



© И.В.КАРПЕНКО, А.И.КОСТЮЧЕНКО, 2009
УДК 614.4(091)

И.В.Карпенко, А.И.Костюченко — Вопросы санитарной тактики в работах европейских авторов конца XIX в. (По материалам «Военно-медицинского журнала»).

Вопросы медицинского обеспечения войск во время боевых действий со второй половины XIX в. составляли неотъемлемую часть публикаций периодической военно-медицинской печати во многих странах. В первую очередь это касалось задач медицинской службы в период боевых действий, работы этапов медицинской эвакуации, маневров силами и средствами медицинской службы, подготовки военных врачей.

Отмечая увеличение санитарных потерь в ходе боевых действий, авторы публикаций констатировали и усложнение задач медицинской службы. Так, старший врач 2-го насауского полка германской армии Scholze в статье «Санитарная служба на поле сражения в связи с действием современного огнестрельного оружия» («*Deutsche medizinische Wochenschau*», 1898) писал: «Задача санитарной службы на полях битв будущих войск будет заключаться в том, чтобы в данный промежуток времени оказать помощь возможно большему числу раненых и убраться их возможно дальше от места боя»¹. В связи с этим особую роль приобретала эффективная организация работы этапов медицинской эвакуации. Для наведения порядка и устранения неразберихи на ее передовых этапах автор указывал на необходимость тщательной сортировки раненых. Эвакуацию легко-раненых предлагалось осуществлять в специальные медицинские учреждения.

Данное обстоятельство отмечали другие военные врачи европейских стран. В частности старший врач 1-го класса французской армии L.Neuve в статье «Санитарная служба в передовой линии» («*Archiv de medecet de pharm. militar*», 1892) писал: «Характер организации вообще — состава, распределения, управления и функционирования санитарных учреждений — основное условие столь крупного дела, как подание первой помощи при обстановке современных войн»². В первой части статьи рассматривалась деятельность медицинской службы на марше. Вторая часть была посвящена «обязанностям, вытекающим из битвы» (организация работы этапов меди-

цинской эвакуации на театре войны). В третьей части описывалось поражающее воздействие современного огнестрельного оружия, в четвертой — обязанности должностных лиц медицинской службы во время боевых действий. Пятая часть была посвящена «врачебному обзору» (санитарному транспорту). Таким образом, в статье рассматривались практически все стороны деятельности медицинской службы в боевых условиях.

Еще одним вопросом, которому также уделялось значительное внимание, был вопрос маневра силами и средствами медицинской службы во время боевых действий. Военный врач германской армии Пельцер в статье «Санитарные учения на маневрах пехотной дивизии 1891–92 гг. и обязанности дивизионного врача в бою» («*Deutsche Militärische Ärztliche Zeitschrift*», 1893) обращал внимание на соблюдение определенных принципов при развертывании перевязочных пунктов во время боя. Он писал: «Я знаю по личному опыту, как легко открыть перевязочный пункт слишком рано (первая и обыкновенная ошибка) и слишком близко к боевой линии, т. е. в районе боевых действий». Говоря о важности соблюдения этих условий при развертывании перевязочного пункта, автор приводил слова своего современника о том, что «правильная диспозиция перевязочных пунктов в некотором отношении важнее, чем деятельность отдельного врача»³.

Многими военными врачами того времени вполне осознавалась, например, необходимость сосредоточения сил и средств медицинской службы на направлении главного удара. В упоминавшейся статье Scholze автор для этой цели рекомендовал сосредотачивать на предполагаемом направлении «перевязочные пункты и полевые лазареты». Предусматривалась возможность разделения («дробления») полевых медицинских учреждений с целью равномерного распределения сил и средств медицинской службы. Обсуждались вопросы слабой санитарно-тактической подготовки военных врачей — недостаточное наличие у них опыта в решении задач военного времени.

¹ Воен.-мед. журн. — 1899. — Т. 3. — С. 1057–1064.

² Воен.-мед. журн. — 1894. — Кн. 2. — С. 196.

³ Воен.-мед. журн. — 1894. — № 8. — С. 282–288.



Аналогичные проблемы затрагивал и австрийский военный врач Kirchenberger в статье «О возникновении военно-санитарной игры вообще и о введении ее в иностранных армиях» (*Der Militärarzt*, 1899), посвященной введению в австрийской армии в 1895 г. военных игр для военных врачей. По словам автора, «поводом для этой меры послужило сознание того, что военные врачи недостаточно осведомлены с чисто военной стороны с их деятельностью в поле, в особенности связанными с санитарно-полевой службой, военными операциями, и недостаточно подготовлены к этому». Для устранения

данного недостатка предлагалось проведение с военными врачами систематической санитарно-тактической подготовки. Отмечалось, что «искусство руководить санитарно-полевыми операциями, умение располагать военно-полевыми санитарными учреждениями, нужно изучать еще в мирное время»⁴.

Таким образом, в публикациях зарубежных военных врачей последнего десятилетия XIX в. неоднократно затрагивались основные вопросы медицинского обеспечения войск в военное время.

⁴ Воен.-мед. журн. — 1900. — № 10. — С. 3059.

© Е.Д.ЦЕЛЫХ, 2009
УДК 616.391-053.6

Е.Д.Целых — О связи недостаточности питания с заболеваемостью юношей допризывного возраста в Хабаровском крае.

Традиционная особенность питания коренного населения Хабаровского края (нанайцев и орочей) — большая доля в рационе жиров и белков и меньшая — углеводов («адаптивный рацион»). Такой тип питания определяет большую потребность в водо- и жирорастворимых витаминах, необходимых для антиоксидантной защиты. При этом энергетическая ценность рациона в обычных условиях выше, чем у жителей средних широт европейской части России.

В настоящем исследовании определялось отношение шансов (ОШ) заболеваемости у подростков из коренного и пришлого населения в условиях организованного и индивидуального питания. ОШ используется при изучении проблемы формирования морфофункционального статуса организма для оценки риска заболевания одной группы обследуемых в сравнении с другой. Шанс — отношение вероятности того, что событие произойдет, к вероятности того, что событие не произойдет.

Проведено биохимическое исследование содержания белков, жиров и углеводов в суточных рационах и энергетической ценности индивидуального питания ($n=55$) юношей 15–17 лет, коренного (нанайцы, орочи) и пришлого (европеоиды) населения, проживающих в условиях семей в Нанайском и Ванинском районах Хабаровского края.

Материалом для анализа ОШ заболеваемости послужили результаты обследования юношей ($n=112$) на наличие хронических заболеваний по 14 классам (МКБ-10). Для сравнения использовались данные обследования спортсменов соответствующих возрастных групп ($n=42$), получающих организованное и индивидуальное питание.

Установлено, что содержание белков, жиров, углеводов и аскорбиновой кислоты в среднем суточном рационе фактического питания подростков коренного и пришлого населения с организованным (школа-интернат, $n=20$) и индивидуальным питанием (в условиях семьи, $n=60$) достоверно ниже нормативных показателей.

Отмечен дефицит белков в рационе — от 59% (в условиях организованного питания) до 34% (у подростков-нанайцев с индивидуальным питанием), жиров — от 53% при организованном питании до 31% (у орочей при индивидуальном питании), углеводов — от 87 до 46% (у орочей), аскорбиновой кислоты — от 33 до 8% (у нанайцев).

Энергетическая ценность суточного рациона у подростков обеих этнических групп в условиях организованного питания в среднем составляет $9135,06 \pm 462,01$ кДж, т. е. 68,2% от возрастного нормативного показателя. В условиях индивидуального питания у подростков-нанайцев — $5700,14 \pm 596,94$ кДж, у орочей — $5222,26 \pm 443,55$ кДж, у пришлых — $5770,18 \pm 637,66$ кДж (42,5, 39,0 и 43,1% соответственно от возрастного нормативного показателя).

Таким образом, выявлена хроническая субстратно-энергетическая недостаточность, связанная с отсутствием этнического, возрастного, полового и экологического адаптивного рациона питания юношей коренного и пришлого населения.

Определено, что при организованном питании ОШ развития болезней органов дыхания, мочеполовой системы, крови, кровеносных органов, инфекционных и паразитарных болезней значительно выше в группе юношей из коренного населения по сравнению с пришлыми, в т. ч. и городского.