуальным для более глубокого осмысления истории развития хирургии и понимания задач для ее развития в будущем.

Цель работы. Изучить историю научной деятельности Лопухина Ю.М. и вклад в развитие медицины.

Материалы и методы. Проведен анализ информации в открытых источниках и научной литературы, источников, доступных в сети интернет, открытых библиотечных фондах. В работе использованы сравнительно-исторический и аналитический методы.

Результаты исследования. Юрий Михайлович Лопухин (рис. 1) родился 28 октября 1924 года в семье учителей. В этом году ему бы исполнилось 100 лет.



Рис. 1. Юрий Михайлович Лопухин [6]

В 1946 году по окончании 2 Московского медицинского института им. Н.И. Пирогова (рис. 2), в настоящее время РНИМУ им. Н.И. Пирогова, становится аспирантом кафедры оперативной хирургии. В 1949 году начинает свою преподавательскую карьеру в начале в качестве ассистента, далее с 1957 года – доцент. В 1960 году защищает докторскую диссертацию

"Топография сердечно-сосудистого комплекса при митральных пороках сердца и гипертонической болезни", становится профессором и в 1965 году назначается ректором университета (рис. 3), который превратил в один из лучших медицинских институтов Российской Федерации. Под его руководством изменилась не только материально-техническая база вуза, но и учебная, в значительной степени повлиявшая на научно-исследовательскую работу в университете. В 1981 году по инициативе Юрия Михайловича был создан научно-исследовательский институт физико-химической медицины, который он возглавлял до 2006 года [4]



Рис. 2. 2 Московский медицинский институт в 1930 году [4]



Рис. 3. Ректор 2 МОЛГМИ (РНИМУ им. Н.И. Пирогова) академик РАМН Лопухин Юрий Михайлович [4]

Невозможно переоценить заслуги Юрия Михайловича в развитии как теоретической, так и прикладной медицины. Он занимался тремя основными проблемами: трансплантологией, гемосорбцией (рис. 4) и атеросклерозом.



Рис. 4. Метод очищения крови [2]

Также стоял у истоков пересадки почки в нашей стране, разработал совместно с ведущими хирургами и иммунологами программу научных исследований по проблеме трансплантации органов и тканей. Данная программа включала в себя три основных направления: клинические проблемы пересадки органов и частей тела (конечностей), обеспечение жизнеспособности органов и тканей вне организма и способы преодоления биологической несовместимости, а также морально-этические вопросы трансплантологии и вопросы донорства. "Твердо доказано, – писал Лопухин Ю.М., – что любая ткань, взятая от неродственного организма одного и того же вида или разных видов, пересаженная в другой организм, через определенный срок, равный для аллотрансплантатов 7-12 дням, для ксенотрансплантатов – 5-7 дням, гибнет, разрушается, отторгается" [5].

Несколько раз был удостоен государственной премии СССР: в 1971 году за первую пересадку почки, в 1979 году за внедрение нового метода детоксикации, в 1989 году за разработку различных аспектов атеросклероза и в 1997 году за впервые в мире предложенную классификацию первичных иммунодефицитов на основе иммуногенетического анализа [3].

Первые кардиотрансплантологи столкнулись с проблемой острой послеоперационной сердечной недостаточности. По данным Лопухина Ю.М., в 1968 году 24% всех оперированных скончались в первые сутки от острой сердечной слабости после пересадки сердца, а у 41% вследствие плохой функции сердца в послеоперационном периоде развилась

недостаточность почек, печени и легких, приведшая их к смерти. Поэтому Лопухин Ю.М. предложил идею создания аппарата для временной разгрузки пересаженного сердца для поддержания его функции [6].

Юрий Михайлович является основоположником отечественной биомедицинской этики. По инициативе Комитета по биоэтике, возглавляемого им, во всех медицинских учебных заведениях страны введена программа обучения по биоэтике. Также под его редакцией были изданы три коллективные монографии, написано много статей практически по всем основным этическим проблемам современной биологии и медицины [6].

Под руководством Лопухина Ю.М. опубликовано около 500 научных работ, затрагивающие самые разные темы: гемосорбция, новые методы диагностики, лечения атеросклероза, иммунология. Из основных монографий можно привести такие как: "Холестериноз" (1983), "Эфферентные методы в медицине" (1989), "Кожа и атеросклероз" (1992). Также им опубликован целый ряд учебных пособий: "Техника хирургических операций" (1963), "Практикум по оперативной хирургии" (1967), "Экспериментальная хирургия" (1971), "Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста" (1977, 1984), "Хирургия" (1978), "Лекции по топографической анатомии и оперативной хирургии" (1994), в том числе и те, по которым мы учимся на студенческой скамье хирургии до сих пор (рис 5).



Рис. 5. Книги Лопухина Ю.М.

Заслуги Лопухина Ю.М. были отмечены орденами Ленина, Октябрьской Революции, тремя орденами Трудового Красного Знамени и другими правительственными наградами [1].

Скончался в возрасте 92 лет 3 октября 2016 года. Похоронен в Москве на Новодевичьем кладбище.

В памяти коллег и учеников Юрий Михайлович останется великим тружеником и подвижником, который отдал всего себя служению людям. А кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России в настоящее время носит имя академика Лопухина Ю.М. [4]. Мудрость, человечность, высокие моральные качества ученого и врача – главные компоненты,

делающие его личность привлекательной для всех, кто его знает.

Выводы. Влад Лопухина Ю.М., человека необыкновенного таланта и высочайшего интеллекта, вселявшего в окружающих энергию и оптимизм, в медицину огромен. Он создал современную учебную базу, которая позволила поднять на высокий уровень научно-исследовательскую работу во 2 Московском медицинском институте им. Н.И. Пирогова. Академик интересовался разработыванием различных вопросов биоинженерных и клеточных технологий, трансплантацией и созданием искусственных органов, гемосорбцией, энтеросорбцией и лечением атеросклероза. Его заслуги отмечены рядом государственных наград.

Список литературы

1. Бякова Е.А. Роль трудов Ю.М. Лопухина в развитии топографической анатомии и оперативной хирургии / Е.А. Бякова // Молодежная наука и современность: Материалы 87 международной научной конференции студентов и молодых ученых. В 4-х томах, Курск, 20-21 апреля 2022 года. Том III. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2022. – С. 19-22. – EDN KHLBTH.
2. Глянцев С.П. Состояние проблемы пересадки органов в СССР в 1970-1971 г. и пути ее дальнейшего решения (Ю.М. Лопухин, А.Г. Лапчинский, В.П. Демихов) / С.П. Глянцев // Трансплантология. – 2023. – №15 (4). – С. 541-558. – DOI: 10.23873/2074-0506-2023-15-4-541-558
3. К 90-летию академика Юрия Михайловича Лопухина. / Атеросклероз и дислипидемии. – 2015. №1. – С. 52.
4. Лопухин Ю.М. Два десятилетия из жизни 2 МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова (1965-1984 гг.) / Ю.М. Лопухин // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2006. – №4 (51). – С. 13-17. – EDN NYWEON.
5. Хубутия А.Ш. История отечественной трансплантологии, приоритеты и особенности развития / А.Ш. Хубутия, С.А. Кабанова // Трансплантология. – 2011. – №1. – С. 55-65. – EDN NRCIFT.
6. Юрий Михайлович Лопухин // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского. – 2016. – №4. – С. 102. – EDN XHJCGR.

Махнина П.О. Шесть жизней учебника "Топографическая анатомия и оперативная хирургия": к 35-летию со дня смерти Островерхова Г.Е. / П.О. Махнина // Вестник оперативной хирургии и топографической анатомии. – 2025. – Т. 6, №2 (15). – С. 17-20

УДК 611.1/8

**ШЕСТЬ ЖИЗНЕЙ УЧЕБНИКА
"ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ":
К 35-ЛЕТИЮ СО ДНЯ СМЕРТИ ОСТРОВЕРХОВА Г.Е.**

МАХНИНА П.О.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Россия

Аннотация

В данной работе рассматривается биография Островерхова Георгия Ефимовича, его научные труды, описан вклад в преподавание и в исследования в области анатомии и оперативной хирургии. Отмечены успехи в исследованиях и перечислены награды.

Во второй части работы сделан обзор шести изданий учебника Островерхова Г.Е. "Топографическая анатомия и оперативная хирургия", сформирован вывод об изменениях учебника в течение 58 лет. Отмечена важность книги для студентов и молодых врачей.

Ключевые слова: *Островерхов Г.Е., анатомия и оперативная хирургия, РНИМУ, преподавание, КГМУ*

**SIX LIVES OF THE TEXTBOOK
"TOPOGRAPHIC ANATOMY AND OPERATIVE SURGERY":
ON THE 35TH ANNIVERSARY OF OSTROVERKHOV'S DEATH**

MAHNINA P.O.

South-Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia

Abstract

This paper examines the biography of Ostroverkhov Georgy Yefimovich, his scientific works, and describes his contribution to teaching and research in the field of anatomy and operative surgery. Achievements in research are noted and awards are listed.

In the second part of the work, a review of six editions of the textbook by G.E. Ostroverkhov "Topographic Anatomy and operative Surgery" was made, and a conclusion was drawn about the textbook's changes over the course of 58 years. The importance of the book for students and young doctors was noted.

Keywords: *Ostroverkhov G.E., anatomy and operative surgery, RSMU, teaching, KSMU*

Цель операции одна, а путей достижения
благоприятного исхода может быть несколько
Г.Е. Островерхов [5].

Актуальность: учебная жизнь каждого студента медицинского университета начинается с анатомии, а продолжается дисциплиной "Топографическая анатомия и оперативная хирургия". В настоящее время существует множество разных учебников, приложений, атласов, позволяющих студенту усвоить особенность строения человеческого организма и способы хирургических вмешательств. Одними из фундаментальных

современных книг являются учебники Островерхова Г.Е.

Островерхов Г.Е. родился 17 августа 1904 г. в селе Дергачи Харьковской губернии (город Дергачи, Харьковский район, Харьковская область). После окончания Харьковского медицинского института (ХНМУ) в 1928 году, проходил военно-морскую службу на Черноморском флоте [11, 15]. Затем с 1930 по 1934 годы работал главным врачом и

заведующим хирургическим отделением Охинской районной больницы (ГБУЗ "Охинская ЦРБ") на Сахалине. Прошел обучение в аспирантуре с 1934 по 1938 года на кафедре госпитальной хирургии I Московского медицинского института (ФГАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России), а также работал на этой же кафедре ассистентом под руководством Герцена П.А.

Во время Великой Отечественной войны Островерхов Г.Е. был призван в РККА, Георгий Ефимович был руководителем хирургической службы военных госпиталей. А в 1943-1945 годах являлся главным хирургом Северо-Кавказского военного округа [13].



Рис. Георгий Ефимович Островерхов (1904-1990) [1].

После войны Островерхов Г.Е. стал докторантом при академии медицинских наук СССР. Уже в 1950 году Островерхов Г.Е. – ректор КГМИ (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России) и заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии. Он внес огромный вклад в развитие ВУЗа. За короткие сроки были восстановлены и главный корпус, и аудитории учебного заведения; выстроены спортивные площадки, виварий и даже высажены аллеи. В начале своей деятельности в качестве заведующего кафедрой, Георгий Ефимович был руководителем студенческого научного кружка, члены которого в будущем достигли больших успехов: 3 академика (АМН СССР, МАИ, МТА и др.), 3 заслуженных деятеля науки, 1 лауреат Государственной премии СССР, 14 докторов и 25 кандидатов медицинских наук, руководители здравоохранения, крупных лечебных и лечебно-профилактических учреждений. В их числе

такие ученые как Скрипкин Ю.К., Скобелкин О.К., Астафьев В.И., Рябцев В.С. [2]. Островерхов Г.Е. организовывал поездки кружковцам на экскурсию по клиникам и научным центрам Москвы, в имение и мавзолей Пирогова Н.И в селе Вишня. В эти годы руками кружковцев на кафедре был создан стенд "Хирургические инструменты", а также музейные препараты [3]. Во второй половине XX века Островерхов Г.Е. работал уже в Москве, являлся заведующим кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии (ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России). В 1959-1971 годы был главным редактором издательства "Медицина" [13].

Такая многолетняя кафедральная биография, конечно, сопровождалась большим количеством научных работ. В 1938 году Островерхов Г.Е. защитил кандидатскую диссертацию "Лимфатические сосуды желудка в норме и при опухолях". В 1949 г. – защитил докторскую диссертацию на тему: "Опыт хирургического лечения огнестрельных повреждений периферических нервов". Кроме того, ученый проводил исследования по восстановительным операциям на крупных кровеносных сосудах и периферических нервах. Умер Островерхов Г.Е. в 1990 году [1, 13].

За свою насыщенную трудовую жизнь ученый был автором более 250 работ, в том числе, 8 монографий и учебника "Оперативная хирургия и топографическая анатомия". Островерхов Г.Е. знаменит не только в Российской медицине, но и в Польше, Чехословакии, США и др., где публиковались его работы. Георгий Ефимович стал новатором в мире преподавания, вводил новые способы преподнесения материала студентам и методы контроля по знаниям будущих медиков. Кроме того, под его руководством сотрудниками кафедры были сделаны две серии учебных таблиц по топографической анатомии, 8 учебных кинофильмов, диафильмы и атлас хирургических операций. Ученый был награжден орденами Красной звезды, Трудового Красного знамени [13, 14].

Для студентов медицинских ВУЗов почти 70 лет базовым учебником по оперативной хирургии и топографической анатомии является книга, над которой работали три автора: Островерхов Г.Е., Лубоцкий Д.Н., Бомаш Ю.М. [4].

За всю историю учебник переиздавался 6 раз. Первое издание было выпущено в 1963 году "Курс оперативной хирургии и топографической анатомии". В нем насчитывалось 740 страниц [6].

Второе издание, выпущенное в 1964, "Курс оперативной хирургии и топографической анатомии", насчитывало 744 страницы. В нем насчитывалось 25 глав [7].

Третье издание – "Оперативная хирургия и топографическая анатомия" было выпущено в 1972 году. Эта книга содержала уже 711 страниц с иллюстрациями и 25 глав [8].

Четвертое издание 1996 года в отличие от предыдущего издания в конце учебника имело таблицы по топографической анатомии сосудов и нервов и содержало 25 глав [9].

Пятое издание 2005 года, содержит 736 страниц, 567 иллюстраций и, так же, 25 глав. В этой книге большее внимание уделено операциям различных отделов брюшной полости и опорно-двигательной системы [10, 12].

И, в настоящее время, существует шестое издание, выпущенное в 2021 году, которое имеет также 736 страниц.

В учебниках Островерхова Г.Е. огромное внимание уделяется синтопии и скелетотопии

органов, проекции их на поверхность тела, вопросам подготовки к операциям, описанию инструментов, методам обезболивания и пластическим операциям в восстановительной хирургии. В третьем издании были переработаны некоторые главы. Так, опущены методы общего обезболивания, но расширены материалы по региональной анестезии, добавлено описание биоэлектрического протеза, введены новые классификации, увеличилось описание анатомии позвоночника в хирургии, внесены новые сведения о сегментарной структуре печени, изъятые сводные таблицы по топографической анатомии сосудов и нервов. Четвертое издание отличается дополненными в конце учебника таблицами по топографической анатомии сосудов и нервов. В пятом и шестом издании уделяется внимание картинкам, подписи к ним уточнены, опечатки в тексте исправлены [10].

Выводы. За свою яркую научную жизнь Островерхов Г.Е. сыграл огромную роль в мире медицины и преподавания. Его труды, учебники служат фундаментальным материалом для студентов медицинских ВУЗов, для врачей и, в частности, врачей-хирургов.

Список литературы

1. Байтингер В.Ф. История одного диссертационного исследования / В.Ф. Байтингер // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2017. – Т. 20, №4 (63). – С. 80-89. – DOI 10.17223/1814147/63/08. – EDN YOOPYU
2. Бежин А.И. Кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии им. проф. А.Д. Мясникова Курского государственного медицинского университета – 80 лет / А.И. Бежин, В.А. Липатов, В.Ф. Зубарев и др. // Оперативная хирургия и клиническая анатомия (Пироговский научный журнал). – 2019. – Т. 3, №1. – С. 45-51. – DOI 10.17116/operhirurg2019301145. – EDN GMGNDJ.
3. Бежин А.И. Юбилей кружка кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии / А.И. Бежин // Innova. – 2017. – №3 (8). – С. 6-9.
4. Волков А.В. Прошлое, настоящее и перспективы развития кафедр оперативной хирургии и топографической анатомии (к 140-летию кафедр оперативной хирургии и топографической анатомии) / А.В. Волков, В.А. Головнев // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2007. – №3-4 (22-23). – С. 153-154. – EDN JWMENT
5. Мирон Н.И. Афоризмы о хирургических операциях / Н.И. Мирон // Евразийское Научное Объединение. – 2017. – Т. 1, №9 (31). – С. 70-74. – EDN ZMJELD
6. Островерхов Г.Е. Курс оперативной хирургии и топографической анатомии для студентов мед. ин-тов и врачей / Г.Е. Островерхов. – М.: Медгиз, 1963. – 740 с.
7. Островерхов Г.Е. Курс оперативной хирургии и топографической анатомии для студентов мед. ин-тов и врачей / Г.Е. Островерхов. – М.: Медицина, 1964. – 744 с.
8. Островерхов Г.Е. Оперативная хирургия и топографическая анатомия учебник для мед. ин-тов / Г.Е. Островерхов. – М.: Медицина, 1972. – 711 с.
9. Островерхов Г.Е. Оперативная хирургия и топографическая анатомия учебник для мед. ин-тов / Г.Е. Островерхов, Ю.М. Бомаиш, Д.Н. Лубоцкий. – К.: Курский гос. мед. ун-т, 1996. – 720 с.
10. Островерхов Г.Е. Оперативная хирургия и топографическая анатомия: учебник / Г.Е. Островерхов, Ю.М. Бомаиш, Д.Н. Лубоцкий. М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2005. – с. 736.
11. Островерхов Георгий Ефимович / КГМУ: [Электронный ресурс]: КГМУ. К., 2002-2025. URL: <https://kurskmed.com/department/library/section/proekty/subsection/rektory-25/page/ostroverhov>. (Дата обращения: 30.04.2025).
12. Презентация: Островерхов Г.Е. Оперативная хирургия и топографическая анатомия: учебник для студентов медицинских вузов // Морфология. – 2017. – Т. 11, №3. – С. 63-75. – DOI 10.26641/1997-9665.2017.3.63-75. – EDN XUXEZF.

13. Прокопьев Н.Я. Выдающиеся анатомы и их вклад в мировую науку. Часть 10 / Н.Я. Прокопьев, В.И. Назмутдинова, В.В. Насонов // Педагогика высшей школы. – 2017. – №2 (8). – С. 17-23. – EDN YJMYFZ.
14. Сурков Н.А. Визуальные технологии в формировании профессиональных компетенций студентов медвуза. Анатомический музей кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова / Н.А. Сурков, О.М. Дондуп, О.Г. Устинов и др. // Методология и технология непрерывного профессионального образования. – 2023. – №2 (14). – С. 40-48. – DOI 10.24075/MTCPE.2023.010. – EDN IXLCJT
15. Nikishina N.A. Heads of the Kursk State Medical Institute, military doctors, heroes of the Great Patriotic War 1941-1945 / N.A. Nikishina, V.A. Lazarenko, A.V. Ivanov [et al.] // Коллекция гуманитарных исследований. – 2022. – №1 (30). – P. 59-68. – DOI 10.21626/j-chr/2022-1(30)9. – EDN YIUUSZ.

Медведев И.Б. Офтальмология на войне: как боевые ранения изменили глазную хирургию. Доклад к 80-летию победы. / И.Б. Медведев, А.Д. Арсютов, К.К. Романцов и др. // Вестник оперативной хирургии и топографической анатомии. – 2025. – Т. 6, №2 (15). – С. 21-24

УДК 617.7

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ НА ВОЙНЕ: КАК БОЕВЫЕ РАНЕНИЯ ИЗМЕНИЛИ ГЛАЗНУЮ ХИРУРГИЮ. ДОКЛАД К 80-ЛЕТИЮ ПОБЕДЫ

МЕДВЕДЕВ И.Б.¹, АРСЮТОВ А.Д.¹, РОМАНЦОВ К.К.¹,
МЕДВЕДЕВА А.И.^{1,2}, ДЕРГАЧЁВА Н.Н.¹

¹ Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова,
Москва, Россия

² Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, Москва, Россия

Аннотация

В данной статье рассматривается эволюция офтальмологии в военное время, в частности, особое внимание уделяется тому, как боевые травмы существенно повлияли на достижения в области хирургии глаза. Был проведен всесторонний обзор литературы, в ходе которого собрана соответствующая информация по теме "Офтальмология на войне: как боевые травмы изменили хирургию глаза".

Ключевые слова: Первая Мировая война, Вторая Мировая война, роговица, внутриглазные инородные тела, глазное протезирование, пластика век, интраокулярные линзы

* Сведения об авторах:

Медведев Игорь Борисович, e-mail: 7280033@mail.ru, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой, федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра офтальмологии ФДПО, Россия, 117997, г. Москва, ул. Островитянова, 1

SPIN-код: 5779-2406, ORCID: 0000-0002-8111-0919

Арсютов Андрей Дмитриевич, e-mail: a_arsyutov@mail.ru, федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра офтальмологии ФДПО, 117997, Российская Федерация, г. Москва, ул. Островитянова, 1

ORCID: 0009-0001-7543-6496

Романцов Константин Константинович, e-mail: ferizis@mail.ru, федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра офтальмологии ФДПО, 117997, Российская Федерация, г. Москва, ул. Островитянова, 1

ORCID: 0009-0006-2363-1632

Медведева Анна Игоревна, e-mail: smirnula1@yandex.ru, федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра офтальмологии ФДПО, 117997, Российская Федерация, г. Москва, ул. Островитянова, 1, федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы", 117198, Российская Федерация, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6

ORCID: 0009-0001-1151-3050

Дергачёва Надежда Николаевна, e-mail: deb20052005@yandex.ru, к.м.н., доцент, федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра офтальмологии ФДПО, 117997, Российская Федерация, г. Москва, ул. Островитянова, 1

SPIN-код: 4932-0400, ORCID: 0000-0003-3441-9072

OPHTHALMOLOGY IN WAR: HOW COMBAT WOUNDS CHANGED EYE SURGERY. REPORT FOR 80th ANNIVERSARY OF VICTORY

MEDVEDEV I.B. ¹, ARSYUTOV A.D. ¹, ROMANTSOV K.K. ¹,
MEDVEDEVA A.I. ^{1,2}, DERGACHEVA N.N. ¹

¹ N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

² Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba, Moscow, Russia

Abstract

This article examines the evolution of ophthalmology during wartime, with particular attention to how combat trauma has significantly impacted advances in eye surgery. A comprehensive literature review was conducted to gather relevant information on the topic of "Ophthalmology at War: how combat trauma changed eye surgery".

Keywords: World War I, World War II, cornea, intraocular foreign bodies, ocular prosthetics, eyelid surgery, intraocular lenses

Актуальность. Войны всегда были катализатором развития инноваций в медицине, и офтальмология не стала исключением. Боевые травмы глаз, массовые ранения и применение новых видов оружия заставляли врачей искать нестандартные решения, что привело к прорывам в диагностике, хирургии и реабилитации. Рассмотрим, как развивалась офтальмология до мировых войн, в военное время и в послевоенный период.

Цель работы. Обзор данных и достижений в области офтальмохирургии в поствоенный период.

Материалы и методы. Проводился поиск и анализ отечественной и зарубежной литературы, источников доступных в сети интернет, открытых библиотечных фондов на тему: "Офтальмология на войне: как боевые ранения изменили глазную хирургию". Были проанализированы 13 литературных источников, включающие отечественные и иностранные статьи, книги, содержащие актуальную информацию по тематике, офтальмология на войне.

Результаты и обсуждения. Первая мировая война (1914-1918) ознаменовалась применением артиллерийского и химического оружия – иприта [8]. Увеличение числа поражений органа зрения до 2,25%, количество контузий и ранений глаза, а также рост частоты открытой травмы глаза – всё это послужило причиной кристаллизации военно-полевой офтальмологии из военно-полевой хирургии [4]. Изменилось соотношение характера ранений глазного яблока от артиллерийского и ружейного огня (приблизительно по 50% соответственно). От артиллерийского огня 59,2% ранения были

осколочными, при этом существенно (до 30%) выросла частота поражений с наличием инородных тел внутри глаза [9]. Проникающие ранения привели к внедрению конъюнктивального покрытия роговично-склеральных ран по Кунту [4]. Этот способ во многом был актуален и для Второй Мировой войны [6].

С целью обнаружения внутриглазных инородных тел была разработана методика рентгенодиагностики Келера-Головина, которая стала проводиться в стационарных учреждениях и авторентгеновских станциях, направлявшихся на театр военных действий. Пинес Н.И. разработал электромагнит особой конструкции и пропагандировал его использование в офтальмологии [3]. Учитывая, что главным условием удаления внутриглазного инородного тела должна быть свежесть случая, когда гигантский электромагнит должен быть применен сразу же после ранения, он предложил использовать их в передовых отрядах Красного Креста или в дивизионных лазаретах [9]. Применение иприта в качестве химического оружия вызывало у пораженных некроз век, что заставило врачей думать о новых способах пластики кожных покровов [13]. Филатовым В.П. был разработан достаточно эффективный метод пластики для закрытия дефектов с помощью круглого стебля, образованного из кожи и подкожной жировой клетчатки, что явилось ценнейшим вкладом в развитии современной восстановительной хирургии [5]. Воздействие иприта на глаза может привести к ослаблению местного иммунитета, подвергая роговицу воздействию внешних и внутренних инфекций и в конечном итоге вызывая её

помутнение и ухудшение зрения [12]. Это стало толчком для исследований в области кератопластики. К концу войны была создана новая система медицинского обеспечения войск, в том числе формирование специализированных офтальмологических отделений госпиталей, сыгравшая существенную роль при оказании офтальмологической помощи на этапах медицинской эвакуации в последующих войнах столетия [4].

Вторая мировая война (1939-1945). Прорывом в области кератопластики стал способ пересадки роговицы, разработанный Филатовым В.П. в период Великой Отечественной войны. Внедрен в практику способ консервации трупной роговицы при температуре 4°C выше нуля [5]. Несмотря на то, что основным способом хирургического лечения проникающих ранений глазного яблока было конъюнктивальное покрытие по Кунту, Левкоева Э.Ф., Кацнельсон А.Б., Логинов Г.Г. и другие стали высказываться в пользу наложения роговичных и склеральных швов. По их мнению, конъюнктивальный лоскут не обеспечивал нужного смыкания краев раны и был скорее вреден, чем полезен для ее дальнейшего заживления. При таком способе покрытия раны часто образовывались рубцы в роговице и склере, а также мощные шварты, что впоследствии могло привести к атрофии глазного яблока. Избежать этого, по мнению Левкоевой Э.В., возможно только за счет плотного соединения краев роговичной (или склеральной) раны с помощью глубоких швов [6].

В первом периоде Великой Отечественной войны некоторые офтальмологи пользовались преимущественно извлечением инородных тел "передним путем". Процент извлеченных магнитом осколков был при этом невелик, что приводило к неправильному заключению о чрезмерно высоком количестве немагнитных осколков в военное время (60-70% вместо фактических 35%). К тому же доступ к инородным телам, находящимся в задней камере глаза, был практически недоступен. В 1943 г. на совещании военных офтальмологов в Москве был официально рекомендован метод диасклерального извлечения магнитных осколков огнестрельных снарядов из заднего отдела глаза. С 1944 г. диасклеральный метод стал доминирующим в практике госпиталей как на фронте, так и в тыловом районе [1]. Было немало случаев, когда такие удаленные

"передним путем" ложно немагнитные инородные тела оказывались в действительности магнитными и без труда извлекались из глаза с помощью диасклеральной операции [7].

До Второй мировой войны глазные протезы изготавливались преимущественно из стекла, особенно в Германии, которая была центром производства благодаря своим передовым технологиям стеклодувного искусства. Однако во время войны поставки немецких товаров в страны Антигитлеровской коалиции были прекращены, что побудило специалистов искать альтернативные материалы. Так началось использование акрилового пластика (полиметилметакрилата) для изготовления глазных протезов. До этого времени протезирование глаза в основном носило косметический характер и было крайне примитивным. Переход от стеклянных протезов к акриловым был обусловлен несколькими факторами: их прочность и безопасность позволяли снизить риск повреждения глазниц, легкость изготовления акриловых протезов позволяла создавать более точные и индивидуально подогнанные протезы, что улучшило комфорт и внешний вид. Также протезы из акрила вызывали меньше аллергических реакций и воспалений, что делало их безопасными для длительного использования. В Советском Союзе были предприняты усилия по развитию глазного протезирования. Ленинградская лаборатория глазного протезирования, эвакуированная во время войны, впоследствии была возвращена в Москву и преобразована в фабрику глазных протезов. Было налажено их массовое производство, что позволило снабжать глазопротезные кабинеты всей страны [2]. Во время Второй мировой войны Гарольд Ридли заметил, что, когда осколки акрилового пластика от козырьков кабины самолета попадали в глаза пилотов, это не вызывало воспалительного отторжения, в отличие от осколков стекла. Это привело его к идее использовать искусственные хрусталики, состоящие из акрилового пластика, для лечения катаракты. 29 ноября 1949 года в больнице Святого Томаса Ридли впервые имплантировал интраокулярную линзу, хотя только 8 февраля 1950 года он оставил искусственный хрусталик на постоянном месте в глазу [10, 11]. Таким образом, Гарольдом Ридли был заложен прочный фундамент для лечения катаракты.

Выводы. Войны XX века стали мощным катализатором развития офтальмологии, превратив её из области отчаяния в науку спасения зрения. Первая мировая война, несмотря на свою разрушительность, заложила основы военно-полевой офтальмологии: методика рентгенодиагностики Келера-Головина, пластика век "стебельком" по Филатову показали, что даже в условиях хаоса можно сохранить анатомию и функцию глаза. В период Второй Мировой войны был предложен новый способ закрытия ранений глазного

яблока, а также доказано преимущество диасклерального удаления осколков над методом "переднего пути". Пересадка трупной роговицы Филатовым открыла эру аллотрансплантации, а его методы консервации явились фундаментом для современных глазных банков. Послевоенные годы подарили миру интраокулярные линзы Ридли – технологию, изменившую лечение катаракты. Эти достижения, рожденные в военных госпиталях, стали фундаментом современной офтальмологии.

Список литературы

1. Аветисова С.Е. Офтальмология / С.Е. Аветисова, Е.А. Егорова, Л.К. Моштова [и др.]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 904 с.
2. Вериго Е.Н. Исторические аспекты глазного протезирования / Е.Н. Вериго, В.А. Тучин, И.А. Пряхина // Вестник офтальмологии. – 2012. – Т. 128, №5. – С. 44-47.
3. Волков В.В. Об эволюции офтальмохирургической помощи в Российской армии в войнах XX столетия (к 100-летию Первой мировой войны) / В.В. Волков, Э.В. Бойко, Р.Л. Трояновский [и др.] // VI Всерос. семинар с междунар. участием "Круглый стол" "МАКУЛА 2012" (Ростов-на-Дону, 16-18 мая 2014 г.): микролекции, тезисы докладов, стенограммы дискуссий. – Ростов-на-Дону: Ростовский офтальмологический центр "ИнтерЮНА", 2014. – С. 39-55.
4. Волков В.В. К 100-летию Первой мировой войны / В.В. Волков, Э.В. Бойко, Р.Л. Трояновский [и др.] // Организация офтальмологической помощи, кадровая политика. Медико-социальные проблемы, заболеваемость, инвалидность, слепота, слабовидение, реабилитация: материалы X съезда офтальмологов России (Москва, 17-19 июня 2015 г.). – Москва: Изд-во "Офтальмология", 2015. – С. 37.
5. Галиакберева З.Р. Развитие офтальмохирургии в России / З.Р. Галиакберева, В.А. Чинарев // Вестник совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2017. – Т. 2, №2 (17). – С. 111.
6. Гундорова Р.А. Травмы глаза / Р.А. Гундорова, В.В. Нероев, В.В. Кашиников. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 304 с.
7. Куликов А.Н. Организация офтальмологической помощи раненым в годы Великой Отечественной войны (к 70-летию окончания Великой Отечественной войны) / А.Н. Куликов, Ю.А. Кирилов, В.А. Рейтузов // Офтальмологические ведомости. – 2015. – Т. VIII, №3. – С. 1057-1060.
8. Супотницкий М.В. Химическое оружие в Первой мировой войне / М.В. Супотницкий, С.В. Петров, В.А. Ковтун. – Москва: Русская панорама, 2020. – 446 с.
9. Шимкин Н.И. Огнестрельные повреждения органа зрения в современной войне: дис. д-ра мед. наук / Н.И. Шимкин. – Одесса: Изд. Одесского областного военно-промышленного комитета, 1917. – 395 с.
10. Leffler C.T. Sir Harold Ridley (1906-2001) and His Cure for Aphakia: New Historical Insights Into the Invention of the Intraocular Lens / C.T. Leffler, D. Spalton, S.G. Schwartz et. al. // Am. J. Ophthalmol. – 2025. – Vol. 273. – P. 167-175. – DOI: 10.1016/j.ajo.2025.02.020.
11. Lim K.S. Sir Harold Ridley as the Pioneer of Intraocular Lenses: His Inspiration Drawn From World War II Pilots / K.S. Lim, A. Mishra // Cureus. – 2024. – Vol. 16, №9. – e68722. – DOI: 10.7759/cureus68722.
12. Parvin S. Tear proteomics analysis of patient suffered from delayed mustard gas keratopathy / S. Parvin, A. Shahriary, H. Aghamollaei [et al.] // Proteome Sci. – 2022. – Vol. 20. – Article 13. Veterans at Risk: The Health Effects of Mustard Gas and Lewisite / Institute of Medicine (US) Committee on the Survey of the Health Effects of Mustard Gas and Lewisite; C.M. Pechura, D.P. Rall, editors. – Washington (DC): National Academies Press (US), 1993.

Некрасов Е.А. Спасённый госпиталь: страницы жизни военного врача II ранга М.М. Лилова / Е.А. Некрасов, С.В. Нагорная // Вестник оперативной хирургии и топографической анатомии. – 2025. – Т. 6, №2 (15). – С. 25-29

УДК 614.23(092):355

СПАСЁННЫЙ ГОСПИТАЛЬ: СТРАНИЦЫ ЖИЗНИ ВОЕННОГО ВРАЧА II РАНГА М.М. ЛИЛОВА

НЕКРАСОВ Е.А., НАГОРНАЯ С.В.

Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск, Россия

Аннотация

В данной статье рассматривается история жизни военврача II ранга Михаила Михайловича Лилова, который совершил подвиг летом 1941 года, обеспечивая руководство госпиталем под угрозой окружения и уничтожения в районе г. Ярцево Смоленской области.

Цель работы: восполнить недостающие данные о положении советских военных госпиталей в первые месяцы войны на примере истории жизни и героического выполнения профессионального долга военврача II ранга Лилова М.М.

В ходе исследования были использованы источники из государственного архива Смоленской области и центрального архива министерства обороны Российской Федерации, статьи из местных газет, краеведческая литература, материалы Ярцевского историко-краеведческого музея, а также личные воспоминания Михаила Лилова. Применялись идеографический и историографический методы исследования.

Результаты исследования. Обнаруженные сведения о жизни и деятельности Лилова М.М. – военврач II ранга, начальника отдельного 223 медико-санитарного батальона в первые месяцы Великой Отечественной войны, подтверждают данные о трудном положении на Западном фронте и проблемах в оказании медицинской помощи раненым летом 1941 г.

Однако медицинские работники продолжали доблестно выполнять свой долг. Одним из таких героев можно назвать Лилова М.М., который смог в крайне сложной и опасной обстановке организовать лечебную помощь и осуществить эвакуацию раненых руководимого им госпиталя. Он столкнулся с критической ситуацией: непрерывными бомбардировками, угрозой окружения и нехваткой транспорта. Но, несмотря на хаос отступления и отсутствие связи с командованием, Лилов организовал эвакуацию сотен раненых, используя подручные средства, включая брошенные вагоны и самодельные "тракторные поезда". Благодаря его решительности и самоотверженности большинство раненых были спасены. История Лилова М.М. иллюстрирует героизм военных медиков в 1941 году, их способность действовать в экстремальных условиях и спасти жизни вопреки обстоятельствам. За долгие годы работы врачом он спас тысячи жизней, что задокументировано в архивах и в наградных листах.

Ключевые слова: военврач, госпиталь, раненный, Смоленщина, Великая Отечественная война, лето 1941 года

* Сведения об авторах:

Некрасов Егор Александрович, e-mail: ripcha2006@mail.ru, студент, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Смоленский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, фармацевтический факультет, 214019, Российская Федерация, г. Смоленск, ул. Крупской, 28

ORCID: 0009-0007-2930-666X

Нагорная Светлана Владимировна, e-mail: svetlana_nagor@mail.ru, к.м.н, доцент, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Смоленский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра философии, биоэтики, истории медицины и социальных наук, 214019, Российская Федерация, г. Смоленск, ул. Крупской, 28

ORCID: 0000-0001-9110-0645, scopus: 33568121600

SAVED HOSPITAL: PAGES OF THE LIFE OF MILITARY DOCTOR OF THE 2ND RANK M.M. LILOV

NEKRASOV E.A., NAGORNAYA S.V.
Smolensk State Medical University, Smolensk, Russia

Abstract

This article examines the life story of military doctor of the 2nd rank Mikhail Mikhailovich Lilov, who performed a feat in the summer of 1941, providing management of a hospital under threat of destruction in the area in the Yartsevo region of the Smolensk region.

Objective: to fill in missing data on the situation of Soviet military hospitals in the first months of the war using the example of the life story of military doctor 2nd rank Lilov M.M.

Materials and methods: during the study, sources from the archives of the Ministry of Defense of the Russian Federation, articles from local newspapers, local history literature, materials from the Yartsevo Museum of History and Local History, as well as personal memories of Mikhail Lilov were used. Ideographic and historiographic research methods were used.

As a result of the study, we learned from the example of one of the hospitals about the difficult situation on the Western Front with the organization of medical care for the wounded in the summer of 1941. However, medical workers continued to valiantly perform their duty. One such hero is Lilov M.M., who was able to organize medical care and evacuate the wounded from the hospital he led in an extremely difficult and dangerous situation. He faced a critical situation: continuous bombing, the threat of encirclement and a lack of transport. But despite the chaos of the retreat and the lack of communication with the command, Lilov organized the evacuation of hundreds of wounded, using improvised means, including abandoned train cars and homemade "tractor trains". Thanks to his determination and dedication, most of the wounded were saved. The story of Lilov M.M. illustrates the heroism of military doctors in 1941, their ability to act in extreme conditions and save lives despite the circumstances. Over the long years of working as a doctor, he saved thousands of lives, which is documented in archives and in award sheets.

Keywords: military doctor, hospital, wounded, Smolensk region, Great Patriotic War, summer 1941

Актуальность. История Великой Отечественной войны на Смоленщине полна загадок и противоречий. В особенности это относится к самому страшному периоду – лету 1941 года. Положение военных госпиталей было отчаянным, а военврачи, выполняя свои профессиональные обязанности, часто были вынуждены принимать самостоятельные решения не успевая согласовать их с командованием: без необходимых медикаментов и продуктов питания, под бомбежками и угрозой окружения, пытались вывести пациентов за линию фронта. Среди тех, кто героически выполнял свой врачебный долг, несмотря на все ужасы войны – военврач II ранга Лилов Михаил Михайлович. Долгие годы о подвиге Лилова М.М. было известно лишь узкому кругу исследователей. Наша общая задача – сохранить память о таких героях, воспитывая на примерах прошлого новые поколения российских врачей.

Цель исследования: восполнить недостающие данные о положении советских военных госпиталей в первые месяцы войны на

примере истории жизни военврача II ранга Лилова М.М.

Материалы и методика. В ходе исследования были использованы источники из государственного архива Смоленской области, краеведческая литература, материалы Ярцевского историко-краеведческого музея, статьи из местных газет, а также личные воспоминания Михаила Лилова. Применялись идеографический и историографический методы исследования.

Результаты исследования. Одним из участников событий первых месяцев Великой Отечественной войны стал военврач II ранга Лилов Михаил Михайлович. Он родился в Вязьме в семье служащего в 28.07.1898 г. Окончив гимназию в 1917 г. поступил на медицинский факультет Московского университета, но вынужден был прервать учёбу в 1919 г. – ушёл добровольцем в Рабоче-крестьянскую Красную Армию, участвовал в Гражданской войне. После демобилизации с 1922 г. продолжил обучение на медицинском факультете Смоленского государственного

университета, который окончил в 1926 году. Получив диплом, работал врачом в г. Вязьме и Вяземском районе, с 1930 года возглавлял Вяземский райздравотдел. В 1932 г. получил назначение на должность заведующего лечебным подотделом Смоленского городского отдела здравоохранения, а затем и возглавил его. В конце 1937 г. в связи с арестом близких родственников был исключен из рядов ВКП(б) и уволен с работы, но через несколько месяцев восстановлен в партийных рядах и летом 1938 г. назначен главным врачом 2 Советской больницы (в настоящее время – клиническая больница скорой медицинской помощи "Красный крест"). Активно участвовал в общественной жизни, избирался депутатом городского совета, был лектором дома политпросвещения [10].

С началом Великой Отечественной войны в звании военврача II ранга Михаил Лилов, как опытный военный медик, сразу же был мобилизован, и 2 июля 1941 г. назначен начальником формирующегося в пригороде Смоленска эвакуационного госпиталя №1125 20 резервной армии Западного фронта [1, 8]. Немцы бомбили город. Красная Армия, отступала, неся большие потери [9]. Когда возникла угроза прорыва, госпиталь был отведён на восток, в район деревни Шокино. В фондах Ярцевского краеведческого музея хранятся записанные Лиловым воспоминания, где он указывает: "12 июля 1941 года я сделал отметку: "Госпиталь начал прием раненых. Раненые с переднего края в большом количестве, среди них тяжелые, с газовой гангреной. Большая смертность. Через район расположения госпиталя двигались на восток небольшие воинские подразделения с оружием и без, с командирами и без них. Меня пригласил начальник штаба корпуса и дал указание от имени командира корпуса Хмельницкого немедленно сниматься, так как следовало ожидать усиления бомбардировки фашистских самолётов. Направился я в эвакупункт 29, к его начальнику бригадному врачу Шонину. Выслушав мой доклад Шонин заявил: "Паника, оставайтесь на месте". С этим я прибыл обратно в госпиталь. Между тем обстановка ухудшалась, по автостраде усилилось движение войсковых частей и техники в сторону Москвы. На следующий день, направленный в эвакупункт для доклада комиссар госпиталя Комолов, возвратился ни с чем, так как эвакупункт и его начальник убыли неизвестно куда. Нужно было

принимать решение самостоятельно". Михаил Лилов собрал начальников и политруков отделений и по найденной где-то административной карте Смоленской области наметил пути эвакуации на Вязьму.

Госпиталь был не маленький: фактически в чистом поле у Лилова было больше тысячи раненых. Примерно семьсот легкораненых человек отправили своим ходом в сторону Вязьмы. С ними отправили нескольких медицинских работников и пару повозок с продуктами. И эта колонна успела пройти сквозь Ярцево буквально перед прорывом немцев. Однако у Михаила Лилова осталось почти 250 тяжелораненых бойцов. Прикинув географию местности, он решил попытаться эвакуировать их по железной дороге. Станцию Кардымово немецкая авиация превратила в огненные руины, эвакуироваться с неё было нельзя, поэтому решили двигаться на ближнюю к Ярцеву станцию Присельская [11].

"Остался только один дежурный помощник начальника станции и тот получил указание от управления дороги – сниматься. Я оставил при нем старшего лейтенанта Панкратенкова в роли коменданта станции, запретил сниматься со станции до отправки раненых госпиталя и направился искать вагоны для погрузки" – писал Михаил Лилов. На запасном пути были найдены 9 товарных вагонов из-под лошадей. Личным составом госпиталя вагоны были очищены от навоза. Всю ночь скудным транспортом госпиталя раненые, имущество и личный состав перевозились на станцию. Грузенные ранеными, товарные вагоны под утро 19 июля прицеплены были к проходящему эшелону и двинулись в сторону Ярцева [11, с. 13]. Михаил Лилов, не знал, что в Ярцеве уже третьи сутки кипят страшные уличные бои. Что мосты разбиты. Что от самого Ярцева на несколько километров в сторону Присельской железная дорога забита стоящими эшелонами – их просто бросили при паническом отступлении [7].

Эшелон с ранеными отошел от Присельской на несколько километров и упёрся в стоящие составы. Они были битком набиты оружием, боеприпасами, продуктами, эвакуированным из Смоленска имуществом. Стало понятно, что прорваться не получится. "Обстановка утяжелялась: ясно были слышны разрывы мин, некоторые мины перелетали через наши головы, снижающиеся немецкие самолеты сбрасывали десант в расположенный недалеко лесок. К нашим вагонам с поля боя привозили раненых.

Мы им оказывали возможную в этих условиях медицинскую помощь и оставляли у себя. Для выяснения обстановки в сторону Ярцева отправили на разведку старшего лейтенанта Панкратенкова, политрука Иванова и санитаря Жуковского. Целый день с волнением ожидали их возвращения" – вспоминал Михаил Лилов. Они прибыли поздно вечером и сообщили, что под Ярцевом высажен немецкий десант и что каждый мимо проходящий паровоз подвергается минометному обстрелу, что они тоже были обстреляны и с трудом возвратились. Утром немецкие самолёты на бреющем полёте стали расстреливать застывшие на путях эшелоны. Спасая раненых, их выгружали из вагонов и укрывали от обстрела с воздуха в кустах у железной дороги [9]. Опасались прилета бомбардировщиков. Было решено уходить с Присельской и идти в деревню Шестаково, а затем к Соловьёвой переправе. В Шестаково заняли бывшую квартиру директора под операционную, а побеленные свинарники – для размещения раненых. Хирурги госпиталя развернули работу в операционной и перевязочной. "Мины разрывались в районе операционного блока и один осколок влетел в операционную во время работы", – вспоминал Лилов. Необходим был какой-либо транспорт. Удалось собрать три десятка лошадей с телегами, найти брошенный грузовик, пару прицепов, колхозный трактор. Из собранного транспорта соорудили "тракторный поезд", прицепив к нему телеги, привязав несколько дощатых щитов, погрузили раненых хирургического отделения и отправили к Днепру, н переправу. Через сутки порожний транспорт возвратился: раненые успешно были переправлены и размещены в эвакуационном госпитале на восточном берегу, в деревне Челновая. Таким же маршрутом отправили ещё два рейса [10].

При этом Соловьева переправа обстреливалась, не было стационарного моста, сообщение между берегами поддерживалось лишь канатным паромом вместимостью на две машины. Паром перетягивали от одного на другой берег при помощи ручной лебедки – вспоминал впоследствии участник тех событий Василий Соломко [11]. Но только после того, как всех раненых увезли, в ночь с 24 на 25 июля начальник госпиталя Лилов, комиссар Комолов и секретарь парторганизации Стариков (ректор Смоленского государственного медицинского института в 1950-1978 гг.) пешком отправились

тем же маршрутом [5]. Они успели переправиться до рассвета, пока в небе над переправой ещё не появились бомбардировщики, и на переправе начался настоящий ад [8].

26 июля прибыли в Вязьму. Там удивились – считали, что госпиталь попал в окружение и ведёт бой. Начальники долго думали, что делать с "вернувшимися с того света", а потом распорядились – подготовить письменный доклад и следовать в глубокий тыл, в Тамбов [1, б]. За годы войны Лилов М.М. спас еще тысячи жизней, что отражено в архивных сведениях и в наградных листах. В 1943 году, будучи в звании майора медицинской службы, воюя на I Украинском фронте в должности командира отдельного 223 медсанбата, Лилов М.М. за свой самоотверженный труд и воинскую доблесть был награждён в 1943 г. орденом Красного Знамени и представлялся к награждению орденом Ленина. В 1945 г. был награжден орденом Отечественной войны 2 степени и медалью "За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг." [1].

Демобилизовавшись в 1946 году, Михаил Михайлович вернулся в Смоленск и приложил все силы для восстановления здравоохранения области, претерпевшего огромный урон. Вначале руководил амбулаторией Заднепровского района города [2]. В 1947 г. был назначен заместителем заведующего Смоленским областным отделом здравоохранения [3]. В 1948-1949 гг. возглавлял отдел [4], а с конца 1949 года до выхода на пенсию вновь работал заместителем заведующего. Умер Лилов М.М. в мае 1968 году, похоронен на Братском кладбище города Смоленска.

Выводы. Исследование материалов о жизни и деятельности Лилова М.М. – военврача II ранга, начальника эвакуационного госпиталя №1125 20 армии Западного фронта с первых дней Великой Отечественной войны, подтверждает данные о трудном положении на Западном фронте и проблемах в оказании медицинской помощи раненым летом 1941 г. Однако, несмотря на угрозу окружения, медицинские работники продолжали доблестно и добросовестно выполнять свой долг. Одним из таких героев с полным правом можно назвать Лилова М.М., который смог в крайне сложной и опасной обстановке организовать лечебную помощь и успешно осуществить эвакуацию раненых руководимого им госпиталя через

Соловьеву переправу на реке Днепр. Продолжая службу, был впоследствии награжден орденами Красного Знамени и Отечественной войны 2 степени, медалью "За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.". В первые послевоенные годы он возглавлял Смоленский областной отдел здравоохранения, восстанавливая разрушенную войной область и

более 20 лет работал там в должности заместителя заведующего отделом. Долгие годы о подвиге Лилова М.М. было известно лишь узкому кругу исследователей. Наша общая задача – сохранить память о таких героях, воспитывая на примерах прошлого новые поколения российских врачей.

Список литературы:

1. Альбом участника войны. Портал "Память народа" [Электронный ресурс]. URL: https://cdnc.pamyat-naroda.ru/booklet/booklet_490067feab88694388c39714ec76.pdf (дата обращения: 26.01.2025).
2. ГАСО. – Ф. Р-2432. – Оп. 4. – Д. 212. – Л. 82-83.
3. ГАСО. – Ф. Р-3400. – Оп. 1. – Д. 25. – Л. 48.
4. ГАСО. – Ф. Р-3400. – Оп. – 1. – Д. 85. – Л. 27, 76-77
5. Григорий Михайлович Стариков – ректор своей эпохи / под ред. В.Г. Плешкова – Смоленск: СГМА, 2008. – 232 с.
6. Иванов Н.Г. Советское здравоохранение и военная медицина в Великой отечественной войне 1941-1945 гг. / Н.Г. Иванов, А.С. Георгиевский, О.С. Лобастов. – Л.: Медицина, 1985. – 340 с.
7. Листая памяти страницы... В двух книгах. Книга первая. / сост. В.С. Василькова, Н.В. Аксенок. – Смоленск: Свиток, 2020. – 288 с.
8. Лопуховский Л.Н. Вяземская катастрофа 1941: страшнейшая трагедия ВОВ / Л.Н. Лопуховский. – Москва: Эксмо: Яуза, 2017. – 640 с.
9. Новиков В.С. Работа эвакуационных госпиталей в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. (по материалам архивов Министерства обороны) / В.С. Новиков, А.М. Шелепов // Вестник образования и развития науки Российской Академии естественных наук. – 2021. – №2. – С. 5-13.
10. Сатанов Д.А. Брошенный госпиталь / Д.А. Сатанов // Рекламно-информационная газета "Сигма плюс", 15 нояб. 2016. – С. 4-5. (Из фондов Ярцевского краеведческого музея)
11. Соломко В.Г. Жить – не поле перейти... Повесть о судьбах людских. / В.Г. Соломко. – Смоленск: Типография, 1997. – 206 с.

Соболева Е.В. Личностные факторы эмоционального выгорания хирургов: как сохранить психоэмоциональное здоровье персонала в 2025 году / Е.В. Соболева // Вестник оперативной хирургии и топографической анатомии. – 2025. – Т. 6, №2 (15). – С. 30-33

УДК 159.9.

ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ХИРУРГОВ: КАК СОХРАНИТЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ

СОБОЛЕВА Е.В.

Санкт-Петербургский университет технологий управления и экономики,
Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

В статье рассматриваются психологические факторы, влияющие на профессиональную деятельность хирургов, их влияние на качество операций и взаимодействие с пациентами. Особое внимание уделено таким аспектам, как стресс, эмоциональное выгорание и психоэмоциональная устойчивость. На основе анализа русскоязычных и англоязычных исследований предложены рекомендации по поддержке психоэмоционального состояния хирургов для повышения эффективности их работы и безопасности пациентов.

Ключевые слова: хирург, эмоциональное выгорание, благополучие, копинг-стратегии, эмоциональное истощение, деперсонализация, редукция личных достижений, психологические факторы

PERSONAL FACTORS OF EMOTIONAL BURNOUT IN SURGEONS: HOW TO MAINTAIN THE PSYCHO-EMOTIONAL HEALTH

SOBOLEVA E.V.

Saint Petersburg University of Management Technologies and Economics, Saint Petersburg, Russia

Abstract

The article examines psychological factors that influence the professional activity of surgeons, their impact on the quality of operations and interaction with patients. Particular attention is paid to such aspects as stress, emotional burnout and psycho-emotional stability. Based on the analysis of Russian-language and English-language studies, recommendations are proposed to support the psycho-emotional state of surgeons to improve the efficiency of their work and patient safety.

Keywords: surgeon, emotional burnout, well-being, coping strategies, emotional exhaustion, depersonalization, reduction of personal achievements, psychological factors

Актуальность. Современные реалии нашей статье мы хотели бы остановиться на предъявляют высокие требования к работникам психологических факторах профессионального медицины, однако, с повышением нагрузки выгорания хирургов, специалистов, в руках усиливается проблема эмоционального которых буквально находится человеческая выгорания медиков, которая вызывает жизнь. Как показывает практика, растущие повышенный интерес за последние 5 лет и требования и тяжелый график работы сохраняют свою актуальность в 2025 году. В провоцируют тревогу, апатию, синдром

* Сведения об авторах:

Соболева Елена Владимировна, e-mail: bernar5@mail.ru, к.психол.н., частное образовательное учреждение высшего образования "Санкт-Петербургский университет технологий управления и экономики", кафедра педагогики и психологии, 190020, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, пр. Лермонтовский, 44а, а/я 85
SPIN-код: 7770-4300, ORCID: 0009-0006-2808-6864

хронической усталости, депрессию и, как следствие, снижение работоспособности и развитие соматических заболеваний самих врачей хирургического профиля.

Цель исследования: выявить и проанализировать личностные факторы, способствующие развитию эмоционального выгорания у хирургов, а также предложить современные подходы и рекомендации по сохранению психоэмоционального здоровья медицинского персонала.

Задачи исследования:

- Охарактеризовать основные проявления и последствия эмоционального выгорания среди врачей-хирургов.

- Проанализировать личностные особенности, повышающие уязвимость к выгоранию (например, перфекционизм, самокритичность, идеализм, низкая стрессоустойчивость, трудности в разграничении профессиональной и личной жизни).

- Рассмотреть влияние профессиональных и организационных факторов на формирование выгорания у хирургов в современных условиях (рост нагрузки, цифровизация, бюрократизация, конфликты в коллективе).

- Выделить защитные личностные качества и ресурсы, способствующие профилактике эмоционального выгорания (жизнестойкость, саморефлексия, умение просить о помощи, поддержка вне работы). Проанализировать современные методы и программы поддержки психоэмоционального здоровья медицинского персонала, применимые в 2025 году (корпоративные программы, психопросвещение, организационные изменения).

Понятие эмоционального выгорания было введено Гербертом Фрейденбергером, описывая эмоциональное и физическое истощение, деперсонализацию, понижение профессиональной эффективности среди врачей. В последнее время проблема эмоционального выгорания рассматривается у людей различных профессий, связанных со стрессом, рабочими перегрузками, общением с людьми [4].

Эмоциональное выгорание представляет собой процесс постепенной утраты человеком эмоциональных, физических и психических ресурсов, необходимых для выполнения своих профессиональных обязанностей, жизненных задач на должном уровне. Ключевым фактором

развития выгорания является хронический стресс, вызванный длительными перегрузками как на эмоциональном, так и на физическом уровне.

Динамическое развитие эмоционального выгорания подвержено закономерностям развития стресса как психического процесса. Сначала появляется фаза нервного напряжения, обусловленная дестабилизирующими внешними факторами, повышенной нагрузкой. Затем наступает стадия резистенции, то есть сопротивления. На этой стадии человек пытается любыми способами оградить себя от разрушительного влияния негативных факторов, влияющих на психику. На третьей фазе сокращаются психические факторы борьбы со стрессом, проявляются симптомы психосоматики [4].

Маслач К. выделила три компонента в структуре эмоционального выгорания: эмоциональное истощение, связанное с ощущением глубокого опустошения, отсутствия энергии для выполнения задач; деперсонализация, проявляющаяся в отчуждении, безразличии и циничном отношении к людям; снижение личных достижений в отношении своей профессиональной деятельности, убежденность в том, что работа не приносит удовольствия и пользы [5].

Эмоциональное выгорание нельзя рассматривать как единичное событие или кратковременное состояние – это процесс, который развивается постепенно и проходит через несколько стадий. На ранних этапах человек может испытывать повышенный энтузиазм к работе и готовность справляться с трудностями, однако со временем эта мотивация начинает угасать, уступая место усталости и разочарованию.

В связи с этим, возрастает необходимость усиления мер по противодействию эмоциональному выгоранию хирургов, которые должны строиться не только на оптимизации условий труда медицинских работников, но и мер по охране здоровья и благополучия самих работников и их пациентов.

По данным высшей школы экономики, уже в 2024 году 61% врачей сталкивались с выгоранием. В 2025 году, на фоне роста нагрузки, цифровой бюрократии и роста конфликтов с пациентами, эта цифра только увеличится.

Далее остановимся на фактах, касающихся трудовой деятельности хирургов, в частности,

на тяжелом графике работы с ночными сменами, высоким уровнем ответственности, когда ошибки могут повлечь за собой серьезные проблемы. Дополнительным фактором стресса являются соприкосновение с человеческими страданиями и потерями. При этом хирурги выполняют бюрократическую работу по пациентам, связанную с заполнением медицинской документации, подготовкой печатных материалов, что сокращает время на взаимодействие с самими пациентами.

Стресс усиливается при личностных особенностях, связанных с невротическим перфекционизмом самих врачей-хирургов, которые предъявляют высокие требования к своей работе и критикуют себя за малейшую неидеальность, в то время как небольшие ошибки могут действительно привести к необратимым последствиям. При этом, постоянная загруженность и нехватка персонала, вынужденность работы сверхурочно без оплаты может приводить к повышению риска врачебных ошибок. Недостаток отдыха, неполное закрытие своих потребностей, несоблюдение баланса работы и отдыха, зачастую, отсутствие заботы о своем ментальном и физическом здоровье может в конечном счете привести к формированию эмоционального выгорания и далее уже профессионального.

К проблемам, с которыми сталкиваются медицинские работники, можно отнести не только депрессию, но и посттравматическое стрессовое расстройство из-за напряженного графика работы, притеснения и насилия. Среди последствий крайних случаев такого состояния можно выделить симптомы депрессии, употребление психоактивных веществ, суицидальных мыслей. При этом многие медицинские учреждения не предоставляют психологической помощи.

Как отмечают Братухина Е.А. и др., возникновение синдрома эмоционального выгорания медицинских работников определяется объективными и субъективными факторами. Объективные факторы составляют условия труда врачей-хирургов, которые могут негативно сказываться на закрытии базовых потребностей, отдыхе, межличностном общении, создании семьи и рождении детей; показатели вредности и опасности трудовой деятельности характеризуют условия профессиональной деятельности. Важным вопросом индивидуального реагирования на

стрессовые ситуации на рабочем месте становятся субъективные факторы, к которым можно отнести индивидуальную систему мотивов, интересов, установок, ценностей, определяющих профессиональную деятельность хирургов; проектирование личных и профессиональных целей, прогнозирование рисков и действий; показатели темперамента, индивидуально-типологических особенностей, уровень развития коммуникативных навыков [1].

Корехова М.В. к индивидуально-личностным факторам эмоционального выгорания у врачей относит неэффективные стратегии совладания со стрессом, высокую личностную тревожность, сложности с эмоциональной регуляцией, спонтанная агрессивность, чрезмерная открытость. Врачи с высоким уровнем синдрома профессионального выгорания чаще снижали значимость собственных переживаний, применяли неадаптивные (неконструктивные) копинг-стратегии, переоценивали в неблагоприятную сторону возможность действительного разрешения трудностей. Они обладали также более выраженными показателями реактивной и личностной тревожности. У респондентов данной группы отмечалось более выраженное стремление к установлению доверительных и открытых взаимоотношений с окружающими, в то же время для них была более свойственна неустойчивость эмоциональных состояний [2].

В случае, если хирурги находятся в состоянии благополучия, это сказывается на сокращении риска врачебных ошибок, повышается качество ухода за пациентами, удовлетворенность пациентов увеличивается, они быстрее идут на поправку.

Что может снизить риск профессионального выгорания? Перерывы на отдых, гибкий график работы будут снижать усталость. Участие работников медицины в административных дискуссиях и прислушивание администрации к их мнению может способствовать повышению уровня удовлетворенности работой и смягчить выгорание, что скажется на благополучии врачей.

В целях поддержания благоприятной среды в системе здравоохранения можно поддержать следующие инициативы:

Инвестиции в технологические ресурсы по медицинской информации с целью снижения административной нагрузки.

С целью повышения внимания к психологическому здоровью необходимо вкладываться в организационную культуру, укрепление политики рабочих мест и создание здоровой рабочей силы.

Можно ввести инструменты скрининга психического состояния хирургов, соблюдая конфиденциальность, и своевременно оказывать психологическую или психиатрическую помощь.

В качестве самопомощи при симптомах профессионального выгорания хирурги могут практиковать дыхательные техники, техники осознанности в самих стрессовых ситуациях, разграничивать работу и личную жизнь, отстаивать свои границы, снижать стремление к идеальности, принимать свою неидеальность. Восстанавливаться после прожитых стрессовых ситуаций за счет физической активности, качественного сна, правильного питания, прогулок, общения с родными и друзьями,

обучения и развития, поддержания научного интереса, актуализации трендовых тенденций в своей профессиональной сфере.

Выводы. Психологические факторы играют ключевую роль в профессиональной деятельности хирургов, оказывая значительное влияние на качество их работу. Эмоциональное выгорание, хронический стресс и психическая перегрузка остаются вызовами для современной медицины. Анализ показал, что высокая ответственность и требования к хирургам, длительные рабочие смены, недостаток отдыха, отсутствие нормированных перерывов и системы поощрения и стимуляция медицинских работников в целом и эмоциональное давление способствуют развитию синдрома эмоционального выгорания (СЭВ). Это, в свою очередь, не только снижает профессиональную эффективность врачей, но и ставит под угрозу безопасность пациентов.

Список литературы

1. Братухина Е.А. Личностные предпосылки синдрома эмоционального выгорания врачей / Е.А. Братухина, А.Г. Братухин, В.Г. Демченко // *Здоровье населения и среда обитания*. – 2019. – №7 (316). – С. 3943. – DOI: 10.35627/2219-5238/2019-316-7-39-43
2. Корехова М.В. Психологические факторы профессионального выгорания врачей анестезиологов-реаниматологов / М.В. Корехова, А.Г. Соловьев, М.Ю. Киров и др. // *Клиническая и специальная психология*. – 2019. – №8 (2). – С. 16-37. – DOI: 10.17759/cpse.2019080202
3. Одинцова М.А. Психология жизнестойкости: учеб. пособие / М.А. Одинцова. – 2-е изд. стер. – М.: Флинта, 2015. – 292 с.
4. Таранова О.В. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) и хронической усталости (СХУ) как факторы профессиональной успешности (на примере педагогов-мастеров вождения): автореф. дис. ... канд. псих. наук. / О.В. Таранова – М., 2014. – 46 с.
5. Maslach C. *The Professional Burnout* / C. Maslach // *Public welfare*. – 1978. – №1. – P. 34-57.

Теряева А.Д. Первые хирургические кафедры медицинского факультета Смоленского университета: к 105-летию юбилею Смоленского государственного медицинского университета / А.Д. Теряева, Е.А. Афанасенкова, С.В. Нагорная // Вестник оперативной хирургии и топографической анатомии. – 2025. – Т. 6, №2 (15). – С. 34-39

УДК 61(091)

ПЕРВЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ КАФЕДРЫ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА СМОЛЕНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА: К 105-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ СМОЛЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

ТЕРЯЕВА А.Д., АФАНАСЕНКОВА Е.А., НАГОРНАЯ С.В.

Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск, Россия

Аннотация

В статье представлен ретроспективный анализ становления и развития хирургической школы на медицинском факультете Смоленского государственного медицинского университета, начиная с момента его основания. Прослеживаются исторические этапы формирования первых хирургических кафедр, подробно описывается их организационная структура, научная деятельность и педагогические принципы. Особое внимание уделено роли ключевых фигур, внесших значительный вклад в становление и развитие хирургического образования в регионе, а также в подготовку высококвалифицированных специалистов. В работе освещены основные направления научно-исследовательской работы, проводимой на хирургических кафедрах в различные исторические периоды, и их влияние на развитие практической хирургии. Подчеркивается значимость хирургической школы медицинского факультета Смоленского университета для развития медицинского образования и оказания специализированной медицинской помощи населению Смоленской области и близлежащих регионов. Рассмотрены перспективы дальнейшего развития хирургической школы в контексте современных вызовов и задач здравоохранения.

Ключевые слова: хирургия, кафедра, топографическая анатомия, госпитальная хирургия, факультетская хирургия, общая хирургия, медицинский факультет, Смоленский университет, история медицины

* Сведения об авторах:

Теряева Анастасия Дмитриевна, e-mail: nastjaterjaeva@gmail.com, студент, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Смоленский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, лечебный факультет, 214019, Российская Федерация, г. Смоленск, ул. Крупской, 28

ORCID: 0009-0005-9355-978X

Афанасенкова Екатерина Андреевна, e-mail: catherine.af@mail.ru, студент, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Смоленский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, лечебный факультет, 214019, Российская Федерация, г. Смоленск, ул. Крупской, 28

ORCID: 0009-0007-8198-568X

Нагорная Светлана Владимировна, e-mail: svetlana_nagor@mail.ru, к.м.н, доцент, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Смоленский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра философии, биоэтики, истории медицины и социальных наук, 214019, Российская Федерация, г. Смоленск, ул. Крупской, 28

ORCID: 0000-0001-9110-0645, scopus: 33568121600

**THE FIRST SURGICAL DEPARTMENTS
OF SMOLENSK UNIVERSITY MEDICAL FACULTY:
TO THE 105TH ANNIVERSARY OF SMOLENSK STATE MEDICAL UNIVERSITY**

*TERYAEVA A.D., AFANASENKOVA E.A., NAGORNAYA S.B.
Smolensk State Medical University, Smolensk, Russia*

Abstract

The article presents a retrospective analysis of the formation and development of the surgical school at the medical faculty of the Smolensk State Medical University, starting from the moment of its foundation. Trace the historical stages of the first pedagogical surgical departments, detailing their organizational structure, scientific activities and principles. Particular attention is paid to key figures contributing to the formation and development of surgical education in countries, as well as to the training of highly qualified specialists. Historically, the main areas of research work carried out at surgical departments in different periods and their influence on the development of practical surgery have developed. The initiative of the surgical school of the medical faculty of the Smolensk University for the development of medical education and the provision of specialized medical care to the population of the Smolensk region and neighboring regions is emphasized. The prospects for further development of the surgical school are considered, taking into account twenty modern challenges and problems of health care.

Keywords: *surgery, department, topographic anatomy, hospital surgery, faculty surgery, general surgery, medical faculty, Smolensk University, history of medicine*

Актуальность. История хирургии в России насчитывает множество ярких страниц, каждая из которых олицетворяет стремление врачей к развитию и совершенствованию медицинских знаний и практики. Смоленский государственный медицинский университет занимает особое место благодаря своей истории и вкладу в подготовку высококвалифицированных специалистов в области хирургии. Появление первых хирургических кафедр в СГМУ отметило зарождение новой эры в медицинском образовании на территории региона. В данной работе мы рассмотрим ключевые моменты создания первых хирургических кафедр СГМУ, а также их руководителей, которые стали пионерами в подготовке хирургов нового поколения в Смоленской области.

Цель работы. Исследование истории формирования и развития хирургических кафедр в Смоленском государственном медицинском университете, а также изучении вклада их руководителей в развитие хирургической науки и образования.

Материалы и методы. Изучение статей, работа с архивом, анализ полученной информации.

Результаты исследования. Исследование показало, как внедрение новых хирургических методов и технологий в учебный процесс кафедры способствовало улучшению качества

медицинской помощи в Смоленской области. Также были выявлены ключевые достижения первых хирургов кафедры, которые заложили основы хирургического образования в регионе и внесли значительный вклад в развитие медицинской науки.

Кафедра общей хирургии

Кафедра общей хирургии была основана в 1922 году на базе 1 Советской больницы под руководством доцента Оглоблина А.А. [4]. В 1929 году клиника переехала на базу 2 Советской больницы, а в 1933 году вернулась на первоначальную площадку под руководством доцента Полиевктова И.А. [5].

В военные годы оборудование было эвакуировано в Саратов, а сотрудники работали в Советской Армии. После войны, в 1945 году, кафедру возглавил профессор Дубинкин Г.Г. В 1950 году открылась Областная клиническая больница с клиникой общей хирургии на 50 коек [5].

К 1955 году значительно улучшились условия для научных исследований. Если с 1950 по 1955 год была защищена одна кандидатская диссертация, то с 1955 по 1960 год – три, а с 1960 по 1965 год – шесть. Кафедра стала пионером в организации хирургической помощи пациентам с легочной патологией и пороками сердца [5].

В 1971 году заведующим стал Ладнюк Б.П., а с 1988 года – Забросаев В.С. В этот период внедряется инновационный аппарат СУПР-М

(плазменный скальпель). С 1993 года кафедрой руководит профессор Плешков В.Г. [6].

Кафедра работает на 5 факультетах и базируется в хирургических отделениях СОКБ [3].

Основные современные научные направления включают применение плазменного скальпеля, использование минидоступа при заболеваниях желчного пузыря, склерозирующую терапию, торакоскопические операции, антибиотикофилактику.

С 1993 по 2010 год достигнуты значительные результаты: защищены 2 докторские и 22 кандидатские диссертации; получено 5 авторских свидетельств на изобретения; опубликовано более 150 статей; издано 25 методических рекомендаций [3].

Сотрудники кафедры обеспечивают высококвалифицированную медицинскую помощь во всех хирургических отделениях СОКБ [1].

Кафедра факультетской хирургии

Кафедра факультетской хирургии была основана в 1923 году на базе старейшей областной больницы Смоленска, построенной в 1837 году. Здесь работал выдающийся хирург академик Спасокукоцкий С.И. (1897-1909), начинали свою деятельность профессора Гальперн Я.И., Крымов А.П., Краснобаев Т.П. [4].

Первым заведующим стал профессор Лимберг Б.Э., автор работ по общей и пластической хирургии. В числе первых сотрудников были Баташов В.А., Воронцов И.М., Быковский Б.С., которые впоследствии возглавили кафедры в других городах [4].

В 1935 году заведующим стал профессор Некрасов С.М., при котором значительно расширилась научная и лечебная работа. Кафедра организовала экстренную хирургическую помощь в районах области, занималась вопросами сосудистой патологии, нейрохирургии, урологии, эндокринологии [5].

Во время Великой Отечественной войны большинство сотрудников ушло на фронт. После освобождения Смоленска Некрасов С.М. возглавил восстановление кафедры на базе 2 городской больницы. Несмотря на трудности, уже в 1945 году была защищена первая кандидатская диссертация [2].

В 1951 году кафедра переехала в восстановленную 1 городскую клиническую больницу, где были созданы урологическое, общехирургическое и нейрохирургическое

отделения. Продолжались исследования в области нейрохирургии, эндокринологии, патологии сосудов и легких, активно изучалась язвенная болезнь желудка [5].

Кафедра уделяла особое внимание подготовке квалифицированных хирургов через клиническую ординатуру, многие выпускники которой стали руководителями хирургических отделений и научными сотрудниками.

В 1962 году заведующим кафедрой стал Алексеев П.П., сменивший Некрасова С.М. При нем произошло значительное развитие клиники: были открыты сосудистый центр, лаборатории искусственной почки, экспериментальная и фотолаборатория, служба реанимации при отравлениях. Защищены кандидатские диссертации Ларионовым В.Г., Дьяченко М.Я., Ковалёвой А.Г., Зайковским И.Я. и Багдасарьяном В.С. [5].

В последующие годы открылись: отделение анестезиологии и реанимации (1963); лаборатория "искусственная почка" (1964); отделение сердечно-сосудистой хирургии (1965) [5].

С 1984 года заведующими кафедрой были Морозов Ю.И., Багдасарьян В.С. и Дуденко Ф.И. В этот период внедрены: плазменный скальпель, ультразвук в сосудистой и гнойной хирургии, органосохраняющие операции при язвенной болезни [6].

С 1988 года под руководством Касумьяна С.А. впервые в Смоленске проведена эндоскопическая холецистэктомия, внедрены новые методы детоксикации с использованием озона и гидрохлорита натрия [6].

При профессоре Белькове А.В. (с 1996) развивались разные направления, такие как онкологическая хирургия, кардиохирургия, сосудистая хирургия, хирургия печени, трансплантология, коронарография, стентирование сосудов [3].

За последние 10 лет достигнуты значительные результаты: защищены 3 докторские и 11 кандидатских диссертаций, получено 9 патентов на изобретения [1].

В 2008 году кафедра отметила 85-летие. С 2009 года её возглавлял Нарезкин Д.В., при котором активно развивались лапароскопические операции и современные методики герниопластики с использованием сетчатых эндопротезов [1].

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии

Кафедра была организована в 1923 году. Первым руководителем стал профессор Линберг Б.Э., работавший по совместительству. С 1924 года заведующим кафедрой стал профессор Колюбакин С.Л. В этот период основное внимание уделялось организации учебного процесса и оснащению кафедры оборудованием. Кафедра располагалась в анатомическом институте рядом с университетом [5].

С 1928 года кафедрой руководил профессор Чижов И.И. В 1930 году к работе присоединились ассистенты Дубинкин Г.Г. и Зикеев В.В. В 1933 году коллектив разработал методику операций в противогазе, опубликовав результаты в журнале "Советская хирургия". Дубинкин Г.Г. защитил кандидатскую и докторскую диссертации по хирургии пищевода [5].

В связи с открытием стоматологического института в 1936 году кафедра переехала в студенческое общежитие на Рославльском шоссе, а затем в новый учебный корпус. Под руководством профессора Дубинкина был создан учебный музей топографической анатомии и приобретено современное оборудование [5].

В 1943 году профессор Дубинкин вернулся к руководству кафедрой. В 1944 году кафедра разместилась в здании бывшей фельдшерско-акушерской школы. Послевоенные годы были посвящены восстановлению учебного процесса и оснащению кафедры [2].

В 1947 году заведующим кафедрой стал профессор Дмитриев И.П. На кафедре работали ассистенты Иванов В.А. и Руковский Н.И., позже к ним присоединился Стунжас М.У. Профессор Дмитриев проводил исследования по оперативному лечению пороков сердца, за что получил премию в 1954 году. Стунжас защитил кандидатскую диссертацию в 1957 году [5].

В 1956 году заведующим кафедрой стал доцент Быковский Б.С., что ознаменовало новый этап в развитии кафедры.

За время существования кафедры были достигнуты значительные успехи в развитии хирургии пищевода, изучении травматизма, разработке новых методик операций и подготовке квалифицированных специалистов. Кафедра внесла существенный вклад в развитие хирургической науки и образования.

В 1960 году заведующим кафедрой становится профессор Фраучи В.Х. В 1961 году на кафедру поступает аспирант Угненко Н.М., который работает над исследованием лимфо-

венозных анастомозов. В 1965 году он защищает кандидатскую диссертацию по теме перевязки грудного протока у собак [6].

После ухода Фраучи В.Х. в 1963 году обязанности заведующего исполняет Стунжас М.У., который в 1964 году избирается заведующим кафедрой и получает звание доцента [6].

В 1970 году кафедру возглавляет профессор Новиков Ю.Г. Под его руководством активно развивается научное направление по вспомогательному искусственному кровообращению. Защищены кандидатские диссертации Охапкина Л.П. (1974), Обухов В.В. (1975), Лелянов А.Д. (1976), Емельянов В.В. (1977), Рамазанова Л.И. (1983) [6].

В 1991 году ассистент Тихонова Л.В. защищает докторскую диссертацию по хирургии пупочных связок. Тютликов А.П. проводит исследования в области экспериментальной хирургии пищевода [6].

В 80-90-е годы развивается новое направление – использование новых видов энергии в хирургии: Гаевский С.В. (1987) – применение низкочастотного ультразвука; Геращенко И.И. (1994) – лечение гнойных процессов; Жорова Е.М. (1993) – применение плазменных потоков гелия; Варчук О.Д. (1994) – холецистэктомия [5].

После кончины Новикова Ю.Г. в 2001 году заведующей кафедрой становится профессор Тихонова Л.В. За период её руководства было получено 25 авторских свидетельств и патентов и защищено 9 кандидатских диссертаций: Иванова Е.В. (1994), Кузьмина Е.П. (2000), Ноздрина Н.И. (2000), Тимошенко В.А. (2001), Юркова Е.А. (2002), Орехов Г.И. (2006), Горохов В.Г. (2008), Куракулина Е.В. (2008), Шаматкова С.В. (2008) [3].

В настоящее время кафедра обладает современной учебно-научной базой: созданы учебные стенды, организованы витрины с хирургическими инструментами, установлены электрифицированные стенды, разработаны таблицы и слайды, сформирована видеотека, расширена экспозиция музея.

Активно внедряются новые методы активного обучения, работает студенческий научный кружок, где студенты отрабатывают хирургические навыки и осваивают научно-исследовательскую работу [1].

Кафедра госпитальной хирургии

В 1924 году на базе хирургического отделения 1 Смоленской советской больницы

была организована клиника. Возглавил её профессор Колюбакин С.Л., который являлся учеником известного профессора Разумовского В.И. В первоначальный состав ассистентов вошли талантливые специалисты: Бириштейн М.Б., являвшийся учеником профессора Спасокукоцкого С.И., Крапивин В.В., прибывший из саратовской клиники, а также Полиевктов И.А., присоединившийся к коллективу в 1926 году [4, 5].

В 1929 году произошла важная реформа медицинского образования – было упразднено традиционное деление клиник на пропедевтические, факультетские и госпитальные. Вместо этого клиники получили порядковые номера. Однако данная реформа оказалась неудачной, и уже в 1933 году было восстановлено прежнее деление [5].

Клиника переехала на базу 2 городской больницы. Заведующим стал профессор Оглоблин А.А., который был учеником таких выдающихся учёных как Цеге Мантейфель и Бурденко Н.Н. В 1935 году клиника переехала в новое здание. В 1955 году Оглоблин А.А. был удостоен звания заслуженного деятеля науки РСФСР. За этот период было подготовлено более 70 квалифицированных специалистов-хирургов, защищены 2 докторские и 10 кандидатских диссертаций [6].

Кафедра активно развивала различные направления исследований. Особое внимание уделялось изучению язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, проблемам рака прямой кишки, туберкулёза лёгких и суставов, кишечной непроходимости. Важное место занимали исследования в области переливания крови, лечения огнестрельных ранений и хирургии селезёнки.

В июне 1941 года большинство сотрудников ушли на фронт. Оставшийся персонал был эвакуирован в Саратов. После освобождения города в октябре 1944 года кафедра возобновила свою работу, продолжая обучать студентов и оказывать медицинскую помощь населению [2].

В 1960 году клинику возглавил профессор Картавенко А.Н. К 1968 году был значительно расширен коечный фонд, достигший 190 коек. 1 сентября 1968 года произошло важное событие – было выделено самостоятельное отделение травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии. Продолжалось расширение баз для практических занятий, а также активная научная работа по основным направлениям [6].

Профессор Оглоблин А.А. внёс значительный вклад в общественную жизнь города. Он трижды избирался депутатом Верховного Совета СССР, возглавлял Смоленское хирургическое общество и был председателем областного Комитета защиты мира [6].

Анатолий Николаевич Картавенко был выдающимся общественным деятелем. Он многократно избирался депутатом областного Совета, был делегатом XXII съезда КПСС и был удостоен высокой награды – ордена Ленина. В 2006 году в честь 100-летия со дня рождения Анатолия Николаевича была установлена мемориальная доска. На торжественной церемонии присутствовали его дочь Инна Анатольевна, внук Анатолий Владимирович Юрасов (известный московский хирург, доктор медицинских наук) и жена сына Валентина Ивановна Картавенко (профессор, анестезиолог-реаниматолог) [3].

После ухода Картавенко А.Н. заведующим кафедрой стал доцент Шаров Н.А. (1976-1978), впоследствии ставший профессором. С 1978 по 1984 год кафедрой руководил профессор Морозов Ю.И., который внедрил в клиническую практику в Смоленске плазменный скальпель. С 1985 по 1996 год заведующим был профессор Грачев А.М., запомнившийся коллективу как доброжелательный педагог и внимательный врач. С 1996 года кафедрой руководил профессор Касумьян С.А. [1].

На данный момент кафедра продолжает активно развиваться, внедряя современные методы диагностики и лечения. Основными направлениями работы являются: ургентная хирургия, эндовидеохирургия, хирургия поджелудочной железы и внепеченочных желчных протоков, лечение механической желтухи, колопроктология, гнойная хирургия, плазменная хирургия, озонотерапия [1].

Коллектив кафедры бережно хранит и развивает лучшие традиции в области преподавания, лечебной и научной работы, постоянно совершенствуя качество медицинской помощи и образования [1].

Выводы. Первые хирургические кафедры СГМУ и их руководители сыграли ключевую роль в становлении и развитии хирургической науки в регионе и стране в целом. Их целеустремленность, профессионализм и преданность делу стали основой для эффективного обучения студентов и подготовки компетентных специалистов, способных

справляться с самыми разнообразными клиническими случаями. Традиции в деятельности кафедр сохранялись и укреплялись в последующие годы. Изучение истории хирургических кафедр и жизни и деятельности их руководителей и сотрудников не только позволяет глубже понять процессы формирования медицинского образования в России, но и вдохновляет сегодняшнее поколение врачей на дальнейшие достижения в области хирургии. Вклад первых кафедр в развитие науки остается актуальным и значимым, создавая прочный фундамент для будущих успехов в медицине.

Список литературы

1. *Очерки истории Смоленского государственного медицинского университета: к 100-летию Alma Mater / Л.В. Козлова, С.В. Нагорная, С.М. Баженов [и др.]; главный редактор: Р.С. Козлов. – Смоленск: СГМУ, 2020. – 214 с.*
2. *Поклонимся великим тем годами... / Д.Д. Теремов, С.В. Нагорная, И.А. Бородавкин – Смоленск, Смоленская гор. тип., 2020. – 326 с.*
3. *Смоленская государственная медицинская академия – наша судьба и наша история 90 лет / И.В. Отвагин, О.А. Козырев, В.Г. Плешков и др. – Смоленск: Мажента, 2010. – 232 с.*
4. *Смоленский государственный университет имени Октябрьской Революции. Медицинский факультет. К пятилетию со дня основания 1920-1925 – Смоленск: Б. и., 1925. – 135 с.*
5. *Смоленский медицинский институт. (1920-1970): Исторический очерк / Г.М. Стариков, В.А. Батанов, А.И. Борохов и др. – М-во здравоохранения РСФСР, Смоленск, 1970.*
6. *Смоленский медицинский институт. (1920-1995): Исторический очерк / Под ред заслуж. деятеля науки РФ проф. Н.Б. Козлова. – Смоленск: Изд. СГМа, 1995. – 163 с.*

Фогельзанг Г.А. Кафедра офтальмологии имени акад. А.П. Нестерова Пироговского университета: 115 лет в авангарде отечественной науки и образования / Г.А. Фогельзанг, Т.В. Чернякова, Т.Б. Романова и др. // Вестник оперативной хирургии и топографической анатомии. – 2025. – Т. 6, №2 (15). – С. 40-50

УДК 001.891:061.91:616(092)

**КАФЕДРА ОФТАЛЬМОЛОГИИ ИМЕНИ АКАД. А.П. НЕСТЕРОВА
ПИРОГОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА:
115 ЛЕТ В АВАНГАРДЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ***

ФОГЕЛЬЗАНГ Г.А.¹, ЧЕРНЯКОВА Т.В.^{1,2}, РОМАНОВА Т.Б.¹, ФОМИН Н.Е.¹, РУКАСЕВИЧ Д.А.¹

¹ Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова,
Москва, Россия

² 52 консультативно-диагностический центр, Москва, Россия

Аннотация

В статье рассматривается история становления и развития кафедры офтальмологии имени академика А.П. Нестерова института клинической медицины (ИКМ) РНИМУ им. Н.И. Пирогова за 115-летний период. Основанная в 1910 году профессором М.И. Авербахом, пройдя множество трансформаций, кафедра сохранила традиции отечественной офтальмологической школы и приумножила знания в офтальмологии, распространив их не только в России, но и за ее границы. Показана преэминентность научных направлений, ключевой вклад руководителей и сотрудников кафедры в развитии медицины и образования, особенно в области изучения и лечения глаукомы. Подчеркивается роль кафедры как ведущего центра в подготовке высококвалифицированных

*** Сведения об авторах:**

Фогельзанг Герман Андреевич, e-mail: fogelzang.german@gmail.com, студент, федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, институт клинической медицины, 117997, Российская Федерация, г. Москва, ул. Островитянова, 1

ORCID: 0009-0007-9316-3085

Чернякова Татьяна Васильевна, e-mail: tat.chernyakova-25@yandex.ru, к.м.н., ассистент кафедры офтальмологии им. акад. А.П. Нестерова, институт клинической медицины, федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, 117997, Российская Федерация, г. Москва, ул. Островитянова, 1; врач-офтальмолог, федеральное государственное бюджетное учреждение "52 консультативно-диагностический центр" Министерства обороны Российской Федерации, 125167, Российская Федерация, г. Москва, ул. Планетная, 3

SPIN-код: 6759-9813, ORCID: 0000-0003-1361-6704

Романова Татьяна Борисовна, e-mail: romanova2804@mail.ru, к.м.н., доцент кафедры офтальмологии им. акад. А.П. Нестерова, институт клинической медицины, федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, 117997, Российская Федерация, г. Москва, ул. Островитянова, 1

SPIN-код: 7021-4371, ORCID: 0000-0002-3865-2691

Фомин Николай Евгеньевич, e-mail: nikolay.fomin2608@yandex.ru, врач-офтальмолог, ассистент кафедры офтальмологии им. акад. А.П. Нестерова, институт клинической медицины, федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, 117997, Российская Федерация, г. Москва, ул. Островитянова, 1

SPIN-код: 5171-8538, ORCID: 0000-0002-7738-1839

Рукасевиц Дарья Анатольевна, e-mail: rukasevitchdarya@yandex.ru, студент, федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, институт клинической медицины, 117997, Российская Федерация, г. Москва, ул. Островитянова, 1

ORCID: 0009-0002-8146-2284

кадров и проведении актуальных научных исследований, сохранении и расширении офтальмологического сообщества.

Ключевые слова: кафедра офтальмологии, глаукома, Авербах М.И., Плетнева Н.А., Нестеров А.П., научная деятельность, микрохирургия

A.P. NESTEROV CHAIR OF OPHTHALMOLOGY AT PIROGOV UNIVERSITY: 115 YEARS AT THE VANGUARD OF RUSSIAN SCIENCE AND MEDICAL EDUCATION

FOGELZANG G.A.¹, CHERNYAKOVA T.V.^{1,2}, ROMANOVA T.B.¹, FOMIN N.E.¹, RUKASEVICH D.A.¹

¹ Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba, Moscow, Russia

² 52 the Advisory and Diagnostic Center, Moscow, Russia

Abstract

This article examines the history of the formation and development of the A.P. Nesterov Department of Ophthalmology at the N.I. Pirogov Russian National Research Medical University over a 115-year period. Founded in 1910 by Professor M.I. Averbakh, the department, through numerous transformations, has preserved the traditions of the national ophthalmological school and advanced its knowledge, spreading it not only within Russia but also abroad. The article demonstrates the continuity of research areas and the key contributions of the department's leaders and staff to the development of medical science and education, particularly in the study and treatment of glaucoma. It emphasises the department's role as a leading center for training highly qualified personnels and conducting relevant scientific researches, as well as preserving and expanding the ophthalmological community.

Keywords: Department of Ophthalmology, glaucoma, M.I. Averbakh, N.A. Pletneva, A.P. Nesterov, scientific activity, microsurgery

Актуальность. Кафедре офтальмологии им. академика А.П. Нестерова в 2025 году исполняется 115 лет. Юбилей кафедры представляет собой знаковое событие, позволяющее оценить ее многогранный вклад в отечественную медицину. Изучение истории медицинских кафедр имеет важное значение для понимания развития научных школ, сохранения преемственности и идентификации ключевых векторов развития медицинской науки и образования.

Исторические корни кафедры уходят в начало XX века. 30 января 1910 года стало знаковой датой – в этот день Михаил Иосифович Авербах (рис. 1) был избран преподавателем глазных болезней Московских высших женских курсов (МВЖК) [9]. Этот момент можно считать официальным рождением кафедры. Уже с 1 мая 1910 года Авербах приступил к временному преподаванию, а 11 сентября того же года был утвержден в должности штатного преподавателя.

Михаил Иосифович Авербах, выпускник медицинского факультета Московского университета 1895 года [10], к моменту

основания кафедры уже имел богатый клинический и научный опыт. Его профессиональное становление происходило в Алексеевской глазной больнице Москвы, где он начал работать с 1900 года. Именно на базе этой больницы в 1910 году была создана кафедра глазных болезней медицинского факультета МВЖК.

Деятельность Авербаха М.И. как руководителя кафедры отличалась исключительной продуктивностью и многогранностью. С 1903 по 1944 год он совмещал руководство кафедрой с должностью главного врача Алексеевской глазной больницы. Под его руководством в 1923 году больнице было присвоено имя Германа фон Гельмгольца, а в 1936 году она была преобразована в центральный государственный офтальмологический институт им. Гельмгольца, где Авербах стал первым директором.

Научные достижения Авербаха М.И. охватывали практически все направления офтальмологии того времени. Особого внимания заслуживают его работы в области офтальмохирургии. Он разработал и внедрил

операцию дакриоцисториностомии, а в 1928 году впервые в СССР выполнил операцию по поводу отслойки сетчатки. Эти разработки стали прорывом в отечественной офтальмологии и надолго определили стандарты хирургического лечения.



Рис. 1. Профессор Авербах М.И.

Авербах проявил себя и как выдающийся организатор здравоохранения. Разработанные им меры профилактики и борьбы с глазным травматизмом были включены в советское законодательство и способствовали значительному снижению профессиональных заболеваний глаз в промышленности.

Педагогическая деятельность Авербаха М.И. была не менее продуктивной. Он являлся организатором и бессменным руководителем двух ведущих кафедр Москвы: кафедры глазных болезней II МГУ (с 1930 года – II Московский медицинский институт) и кафедры офтальмологии центрального института усовершенствования врачей (с 1931 года). Обе кафедры он возглавлял до 1944 года [10].

Научное наследие Авербаха М.И. включает более 100 научных работ по важнейшим проблемам теоретической и практической офтальмологии. Его монография "Офтальмологические очерки" [1], изданная в 1940 году, до настоящего времени не утратила своей актуальности и представляет большой профессиональный интерес [7]. В 1939 году Авербаху М.И. было присвоено звание академика АН СССР, что стало признанием его выдающегося вклада в медицинскую науку.

Особую значимость имеет создание Авербахом М.И. научной школы офтальмологов. Среди его учеников – Краснов М.Л., Тихомиров П.Е., Плетнева Н.А., Балтин М.М., Розенблюм М.Е., Левкоева Э.Ф. [4] и другие видные отечественные офтальмологи, продолжившие развитие научных направлений, заложенных учителем.

Великая Отечественная война стала серьезным испытанием для кафедры. В октябре 1941 года кафедра глазных болезней была эвакуирована в Омск. В этот сложный период обязанности заведующего кафедрой исполнял профессор Борис Александрович Гурвич (рис. 2) – крупный специалист в области рефракции и подбора очков.

Профессор Гурвич внес значительный вклад в развитие оптометрии в СССР [10]. Его научная деятельность была сосредоточена на изучении различных аспектов офтальмологии, с особым вниманием к проблемам рефракции. Наиболее известным трудом Гурвича Б.А. стало "Краткое руководство для оптиков по рефракции глаза и подбору очков" [2], изданное в 1935 году. Это руководство не только предоставило важные рекомендации по диагностике и коррекции нарушений рефракции, но и установило стандарты, актуальные для практики оптометрии того времени.



Рис. 2. Профессор Гурвич Б.А.

Одновременно в Москве из сотрудников, оставшихся в столице в годы войны, в 1942 году была организована объединенная кафедра глазных болезней I и II медицинских

институтов, работавшая в глазной клинике 1 МГМИ. Возглавил эту кафедру профессор Алексей Гаврилович Ченцов (рис. 3) – доктор медицинских наук, опытный клиницист и исследователь [4].

Научная деятельность Ченцова А.Г. была посвящена различным проблемам офтальмологии, но наибольший вклад он внес в изучение глаукомы. Уже в одной из своих ранних работ 1922 года он представил данные, свидетельствующие о том, что на начальных стадиях глаукомы могут наблюдаться нарушения световой чувствительности и темновой адаптации. Эти исследования имели важное значение для ранней диагностики заболевания.



Рис. 3. Профессор Ченцов А.Г.

За 45 лет врачебно-педагогической деятельности профессор Ченцов А.Г. воспитал многих врачей-специалистов и написал около 50 научных работ. Его учебные пособия по различным разделам офтальмологии долгие годы использовались в учебном процессе.

В 1943 году, после возвращения из эвакуации, кафедра глазных болезней возобновила работу на своем старом месте – Голицынском корпусе 1 градской больницы. Несмотря на тяжелые условия военного времени, клиника быстро восстанавливалась и вскоре после окончания войны вновь стала крупным лечебным, педагогическим и научным учреждением. Были восстановлены и расширены самостоятельная лаборатория, функциональный,

физиотерапевтический, глаукомный и ортоптический кабинеты.

Послевоенный период развития кафедры характеризуется значительным расширением научной и клинической деятельности. С 1944 года кафедру возглавила профессор Наталья Александровна Плетнева (рис. 4) – одна из наиболее выдающихся представительниц отечественной офтальмологии [4].

Научные исследования Плетневой Н.А. были сосредоточены на фундаментальных проблемах офтальмологии – изучении кровообращения и лимфообращения в глазу, обмена внутриглазных жидкостей, определению нормы внутриглазного давления, патогенеза и лечения глаукомы. Ее работы в этой области признавались одними из лучших в мировом научном сообществе того времени.

В докторской диссертации (1938-1940 гг.) Плетнева Н.А. рассматривала роль вегетативной нервной системы в регуляции внутриглазного давления, изучала биологический состав жидкости передней камеры и роль медиаторов в происхождении глаукомы. На основе этих исследований была введена в практику потенцированная медикаментозная подготовка к операции по поводу глаукомы.

Совместно с ассистентом Сахиевой С.М. Плетнева разработала никотиновую тонометрическую пробу, которая позволяла выявить резервные возможности нормализации нервно-сосудистого механизма глаукомного глаза и решить вопрос о показаниях к антиглаукоматозной операции.



Рис. 4. Профессор Плетнева Н.А.

Педагогический талант Плетневой Н.А. проявился в создании учебников по глазным болезням и различных глав к изданиям, посвященным хирургии катаракты. Под ее руководством были изданы два тома многотомного руководства по офтальмологии. Как хирург, она обладала прекрасной техникой, которую с большим мастерством передала своим ученикам. В 1963 году за выдающиеся достижения Плетнева Н.А. была награждена орденом Ленина.

В 1955 году для проведения занятий со студентами-педиатрами было выделено детское глазное отделение в городской детской клинической больнице (Морозовская больница). С 1963 года клиника глазных болезней педиатрического факультета стала самостоятельным курсом, что свидетельствовало о расширении педагогической деятельности кафедры.

В 1964 году произошло знаковое событие – кафедру глазных болезней лечебного факультета возглавил молодой профессор Михаил Михайлович Краснов (рис. 5). Его руководство открыло новую эпоху в развитии кафедры, связанную с внедрением микрохирургических технологий и разработкой новых методов диагностики и лечения глаукомы [10].

Научная деятельность Краснова М.М. отличалась инновационным подходом. Стремясь к максимальной эффективности диагностики глаукомы, он разработал оригинальную орто-клиностатическую пробу, которая стала важным шагом в выявлении ранней стадии заболевания. Применяя революционный патогенетический подход к выбору хирургического вмешательства, Краснов предложил уникальную антиглаукомную операцию – синусотомию, сохраняющую свою актуальность и в настоящее время.

Особого внимания заслуживает вклад Краснова М.М. в создание офтальмологических приборов. Им был создан ряд уникальных диагностических устройств, существенно улучшивших возможности диагностики и лечения глаукомы. Однако наиболее значительным достижением стало разработка первых в мире офтальмологических лазеров, предназначенных для лечения глаукомы. Эти достижения не просто расширили арсенал лечебных методов – они подняли отечественную офтальмологическую хирургию на качественно

новый уровень и задали новые стандарты в лечении глаукомы.



Рис. 5. Академик Краснов М.М.

Монография Краснова М.М. "Микрохирургия глауком" [5], выдержавшая несколько изданий, стала настольной книгой для нескольких поколений офтальмологов. Впоследствии Краснов М.М. был избран академиком АМН СССР и академиком РАМН, что стало признанием его выдающегося вклада в медицинскую науку.

В 1973 году обязанности заведующего кафедрой временно исполнял профессор Борис Николаевич Алексеев (рис. 6) – ученый и хирург, автор более 200 научных работ и 45 патентов на изобретения. Его научная деятельность охватывала различные направления офтальмологии, но наиболее значительные достижения связаны с решением проблем имплантации искусственного хрусталика и изучением патогенеза глаукомы.

Профессор Алексеев впервые в мировой практике предложил принципиально новый физиологичный метод имплантации искусственного хрусталика, который в настоящее время применяется во всем мире. В области глаукомы ему принадлежит приоритет в объективном установлении источника нарушений гидродинамики глаза, что стало основанием для разработки принципиально новых малоинвазивных микрохирургических технологий.

Алексеев Б.Н. подготовил десятки специалистов-офтальмологов, работающих в

различных медицинских учреждениях России и за рубежом. Участник Великой Отечественной войны, он был награжден Орденами Славы II и III степеней, Красной Звезды, Отечественной войны II степени, двумя медалями "За отвагу" и 10 памятными медалями.

Современный этап развития кафедры неразрывно связан с именем академика Аркадия Павловича Нестерова (рис. 7) – выдающегося ученого, чей вклад в медицинскую науку невозможно переоценить. Присвоение кафедре имени Нестерова А.П. стало закономерным признанием его заслуг перед отечественной офтальмологией.

Аркадий Павлович Нестеров родился в 1923 году, был участником Великой Отечественной войны. Его характер формировался в сложное военное и послевоенное время, что воспитало в нем целеустремленность и закаленность. После окончания медицинского факультета Куйбышевского медицинского института он стал учеником выдающегося офтальмолога профессора Ерошевского Т.И.



Рис. 6. Профессор Алексеев Б.Н.

Научная деятельность Нестерова А.П. отличалась энциклопедичностью – его исследования охватывали патогенез, диагностику и лечение глаукомы, миопии, профессиональных заболеваний органа зрения. Наследие ученого включает 320 научных работ, среди которых 14 монографий и книг, пять из которых были опубликованы за рубежом. Его монографии по глаукоме [6] сохраняют

актуальность и остаются базовыми пособиями в изучении этого заболевания [7].

Особое значение имеет открытие, зарегистрированное в 1985 году – "эффект Нестерова" – явление функциональной (обратимой) блокады склерального синуса глаза человека. Это открытие произвело резонанс в отечественной и мировой медицине и существенно углубило понимание патогенеза глаукомы.

Классификация глауком, разработанная Нестеровым А.П., стала основным диагностическим и лечебным инструментом не только в России, но и за ее пределами. Еще одним значительным вкладом ученого стала концепция управляемого воспаления как метода лечения ишемических и гипоксических состояний сетчатки и зрительного нерва.

Изобретательская деятельность Нестерова А.П. была отмечена 42 зарегистрированными изобретениями и соавторством в учебниках и руководствах по глазным болезням. Его заслуги были отмечены государственной премией СССР (1975), премией академии медицинских наук СССР имени академика Авербаха М.И. (1969) и званием "Заслуженный изобретатель СССР".

Научная школа Нестерова А.П. продолжает развиваться его учениками. Профессор Евгений Иванович Сидоренко (рис. 8) – заслуженный офтальмолог и педагог, член-корреспондент РАН [4]. Его профессиональная деятельность началась в 1973 году на кафедре офтальмологии, а в 1989 году он возглавил кафедру офтальмологии педиатрического факультета.

Научное наследие Сидоренко Е.И. включает свыше 530 публикаций, 28 монографий и учебных пособий, более 40 зарегистрированных патентов и рациональных предложений. Под его научным руководством подготовлены многочисленные учебно-методические материалы для студентов [8], фельдшеров и медсестер. В 2001 году ему было присвоено звание заслуженного деятеля науки Российской Федерации, а также вручен Орден Почета.

Профессор Юрий Евгеньевич Батманов (рис. 9), выпускник Казанского государственного медицинского института 1969 года, был приглашен Нестеровым А.П. в Москву в 1975 году. С 1977 по 2009 год он занимал должность заведующего кафедрой офтальмологии ФУВ и проректора университета по лечебной работе.



Рис. 7. Академик РАН Нестеров А.П.

Важным достижением Батманова Ю.Е. стало участие в группе ведущих офтальмологов России, получивших в 1999 году премию правительства РФ в области науки и техники за разработку и внедрение микрохирургических инструментов и технологий для лечения глазных заболеваний. Он является автором более 300 научных статей и 14 изобретений.

С 2000 по 2024 год кафедру офтальмологии лечебного факультета возглавлял профессор Евгений Алексеевич Егоров (рис. 10) – ученик Нестерова А.П., блестящий хирург и один из ведущих специалистов в области офтальмологии [10]. Его научные исследования охватывают как базовые, так и прикладные аспекты офтальмофармакологии, патогенез, клинические проявления и лечение глаукомы.

Вклад Егорова Е.А. в науку впечатляет: более 400 опубликованных научных работ, 15 монографий и 24 патента на изобретения. Как педагог он подготовил 12 докторов и 30 кандидатов медицинских наук. В 2000 году Евгений Алексеевич был награжден премией правительства Российской Федерации за разработку и внедрение микрохирургических технологий в лечении глазных заболеваний.

Егоров Е.А. занимает ключевые позиции в профессиональном сообществе: президент Российского глаукомного общества, руководитель Московского городского глаукомного центра, член руководства Всемирной глаукомной ассоциации. Он является членом-учредителем Европейского общества исследователей зрения и европейского

глаукомного общества, почетным членом Болгарского офтальмологического общества.

Под руководством Егорова Е.А. осуществляется научное руководство ежегодной "Всероссийской школой офтальмолога" – ключевого элемента научного прогресса в современной офтальмологии. Его работы по проблемам глаукомы [3] стали основой для текущих Федеральных клинических рекомендаций [7].



Рис. 8. Профессор Сидоренко Е.И.



Рис. 9. Профессор Батманов Ю.Е.

Стабильность работы и преемственность поколений на кафедре обеспечивается ее преподавательским составом. Среди

сотрудников, составлявших костяк кафедры на разных этапах ее развития, особого внимания заслуживают доцент Зоя Тимофеевна Ларина и доцент Лидия Павловна Панцырева, начавшие свою деятельность еще совместно с профессором Плетневой Н.А.

Доцент Ларина З.Т. (рис. 11) занималась вопросами морфологии глаза, была специалистом в области терапевтической

офтальмологии. Ее жизненный путь – пример мужества и преданности профессии. Участница Великой Отечественной войны, она получила тяжелое ранение, лишилась обеих ног и стала инвалидом I группы. Несмотря на это, Зоя Тимофеевна продолжала активную профессиональную деятельность: училась, работала, дежурила ночами, вела группы студентов.



Рис. 10. Профессор Егоров Е.А.



Рис. 11. Слева направо: ассистент Карташева Е.А., доцент Ларина З.Т., академик Нестеров А.П., секретарь кафедры Вахрушина И.Г.

Доцент Лидия Павловна Панцырева – блестящий хирург, высококвалифицированный офтальмолог. За консультациями к ней обращались врачи с большим опытом работы. Ее лекции и практические занятия поражали слушателей глубиной знания предмета, артистизмом подачи материала и неподражаемым чувством юмора.

Ассистенты Екатерина Аркадьевна Карташева и Лидия Николаевна Колесникова пришли на кафедру под руководством академика Краснова М.М. и продолжали работать с академиком Нестеровым А.П..

Карташева Е.А. – талантливый офтальмолог, владевшая тремя иностранными языками, неоднократно выступала в роли синхронного переводчика на международных конгрессах и симпозиумах. В течение своей работы на кафедре она вела научный студенческий кружок и возглавляла работу с интернами.

Колесникова Л.Н. – блестящий хирург, офтальмолог высокой квалификации и эрудиции. До последних дней своей работы в офтальмологии (2024) она консультировала и обучала молодых врачей. Как бесшумный хозяйственный ассистент, она оперативно и профессионально разрешала административные и хозяйственные вопросы, обеспечивая эффективную работу кафедры.

Профессора Александр Васильевич Свиринов (рис. 13) и Ольга Александровна Румянцева начали и продолжили свою деятельность на кафедре под руководством академика Нестерова А.П. и профессора Егорова Е.А.

Профессор Свиринов А.В. прошел путь от ассистента до профессора кафедры. Совместно с Нестеровым А.П. он детально изучал вопросы патогенеза миопии, ее консервативного и хирургического лечения, разрабатывал методы профилактики прогрессирования заболевания. Под его руководством подготовлены 15 кандидатов медицинских наук, среди которых семеро иностранных ученых из Сирии и Китая, а также одна докторская диссертация. Как практикующий хирург, профессор Свиринов специализировался на операциях по поводу катаракты, глаукомы, миопии, косоглазия, занимался рефракционной хирургией роговицы и обладал званием заслуженного врача Российской Федерации.

Профессор Румянцева О.А. прошла полный цикл послевузовского образования на кафедре: клиническую ординатуру, аспирантуру и защиту кандидатской диссертации,

посвященной изучению гидродинамических характеристик глаза. Получив богатый клинический опыт, она занималась вопросами глаукомы, катаракты, патологии слезных органов, рефракции. Сложные случаи катаракты и глаукомы часто направляли именно к ней. В последние годы деятельности Ольга Александровна занималась кераторефракционными лазерными операциями и изучением морфологии роговицы при этом.



Рис. 12. Профессор Свиринов А.В., доцент Колесникова Л.Н.

С 2024 года кафедру глазных болезней возглавляет доктор медицинских наук, доцент Александр Владимирович Куроедов – ученый, чья работа существенно влияет на развитие практической офтальмологии. Его исследования охватывают широкий спектр современных методов диагностики и лечения, с особым акцентом на глаукому, что традиционно остается одним из основных направлений работы кафедры.

Куроедов А.В. – действующий полковник медицинской службы, обладатель ведомственных и государственных наград, включая медали "За воинскую доблесть", "За отличие в военной службе", а также Орден Почета (2019 г.). В 2015 году ему было присвоено почетное звание заслуженного врача Российской Федерации.

Научная деятельность Александра Владимировича включает создание и активное руководство группой молодых ученых "Научный авангард". В качестве идейного

вдохновителя он более 22 лет организует и возглавляет ежегодный конгресс Российского глаукомного общества. Его научный вклад включает более 500 опубликованных работ, среди которых монографии "Компьютерная ретиноматография" и "Офтальмоскопическая диагностика состояния диска зрительного нерва и слоя нервных волокон при глаукоме".

В настоящее время кафедра располагается на шести клинических базах, включая городскую клиническую больницу №15 имени О.М. Филатова ДЗМ, госпитали имени П.В. Мандрыка и Н.Н. Бурденко Минобороны России, госпиталь ветеранов войн №2, центральную клиническую больницу с поликлиникой управления делами президента РФ и Подольскую областную клиническую больницу. Это предоставляет студентам, ординаторам и аспирантам уникальную возможность погружения в практическую офтальмологию.

Научный потенциал кафедры впечатляет: на ее базах работают 5 профессоров, 6 докторов медицинских наук и 8 кандидатов медицинских наук. Среди ключевых сотрудников: профессор Егоров А.Е. – блестящий хирург, ученый-глаукоматолог, заведующий глазным отделением Подольской областной клинической

больницы, профессор Кремкова Е.В. – специалист по лазерному лечению глаукомы, профессор Рыбакова Е.Г. – специалист по клинической рефракции, контактной коррекции, оптометрии; д.м.н. Корчуганова Е.А. – врач-хирург, глаукоматолог, специалист по офтальмоэндокринологии и вторичным глаукомам. Доценты кафедры включают к.м.н. Волобуеву Т.М. (заведующую учебной частью), к.м.н. Романову Т.Б. (ученого секретаря), к.м.н. Рабаданову М.Г. (лазерного хирурга), к.м.н. Ловпаче Д.Н. (глаукоматолога), к.м.н. Оганезову Ж.Г. (шеф-редактора журнала "Клиническая офтальмология"), к.м.н. Гапонько О.В. (специалиста по боевым травмам глаза). Ассистенты кафедры – к.м.н. Чернякова Т.В., Горшкова М.С., Казанцева А.Ю., Баева А.Б. и Фомин Н.Е. – активно занимаются клинической практикой, совмещая лечебную работу с преподаванием.

За последние 5 лет сотрудниками кафедры защищены 4 диссертационных исследования, посвященных актуальным проблемам глаукомы с использованием современных технологий (ОКТ-ангиография, искусственные нейронные сети). В настоящее время ведется работа над еще 6 диссертациями.



Рис. 13. Коллектив кафедры офтальмологии имени академика А.П. Нестерова ИКМ РНИМУ имени Н.И. Пирогова

Традиционно особенное внимание уделяется работе со студентами. На протяжении 20 лет работу студенческого научного кружка

курирует профессор Кремкова Е.В. В 2025 году члены СНК кафедры заняли 1 место во "II

международной студенческой олимпиаде по офтальмологии".

Кафедра активно участвует в организации крупных научных мероприятий. В сентябре 2025 года запланировано 37 заседание группы молодых ученых "Научный авангард". В декабре состоится 23 ежегодный конгресс РГО "Глаукома: теории, тенденции, технологии". Продолжаются ежеквартальные научно-практические конференции для офтальмологов на базе Подольской областной клинической больницы. В 2025 году стартовала крупная конференция "Подмосковная школа офтальмолога".

Выводы. Кафедра офтальмологии имени академика А.П. Нестерова прошла 115-летний путь, вписав яркие страницы в историю отечественной медицины. От основания в 1910 году профессором Авербахом М.И. до современного состояния под руководством профессора Куроедова А.В. кафедра сохранила и приумножила лучшие традиции российской офтальмологической школы.

Через всю историю кафедры красной нитью проходит преемственность поколений, приверженность к научному поиску и клиническому совершенству. Выдающиеся ученые – Авербах М.И., Плетнева Н.А., Краснов

М.М., Алексеев Б.Н., Нестеров А.П., Сидоренко Е.И., Батманов Ю.Е., Егоров Е.А., – не только внесли значительный вклад в развитие офтальмологии, но и создали уникальную научно-педагогическую среду, способствующую подготовке высококвалифицированных специалистов.

Современный коллектив кафедры, сохраняя богатое наследие предшественников, активно внедряет инновационные подходы в диагностике и лечении заболеваний глаз, развивает научные исследования и укрепляет международные связи. Многообразие клинических баз, высокий профессиональный уровень преподавательского состава, активная научная и образовательная деятельность – все это обеспечивает кафедре лидирующие позиции в отечественной офтальмологии.

Уверенность в будущем кафедры основана на прочном фундаменте традиций, командном духе коллектива и стремление к непрерывному развитию. Кафедра офтальмологии имени академика А.П. Нестерова продолжает оставаться флагманом отечественной офтальмологической науки и образования, внося ценный вклад в подготовку медицинских кадров и развитие здравоохранения России.

Список литературы

1. Авербах М.И. Офтальмологические очерки / М.И. Авербах. – М.: Медгиз, 1949. – 788 с.
2. Гурвич Б.А. Краткое руководство для оптиков по рефракции глаза и подбору очков / Б.А. Гурвич. – М., 1935. – 120 с.
3. Егоров Е.А. Национальное руководство по глаукоме (путеводитель) для поликлинических врачей / Е.А. Егоров, Ю.С. Астахов, А.Г. Шуко. – М., 2008. – 136 с.
4. История офтальмологии в лицах: монография / А.С. Обрубов [и др.]. – М.: Апрель, 2025. – 735 с.
5. Краснов М.М. Микрохирургия глауком / М.М. Краснов. – М.: Медицина, 1980. – 248 с.
6. Нестеров А.П. Глаукома / А.П. Нестеров. – М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2008. – 360 с.
7. Офтальмология: национальное руководство / С.Э. Аветисов [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 944 с.
8. Сидоренко Е.И. Офтальмология: учебник для вузов / Е.И. Сидоренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с.
9. Эвенчик С.Л. Высшие женские курсы в Москве / С.Л. Эвенчик // Опыт подготовки педагогических кадров в дореволюционной России и в СССР / Д.С. Бабурин, С.Л. Эвенчик – М., 1972. – С. 14-99.
10. Ярцева Н.С. История офтальмологии в лицах, событиях, очерках / Н.С. Ярцева, Е.Э. Луцевич – М.: Апрель, 2014. – 423 с.

Шкурко М.Е. Хирургическая помощь в лагерях для военнопленных на территории Смоленской области в 1941-1949 гг. / М.Е. Шкурко, С.В. Нагорная // Вестник оперативной хирургии и топографической анатомии. – 2025. – Т. 6, №2 (15). – С. 51-54

УДК 616-089.5:61(091)

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ЛАГЕРЯХ ДЛЯ ВОЕННОПЛЕННЫХ НА ТЕРРИТОРИИ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 1941-1949 ГГ.

ШКУРКО М.Е., НАГОРНАЯ С.В.

Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск, Россия

Аннотация

Работа посвящена малоизученному в отечественной историографии вопросу – медицинскому обслуживанию в госпиталях для военнопленных в годы Великой Отечественной войны. Цель работы – дать оценку условиям содержания военнопленных и качеству оказания им медицинской помощи в госпиталях для советских воинов и гитлеровских захватчиков на территории Смоленской области в период и по окончании Великой Отечественной войны. Рассматривается вопрос организации хирургической помощи на примере специального госпиталя №1731 для немецких военнопленных в г. Рославле в 1944-1949 гг. и в лазарете для советских военнопленных №175, организованном гитлеровскими оккупационными войсками в 1941-1943 гг. Представленные в работе данные убедительно свидетельствуют, что медицинская помощь раненым и больным военнопленным гитлеровской армии в госпитале №1731 была специализированной, организованной на достаточно высоком уровне. Отмечалась относительно невысокая смертность. В фашистских госпиталях в лагерях для советских военнопленных в оккупированном Смоленске были созданы нечеловеческие условия. Медицинская помощь там практически не оказывалась. Имели место факты истязаний и бесчеловечных экспериментов. За 2 года в двух госпиталях на территории города погибло более 30000 военнопленных.

Ключевые слова: военнопленные, медицинская помощь, госпиталь для военнопленных, хирургическая помощь, хирургические вмешательства, г. Смоленск и Смоленская область

SURGICAL CARE IN PRISONER OF WAR CAMPS IN THE SMOLENSK REGION IN 1941-1949

SHKURKO M.E., NAGORNAYA S.V.

Smolensk State Medical University, Smolensk, Russia

Abstract

The work is devoted to a little-studied issue in Russian historiography – medical care in hospitals for prisoners of war during the Great Patriotic War. The purpose of the work is to assess the conditions of detention of prisoners of war and the quality of their medical care in hospitals for Soviet soldiers and Nazi invaders in the Smolensk region during and after the Great Patriotic War. The issue of organizing surgical

* Сведения об авторах:

Шкурко Милана Евгеньевна, e-mail: timelanya@yandex.ru, студент, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Смоленский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, 214019, Российская Федерация, г. Смоленск, ул. Крупской, 28

Нагорная Светлана Владимировна, e-mail: svetlana_nagor@mail.ru, к.м.н, доцент, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Смоленский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра философии, биоэтики, истории медицины и социальных наук, 214019, Российская Федерация, г. Смоленск, ул. Крупской, 28

ORCID: 0000-0001-9110-0645, scopus: 33568121600

care is considered using the example of special hospital №1731 for German prisoners of war in the city of Roslavl in 1944-1949 and in the hospital for Soviet prisoners of war №175, organized by the Nazi occupation forces in 1941-1943. The data presented in the work convincingly demonstrate that medical care for wounded and sick prisoners of war of the Hitlerite army in hospital №1731 was specialized, organized at a fairly high level. A relatively low mortality rate was noted. Inhumane conditions were created in the fascist hospitals in the camps for Soviet prisoners of war in occupied Smolensk. There was practically no medical care there. There were cases of torture and inhuman experiments. Over 30000 prisoners of war died in two hospitals in the city over 2 years.

Keywords: *prisoners of war, medical care, hospital for prisoners of war, surgical care, surgical interventions, Smolensk and Smolensk region*

Актуальность. Работа посвящена малоизученному в отечественной историографии вопросу – медицинском обслуживании в госпиталях для военнопленных в годы Великой Отечественной войны. Они создавались в 20 веке в соответствие с женеvской конвенцией от 27 июля 1929 года "Об обращении с военнопленными", для оказания медицинской помощи попавшим в плен воинам противника. Смоленская область не была исключением. Госпитали организовывались гитлеровскими оккупационными войсками. Одним из таких госпиталей являлся лазарет для советских военнопленных №175. После освобождения Смоленска 25 сентября 1943 года были организованы также госпитали для немецких солдат и офицеров. Мы хотели бы рассказать про специальный госпиталь №1731, дислоцировавшийся в городе Рославле Смоленской области.

Материалы и методы. В ходе исследования были использованы источники из государственного архива Смоленской области, никогда ранее не публиковавшиеся, краеведческая литература, материалы научно-практических конференций. Применялись идеографический и историографический методы исследования.

Результаты исследования.

Специальный госпиталь №1731

С самого начала создания – 14 июля 1941 г., этот эвакогоспиталь располагался в городе Троицке Челябинской области. В годы Великой Отечественной войны в нем оказывалась квалифицированная и специализированная терапевтическая помощь раненым и больным бойцам Красной Армии.

Однако в октябре 1944 года эвакогоспиталь №1731 был передислоцирован в Рославль и был переименован в специальный госпиталь №1731. Вплоть до августа 1945 года профиль все также оставался терапевтическим и здесь оказывалась

помощь советским военным. Но 10 августа 1945 года он был репрофилирован в специальный госпиталь и начинает оказывать помощь раненым и больным немецким военнопленным. Сюда доставлялись раненые и больные, содержащиеся в лагерях на территории г. Рославля и других районов Смоленской области. Как известно, в течение нескольких лет взятые в плен войска немецкой армии и их союзники содержались в лагерях на территории города и работали на его восстановление. В первое время в госпитале находится только 242 человек, однако к началу 1946 года на довольствии располагались уже около 800 больных военнопленных. Для улучшения качества помощи больным и уменьшению смертности в 1947 году было принято решение капитально переоборудовать госпиталь. Просуществовал эвакогоспиталь вплоть до конца 1949 года.

Общий план строения госпиталя №1731

Госпиталь располагался в западной части города Рославля. В распоряжении находились два корпуса: двух и одноэтажное здание из кирпича. Также на территории имелось место для прогулок и восстановления туберкулезных больных: аллеи, беседки и фонтан. Имелось 3 отделения: карантинно-инфекционное, хирургическое и терапевтическое.

Карантинно-инфекционное отделение делилось на 2 изолированные половины. В первой половине находились больные с открытой и закрытой формой туберкулеза легких. Вторая половина – карантинные больные. В хирургическом были размещены хирургические больные, а в терапевтическом размещены все остальные больные, включая выздоравливающих, которые впоследствии должны были отправиться в лагерь для военнопленных.

Таким образом, в эвакогоспитале оказывалась специализированная квалифицированная медицинская помощь.

Хирургическая помощь в специальном госпитале №1731

В хирургическом отделении оказывалась помощь, которая включала в себя экстренные операции для больных в тяжелом состоянии. Также проводились плановые хирургические вмешательства, чаще это были искусственные пневмотораксы.

Прооперированные военнопленные находились на реабилитации до полного выздоровления. В послеоперационном периоде использовалось диетическое питание (при необходимости), физиотерапевтическое лечение в специальном отделении.

Больные, у которых заканчивалось лечение, переводились в палаты для выздоравливающих, где они находились в среднем 15-20 дней, "проходили испытание физической нагрузкой", то есть для них постепенно создавались условия, приближающиеся к лагерным. Перед выпиской всех выздоравливающих направляли на врачебно-госпитальную комиссию в присутствии представителя лагеря, в который проводится выписка.

Статистика смертности

На умерших военнопленных писался подробный эпикриз, прилагался протокол патологоанатомического вскрытия. Захоронение трупов производилось на кладбище госпиталя.

За все время работы госпиталя в нем погибло суммарно 594 человека. Показатели смертности в первые и последние годы работы госпиталя разительно отличаются. Так, в 1949 году умерло 4 военнопленных, что составляет 0,85% к общему числу лечившихся. Большинство смертей в первые года приходилось на холодное время года. Статистика показывает, что на 1946 год около 200 человек погибло более чем через месяц с момента поступления в госпиталь. Это очень ярко контрастирует с показателями 1947 года, после реорганизации госпиталя, где более чем через месяц погибло только 37 больных. В 1947 году в июле была занесена дизентерия, но не было ни одной смерти.

Лазарет для советских военнопленных №175

Хотелось бы сравнить деятельность эвакогоспиталя 1731 с другим госпиталем, но уже для советских военнопленных – лазаретом для советских военнопленных №175.

Данный госпиталь был создан для **пересыльно-сортировочных (транзитных) лагерей для военнопленных ДУЛАГ 240 и ДУЛАГ 126.** Он располагался на Киевском

шоссе и функционировал относительно недолгое время: с 20 июля 1941 г. до 25 сентября 1943 г. Он был организован на базе советского госпиталя, созданного в Смоленске в конце июня 1941 в здании фельдшерской школы. Несмотря на короткое время существования, там погибло огромное количество людей. Создавая это "лечебное" учреждение, нацисты изначально ставили цель использовать его для систематического истребления больных и раненых. В зданиях отсутствовали стекла, немцы сознательно демонтировали паровое отопление. Здесь максимально можно было разместить не более тысячи человек, но число больных доходило до 4,5 тыс. Из показаний свидетелей: раненые лежали прямо на полу – койки и постельные принадлежности отсутствовали. Рацион питания был очень скудным: 200 грамм эрзац-хлеба и суп из ржи, овощных очисток или гнилого картофеля. Из лазарета постоянно доносились стоны, крики о помощи и просьбы о хлебе.

Проводились бесчеловечные хирургические вмешательства: забор спинномозговой жидкости с целью ее дальнейшего использования при лечении немецких военнослужащих, извлекалась часть рогаговицы с последующим пересадкой ее раненым немецким офицерам. После проведенных манипуляций пациенты, как правило, умерщвлялись как не представляющие интереса для медиков. Смертность достигала 200 человек в сутки. По свидетельству пленных советских врачей, работавших там, немецкие хирурги позволяли учиться оперировать на "живом материале" начинающим докторам, часто прибегали к необоснованным ампутациям раненых конечностей, при этом не соблюдались правила антисептики, инструменты обычной марлей или ватой.

Точное число до сих пор неизвестно, но приблизительно насчитывает около 30 тыс. погибших военнопленных. Всем погибшим был поставлен мемориал узников концентрационного лагеря. 20-21 февраля 2025 г. в Смоленском государственном медицинском университете состоялась международная научно-практическая конференция, посвященная 80-летию Великой Победы и увековечению памяти воинов-красноармейцев, расстрелянных и замученных в душегубках, умерших от ран, болезней и тяжелейших условий содержания в лазаретах немецких лагерей военнопленных ДУЛАГ 240 и ДУЛАГ

126 в 1941-1943 годах, располагавшихся на территории медгородка и областной больницы г. Смоленска и захороненных в Братской Могиле №16-19 по проезду Маршала Конева. Материалы ее опубликованы в издании "Математическая морфология. Электронный математический и медико-биологический журнал" (Том 24, вып. 1, 2025 г.).

Выводы. Представленные данные убедительно свидетельствуют, что медицинская помощь раненым и больным военнопленным гитлеровской армии на территории Смоленской

области в 1944-1949 гг. была специализированной, организованной на достаточно высоком уровне.

В фашистских госпиталях лагерей советских военнопленных в оккупированном Смоленске в 1941-1943 гг. были созданы нечеловеческие условия. Медицинская помощь там практически не оказывалась. Имели место факты истязаний и бесчеловечных экспериментов в процессе так называемого "лечения". За 2 года в двух госпиталях погибло более 30000 военнопленных.

Список литературы

1. Бадаев М.Г. Память хранит все / М.Г. Бадаев – Смоленск: изд-во "Смядынь", 1995. – С. 83.
2. ГАРФ. – Ф. 7021. – Оп. 116. – Протокол №19. "Из сообщения чрезвычайной государственной комиссии о массовом истреблении немецко-фашистскими захватчиками военнопленных и мирных граждан в г. Смоленске и его окрестностях. 6 ноября 1943 г.
3. ГАСО. – Ф. Р-1630. – Оп. 2. – Д. 29. – Л. 1-3. (Справка о массовом истреблении немецко-фашистскими захватчиками пленных бойцов и командиров Красной армии, а также советских граждан в Смоленском госпитале для военнопленных).
4. ГАСО. – Ф. Р-3517, Оп. – 1, Д. – 1, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12.
5. Известия советов депутатов трудящихся СССР. – №18 (8934) от 20 января 1946 года. – С. 1-5.
6. Сообщение чрезвычайной государственной комиссии по установлению и расследованию злодеяний немецко-фашистских захватчиков и их сообщников и причиненного ими ущерба гражданам, колхозам, общественным организациям, государственным предприятиям и учреждениям СССР. О разрушении гор. Смоленска и злодеяниях, совершенных немецко-фашистскими захватчиками над советскими гражданами / ОГИЗ Госполитиздат, 1943. – 17 с.
7. Теремов Д.Д. Малоизвестные страницы истории Главного корпуса Смоленского государственного медицинского университета / Д.Д. Теремов, С.В. Нагорная. – Уроки Холокоста и оккупации: судьбы медицинских работников и практики выживания на территориях СССР: сборник материалов Международной научно-практической конференции / гл. ред. д.и.н. А.В. Карташев. – Ставрополь: изд-во СтГМУ, 2019. – С. 142-146.

Условия публикации материалов в журнале Вестник оперативной хирургии и топографической анатомии

1. Для издания принимаются только ранее не опубликованные авторские материалы – научные (практические) статьи и обзоры (обзорные статьи), соответствующие тематике журнала. Материалы подлежат обязательному рецензированию в установленном порядке по параметрам актуальности, научной новизны, теоретической и практической значимости, стилистики и соответствия требованиям к оформлению. Редакция не несет ответственности за содержание авторских материалов. Рукописи авторам не возвращаются.

2. Основные требования к содержанию авторских материалов

Научная (научно-практическая) статья. Во вводной части должны быть обоснованы актуальность и целесообразность разработки темы (научной проблемы или задачи). В основной части статьи путем анализа и синтеза информации необходимо раскрыть исследуемые проблемы, пути их решения, обоснование возможных результатов, их достоверность. В заключительной части – подвести итог, сформулировать выводы, рекомендации, указать возможные направления дальнейших исследований.

К публикации принимаются научные статьи по следующим направлениям:

1. Хирургия
2. Клиническая анатомия
3. Оперативная хирургия.
4. Преподавание хирургических дисциплин

2.1. Оформление авторских материалов

В редакцию следует направлять авторские материалы, включающие следующие элементы: заглавие, сведения об авторах, аннотацию, ключевые слова, код классификатора УДК, список литературы.

2.1.1. Заглавие должно быть кратким и отражать суть тематического содержания материала. После заглавия необходимо указать сведения об авторах, составителях и других лицах, которые участвовали в работе над рукописью.

2.1.2. Сведения об авторах указываются после заглавия и включают следующие элементы: фамилия и инициалы автора, место работы, учебы (наименование учреждения или организации, населенного пункта, наименование страны). Имя автора приводится в именительном падеже. В коллективных работах имена авторов приводятся в принятой ими последовательности.

2.1.3. Аннотацию оформляют согласно ГОСТ 7.9-95, ГОСТ Р 7.04, ГОСТ 7.5 объемом от 200 до 500 печатных знаков. Ее помещают после сведений об авторах рукописи.

Аннотация на английском языке к русскоязычным материалам должна быть:

- информативной (не содержать общих слов);
- оригинальной (не быть калькой русскоязычной аннотации);
- содержательной (отражать основное содержание и результаты исследований);
- структурированной (следовать логике описания результатов);
- написанной грамотным английским языком;
- компактной (укладываться в объем от 200 до 500 слов).

Лучшим вариантом аннотации является краткое повторение в ней структуры, включающей введение, цели и задачи, методы, результаты, заключение.

2.1.4. Ключевые слова выбирают из текста материала и помещают отдельной строкой после аннотации перед текстом публикуемой рукописи. Ключевые слова (не менее 5 и не более 10) приводятся в именительном падеже.

2.1.5. Сведения, указанные в подп. 2.1.1-2.1.4, необходимо предоставить на английском языке и разместить подп. 2.1.1-2.1.4.

2.1.6. Библиографический список должен быть представлен библиографическими ссылками в тексте (ГОСТ 7.05-2008) и библиографическими списками в конце материала (раздел Список литературы), ссылки в виде [1] или [2, 3]. При этом автор отвечает за достоверность сведений, точность цитирования и ссылок на официальные документы и другие источники. Не включаются в список анонимные публикации, статьи в газетах, нормативные акты (если необходимо, то ссылки на них следует указывать в самом тексте статьи), учебники и т.п.

Нежелательно использовать в списке литературы электронные ресурсы

2.1.7. Оригинальность текста должна быть не менее 80%, а все заимствования легитимны (проверьте себя на плагиат).

2.1.8. Дополнительно авторы предоставляют сведения об авторах после п. 2.1.5., которые включают следующие элементы: фамилия, имя и отчество автора, e-mail, полное официальное наименование места работы (учебы), структурное подразделение, наименование страны, населенного пункта, улицы, номера дома (организации).

SPIN-код, ORCID-код, scopus-код

2.2. Требования к оформлению

Объем авторского оригинала должен быть от 5 стр. формата А4, напечатанных через 1 интервал шрифтом Times New Roman размером (кеглем) – 12. Основной текст, без абзацных отступов.

Таблицы должны быть выполнены табличными ячейками Word. Выравнивание текста и цифр внутри ячеек необходимо выполнять только стандартными способами, без использования пробелов, абзацев или дополнительных пустых строк. Не следует использовать выделение цветом.

Для построения графиков и диаграмм следует воспользоваться MS Excel (файл обязательно должен содержать исходные численные данные, связанные с рисунком). Все рисунки должны быть расположены в тексте, без дополнительного обтекания текстом. Рисунки и схемы, выполненные в Word, должны быть сгруппированы внутри единого объекта. Запрещается использовать отсканированные графические материалы.

Таблицы и рисунки встраиваются в текст, расположение их на листе должно оставаться книжным. При этом таблицы должны иметь заголовки, размещаемый над табличным полем, а рисунки – подрисуночные подписи.

При использовании нескольких таблиц или рисунков их нумерация обязательна. Рисунки должны быть сгруппированы. Формулы должны быть набраны в редакторе MS Equation.

Образец оформления – приложение 1.

3. Представление материалов в редакцию

3.1. Редакция принимает к рассмотрению материалы только в электронном виде на адрес электронной почты vestnikohita@gmail.com. Файлы должны быть названы по фамилии первого автора в формате *.doc (Иванов ст.doc, Иванов договор.doc). В теме письма должна быть пометка с фамилией и инициалами автора.

3.2. Все материалы, направляемые авторами для публикации в журнале, рецензируются согласно положению о рецензировании.

3.3. Вместе с авторским оригиналом, подготовленным в соответствии с требованиями п. 2.1, автор должен представить подписанные скан-копии сопроводительные письма (на каждого автора в одном документе) – приложение 2 и договор-оферта – приложение 3.

4. Прочие условия

Передача материалов в редакцию является согласием с настоящими условиями публикации. Материалы, направленные в редакцию без выполнения требований настоящих условий, не рассматриваются. В переписку с авторами отклоненных материалов редакция не вступает.

Журнал издается только в электронном виде. Доступ ко всем номерам журнала бесплатный для всех, в т.ч. и для авторов как на сайте журнала, так и в научной электронной библиотеке eLIBRARY.RU <http://elibrary.ru>

Материалы публикуются по решению редколлегии в порядке общей очереди и на безвозмездной основе. Опубликование в конкретном выпуске не гарантируется. Плата за публикацию не взимается, авторский гонорар не выплачивается.