



## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

© С.И.СУШИЛЬНИКОВ, 2016  
УДК 614.882 «1941–1945»

**Сушильников С.И. (sushilnikoff@mail.ru)** – Об эвакуации раненых и больных воздушным транспортом в годы Великой Отечественной войны.

Главное военно-медицинское управление МО РФ, Москва

*Раскрыта организация эвакуации раненых и больных по воздуху в различные периоды Великой Отечественной войны. Представлены данные по организации и объему эвакуации санитарным воздушным транспортом и транспортной авиацией в отдельных фронтовых операциях, типам самолетов санитарной авиации и их использованию.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* лечебно-эвакуационные мероприятия, медицинская эвакуация, санитарная авиация, транспортная авиация.

*Sushilnikov S.I. – About airevacuation of the wounded and sick during the Great Patriotic War. Explored the topic on organizing evacuation of the wounded and sick by air at different periods of the Great Patriotic War. The data on the organization and scope of sanitary evacuation and air transport aircraft in separate front-line operations, the types of aircraft air ambulance and their use.*

*К е y w o r d s:* medical-evacuation activities, medical evacuation, sanitary aviation, transport aviation.

«Санитарная авиация, впервые примененная для эвакуации раненых в больших размерах в масштабе боевых действий армейской группы, оказалась наиболее щадящим видом санитарного транспорта. Ее влияние на организацию системы этапного лечения с эвакуацией по назначению исключительно велико», – писал в 1979 г. выдающийся отечественный организатор военного и гражданского здравоохранения Е.И.Смирнов.

Бурное развитие санитарной авиации в стране за период, предшествовавший *Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.*, в последующем определило ее широкое использование для медицинской эвакуации в годы войны. В этот период создаются различные типы санитарных самолетов, санитарная авиация значительно выросла количественно и к началу войны медицинская служба уже имела около 350 самолетов санитарной авиации различных типов: С-1, С-2, С-3, К-3, К-5, ПС-84 (см. рисунок). Имелся практический опыт использования санитарной авиации в условиях вооруженного конфликта. Так, в ходе Советско-финляндской войны зимой 1940 г. самолетами указанных типов было эвакуировано до 12 тыс. раненых и больных.

*Первый период* войны (июнь 1941 – октябрь 1942 г.) характеризовался быстрой сменой обстановки, преимущественно отступлением Красной армии. Массовое количество раненых затрудняло возможность маневрирования силами и средствами медицинской службы.

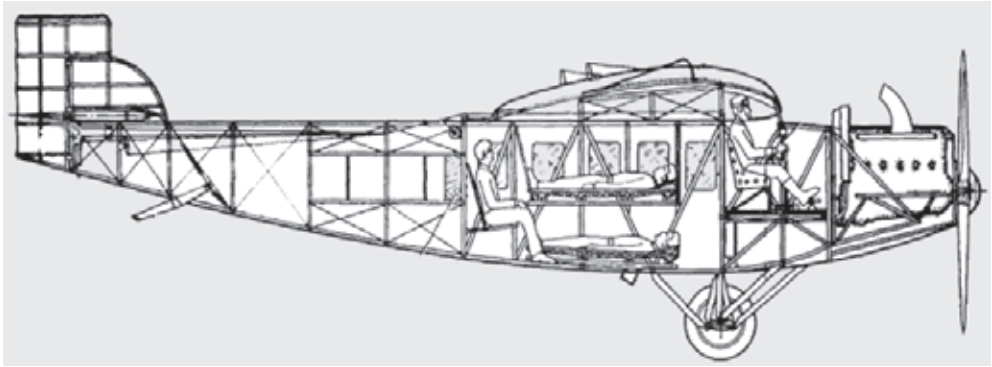
Возникла необходимость быстрой эвакуации раненых с передовых этапов медицинской эвакуации. Вблизи районов развертывания медико-санитарных батальонов

оборудовались посадочные полосы. Раненые, получившие медицинскую помощь, направлялись в эвакуационное отделение, расположенное рядом со взлетной полосой. Отсюда эвакуация в основном велась в госпитальные базы фронта, рядом с которыми базировались санитарные авиационные эскадрильи или полки. На площадке выгрузки работал медицинский персонал ближайших госпиталей, там же сосредоточивался автомобильный транспорт для доставки раненых в госпитали.

В этот период наиболее интенсивной была работа санитарной, а также военно-транспортной авиации Ленинградского и Калининского фронтов. К примеру, из блокадного Ленинграда 37% всех эвакуированных были транспортированы самолетами, обратными рейсами транспортной авиации из города были эвакуированы 53 тыс. ленинградцев и более 9 тыс. раненых.

На Калининском фронте также активно работала санитарная авиация: с ноября 1941 по июнь 1942 г. было эвакуировано 3943 тяжело раненых и тяжело больных. Доставлено 4818 л консервированной крови, 63,6 т медицинского имущества и более 95 т других грузов.

Успешное проведение крупных наступательных операций Красной армии во *второй период* войны (ноябрь 1942–декабрь 1943 г.) позволило в более благоприятных условиях осуществлять санитарную эвакуацию. Главным образом авиамедицинская эвакуация в этот период велась «по назначению». Эвакуации в первую очередь подлежали контингенты раненых, нуждавшихся в специализированной помощи – нейро-



Компоновочная схема санитарного самолета К-3 (конструкции К.Калинина)

хирургической, челюстно-лицевой, торакоабдоминальной и травматологической.

К ноябрю 1943 г. были сформированы санитарные авиационные полки, оснащенные самолетами типа С-2, С-4. Командир полка подчинялся непосредственно начальнику Военно-санитарного управления фронта, а по специальности — командующему воздушной армией.

В районах размещения большинства этапов медицинской эвакуации, между которыми курсировали санитарные самолеты, имелись подготовленные посадочные площадки. Работа авиации планировалась заранее, эвакуация раненых и больных проводилась по заявкам санитарных управлений армий. Самолеты также выполняли доставку медицинского имущества и продовольствия. Командир эскадрильи (полка) устанавливал связь с начальником санитарного отдела армии, уточнял места расположения посадочных площадок и вероятное количество раненых, требующих эвакуации.

Авиационный транспорт успешно применялся при обороне Кавказа осенью 1942 г. Так, занимавшая позиции на Марухском и Клухорском перевалах 394-я стрелковая дивизия получала материальные средства по воздуху. За период с сентября 1942 по февраль 1943 г. в дивизию самолетами доставлено более 5 т различных грузов, в т. ч. медицинское имущество, а обратными рейсами было эвакуировано до 7 тыс. раненых.

Значительный опыт в организации массовой эвакуации раненых и больных был получен санитарной авиацией в период Курской наступательной операции. В ходе подготовительного периода к операции из Курска было транспортировано по воздуху в район Ельца около 16 тыс. раненых, а в ходе самой операции — более 20 тыс. раненых и больных.

В *третий период* войны (январь 1944–1945 г.) для обстановки на фронте были ха-

рактерны «крылья», «коридоры», окруженные и изолированные узлы и районы сопротивления противника. Наступление наших войск часто сопровождалось действиями в тылу врага. На участках, где проходимость дорог была резко снижена для автомобильного и гужевого транспорта, напряженно работала санитарная авиация.

Малые санитарные самолеты типа С-1, С-2, С-3, не требовавшие подготовленных аэродромов, использовались в основном для эвакуации раненых из дивизионных медицинских пунктов и полевых подвижных госпиталей в лечебные учреждения армейского и фронтового тыла. Средние и большие самолеты (Ли-2, Ще-2) эвакуировали раненых и больных из лечебных учреждений армейского и фронтового тыла в глубь страны.

В третий период войны объем эвакуации в госпитальные базы фронтов по сравнению со вторым увеличился, а в лечебные учреждения внутреннего района страны — сократился. Так, объем эвакуации из армий в госпитальные базы фронтов составил в 1944 г. 133%, а за пределы фронтов — 66% по сравнению с 1943 г. В период проведения Кировоградской, Корсунь-Шевченковской и Уманской операций в январе–апреле 1944 г. в результате стремительного продвижения войск 2-го Украинского фронта последние оторвались от железнодорожных коммуникаций, а весенняя распутица сделала дороги практически непроходимыми. За этот период авиационным транспортом в лечебные учреждения фронта было эвакуировано 1750 раненых и больных. В этот же период Главное военно-санитарное управление Красной армии организовало переброску на транспортных самолетах 6 госпиталей на 2700 коек.

В ходе Белорусской наступательной операции вспомогательной авиацией воздушной армии за июль–август 1944 г. было эвакуировано до 5 тыс. раненых и больных и перевезено более 95 т различных грузов.



В период боевых действий на Дальнем Востоке в 1945 г. глубина фронта во время Маньчжурской операции составляла 500–800 км, а протяженность достигала 5 тыс. км. Горно-лесистая, пустынная местность и плохие дороги приводили к отставанию медицинских подразделений от наступающих войск. Медико-санитарные батальоны делились на две, а иногда и на три части. В ряде случаев полевые подвижные госпитали приходилось доставлять по воздуху. На Забайкальском фронте за всю операцию с помощью авиации было эвакуировано из дивизионных медицинских пунктов и армейских госпиталей до 50% раненых и больных, причем наилучшие результаты получены при совместном использовании «легких» и «тяжелых» самолетов. Малые санитарные самолеты перевозили раненых на расстояния до 250

км в госпитальные базы армии и фронта, а самолетами Ли-2 раненых доставляли в тыл страны на расстояния свыше 600 км.

Особенно отчетливо проявилась необходимость практического использования средств медицинской эвакуации, в т. ч. воздушных. К концу войны медицинская служба имела четкие представления о том, кого, куда и каким транспортом нужно эвакуировать. Была создана стройная система наращивания сил и средств медицинской службы, включая и санитарную авиацию. Доля раненых и больных, эвакуированных по воздуху в годы войны, составила 13% общего количества эвакуированных всеми видами транспорта. Накопленный медицинской службой опыт в годы Великой Отечественной войны послужил базой для дальнейшего развития санитарной авиации в стране и Вооруженных Силах.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016

УДК 616.613-003.7-031.5-08

**Чернышев И.В.** ([ivchernyshev@fgu-obp.ru](mailto:ivchernyshev@fgu-obp.ru))<sup>1</sup>, **Коридзе А.Д.** ([koridze63@mail.ru](mailto:koridze63@mail.ru))<sup>2</sup>, **Керницкий А.И.** ([doctor1963@mail.ru](mailto:doctor1963@mail.ru))<sup>2</sup>, **Швангирадзе И.А.** ([takochi@list.ru](mailto:takochi@list.ru))<sup>2</sup> – Выбор оптимальной тактики лечения двустороннего коралловидного нефролитиаза.

<sup>1</sup>Объединенная больница с поликлиникой Управления делами Президента РФ, Москва; <sup>2</sup>Филиал № 1 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область

*Проведено сравнение результатов хирургического лечения 115 пациентов с билатеральным коралловидным нефролитиазом. По послеоперационным результатам и длительности госпитализации лучшие результаты отмечены при перкутанной нефролитолапаксии. Максимальное количество случаев удаления коралловидного фрагмента полностью достигалось при открытых оперативных вмешательствах, однако при этом длительность госпитализации гораздо больше, чем при перкутанных и комбинированных операциях, остается высоким риск развития осложнений.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* коралловидный нефролитиаз, перкутанная нефролитолапаксия, тактика лечения, качество жизни.

*Chernyshev I.V., Koridze A.D., Kernitskii A.I., Shvangiradze I.A. – Selection of optimal treatment tactics for bilateral dendritic nephrolithiasis. A comparison of the results of surgical treatment of 115 patients with bilateral dendritic nephrolithiasis is performed. According to postoperative results and hospitalization duration the best results were achieved in case of percutaneous nephrolithocentesis. The maximum number of cases complete removal of dendritic fragment was achieved by the open surgery, but hospitalisation lasts more than by percutaneous and combined surgery, high risk of developing complications remains.*

*К е у w o r d s:* bilateral dendritic nephrolithiasis percutaneous nephrolithocentesis, treatment tactics, quality of life.

Наиболее сложной формой мочекаменной болезни является *коралловидный нефролитиаз* (КН). Двусторонний КН характеризуется прогрессирующим нарушением анатомии и функционального состояния почек и мочевыводящих путей с переходом в хроническую почечную недостаточность. Выбор наиболее эффективного вида оперативного вмешательства при КН, тактики оперативного лечения у пациентов с двусторонними коралловидными камнями почек остается одной из самых сложных задач для клинициста.

В период 2010–2013 гг. изучены клинические данные 115 больных с двусторонним КН в возрасте свыше 18 лет, в т. ч. женщин – 63,5% ( $n=73$ ), мужчин – 36,5% ( $n=42$ ). Критериями исключения послужили гнойный пиелонефрит, реконструктивные операции на органах мочевыделительной системы в анамнезе. Имели 1-ю степень КН 16 (14%) пациентов, 37 (32%) – 2-ю, 39 (34%) – 3-ю и 23 (20%) пациента – 4-ю. Анализировались исходы хирургического вмешательства, длительность лечения, интра- и ближайшие опера-