

Чечко Артем Николаевич

Не сдавайся, дыши!

Очерки военного ЛОР-врача

Оглавление

<u>Оглавление</u>	2
<u>Предисловие к изданию</u>	6
<u>Даю слово офицера</u>	7
<u>24 февраля</u>	11
<u>Alma Mater</u>	14
<u>Непростые времена. О мечте родом из детства</u>	17
<u>Я знаю точно кем я не хочу быть!</u>	22
<u>А вы кто по специальности?</u>	24
<u>Когда судьба заставит – сможешь!</u>	27
<u>Наперегонки со смертью</u>	33
<u>День медицинского работника</u>	39
<u>Основная работа военного оториноларинголога в зоне боевых действий</u>	42
<u>Услышать, чтобы выжить</u>	45
<u>О случаях членовредительства в практике военного оториноларинголога</u>	48
<u>Акустическая лаборатория в зоне проведения боевых действий</u>	52
<u>«Антей» и «Юпитер»</u>	60
<u>На войне случается всякое</u>	65
<u>Все не то, чем кажется</u>	67
<u>Не бывает простых операций</u>	71

<u>ЛОРы Донбасса</u>	76
<u>Взрыватель в голове</u>	78
<u>Наперекор судьбе</u>	80
<u>Верь своим ушам</u>	82
<u>Я все равно не слышу!</u>	85
<u>Его величество случай</u>	87
<u>Я ваш друг</u>	89
<u>Не сходиться</u>	91
<u>Встань и иди</u>	93
<u>Игры разума</u>	96
<u>Почему ты мне не отвечаешь?</u>	99
<u>Предзащита кандидатской диссертации</u>	101
<u>Люди на войне</u>	103
<u>Я помню и не забуду никогда!</u>	106
<u>Два полковника</u>	113
<u>О группах медицинской эвакуации</u>	115
<u>Максимка</u>	118
<u>Папа, привет</u>	121
<u>О силе духа</u>	125
<u>Не теряй надежду</u>	128

<u>«Тигра»</u>	130
<u>Я же человек</u>	133
<u>Взгляд</u>	136
<u>8 февраля</u>	138
<u>Момент веры</u>	142
<u>У нас в городе больше нет ЛОР-врача</u>	145
<u>Мы русские офицеры</u>	148
<u>Память</u>	155
<u>Первый шаг</u>	160
<u>Выбор</u>	162
<u>Эпилог</u>	164

Эта книга посвящается моим учителям — трудолюбивым и честным людям, которые щедро делились своим опытом, учили меня не только азам искусства хирургии и, в частности, оториноларингологии, но и были и остаются примерами достойного человеческого поведения, самоотверженного служения своей профессии и обществу:

военному хирургу, оториноларингологу, подполковнику медицинской службы в отставке Матвееву Александру Владимировичу; военному хирургу, травматологу, полковнику медицинской службы в отставке Лапину Александру Васильевичу; врачу-хирургу Литвинову Артёму Николаевичу; врачам-оториноларингологам — доктору медицинских наук Беличевой Эльвире Георгиевне, Бадритдинову Ильгаму Муродилевичу и доктору медицинских наук, профессору Красножену Владимиру Николаевичу.

Предисловие к изданию

После выхода книги «Вновь слышать и дышать. Очерки военного ЛОР-врача» со мной связались непосредственные участники событий, о которых я решил рассказать. Это были офицеры медицинской службы. Мы вместе снова «пережили» ряд историй из зоны СВО, изложенных в книге. Какие-то оставили теплые воспоминания, а какие-то — тяжкий груз на душе.

В ходе бесед с сослуживцами мне стало ясно, что некоторые очерки нужно расширить, чтобы глубже передать переживания и чувства героев этих событий, а также рассказать новые истории, которые не вошли в первое издание.

Объем изменений и новых глав, вошедших в новое издание очерков, делает его почти в два раза больше по объему — фактически это самостоятельное издание.

Даю слово офицера

Лето 2025 года, в скором поезде, идущем в зону СВО

Война приучила нас действовать, почти не размышляя, ибо каждая минута промедления чревата была смертью. Поэтому жизнь здесь кажется нам очень уж медлительной. Мы берем ее наскоком, но прежде чем она откликнется и зазвучит, мы отворачиваемся от нее. Слишком долго была нашим неизменным спутником смерть; она была лихим игроком, и ежесекундно на карту ставилась высшая ставка. Это выработало в нас какую-то напряженность, лихорадочность, научило жить лишь настоящим мгновением, и теперь мы чувствуем себя опустошенными, потому что здесь это все не нужно. А пустота рождает тревогу: мы чувствуем, что нас не понимают и что даже любовь не может нам помочь. Между солдатами и несолдатами разверзлась непроходимая пропасть. Помочь себе можем лишь мы сами.

Эрих Мария Ремарк, из книги «Возвращение», 1931 год

Это была уже моя четвертая командировка в зону проведения СВО¹. Если честно, то усталость стала чем-то привычным — она не отпускала, как и всех, кто давно там находится. Причём уставал я не столько физически, сколько морально. И это понятно: идут боевые действия. Я с 2022 года по долгу службы² участвую в СВО, и вот снова еду на поезде в военный госпиталь «за ленту». Поезд шёл в сторону нашего курортного юга — то есть ближе к Украине.

Я смотрел на пассажиров вагона, в котором ехал. Рядом со мной были люди, чьи пути резко расходились: одни направлялись на войну, другие — отдыхать на курорт. Одни готовились воевать, спасать товарищей, а может, и погибнуть. Другие мечтали о пляже, хотели просто отдохнуть и повеселиться. И всё это — в одном вагоне, среди граждан одной страны. Порой такой контраст пугает сильнее, чем сама война.

¹ СВО – Специальная военная операция на Украине.

² Автор книги является кадровым офицером медицинской службы.

В тот момент вспомнился июнь 2022 года. Тогда в наш эвакогоспиталь приехал боец из самарской бригады — он искал своего товарища. Еще лет за пять до начала СВО два лучших друга, выросших в одном дворе в Самаре, вместе пошли на контрактную службу. А теперь один из них узнал, что друга с тяжёлым ранением эвакуировали к нам. Увы, того уже доставили как «двухсотого». Парню сказали, что его товарищ мертв. В ответ он всего лишь попросил посидеть рядом с телом пять минут — больше ему ничего не нужно было, ведь времени почти не оставалось: его подразделение вот-вот должно было уйти на боевую задачу. Медрегистратор ответила, что тело уже отвезли в морг.

Дальше случилось то, что надолго врезалось в память всех, кто был там. Самарский боец схватился за голову и громко закричал. Потом, прислонившись спиной к стене, медленно сполз вниз и зарыдал — от обиды, от злости, от бессилия перед тем, что уже нельзя изменить. Эти образы крутились у меня в голове, сменяясь то вспышками гнева, то полной апатией — прямо в вагоне едущего поезда.

Обычно в такие тяжелые моменты я старался отвлечься, переключиться на что-то другое — чаще всего на научную работу³. Но в тот раз почему-то вспомнился разговор с одним известным в узких кругах оториноларингологом. Он когда-то служил в армии, но недолго: как у нас говорят, мало «побыл на земле», быстро перешёл на кафедру Военно-медицинской академии. Со временем его взгляды на военную медицину стали скорее гражданскими.

Мы с ним долго спорили о роли военного ЛОР-врача на войне. Нужен ли он на фронте? Какой объем помощи реально может оказать врач этой специальности? Есть ли в военной оториноларингологии такие проблемы, которые можно понять и решить только там, на передовой?

³ У автора есть несколько научных трудов, написанных в зоне СВО и посвященных изучению боевых травм ЛОР-органов.

Сидя в поезде, я вдруг отчётливо осознал: о моей профессии — о работе военного ЛОРа — почти ничего не рассказывают. Никто ещё не писал об этом в художественной форме, не делился тем, с чем мы сталкиваемся. Не говорил о тяжёлом выборе, перед которым оказываешься на войне, или о том, как порой жалеешь даже о правильных решениях.

Большинство военных ЛОРов, в том числе и я, пришли в специальность из хирургии. По крайней мере, так было до отмены интернатуры. И, как мне кажется, это правильно: нас учили думать как хирурги — видеть проблему целиком, а не только отдельные детали. Мне захотелось рассказать об этом: о том, как я пришёл в профессию, как по-настоящему ею «заболел», что такое оториноларингология и особенно её военное направление.

О разных врачебных специальностях написано немало книг. Хирургия здесь вне конкуренции: она постоянно ставит врача перед тяжёлыми вызовами. В экстренной ситуации доктор обязан принимать решения мгновенно, а операция требует огромного напряжения и физических и моральных сил. У терапевтов и близких к ним специалистов ритм работы обычно спокойнее. А у патологоанатомов и судмедэкспертов всё уже произошло: для пациента путь завершён. При этом есть интересные книги о судебно-медицинской экспертизе — они увлекают не только врачей, но и людей, далёких от медицины: чаще всего из-за историй, которые привели человека на секционный стол.

Но и в военной оториноларингологии хватает неотложных ситуаций. Военному ЛОР-врачу нередко приходится останавливать сильные носоглоточные кровотечения или срочно восстанавливать проходимость дыхательных путей при ранениях шеи и челюстно-лицевой области. Много связано и с тем, чтобы вернуть бойцам слух после минно-взрывных травм. При этом врачу нужно ещё и понять: действительно ли человек нуждается в помощи или перед ним симулянт.

Прежде чем взяться за книгу, я обсудил эту идею с одним из своих учителей и с командиром, под началом которого работал в зоне СВО. Честно

предупредил, что не смогу рассказать всю правду. Один из них ответил: «Главное, чтобы неправды было поменьше!» А второй сказал: «Пиши правду сейчас — потом она никому не нужна будет. В этом и есть искусство, а красивые брошюры по телевизору и так покажут».

Я дал им слово офицера: в моей книге не будет неправды.

Книга состоит из очерков. Если читать их отдельно, видно, что они расположены не по хронологии: между событиями в разных историях могут быть десятки лет. Но если читать подряд, становится понятна общая логика, связывающая все эти эпизоды.

24 февраля

24 февраля 2022 года, Казань

Бойцы, находившиеся со мной в одной палатке развёрнутого медицинского пункта учебного полигона Казанского высшего командного танкового училища, разбудили меня со словами: «Выступает Верховный, он объявил о начале СВО на Украине». Было около шести утра. Честно говоря, я даже не поверил. Мы все, конечно, знали, что к границам Украины стянули войска, проходили учения. Из госпиталя, где я служил, нескольких офицеров откомандировали на эти мероприятия. Поскольку многих медиков войскового звена перебросили туда, меня — госпитального военного ЛОРа — отправили заниматься медицинским обеспечением курсов интенсивной общевойсковой подготовки, так называемых курсов выживания, для военнослужащих контрактной службы.

После подъёма всего личного состава всех офицеров, в том числе прикомандированных, собрал на совещание командир второго учебного батальона. У него уже была информация с мест событий. Кратко доложили, что сразу всё пошло не совсем гладко. Требуются бойцы, чтобы пополнить подразделения для ведения боевых действий на Украине. Необходимо было построить контрактников и предложить им по окончании курсов выживания сразу выдвинуться в зону СВО.

Стоит отметить, что командир батальона — подполковник — был человеком с боевым опытом, прошедшим вторую Чеченскую войну. По его виду было понятно, что он переживает из-за событий, разворачивающихся на Украине. Уже потом он как-то сказал всем офицерам: «Это всё только начинается!»

Вернёмся к 24 февраля 2022 года. На плацу построили учебный батальон. Бойцы шёпотом общались между собой — у кого-то были знакомые, которые уже вступили в бой и периодически выходили на связь.

Настроение в строю было тревожным. Командир батальона обратился к строю с речью. Сказал всё как есть. Никого он не заставлял писать рапорта для отправки в зону СВО. Было заметно, что многие военные из строя сами вызвались убить на Украину. Среди них были и бойцы-истопники из моей палатки. Интересные ребята, надеюсь, и сейчас они такие. Об их судьбе на момент написания книги мне ничего неизвестно.

Первый раньше служил в спецназе Росгвардии, была у него командировка в Сирию. По окончании контракта в указанной выше структуре он решил перейти в Министерство обороны.

Второй товарищ служил на военной авиабазе в Киргизии. Когда у него закончился контракт, перед его продлением выяснилось одно обстоятельство: оказалось, что бойца взяли на службу без прохождения курсов выживания. Командиры решили это исправить и отправили его «на большую землю» прочувствовать, что он всё же военный. Этот ефрейтор был с высшим юридическим образованием, служил рядом с замполитом, а в армию он попал, спасаясь от последствий своего желания стать мэром одного из маленьких городков нашей необъятной Родины. Так он мне рассказывал.

Всё у него шло хорошо, пока он не решил отметить свои выборы в кругу друзей-спонсоров. Праздновали ещё несостоявшуюся политическую победу на дачном участке. Изрядно подвыпившего «будущего мэра» отнесли на заднее сиденье автомобиля владельца дачи. А потом произошло то, чего никто не ждал.

Наш герой проснулся на заднем сиденье, увидел, что машина куда-то едет, а впереди сидят два незнакомых человека. Это оказались автоугонщики. Недолго думая, он крикнул: «Вы кто?!» Для злодеев, похитивших автомобиль, оказалось неожиданным сюрпризом, что на заднем сиденье кто-то есть: угоняя машину, они его не заметили. От неожиданности у вора за рулём дрогнула рука, и автомобиль улетел в кювет. Когда приехали сотрудники ГИБДД вместе с автовладельцем, в машине нашли только «будущего мэра». Никто ему не поверил, что машину угонял не он. Чтобы

замять дело и «красиво» уйти с выборов, он принял неожиданное решение — пойти служить в армию! Так он и оказался на военной базе в Киргизии.

Оба бойца подписали рапорта на отправление в зону СВО по окончании курсов выживания.

Я же с момента начала СВО постарался дать контрактникам на полигоне максимум того, что знал сам по военно-медицинской подготовке. Всем было понятно, что от знаний в этой области на войне зависит многое, самое главное — жизни людей. В скором времени и мне пришлось убывать в зону СВО на помощь своим товарищам.

Но прежде хочется рассказать, как начинался мой путь в военную оториноларингологию.

Alma Mater

2018-2020 годы, Санкт-Петербург



Здание кафедры и клиники оториноларингологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

В нашей стране есть место, где готовят военных ЛОР-врачей, — кафедра и клиника оториноларингологии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова (ВМедА) в Санкт-Петербурге. Она была создана первой в истории мировой медицины. В 1893 году произошло слияние двух направлений — отиатрии (ушных болезней) с болезнями горла и носа — и возникла единая кафедра ушных, горловых и носовых болезней. Её первым начальником стал тайный советник Н.П. Симановский. Этот гражданский чин согласно табели о рангах Российской империи соответствовал воинскому званию генерал-лейтенанта.

История этого места поистине грандиозна. Наверное, мало какой медицинский вуз, да и сама Военно-медицинская академия, может похвастаться таким количеством захватывающих событий и неординарных личностей. Причём есть вещи, которыми можно гордиться, а есть такие, о которых лучше бы забыть.

Так, известно, что в своё время к Иосифу Сталину лично обращался американский миллиардер Генри Форд с просьбой разрешить академику

Владимиру Игнатьевичу Воячеку, начальнику кафедры ЛОР, выехать в США. Форд просил прооперировать его дочь по поводу хронического гнойного среднего отита. Владимира Игнатьевича не отпустили, но разрешили американке приехать к нам, в СССР, для хирургического лечения. Есть и другая история, которую мне рассказывал один из старожилов кафедры, ныне уже покойный профессор: якобы В.И. Воячек ездил в Италию, где в 1938 году оперировал Муссолини — тоже по поводу хронического гнойного среднего отита.

Личность Владимира Игнатьевича крайне занимательна. Он был учеником первого начальника кафедры ЛОР — Николая Петровича Симановского. После Октябрьской революции академик Воячек был назначен начальником Военно-медицинской академии. Он смог перестроить весь учебный процесс под требования советской власти.

Есть один интересный момент, связанный с именем этого знаменитого военного ЛОР-врача. Он был самым возрастным генералом за всю историю Российской империи, СССР и современной России. Владимира Игнатьевича демобилизовали приказом министра обороны только в 1968 году — на девяносто втором году жизни. Таким образом, он прослужил в армии 74 года.

Как это было? В середине 60-х годов на стол министра обороны СССР маршала Гречко попал список генералов, выслуживших установленный срок. Он изучил список и заметил фамилию генерала Воячека, рядом с которой была указана дата рождения — 1876 год. Министр задал вопрос начальнику Главного управления кадров: «Тут какая-то ошибка или описка?!» Тот доложил, что ошибки нет: в списке значится генерал-лейтенант медицинской службы В.И. Воячек, и ему действительно скоро девяносто. Министр обороны принял решение: оставить начальника кафедры ЛОР ВМедА на службе ещё на несколько лет.

Кроме генерал-лейтенанта Воячека, были и другие знаменитые ЛОР-врачи, работавшие и служившие в стенах академии, — В.Ф. Ундриц, К.Л. Хилов, Р.А. Засосов и И.Б. Солдатов.

Надо отметить, что одно время в Ленинграде — с 1940 по 1956 год — существовала кафедра ЛОР Военно-морской медицинской академии (ВММА), которая затем волилась в состав одноимённого подразделения ВМедА имени С.М. Кирова. Сотрудники этого учреждения участвовали в создании противовоздушной обороны блокадного Ленинграда в годы Великой Отечественной войны. Об этом ещё будет рассказано в книге.

Были и моменты, которые стыдно вспоминать: это и донос на начальника кафедры ЛОР ВММА генерал-майора медицинской службы Романа Андреевича Засосова, по которому его арестовали в 1953 году и чуть не расстреляли, но изрядно над ним поиздевались; это и конфликт К.Л. Хилова с И.Б. Солдатовым, из-за которого последний был вынужден уволиться с военной службы и уехать в Куйбышев, где впоследствии стал академиком и вписал своё имя в историю мировой медицины; это и позорное исключение из Всесоюзного общества оториноларингологов в 1990 году начальника кафедры ЛОР ВМедА с формулировкой «за нарушение общечеловеческих норм морали»!

Всё это очень интересно. Но если убрать все интриги и коснуться только мастерства оперирующих ЛОР-хирургов этой кафедры — равных им в этом деле нет. Именно там я постигал свою специальность военного оториноларинголога. Правда, в итоге оперировать меня научили профессора из другого вуза. Что тут сказать: наверное, повезло, что так получилось.

На этой кафедре я проучился два года — с 2018 по 2020 год, после чего был направлен служить в Самару.

Непростые времена. О мечте родом из детства

Осень 1997 года, село «Буйновичи», Республика Беларусь

Мои родители родом из Белоруссии. Отец был офицером — свою военную службу он начинал в России.

Время распада СССР стало для него, как и для многих военных, моментом тяжёлого, но однозначного выбора. Он решил остаться и служить России. Когда отец приезжал в Беларусь и знакомые спрашивали, почему он не возвращается на малую родину, он отвечал твёрдо, без колебаний: «Я давал присягу Родине, столица которой находится в Москве. Второй раз и другому государству я присягать не буду!»

Отец был не одинок в этом решении. Рядом с ним стояли другие — белорусы, украинцы, армяне, представители самых разных народов. Они остались верны присяге и не мыслили себя вне того мира, который считали своим. Для многих офицеров всё происходящее было ужасным: они не понимали, как такое вообще могло случиться. Распад страны они переживали как личную трагедию — глубоко, болезненно, по-своему.

Так наша семья оказалась в России, в одном из её далёких уголков — в Западной Сибири. Там я и родился.

Каждый год мы ездили в Беларусь — навестить многочисленных родственников. Одна из таких поездок особенно врезалась в память. Мы заехали к бабушке и дедушке по отцовской линии в село Буйновичи. В такие дни вся родня собиралась вместе, и дом наполнялся разговорами. Говорили обо всём на свете, но чаще всего возвращались к тем непростым годам — к тому, как выживали в девяностые, как справлялись с трудностями, что помогало держаться.

Особенно запомнился один момент: дед вдруг вспыхнул, заговорив про новый паспорт — вернее, «пашпорт», как говорят по-белорусски. В этом его возмущении было столько накопившегося, столько усталости от перемен, что

даже сейчас, спустя годы, я слышу его голос и вижу, как он хмурится, будто сама эта бумажка стала символом чего-то чуждого и ненужного.



Мой дед Чечко И.Д. (1929–2015), подростком в годы Великой Отечественной войны помогал партизанам, потом попал в плен и находился в нацистском концлагере под Кировоградом. Кадр из видеосъёмки 1997 года (семейный архив).

Он не хотел менять свой советский документ⁴. Кто-то из родственников попытался его успокоить: да это же просто бумага, не стоит так переживать. Дедушку это задело — сильно, до глубины души. Он обвёл взглядом всех, кто сидел за столом, и сказал:

«Нет, для меня это не просто бумага. Для меня это напоминание о том, что я когда-то родился и жил в большой державе. Это напоминание о том, что за неё воевал мой отец. Это напоминание о том, как я, подростком, помогал партизанам и защищал эту страну, а когда попал в плен — каждый день, в

⁴ В 2004 году он все равно его поменял из-за соответствующего Постановления Правительства Республики Беларусь.

заточении у фашистов, в концлагере, — ждал, когда придут солдаты Красной Армии и освободят меня. И они пришли. Они спасли не только меня — они спасли весь мир от самой человеконенавистнической угрозы. Это напоминание о том, что я был уверен в завтрашнем дне. Это напоминание о том, что меня никогда не бросит моё государство...»

Тут он остановился. Было видно, как сильно защемило у него в груди. В глазах стояла обида — так глубоко его ранила эта тема.

В Буйновичах до начала 1943 года немцев не было — стояли словаки. Местные жители, почти все, в том числе и мой дед, помогали партизанам Лельчицкой бригады. Когда в деревню вошло партизанское соединение Ковпака⁵, большая часть словаков перешла на нашу сторону и ушла в легендарный Карпатский рейд по тылам немцев — оттуда дороги назад для многих уже не было.

Батальоном словаков, дислоцированным в районах Гомельской области (до войны — Полесская область с областным центром в Мозыре), командовал капитан Ян Нелепка. Начальником штаба был капитан Рудольф Меченец. Последнего за связь с партизанами расстреляли в Буйновичах представители командования словацкой бригады. Историю Героя Советского Союза и Чехословацкой Республики Яна Нелепки экранизировали — в третьем фильме «Карпаты, Карпаты» и в советско-чехословацкой картине «Завтра будет поздно». Рудольф Меченец был похоронен в Буйновичах, в братской могиле вместе с погибшими партизанами. После войны, в конце шестидесятых, приезжала делегация из Чехословакии. Братскую могилу вскрыли, останки Рудольфа Меченца опознали и перенесли на родину.

⁵ Ковпак, Сидор Артемьевич (1887-1967) - советский военный и государственный деятель. Генерал-майор (1943). Дважды Герой Советского Союза (1942, 1944); о том, что в Буйновичах продолжительное время стояли штабы партизанских соединений Сабурова и Ковпака, есть много воспоминаний, в том числе упомянутых выше военачальников, об этом рассказывают во втором фильме "Набат" кинотрилогии "Дума о Ковпаке".

После ухода словаков в 1943 году в деревню вошли немецкие каратели. Многих мирных жителей сразу взяли в плен. Деревню сожгли дотла. Людей расстреливали, а большую часть — сожгли заживо в сараях. Деда, которому тогда было четырнадцать лет, тоже хотели расстрелять, но староста сказал, что его отец, мой прадед Дмитрий, находится в Красной Армии. Немцы, по словам деда, не расстреливали родственников бойцов и офицеров Красной Армии. Это спасло ему жизнь — его вместе с другими жителями угнали в концлагеря.

После неловкой паузы разговор за столом сменил русло. В какой-то момент внимание взрослых обратилось на меня и моего младшего брата. Заговорили о школе, о подготовке к ней.

Брат заявил, что умеет складывать числа, сумма которых больше десяти. Ему тут же стали задавать примеры — однозначные и двузначные. Он отвечал уверенно, без запинки. Учитывая, что ему было всего пять лет, это не могло не восхищать — особенно меня, который в свои шесть так не умел. Мать пыталась остановить этот опрос, и мне было непонятно почему. Забегая вперёд, скажу: этот момент снимал мой отец на видеокамеру — по тем временам редкость. Когда, уже взрослым, я пересматривал эту запись, всё стало ясно. В самом начале брат ответил правильно, а потом... Ему говорили: «Два плюс семнадцать — сколько будет?» Он уверенно отвечал: «Двадцать четыре!» И так — на большинство вопросов.

Затем переключились на меня. Крёстная стала расспрашивать, кем я хочу стать. Я засмущался поначалу, хотя ответ — несмотря на свой возраст — уже знал. В то время шла Чеченская война. О ней много рассказывали на телевидении, взрослые на кухне обсуждали эти сюжеты. Меня, маленького, особенно впечатлили рассказы о военных врачах — о том, как они спасали раненых. В воинской части, где служил отец, тоже был военный доктор, и к нему относились с особым уважением. Это отложилось в моём детском

сознании. А позже ещё один военный врач — из Омска — окончательно укрепит моё стремление идти в эту профессию.

Я ответил крёстной, что хочу стать «военным хирургом». На её вопрос, не боюсь ли я крови, ответил: «Нет!»

Пройдёт время — и я смогу осуществить свою мечту, поступив в единственное оставшееся военное учебное заведение, которое к концу 2000-х годов готовило военных врачей.

Я знаю точно, кем я не хочу быть!

Ноябрь 2008 года, Санкт-Петербург

В один из субботних дней наш первый курс факультета подготовки врачей для ВВС и ПВО Военно-медицинской академии собрали на встречу с ветераном этого факультета. Он был с кафедры ЛОР (болезней уха, горла и носа) — полковник в лётной (синей) военной форме.

Если честно, многие из нас, в том числе и я, мечтали стать военно-полевыми хирургами. И какой-то военный ЛОР, который говорил нам, первокурсникам, что правильно его профессия называется «оториноларинголог», особо нас не впечатлил. Даже выговорить это слово сразу, без запинки, было трудно. В быту специальность просто называют «ЛОР».

Несмотря на его рассказ, наши неокрепшие умы, ещё не обременённые клиническими дисциплинами и, самое главное, жизненным опытом, по-прежнему полагали, что это «доктор по сопливым делам». Что в этой профессии может быть романтического? «Героически» лечить насморк? «Выдёргивать» у бедных детей нёбные миндалины и аденоиды под их крики? Помогать охрипшим или вымывать серную пробку? Подбирать слуховой аппарат дедам?

А что, по мнению многих, ЛОР делает с больными гайморитом? Засовывает в нос какую-то иголку. И, как поговаривали, после этого гаймориты возникают даже чаще. Одним словом — ужас! Такие мысли крутились тогда не только у меня.

То ли дело военно-полевые хирурги! Какие истории нам про них рассказывали! Сколько мы о них читали, сколько фильмов посмотрели ещё до поступления в Военно-медицинскую академию... Эх, вот они — подлинные герои! В их руках в первую очередь скальпель, а не шпатель и ушная воронка!

Только один курсант из нашего взвода⁶ на всё это отвечал твёрдо, что его дед, отец, мать и братья были оториноларингологами, и он заявлял: «Я буду ЛОРом — и точка! А вы ни черта не понимаете в этом!»

Во многом такое отношение к полковнику и его специальности в тот день объяснялось ещё и тем, что из-за этой встречи многих курсантов первого курса не пустили в увольнение. К тому же большинство старалось сесть на задние ряды — чтобы поспать, раз уж не отпускают «на волю». На первом курсе любого медицинского вуза, а тем более военного, катастрофически не хватало времени, чтобы просто нормально выспаться.

Примерно через час встреча с ветераном факультета закончилась. Мы стали выдвигаться в казарму. Мой друг, с которым мы потом проучились вместе до самого шестого курса в составе второго отделения седьмого взвода, спросил у меня:

— Ну, как тебе мероприятие?

Я ответил:

— Теперь я знаю не только, кем хочу стать, но и кем точно никогда не буду. Я никогда не стану ЛОРом! А тем более — военным ЛОРом!

⁶ Сергей З. действительно стал после окончания академии ЛОР-врачом. Продолжил врачебную династию.

А вы кто по специальности?

Июнь 2022 года, где-то в зоне СВО

Я был прикомандирован в один из отдельных медицинских батальонов, на базе которого должны были развернуть многопрофильный военный госпиталь в зоне СВО. В это подразделение я прибыл ещё весной 2022 года, когда батальон стоял на границе.

В один из дней нас построил командир. Нам объявили, что на следующее утро мы убываем в зону боевых действий. После этого всем выдали автоматы Калашникова и по два магазина с патронами, а также каски, бронежилеты и индивидуальные аптечки. В тот день мы переехали из палаток в одно из капитальных зданий фельдшерско-акушерского пункта. Ночь многие не спали — в воздухе чувствовалось напряжение.

Утром следующего дня весь состав медицинского батальона, включая прикомандированных военных врачей из госпиталей (к ним относился и я), был построен рядом со своими ПАЗиками. На этих автобусах мы должны были выдвигаться для развёртывания нового этапа оказания медицинской помощи.

Командир с позывным «Антей» выступил коротко:

— Главное — не трусить⁷! Кто паникует, тот погибает первым. Если начнут стрелять по нам, сразу покидайте автомобили — они вас точно не спасут. Ищите укрытия и отстреливайтесь! Больше ничего сказать не могу: нас никто прикрывать и охранять не будет, выдвигаемся своими силами!

После прозвучала команда занять места в автомобилях. Затем мы выдвинулись.

Не буду останавливаться на том, что мы видели по дороге, — положительных эмоций это не вызывало. По прибытии в назначенное место мы сразу начали развёртывать военный госпиталь на базе местной городской больницы. К концу дня всё было готово.

⁷ Честно говоря, он сказал иное слово, но смысл в тексте передан верно.

Вечером с нами стали общаться местные врачи, которые с 2014 года знали, что такое война. Это были очень опытные хирурги — они могли дать фору любому представителю Военно-медицинской академии. И это было понятно: у местных медиков был многолетний бесценный опыт оказания помощи раненым, а у большинства академических специалистов — лишь теоретические знания. Те, кто застал Афганистан или чеченские кампании, к тому времени либо уже уволились, либо, отслужив положенный срок, занимали высокие посты на кафедрах. В любом случае таких специалистов было мало даже в академии.

Со мной заговорил один из местных травматологов. Он рассказал, что за несколько дней до нашего приезда к ним доставили тяжелораненого в шею ополченца. Сразу вызвали врача-оториноларинголога из крупного города. Пока тот ехал, хирурги пытались провести атипичную трахеотомию⁸, но безуспешно. Были особенности строения: короткая шея, а кроме того, быстро нарастала эмфизема⁹ мягких тканей в области шеи с переходом на грудь. Решили затампонировать рану и произвести интубацию трахеи¹⁰. Первое выполнили, а второе никак не удавалось. Возникли дополнительные сложности: надгортанник располагался так, что почти полностью прикрывал вход в гортань. Интубационная трубка вновь и вновь попадала в пищевод. Пациента спасти не удалось: врач-оториноларинголог добирался до больницы около часа.

По окончании разговора травматолог спросил меня:

— А вы кто по специальности?

Я ответил:

— Я военный врач-оториноларинголог.

Он посмотрел на меня и грустно сказал:

⁸ Трахеотомия - хирургическая операция, во время которой в трахее (главной дыхательной трубке в шее) создают искусственное отверстие для обеспечения проходимости дыхательных путей.

⁹ Эмфизема – воздух в мягких тканях.

¹⁰ Интубация трахеи — это медицинская процедура, при которой в просвет трахеи через рот или нос вводят специальную эндотрахеальную трубку для обеспечения свободной проходимости дыхательных путей.

— Жалко, что вас не прислали к нам на пару дней раньше! Может быть, вы и спасли бы этого раненого.

Вскоре мне пришлось много раз оказывать экстренную помощь подобным пострадавшим. А ведь когда-то я даже представить боялся, что могу оказаться в таких ситуациях.



Военный отоларинголог; в зоне СВО, лето 2022 года (фотография из личного архива)

Когда судьба заставит — сможешь!

Осень 2016 года, Кронштадт



*Наставники; слева направо: полковник м/с в отставке Лапин А.В.,
подполковник м/с в отставке Матвеев А.В.*

Прошёл год с тех пор, как я занимал должность старшего ординатора хирургического отделения Кронштадтского военно-морского госпиталя. Примерно неделю назад мне доверили исполнять обязанности начальника отделения — штатный руководитель ушёл в месячный отпуск. Опыта в хирургии у меня было ещё немного, но тревоги почти не возникало: рядом трудились два по-настоящему опытных врача, на которых можно было положиться.

Они были мастерами своего дела — два «морских волка», умудрённых годами службы и тысячами операций. Александр Васильевич Лапин, бывший ведущий хирург госпиталя, полковник медицинской службы в отставке, к тому времени переквалифицировался в травматолога — освоил специальность ещё в годы службы. Александр Владимирович Матвеев, подполковник медицинской службы в отставке и бывший начальник оториноларингологического отделения, пришёл в свою область (ЛОР) из

хирургии. Они давно знали друг друга, дружили семьями и по-доброму подшучивали — то над собой, то друг над другом.

Оба они были офицерами ещё советской закалки, и именно они стали моими первыми наставниками в хирургии. Учили не только технике, но и особой врачебной этике (деонтологии) — тому, как вести себя с коллегами и в операционной. Например, они твёрдо настаивали: когда хирург зашивает рану, он обязательно должен подавать один конец нити ассистенту. Если этого не делать — значит проявлять неуважение к помощнику, а это недопустимо. Много внимания они уделяли отношению к подчинённым, особенно к операционным сёстрам. С серьёзным видом оба повторяли: хирург «всю жизнь стоит с протянутой рукой у операционного стола, и только операционная медицинская сестра...» — тут они делали выразительную паузу и завершали: «...даёт ему нужный инструмент».

Они щедро делились знаниями: учили тонкостям наложения швов, рассказывали истории из медицины, делились любопытными фактами. Постепенно эти люди всё сильнее заражали меня любовью к хирургии. По их совету я прочёл два тома «Неотложной диагностики живота» Генри Мондора, «Неотложную хирургию» Феликса Лежара и немало других книг. Да, кое-что в тех изданиях уже устарело, но главные принципы, заложенные в них, — забота о пациенте, преданность делу, умение видеть в больном не диагноз, а живого человека, — остаются вечными. Именно этого, на мой взгляд, так не хватает современным руководствам: они написаны сухим, казённым языком, в них нет души, читать их тяжело и неинтересно.

У Александра Васильевича, как и у меня, были белорусские корни — он родом из Быхова, что в Могилёвской области. Он нередко с теплотой говорил, что белорусы — люди особой порядочности. Услышав такие слова, Александр Владимирович лишь улыбался. Это слегка смущало старого полковника, и он тут же обращался к товарищу: «Саша, разве я не прав? Я ведь когда-то был и твоим начальником. Разве я поступал не по совести? Разве не отстаивал вас, своих подчинённых, перед командованием?»

Александр Владимирович, не переставая улыбаться, отвечал: «Конечно, прав! Но, думаю, и кронштадтцы — к которым отношусь и я — в порядочности белорусам ничуть не уступают!» Мы все дружно смеялись, а потом снова погружались в рабочие дела.

Поскольку центральная тема этой книги — оториноларингология, нельзя не упомянуть один примечательный факт: Александр Васильевич Лапин, выпускник Военно-медицинской академии, будучи курсантом второго курса, участвовал в церемониальных мероприятиях по захоронению на Богословском кладбище выдающегося ЛОР-врача, академика АМН СССР, генерал-лейтенанта медицинской службы Владимира Игнатьевича Воячека. В октябре 1971 года для этого был привлечён взвод курсантов факультета подготовки врачей для ВМФ СССР ВМА.

Александр Васильевич запомнил один необычный момент. Прощаться с заслуженным человеком пришли высокие чины из Москвы, представители партийного аппарата из Ленинграда и всё руководство академии — они первыми подходили к гробу. А затем стали пропускать вперёд женщин преклонного возраста: их было много, и все горько плакали. Курсант Лапин решился спросить у преподавателя кафедры ЛОР ВМА: «Кто эти женщины? Родственницы?» Преподаватель немного помолчал и ответил: «Нет, не родственницы», а потом, слегка замявшись, добавил: «Владимир Игнатьевич по молодости был очень любвеобильным».

Вернёмся к осеннему дню 2016 года. Часы показывали около 16:00. Все плановые операции мы успели выполнить ещё до обеда. В ординаторской доктора заполняли истории болезней и готовили выписки для пациентов. Внезапно зазвонил телефон. Медицинская сестра из приёмного отделения сообщила, что с морского завода везут мичмана в состоянии травматического шока. В тот день дежурным хирургом был я. Я бросил на своих старших товарищей немного взволнованный взгляд. Они спокойно сказали: «Не переживай, мы поможем. Отдай команду готовить операционную». Мы

вместе спустились в приёмное отделение, и уже через несколько минут привезли раненого.

Его внесли на носилках. Боец был бледен, отвечал на вопросы заторможенно. Вся правая верхняя конечность была перебинтована, повязка обильно пропитана кровью, а гемостаз¹¹ явно был недостаточным. Сопровождающий рассказал, что примерно пятнадцать минут назад при перемещении аккумулятора весом около тонны на подводной лодке оборвалась одна из металлических цепей — и груз упал, задев правую руку мичмана.

Пациента срочно подняли в операционную. Параллельно я быстро определил группу крови. Оперировать со мной пошёл Александр Васильевич. Когда мичмана уложили на стол и анестезиологи экстренно ввели его в наркоз, старый полковник твёрдо произнёс: «Как только снимем повязку, сразу накладывай швы на сосуды там, где увидишь кровотечение. Действовать нужно быстро!» Я честно признался: «Александр Васильевич, боюсь, что не справлюсь, — сегодня лучше я побуду у вас ассистентом». Так мы и решили.

Когда повязку сняли, перед нами открылась страшная картина: на задней поверхности плеча и предплечья виднелись полностью обнажённые кости, разорванные мышцы и сухожилия. Александр Васильевич быстро и уверенно перевязал кровоточащие сосуды. Затем проверил пульс на запястье, оценил цвет кожи и коротко заметил: «Ему повезло, что травма пришлась не на наружную поверхность». После этого он наложил направляющие швы на кожу для более надёжного гемостаза и асептическую повязку.

После выхода из наркоза пациента перевели в клинику травматологии и ортопедии ВМА. В течение месяца там выполнили ещё несколько операций, и в итоге функцию правой руки удалось практически полностью восстановить.

¹¹ Гемостаз – комплекс физиологических процессов в организме, обеспечивающих сохранение крови в сосудистом русле. В хирургии понятие «контроль гемостаза» – остановка кровотечения.

В тот же день после операции я откровенно поговорил с Александром Васильевичем, признавшись, что боюсь однажды остаться один на один с такой тяжёлой ситуацией и не справиться. Он постарался меня приободрить, и между нами завязался разговор.

— Артём Николаевич, ты ещё молод, опыта пока немного, — сказал Александр Васильевич, — но меня радует, что сразу после операции ты открыл атлас оперативной хирургии, прокручиваешь в голове ход вмешательства, задаёшь вопросы. Значит, сегодняшний день стал для тебя важным уроком — таким, который останется с тобой на долгие годы. Когда-нибудь ты окажешься в ситуации, когда рядом не будет никого, кто мог бы помочь. Тогда у тебя просто не останется выбора, и те знания, что у тебя есть, станут единственным шансом спасти человека.

— А вдруг я растеряюсь? Вдруг впаду в ступор? — возразил я.

— Сегодня по тебе не было видно, что ты в ступоре. Ты хорошо ассистировал. Помни: в хирургии важно сохранять хладнокровие. Всё твоё внимание должно быть сосредоточено только на операции — ни на чём другом. Я видел, что ты умеешь оперировать, просто у тебя пока мало опыта в неотложной хирургии, поэтому и волнуешься. И это нормально, — улыбнувшись, добавил он.

— Думаете, я смогу справиться, если однажды останусь совсем один в подобной ситуации? — спросил я, глядя на своего наставника.

— Когда судьба заставит — сможешь! — ответил мне Александр Васильевич.

02 июня 2020 года не стало полковника Лапина. По этому поводу я составил некролог в тот же день:

«Сегодня ночью ушёл из жизни один из моих учителей, достойный офицер ещё советской закалки, военный хирург, полковник медицинской службы в отставке Лапин Александр Васильевич. Когда я пришёл в военно-морской госпиталь, поначалу был запуган начальником госпиталя:

тот говорил, что я не справлюсь со своими обязанностями. Для молодого врача всегда тяжело, когда на тебя сразу давит начальство — многие мои коллеги меня поймут. На хирургическом отделении меня встретили два опытных военных хирурга: Александр Васильевич Лапин и Александр Владимирович Матвеев. Они занялись моей хирургической подготовкой, помогали во многих сложных ситуациях и давали мудрые советы, которые я постараюсь запомнить на всю жизнь. Со временем я узнал, что Александр Васильевич — тоже белорус, как и я. В какой-то степени это нас тоже сблизило. Последнее время он работал в обычной городской больнице травматологом-ортопедом. Он выполнял свой врачебный долг до последнего момента, пока не заболел COVIDом. Симптомы ОРВИ, высокая температура, реанимация, поражение лёгких и ИВЛ. Очень тяжело осознавать, что такого Человека больше нет с нами. “Светя другим, сгораю сам” — лозунг докторов всего мира, который Александр Васильевич пытался прививать молодым военным врачам. Он учил быть честным и порядочным человеком перед самим собой, перед своими подчинёнными, перед пациентами. Сам показывал пример. Александр Васильевич участвовал не только в моей подготовке. Если посмотреть на нынешних начальников хирургических кафедр Военно-медицинской академии — многие из них начинали свой путь под его руководством. Для многих своих учеников Александр Васильевич оставил светлый отпечаток в их памяти. Покойтесь с миром».

Наперегонки со смертью

Июль 2022 года, где-то в зоне СВО

Был июльский вечер. После тяжёлой дневной работы я вышел подышать на крыльцо приёмного отделения прифронтового военного госпиталя — передового этапа в районе с высокой интенсивностью боевых действий. В этот момент подъехал командир медицинской роты из тувинской бригады: он вёз раненых с «передка». Это был мой однокурсник по Военно-медицинской академии. Правда, мы учились в разных взводах, но это было не столь важно. В такие моменты — встречи со старыми товарищами — настроение всегда немного поднималось, несмотря на обстоятельства и место, где это происходило. Было ощущение, что встретил родного человека: тот напоминал о счастливых, мирных и добрых временах, когда мы были курсантами. После выпуска из академии нас разбросало по разным уголкам необъятной Родины. К сожалению, только находясь на СВО, со многими я смог встретиться через столько лет.

Мы поздоровались, похлопали друг друга по плечу. Начали беседу о службе. Вспомнили, кого видели из наших академических. Я рассказал о его одновзводнике, который стал начальником медицинской службы бригады. К сожалению, предыдущий погиб ещё в феврале 2022 года, а среди оставшихся военных врачей самым опытным был наш однокурсник — его и назначили на должность. Я отметил, что о подвигах того мне рассказывали бойцы из его подразделения. Был случай, когда он сам был контужен, но смог преодолеть это состояние и под обстрелом вытащить двух раненых бойцов.

В какой-то момент затрещала рация. Я услышал свой позывной. Мне сообщили, что везут двух тяжелораненых с огнестрельными поражениями челюстно-лицевой области и шеи. По рации я попросил стоматолога с позывным «Тайга» взять свет (налобный фонарь) и предупредить операционную сестру, чтобы она подготовила хирургический

инструментарий для трахеотомии и ПХО¹² ран ЛОР-органов. Наборы были заранее собраны ещё по прибытии в госпиталь и переданы в операционную. В этот момент к нам подошёл начальник приёмно-сортировочного взвода с позывным «Обь». Мой однокурсник попрощался с нами и убыл к себе в подразделение. Мы с «Обью» остались ждать прибытия раненых.

Минут через десять подъехала «Линза»¹³, к ней подбежали наши санитары. Открыв кузов автомобиля, они вытащили раненого. Это был старший лейтенант бригады спецназа — высокий, здоровенный парень. Он не мог лежать: находился в положении сидя с наклонённым вперед туловищем и головой, потому что в ином случае «захлёбывался» своей кровью. На область нижней челюсти и шеи была наложена марлевая повязка, обильно пропитанная кровью, поверх неё — шина-воротник. Фельдшер, который сопровождал «трёхсотых», сообщил, что второго с таким же ранением, к сожалению, не довезли. Он отдал мне форму 100, где было указано, что пациенту был введён внутримышечно антибиотик (цефтриаксон), обезболивающее, наложена асептическая повязка. «Обь» дал команду немедленно ввести подкожно противостолбнячный анатоксин «трёхсотому», а также нести чёрный пакет для «двухсотого».

Я бегло оценил состояние раненого: стойкого нарушения проходимости дыхательных путей нет, пациент в сознании, на вопросы отвечает жестами, может самостоятельно передвигаться, кожный покров бледен, показания пульсоксиметра: сатурация 88%. Эти сведения я получил, сопровождая раненого в рентген-кабинет — он находился в приёмном отделении. По cito!¹⁴ выполнили рентгенографию в двух проекциях (прямой и боковой) головы и шеи для оценки тяжести костно-травматических повреждений. Нижней челюсти практически не было, отмечался перелом верхней челюсти по Ле Фор II, костно-травматических изменений со стороны шейного отдела позвоночника не наблюдалось. Эти данные позволили мне уверенно

¹² ПХО – первичная хирургическая обработка.

¹³ Бронированный санитарный автомобиль.

¹⁴ В переводе с латыни: «срочно».

оказывать хирургическую помощь, сняв шейный воротник. Помимо рентгена головы и шеи раненому выполнили исследование левой голени и стопы. Военный травматолог с позывным «Байкал» тоже пришёл в приёмное отделение и обратил внимание, что пациент хромает на левую нижнюю конечность. По результатам диагностики — перелом в нижней трети левой большеберцовой кости.

Пациента доставили в операционную. При снятии повязки в области шеи и нижней трети лица наблюдалась следующая картина: открытая продольно расположенная рана верхней трети шеи с переходом на нижнюю челюсть, мелкие костные осколки последней — в мягких тканях нижней трети лица, края раны свободно расходились в поперечном направлении, при фарингоскопии¹⁵ определялся разрыв слизистой и расхождение костей в области нёбного шва. Отмечалось продолжающееся носоротоглоточное кровотечение. Поскольку необходимо было остановить кровотечение — обеспечить надёжный гемостаз, а также устранить ухудшение дыхания (аспирацию кровянистого отделяемого из области травмы в лёгкие), которое наблюдалось при изменении положения тела раненого, было решено сначала обеспечить надёжную проходимость верхних дыхательных путей, выполнить гемостаз в области ранения головы и шеи, а только потом «Байкал» приступит к наложению гипсовой лонгеты на левую нижнюю конечность. Сперва планировалось выполнение трахеотомии, затем введение пациента в наркоз, после — первичная хирургическая обработка в месте ранения.



Попытки уложить раненого в горизонтальное положение не увенчались успехом. Я знал и даже читал во многих руководствах, что в таких случаях необходимо выполнять трахеотомию в сидячем или полусидячем положении. Это всё было хорошо, только вот не мешало бы в нынешних пособиях для врачей расписывать не только ЧТО необходимо делать, но и

¹⁵ Обследование глотки.

КАК! А с этим большие проблемы¹⁶! Как назло, у пациента, видимо, стало проходить обезболивающее действие анальгетика: появился тремор в руках и в области головы, жалобы на боль, раненого стало «шатать» в положении сидя (да и кровотечение тоже ещё продолжалось). В операционной была медицинская сестра из местных; она сказала, что совсем недавно был подобный раненый из числа ополченцев и его не смогли спасти хирурги. На это, повернувшись к ней, я жёстко ответил, что сейчас в операционной говорю только я и комментарии остальных тут неуместны. Затем, повернувшись к раненому, сказал: «Старлей, послушай меня! Я ЛОР-врач, я спасу тебя! Только выполняй все мои команды!» Раненый кивнул.

У меня родилась идея, как быстро выполнить трахеотомию, когда я увидел одного из военных хирургов, зашедшего в операционную. Он был крепкого телосложения, достаточно высокого роста. Я сказал ему встать за раненым и ассистировать мне. Стоматологу с позывным «Тайга» дал команду стоять рядом и быстро подавать инструменты. Мы опустили операционный стол с раненым как можно ниже, я со стоматологом находился спереди от пациента. Хирург по моей команде поместил правую ногу на операционный стол так, чтобы раненый сел на переднюю поверхность его правой стопы и голень доктора плотно соприкасалась со спиной раненого. Затем по моей команде хирург согнутыми в локтевых суставах обеими руками обхватил плечи раненого. После он ладонными поверхностями обеих кистей взял голову раненого так, чтобы правая ладонь располагалась на лбу пациента, а левая — на его затылке. При этом голова раненого находилась в срединном положении. Затем оба плечевых сустава пациента ассистент по команде отвёл назад. В момент отведения плечевых суставов хирург одновременно запрокидывал назад голову раненого (см. рисунок). Я же быстро пальпировал через мягкие ткани отведённую трахею и начал выполнять экстренную

¹⁶ Указанный случай и множество других при ранениях ЛОР-органов побудили меня написать руководство для врачей «Неотложная хирургия боевой ЛОР-патологии» с учетом моего личного опыта.

трахеотомию. Стоит отметить, что раненый в таком положении головы не мог долго находиться, поэтому мы предоставляли ему возможность «отдохнуть», когда хирург переставал отводить его плечи и голову назад. В этот момент я оставлял в ране носовое зеркало Киллиана. После продолжал вновь. В течение двух минут мы смогли выполнить таким образом трахеотомию. Я ввёл в трахею канюлю с манжетой. Раздувание последней позволило остановить попадание крови из носоротоглотки в лёгкие. Военный анестезиолог с позывным «Эскобар» подключил аппарат ИВЛ и ввёл пациента в наркоз. Я произвёл ревизию раны головы и шеи, удалил мелкие костные отломки и частички грязи, выполнил тампонаду полости носа и глотки. Перевязал видимые кровоточащие сосуды мягких тканей лица. После чего, убедившись в достаточном гемостазе, наложил асептическую повязку на область раны. Под конец моего вмешательства подключился «Байкал»: он наложил гипсовую лонгету на левую голень.

Описанный выше способ потом я неоднократно применял в подобных случаях, оказываясь в зоне СВО. Немного его усовершенствовал, запатентовал¹⁷ и описал в своём руководстве для врачей.

Внешне, как мне сказали, я сохранял спокойствие в описанной выше ситуации. Скажу честно: в какой-то момент, особенно когда операционная медицинская сестра напомнила о ранее имевшемся смертельном исходе подобного ранения, у меня «забилося» сердце с бешеной скоростью. Я понимал, что мне необходимо справиться, что никого рядом нет, кроме меня. Тут шла «дуэль со смертью» за жизнь этого старлея.

По окончании хирургического вмешательства я доложил об этом порации командиру с позывным «Антей» и главному хирургу округа с позывным «Пирогов». Они спросили о дальнейшей лечебно-эвакуационной тактике. Я предложил санитарной авиацией отправить раненого в центральные госпитали или в Военно-медицинскую академию для выполнения следующего этапа оперативного лечения. Они со мной

¹⁷ Патент РФ на изобретение № 2808904.

согласились, и в тот же день раненый был в главном военном клиническом госпитале имени академика Н.Н. Бурденко в Москве. Я интересовался его судьбой у начмеда бригады спецназа, в которой он служил. Этому раненому успешно провели несколько операций по восстановлению нижней челюсти. Практически внешне не осталось никаких следов, напоминающих о столь тяжёлом ранении.

Подобный случай был в первый день, когда батальон, к которому я был прикомандирован, прибыл «за ленту».

По поводу указанного раненого разворачивалась ещё одна интересная история. Начмед их бригады — старший офицер, которого я к моменту написания этой книги хорошо знаю. Хочу отметить: именно с хорошей стороны, как крайне совестливого, исполнительного и порядочного офицера (нынче он командир одного из медицинских батальонов). Он рассказывал, что по поводу раненого старлея ему пришлось отчитываться перед командованием. Почему? И за что? А потому что этого раненого командование сразу отнесло к «двухсотым» — никто не поверил, что его могли спасти.

День медицинского работника

Июнь 2022 года, где-то в зоне СВО

Весь медицинский состав батальона рано утром был приглашён в один из холлов военного госпиталя. Там стоял скромно накрытый стол, на котором были стаканы с соком и бутерброды. «Антей» поздравил всех с праздником — Днём медицинского работника. Обратился ко всем со словами: «Независимо от того, какой вы специальности, сегодня мы, врачи — все хирурги, а медицинские сёстры — операционные сёстры! Время такое! Я знаю, что вы все в ожидании, с минуты на минуту должны начать поступать раненые. И всё равно я хочу вас поздравить с Днём медицинского работника! Сегодня как никогда наша работа очень важна!» В этот момент по рации поступила команда от начальника приёмно-сортировочного отделения с позывным «Обь»: «Через десять минут всем быть в приёмном отделении, везут раненых». Мы молча подняли стаканы с соком, выпили за наш день, «закусили» бутербродами и помчались к приёмному отделению.

Это был первый день, когда я и многие другие военные врачи впервые столкнулись с приёмом массового потока раненых. Отданный мне кабинет для осмотра раненых с акубаротравмами¹⁸ ранее был перевязочной в травматологическом отделении. На случай массового поступления раненых его разворачивали в малую операционную, в которой работали оториноларинголог и стоматолог. У последнего был позывной «Тайга». После сортировки нам отправляли бойцов для выполнения первичной хирургической обработки — как правило, ранений мягких тканей конечностей. Если поступали ранения челюстно-лицевой области и шеи, то нас вызывали уже в большую операционную. В конце дня, после работы с осколочными ранениями, я вместе со стоматологом привёл в порядок свой кабинет. Затем приступил к работе с ранеными, которые жаловались на проблемы со слухом. Те, у кого были разрывы барабанных перепонки, не

¹⁸ Акубаротравма – повреждение структур среднего и внутреннего уха в результате взрыва.

представляли для меня особых диагностических трудностей для установления диагноза. Была и другая группа — бойцы с акустической травмой, когда имелись повреждения только внутренних структур уха и видимых изменений не было. Я мог установить лишь факт снижения слуха¹⁹, а вот были ли эти изменения хроническими или свежими — определить не мог. Тут мне оставалось только полагаться на то, что раненые сообщают правду. Проводить целое «расследование» при таком потоке людей не было ни времени, ни сил.

В какой-то момент меня и стоматолога вызвали по рации и сказали срочно подняться в большую операционную. Когда мы прибыли туда, на месте уже были главный военный хирург округа с позывным «Пирогов», два преподавателя — начальника хирургических отделений из Военно-медицинской академии — и начальник анестезиологии и реанимации одного из сибирских военных госпиталей с позывным «Эскобар». Они были около раненого, он тяжело дышал. Осматривали его самого и рентгеновский снимок головы и шеи. Это был молодой парень с минно-взрывным огнестрельным осколочным сквозным ранением головы и шеи. Осколок вошёл на уровне средней трети левой боковой поверхности шеи и чудом не задел жизненно важных структур, а вышел в области правой дуги нижней челюсти, полностью раздробив эту часть кости. На месте входного ранения была небольшая ранка, вокруг отмечалось напряжение тканей; со стороны ротовой полости, в подъязычной области, отмечалась гематома²⁰. Раненый не мог открыть рот и ощущал тяжесть при дыхании из-за сдавления в области шеи — тяжело, с «характерным свистом» дышал.

«Пирогов» сказал: «Лезть туда и вскрывать эти гематомы сейчас, думаю, нецелесообразно! Пока есть какой-никакой гемостаз. Это надо делать с сосудистыми хирургами. Вопрос в другом: когда мы его отправим на

¹⁹ В моем скромном арсенале для проверки слуха был только камертон с частотой 128 Гц и аудиометр. Последний хотя и давал больше данных по сравнению со сведениями, полученными от камертона, но все равно относился к субъективным методам исследования слуха.

²⁰ Кровоизлияние.

следующий этап, не утяжелится ли он в пути?» Затем он повернулся к реаниматологу: «Вы можете его заинтубировать?» «Эскобар» ответил: «С учётом имеющегося выраженного тризма²¹ нижней челюсти, её перелома, гематомы в подъязычной области я считаю это нецелесообразным! То, что надо обеспечить стойкую проходимость верхних дыхательных путей, — с этим не спорю! У нас тут есть ЛОР. Надо решать вопрос о трахеотомии». После чего главный хирург обратился ко мне: «Вы считаете, лучше сделать коникотомию²² или трахеотомию? Почему я спрашиваю сначала о коникотомии — это связано с дислокацией трахеи, она сильно смещена вправо». Я ответил: «Считаю целесообразным выполнить трахеотомию!» «Пирогов» сказал: «Я понял вас! Тогда приступайте! После выполнения операции — раненого с пометкой: в первую очередь эвакуировать в *****...!»

На трахеотомии мне ассистировал один из начальников хирургических отделений Военно-медицинской академии. Операция прошла успешно. Раненый сразу отметил улучшение дыхания и был отправлен на следующий этап эвакуации. А я убыл проверять слух у оставшихся раненых, ждавших возле моей смотровой.

²¹ Тризм нижней челюсти – невозможность полного открытия ротовой полости.

²² Коникотомия - это хирургическое вмешательство, которое заключается в рассечении конической связки для восстановления проходимости дыхательных путей. Оно выполняется на уровне гортани, считается проще, чем трахеотомия, но более травматичное вмешательство, после которого чаще возникают осложнения.

Основная работа военного оториноларинголога в зоне боевых действий

Командировки 2022-2025 годов, где-то в зоне СВО



Раненый с акубаротравмой держит «кнопку ответа пациента», подключенную к аудиометру (проверка слуха); рисунок выполнен на основе фотографии ЛОР-обследования в зоне СВО (личный архив)

С чем чаще всего сталкивается военный ЛОР-врач в зоне боевых действий? С ранениями ЛОР-органов? Да, с ними тоже. Приходится останавливать носоглоточные кровотечения, удалять по возможности осколки из полостей ЛОР-органов, зашивать оторванные уши и носы. Много из этого, на самом деле, может выполнить и обычный или челюстно-лицевой хирург. Хотя мне приходилось сталкиваться с заблуждениями со стороны военных хирургов при оказании медицинской помощи раненым такого рода. Они считают, что при ранениях челюстно-лицевой области необходимо в ближайшие часы ушить рану, чтобы потом не было обезображивающих рубцов. Это, конечно, верная тактика, но не всегда. Если есть ранение ЛОР-органов, то необходимо санировать очаг.

Так, например, один из хирургов Военно-медицинской академии с гордостью показывал мне, как он ранее ушил рану щечной области. Я проследил судьбу этого раненого на следующих этапах. Нюанс был в том, что ранение оказалось проникающим — с переломом передней стенки верхнечелюстной пазухи и наличием достаточно крупного осколка в полости этого синуса. Поэтому неудивительно, что после того, как хирург наглухо

закрыв рану, начался гнойно-воспалительный процесс. Уже на следующем этапе «красиво наложенные швы» развалились, и военными ЛОР-врачами была выполнена вторичная хирургическая обработка области ранения с санацией полости верхнечелюстной пазухи — удалением металлического и костных осколков и выведением дренажа из синуса в полость носа и наружу. Затем длительно приходилось промывать указанную пазуху до полного устранения гнойно-воспалительного процесса, которого можно было избежать. Это было возможно лишь в том случае, если бы пациент оказался на операционном столе у ЛОР-врача или челюстно-лицевого хирурга.

На самом деле то, что описано выше, — всего лишь десятая часть того, с чем приходится сталкиваться военному ЛОР-врачу на войне. Чаще к нему обращаются с поражением органа слуха. Как говорят в народе — с «контузиями». Мы же называем эти травмы акубаротравмами, когда можно увидеть повреждение барабанной перепонки, или акустическими травмами, когда оно скрыто где-то глубоко — там, куда не доберётся взгляд ЛОР-врача.

Требуют ли такие раненые особого внимания? Конечно, требуют! Мало ли их? Нет, их достаточно! Наш орган слуха устроен непросто, и в нём есть множество очень «нежных» структур, которые можно восстановить после взрыва (и то не всегда) лишь в первые несколько суток, начав своевременную слухостабилизирующую терапию.

Понятно, что чтобы своевременно распознать такие ранения и начать лечение, бойца должен как можно скорее увидеть ЛОР-врач. Что бывает, если этого не происходит? Ускользает время — то «окно возможностей», когда можно восстановить слух, — и, к сожалению, такие бойцы навсегда теряют способность нормально слышать.

В условиях современной войны, когда массово применяются FPV-дроны, боец, который плохо слышит, становится лёгкой мишенью для противника. Возьмём дрон, который наиболее часто применяется как с нашей стороны, так и со стороны противника в зоне СВО, — Mavic 3. Его уровень шума составляет до 65 дБ, фиксируемый на расстоянии до 10 метров. Если у

бойца хотя бы на одно ухо имеется понижение слуха до III степени, то с большой вероятностью он не услышит приближение этого FPV-дрона со стороны поражённого уха.

Ниже будет представлен очерк о случае, когда время почти упущено и ЛОР-врач принимает правильное решение, пусть и очень «болезненное» для бойца.

Услышать, чтобы выжить

Июль 2022 года, где-то в зоне СВО

Один из клинических примеров, который я описал в «Атласе боевой акубаротравмы» (авторы — Чечко А.Н., Беличева Э.Г., 2022 г.), привожу дословно.

По мнению авторов атласа, особенно трагичны случаи, когда раненые стараются скрыть увечье. Это так называемая диссимуляция: боец делает вид, что всё в порядке, хотя внутри уже идёт разрушительный процесс. Таких солдат чаще всего привозят на этап медицинской эвакуации не по их воле — в приказном порядке, по решению командиров. И у каждого из них своя причина молчать.

У одних — служба в элитных подразделениях: спецназ, ВДВ, морская пехота. Для них перевод в обычную пехоту равносителен личному поражению. У других военная служба — дело всей жизни, и мысль о гражданской реальности кажется невыносимой. А кто-то просто хочет «вернуть долг» за погибших товарищей. И вот в таких ситуациях от врача требуется не только профессионализм, но и внутренняя твёрдость: нужно отбросить любые эмоции и сделать то, что обязан сделать врач. Ведь молчаливый раненый опасен не только для себя: он может не услышать приказ — и тем самым непреднамеренно навредить своим же товарищам.

Раненому было 24 года. Он служил в элитном подразделении и был доставлен в многопрофильный военный госпиталь по приказу командования. Со слов сопровождающего, две недели назад солдат попал под артиллерийский обстрел. Сослуживцы давно замечали, что он не слышит на правое ухо, и доложили об этом начальству. Но боец наотрез отказывался покидать зону боевых действий: уверял, что слышит левым ухом, а справа у него просто серная пробка.

За сутки до госпитализации случилась сцена, от которой до сих пор становится не по себе. Во время выполнения задачи он потянулся к рации, и в этот момент чека гранаты, закреплённая на разгрузке поверх бронежилета, зацепилась за рукав правой руки. Стоявший рядом товарищ пытался крикнуть предупреждение, но раненый его не услышал. Трагедию остановил третий боец: он успел схватить руку товарища и отцепить рукав от чеки. Только после этого солдата принудительно отправили в госпиталь.

Когда его осмотрел врач-оториноларинголог, жалоб он не предъявлял. Но было заметно: чтобы уловить слова, он инстинктивно поворачивал голову вправо, стараясь подставить левое ухо. При обследовании выявили двустороннюю перфорацию барабанных перепонки. Акуметрия и аудиометрия подтвердили тугоухость III степени справа. Его эвакуировали с диагнозом: «МВТ. Акубаротравма III степени справа и баротравма уха III степени слева. Посттравматические перфорации обеих барабанных перепонки».

В пособии я не стал подробно описывать нашу с ним беседу. Не стал писать, как он почти умолял не фиксировать диагноз, как вспыхнул, когда я твёрдо сказал, что лечение обязательно. Это тот самый случай, когда ты точно знаешь, что поступаешь правильно, а на душе всё равно остаётся тяжёлый «груз».

Есть и другие истории — не менее показательные. Вот ещё один случай из того же пособия.

Мужчине было 32 года. Его тоже доставили в госпиталь решением командования. Жалоб он не предъявлял, держался сдержанно. Со слов сопровождающего, пять дней назад он попал под миномётный обстрел. После этого сослуживцы стали замечать странности: он вглядывался в лица, будто пытался прочитать слова по губам. Во сне кричал, а когда его пытались разбудить голосом — не реагировал. Просыпался только от прикосновения. Об этом доложили командиру. Боец отчаянно не хотел

уезжать: боялся, что травма станет основанием для увольнения. Но командование приняло решение отстранить его от задач и при первой возможности эвакуировать.

На приёме он старался угадать вопросы по выражению лица врача, говорил громко, но, заметив, что доктор на это реагирует, тут же пытался говорить тише. При осмотре диагностировали акубаротравму II степени с обеих сторон и явное снижение слуха — это подтверждалось при проверке шепотной и разговорной речи.

Он настойчиво просил провести аудиометрию, убеждая, что это самый объективный метод²³. Исследование начали в автоматическом режиме (воздушная проводимость) на аппарате Amplivox 240 под контролем врача. Кривые оказались в пределах нормы, но что-то в поведении пациента настораживало: процедура шла дольше обычного, а он нажимал кнопку реакции даже тогда, когда сигнала не было. Исследование остановили.

Тогда он признался: перед обследованием он попросил предыдущего пациента засечь, с какой частотой аппарат подаёт сигналы. По сути, он пытался «обмануть» аппаратную диагностику. Повторное исследование провели в ручном режиме. И тут картина стала предельно ясной: острая смешанная тугоухость IV степени справа и III степени слева. Его срочно эвакуировали на следующий этап для лечения и последующего освидетельствования.

Такие случаи показывают: проблема не только в травме. Проблема ещё и в том, как человек её воспринимает. И порой самое сложное — не поставить диагноз, а добиться, чтобы этот диагноз был принят. А кроме этих драматичных историй, бывают и такие ситуации, когда боец, сам того не осознавая, вредит себе просто тем, что тянет время.

²³ Это не так. Тональная пороговая аудиометрия относится к субъективным методам диагностики слуха.

О случаях членовредительства в практике военного оториноларинголога

2022-2025 годы, где-то в зоне СВО

Ниже пойдут, пожалуй, самые показательные случаи членовредительства — когда бойцы сами наносили себе травмы по разным причинам: кто-то просто боялся и хотел выйти из зоны боевых действий, кто-то преследовал коммерческий интерес — рассчитывал получить страховую выплату за ранение.

По моему убеждению, обычный человек, не побывавший на войне, не оказавшийся на месте тех, кого я описал выше, не имеет морального права осуждать таких людей. Мне же по долгу военной службы необходимо было их выявлять. Отбрасывать всякую жалость и хладнокровно писать в диагнозе: «НЕЛЬЗЯ ИСКЛЮЧИТЬ ФАКТ ЧЛЕНОВРЕДИТЕЛЬСТВА».

Ещё в 2022 году мне доставили бойца с жалобами на снижение слуха слева и звон в левом ухе. Я сразу обратил внимание: его форма одежды была чистой — что нехарактерно для минно-взрывных травм. У сопровождающего санитарного инструктора я уточнил, был ли этот «раненый» на задаче и когда именно. Тот ответил: «Месяц назад он принимал участие в боях за *****». Жалобы сразу не предъявлял, когда вышли с задачи. Вчера обратился в медицинский пункт — говорит, что не слышит левое ухо, и якобы так уже больше месяца».

Боец сообщил мне то же самое. Я осмотрел уши, провёл отоскопию. Слева — инъекция сосудов вдоль рукоятки молоточка и участок кровоизлияния в толще барабанной перепонки в области передненижнего квадранта. Снижение слуха действительно отмечалось. Тональная пороговая аудиометрия показала: справа — норма, слева — снижение слуха по смешанному типу I степени. Но при осмотре ушей я заметил ещё кое-что: слева на наружной поверхности ушной раковины и на воротнике отчётливо виднелись следы пороха.

Я сообщил бойцу, что изменения в барабанной перепонке свежие и не соответствуют заявленной им давности травмы — больше одного месяца. Вынужден был записать в форме 100 (первичной медицинской карточке²⁴), что нельзя исключить факт членовредительства. Затем сказал прямо: вероятнее всего, он поднёс к левому уху дуло автомата или пистолета и выстрелил. После этого боец отказался от всех жалоб и самостоятельно покинул кабинет.

Ещё один показательный случай из многих, с которыми я сталкивался в зоне боевых действий. В 2024 году ко мне доставили бойца с жалобами на снижение слуха справа. Любопытно, что прошло 29 суток с момента документально подтверждённого факта минно-взрывного ранения. Ранее этот раненый проходил лечение в военном госпитале для легкораненых — со вторых суток от момента воздействия взрывной волны, под наблюдением врача-хирурга. День его отправления ко мне совпал с днём выписки из госпиталя.

При расспросе пациент сообщил, что попал под ракетный обстрел, когда следовал в воинскую часть. После этого стал отмечать боль в правом ухе и снижение слуха справа. В тот же день командование воинской части отправило его на консультацию к врачу-оториноларингологу.

На момент осмотра — первые сутки от предполагаемого момента воздействия взрывной волны — отоскопия показала следующее. Правое ухо: наружный слуховой проход широкий, кровянистые сгустки на задневерхней стенке; барабанная перепонка — кровоизлияние в передних квадрантах, перфорация в задних квадрантах, её передний край завёрнут внутрь, края перфорации имеют фестончатый характер, признаков эпителизации или омоложения краёв не отмечается. Левое ухо: наружный слуховой проход широкий, свободный; барабанная перепонка серая, контурирована.

²⁴ Первичная медицинская карточка заводится в военно-лечебных учреждениях в зоне боевых действий на всех бойцов, обратившихся за медицинской помощью.

Тональная пороговая аудиометрия: левое ухо — норма; правое — нарушение слуха по кондуктивному типу²⁵. При проведении низкочастотной акустической импедансометрии с акустической рефлексометрией на стороне, где нет разрыва барабанной перепонки и пороги восприятия звука по тональной пороговой аудиометрии соответствуют норме, был зарегистрирован тип А тимпанограммы (характерен для нормы), при акустической рефлексометрии — регистрация ипсилатерального акустического рефлекса на трёх частотах из четырёх. Пациента госпитализировали с диагнозом: «Травматическая перфорация правой барабанной перепонки неизвестной давности и этиологии. Правосторонняя кондуктивная тугоухость II степени».

На четвёртые сутки от предполагаемого момента воздействия взрывной волны командование воинской части, где пациент проходит службу, представило документы, из которых стало ясно: в указанный пациентом день обстрел подразделения действительно был, но сам этот «раненый» в тот момент находился в другом месте и взрывной волне не подвергался. Я сообщил ему обстоятельства, выясненные командованием. На что он стал утверждать, что получил травму правого уха ещё двадцать девять суток назад — вместе с тем ранением, по которому проходил лечение в госпитале для легкораненых.

Я ответил, что в представленных медицинских документах — форме № 003/у с предыдущей госпитализации, форме 100, а также в заключении невролога на 21-е сутки от момента подтверждённого документально воздействия взрывной волны — нет ни одной жалобы со стороны пациента на снижение слуха справа или боли в правом ухе. Кроме того, имеется несоответствие между временем воздействия взрывной волны и характером изменений в правой барабанной перепонке: в области разрыва отсутствует эпителизация по краям, имеются свежие очаги кровоизлияний. Изменения по

²⁵ Кондуктивный тип снижения слуха – это снижение порогов восприятия звука по воздушной проводимости, то есть когда не повреждены структуры внутреннего уха.

результатам тональной пороговой аудиометрии носят кондуктивный характер — нет повреждения внутренних структур органа слуха, в том числе слухового нерва (сенсоневральной или смешанной тугоухости), которые были бы характерны для акубаротравмы.

После этого пациент признался: он самостоятельно повредил барабанную перепонку ватной палочкой в день направления на консультацию к врачу-оториноларингологу.

Последний случай интересен ещё и тем, что для исследования слуха я применил низкочастотную акустическую импедансометрию — в частности, акустическую рефлексометрию. В зоне проведения боевых действий это исследование проводилось впервые. Об этом я могу утверждать уверенно после проведённого обширного обзора научной литературы по указанной тематике. Об этом исследовании и обстоятельствах, побудивших меня его провести, будет написано ниже.

Акустическая лаборатория в зоне проведения боевых действий

Весна/лето 2024 года, где-то в зоне СВО



Рабочее место ЛОР-врача в зоне СВО, оборудованное для проведения исследования слуха (результаты исследований фиксировались в цифровом формате), 2024 г.

К третьему году проведения СВО оставалось много вопросов в диагностике боевых повреждений органа слуха. Один из самых важных и проблемных — дифференциальная диагностика бытовых травм от контузионных. Особенно остро он стоял в случаях акустического поражения, когда не было никаких видимых повреждений барабанной перепонки и иных структур среднего уха.

Установление причины повреждения органа слуха напрямую влияет на дальнейшую терапию. Так, при акубаротравме происходит повреждение не только структур среднего, но и внутреннего уха — вследствие одномоментного воздействия резкого перепада давления и звука высокой интенсивности. В таком случае помимо лечения, показанного при остром травматическом отите, проводят ещё и курс слухостабилизирующей терапии.

Важно помнить, что травматические изменения в области среднего уха не во всех случаях являются результатом воздействия взрывной волны. Те же повреждения встречаются и при бытовых травмах — удар ладонью по уху, травматизация барабанной перепонки ватными палочками и так далее. В таких случаях при отсутствии достоверного анамнеза требуются объективные методы исследования слуха, способные подтвердить взрывную или минно-взрывную этиологию — то есть зафиксировать воздействие на центральный анализатор слуховой системы.

В военной неврологии, согласно постановлению Правительства РФ № 855 от 29 июля 1998 года, установление диагноза «Закрытая черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга» возможно только в первые трое суток с момента травмы, когда сохраняются общемозговые симптомы: мелкий горизонтальный нистагм в крайних отведениях взгляда, лёгкие оболочечные симптомы, кратковременная потеря сознания, асимметрия сухожильных и кожных рефлексов. Поэтому в своём исследовании я поставил задачу найти временные функциональные расстройства органа слуха после взрывного или минно-взрывного поражения контузионной этиологии, которые можно было бы диагностировать объективными инструментальными методами.

Поток пациентов в зоне боевых действий позволял провести исследование. Но как быть с оборудованием? Нужно было ещё организовать эвакуацию раненых именно ко мне — особенно в тех случаях, когда травма была «свежей». Требовались и иные условия, в первую очередь — тишина для проведения исследования. Последнее нелегко выполнить, учитывая, где и при каких обстоятельствах находится военный госпиталь. Но и это можно было решить управленческими мероприятиями.

Чтобы убедить командование в таких вопросах, лучше всего опереться на опыт предыдущих поколений. Что я имею в виду? Историю подвига! Вот что нужно было привести в пример руководству — доказать, что всё возможно. И такой пример в истории нашей страны был.

О нём я узнал, когда параллельно работал над исторической монографией о судьбе главного оториноларинголога Военно-Морского флота СССР в годы Великой Отечественной войны — начальника кафедры ЛОР-болезней Военно-морской медицинской академии (ВММА), профессора, генерал-майора медицинской службы Романа Андреевича Засосова. Он и его сотрудники в конце лета 1941 года смогли организовать в Ленинграде «электроакустическую лабораторию». Случай был уникальным: подразделение продолжало работу даже в условиях блокады, а полученные данные использовались в организации противовоздушной обороны Ленинграда.

После эвакуации ВММА в 1942 году в Киров по указанию Засосова на Северный флот был отправлен полковник медицинской службы Василий Иванович Курпатов. В условиях боевой деятельности кораблей и береговых частей ВМФ были разработаны методики шумопеленгования, принципы работы радистов и гидроакустиков, а также описаны важнейшие особенности слуховой функции, предъявляемые к этим специалистам. В Кирове же летом 1942 года вновь запустили электроакустическую лабораторию, что позволило принимать заказы от штаба ВМФ СССР по разработке инструкций, положений и указаний по тестированию и тренировке лиц, ориентирующих корабль по звуку. Лаборатория продолжила изучать накопленный материал об изменениях слуховой функции при ЛОР-травмах.

Почему в годы Великой Отечественной войны удалось провести столь трудоёмкое, рискованное и дорогостоящее мероприятие? Совпало несколько факторов. Во главе всей оториноларингологической службы ВМФ СССР встал амбициозный, талантливый организатор и учёный. Медико-санитарное управление ВМФ СССР возглавлял не менее талантливый человек — генерал-майор медицинской службы Фёдор Фёдорович Андреев. Нашлись люди, готовые проводить исследование в тяжелейших условиях — в блокадном Ленинграде и в боевой обстановке на Северном флоте. И наконец, Военно-Морской флот СССР возглавлял легендарный адмирал Николай

Герасимович Кузнецов — человек, умевший мыслить широко и стремившийся понимать все аспекты службы на флоте.

Так что пример в истории уже был. Мы оказались в гораздо лучших условиях, чем наши предшественники. Их оборудование уступало нынешнему как по возможностям, так и по габаритам — оно не было портативным, как сейчас.

В конце весны 2024 года я был прикомандирован в медицинский отряд специального назначения (МОСН). Одним из этапов, развёрнутых на базе этого подразделения, тогда руководил «Антей». Он уже не командовал батальоном — был заместителем начальника одного из гарнизонных госпиталей. Я сообщил ему, что есть проблемы, касающиеся моей специальности, и решить их можно только в зоне СВО. Он внимательно выслушал мои доводы. Надо сказать, ещё в 2022 году мы первыми из всех группировок начали выполнять тональную пороговую аудиометрию. Об этом нам тогда сообщил один из офицеров большой комиссии, в составе которой были полковники из Военно-медицинской академии и Главного военно-медицинского управления. Они проверяли работу многих этапов на разных направлениях боевых действий, в том числе и нашего.

Я попросил «Антея» обеспечить меня низкочастотным акустическим импедансометром²⁶ — аппарат сравнительно недорогой, позволяет быстро проводить исследования. «Антей» позвонил в военно-медицинское управление округа. Не знаю, что он им говорил, но уже через неделю аппарат был у меня. ЛОР-кабинет расположился на этаже развёрнутого военного госпиталя, где кроме моего кабинета и кабинета врача-офтальмолога больше не было никаких служебных помещений и палат с пациентами. Впоследствии уже штатный командир МОСН выделил специальное помещение на этаже для раненых с акубаротравмами и акустическими травмами. В коридоре, ведущем к кабинету ЛОР-врача, находился дневальный. Он следил за

²⁶ Аппарат для объективной оценки структур среднего уха.

тишиной и за тем, чтобы из кабинета выходил один пациент — и только тогда проходил следующий.

Указанные организационные мероприятия позволили обеспечить необходимую тишину.

Безусловно, главным было выполнение задач по диагностике и лечению боевых травм ЛОР-органов и скорейшему возвращению бойцов в строй. Выполняя эту работу, я параллельно проводил научное исследование — анализ полученных данных. В какой-то момент, когда «Антей» уже сменился и убыл в пункт постоянной дислокации, со стороны руководства военно-медицинского управления стали поступать вопросы о целесообразности этой работы. Но за меня вступился новый командир с позывным «Юпитер». Он убедил руководство, что есть вещи, которые должны решать мы сами, не дожидаясь ответов сверху. Проще говоря, он донёс мысль: «Не надо ждать на помощь кавалерию — мы и есть кавалерия!»

В арсенале нашей лаборатории оказались цифровая тональная пороговая аудиометрия, низкочастотная акустическая импедансометрия и цифровая отоскопия — снимки барабанной перепонки, — не говоря уже о стандартном наборе для ЛОР-осмотра, включавшем комплект камертонов. Эти исследования проводились в зоне боевых действий, к нам поступали раненые — от нескольких часов с момента ранения до нескольких дней.

Мы первыми стали внедрять на этапах эвакуации цифровую отоскопию. Снимки печатались на цветном принтере после осмотра бойца и позволяли понимать и объяснять приблизительные сроки нетрудоспособности²⁷ раненого. Впоследствии мы осознали, что это внедрение просто необходимо в условиях страховых выплат по ранению, а также при возникновении вопросов, связанных с судебно-медицинскими экспертизами. Цифровая отоскопия — один из простых способов объективизации травмы.

²⁷ В армии используют термин «временно не годен к военной службе» на срок лечения и реабилитации после его проведения.

Низкочастотная акустическая импедансометрия позволила выявлять перфорации барабанной перепонки, в том числе точечные — когда анатомические особенности строения наружного слухового прохода²⁸ закрывают весь обзор. Также были выделены типы тимпанограмм²⁹, характерные для акубаротравмы, баротравмы уха и акустической травмы. Они изменялись в динамике, что также было важно для дифференциальной диагностики боевых травм органа слуха. Результаты опубликованы в научных журналах — с безусловным сохранением анонимности места проведения исследования, количества и персональных данных исследуемых и иных характеристик, таких как средний возраст и так далее. В статье приводились только относительные — процентные — показатели статистики, позволяющие понять достоверность полученных данных.

Были выявлены и изменения при акустической рефлексометрии. Это исследование основано на том, что в наружный слуховой проход подаётся звуковой сигнал и на определённой высоте происходит регистрация слухового рефлекса — сокращения стременной мышцы и мышцы, напрягающей барабанную перепонку. Полученные результаты послужили основой для способа диагностики контузионного поражения органа слуха у взрослых пациентов без перфорации барабанной перепонки хотя бы на одном ухе.

Указанные исследования позволили объективизировать именно контузионное поражение органа слуха — отличить его от иных механических травм прямо в зоне проведения боевых действий.

А теперь логично немного рассказать о командирах и их роли в организации ЛОР-помощи в зоне СВО.

²⁸ Тут имеется ввиду доброкачественные образования (экзостозы), выступы передней стенки наружного слухового прохода.

²⁹ Тимпанограмма – это график, который характеризует податливость барабанной перепонки при изменении давления в наружном слуховом проходе.

Ещё немного о научных открытиях. Хотелось бы напомнить, что многие прорывы в истории медицины делали военные врачи, некоторые из них в самом начале даже не имели учёных степеней. Приведу примеры как из отечественной, так и из зарубежной медицины.

Известный метод измерения артериального давления — аускультативный, — который до сих пор используется во всём мире, предложил русский военный хирург Николай Сергеевич Коротков. Методику он разработал на основе опыта, полученного на Русско-японской войне 1904–1905 годов. По возвращении оттуда он доложил о ней на конференции в стенах Военно-медицинской академии в Санкт-Петербурге. Доклад произвёл фурор в научном мире, а Николай Сергеевич навсегда вписал своё имя в историю мировой медицины.

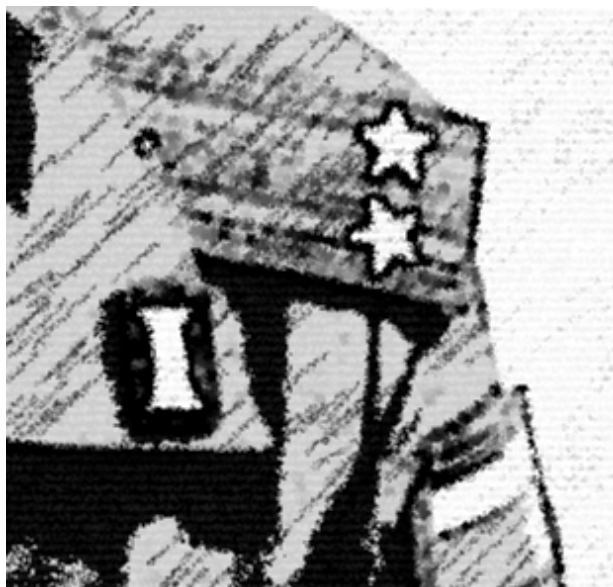
Теперь о зарубежных военных врачах. Французский военный хирург Рене Ле Форт в 1901 году опубликовал знаменитую классификацию типов переломов верхней челюсти. Она до сих пор востребована среди челюстно-лицевых хирургов и ЛОР-врачей: исходя из типа перелома определяются тактика лечения и прогнозы сроков выздоровления. Если продолжать о французах — знаменитый военно-полевой хирург Феликс Лежар в конце XIX века написал руководство для врачей «Неотложная хирургия» в двух томах. Оно выдержало девять переизданий, последнее — уже после его смерти. Лежар предложил первые методики местной инфильтрационной анестезии, а в 1930-х годах русский академик, знаменитый хирург Александр Васильевич Вишневский развил это направление. Подглядел ли он идеи Лежара в третьем издании 1902 года, переведённом на русский язык, — мы не знаем. Но однозначно можно сказать: монография «Местное обезболивание по методу ползучего инфильтрата» 1932 года заняла очень весомое место в годы Великой Отечественной войны и помогла спасти жизни множества бойцов. Тут можно продолжать бесконечно.

Кстати, уже находясь в четвёртой командировке в зоне СВО, я дописал и издал биографическую монографию о главном ЛОР-враче ВМФ СССР в годы Великой Отечественной войны, генерал-майоре медицинской службе Романе Андреевиче Засосове — «Профессор Р. А. Засосов. Жизнь, отданная правде». В ней описано много открытий, сделанных сотрудниками кафедры ЛОР-болезней Военно-морской медицинской академии. Они актуальны до сих пор. Фактически Засосов и его сотрудники являются основоположниками сурдологии в нашей стране — узкого направления в оториноларингологии, которое занимается только проблемами слуха.

Я уверен: военная медицина всегда была двигателем всей медицинской науки. Нельзя единолично присваивать право заниматься наукой, образованием, просвещением. Эти вещи должны служить на благо, а не в корыстных целях.

«Антей» и «Юпитер»

2022-2024 годы, где-то в зоне СВО



Офицерские погоны

У каждого человека с рождения есть имя — его дают родители. Война тоже нарекает своих участников — даёт им позывные. «Антей» и «Юпитер» — позывные командиров, под началом которых мне довелось выполнять свои обязанности в зоне СВО.

Хочу отдельно рассказать об этих людях: они достойны того, чтобы о них знали. К сожалению, из-за требований действующего законодательства и вынужденной самоцензуры на момент написания этого издания я не могу назвать их настоящие имена.

Эти командиры — совершенно разные по характеру и темпераменту. «Антей» — спокойный сангвиник, он никогда не повышал голоса на подчинённых. «Юпитер», напротив, — ярко выраженный холерик: он мог повысить голос, но — сразу отмечу — только по делу. При этом обоих офицеров объединяет большой и многолетний воинский опыт: они служили в разных регионах нашей страны и далеко за её пределами. И, что немаловажно, оба — люди с внутренним стержнем, как говорят в России. Не раз я становился свидетелем того, как, оказавшись перед трудным выбором,

они принимали верное решение, опираясь на собственные ценности и убеждения — независимо от внешних обстоятельств и чужих мнений.

Благодаря «Антею» и «Юпитеру» с началом СВО впервые удалось выстроить системную диагностическую работу для раненых с подозрением на поражение слуховой системы. Так, в зоне боевых действий было организовано проведение тональной пороговой аудиометрии. Широкое внедрение цифровой отоскопии позволило уже в сентябре 2022 года выпустить «Атлас акубаротравм». Впервые в зоне СВО для тщательной диагностики применили акустическую низкочастотную импедансометрию, включающую тимпанометрию и акустическую рефлексометрию. Кроме того, командиры сумели обеспечить военных оториноларингологов всем необходимым хирургическим инструментарием для оказания узкоспециализированной медицинской помощи.

Я особо подчёркиваю это, потому что подобная оснащённость была далеко не везде. К сожалению, мне доводилось наблюдать, как некоторые командиры пренебрежительно относились к узким специалистам. Они не понимали роли военного ЛОР-врача в зоне боевых действий и стремились использовать его лишь как хирурга, врача приёмного отделения или специалиста по санитарной эвакуации — фактически на уровне фельдшера. О полноценном оснащении ЛОР-кабинета в таких случаях не могло быть и речи.

Какие последствия имели организационные решения «Антея» и «Юпитера»?

Во-первых, удалось добиться раннего выявления боевых травм органа слуха — а значит, и их своевременного лечения. Это критически важно: именно от времени оказания помощи зависит возможность полного восстановления слуха и скорейшего возвращения бойцов в строй.

Во-вторых, благодаря этим офицерам была проделана масштабная научная работа. В зоне боевых действий создали акустическую лабораторию, которая позволила объективно оценивать поражения слуха, грамотно

дифференцировать их от бытовых и иных травм. Впервые в мире были получены данные об особенностях звуковоспринимающей системы человека при контузионном поражении, зафиксированы временные патофизиологические изменения, характерные для такого состояния. Кроме того, разработали ряд новых оперативных вмешательств на ЛОР-органах для жизнеугрожающих случаев — эти методики запатентованы и описаны в руководстве для врачей «Неотложная хирургия боевой ЛОР-патологии».

Приведу несколько эпизодов, которые, на мой взгляд, ярко раскрывают характеры этих офицеров. Я был не просто свидетелем, но и непосредственным участником тех событий.

В самом начале СВО в боевых действиях активно участвовали представители не только Министерства обороны, но и других силовых ведомств. Однажды, когда я служил в подразделении под командованием «Антея», произошёл неприятный инцидент. Ко мне на осмотр привезли силовиков из другого ведомства. Не стану уточнять, из какой именно структуры был тот самый офицер, спровоцировавший конфликт: это не так важно. Поведение одного человека не стоит распространять на всё ведомство. Тем более что впоследствии на его поступок адекватно отреагировали и его товарищи, и командование, когда узнало о случившемся.

У всех доставленных в госпиталь были жалобы на снижение слуха. Бойцов построили перед моим кабинетом, а меня вызвали по рации. Подойдя к смотровой, я попросил заходить по одному: «Будем выяснять, кто нуждается в помощи». Эти слова вызвали резкую негативную реакцию у сопровождавшего их командира: он начал оскорблять меня, угрожать расправой и даже применением оружия. В ходе перепалки выяснилось, что сам он в медицинской помощи не нуждается — он был лишь сопровождающим. Я посоветовал ему вернуться к своим бойцам в зоне боевых действий и не мешать работе медперсонала. В итоге его вывели из госпиталя другие офицеры из его же ведомства.

Я осмотрел бойцов, кому требовалось — дал рекомендации и назначил лечение. О случившемся нашему командиру рассказали другие военные врачи, невольно ставшие свидетелями этой сцены. Вскоре меня вызвал «Антей». Я рассказал ему всё как есть. В тот же день «Антей» связался с одним из генералов, руководившим на нашем направлении подразделением, к которому относился нарушитель. Командиру ведомства сообщили, что офицеры его структуры не имеют права подобным образом общаться с офицерами медицинской службы Министерства обороны — тем более в присутствии женщин, в том числе медицинских сестёр, которые тоже стали свидетельницами инцидента. «Антей» напомнил, в каких условиях мы все находимся, и твёрдо заявил, что своих подчинённых в обиду не даст. Для урегулирования конфликта он предложил, чтобы виновный офицер приехал и принёс извинения. Примечательно, что уже в тот же день участник инцидента прибыл в наш военный госпиталь и попросил прощения за своё поведение. Дальнейшую его судьбу я не знаю.

К несчастью, подразделение, к которому он принадлежал, вскоре постигла большая беда. В день, когда бойцы должны были убывать в пункт постоянной дислокации, их обстреляли реактивными снарядами — и к нам доставили множество раненых. Мы работали тогда всю ночь. Это был тот самый случай, когда особенно ясно понимаешь смысл поговорки: «Не следует плевать в колодец, из которого будешь пить воду». А «Антей» в очередной раз продемонстрировал своё отношение к людям, которые служат под его началом.

О том, как «Юпитер» заступился за меня перед вышестоящим командованием, я рассказывал в предыдущем очерке. Здесь же хочу подчеркнуть: этот офицер был требователен не только к подчинённым, но и в не меньшей степени — к самому себе. Он был человеком жёстким, но справедливым. Если видел, что врач или медсестра старается, делал всё возможное, чтобы создать им максимально комфортные условия для работы. Если же замечал недобросовестное отношение к делу, таких сотрудников не

щадил: стремился перевести их из госпиталя и давал служебно-боевую характеристику, соответствующую их реальным заслугам. При этом ему было безразлично, какие связи стоят за провинившимися и кто за них ходатайствует.

Однажды я заметил, что «Юпитер» старается поворачивать голову в одну сторону. Стало ясно: у него проблемы со слухом. Когда я прямо спросил его об этом, он рассказал, что ещё в 2022 году попал под обстрел — с тех пор начались трудности с одним ухом. Эвакуироваться он не хотел: работы было много, а видеть рядом тяжелораненых и при этом заниматься собственной проблемой он считал проявлением слабости. Я уговаривал его пройти поддерживающий курс слухостабилизирующей терапии — хотя бы чтобы состояние не ухудшилось. На это он ответил: «Я всё понимаю, я ведь тоже врач. Но сейчас мы в таком месте, где в первую очередь нужно помогать раненым бойцам. Это важнее!» И так и не согласился на лечение.

Завершая этот очерк, хочу сказать: я искренне горжусь тем, что мне довелось служить под началом «Антея» и «Юпитера». Для меня они — пример настоящих офицеров и достойных командиров. Очень хотелось бы, чтобы именно такие люди, обладающие организаторским талантом и чувством ответственности, поднимались по служебной лестнице.

На войне случается всякое

2022-2025 года, где-то в зоне СВО

Помимо сугубо профессиональных вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи раненым по ЛОР-профилю, хочется обратиться и к другой стороне службы — человеческой. Ведь наряду с тяжёлыми, порой горестными историями, с которыми неизбежно сталкиваются военные врачи — в том числе оториноларингологи, — случаются и эпизоды, способные вызвать улыбку. Пусть и редко, но они бывают. Чаще всего такие моменты связаны с симулянтами или аггравантами. Первые полностью выдумывают жалобы, вторые — преувеличивают имеющиеся, нередко уже хронического характера.

Военному ЛОР-врачу в зоне боевых действий приходится прибегать к разным приёмам, чтобы распознать таких «товарищей». Расскажу об одном из них.

В 2022 году я служил в многопрофильном военном госпитале хирургического профиля. Поток раненых был значительным, и я предложил командованию ряд организационных мер. В частности, обратил внимание на то, что раненых с изолированным поражением органа слуха, если они поступают поздно вечером — а тем более в период, когда идёт работа в операционной, — целесообразно оставлять в госпитале на ночь. Их осмотр я готов был проводить рано утром. Командование согласилось с этим предложением.

Что же входило в мой утренний алгоритм? Примерно в 07:45 я, в военной форме, но без опознавательных знаков, подходил к кабинету ЛОР-врача, где уже собирались пациенты. Спрашивал у них: «Тут принимает ЛОР-врач?» Получив утвердительный ответ, садился рядом и говорил, что мне тоже нужно попасть на приём — вроде как он начнётся в 08:00. Дальше мы нередко заводили разговор — в основном о том, что привело каждого к

оториноларингологу. При этом я для себя отмечал, как человек слышит, насколько чётко реагирует на речь. Старался затрагивать и отвлечённые темы, постепенно понижая громкость голоса. Ровно в 08:00 я вставал со скамейки, подходил к двери кабинета, доставал ключ и с лёгкой интонацией произносил: «Ну что? Время ИКС! Начинаем приём. Заходим по одному!»

Бывают и совсем иные истории — те, где военному оториноларингологу приходится сталкиваться с крайне непростыми клиническими случаями. В них суть проблемы далеко не всегда «лежит на поверхности». Здесь требуется скрупулёзно сопоставить данные расспроса раненого, результаты проведённого осмотра и показатели инструментальных исследований. Если врачу не удастся вовремя распознать патологический процесс, последствия, к сожалению, могут оказаться крайне тяжёлыми.

В следующих главах книги я расскажу о некоторых таких историях — тех, где мне довелось быть либо непосредственным участником, либо внимательным наблюдателем.

Все не то, чем кажется

Июнь 2022 года, где-то в зоне СВО

Этот случай произошёл со мной на передовом этапе оказания медицинской помощи. Позже я описал его в руководстве по неотложной хирургии боевой ЛОР-патологии.

Мне доставили пациента с входящим диагнозом «паратонзиллярный абсцесс³⁰». Последний образуется в клетчатке, прилегающей к нёбным миндалинам, и нередко представляет собой осложнение ангины. В таких случаях гнойный очаг приходится вскрывать, чтобы не допустить развития дальнейших осложнений. А их, ох, как много! Чего стоит хотя бы флегмона шеи.

При расспросе боец сообщил о затруднённом открывании рта и боли в горле при глотании. Казалось бы, типичная картина. Но есть нюансы. Со слов пациента, эти жалобы возникли около полутора часов назад на фоне полного благополучия. Меня это сразу насторожило: паратонзиллярный абсцесс не развивается столь стремительно! Обычно сначала случается ангина с высокой температурой, затем на четвёртые-пятые сутки возникают проблемы с открыванием рта, появляется выпячивание (асимметрия) мягкого нёба с одной стороны — там, где локализуется очаг воспаления. При тщательном опросе выяснилось, что перед внезапной болью в горле, во время исполнения служебных обязанностей на поле боя, боец почувствовал лёгкий «укол» на задней поверхности шеи. После этого боль в горле и затруднение открывания рта начали нарастать.

³⁰ Абсцесс – гнойник, если говорить на обывательском языке. Паратонзиллярный – рядом с небной миндалиной.

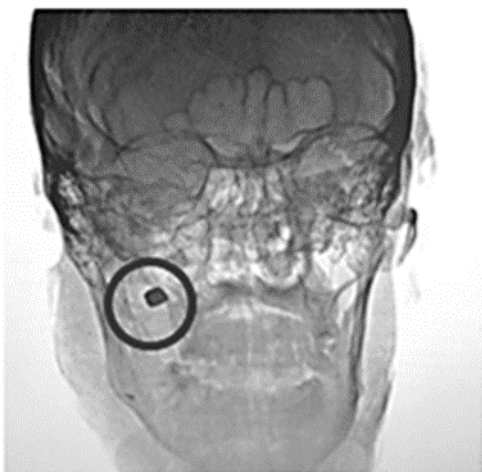


Рана в области задней поверхности шеи

При наружном осмотре шеи на её задней поверхности, в верхней трети, определялась продольно-поперечно расположенная рана размером $3,5 \times 1,0$ см с признаками воспаления окружающих тканей — гиперемией, отёком, болезненностью при пальпации. Пуговчатым зондом я исследовал раневой канал: он шёл перпендикулярно оси шеи и вправо. При фарингоскопии (исследовании глотки) отмечались тризм II степени (затруднение открывания рта), асимметрия мягкого нёба, резкое выпячивание правой паратонзиллярной области; задняя стенка глотки была необозрима. Другие ЛОР-органы без особенностей.

Стало понятно: передо мной не соматический пациент, попросту говоря — не больной, а раненый. У парня, скорее всего, было слепое огнестрельное осколочное, либо пулевое ранение. Иностранное тело нужно было искать в глотке.

Я распорядился выполнить рентгенографию головы в двух проекциях. В правой паратонзиллярной области определялось инородное тело — пуля в толще мягких тканей.



а



б

*Рентген-снимки огнестрельного пулевого слепого ранения шеи, глотки;
а – прямая проекция; б – боковая проекция; пуля выделена кругом.*

Затем было выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) трансорально³¹ — конвексным датчиком паратонзиллярной области, по способу, который я разработал ещё до начала СВО (патент РФ на изобретение № 2778606, дата регистрации 22.08.2022). Зачем мне понадобилось УЗИ? Нужно было выяснить, есть ли повреждение сосудов и гематома (скопление крови) в паратонзиллярной области, а также на каком расстоянии от поверхности слизистой оболочки мягкого нёба залегает пуля в глубине тканей. Сначала я определил расстояние от слизистой до инородного тела и наметил ориентиры его расположения относительно нёбных миндалин. Затем провёл доплерографию правой паратонзиллярной области — чтобы исключить повреждение сосудов и определить расстояние до внутренней сонной артерии, которое по данным УЗИ составило 3,0 см. Гематома не определялась.

После инструментальной диагностики был выполнен поверхностный разрез в проекции инородного тела в правой паратонзиллярной области. Глубжележащие края тканей тупо разведены, обнаружено инородное тело — пуля, — которое удалено с помощью изогнутого корнцанга. Полость раны промыта раствором фурацилина. Признаков продолжающегося кровотечения

³¹ Через рот.

не было. Рана со стороны шеи обработана спиртовым раствором хлоргексидина, в её полость установлена марлевая турунда. Назначены противоотёчная (глюкокортикостероиды), антибактериальная терапия, нестероидные противовоспалительные препараты и местное лечение. Раненый отправлен на следующий этап эвакуации в тыловой военный госпиталь. Он был выписан через десять дней после прибытия на указанный этап лечения.

Рассмотренный случай наглядно показывает, как ранение может «маскироваться» под обычное гнойно-воспалительное заболевание.

Не бывает простых операций

Лето 2024 года, где-то в зоне СВО

Опытные хирурги, в том числе и мои учителя, часто повторяют: не бывает простых операций.

В общей хирургии, например, самое распространённое оперативное вмешательство — удаление аппендикса (аппендэктомия) — может стать тяжёлым испытанием для хирурга, если отросток расположен ретроцекально (за слепой кишкой) или подпечёчно, да ещё и в плотных спайках. А если к этому добавляется перитонит — диффузное гнойное поражение брюшной полости, — напряжение в операционной зашкаливает. Хирург в такие минуты не скрывает эмоций, понимая, насколько не проста ситуация.

В оториноларингологии тоже хватает непростых случаев. Среди самых распространённых операций наибольшие неприятности порой приносит тонзиллэктомия — удаление нёбных миндалин. Причина в анатомических особенностях: нёбные миндалины окружены веточками наружной сонной артерии, а в заднебоковой области рядом проходит внутренняя сонная артерия. Именно поэтому некоторые ЛОР-врачи с опаской берутся за эту операцию, особенно если известно, что пациент перенёс множество вскрытий паратонзиллярного абсцесса — гнойника в клетчатке рядом с нёбной миндалиной, который нередко возникает после ангины или обострения хронического тонзиллита. В таких случаях ткани вокруг миндалин рубцово изменены и плотно спаяны с проходящими рядом сосудами. Во время операции приходится действовать предельно осторожно, шаг за шагом добираясь до миндалин: малейшая ошибка грозит профузным глоточным кровотечением, которое нередко становится смертельным. Чтобы его остановить, хирург должен уметь быстро ушить нёбные дужки, а если это не помогает — выполнить перевязку наружной сонной артерии. Если операция

проходит в крупном многопрофильном стационаре, на помощь могут привлечь эндоваскулярных хирургов.

Понятно, что в зоне боевых действий всё многократно сложнее. В тылу мне доводилось сталкиваться с тяжёлыми случаями тонзиллэктомий, а на войне пришлось выполнять операции по удалению миндалин при их травме — во время ревизии осколочного ранения орофарингеальной области.

Когда я был прикомандирован в один из военных госпиталей в зоне СВО, мне встретился пациент, потребовавший от меня предельного напряжения сил. В то время я работал на базе бывшего ЛОР-отделения местного лечебного учреждения. Штатного отоларинголога там не было — лишь врач-совместитель, приезжавший раз в неделю для амбулаторного приёма. В отделении оставались санитарки и одна очень опытная медицинская сестра — Надежда Алексеевна. Она была уже в возрасте, но не оставляла работу. Жизнь не пощадила её: один из сыновей, мобилизованный в самом начале СВО, пропал без вести. Надежда Алексеевна объездила все инстанции, пытаясь узнать его судьбу: была и в штабе в Ростове, и в Москве. Позже, уже в следующую командировку, я узнал, что её вызвали в местный военкомат и вручили орден Мужества, которым её сын был награждён посмертно. Он погиб.

Всю жизнь Надежда Алексеевна проработала ЛОР-медсестрой, совмещая обязанности операционной, перевязочной и смотровой сестры. Она отлично владела многими навыками, близкими к врачебным: знала все инструменты по названиям, бережно хранила в подсобных помещениях операционные наборы. Каждый день она по собственному желанию накрывала мне стол с набором смотровых инструментов — никто её к этому не обязывал. Когда я стал активно оперировать, она поделилась со мной операционными наборами, которые лично стерилизовала. Меня поражало её бережное отношение к делу — было видно, что это человек советской закалки, предельно добросовестный и ответственный.

ЛОР-врач, с которым она проработала всю жизнь, давно ушёл из жизни, но Надежда Алексеевна сохранила всё, что осталось от отделения. Она верила, что эти вещи когда-нибудь пригодятся. В то время как некоторые сотрудники с уходом врачей позволили себе растерять больничное имущество, она строго следила за сохранностью отделения и оставила всё в идеальном состоянии.

Однажды ко мне на осмотр привезли молодого бойца, мобилизованного в сентябре 2022 года. Он показал медицинские документы, из которых следовало, что за последние три месяца ему четырежды вскрывали правосторонний паратонзиллярный абсцесс. При фарингоскопии (осмотре глотки) я увидел следы этих вмешательств — рубцы на тканях. Я рекомендовал солдату плановую тонзиллэктомию в оториноларингологическом отделении тылового военного госпиталя. Оперировать его в зоне СВО в плановом порядке не хотелось: во-первых, на это почти не было времени, во-вторых, я понимал, что случай непростой и лучше провести операцию в тылу.

Боец выслушал мои доводы и признался, что такие рекомендации ему уже давали местные ЛОРы. Его командир высказался прямо: «Рекомендация — это то, что можно выполнить, а можно и не выполнить. Слово „показано“ не напечатано, значит, можно отложить на потом. Если найдётся ЛОР, который прооперирует здесь, — пожалуйста, препятствовать не буду!» Солдат искренне переживал, что обострение может случиться, когда он будет на задаче, а там своевременная эвакуация не всегда возможна.

В тот момент я вспомнил два случая тонзилогенных флегмон шеи³² — один в начале лета 2022 года, другой в апреле 2023-го. Тогда я был откомандирован в госпитали для легкораненых. Оба случая были связаны с паратонзиллярными абсцессами и запоздалым осмотром оториноларинголога. А теперь передо мной был боец, у которого за короткий срок случилось уже

³² Флегмона шеи тонзилогенной этиологии – разлитое гнойно-воспалительное поражение мягких тканей шеи, где источником инфекции послужила инфекция из небных миндалин.

четыре обострения хронического тонзиллита, каждый раз переходивших в абсцесс. Взвесив все «за» и «против», я решил помочь парню. И, честно говоря, во время операции не раз пожалел о своём решении. Но всё же считаю, что поступил правильно.

Через семь дней, с разрешения командира, пациент лёг на операцию. Надежда Алексеевна подготовила все инструменты. Я решил оперировать под общим наркозом, а ассистировать мне согласился начальник неотложной хирургии окружного военного госпиталя.

Но с самого начала всё пошло не так. Сначала пришлось ждать анестезиолога: штатный врач заболел, и его заменял дежурный. Потом выяснилось, что роторасширитель слишком мал для ротовой полости двухметрового мужчины: его лепесток был коротким и не прижимал язык ко дну полости рта. Других подходящих инструментов у меня не было. Вышли из положения так: ассистент придерживал часть корня языка шпателем.

Сначала без особых сложностей я удалил левую нёбную миндалину. С правой начались серьёзные трудности: ткани были рубцовыми, плотными, и любое «тупое» разведение краёв раны³³ вызывало кровотечение. Операция шла медленно. Когда правую миндалину всё-таки удалили, началось кровотечение из дна нёбной ниши. Прижатие тампонами, пропитанными спиртовым раствором, не помогло.

Тогда я принял решение наглухо ушить нёбные дужки, предварительно поместив в нёбную нишу гемостатическую губку. Швы накладывал рассасывающимися нитями «Викрил» — они со временем самостоятельно распадаются. Гемостаз удалось восстановить.

Выйдя из операционной, мы встретили в предоперационной местных хирургов. Они принялись вспоминать, как их покойный коллега-ЛОР быстро удалял миндалины под местной анестезией. Они не понимали, почему мы «мучились» почти час. Я не стал пускаться в объяснения, а просто спросил:

³³ «Тупое» разведение краёв операционной раны – производится с помощью инструментов без острых краёв, например, зажимом или, если брать тонзиллэктомию ложка-распатор; «острое» разведение – использование лезвия скальпеля.

«Почему вы вчера втроём делали лапароскопическую холецистэктомию четыре часа?» Они попытались что-то возразить, но я продолжил: «Я тоже выходец из хирургов и знаю, что у каждого клинического случая есть свои особенности. То, с чем вы столкнулись вчера, я понимаю — ведь знаком с общей хирургией. А вот что было сегодня у меня, вы не знаете. Если чего-то не знаете — лучше промолчите». На этом мы и разошлись.

Я дождался, пока пациент выйдет из наркоза, и ещё раз осмотрел его глотку. Убедившись, что кровотечения нет, отправился в смотровой кабинет — там меня ждала очередь раненых.

В смотровой меня встретила Надежда Алексеевна. Она смотрела на меня взволнованно и сразу спросила:

— Всё было в рубцах? Было сильное кровотечение? Но вы же справились?

Я ответил:

— Да, всё так и было. Прооперировали, с пациентом всё хорошо.

Надежда Алексеевна грустно вздохнула:

— Я бывала на таких операциях. Тот доктор, с которым мы проработали всю жизнь, за почти сорок лет карьеры потерял двух таких пациентов. Он выполнил, наверное, сотни тонзиллэктомий, но двоих спасти не смог. Уже в пожилом возрасте он старался не брать пациентов с рецидивирующими паратонзиллярными абсцессами — отправлял их в ЛОР-отделение областной больницы. Я рада, что вы смогли справиться.

Я поблагодарил Надежду Алексеевну за поддержку. И в очередной раз уяснил для себя простую, но важную истину: не бывает простых операций.

ЛОРы Донбасса

Лето 2024 года, где-то в зоне СВО

Под Донбассом я понимаю не только непосредственно регион Донецка, но и Луганскую территорию. В этих местах немало угольных шахт — в основном это градообразующие предприятия. Именно это обстоятельство во многом определяет специфику региона, которая сказывается и на медицине, в частности на оториноларингологии.

В 2024 году мне довелось тесно пообщаться с местным ЛОР-врачом — мужчиной старше семидесяти лет. Он тоже работал неподалёку от госпиталя и нередко помогал военным медикам, когда у них не было штатного отоларинголога. Врач с интересом рассказывал, как наблюдал за молодыми военными ЛОРа́ми. Когда в 2022 году те столкнулись с акубаротравмой, многие растерялись: до начала СВО им не приходилось видеть взрывную травму органа слуха в таком количестве.

Начались ошибки. Врачи назначали местные антибиотики в ухо, полагая, что при наличии в слуховом проходе грязи, пороха и других инородных частиц нужно прежде всего предупредить нагноение. Тем более что подобные рекомендации есть в американских руководствах по военной оториноларингологии («Combat casualty care: lessons learned from OEF and OIF», 2012). Но это — иностранная «школа». Наши корифеи, такие как академик В. И. Воячек и профессор Р. А. Засосов, категорически запрещали так поступать. Опираясь на опыт Великой Отечественной войны, они разработали методики, согласно которым военным отоларингологам следовало в первую очередь максимально щадящим способом механически удалить из наружного слухового прохода все загрязнения — частички земли, грязь и прочее. Введение же препаратов в ухо нередко вызывало у раненых сильную боль и зачастую, напротив, провоцировало усиление воспалительного процесса.

Знали ли об этом современные военные отоларингологи? Преподавалось ли это в военно-медицинских вузах? Увы, нет. Акубаротравме в учебнике Солдатова и Гофмана посвящено лишь несколько строк. К сожалению, примерно так же дело обстояло и в наставлениях по военно-полевой хирургии.

К чему я об этом говорю? К тому, что гражданские отоларингологи Донбасса обладали и поныне обладают колоссальным опытом лечения шахтовых взрывных травм ЛОР-органов — в том числе травм уха. Всё то, о чём я рассказал выше, им было хорошо известно: они чётко понимали, как следует вести таких пациентов. Поэтому подходы молодых военных отоларингологов и хирургов в начале СВО нередко вызывали у местных врачей, особенно старшего поколения, искреннее удивление.

Мы долго беседовали с тем врачом в один из дней, когда наступила короткая пауза в наступлении наших войск. Он показал мне множество инструментов, которые местные умельцы изготавливали для медиков по специальному заказу. Я был поражён смекалкой и мастерством этих рукодельцев.

Впрочем, встречались и такие практики, которые меня смущали. Например, в 70-х годах местные отоларингологи нередко вводили рыбий жир в полости верхнечелюстных пазух при хроническом гайморите. Честно говоря, я не мог понять, как это может способствовать излечению — особенно если в пазухе уже развился гнойный процесс. Как подобная процедура могла помочь мукоцилиарному клиренсу — то есть механизму очищения пазух, основанному на согласованном движении ресничек мерцательного эпителия слизистой оболочки в сторону естественного соустья (канала, соединяющего околоносовую пазуху с полостью носа)? На мой вопрос о том, помогал ли такой метод при гайморитах, врач ответил просто: «Когда как».

В любом случае хочу подчеркнуть: у оториноларингологов Донбасса есть своя особая специфика — и она во многом обусловлена уникальным опытом, накопленным в непростых условиях.

Взрыватель в голове

2024 год, N-окружной военный госпиталь

Меня миновала участь столкнуться с неразорвавшимися боеприпасами (НРБ) в ЛОР-органах. Но один такой случай мне известен — о нём я тоже упоминал в руководстве по неотложной хирургии боевой ЛОР-патологии. Оператором был мой однокурсник по ординатуре в Военно-медицинской академии. Он любезно предоставил мне фотографии с операции для размещения в учебном пособии.

В 2024 году санитарным автотранспортом в оториноларингологическое отделение окружного военного госпиталя доставили раненого бойца из зоны СВО. Входящим диагнозом значилось: «Огнестрельное осколочное ранение лицевой области черепа». При осмотре выявили рану правой щёчной области с умеренным отёком мягких тканей.

По словам раненого, он получил повреждение в момент подлёта дрона-камикадзе — в него боец стрелял, и взрыв произошёл в нескольких метрах от него. Больше никаких подробностей он сообщить не смог. В медицинской документации с предыдущих этапов эвакуации сведений о наличии неразорвавшегося боеприпаса в голове не было.

Рентгенография головы показала инородное тело цилиндрической формы в мягких тканях правой щёчной области — оно проникло в правую верхнечелюстную пазуху.

В операционной провели ревизию раны и установили, что в ней находится часть взрывателя от боеприпаса. Затем расширили рану в области входного отверстия. Когда фрагмент свободно расположился в ране, его осторожно извлекли. После первичной хирургической обработки выполнили послойное ушивание раны.

Стоит особо отметить: чтобы избежать взрыва НРБ, при поступлении таких раненых нужно заранее спланировать все этапы оперативного вмешательства. Необходимо пригласить специалистов по разминированию

боеприпасов, а в идеале — заранее отрабатывать подобные случаи на симуляторах. Это лучшие способы подготовиться к лечению военнослужащих с НРБ и избежать необходимости принимать решения «на лету».

Подобные ранения ЛОР-органов технически сложны для оперирования — и всё из-за их локализации. Если говорить о других типичных местах повреждений, то чаще страдают конечности, и с ними работают военно-полевые хирурги. В таких случаях, когда велика вероятность взрыва при извлечении НРБ, возможна ампутация конечности. Но с головой подобные манипуляции, разумеется, невозможны. Так что хочешь не хочешь, а снаряд нужно именно извлекать — аккуратно, продуманно и с максимальной осторожностью.

Наперекор судьбе

*Лето 20**, где-то на просторах морских волн*

В продолжение предыдущего очерка хочется ещё рассказать о его герое — о том, как он стал военным отоларингологом.

Не так давно мы с ним общались. По старой привычке, как и во времена нашей ординатуры, я обратился к нему: «Димас». В конце разговора он сказал: «Давно меня так никто не называл». Он не обиделся — просто эти слова напомнили сначала ему, а потом и мне, насколько мы изменились за короткий срок. Всего-то пять лет после специализации по отоларингологии, большая часть из которых пришлась на СВО, — а мы стали другими. Накопился огромный хирургический и управленческий опыт: его зарабатывали не только в тыловых госпиталях, но и, как у нас говорят, «за лентой». За это время пришлось многое увидеть и пережить.

Дима, в отличие от меня, гораздо раньше определился со специализацией. Ему, как и мне, сначала предстояло пройти интернатуру по направлению «хирургия». Молодому интерну на кафедре военно-морской госпитальной хирургии «посчастливилось» выступить в роли ассистента на операции, которую проводили начальнику кафедры оториноларингологии ВМедА. Про себя Дима тогда подумал: «Один плюстик к ЛОРовской карме! Надеюсь, главный ЛОР меня ещё вспомнит». Забегая вперёд — не вспомнил.

У Димы была чёткая цель: стать военным отоларингологом. Ради неё он был готов преодолеть любые преграды. Я, конечно, далёк от эзотерики, но в его случае невольно согласишься, что сильное стремление способно будто бы предопределять даже судьбу целого корабля.

Год интернатуры пролетел, и нашего героя направили служить на флот — начальником медицинской службы на одном из военных судов. Он понимал, что сразу в ординатуру его не отпустят, и принял твёрдое решение: «Три года буду служить верой и правдой, а потом попрошусь в ординатуру!»

Время шло. Через 3 года флотский доктор решился подойти к командиру корабля и попросить отпустить его в ординатуру в академию. К службе нареканий не было — начмед выполнял обязанности в полном объёме. Командир внимательно выслушал его и ответил: «Я готов тебя отпустить только в одном случае!» Дима вопросительно посмотрел на начальника. Тот продолжил: «Если этот корабль потонет! Иди служить дальше!»

Флотский доктор, осознав, что в академию его пока не отпустят, молча ушёл к себе в каюту. Про себя он подумал: «Смотри, не накарай! Ладно, надо готовиться к новому походу».

Через несколько недель корабль вышел в море. Ранним утром, когда стоял очень плотный туман, командир приказал встать на якорь. Не будем вдаваться в причины этого решения — приказы начальства не обсуждают, их выполняют. И тут случилось неожиданное: столкновение с гражданским судном. Удар пришёлся как раз по тому месту, где находилась каюта начмеда. Вода стремительно заполняла трюмы.

Офицеры и матросы в тревоге бросились искать флотского доктора. «Неужели погиб?!» «Как же так? Такой человек — и нет его!» — кричали члены экипажа тонущего судна. И вдруг за спинами военных раздался голос медика: «Что за *****?!» Все выдохнули с облегчением: доктор жив — и это самое главное. Буквально за несколько минут корабль ушёл под воду, а экипаж эвакуировали на борт того самого гражданского судна, которое его протаранило.

Когда все оказались в безопасности и адреналин понемногу стал спадать, командир вспомнил о начмеде. В одной фразе он выразил всю гамму чувств: восторг и облегчение от того, что доктор остался жив, и одновременно негодование из-за того, что тот вечно «шастает» по кораблю, а не сидит в лазарете. Но Дима уже не слушал: мыслями он был где-то далеко.

Следующим летом он поступил в ординатуру при кафедре оториноларингологии Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова.

Верь своим ушам

Лето 2024 года, где-то в зоне СВО

«Я больше не могу это терпеть! Этот звук, шум — он сводит меня с ума! Что-то ползает внутри головы! Я вас прошу — помогите!» — кричал раненый боец в приёмном отделении прифронтового госпиталя.

Это был совсем молодой парень, не старше двадцати лет. Его доставили в лежачем положении эвакуационной группой одной из медицинских рот, работавших на направлении, где находился наш военный госпиталь. Голова бойца была туго перебинтована, самостоятельно передвигаться он не мог. Минно-взрывное ранение привело к закрытому перелому левой голени; правая нижняя конечность тоже почти не слушалась — она была усеяна мелкими осколками. Не исключено, что оказались повреждены крупные нервные стволы.

Во время осмотра военным фельдшером-регистратором в приёмном отделении — эта процедура нужна, чтобы решить, какого профильного врача вызвать, — боец всё время держался за голову и настойчиво просил о помощи, почти кричал. Создавалось впечатление, что голова беспокоит его куда сильнее, чем ноги.

Из расспросов стало ясно, как он оказался у нас. Тремя днями ранее его группу обнаружили в лесопосадке с помощью FPV-дрона противника. Были сброшены взрывные устройства — двое товарищей погибли. Самого бойца отбросило взрывной волной, и долгое время он пролежал без сознания. Придя в себя, он понял, что не может встать, и почти сутки полз к своим. Именно тогда и появились эти мучительные жалобы: постоянный шум в голове и ощущение, «будто кто-то ползает внутри».

Фельдшер сперва подумал вызвать врача-психиатра, но перед этим уточнил, где именно раненый слышит этот звук. Боец ответил, что шум и

«ползание» ощущаются строго слева. Это навело фельдшера на мысль сначала направить парня к ЛОР-врачу.

В тот день у меня накопилось много консультаций. Я как раз заканчивал осмотр очередного раненого с акубаротравмой, когда из коридора донёлся резкий крик. Выйдя из кабинета, чтобы потребовать тишины, я увидел, как санитары везут на коляске молодого бойца: голова и обе нижние конечности у него были перебинтованы. Он держался за голову и кричал про шум.

Без лишних слов все, кто ждал приёма в коридоре, решили пропустить парня вне очереди. В воздухе повисли комментарии: «Видимо, у молодого крыша поехала», «М-да, не выдержал парень увиденного...» Я оборвал эти разговоры:

— Без комментариев, тут они никому не нужны. Соблюдаем тишину. Бойца заведите ко мне в кабинет.

Мы переместились в смотровую, и я аккуратно разбинтовал голову раненого. На вопрос, что беспокоит больше всего, он указал на левое ухо. Сначала я осмотрел правое — там чётко визуализировалась свежая перфорация барабанной перепонки. Затем перешёл к левому уху, которое так мучило бойца.

Заведя ушную воронку в левый наружный слуховой проход, я на несколько секунд замер. Сквозь субтотальный дефект барабанной перепонки в барабанной полости я увидел множество опарышей — они активно двигались по всей полости. Теперь становилось понятно, почему этот звук сводил раненого с ума. Человеческое ухо, а особенно барабанная полость, — это часть слухопроводящей системы, которая многократно усиливает поступающие извне звуки. А здесь источник шума находился прямо внутри среднего уха.

Я честно рассказал бойцу, что вижу. Паники у него не возникло. Он лишь посмотрел на меня измождённым взглядом и тихо попросил помочь. Солдат был готов выполнить любую команду — лишь бы избавиться от этого звука и от тех тварей, что хозяйничали в его голове.

К тому моменту я уже не в первый раз был в командировке в зоне СВО, и на этот раз у меня с собой оказалась специальная ушная насадка для отсоса. Обычно я использовал её, чтобы вправлять загнутые внутрь края барабанной перепонки у раненых с акубаротравмой. Теперь же она пригодилась для другой, куда более жуткой задачи — чтобы удалить из уха незваных гостей.

Около двадцати минут я аккуратно извлекал опарышей. Когда был удалён последний, боец облегчённо выдохнул и произнёс:

— Боже, наконец-то тишина... Как же я по ней соскучился, доктор.

Глядя на него в тот момент, я невольно подумал, какая удивительная штука — жизнь. Большинство раненых приходят ко мне с другой бедой: их пугает наступившая после взрыва тишина. Иногда это «звнящая тишина» — так я называю снижение слуха, когда к нему добавляется высокочастотный звон. А этот боец, напротив, изо всех сил ждал той самой тишины. И дождался.

Я все равно не слышу!

Лето 2023 года, где-то в зоне СВО

Военному ЛОР-врачу, пожалуй, чаще других приходится сталкиваться на войне с симулянтами, аггравантами (теми, кто преувеличивает жалобы) или просто с хитрецами, которые хотят воспользоваться ранением, чтобы покинуть передовую. Акубаротравма нередко становилась для них удобным предлогом.

Самое простое — заявить: «Я не слышу!» — а потом попробуй докажи, правда это или нет. Впрочем, у офтальмологов похожая ситуация: нередко слышишь: «Я не вижу».

Некоторым просто страшно — и я не хочу их осуждать. Кто знает, что такое попасть под обстрел, пережить взрыв, после которого внутри будто всё замирает... Думаю, со мной многие согласятся. Одно дело — находиться в прифронтовом госпитале, пусть и недалеко от линии фронта, но всё-таки не на «нуле» (то есть не в непосредственной зоне боевых действий): там хоть можно укрыться. А в чистом поле сделать это куда сложнее. И уж тем более, когда за человеком охотится FPV-дрон, — можно только догадываться, что он в этот момент испытывает.

Но у военных врачей есть свои задачи, и их надо выполнять. В том числе — выявлять тех, кто симулирует травму или заболевание.

Летом 2023 года произошёл довольно забавный случай с одним «кадром». Привезли бойцов с подозрением на акубаротравму. Заходит молодой, высокий парень и с порога заявляет:

— Меня надо эвакуировать! Я не могу выполнять задачи! Совсем не слышу на правое ухо!

Я пригласил его присесть и начал говорить на отвлечённые темы — сначала громко, потом всё тише и тише. Он сидел справа от меня и правым ухом прекрасно всё слышал.

Затем я провёл отоскопию — всё в норме. Проба Вебера тоже показала, что слух в пределах нормы (латерализации звука не было). Стал проверять шепотную речь на расстоянии шести метров. Сначала проверил левое ухо — всё нормально. Потом перешёл к правому.

Я назвал цифру 23, а он ответил: «21». Потом я сказал 20, а он — «22». После этого я попросил его присесть на стул и написал заключение: здоров.

Боец вскочил и снова заявил:

— Я всё равно не слышу справа!

Дальше у нас состоялся такой диалог:

— Вы же мне сказали сперва 23, а я не услышал и ответил вам 21!

Потом вы сказали 20, а я ответил 22! — говорит боец;

— Стоп. Вы действительно уверены, что я сначала сказал 23, а потом 20? — уточнил я.

— Да, так точно! — повторил он.

— Не может быть. Вы это хорошо слышали?! — спросил я.

— Да! — твёрдо ответил он.

В итоге он так и не понял, что сам же и озвучил цифры, которые я ему не произносил. Я велел ему идти в приёмное отделение — все необходимые записи я уже сделал.

Его величество случай

Лето 2022 года, где-то в зоне СВО

Порой череда, казалось бы, случайных обстоятельств способна круто изменить жизнь человека — спасти её или, напротив, привести к трагическому финалу. Ниже — история о том, как удалось вовремя заметить у бойца нераспознанную травму.

Дело было в одном из прифронтовых военных госпиталей. По рации меня вызвал начальник приёмно-сортировочного отделения с позывным «Обь». Уже и не вспомню, по какой причине. Мой кабинет находился неподалёку от приёмного отделения, и путь туда пролегал мимо кабинетов рентгенолога, травматолога и нескольких операционных.

В коридоре я заметил бойца — он искал стоматолога. О нём я уже рассказывал в других очерках: его позывной — «Тайга». Буквально за сутки до этих событий он убыл в пункт постоянной дислокации. Я обратил внимание, что солдат сипит: у него была сильная охриплость голоса. Остановился рядом и спросил:

— Товарищ рядовой, что с голосом? Как давно появилась осиплость? Курите?

Он ответил:

— Товарищ доктор, я не курю. Осиплость появилась несколько часов назад. Да плевать на неё! Я ищу стоматолога. Я механик-водитель БМП: мы следовали по маршруту и напоролись на кочку. Потом было два удара об люк — сначала шеей, а потом зубами. Вот, переднего зуба нет! Охриплость тоже появилась после удара. Я обращался к нашим медикам, потом ещё в медроту к хирургам. Сказали ехать к стоматологу — а он здесь, в вашем госпитале.

Я сказал:

— Садись на скамеечку. Дай-ка я посмотрю шею.

При пальпации передней области шеи — от нижнего края щитовидного хряща до яремной вырезки верхнего края рукоятки грудины — я отчётливо ощутил крепитацию³⁴. Тут же распорядился, чтобы медбратья принесли шейный воротник, и вместе с бойцом направился в рентген-кабинет.

Рентгенография показала: костно-травматических изменений шейного отдела позвоночника нет — и на том слава Богу. Но при этом в мягких тканях наружной поверхности шеи определялся воздух.

Затем я выполнил непрямую ларингоскопию. В межчерпаловидном пространстве виднелось небольшое выпячивание тёмно-багрового цвета. Оно не перекрывало обзор голосовых складок, но сами складки, как и вся слизистая гортани, были гиперемированы.

Так выяснилось, что в результате удара у бойца образовалась гематома в межчерпаловидном пространстве полости гортани. Кроме того, имелись явления посттравматического ларингита и разрыв передней поверхности трахеи в шейном отделе.

Я выполнил иммобилизацию шеи. Затем медсестры внутримышечно ввели бойцу глюкокортикостероиды и антибиотики — чтобы предупредить отёк гортани и возможные инфекционные осложнения. После этого раненого в лежачем положении эвакуировали в тыловой госпиталь, в ЛОР-отделение.

Позже я наводил справки о его состоянии: всё обошлось, он поправился. Думая об этом случае, я понимаю: всё могло сложиться совсем иначе, если бы мы тогда не встретились в коридоре прифронтового госпиталя.

³⁴ Крепитация мягких тканей при пальпации – звук похожий на хруст снега. Возникает, когда есть воздух в мягких тканях.

Я ваш друг

Июль 2022 года, где-то в зоне СВО

Как-то ко мне на приём зашёл лейтенант медицинской службы. Представился начальником медицинской службы одного из полков и принялся объяснять, что в мае 2022 года ко мне обращался за медицинской помощью офицер из его подразделения — и я тогда написал, что тот здоров.

Я ответил, что это значит лишь одно: у офицера не было проблем по моей части. Но, как я понял, и сам лейтенант, и тот офицер считали иначе. По заданию командира части они прибыли ко мне — сам офицер и сопровождавший его врач, — чтобы убедиться, есть ли у первого проблемы со слухом.

— Хорошо, — сказал я, — пусть заходит.

В дверях появился капитан. Улыбаясь, он заявил:

— Вы же меня помните? Я ваш друг!

Честно говоря, у меня было ощущение, будто вижу его впервые. Другом он мне точно не был.

— Садитесь за стул рядом с моим столом, — сказал я, — а головной убор положите на стол, слева от аудиометра.

Я просмотрел его медицинские документы, в частности ЛОР-осмотр от мая 2022 года — действительно, запись была моей, и в ней значилась норма. Уточнил, бывал ли капитан под обстрелом после того осмотра. Мне ответили, что нет. Однако, по его словам, имелись проблемы с правым ухом — оно якобы полностью глухое, — и он хотел вновь пройти проверку, а также получить форму 100 (первичную медицинскую карточку).

— Хорошо, — согласился я, — проверим.

Провёл тональную пороговую аудиометрию. На графике получилась «М-образная» кривая — и справа, и слева. Кроме того, пороги костной проводимости оказались выше, чем воздушной. В норме такого быть не

могло. Впрочем, могло — но лишь в одном случае: если пациент пытается меня обмануть. Лейтенант внимательно следил за всеми этапами обследования.

Затем я попросил капитана подойти к двери для проверки слуха. Сначала велел закрыть правое ухо, чтобы проверить левое (которое считалось здоровым). Он верно повторял все названные мной цифры. Потом я сказал закрыть левое ухо. Правым он «ничего не слышал».

При этом на команды он реагировал чётко: когда я велел снова закрыть правое ухо — он закрыл; когда сказал закрыть левое — тоже выполнил, но по-прежнему не называл цифры. А когда я попросил его сесть, он тут же сел.

— Сейчас будет самая главная проверка, — объявил я, обращаясь к лейтенанту, — так что следите внимательно за всем, что произойдёт.

Капитан снова сел на стул.

— Закройте то ухо, которое слышит, — сказал я, — то есть левое. Очень плотно, ладонью.

Он выполнил команду. В этот момент я отвернулся к лейтенанту и тихо произнёс:

— Начинаем проверку... Ой, забыл! Уберите головной убор со стола.

Капитан, по-прежнему плотно прижимая ладонь к левому уху (здоровому), правой рукой снял кепку со стола.

Я повернулся к нему и спокойно сообщил:

— Ну что ж, проверка пройдена. Правое ухо слышит. Вы свободны.

Лейтенант улыбнулся и сказал:

— Всё видел. Понятно. Извините, что потратили ваше время.

Они направились к выходу. Капитан выходил последним. Перед тем как закрыть дверь, он обернулся и грустно произнёс:

— Как же так? Я думал, мы друзья...

Не сходиться

Сентябрь 2025 года, где-то в зоне СВО

Бывает так, что всё вроде бы понятно: вопросов по состоянию пациента нет, картина ясна и очевидна — остаётся только написать «эвакуация» в первичной медицинской карточке. Но порой что-то не сходится, и тогда вся картина вдруг переворачивается: ты вдруг понимаешь, что перед тобой человек, который, вероятно, задумал не самое благовидное.

Дело было в прифронтовом госпитале в зоне СВО. Ко мне привели бойца — он жаловался на проблемы со звучностью голоса, то есть на дисфонию. Я провёл непрямую ларингоскопию: обнаружил рубцовые изменения, деформация голосовых связок — они не смыкались полностью в верхней трети.

Боец показал мне форму 100, подтверждающую, что полгода назад он получил ранение. На первый взгляд, всё было понятно. Я даже испытывал к нему определённое сочувствие: парня из госпиталя снова отправили в зону боевых действий. По всем признакам его следовало эвакуировать в тыл — для прохождения военно-врачебной комиссии и возможной комиссации.

Но снова это «но». В первичной медицинской карточке значилось слепое осколочное ранение бёдер, а вовсе не шеи. Я попросил предоставить выписной эпикриз — узнать, где боец лечился раньше. Прочитал: находился в хирургическом отделении N-госпиталя с такого-то по такое-то число. Перечитал ещё раз. Осмотрел область шеи: рубцов после трахеотомии не было. В медицинской документации тоже ни слова о пребывании в реанимации.

Почему это имело для меня значение? Дело в том, что при тяжёлом ранении, если пациент находится без сознания, его переводят в реанимацию, подключают к аппарату ИВЛ. Если такое состояние длится более семи суток,

выполняют трахеостомию. А уже после неё нередко возникают осложнения, способные привести к афонии (отсутствие голоса) или дисфонии. Здесь же ничего подобного не наблюдалось.

Я посмотрел на бойца и прямо спросил:

— Говори правду! Это дело никак не связано с ранением, верно? Покажи военный билет.

Он молча достал документ. Я увидел, что пациент подписал контракт два с половиной года назад, имея категорию годности, ограничивающую службу по состоянию здоровья, — именно по той статье, на основании которой теперь надеялся эвакуироваться в тыл.

— Что молчишь? — снова спросил я. — У тебя общее заболевание. Согласно руководящим документам, оснований для направления на ВВК нет: категория годности не изменилась, да и состояние здоровья — такое же, как и было. С какой целью ты пришёл ко мне?

Боец помолчал, а потом ответил:

— У меня в детстве был папилломатоз гортани. Два раза оперировали ещё до школы. Поэтому я и не служил срочную службу.

После этих слов он ненадолго замолчал, а затем тихо добавил:

— Я просто устал, товарищ доктор...

Встань и иди

Сентябрь 2025 года, где-то в зоне СВО

Иногда военному ЛОРу приходится «лечить» не только профильные болезни, но и иные «недуги».

Как-то ко мне привели бойца. Высокий парень, ростом почти два метра, вошёл на костылях в сопровождении санитарного инструктора. Тот сообщил, что «товарищ» после обстрела ничего не слышит и не разговаривает. Выписки из журнала боевых действий не предоставили — всё было только со слов сопровождающего.

Я сказал, что осмотрю бойца и изучу документы, а сопровождающий может подождать в коридоре.

При знакомстве с бумагами выяснилось, что передо мной — бывший заключённый. Он сразу предъявил документы, подтверждающие инвалидность детства по слуху — третья группа. Контракт он подписал всего две недели назад. Такие пациенты у меня бывали и раньше: за долгое время отсидки некоторые из них отлично учатся обманывать и ловко втираться в доверие к врачам. Стало понятно: сидеть свой срок в колонии он не хочет, служить тоже не намерен — а хочет уволиться по состоянию слуха на общих основаниях.

Внимательно изучив все заранее подготовленные бойцом документы — выписки из историй болезней с детства, заключение медико-социальной экспертизы, — я обратил внимание на важный момент: в них не было результатов объективных методов исследования слуха.

Перешёл к осмотру. При отоскопии наружный слуховой проход и барабанные перепонки с обеих сторон оказались в норме. Проверил бойца с помощью объективного метода — акустической низкочастотной импедансометрии. Тимпанограмма — тип А (норма) с обеих сторон;

акустические ипсилатеральные рефлексы регистрировались тоже с обеих сторон.

Затем я попросил бойца подойти к двери — для очередной проверки слуха. Он «прокололся» на простых командах: «закройте другое ухо», «вернитесь обратно». При этом цифры, которые я называл, он не показывал пальцами — а ведь, по легенде, он ещё и не мог говорить.

Ещё один показательный момент: когда боец стоял у двери спиной ко мне, я неожиданно стукнул кулаком по столу. Он вздрогнул, вскрикнул и резко обернулся. Значит, и слышит, и голос у него есть.

Да, нельзя было полностью отрицать, что у него могут быть проблемы со слухом — но то, что он не глухой, стало очевидно. Ларингоскопия показала норму и в отношении голосового аппарата. Учитывая отдельные нюансы, в рекомендациях я указал на необходимость консультации невролога или психиатра — на предмет возможного логоневроза (афазии точно не было).

После всех проверок я прямо сообщил бойцу, что он аггравант — преувеличивает степень проблем со слухом. При этом не исключил, что какие-то нарушения у него действительно есть: он пришёл с ними в армию. Если они мешают службе, то выбор прост: либо продолжать выполнять воинский долг, либо вернуться туда, откуда пришёл, — в колонию, отбывать свой срок.

В ответ боец достал телефон и включил видеозвонок. На связи был человек, представившийся его адвокатом. В мой адрес посыпались угрозы. Мне заявили, что «герой» в тюрьму не вернётся: теперь он военнослужащий, и я обязан провести ВВК и уволить его — ведь он, мол, уже отдал долг Родине.

Я сделал обоим замечание: во-первых, в зоне боевых действий не стоит пользоваться смартфоном. Во-вторых, своё решение менять не собираюсь. Данных за акубаротравму нет — отоскопия идеальная. Если какие-то изменения слуха и присутствуют, то они носят хронический характер. Выбор

остаётся прежним: либо фронт, либо обратно в места отбывания наказания. После этого я велел бойцу покинуть помещение. Он услышал и стремительно выбежал.

Через минуту в кабинет зашёл его сопровождающий — санитарный инструктор.

— Вы же врач! Как можно так относиться к раненым? Человек пришёл к вам за помощью! — возмутился он.

Я ответил:

— Я ему помог: всё подробно расписал в осмотре. Это аггравант. Я чётко обозначил два возможных пути — он их услышал и сам выбежал из кабинета. И ещё один момент: в углу он забыл костыли, без которых не может ходить. Заберите их.

Игры разума

2022-2025 гг., где-то в зоне СВО

Не всегда отсутствие органической патологии — то есть физического повреждения органов — говорит о симуляции или аггравации.

Существуют состояния, крайне сложные для диагностики, — конверсионные расстройства. Их относят к компетенции врача-психиатра. Когда-то этими вопросами занимался сам Зигмунд Фрейд. Он полагал, что речь идёт об утрате или изменении каких-либо функций — признаках, указывающих на физическое (органическое) поражение, которое, однако, не удаётся обнаружить при обследовании.

Для ЛОР-врачей, особенно военных, актуальны такие проявления конверсионных расстройств, как истерическая глухота и афония (отсутствие речи). Это разновидности неврозов — подлинные патологические состояния, возникающие на фоне сильного психоэмоционального стресса. По итогам Великой Отечественной войны академик, генерал-лейтенант медицинской службы В. И. Воячек обозначил подобные состояния как центральные воздушно-контуживные слухоречевые поражения. Их важно отличать от симуляции. Но как это сделать, когда находишься в зоне боевых действий и через твои руки проходит массовый поток раненых?

Разница между конверсионным расстройством слуха (истерической глухотой) и симуляцией принципиальна. Симуляция — это сознательный акт, преследующий определённую цель: получить страховую выплату, покинуть зону боевых действий и тому подобное. Психогенная глухота чаще бывает двусторонней; нередко при ней сохраняется способность слышать шёпот даже на большом расстоянии, но при этом человек не воспринимает разговорную речь. Характерно, что изменения слуха непостоянны: глухота может то усиливаться, то ослабевать, а порой исчезает при громком звуке.

Симулянты нередко «переигрывают», не зная тонкостей настоящей глухоты, — и их удаётся выявить по несоответствиям в ходе специальных тестов. Поведение пациентов с истерической глухотой нередко окрашено драматизмом, но симптомы могут внезапно исчезать при переключении внимания. У симулянта же «глухота» не пропадает сама по себе, особенно если он считает, что за ним наблюдают. Последнее, конечно, спорное утверждение.

Таким образом, пациенты с конверсионными расстройствами нуждаются в длительном наблюдении — и занимаются ими, как правило, военные психиатры. Но что делать на войне? Точного ответа я не знаю. Скажу лишь, что со временем приходит опыт: начинаешь анализировать состояние пациента ещё до непосредственного осмотра — так, как я делал в случаях, описанных в очерке «На войне случается всякое». При малейшем сомнении в том, что перед тобой не симулянт, а человек с конверсионным расстройством, лучше направить его к психиатру.

Приведу несколько клинических случаев, с которыми столкнулся лично.

В июне 2022 года к нам доставили бойца прямо с линии боевого соприкосновения. После обстрела он не мог говорить. При осмотре кожа в области шеи была без изменений, в глотке и гортани патологии не обнаружилось; при попытке фонации голосовые связки не смыкались. При этом сохранялся кашель — я специально просил пациента покашлять. Сначала он общался только с помощью жестов и письма, и делал это очень эмоционально. Я попросил его успокоиться и попробовать говорить шёпотом. Когда у него получилось, на лице появилась искренняя радость. Однако попытки вести разговорную речь оставались безрезультатными.

После осмотра я направил пациента к неврологу, а тот — к психиатрам. Спустя месяц я встретил этого бойца: он прошёл курс психотерапии, восстановился и смог вернуться к исполнению служебных обязанностей — довольно быстро. Важно отметить, что сопровождавшие его

при поступлении в госпиталь характеризовали его как дисциплинированного и исполнительного военнослужащего. В отличие от симулянтов, этот боец действительно не мог говорить даже при попытках обсудить отвлечённые темы. Я оставил его под наблюдением на сутки перед эвакуацией: симптомы сохранялись даже тогда, когда казалось, что за ним никто не следит. Симулянты нередко выдают себя именно на этом этапе — например, пытаясь кому-нибудь позвонить и радостно сообщить, что «решение об эвакуации уже принято».

Другой случай произошёл в июле 2024 года. В прифронтовой госпиталь привезли бойца с расстройством слуха. Он говорил громко, не воспринимал разговорную речь, но шёпот слышал. При отоскопии никаких изменений не было, барабанные перепонки оставались целыми.

На тональной пороговой аудиометрии я заметил любопытную деталь: на одной и той же частоте при повторной проверке пациент вдруг начинал слышать. При этом у него появлялось испуганное выражение лица.

— В чём дело? — спросил я.

Он не ответил, но очень пристально всматривался в мои губы. Тогда я повторил вопрос шёпотом.

— Слышу крик, — наконец произнёс он. — Это крик моего товарища, когда мы подорвались на mine. Это было два дня назад. С тех пор у меня проблемы со слухом. Я слышу этот крик даже во сне. А сейчас я услышал его в звуке, который поступает в наушники. Доктор, пожалуйста, я больше не хочу проходить исследование. Если вы мне не верите, просто отправьте меня обратно в бой! Но я вас не обманываю — со мной правда что-то не так!

На этом я завершил обследование, оставил бойца под наблюдением на сутки, а когда окончательно убедился, что ему необходима психиатрическая помощь, — направил на консультацию к психиатру. В итоге его эвакуировали в психиатрическое отделение тылового военного госпиталя.

Почему ты мне не отвечаешь?

Июнь/июль 2022 года, где-то в зоне СВО

Эта история не про аггравантов и не про симулянтов. Напротив, её герои — бойцы, которые никого не обманывали: они и правда получили ранения в бою. Но то, что случилось с ними уже в прифронтовом госпитале, вышло довольно курьёзным — о нём и пойдёт речь.

Июнь — июль 2022 года. В зоне СВО шли активные бои за один из населённых пунктов. Наши подразделения продвигались вперёд. В полевом госпитале отоларингологи и стоматологи оказывали помощь легко раненым — в первую очередь тем, у кого были повреждения конечностей, если при этом не поступали раненые с травмами головы и шеи. Мне, как отоларингологу, приходилось много консультировать бойцов с подозрением на акубаротравму.

Среди тех дней запомнился один курьёзный случай с бойцами из Тувинской бригады. Пишу название с большой буквы — так хочется подчеркнуть уважение к этим военным: они и правда прирождённые воины. К нам доставили двоих бойцов монголоидной внешности из этой воинской части; они служили в разных ротах: один был штатным контрактником, другой — добровольцем. Один попал под артиллерийский обстрел, другой ехал на БМП³⁵ и подорвался на магнитной мине.

Я осмотрел обоих: у каждого диагностировал двустороннюю акубаротравму с травматической перфорацией барабанных перепонок.

Для каждого из них я оформлял форму 100 (первичную медицинскую карточку) в приёмно-сортировочном отделении госпиталя. Медицинская сестра параллельно вносила данные в свой журнал. Бойцы сидели на скамейке напротив нас.

³⁵ БМП – боевая машина пехоты.

Вдруг контрактник встал, подошёл к добровольцу с правой стороны и заговорил с ним на тувинском языке. Говорил с минуту, а доброволец ничего не отвечал — только повернулся и показал рукой на другое ухо. Тогда контрактник пересел к нему с левой стороны и снова заговорил по-тувински — теперь уже в левое ухо. Доброволец по-прежнему молчал и просто смотрел вперёд.

Спустя минуту контрактник встал и по-русски спросил:

— Почему ты мне не отвечаешь по-тувински?!

Доброволец повернулся к нему и спокойно ответил:

— Потому что я бурят.

На несколько секунд повисла пауза — а потом рассмеялись все: и я, и бойцы, и медицинская сестра.

Предзащита кандидатской диссертации

Октябрь 2024 года, где-то в зоне СВО

Ещё в 2023 году, возвращаясь из командировки в поезде, я прочитал книгу Аркадия Сергеевича Коровина «Салют на Неве: записки военно-морского врача». Кстати, в момент выхода эта книга была запрещена. Она одной из первых с беспощадной правдивостью рассказала об ужасах голода, царившего в блокадном Ленинграде в годы Великой Отечественной войны.

Особенно меня поразил один эпизод. Автор описывал, как в измученном голодом городе проходили защиты диссертаций. До советско-финской войны Аркадий Сергеевич тоже занимался наукой, но затем, по понятным причинам, вынужден был оставить это дело. Он подметил одну важную вещь: сам процесс написания научной работы и её последующая защита помогали некоторым жителям блокадного Ленинграда доказывать самим себе, что они не сдались, что чувство «животного голода» не победило их, что они сумели остаться людьми.

Эта книга и пример тех людей дали мне второе дыхание — придали сил, чтобы наконец закончить начатую диссертацию.

Защита моей научно-квалификационной работы — отдельная и очень интересная история. В чём-то мне даже помогли местные жители новых территорий России.

Предзащита проходила, когда я находился в командировке в зоне СВО. Я доложил командованию, что мне необходимо выйти на связь с Санкт-Петербургским НИИ ЛОР. В день мероприятия мне выделили три часа и велели воспользоваться интернет-кафе в городе. При этом строго проинструктировали: во время конференции нельзя озвучивать, где я нахожусь, упоминать, что я военный врач, и, самое главное, я должен быть в гражданской одежде.

С последним пунктом возникли трудности. В научном мире существует определённый дресс-код — строгие костюмы. Тут-то и выручили местные жители: они нашли для меня рубашку и галстук подходящего размера.

В назначенное время я вышел на связь и успешно прошёл предзащиту кандидатской диссертации. А 30 января 2025 года состоялась основная защита — в Санкт-Петербурге. Она, как и предзащита, прошла успешно.

Тема моей диссертации касалась гнойно-воспалительных заболеваний глотки — их диагностики, профилактики и лечения. Если говорить конкретнее, я предложил новые подходы к ведению пациентов с паратонзиллярным абсцессом. Это грозное осложнение ангины, при котором рядом с нёбной миндалиной формируется гнойный очаг.

Тема сугубо гражданская, и утверждена она была ещё в 2020 году в Самарском государственном медицинском университете — именно там я поступил в заочную аспирантуру при кафедре отоларингологии.

Люди на войне

Июль/август 2022 года, где-то в зоне СВО

Эта история — не про оториноларингологию и не про какой-нибудь редкий клинический случай. Она о людях. О мужчинах, которые воюют по обе стороны.

Как-то к нам доставили двоих раненых. Один был нашим, второй — из ВСУ. Мы оказывали медицинскую помощь в том числе и пленным. Среди них встречались разные: были и те, кто носил нацистские татуировки — так называемые «убеждённые националисты», были обычные бойцы территориальной обороны, были мобилизованные.

Возвращаюсь к тем двум раненым. Сразу оговорюсь: такой случай мог произойти, пожалуй, в 2022 году — сейчас, из-за обилия FPV-дронов, подобное почти невозможно.

Я подошёл к ним, чтобы проверить барабанные перепонки — выполнить отоскопию. По результатам исследования у обоих всё было в норме, жалоб на ЛОР-органы они тоже не предъявляли. Занося данные в медицинскую документацию, я невольно стал свидетелем их разговора. Оказалось, ещё часа три назад они стреляли друг в друга — так и попали к нам.

Нашему бойцу было около сорока пяти, украинцу — за пятьдесят. Разговаривали они по-русски. Вот их беседа:

— Ты зачем в меня стрелял? — спросил наш военный.

— Я испугался, потому что ты был с автоматом. Решил стрелять первым — а вдруг ты меня убьёшь? Ты же тоже в меня стрелял! — ответил украинский боец.

— Так я в ответ!

— Понятно... Знаешь, меня мобилизовали. У меня есть военный билет, там указано, что я мобилизован. До этого я никогда не стрелял и не убивал

людей. Поэтому я выстрелил тебе по ногам — чтобы не убить. До войны я жил в деревне, в Винницкой области.

— А я тоже из деревни, из Смоленской области. После срочной службы подписал контракт. В этом году должен был уйти на пенсию — двадцать лет выслуги как раз в октябре набиралось. Думал, вернусь в деревню, заведу хозяйство. Знаешь, я ведь тоже никогда не стрелял в людей за всю свою службу. Ты — первый. Я, кстати, тоже стрелял тебе по ногам, чтобы не убить, — сказал наш боец.

— Как думаешь, что со мной будет? Я же в плену... Если честно, мне немного страшно, — тихо произнёс украинский военный.

— Тебе уже оказывают медицинскую помощь. Ну да, будешь в плену, потом обменяют на наших. Не переживай, — успокоил его наш боец.

— Спасибо, что успокоил... Как думаешь, это скоро закончится?

— Надеюсь, — коротко ответил наш военный.

Думаю, любые комментарии к тому, что я услышал и записал, будут излишни. А это всё было на самом деле — и свидетелем той сцены стал я. И, наверное, таких работяг, деревенских парней, на обеих сторонах — подавляющее большинство.

Не могу обойти стороной и другие моменты, связанные с пленными ранеными. Чаще всего это были очень молодые ребята, и у каждого — свои убеждения, о которых тоже стоит рассказать.

Однажды к нам привезли раненого бойца ВСУ. Он был родом из Харькова, парню едва исполнилось девятнадцать. Говорил он на чистом русском — без каких-либо характерных говоров, без «хэканий» и «цэканий». Мне довелось услышать его разговор с местным врачом: тот с 2014 года участвовал в медицинском обеспечении бойцов народной милиции республик.

В беседе они коснулись темы бандеровцев. Местный доктор, учившийся ещё в советской школе, твёрдо заявил, что Степан Бандера — моральный урод. Харьковчанин лежал молча и слушал. А потом

тихо сказал, что в его школе учили иначе и он не понимает, что плохого сделал Бандера. По его словам, тот просто боролся за независимость.

Таких молодых украинцев с подобными убеждениями мне довелось видеть немало.

М-да... Я белорус, и от своих родственников — многие из них живы до сих пор — слышал совсем другое об этом «борце за незалежность». Знаю, какими методами он и его сторонники воевали, что они натворили на моей малой родине. В нашей семье эти воспоминания бережно хранят.

Я помню и не забуду никогда!

Январь 1943 года, деревня Симоничи, Гомельская область, БССР

Эту историю мне рассказала моя бабушка по материнской линии — Нина Борисовна Печерская (девичья фамилия — Хватик). Она родом из деревни Симоничи. На момент написания этих строк она ещё жива.



Моя бабушка Печерская (Хватик) Н.Б. (1939 г.р.); фотография 2004г. (семейный архив)

Январский вечер 1943 года навсегда врезался в память бабушки. В тот день в их дом ворвались каратели. Кто-то выдал семью Хватик: местной «полиции» донесли, что родители с детьми активно помогают партизанам — передают часть еды, носят записки в лес, где подробно описывают обстановку: численность «полиции», состав её подразделений, чем они промышляют, сколько человек в немецких отрядах и так далее.

Мой прадед Борис не попал в ряды регулярной армии: он стал инвалидом во время советско-финской войны. Прадед, прабабушка Надежда и трое их детей оказались на оккупированной фашистами территории. С первых дней они поддерживали связь с партизанами и помогали им, чем могли.

Среди полицаев были бандеровцы (выходцы из Западной Украины) и местные коллаборанты. По словам бабушки, бандеровцев было значительно больше, и именно они особенно яростно демонстрировали свою звериную натуру.

К семье Хватик явились пятеро карателей: один коллаборант и четверо бандеровцев. Они начали допрашивать моего прадеда.

— Що с***? Попався! Кого вбиватимемо першим? Вибирай!³⁶ — выкрикнул один из полицаев, державших прадеда; при этом они схватили его за волосы и запрокинули голову, чтобы он смотрел, как будут убивать его родных.

— Адпусці сям’ю, я цябе прашу! Яны не пры чым! Калі ёсць размова, то вядзі яго са мной!³⁷ — в отчаянии прокричал прадед.

— Через тэбе погано потрапілі в засідку люди! Скількі загинуло! Твої выродки носілі партызанам інфармацыю!³⁸ — орал на него другой полицай.

Затем каратели принялись избивать всех подряд — с остервенением, со всей силы. Били детей: Таню, Ваню и Нину. Ударили и прабабушку Надежду, начали рвать с неё одежду, намереваясь изнасиловать на глазах у мужа. Когда прадед пытался вырваться и остановить этот кошмар, его тоже жестоко избивали. После очередного удара он упал и от боли закрыл глаза.

В этот миг неожиданно грянул выстрел — один из полицаев рухнул на пол. Остальные бросились врассыпную: двое выпрыгнули в окно, ещё двое метнулись к противоположному краю дома — и были застрелены.

Раздался мужской крик: «Лаві гэтых мразей! Не дай ім уцячы!»³⁹ В деревню вошёл отряд Лельчицкой партизанской бригады. Один из местных мальчишек успел передать бойцам весть: семью Хватик «раскрыли», и по приказу немцев над ними издеваются каратели — бандеровцы и местные предатели.

³⁶ В переводе с украинского: «Что с***? Попався! Кого будем убивать первым? Выбирай!»

³⁷ В переводе с белорусского: «Отпусти семью, я тебя прошу! Они не при чем! Если есть разговор, то води его со мной!»

³⁸ В переводе с украинского: «Из-за тебя люди попали в засаду! Сколько погибло! Твои выродки носили партизанам информацию!»

³⁹ В переводе с белорусского: «Пови этих мразей! Не дай им убежать!»

Партизаны настигли и уничтожили двух оставшихся полицаев. Командир отряда сказал прадеду, что теперь забирают всю семью в лес: оставаться в деревне смертельно опасно. Было хорошо известно: если хоть один человек сотрудничал с партизанами, немцы сжигали всю деревню вместе с жителями. А тут к тому же были убиты полицаи — это гарантировало особо жестокую карательную акцию. Поэтому семью эвакуировали в срочном порядке.

В итоге немцы сожгли деревню; несколько местных жителей погибли от рук карателей.

После эвакуации семья бабушки жила в лесу, в землянках. Нина Борисовна, будучи младшим ребёнком (ей тогда исполнилось всего пять лет), старалась помогать, чем могла: ухаживала за ранеными, а по их просьбам пела «Катюшу» — эта песня очень поднимала бойцам настроение.

За время оккупации каратели убили 108 жителей деревни, среди которых были и дети.

23 января 1944 года деревню Симоничи освободили войска Красной Армии совместно с бойцами Лельчицкой партизанской бригады. Долгое время оставалось неизвестным, кто именно сдал семью прадеда карателям.

В конце 1970-х годов в Лельчицком районе Гомельской области сотрудники КГБ БССР задержали местного жителя, которого подозревали в пособничестве немецко-фашистским захватчикам. Сначала он всё отрицал, но позже признался в сотрудничестве с немцами. По его словам, он специально втирался в доверие к местным, действуя по указке нацистов: узнавал, кто помогает партизанам, и передавал эти сведения «полиции».

На очной ставке его без колебаний опознала женщина средних лет. В детстве она была свидетельницей того, как каратели сожгли её родителей прямо в доме. Девочке чудом удалось убежать. Предатель присутствовал при той расправе — пусть и в роли наблюдателя, который навёл полицаев на её семью. Он видел, как девочка убежала, и когда каратели велели ему пойти за ребёнком в лес, ответил, что там она всё равно не выживет.

Спустя десятки лет женщина нашла в себе силы вернуться в родные края, где погибла её семья. И во время случайной встречи она узнала его — того, кто принёс беду в её дом и сделал её сиротой. Она сообщила о нём в КГБ БССР. Началась тщательная «разработка» подозреваемого: выявили множество несостыковок в его официальной биографии, опросили множество свидетелей. Убедившись в его причастности к преступлениям, сотрудники произвели задержание.

Поняв, что отпираться бессмысленно, он в своих показаниях признался и в том, что сдал карателям семью Хватик.

В последнем слове коллаборант произнёс: «Я жалею лишь об одном: что никогда не хотел лично пачкать руки! Мне всё же следовало догнать эту девчонку и задушить её вот этими руками! Жалко, что я этого не сделал!»

Советское правосудие оказалось куда менее снисходительным к подобным преступникам, чем современное. Ему вынесли смертный приговор.

1943–1944 годы. Село Буйновичи, Гомельская область, БССР; концлагерь для военнопленных под Кировоградом, СССР.

Из рассказа моего деда, Чечко Ивана Дмитриевича (1929–2015):

В начале 1943 года, после того как из деревни ушли словацкие части, туда вошли немцы вместе с подразделениями бандеровцев. Гитлеровцы поручали последним самую грязную работу: издеваться над местным населением, всячески запугивать людей, чтобы никто не смел помогать партизанам.

Я хорошо помню тот день, когда в деревню вошли фашистские каратели. Меня не расстреляли и не сожгли заживо в сарае, хотя знали, что я помогал партизанам. Спасли слова старосты: он сказал немцам, что мой отец служит в Красной Армии. После этого таких, как я, собрали и отправили в концлагерь для военнопленных под Кировоградом. Там содержались русские, украинцы,

белорусы, поляки и представители многих других народов — все, кому не повезло попасть в лапы этих нелюдей.

Кормили отвратительно, заставляли подолгу и тяжело трудиться. Те, кто окончательно терял силы и надежду, шли прямо к ограждающей лагерь проволоке, которая была под высоким напряжением. Их тела ещё долго оставались на месте гибели. Лишь через несколько дней немцы отключали ток, и другие заключённые убирали трупы своих товарищей.

Однажды, когда мне стало совсем тяжело таскать грузы, я упал. Немец ударил меня прикладом автомата по спине. С того дня у меня на спине начало расти некое образование — так появился горб.



Мой дед Чечко И.Д. (1929-2015), фотография 1947г., служба в Советской Армии (семейный архив)

Осенью 1943 года я заболел брюшным тифом. Когда я уже не мог двигаться, меня просто выбросили за пределы лагеря. Меня подобрала местная старушка: выходила, а потом прятала на чердаке своего скромного дома.

Где-то в конце декабря 1943 года к хате, где я скрывался, подошёл немецкий офицер — высокий, статный, одетый «с иголки». Увидев его, старушка велела мне бежать в стойло, где раньше держали ягнят, и забиться в самый дальний угол. Я так и сделал. Хозяйка пыталась не пустить офицера туда, но он направился прямо к стойлу. Я сжался в углу, думая, что теперь

точно конец. Он вошёл, увидел меня и стал приближаться. Бежать было некуда. Я встал.

И тут немецкий офицер посмотрел на меня и тихо сказал по-русски:

— Не бойся, я тебя не трону. Я русский. Ты местный?

Я ответил:

— Нет. Я белорус, из деревни Буйновичи. Меня забрали немцы оттуда за то, что я помогал партизанам. Отвезли в лагерь, а когда я заболел — выбросили за территорию.

Человек в немецкой форме произнёс:

— Слушай меня внимательно. Оставайся здесь и никуда не уходи. Я вернусь за тобой. Обещаю, скоро ты будешь дома.

Через неделю началось наступление Красной Армии — Кировоградская наступательная операция. Войска 2-го Украинского фронта стремительно громили фашистов.

Я, как и было велено, никуда не убежал и продолжал прятаться у старушки. Примерно на второй день наступления к нам пришёл советский офицер — капитан, на груди которого сияло множество медалей и орденов. В нём я узнал того самого человека в немецкой форме. Оказалось, это был наш офицер из войсковой разведки: он со своими бойцами заходил в город за несколько дней до наступления, чтобы разведать обстановку.

Капитан велел мне собираться — он отправит меня домой. Дал распоряжение старшему сержанту, и тот отвёз меня на железнодорожную станцию. Там он переговорил с местными военными, и меня посадили в вагон — отправили домой, в Беларусь. Ещё солдат вручил мне восемь банок тушёнки — это я запомнил особенно ясно.

Вскоре я был дома. Мама расплакалась, увидев меня на пороге родной хаты.

Когда немцы отступали, они решили скрыть следы своих преступлений: многих узников концлагеря просто расстреляли. Наверное, как позже вспоминал дед, именно болезнь спасла ему жизнь.

Он также рассказывал, что, когда пришли наши войска, он выглядел настолько измождённым, что солдаты принимали его не за пятнадцатилетнего подростка, а за ребёнка лет десяти. Вот как сильно изнурила его война.

Два полковника

Лето 2023 года, где-то в зоне СВО

В продолжение очерка «Люди на войне», где я рассказываю о взаимоотношениях бойцов по разные стороны фронта, хочу поделиться ещё одной историей.

Честно признаюсь: я не был участником тех событий. Но слышал немало подобных рассказов от раненых — и один из них приведу здесь.

Эту историю мне поведал боец, лежавший в моём отделении. Он говорил о погибших, о том, как тяжело идут бои и как невозможно забрать тела под плотным огнём, под атаками FPV-дронов. Речь шла и о наших «двухсотых», и о павших с той стороны. Боец с горечью сетовал, что не удаётся договориться наверху хотя бы на час приостановить бой, чтобы вынести погибших. Он вспоминал, что даже в далёкие, суровые времена существовал негласный договор: в конце дня санитары с обеих сторон выходили на поле боя, чтобы забрать тела, и никто не открывал по ним огонь.

Так вот, по его словам, командиры двух полков — нашего и подразделения ВСУ — вышли на связь друг с другом. Они решили не ставить в известность вышестоящее командование и на несколько часов прекратить боевые действия. Договорились встретиться в условленном месте.

Сначала на нейтральную полосу вышли сами полковники — наш и с той стороны. Встретившись, они дали команду группам выдвигаться для выноса тел погибших.

Раненый, рассказавший мне эту историю, был не только свидетелем, но и участником тех событий. Пока наши бойцы и украинские военные собирали и выносили двухсотых, два полковника стояли рядом, молча курили и смотрели на происходящее.

Когда всех погибших собрали и командирам доложили об этом, полковники переглянулись и каждый от себя пожелал, чтобы война поскорее

закончилась. Затем они развернулись и вместе со своими подразделениями молча ушли на свои позиции.

Никто не выстрелил в спину другому. А спустя несколько часов вновь продолжилась война.

О группах медицинской эвакуации

2022-2023 года, где-то в зоне СВО



Прибытие «Линзы» с ранеными в эвакогоспиталь; рисунок на основе фотографии из личного архива, 2022г.

Сам я, как узкий специалист — оториноларинголог, — в основном участвовал в оказании помощи в прифронтовых госпиталях в зоне СВО. В 2022 году и по нам наносили удары, но всё же это не идёт ни в какое сравнение с тем, что приходится переживать ребятам на «передке».

Бывали моменты, когда в 2023 году я в составе врачебно-сестринских бригад обеспечивал эвакуацию раненых санитарной авиацией — на вертолётах Ми-8. К сожалению, даже из отечественных СМИ известно о потерях при таких транспортировках: подразделения ВСУ сбивали наши вертолёты с ранеными и врачами. И всё же таких трагедий было не так много, как при эвакуации «по земле» — этот путь куда опаснее и труднее.

Я очень хорошо помню фельдшеров и санитаров-водителей из эвакуационных групп. Вот лишь один из множества эпизодов.

Лето 2022 года. К нам в передовую медицинскую группу (ПМГ) подъехала изрядно потрёпанная «Линза». Мы бросились к машине. Водитель сумел довезти раненых, а после остановки потерял сознание. Мы вытащили его из кабины: он был ранен, весь в осколках, и от кровопотери лишился чувств — но задачу всё же выполнил.

Сзади открыли кузов: там раненый фельдшер продолжал оказывать помощь бойцам. Он уже едва держался на ногах. Всех — и фельдшера, и бойцов, которых он спасал, — срочно доставили в операционные. Этого фельдшера я знал ещё с весны 2022 года, а когда ранения получают люди, с которыми ты знаком, боль и тревога ощущаются особенно остро. Для меня эти медики — безусловные герои.

Вспоминается ещё один случай — с конца весны 2022 года. К нам доставили раненых фельдшеров: женщину и молодого парня. Парень по образованию был стоматологом, но служил фельдшером: ждал, когда его назначат на врачебную должность и присвоят офицерское звание. Женщина прошла вторую чеченскую кампанию, имела серьёзный опыт работы в боевых условиях. Внешне она напоминала обычную домохозяйку — немного полноватая, среднего роста. А парень не имел никакого военного опыта: он подписал контракт незадолго до начала СВО. Невысокий, щуплый, в очках — в нём трудно было разглядеть бойца, способного выдержать ад.

И тем не менее именно эти двое около трёх недель, находясь в окружении и под постоянными обстрелами, непрерывно оказывали медицинскую помощь в подвале многоэтажки. Из-за длительного воздействия взрывных волн у обоих развилось серьёзное снижение слуха. У женщины это усугубило уже имевшиеся проблемы: у неё был хронический гнойный двусторонний мезотимпанит, последствия акубаротравм ещё со времён Чечни. У парня подобного анамнеза не было. К сожалению, полностью восстановить слух им не удалось — время было упущено. После курса слухостабилизирующей терапии они вернулись в своё подразделение. Дальнейшей их судьбы я не знаю.

Ещё один случай навсегда остался в памяти. В мае 2022 года за три дня к нам поступило много бойцов из одной сибирской бригады спецназа. Мне как оториноларингологу тоже пришлось их осматривать. Многие рассказывали об одном санитаре: он вынес их с поля боя и даже переплывал реку с ранеными на себе.

Через несколько дней этот герой сам оказался в нашем госпитале — с ранением. Он тоже служил в подразделении спецназа и прекрасно владел навыками тактической медицины. Я хорошо помню наши разговоры. По образованию он был фельдшером и постоянно совершенствовался: за собственные средства прошёл множество курсов по оказанию неотложной помощи, активно занимался самообразованием. Не стыдно признаться, что кое-что по тактической медицине я узнал именно от него — те приёмы, которые по-настоящему помогают спасти жизни в зоне боевых действий⁴⁰.

Он пробыл у нас около двух суток, а затем его отправили на следующий этап эвакуации. Перед отъездом мы заговорили о его дальнейшем обучении — не хочет ли он стать военным врачом. Он ответил, что время для этого ушло: у него семья, и он не представляет, как во время учёбы сможет её достойно содержать. Добавил, что хорошие фельдшеры тоже крайне нужны — не всем же быть докторами. Я с ним согласился, особенно в том, что касалось заботы о семье.

⁴⁰ На тот момент, кроме книг Юрия Юрьевича Евича по этой тематике, почти не было других источников. Сейчас, когда я дописываю это издание, появилось множество достойных материалов. Один из самых известных — телеграм-канал «ХИЛЕР / HEALER».

Максимка

Лето 2022 года, где-то в зоне СВО

В продолжение главы, посвящённой группам медицинской эвакуации, хочется рассказать об одном курьёзном случае, произошедшем при транспортировке раненого в 2022 году. Чтобы в полной мере ощутить всю соль этой истории, стоит вспомнить один советский фильм и похожий эпизод, случившийся в 1990-х годах. О последнем мне рассказывал мой учитель — военный оториноларинголог и хирург Александр Владимирович Матвеев.

В 1953 году на экраны вышел художественный фильм «Максимка», снятый по мотивам одноимённого рассказа Константина Станюковича. В центре сюжета — мальчик-африканец, который оказался на корабле, следовавшем в Америку, чтобы продать его в рабство. После кораблекрушения мальчишку спасли матросы и офицеры русского корвета «Богатырь» и приняли его как своего. По ходу действия коварные американские работорговцы не раз пытались похитить Максимку: они не могли смириться с тем, что чернокожий мальчик стал юнгой на русском корабле. Его похищали, над ним издевались, но русские моряки всякий раз не давали в обиду своего юного товарища.

В 1990-х, после распада СССР, стали понемногу налаживаться отношения с западными «партнёрами». Происходили взаимные визиты военных кораблей: суда НАТО заходили в наши порты, а наши военные корабли посещали берега США. Александр Владимирович, когда я служил в Кронштадтском военно-морском госпитале, поведал мне забавную историю.

Наш корабль следовал с визитом к американцам. По традиции офицеры и матросы по прибытии должны были сойти на берег при полном параде — чтобы не ударить лицом в грязь. Один из старших офицеров очень

переживал из-за этой церемонии. Будучи убеждённым советским человеком и коммунистом, он никак не мог осознать, как такое вообще возможно: вчерашние враги, «капиталисты», теперь вроде как друзья. Что означает приход нашего военного корабля к ним? Не на смотрины ли, чтобы потом с усмешкой посоветовать отправить судно на металлолом? В душе у офицера всё протестовало. В попытке заглушить внутренний конфликт он позволил себе лишнего с горячительным напитком. А когда пришло время, в безупречном парадном мундире вышел на берег.

Местные жители с любопытством и удивлением встречали наших военных. И вдруг взгляд офицера выхватил нечто, что мгновенно всколыхнуло его память и чувства. Перед ним, на расстоянии меньше вытянутой руки, стоял мальчик — афроамериканец, как говорят в США. Ребёнок пристально смотрел на офицера, а офицер — на него. У нашего моряка затряслись руки, глаза наполнились слезами. Он опустился на одно колено и крепко прижал мальчика к груди. Потом заглянул ему в глаза и выдохнул: «Максимка!» — и снова обнял. Слезы ручьём катились по лицу убеждённого коммуниста. В тот миг он твёрдо решил: не отдаст этого мальчика в рабство белым фермерам, не позволит ему изнурительно трудиться на плантациях. Он спасёт его — так же, как в фильме это сделал лейтенант Александр Горелов в исполнении Вячеслава Тихонова.

Другие офицеры, видя, как крепко их товарищ держит мальчишку, и слыша его сбивчивые слова, пытались вернуть его к реальности. Но лишь строгий окрик командира корабля окончательно отрезвил героя и напомнил: сейчас другие времена, и «Максимке» ничто не угрожает.

Теперь можно перейти к событиям, разворачивавшимся в зоне СВО. Летом 2022 года один из врачей эвакуационной группы рассказал мне историю, которая приключилась с ним и его подчинёнными во время вывоза раненых с поля боя.

Дело было ночью. Включать свет категорически запрещалось — это могло привлечь внимание противника. Было известно, что в лесопосадках

находятся наши раненые; один из них вышел на связь по рации. Самостоятельно передвигаться бойцы не могли, поэтому медики приняли решение под покровом темноты добраться до них и постараться незаметно эвакуировать. Так и сделали.

Когда казалось, что всех своих уже забрали, вдруг слышались стоны ещё одного бойца. В это время где-то неподалёку начала работать артиллерия противника — нужно было срочно уходить из лесопосадок. Но врач не мог оставить раненого. Вместе с фельдшером они поползли в поле. Вскоре бойца нашли. Быстро, насколько позволяла обстановка, стали возвращаться назад.

Тут возник неожиданный нюанс: раненый вдруг начал сопротивляться, брыкаться, мешая движению. Пришлось «успокоить» его не самым гуманным, скажем честно, немедицинским приёмом. Но в тех условиях речь шла о жизни — и не только его.

Добравшись до относительно безопасного места, врач и фельдшер посветили фонариком в лицо спасённому. И увидели... чернокожего мужчину. Тот торопливо заговорил что-то по-французски. Оказалось, это наёмник, воевавший на стороне ВСУ.

Врач и фельдшер переглянулись — и почти одновременно сказали:

— Чёрт⁴¹... Что ты тут забыл, Максимка?!

⁴¹ Там было другое нецензурное слово.

Папа, привет

Сентябрь 2023 года, где-то в зоне СВО

В зоне боевых действий каждый человек старается максимально «мобилизовать» себя — настроиться на эффективную работу и отбросить всё, что может ей помешать. Если говорить о врачах, а особенно о военных, и в первую очередь о хирургах, которым нередко приходится уверенно держать скальпель в руке в самых экстренных ситуациях, здесь особенно важно не принимать всё близко к сердцу и порой действовать «на автомате». По наблюдениям, сделанным в зоне СВО, те, кто слишком сильно переживал за каждого раненого, очень быстро выгорали. А лучшими, как ни странно это звучит, оказывались те, кто просто делал свою работу, не давая воли эмоциям.

В одну из моих командировок меня поразил один доброволец-хирург — немолодой уже мужчина из Западной Сибири, из краёв, недалёких от тех, где родился я. У него был весьма интересный и неоднозначный бэкграунд. Человек, которого можно было назвать абсолютным социопатом, почти лишённым эмпатии. И при этом он лучше всех оперировал. Относился к процессу всегда предельно спокойно, без лишних эмоций, не реагировал на стоны и слова раненых, действовал чётко, будто робот.

Люди, далёкие от медицины, наверняка скажут: «Как же так? А разве не нужно сгорать душой, спасая других?» Возможно, в мирной жизни это и уместно — переживать за каждую операцию, пропускать всё через себя. Но есть наука, давно изучившая физиологические и психические возможности человека на войне. На кафедре военной психофизиологии в Военно-медицинской академии нам рассказывали об исследовании, проведённом сотрудниками кафедры ещё в годы Афганской войны. Его результаты показали: человек способен работать на пределе своих возможностей не более трёх месяцев. После этого неизбежно начинаются

негативные психические процессы, которые он уже не в силах контролировать: резко падает работоспособность, появляется апатия, возникают неадекватные реакции на обычные раздражители.

И бойцы, которым мы оказываем помощь, и мы, военные медики, находимся в зоне боевых действий куда дольше трёх месяцев. Здесь нет выходных, а порой и полноценного сна. Отсюда следует простой, но очень важный вывод: чтобы эффективно выполнять свои обязанности, нужно грамотно распоряжаться своим психоэмоциональным ресурсом — а он, увы, не безграничен. Это удаётся далеко не всегда. Ниже — один из множества случаев, который произошёл лично со мной.

Многих врачей раздражает, когда пациент на приёме не выключает телефон: во время сбора жалоб и анамнеза начинают раздаваться звонки и звуковые уведомления о сообщениях. На самом деле не отключить телефон, заходя к врачу, — это проявление элементарной невоспитанности, неуважения к чужому труду и времени. Гражданским докторам сегодня бывает непросто даже сделать замечание: профессия во многом обесценена и сведена к «сфере услуг». В ответ можно услышать: «А что такого?», «У меня важный звонок!», «Оставлю про вас плохой отзыв в интернете, если будете делать замечания!», «Не нравится — увольняйтесь!»... Как будто этот приём нужен самому врачу.

На войне всё иначе. Приём ведут военные врачи, а пациенты — раненые бойцы или пострадавшие из числа местного населения с боевыми травмами. И тем, и другим получить медицинскую помощь, тем более узкоспециализированную, в условиях боевых действий гораздо сложнее, чем в мирной жизни: специалистов не хватает, нередко мешают активные бои и прочие обстоятельства.

Отношение к докторам в зоне боевых действий бывает разным, но порой достаточно напомнить раненому, что перед ним военный врач, человек в погонах. Его задача — не «обслужить» и не «понравиться», а в первую очередь обеспечить боеспособность подразделения, по возможности быстрее

вернуть бойца в строй. Такие слова неизменно дисциплинируют и возвращают людей к суровой реальности, в которой они находятся.

Однажды ко мне на осмотр привели раненого бойца. Хирурги направили его ко мне из-за ранения верхнечелюстной пазухи. Привёл его офицер с позывным «Марк».

В кабинет вошёл парень лет двадцати пяти, опираясь на костыли. Во время осмотра у него зазвонил телефон. Обычно на этапе сортировки у раненых изымают мобильные телефоны и возвращают только перед эвакуацией: некоторые пользуются российскими SIM-картами, а это может привлечь внимание противника — спутниковая разведка работает у них весьма эффективно.

Но в тот раз телефон зазвонил. Боец торопливо пытался его выключить, но устройство заметно «подтормаживало». День выдался тяжёлый: была непростая операция, поток раненых оказался немаленьким, и я невольно начал ворчать на парня. В итоге вместо выключения он случайно принял звонок — через один из мессенджеров, широко распространённых в зоне СВО.

По громкой связи раздался детский голос — голос маленькой девочки:

— Папа, привет! Я так по тебе соскучилась! Почему ты так долго не отвечал?!

Боец хотел что-то сказать, но не смог — разрыдался. Честно говоря, и меня этот голос будто окатил ледяной водой. Такие мгновения мгновенно возвращают в другую реальность. Ты вдруг вспоминаешь свою семью: жену, ребёнка, родной дом. И перед тобой уже не очередной раненый из бесконечной череды, которых на следующий день и не вспомнишь по именам, а живой человек. Для своей семьи он — самый важный, он для них целый мир.

Раненый посмотрел на меня. В груди у меня тоже защемило, но я старался этого не показывать.

— Ответь дочке, не молчи, — сказал я. — Не пугай её, она хочет тебя услышать. Соберись, боец!

Он постарался взять себя в руки и наконец произнёс:

— Я тоже по тебе скучаю, доченька! И по маме тоже. Я так сильно вас люблю!

Потом он снова заплакал. Девочка в трубке тихо ответила:

— Пап, не плачь. Тебе очень плохо? Когда ты вернёшься домой?

— Не знаю, доченька, — ответил он. — Я потом тебе перезвоню. Сейчас папа у доктора.

Этот парень три недели находился на боевой задаче. Недавно его эвакуировали: его группа попала под миномётный обстрел. На задачу он телефон не брал. Уже потом каким-то образом раздобыл аппарат, купил местную SIM-карту. До жены пытался дозвониться через мессенджер, но она не отвечала; тогда он отправил ей сообщение с номером телефона. А в тот момент, когда он был у меня на приёме, ему позвонила его четырёхлетняя дочка.

После этого звонка я завершил осмотр, дал необходимые рекомендации и отправил бойца обратно к хирургам. Его эвакуировали для дальнейшего лечения в тыловой военный госпиталь. Очень надеюсь, что там он смог увидеться со своей семьёй.

Да, на войне всё воспринимается иначе.

О силе духа

Осень 2023 года, Самара

Вернувшись из очередной командировки из зоны СВО и приступив к исполнению служебных обязанностей в госпитале, в один из дней я получил вызов в приёмное отделение. Там готовились к приёму первых пациентов для протезирования конечностей: на базе одного из отделений разворачивали койки для этой категории раненых.

Прибыв в приёмное, я встретил заведующую отделением Нину Михайловну — она перенаправила меня к начальнику неврологического отделения. Тот как раз осматривал первого пациента, которого планировали госпитализировать, но возникли нюансы: боец жаловался на гноетечение из левого уха.

Пройдя в неврологическое отделение, я увидел такую картину: невролог беседовал с двумя женщинами — матерью и бабушкой бойца. Сам пациент находился в инвалидной электроколяске. У него отсутствовали левое предплечье (до верхней трети) и правая голень. На вид парню было не больше двадцати пяти лет. Он был мобилизован год назад.

Мать и бабушка активно расспрашивали врача о предстоящей госпитализации: какие протезы планируют установить, сколько времени займёт их изготовление и так далее. Врач старался рассказать всё, что знал из сообщений командования об организации процесса. При этом он честно признался родным бойца, что не является травматологом-ортопедом и потому не может осветить отдельные нюансы протезирования. Однако заверил, что пациента обязательно осмотрит профильный специалист.

Мне предстояло обследовать бойца по поводу жалоб на ухо и дать соответствующие рекомендации. Он подъехал ко мне на своей электроколяске и рассказал, что пять месяцев назад попал под обстрел, в результате чего и получил ранения. Правой рукой он показал места ампутаций, пояснив, что

это последствия той травмы. Кроме того, у него был установлен диагноз «акубаротравма левого уха». Военный оториноларинголог, который осматривал его уже в глубоком тылу после эвакуации из зоны боевых действий, тогда постарался его подбодрить: «Такие дефекты барабанной перепонки чаще всего самостоятельно зарастают. Берегите уши от воды и не отказывайтесь от курса слухостабилизирующей терапии».

При осмотре левого уха я выявил обострение хронического посттравматического среднего отита. Перфорация не зажила, а недавно к процессу присоединилась инфекция. Я честно объяснил бойцу ситуацию: к сожалению, дефект сохранился, а сейчас развивается гнойно-воспалительный процесс. Парень грустно ответил:

— Эх, даже в этом мне не повезло... Но ведь это всё равно лечится, доктор?

Я заверил его, что да, лечится. В этот момент к нам подошли мать и бабушка — они тоже принялись подбадривать сына и внука, уверяя, что у него всё получится, что он снова будет ходить и слышать. После этого я расписал схему лечения отита.

Выйдя из кабинета невролога, я зашёл в соседнее помещение, где находился компьютерный томограф, и уточнил у рентгенолога результаты обследования одного из своих пациентов. Затем направился в своё подразделение.

В приёмном отделении я снова увидел того самого бойца — он передвигался на электроколяске. К нему подошли мать и бабушка.

— Ну что? Всё будет хорошо! У тебя будут самые современные протезы! Ты будешь ходить! Обе руки будут работать! Полностью тебя подлатают. Только не грусти ты о ней! — произнесли они.

Боец ответил твёрдо:

— Я не грущу! Да, я потерял руку и ногу. Но я не потерял надежду. Спасибо, мам, и тебе, бабушка, что поддерживаете меня. Я не сдамся. А насчёт неё... Я найду другую девушку. Вот только на ноги встану!

Став невольным свидетелем этого разговора, я особенно остро ощутил, насколько сильны эти две женщины. Они были для сына и внука настоящей опорой и поддержкой. И парень молодец — не сломался, не опустил руки.

Всё это невольно напомнило мне фрагмент из западного фильма⁴², снятого по мотивам итальянского романа Джованни Арпино «Мрак и мёд». В нём отставной слепой офицер в исполнении Аль Пачино произносит такие слова: *«За годы военной службы я видел множество покалеченных молодых солдат, видел, как им ампутируют руки и ноги. Но это не самое страшное: оторванные конечности можно заменить протезами. Страшнее, когда калечат душу — её протезом не заменишь»*.

Да, это чистая правда. Душу таким парням, как этот боец, восстанавливают, лечат и берегут те, кто рядом: мамы, бабушки, жёны. Те, кто сами не сдаются и не позволяют сдаться своим близким. Именно их сила духа хранит в человеке то, что никаким протезом не заменить.

Спустя год я случайно встретил этого парня на одной из улиц Самары. Он шёл рядом с молодой девушкой и что-то оживлённо с ней обсуждал.

⁴² Кинофильм «Запах женщины», драма, 1992 год.

Не теряй надежду

Осень 2025 года, где-то в зоне СВО

Я уже писал о том, что военный врач на войне должен сохранять хладнокровие. Это касается не только случаев с симулянтами и аггравантами, но и тех эмоционально напряжённых моментов, которые способны привести к профессиональному выгоранию. Бывают ситуации, когда нельзя упускать ни одной детали в анамнезе пациента — от этого может зависеть его судьба. Человека порой обвиняют в членовредительстве, хотя он и не причинял себе вреда. В таких случаях вся надежда — на врача-специалиста. С подобными дилеммами сталкивается и оториноларинголог. Расскажу несколько показательных историй.

Ко мне с разницей в неделю доставили двух бойцов. Оба парня до того ничем не запятнали свою репутацию, служили честно, беспрекословно выполняли приказы командиров. Кстати, оба начали службу ещё до начала СВО.

В обоих случаях командиры заподозрили подчинённых в членовредительстве. У «подозреваемых» отмечались кровотечения из ушей, причём на момент появления симптомов бойцы не находились в бою. Их осматривали полковые медики, не оториноларингологи: проводили отоскопию, фиксировали обильные кровянистые сгустки. Возникло предположение, что бойцы сами повредили барабанные перепонки или наружные слуховые проходы — например, с помощью ватных палочек, — чтобы избежать участия в бою или получить страховые выплаты. Оба категорически отрицали свою вину. Чтобы окончательно разобраться в ситуации, их направили ко мне.

Признаюсь честно: поначалу, наслушавшись доводов представителей медицинской службы частей, я был настроен к этим ребятам скептически. Всё же определённая деформация личности происходит у всех нас, военных

врачей: мы становимся излишне подозрительными. Но в такие моменты важно совладать с эмоциями и трезво оценить факты. В самом начале каждый из бойцов с надеждой произнёс: *«Вся надежда на вас! Я ни в чём не виноват!»*

Первым делом я спросил: *«На фоне чего возникли кровотечения из ушей?»* Ответ был одинаковым: *«Ни с чем не связываю — в какой-то момент просто пошла кровь, и всё»*. Затем я уточнил, не предшествовало ли этому какое-либо событие, не было ли других тревожных симптомов. Оба ответили: *«Да, за сутки до кровотечения появились признаки простуды, уши были заложены. Но я не придал этому значения — живём ведь в землянках...»*

Постепенно картина прояснялась. Я осмотрел бойцов, провёл отоскопию. Убрав избыточные сгустки крови, в обоих случаях я увидел целые барабанные перепонки, на которых были разорванные пузыри — буллы. Такие образования могут возникать как снаружи барабанной перепонки, так и внутри барабанной полости.

Диагноз оказался однозначным: у бойцов развился буллёзный отит — вирусное заболевание, которое также называют геморрагическим (кровяным) отитом. Название объясняется тем, что при разрыве булл возникает кровотечение из уха.

Пациенты действительно ни в чём не были виноваты. Тщательно собранный анамнез и данные отоскопии позволили поставить верный диагноз и уберечь этих бойцов от несправедливых обвинений.

«Тигра»

Весна/лето 2022 года, где-то в зоне СВО



*«Тигра» в руках раненого
(P.S. Раненый из числа добровольцев МО РФ,
фото июня 2022 года)*

Об этом писали и в других книгах о войне: братья наши меньшие — кошки и собаки — нередко помогают человеку психологически справляться с тяготами и лишениями в самых непростых условиях.

Я был прикомандирован в один из медицинских батальонов в качестве оториноларинголога. Наш батальон развернулся в приграничной области, недалеко от зоны боевых действий, и работал как госпиталь для легкораненых.

В один из дней в приёмное отделение местные жители подбросили чёрного пушистого котёнка. Женщины из батальона стали его подкармливать и даже дали какую-то кличку — сейчас уже не вспомню какую. Мы, офицеры-медики, прозвали его «Тигрой» — за неукротимый нрав и неиссякаемую энергию.

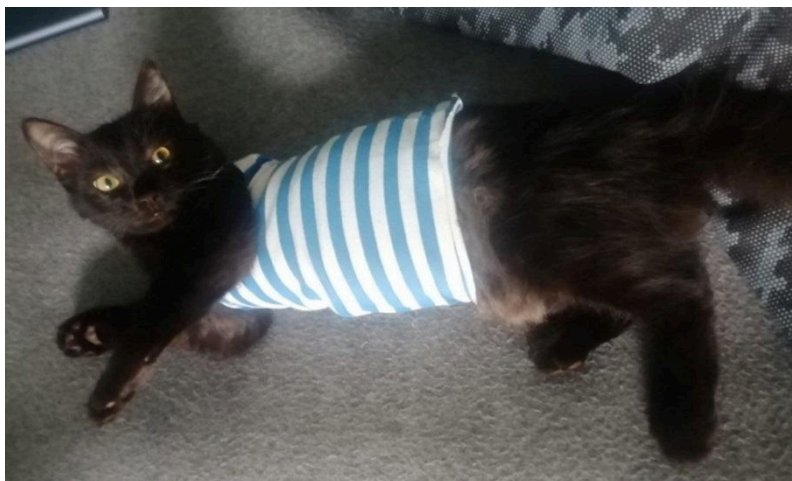
Тигра очень быстро «влился в коллектив» и словно взял на себя обязанности нештатного психотерапевта и даже физиотерапевта при лечении

раненых. С этими «обязанностями» он справлялся на удивление хорошо: трудился без учёта служебного времени, без выходных. Каждый вечер он заходил в нашу палатку и устраивался в ногах то у одного, то у другого врача. В его присутствии даже на войне становилось чуточку теплее и спокойнее.

Однажды нам сообщили, что медбатальон сворачивается и убывает ближе к линии фронта. На его базе предстояло развернуть многопрофильный хирургический военный госпиталь — он должен был первым принимать раненых с «передка». Всем выдали оружие, бронежилеты, каски, провели инструктаж о правилах взаимодействия с местным населением. Мы начали готовиться к отправке. Признаюсь честно: мне, как врачу, всё это «вооружение для самозащиты» было крайне некомфортно.

Тигра сразу почувствовал перемены: он стал жалобно мяукать, будто боялся, что мы его бросим. Мы решили не оставлять «бойца» и забрать с собой. Когда встал вопрос, в каком «пазике» он поедет, наш травматолог с позывным «Байкал» твёрдо заявил: «Мужики должны держаться вместе!» — и настоял, чтобы Тигра ехал не с медсёстрами, а с врачами. Всю дорогу он лежал у меня на коленях.

Помню, пока мы ещё не пересекли границу, в салоне то и дело звучали шутки, кто-то улыбался. Но за этой бравадой чувствовалось нервное напряжение. Тигра в эти минуты просто молча смотрел на всех нас. А когда пересекли границу и поехали мимо разбитой техники и разрушенных домов, в салоне повисла тишина. Лишь изредка Тигра тихо мяукал.



Тигра в десантной майке

По прибытии на место мы сразу развернули госпиталь и начали готовиться к приёму раненых. Там, где мы расположились, Тигра пришёлся не по душе одной местной жительнице. Как-то в шутку мы надели на котёнка десантную майку, а она, увидев это, мрачно пошутила, что неплохо бы его «десантировать» с десятого этажа.

Через два дня началась напряжённая работа, и на какое-то время мы забыли про ту неприятную историю. В редкие минуты отдыха, когда не было потока раненых, Тигра старался устроиться на кровати рядом с врачом, уютно мурлыкал и прижимался к доктору. В этом было что-то удивительно домашнее — словно на мгновение исчезала война, и ты снова оказывался в мирной, спокойной жизни. Это ощущение дарил нам маленький пушистый зверёк.

А потом Тигра пропал. Местные говорили, что та самая женщина забрала его в мешке. Мы как-то спросили её, не видела ли она нашего котёнка, и она с ухмылкой ответила: «К счастью, нет! Вы тоже его не увидите!»

Эх, хороший был боец...

Я же человек

2022-2024 года, где-то в зоне СВО

Всё же понятие «человек» — это не просто термин, обозначающий представителя биологического вида. Это нечто куда более ёмкое, и не каждый вправе носить это звание.

Оказывая медицинскую помощь двум бойцам с акубаротравмами, я услышал от них одну и ту же фразу: «Я же человек!» И обстоятельства, в которые они попали, и то, как они себя повели, убеждают: да, они действительно люди.

Весна 2022 года. Ко мне привезли молодого лейтенанта, командира взвода, с подозрением на травму органа слуха. Он только в 2021 году выпустился из военного вуза, а теперь, едва достигнув двадцати двух лет, оказался в гуще боёв. Лейтенант жаловался на снижение слуха, которое, по его словам, появилось после обстрела.

Я взглянул на диагноз, указанный в его первичной медицинской карточке (форме 100). Меня он озадачил. Заметив это, лейтенант смутился и начал рассказывать, что было после боя. Он нёс на себе раненого бойца из своего подразделения — старался успеть доставить его к медикам. Но когда оказался на месте, тот был уже мёртв. Узнав об этом, лейтенант не сдержал слёз. А фельдшер, который оказывал ему помощь, не успев толком его осмотреть, поставил в форме 100 диагноз «боевая психическая травма».

Закончив свой рассказ, лейтенант поднял на меня глаза и твёрдо произнёс, что он не псих.

— Ведь заплакать, когда не смог спасти человека, — это же нормально? — говорил он, едва справляясь с волнением. — Я знал этого бойца, он был моим подчинённым. Я хотел его спасти и не смог. Поэтому и разрыдался!

На мгновение у него перехватило дыхание. Собравшись с силами, он тихо, но уверенно добавил:

— Я же человек!

Я похлопал его по плечу и ответил:

— Да, Алексей. Ты человек. И плакать, когда на твоих руках умирает товарищ, — это нормально.

Второй случай произошёл летом 2024 года. В смотровую зашёл боец лет тридцати пяти — невысокий, щуплый, немногословный. Сразу коротко объявил, что с ним всё в порядке и что местные медики из его воинской части чуть ли не силой привели его ко мне.

При отоскопии я обнаружил с обеих сторон свежие перфорации барабанных перепонки — разрывы с острыми краями и участками кровоизлияний. Проверка слуха подтвердила его снижение. Я стал подробнее выяснять обстоятельства травмы. Боец сдержанно, почти сухо произнёс:

— Был взрыв дрона.

После оформления медицинской документации, назначения лечения и необходимых рекомендаций раненого направили на госпитализацию.

Сразу после него ко мне завезли на коляске ещё одного бойца: обе нижние конечности, от средней трети бедра до стоп включительно, были загипсованы, к тому же он жаловался на ухудшение слуха. Я вновь стал собирать жалобы и анамнез — уточнять, как была получена травма.

Боец рассказал:

— Я получил травмы вчера, вместе с тем парнем, который только что был у вас. Он меня спас. Нас было трое, мы выполняли задачу. В какой-то момент к нам полетели дроны. Прогремел взрыв. Я отлетел и сильно ударился ногами о дерево, на секунду потерял сознание. После этого и стал хуже слышать. Того парня, который был у вас, тоже «глушануло», но он оставался в сознании и мог держаться на ногах. А третий наш боец побежал прочь.

Когда я пришёл в себя, то не мог встать. Он поднял меня и потащил на плечах — хотя сам мог спастись, мог убежать. К нам приближался FPV-дрон. Я кричал, чтобы он бросил меня и спасался, но товарищ не реагировал — продолжал нести. В какой-то момент дрон завис прямо перед нами. Несущий меня посмотрел на него и не остановился, шёл дальше. FPV-дрон медленно двигался рядом, а потом резко поднялся выше и улетел в ту сторону, куда бежал третий. Вскоре мы услышали взрыв. Тот боец из нашей группы погиб.

В тот день я понял две вещи. Во-первых, у меня появился настоящий товарищ, друг — человек, который готов был погибнуть вместе со мной и не бросил меня. Во-вторых, видимо, и на той стороне тоже есть люди: оператор дрона мог уничтожить нас обоих, но направил беспилотник только за тем, кто убежал.

Завершив осмотр, я уточнил диагноз, скорректировал лечение и отправил раненого обратно к хирургам и травматологам. На столе я заметил, что первый раненый из этой тройки забыл свою форму 100. Я выбежал в коридор — там вместе с сопровождающим стояли оба бойца. Подойдя к первому, я сказал:

— Мне рассказали всю историю вашего подвига. Вы герой!

Он спокойно, без пафоса ответил:

— Нет тут ничего особенного. Я поступил так, как должен был поступить. Я же человек.

Во всех этих историях мне особенно запомнился взгляд этих раненых. Он был иным, непохожим на взгляд тех, кто не прошёл через войну. В нём было что-то глубже, чем усталость или боль, — в нём читалась выстраданная человечность.

Взгляд

Август 2023 года, где-то в зоне СВО

Мне доставили раненого с входящим диагнозом «акубаротравма». Это был доброволец — рядовой, на вид ему было уже за шестьдесят. Он сам решил пойти в штурмовики.

Солдат казался абсолютно безучастным ко всему происходящему. Особенно запомнился его взгляд: стеклянный, опустошённый — казалось, он смотрел сквозь меня. На вопросы он отвечал, но в голосе звучало полное безразличие, будто ничто уже не могло его задеть.

При оториноларингологическом осмотре я выявил субтотальный «свежий» разрыв обеих барабанных перепонок. Естественно, на этом фоне отмечалось выраженное снижение слуха. Я зафиксировал результаты осмотра в форме 100 (первичной медицинской карточке), назначил необходимое лечение и сообщил, что отправляю бойца на эвакуацию в ЛОР-отделение военного госпиталя. Он лишь равнодушно кивнул, давая понять, что ему всё безразлично.

Тогда я не выдержал и сказал:

— Отец, да что вы забыли на этой войне? Куда вам бегать под пулями и снарядами по полю в ваши-то годы? Внуков надо нянчить дома!

Он помолчал немного, а потом тихо, без надрыва, ответил:

— Я недавно пошёл на службу, подписал контракт. Меньше чем полгода назад погиб мой единственный сын — кадровый военный, старший лейтенант. Он не был женат, детей не имел... Он у меня был один, больше родных кровинок не осталось. Ещё до СВО я говорил ему: женись, заведи детей. А он всё отвечал: «Успеется». Только ничего не успелось...

Он снова ненадолго замолчал, словно заново переживая эти слова.

— Жена моя умерла за две недели до того, как я подписал контракт. После их смерти у меня не осталось никакого смысла жизни. Вот я и пришёл

на эту войну. Понимаете? Хотя что вы, товарищ, можете понимать... Вы не теряли близких.

Я не нашёл, что ему ответить. Да и не было в том смысла. Просто оформил документы, убедился, что лечение назначено, и отправил его на эвакуацию.

В памяти надолго остался этот тихий, лишённый надежды голос и тот пустой, будто отрешённый взгляд — взгляд человека, которому уже нечего терять.

8 февраля

8 февраля 2008 года, Омск

Я учился в 11 классе, заканчивал его в гимназии № 88 города Омска. Уже два года наша семья жила, если это вообще можно было назвать жизнью, в непрерывной борьбе за выживание моего младшего брата. Он болел острым миелобластным лейкозом.

Отец изо всех сил искал деньги, чтобы оплатить лечение брата за границей. В нашей огромной стране офицеру, отдавшему лучшие годы службе, не было возможности вовремя выполнить пересадку костного мозга его ребенку. В Санкт-Петербурге была огромная очередь на трансплантацию стволовых кроветворных клеток. Врачи честно предупредили: брат может просто не дождаться своей очереди. Тогда родители приняли решение везти его в зарубежную клинику. Мама всё время была рядом с ним, а отец, как я уже говорил, отчаянно пытался найти нужную сумму. Мы заложили всё, что могли. Я помню это. Помню, как отец старался изо всех сил. Он не бросил семью, как порой делают некоторые в таких обстоятельствах. Свидетелем последних поступков я тоже был, когда ездил к брату в областной детский онкодиспансер.

Летом 2007 года мы всей семьёй поехали, чтобы отвезти брата в зарубежную клинику. Там нас проверяли на совместимость по костному мозгу. К сожалению, я подходил лишь на 50 % и не мог стать донором.

До сих пор помню, как уезжал оттуда вместе с отцом. Мой младший брат — высокий парень (он был даже выше меня — 183 сантиметра), но теперь страшно бледный, истощённый и лысый из-за курсов химиотерапии — крепко пожал мне руку. Мы пообещали друг другу, что обязательно встретимся.

8 февраля 2008 года, в пятницу, утром позвонила мама. Она сказала отцу, что брат умирает — об этом сообщили врачи. Сделать уже ничего нельзя. Я был рядом и всё слышал. Лучше бы я этого не слышал. В это

невозможно было поверить. Когда отец положил трубку, он ничего не сказал мне, а я — ему. Мы молча вышли из дома: он отправился на службу, я — в школу.

Вечером, когда мы оба вернулись, мы сидели на кухне, и отец тихо сообщил: брат умер сегодня утром. Рядом с ним в последние минуты были мама и бабушка Нина Борисовна.

Раньше отец не делился со мной тем, что рассказывала ему мама, но в тот вечер решил всё рассказать. Примерно за месяц до 8 февраля приехала бабушка — помогать ухаживать за братом. Ему уже было тяжело ходить. Когда мама выходила из палаты, он мог заплакать — но только при бабушке. При маме — нет. И она тоже выходила, чтобы выплакаться. Они берегли друг друга: брат жалел мать и не хотел её расстраивать, а она старалась держаться ради него.

Однажды он тихо сказал маме:

— Может, хватит? Я всё равно умру. Зачем вы тратите на меня деньги? У вас есть Артём. Я устал. Я хочу умереть и перестать мучить вас.

Мама разрыдалась и ответила, что если он ещё раз так скажет, то и она не сможет жить. Она твердила, что он не должен сдаваться, что всё будет хорошо и он победит болезнь.

За две недели до смерти брат почти перестал с кем-либо общаться. Просил закрывать занавески в палате. Не проявлял никаких эмоций. Видимо, силы окончательно его оставили.

За неделю до его ухода в ту клинику приезжал артист — клоун. Он бесплатно выступал перед пациентами. Мама потом рассказывала, что в тот день брат впервые за долгое время искренне рассмеялся.

Утром 8 февраля состояние брата резко ухудшилось, его перевели в реанимацию. С ним оставались мама и бабушка. Им разрешили быть рядом, честно предупредив, что скоро их ребёнка не станет.

В какой-то момент он отодвинул дыхательную маску от лица и заговорил. Попросил у всех прощения, если кого-то обидел, и сказал, что сам

ни на кого не держит обиды. Пожелал, чтобы у отца всё получалось на службе, а Артём поступил в академию и стал военным врачом. Потом он начал задыхаться, кашлять кровью. Последние слова были обращены ко мне — к Артёму — и к дедушке Гене, мужу Нины Борисовны. Он звал нас. А потом брат ушёл. Ему было всего пятнадцать лет.

Когда отец рассказал мне всё это, он спросил, поеду ли я с ним за братом и буду ли участвовать в похоронах. Я ответил, что нет: я запомнил его живым и не хочу видеть мёртвым. Пусть отец едет, а я останусь в Омске. На могилу к брату я приеду через год. Родители решили похоронить его на нашей малой родине — в Калинковичах⁴³.

Потом отец пошёл искать строгий костюм для брата, а я ушёл к себе в комнату. Вечером мы почти не разговаривали — каждый был погружён в свои мысли. Отец пересматривал семейные видеозаписи, начиная с 90-х годов, а я листал наши фотоальбомы. Тогда я снял крестик с шеи. Перестал ли я верить в Бога? Нет. Я перестал верить в то, что он справедлив.

Несколько месяцев я не мог прийти в себя. Всё казалось каким-то кошмаром. Мысль о брате не покидала меня ни на минуту — до одного случая. Однажды мне приснился сон. Брат стоял в противоположном углу зала нашей омской квартиры. Он повернулся ко мне, и выглядел совершенно здоровым. Потом резко пошёл в мою сторону. Мне стало жутко, я закрыл глаза, а когда открыл, он стоял передо мной уже в том образе, который навсегда остался в памяти, — таким, каким я его запомнил в момент прощания. Он схватил меня за плечи и закричал:

— Отпусти меня! Прошу, отпусти!

Я проснулся. С того дня я твёрдо решил «отпустить» его из своих мыслей и сосредоточиться на главном — на поступлении в Военно-медицинскую академию.

Зимой 2009 года я впервые приехал на могилу к брату. К тому моменту я уже был курсантом первого курса этой академии.

⁴³ Калинковичи – город в Гомельской области Республики Беларусь.

Момент веры

Лето 2024 года, где-то в зоне СВО



Детский хирург Саша из Алтая (первый справа, смотрит в кадр) ассистирует мне во время операции по поводу ранения наружного носа; из личного архива, 2024г.

Из предыдущего очерка стало ясно, что со мной произошло внутри — в душе — по отношению к вере. Я крещёный, православный, и не скажу, что сегодня изменил своё отношение к ней, но события, пережитые на СВО, заставили меня всерьёз задуматься о многом.

В свою третью командировку я встретил незаурядного человека — детского хирурга из Алтая, Александра. В 2024 году он ушёл добровольцем в зону СВО, а до этого не раз приезжал туда как волонтёр: помогал оказывать хирургическую помощь детям в Мариуполе, делал это совершенно бескорыстно.

Как-то в разговоре я спросил его:

— Саша, зачем ты подписал контракт? Сейчас ты работаешь как общий хирург — не совсем по своей специальности.

Он ответил:

— Артём, когда я ездил волонтёром, я видел, как трудятся военные врачи, как им тяжело. Понимаешь, вас мало. Вот я и решил помочь, встать в ваши ряды. Статус волонтёра не позволял мне, во-первых, оказывать

хирургическую помощь в полном объёме, а во-вторых, меня не могли надолго отпускать с основной работы.

Александр был таким, какими часто бывают парни с Алтая, — крепким, здоровенным, словно русский медведь. Но его внутренняя натура совсем не соответствовала этой внушительной внешности. Саша был по-детски наивным и удивительно добрым человеком. Забавно было наблюдать, как он порой обижался на инфекциониста из Новосибирска с позывным «Марк»⁴⁴. Тот с ним крепко сдружился, что вовсе не мешало ему время от времени строго, но по делу, отчитывать Сашу, если тот не сразу разбирался в армейских тонкостях.

Думаю, на его характере сильно сказалась профессия детского хирурга. Работа с детьми формирует особое отношение к жизни: такие люди в большинстве своём куда «мягче» по натуре, чем другие врачи. Сам Саша как-то рассказывал мне:

— Видишь, Тёма, у меня стаж практической детской хирургии ровно двадцать лет. Из них, наверное, больше трети — с высшей категорией. Почти всю жизнь я работал с детьми, и это накладывает глубокий отпечаток. Вот приходишь в отделение на обход — и порой приходится превращать серьёзное мероприятие в маленькое театрализованное представление. Если малыш плачет, я беру его на руки. Он успокаивается, а я так и хожу по палате, держа его, осматриваю других ребятшек. Все они — мои прооперированные пациенты. К выписке эти ребята рисуют мне картинки на память, а кто постарше — даже стихи посвящают. Всё это очень ценно. Это по-настоящему меняет человека.

Саше было интересно участвовать в моих ЛОР-операциях, и я этому искренне радовался. Постепенно он стал моим постоянным ассистентом. Однажды перед одной из операций пациента словно озарило: он узнал Александра. Оказалось, этот боец тоже был с Алтая, и в детстве именно Саша его оперировал. Сказать, что он был рад видеть своего врача, — значит не передать и доли тех чувств, которые его тогда охватили.

Как-то к нам поступил раненый с минно-взрывным ранением: огнестрельным осколочным слепым проникающим ранением правой верхнечелюстной пазухи, дырчатым переломом её передней стенки и наличием инородного тела — металлического осколка — в полости синуса. Мы решили оперировать вдвоём. В тот момент у меня ещё не было оптики для эндоскопического вмешательства, поэтому мы выбрали открытый доступ по Калдвелл-Люку.

Мы вошли в полость пазухи, удалили костный отломок передней стенки и начали искать осколок. Судя по всему, он залегал в «бухте»

⁴⁴ Офицер с позывным «Марк» — человек с большой воинской выслугой и хорошим чувством юмора. Одно время он исполнял обязанности заместителя начальника военного госпиталя, к которому мы все были прикомандированы. Мы с ним практически одновременно прибыли в это подразделение и сразу сдружились.

пазухи — я никак не мог его нащупать. Подходящего магнита тоже не оказалось. Спустя какое-то время я решил завершать операцию: длительный наркоз — тоже риск. Я планировал сформировать искусственное соустье под нижней носовой раковиной — это было необходимо для профилактики нагноения, учитывая само ранение. При этом я понимал: оставлять инородное тело в пазухе — рискованно, в будущем это могло привести к воспалению.

Саша в это время держал крючки, обеспечивая доступ. Узнав, что я собираюсь заканчивать операцию, он сказал:

— Артём, давай ещё раз попробуем поискать. Если не получится — ладно, остановимся.

«Ничего не теряю», — подумал я и снова принялся искать. И нашёл! Мы смогли извлечь осколок.

После операции Саша подошёл ко мне и тихо произнёс:

— Артём, знаешь, почему у нас получилось? Когда у меня что-то не выходит, я останавливаюсь на полминуты и молюсь. Про себя читаю «Отче наш» — и потом продолжаю. Вот и сейчас, когда я попросил тебя ещё раз поискать и не завершать операцию, я тоже помолился. И видишь? У нас всё получилось!

Я ответил:

— Да, Саша. У нас получилось.

К сожалению, добротой и наивностью Саши воспользовались не самые порядочные люди. Его подставили из-за ошибок в медицинской документации: как человек, пришедший с гражданки, он просто не знал некоторых нюансов. В качестве наказания его направили в штрафной полк. Там он служит и по сей день — работает хирургом, на судьбу не жалуется. Говорит, что везде может быть полезен. На тех, кто с ним так поступил, зла не держит. Считает, что «Бог им судья».

У нас в городе больше нет ЛОР-врача

Лето 2022 года, где-то в зоне СВО

В конце июля 2022 года город, где был развёрнут наш военный госпиталь, остался без врача-оториноларинголога. И до этого момента ситуация была непростой. С середины 90-х годов в этом населённом пункте работал всего один ЛОР — пожилая женщина, которая когда-то прошла лишь первичную профессиональную переподготовку по оториноларингологии (курс длился три с половиной месяца) и вела приём в местной поликлинике.

С началом СВО мобилизовали её единственного сына. К несчастью, он погиб, и это стало для врача тяжёлым ударом: она больше не смогла выходить на работу. Так город окончательно остался без узкого специалиста.

По этому поводу меня вызвал командир медбатальона с позывным «Антей». Он понимал, какая нагрузка на мне лежит — я обеспечивал помощь раненым ЛОР-профиля, — но просил помочь и гражданскому населению. Я согласился работать и на город. Тогда «Антей» направил меня к заместителю главного врача по медицинской части местной городской больницы, чтобы обсудить организацию взаимодействия.

Меня встретила женщина старше семидесяти лет. По специальности она была врачом-терапевтом: вела приём в поликлинике и одновременно исполняла обязанности заместителя главного врача. Позже я узнал и сам убедился, что нередко она замещала и самого руководителя больницы. Эта женщина полностью посвятила себя помощи родному городу, где прожила всю жизнь. Её муж, шахтёр, давно ушёл из жизни, а полтора года назад не стало и сына: он тяжело заболел вскоре после призыва в ряды народной милиции. На её долю выпало немало испытаний, но она несла этот груз с достоинством.

— Я в курсе ситуации и готов вам помочь, — сказал я заместителю главного врача. — Единственное: мне никогда не приходилось работать с

детьми, и тут могут возникнуть сложности. Кроме того, есть специфика моего взаимодействия даже со взрослыми пациентами. Я привык работать с военными: там нет места «сюсюканию» и долгим уговорам. Если выявлена проблема, её решают так, как говорит доктор.

— Хочу вас заверить, что наше местное население не избаловано в отношении к медперсоналу, — ответила она. — Люди будут вам искренне благодарны за помощь. Поймите: как вы уже заметили, большинство врачей здесь — пенсионеры, у нас огромный дефицит кадров, молодёжь давно уехала. Местные жители рады любому специалисту. Везти пациентов в другие города порой просто небезопасно: были случаи, когда бригады скорой помощи подрывались на минах. Так что вы нам очень нужны. Тем более о вас уже знают: в нашем маленьком городе новости распространяются быстро. Медицинские сёстры рассказывали, что вы — оперирующий отоларинголог, спасли немало бойцов.

— Какой объём работы мне предстоит выполнять? — спросил я.

— Пациентов для оказания неотложной помощи будут привозить по скорой. Предыдущему доктору иногда помогали хирурги. Надо учитывать, что гражданское население страдает от обстрелов не меньше военных: людей тоже доставляют с минно-взрывными ранениями. Много проблем со слухом, — пояснила врач.

Уже к вечеру того дня, когда я взял на себя приём и для города, начали поступать пациенты по скорой. Были и травмы, и различные заболевания ЛОР-органов. Больше всего я переживал из-за работы с детьми. Но, к моему удивлению, сложностей не возникло⁴⁵. Самому маленькому пациенту, которому я оказал неотложную помощь, было всего два года. Кроме экстренных случаев, ко мне приводили малышей и подростков для плановых осмотров.

⁴⁵ Наверное, я не так боялся взрывов снарядов, как работы с детьми. Они, наверное, это чувствовали и старались не создавать мне дополнительных сложностей — по крайней мере, я так думаю.

Несмотря на юный возраст, у многих из них обнаруживались запущенные, хронические воспалительные процессы в среднем ухе — следствие многолетней малодоступности ЛОР-помощи. Проблемы с обеспечением такой помощью начались ещё в 90-е годы, и к моменту моего приезда ситуация лишь усугубилась.

Нередко встречались и холестеатомы. Учитывая, что в городе с 2014 года шла война, я связывал повышенный процент этого заболевания с перенесёнными ранее баротравмами ушей. Они осложнялись разрывами барабанных перепонок, а заворот их краёв внутрь (в тимпанальную полость) в дальнейшем способствовал развитию патологического процесса.

В последующих командировках мне не раз приходилось работать с маленькими пациентами, в том числе с детьми с особенностями развития или его отставанием. Однажды на консультацию ко мне направили такого ребёнка по совету военного офтальмолога: он порекомендовал меня матери как специалиста. Я, разумеется, не отказал в помощи, но позже попросил доктора в случаях плановых консультаций перенаправлять таких пациентов в педиатрические ЛОР-стационары.

Мы русские офицеры

2024-2025 года, где-то в зоне СВО

В 2024 году меня откомандировали в медицинский отряд особого назначения (МОСН). Сначала я служил в его «точке», организованной для массового приёма раненых и их сортировки. Именно там оказывали экстренную медицинскую помощь. Этот этап позволил мне приобрести дополнительный опыт и дописать руководство для врачей по неотложной хирургии боевой ЛОР-патологии.

Через полтора месяца меня перевели в госпиталь для легкораненых (ГЛР). Там работа была во многом плановой, хотя её хватало с избытком: врачи трудились без выходных.

Именно в этом месте я познакомился с удивительным человеком — добродушным, отзывчивым, абсолютно неконфликтным и честным офицером медицинской службы, о котором и хочу рассказать. Его позывной — «Око», по специальности он офтальмолог.

В военно-медицинских организациях ЛОРы и офтальмологи нередко работают в одном отделении. Как это устроено? Либо в составе оториноларингологического отделения есть кабинет глазного врача с выделенными койками, либо (реже) наоборот. Практика боевых действий подтверждает: это правильное организационное решение. Наши органы — ЛОР и органы зрения — расположены очень близко, и травмы челюстно-лицевой области часто затрагивают их одновременно. Кроме того, гнойно-воспалительные заболевания полости носа и околоносовых пазух нередко дают орбитальные осложнения. В таких случаях, особенно при травмах, операции зачастую проводят мультидисциплинарной бригадой.

ГЛР, где я служил, не был исключением в плане совместной работы ЛОРа и офтальмолога. Наши кабинеты находились на одном этаже: после осмотра у «Око» раненые шли ко мне, и наоборот. В течение командировки

2024 года и последующей в 2025 году мы жили в одной комнате, расположенной между нашими кабинетами.

Нетрудно догадаться, что такая совместная работа нас сдружила. Нередко после рабочего дня, чтобы немного «проветрить голову», мы выходили на прогулку хотя бы на полчаса-час — конечно, если успевали закончить дела до наступления комендантского часа. Во время этих бесед я узнал, что «Око» не был кадровым офицером, хотя имел внушительную выслугу лет. Свою военную службу он начал в самом начале второй чеченской войны. После интернатуры по хирургии этот кавказский парень, в роду которого не было военных, решил, что не может оставаться в стороне, когда в стране идёт война. Он начал службу начальником медицинской службы спецназа ГРУ. За годы работы он сделал своё подразделение образцово-показательным — одним из лучших в Северо-Кавказском военном округе. Это отметили в штабе медслужбы округа, и это стало поворотным моментом в судьбе офицера с позывным «Око»: его назначили начальником офтальмологического отделения одного из гарнизонных военных госпиталей.

Со временем он решил двигаться дальше и поступил в ординатуру по офтальмологии в Военно-медицинскую академию. После её окончания он попал в МОСН, с которым неоднократно бывал в Сирии, Нагорном Карабахе и, разумеется, на Украине. «Око» участвовал в СВО с самого её начала.

Весной 2022 года, когда наши подразделения, согласно Стамбульским договорённостям, выходили из некоторых областей Украины, «Око» оказался в непростой ситуации. Он эвакуировал тяжёлого раненого на машине «Линза»; вместе с ними был санитар-водитель. На одном из колёс разорвалась резина, и они отстали от основной колонны. Очень медленно они продвигались к нашей границе. Когда впереди показались наши блокпосты, «Око» приказал водителю остановиться и выстрелом сигнальной ракеты вверх предупредил пограничников, что едут «свои». Военные на границе были поражены, узнав, что прибыли медики, которых уже считали пропавшими без вести. От колёс в машине остались лишь передние диски, но

раненого удалось доставить живым. Об этом доложили одному из генералов, командовавших армией на этом участке.

Когда генерал с офицерами штаба лично приехал посмотреть на медиков, сумевших «прорваться» к своим, он обнял «Око» и сказал:

— Вот с кого надо брать пример! Раненого не бросил! Дорогущую технику не бросил! Своего подчинённого тоже доставил целым и невредимым! Настоящий офицер! Я лично прослежу, чтобы он получил государственную награду! Вы слышали меня? И попробуйте только вписать не того в наградной лист — я вам тогда устрою, мало не покажется!

Хочу отметить, что, несмотря на столь богатый послужной список, у «Око» не так много наград. Он никогда за ними не гнался и не выпрашивал. По-настоящему ему было обидно лишь за обычных бойцов, которым он оказывал помощь. «Око» считал (и продолжает считать), как и я, что этих ребят, ежедневно рискующих жизнью при штурмах или находясь в танках — всех, кто постоянно «на передке», — нельзя обделять вниманием. Нельзя обижать солдата, нельзя не замечать его подвигов!



Военный офтальмолог с позывным «Око» осматривает раненого с контузией глаз

Меня всегда поражали его выдержанность и спокойствие. Мне, как холерику по темпераменту, этого было не понять. Я ни разу не слышал, чтобы он резко реагировал даже на явное хамство со стороны пациента. Нет, он такого не терпел, но реагировал спокойно: тихо указывал человеку

направление к выходу и не опускался до ответных истерик. Надо сказать, подобные случаи бывали крайне редко. Обладая какой-то особой положительной энергетикой, он умел располагать к себе людей.

В работе «Око» был предельно педантичен: в кабинете всё лежало на своих местах, везде царил порядок. С собой он привозил много личных инструментов. У него всегда был простерилизованный набор для малых хирургических операций — для выполнения первичной хирургической обработки (ПХО) на случай поступления раненых с травмами глаз. Разумеется, он оперировал только те случаи, которые можно было выполнить в условиях ГЛР. Он никогда не брался за то, что требовало дорогостоящего оборудования и специального обучения. «Главное — не навредить пациенту!» — любил повторять «Око».

Помню случай осенью 2024 года. К «Око» поступил раненый после минно-взрывного ранения — с момента травмы прошло не более двух часов. Пациент жаловался на головную боль, тошноту и снижение зрения. Ранее его осмотрел невролог, был выполнен рентген черепа в двух проекциях: костно-травматических изменений не обнаружили, инородные тела не визуализировались. Пациенту поставили диагноз «астено-невротический синдром» и рекомендовали консультацию офтальмолога и оториноларинголога.

«Око» тщательно осмотрел раненого. Его насторожила небольшая рана на границе правой височной и лобной областей, диаметром не более 3–4 мм. На рентгене ничего особенного не было видно, но врач всё же решил обработать место ранения антисептиком и с помощью зонда проверить, нет ли в проекции раны канала или небольшого дырчатого перелома костей черепа. При проверке зонд прошёл дальше в мягкие ткани. «Око» не стал рисковать и сразу сообщил неврологу по каналам связи, что пациент требует особого внимания: скорее всего, в полости черепа, а возможно, и в головном мозге, находится рентген-негативный осколок. Необходимо срочно выполнить компьютерную томографию (КТ) головы.

Пока к нему в кабинет шёл невролог, «Око» показал пациента и мне. Я согласился со всеми его доводами: стало ясно, что пациенту нужен не просто неврологический, а скорее нейрохирургический осмотр.

По результатам КТ офтальмолог оказался прав: у пациента визуализировался раневой канал в лобной доле головного мозга, небольшой осколок находился в её левой половине. Были признаки ушиба головного мозга. Раненого срочно госпитализировали в военный госпиталь, где дежурил прикомандированный нейрохирург.

Предшествующая интерпретация неврологом результатов осмотра до КТ, вероятно, была связана с действием наркотического анальгетика — промедола, который ввели пациенту: он мог «стирать» выраженную мозговую симптоматику. Кроме того, нельзя сбрасывать со счетов огромный поток пациентов, с которым приходится работать неврологам в зоне боевых действий. В любом случае «Око» тогда спас пациента. И это был не единственный подобный случай: он не раз выявлял и серьёзные терапевтические заболевания. Командование отмечало это на утренних врачебных совещаниях.

Стоит подчеркнуть, что офтальмолог был выходцем из хирургов. Как я уже писал в начале книги, школа общей хирургии заставляет всех нас, узких специалистов с такой подготовкой, шире смотреть на проблемы и не сужать свои суждения. Несомненно, «Око» обладает отличным клиническим мышлением. Его дотошность в сборе анамнеза и умение грамотно его интерпретировать не раз помогали спасать раненых — и не только в рамках его офтальмологического профиля.

Как-то мы с ним говорили о продвижении по службе. Я не понимал, как такой офицер до сих пор служит в МОСHe, а не в госпитале. На мой взгляд, это было несправедливо. Я видел, как добросовестно он относится к работе. Человек, прошедший все войны начиная со второй чеченской, — разве он не достоин повышения?

— Как же так? Вам не обидно, что вы переживаете уже почти два срока нынешнего воинского звания? Постоянно в командировках, не видите, как растут ваши дети? Вы достойны попасть в стационар. Должна же быть какая-то карьерная лестница! Вашу работу когда-то же заметили и перевели в гарнизонный госпиталь, — сказал я ему.

— Да, было такое. Но это было давно. Знаешь, я ведь сам когда-то решил стать военным. Я никогда не жаловался, что мне тяжело или что хочу перевода в более спокойное место, «наверх». Конечно, мне хотелось бы какого-то роста и попасть в стационар, где можно оказывать высокоспециализированную помощь. Но не замечают. Не переводят. А какой у меня остаётся выбор? Свою работу офтальмолога я привык делать хорошо, по-другому не умею. Знаю, что помогаю людям, что я тут нужен. Согласен, возможно, этим и пользуются, закрывая мной всякие «дыры», где необходим офтальмолог. А если взять тебя — ты ведь тоже хотел бы попасть на преподавательскую должность, стать научным сотрудником? — сказал «Око».

— Да, — ответил я.

— Ну, ты же не на ней! — заметил офтальмолог.

— Да, — снова согласился я.

— При этом ты всё равно пишешь пособия, руководства для врачей, научные статьи, анализируешь с научных позиций ту информацию, которую получаешь здесь. Ты делаешь это, хотя тебе за это не платят. Выкладываешь свои книги бесплатно, чтобы другие врачи могли использовать твой опыт. Ты делаешь это, потому что понимаешь: это нужно, это помогает людям и тому делу, которому мы служим. Так же и я! Я делаю свою работу не ради похвалы или продвижения по службе, а потому, что это нужно общему делу — делу, которому мы служим! — заключил он.

На мгновение в нашем разговоре возникла короткая пауза. Её прервал «Око»:

— Все эти переезды, длительные командировки, должности, на которых мы служим, работа на войне... Кто-то должен это выполнять, как бы тяжело это ни было. Мы же офицеры!

Затем он добавил, по-доброму улыбнувшись:

— Мы — русские офицеры!

И я с ним согласился.

Тогда я подумал про себя: это понятие намного шире, чем просто национальность. Я — белорус, «Око» — табасаранец. И вместе с тем мы — русские офицеры, служащие большой Родине — России. Не какому-то отдельному уголку, деревне, селу, городу или краю, а именно этой огромной стране. Частые переезды, сопровождающие офицерскую службу, привязывают нас к разным частям страны, делают каждую из них своим домом. Наши дети говорят на русском языке, как и множество коренных народов, живущих на этой огромной территории. А этот мир кто-то должен охранять и поддерживать. Этим и занимаются русские офицеры. История нашей страны знала моменты, когда они не могли выполнить свой долг — и какими трагедиями это оборачивалось для державы.

Хорошо, что в нашей стране ещё есть идейные люди. К ним я отношу офицеров с позывными «Око», «Антей», «Юпитер», «Байкал», «Обь», «Тайга», «Марк» и многих других, с кем имел и имею честь быть знакомым. Сам я надеюсь, что тоже вхожу в их число. Но этот ресурс, как и любой другой, не безграничен. Тем, в чьей власти это находится, стоит замечать таких людей и делать на них опору, а не на конъюнктурщиков, подхалимов и лицемеров. Как известно, на гнилом фундаменте любой дом долго не простоит.

Память

Май/июнь 2025 года, Санкт-Петербург

*Деньги потерять — ничего не потерять, здоровье потерять
— половину потерять, честь потерять — все потерять!*

Генерал-майор м/с Р.А. Засосов, 1953г.

С 15 мая по 12 июня 2025 года я проходил курсы повышения квалификации в Военно-медицинской академии на кафедре оториноларингологии. В это время я завершал работу над биографической монографией о главном оториноларингологе Военно-Морского Флота СССР в годы Великой Отечественной войны, начальнике кафедры болезней уха, горла и носа Военно-морской медицинской академии, профессоре, генерал-майоре медицинской службы Романе Андреевиче Засосове.

Мне захотелось побывать на Богословском кладбище, где он был похоронен, и отыскать его памятник. Я знал, что генерала похоронили на аллее военных медиков. Около полутора часов я искал место захоронения — и наконец нашёл. Увиденное произвело на меня удручающее впечатление: надгробная плита пребывала в плачевном состоянии. Буквы и цифры стёрлись от времени, лицевая часть памятника была покрыта грязью, вокруг всё заросло, а ограда покрылась ржавчиной.

Я хорошо знал историю семьи Романа Андреевича. Его единственный сын — старший лейтенант ВМФ, морской пехотинец — погиб 6 сентября 1942 года, защищая подступы к Новороссийску. Младший брат Пётр и сестра Лидия умерли от голода в блокадном Ленинграде — тоже в 1942 году. Жена Романа Андреевича не пережила его ареста в 1953 году. Был ещё один младший брат, Дмитрий Андреевич (он ушёл из жизни в 1977 году), но и у него не осталось детей.



*Памятник Роману Андреевичу Засосову,
Богословское кладбище (г. Санкт-Петербург), 17
мая 2025 года*

Старейшие сотрудники кладбища рассказали мне, что раньше могилу старого генерала навещал какой-то пожилой мужчина, но с 1998 года он больше не появлялся. Скорее всего, речь шла об ученике Р. А. Засосова — академике И. Б. Солдатове, который скончался в том же 1998 году.

Честно говоря, я не мог понять, почему шефство над могилой не взяла на себя кафедра оториноларингологии Военно-медицинской академии или НИИ ЛОР в Санкт-Петербурге. Оставлять всё в таком виде я не хотел.

В конце мая 2025 года, после разговора с администрацией кладбища, мне разрешили привести памятник в порядок — без внесения изменений в его исторический облик. Вместе с Александром Владимировичем Матвеевым — подполковником медицинской службы в отставке, в 1990-х годах — главным оториноларингологом Ленинградской военно-морской базы Балтийского флота — мы решили за личные средства облагородить могилу Романа Андреевича. Нам предстояло убрать сорняки и кустарники, отмыть памятник, обновить стёртую надпись, восстановить скамейку и покрасить ограду.

31 мая 2025 года мы с самого утра приступили к работе — и занимались ею весь день. Периодически к нам подходили сотрудники кладбища и следили за тем, чтобы мы не вносили изменений в конструкцию гранитной плиты и ограды. Результаты нашего труда представлены ниже на фотографиях.



Работы по приведению в порядок могилы Р.А. Засосова; ограду красит военный оториноларинголог, подполковник м/с в отставке А.В. Матвеев, 31.05.2025г.



Работы по приведению в порядок могилы Р.А. Засосова; ограду красит начальник ЛОР отделения Самарского военного госпиталя майор м/с А.Н. Чечко, 31.05.2025г.



Вид могилы Р.А. Засосова в результате работы военных отоларингологов подполковника м/с в отставке Матвеева А.В. и майора м/с Чечко А.Н.

8 июня 2025 года на Богословском кладбище состоялось открытие мемориала генерал-майору медицинской службы Василию Васильевичу Семёнову — одному из выпускников Военно-морской медицинской академии, которого также обучал профессор Засосов. В прошлом В. В. Семёнов был начальником факультета подготовки врачей для ВМФ ВМА. На мероприятие пригласили автора монографии и А. В. Матвеева — нам предоставили возможность выступить, а заодно почтить память Романа Андреевича. В завершение церемонии к его могиле подошли ветераны, флотские врачи.

Перед этим событием прошло торжественное прохождение курсантов первого курса подготовки врачей для ВМФ Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова. Строй курсантов сначала отдал воинские почести генералу Семёнову, а затем — генералу Засосову.

Найти могилу Романа Андреевича можно по такой схеме. Нужно подойти к входу, который находится напротив дома 10 по Бестужевской улице. Войдя на территорию кладбища, следует идти прямо по дороге (Прямая аллея), пройти мимо водоразборной колонки до памятника Семёну Семёновичу Гирголаву, затем повернуть налево. Далее нужно обращать

внимание на памятники по левую сторону: после могилы профессора П. А. Алисова будет захоронение профессора Р. А. Засосова.

Хочется отметить, что в Самаре сложилась добрая традиция: сотрудники кафедры оториноларингологии и студенты Самарского государственного медицинского университета ежегодно посещают памятник академика Игоря Борисовича Солдатова в день его рождения и 9 мая, ухаживают за его могилой. Хотелось бы, чтобы подобная традиция появилась и в Санкт-Петербурге — в отношении могилы профессора Засосова. Тем более что Роман Андреевич трудился в городе сразу в двух учреждениях: на кафедре оториноларингологии ВМедА имени С. М. Кирова и в Санкт-Петербургском НИИ ЛОР.

Генерал-майор медицинской службы Роман Андреевич Засосов всей своей жизнью, поступками и безмерной любовью к Родине заслужил внимание потомков. Я для себя твёрдо решил: всякий раз, бывая в Санкт-Петербурге, я буду выделять хотя бы один день в году, чтобы почтить память этого выдающегося русского военного оториноларинголога и учёного.

Уже в июле 2025 года я убыл в зону СВО — в свою пятую командировку. А 14 августа 2025 года увидела свет моя биографическая монография о Ромane Андреевиче — «Профессор Р. А. Засосов. Жизнь, отданная правде».

Иногда, размышляя о том, как я увлёкся историей военной оториноларингологии и сам стал военным ЛОР-врачом, я вспоминаю курсантские годы. Тогда мне казалось, что оториноларингология никак не связана с моим будущим — разве что как учебный цикл на одноимённой кафедре. Но был один случай, произошедший во время учёбы в Военно-медицинской академии, — он напрямую связан с историей академика И. Б. Солдатова и с оториноларингологией.

Первый шаг

Зима 2010 года, Санкт-Петербург

Будучи курсантом третьего курса Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова (далее — ВМедА / ВМА), мне довелось общаться с однокурсником академика Игоря Борисовича Солдатова. В тот момент он проходил лечение в клинике пропедевтики внутренних болезней; ему было уже девяносто лет.

Тогда я и представить не мог, что стану военным оториноларингологом, мне придётся побывать на войне, а главное — что на уже своей войне я так тесно соприкоснусь с историей тех лет. В своих монографиях я буду рассказывать о событиях, о которых тогда поведал мне фронтовик.

По заданию преподавателя мне предстояло обследовать пациента — в тот день мы сдавали зачёт по практике навыков, полученных на пропедевтике внутренних болезней. Но, честно говоря, большую часть времени я не занимался положенными делами — я внимательно слушал.

Когда я попросил фронтовика рассказать анамнез жизни, он ответил, что есть одна очень важная история. Он был последним из своего фронтового курса, кто остался в живых, и хотел, чтобы я сохранил память о тех событиях, которые он мне доверит. Из двух с половиной часов нашего разговора около часа он посвятил событиям 5 июля 1941 года.

Я был потрясён услышанным. Фронтовик рассказывал очень эмоционально, и в какой-то момент я даже испугался, что ему станет плохо с сердцем. Но он запретил меня его останавливать. «Я — полковник, а ты — курсант, — сказал он, — и должен выполнить мой приказ: выслушать до конца. Узнай то, что мы долгие годы хранили от посторонних взоров».

В конце беседы фронтовик попросил меня дать слово будущего офицера: когда он уйдёт из жизни — один из фронтовиков-курсантов ВММА набора 1940 года, — и когда я «созрею» морально, я обязан любым способом

передать память об этих событиях следующим поколениям. Я дал ему слово... слово курсанта (и уточнил, что я ещё не офицер).

Он много говорил о важности слова, которое дают офицеры. О том, что когда-то слово офицера ценилось выше подписи на странице приказа. Что не сдержать данное слово — значит потерять честь. До сих пор не понимаю, почему он выбрал именно меня, чтобы доверить эту историю, но её отголоски навсегда остались в моей памяти.

За десять минут до прихода преподавателя он быстро поведал мне обо всех своих заболеваниях и нюансах объективного обследования, буквально «прорепетировал» со мной сдачу зачёта. И когда вошёл доцент Грачёв, я смог ответить на все его вопросы и сдал зачёт на «отлично».

Прошло время. Уже в 2025 году я приступил к написанию второй книги из дилогии «Наставник-ученик». Она посвящена Игорю Борисовичу Солдатову — ученику Романа Андреевича Засосова, академику АМН СССР, Герою Социалистического Труда, профессору, доктору медицинских наук, полковнику медицинской службы, фронтовику, учёному с мировым именем.

Вторая книга будет начинаться с рокового дня для ученика Романа Андреевича и других курсантов первого набора (1940 года) Военно-морской медицинской академии — 5 июля 1941 года.

В 2010 году я не придавал особого значения той беседе с ветераном. А ведь, наверное, именно она стала первым шагом в мою профессию, первым настоящим знакомством с ней. Тогда, в 2010 году, я впервые открыл поисковик и начал искать сведения об Игоре Борисовиче Солдатове — военном оториноларингологе.

Выбор

Май 2017 года, Кронштадт

Прошли майские праздники, и я вновь приступил к работе в хирургическом отделении госпиталя. Этот период был примечателен ещё и тем, что я начал снимать документальный фильм к юбилею Кронштадтского госпиталя⁴⁶, а также писать свою первую книгу — «35-й Военно-морской ордена Ленина госпиталь имени Н. А. Семашко. 1941–1945. Книга памяти».

В ординаторской я, как всегда, находился вместе с Александром Владимировичем Матвеевым и Александром Васильевичем Лапиным. Зашёл разговор о том, на какую специальность я планирую поступать в ординатуру в академии. Если раньше я твёрдо намеревался продолжать работать хирургом, в крайнем случае — травматологом, то за время пребывания в госпитале во мне стали зарождаться сомнения. Удивительным образом оториноларингология всё больше привлекала меня. В этом была большая заслуга Александра Владимировича — человека, который не просто искренне любил эту специальность, но и глубоко знал её историю.

Стоило мне только появиться в его смотровой, как он тут же принимался показывать каждый инструмент, называя его, рассказывая, какая по счёту идёт модификация, кто и когда впервые создал и применил этот прибор. Он делился интересными, а порой и курьёзными случаями из практики оториноларингологии.

Александр Владимирович вовсе не пытался «перетянуть» меня в свой «лагерь», возвышая свою специальность над другими. Напротив, он прививал уважение к общей хирургии, называл её матерью всех узких хирургических направлений. Убеждал, что я иду правильным путём, и подчёркивал, что лучшие оториноларингологи получают именно из общих хирургов. В пример он приводил западную систему резидентуры, где будущему

⁴⁶ «300 лет на страже здоровья», 2017 год; впервые был презентован 06 октября 2017 года в большом зале (лекторий имени Ю.М. Шокальского) Русского географического общества.

оториноларингологу вначале прежде всего предстоит год обучаться в общехирургическом отделении.

В тот майский день коллеги в шутливой форме завели разговор о моём профессиональном выборе.

— Есть общая хирургия, травматология — достойные специальности для мужчины, — говорил Александр Васильевич.

— Согласен! Но наступит момент, когда ты состаришься, когда из-за тремора в руках уже не сможешь уверенно держать скальпель. И что дальше? В оториноларингологии, а тем более в сурдологии, можно, не теряя статуса и опираясь на колоссальный опыт, уйти из операционной и продолжать работать! — заключил Александр Владимирович.

— Это всё «узкодырочные» хирурги, как бы это ни звучало! Нет в них той широты, того простора, что есть в общей хирургии! А насчёт ухода из операционной — так и у нас можно просто консультировать, — возразил Александр Васильевич.

— Во-первых, я тоже из хирургов: я могу «залезть в живот». А вот многие ли смогут прооперировать ухо или нос? — на его лице появилась улыбка. — Что касается консультирования: в крупных городах хирургов и так немало. А вот узкие специалисты всегда в дефиците!

— Ладно, мы с тобой оба — старые хирурги, которые в итоге ушли в узкую специализацию. Глядя на нас, куда собирается пойти наш старший ординатор? — спросил Александр Васильевич.

— Надеюсь, он послушает меня и станет оториноларингологом. Тогда точно не пожалеет! — добавил Александр Владимирович.

Оба они посмотрели на меня. После недолгой паузы я ответил:

— Надо как следует подумать.

Эпилог

Моё детство пришлось на 1990-е годы — в то время шла Чеченская война. Наша семья была знакома с военными медиками: они служили в одном гарнизоне с моим отцом и нередко рассказывали о командировках в зону боевых действий. Я искренне восхищался этими людьми и ещё ребёнком твёрдо решил, что стану военным хирургом.

После школы я поступил в Военно-медицинскую академию имени С.М. Кирова в Санкт-Петербурге. Там же окончил интернатуру по хирургии, затем служил военным хирургом, а позже вновь вернулся в этот вуз — уже в ординатуру по специальности «оториноларингология».

Как я уже писал, поначалу оториноларингология вовсе не казалась мне привлекательной специальностью: я считал её «сопливой», в чём-то даже отталкивающей. Будучи курсантом, я и не подозревал, сколько хирургических нюансов таит в себе это направление и насколько оно интересно.

Моим первым наставником — и по сей день остаётся таковым — стал военный хирург, бывший главный оториноларинголог Ленинградской военно-морской базы, подполковник медицинской службы в отставке Александр Владимирович Матвеев. Он тоже пришёл в оториноларингологию из общей хирургии. Именно он «заразил» меня этой специальностью, когда я служил в военно-морском госпитале.

Очень важно, чтобы в жизни врача встречались такие учителя — люди, которые щедро делятся знаниями, не жалеют времени и проявляют огромное терпение, обучая молодых докторов премудростям профессии. Мне повезло: в моей судьбе было немало таких наставников.

На первом месте, безусловно, Александр Владимирович. Не менее значимой фигурой был и полковник медицинской службы в отставке, военно-морской хирург Александр Васильевич Лапин — к сожалению, его уже нет в живых: он ушёл в 2020 году, прямо на рабочем месте, спасая больных с COVID-19. Важную роль в моём становлении сыграла профессор

Эльвира Георгиевна Беличева — превосходный отохирург. И сегодня большое влияние на моё развитие как хирурга-оториноларинголога оказывает профессор, доктор медицинских наук Николай Владимирович Красножен — знаменитый казанский ринохирург, один из основоположников этого направления в России, руководитель профильной кафедры в Казанской государственной медицинской академии.

Я не случайно перечислил эти имена. Всегда нужно помнить и уважать своих учителей. По моему убеждению, решающим фактором в профессиональном становлении является не столько учебная программа или методика преподавания, сколько сам наставник — его человеческие, морально-нравственные и профессиональные качества.

В полевых условиях мне, как и многим военным врачам узкой специализации, довелось работать лишь в 2022 году. С тех пор многое изменилось — и в лучшую сторону. Учтены и исправлены многие недочёты, и по личному опыту могу сказать: с каждой командировкой я замечаю всё больше положительных перемен, и это не может не радовать.

Любое правильное лечение начинается с верно поставленного диагноза — в военной медицине это особенно подчёркивают. По своей первой специальности я — военный хирург, и этот фундамент накладывает отпечаток на то, как я воспринимаю информацию и ищу решения.

Хотелось бы завершить эту книгу ответом на два вопроса: кто такой военный врач и в чём суть этой профессии?

Раньше я сводил всё к медицинской специализации: военный врач — это специалист, знающий нюансы лечения боевой патологии, в моём случае — боевых травм ЛОР-органов. Теперь я понимаю, что этого недостаточно.

Ещё с советских времён говорили: «военный — это не профессия, это образ жизни, это характер». И в этом — главное. Быть готовым выполнять свой долг в любых условиях и в любое время, не ждать похвалы или наград, а просто делать свою работу на совесть, невзирая ни на что. Любой военный

обязан уметь принимать решения и быть готовым нести за них ответственность. При этом он должен быть готов подчиняться приказам командиров — именно это обеспечивает слаженность всей военной организации. Единоначалие в армии — основа всего.

Важно сохранять баланс между разумной инициативой и умением подчиняться, между готовностью отвечать за свои решения и дисциплиной. В мирной жизни можно опираться на какое-то одно из этих качеств, но в зоне боевых действий, особенно для офицера, который отвечает не только за себя, но и за подчинённых, необходимо уметь сочетать их.

Поэтому, подводя итог, скажу: военный врач — прежде всего военный человек, который знает и умеет оказывать медицинскую помощь раненым с боевой патологией в любых условиях. По-моему, ближе всего к этому определению стоят фронтовые медики, работающие на первых этапах медицинской эвакуации.

Сам я всё чаще ощущаю себя врачом-исследователем — эта квалификация была официально присвоена мне после окончания аспирантуры. Надеюсь, когда-нибудь я смогу полностью посвятить себя научно-исследовательской и преподавательской работе в медицинском вузе.