

С.В. Кульнев, Б.Н. Котив,
О.А. Крючков, Э.М. Мавренков,

Развитие систем оказания медицинской помощи раненым, больным и пострадавшим в военных конфликтах прошлого и настоящего

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме: Отражен процесс становления и развития систем оказания медицинской помощи раненым, больным и пострадавшим в военных конфликтах, начиная с древних времён до настоящего времени. Освещены такие вопросы, как организация лечения раненых и больных и их эвакуации в армиях Древней Греции, Римской империи, европейских армиях эпох Средневековья и Возрождения, Московского государства, Российской империи, Союза Советских Социалистических Республик и Российской Федерации. Выявлены основные факторы, влияющие на подходы к организации медицинского обеспечения войск (сил) в войнах прошлого и настоящего, а именно: зависимость от конкретных условий боевой обстановки и методов ведения боевых действий; от взглядов военного и политического руководства на роль и место медицинской службы в армии; от уровня развития вооружений и военной техники; от наличия путей и средств медицинской эвакуации; от уровня развития медицинской науки и техники. Отмечен вклад отечественных учёных в совершенствование системы медицинского обеспечения войск (сил): создание В.А. Оппелем теории этапного лечения раненых и окончательное её оформление под руководством Е.И. Смирнова (1941–1945 гг.) в виде системы этапного лечения раненых с эвакуацией по назначению. На основе опыта медицинского обеспечения войск (сил) в ходе военных конфликтов конца XX начала XXI вв. выявлены современные тенденции в развитии данной системы в современной армии России. Установлено, что системы лечения раненых «на месте», дренажная система, система рассейвания раненых и больных и система этапного лечения с эвакуацией по назначению могут существовать параллельно и использоваться в зависимости от конкретных условий боевой обстановки.

Ключевые слова: история и система медицинского обеспечения войск, лечебно-эвакуационные мероприятия, эвакуация раненых и больных, военный конфликт, теория этапного лечения раненых, единая военно-медицинская доктрина.

Не вызывает сомнения тот факт, что медицинская помощь раненым и больным оказывалась в ходе всех войн, которое вело человечество с древнейших времён. Но для того, чтобы процесс оказания медицинской помощи оформился в стройную совокупность взаимосвязанных элементов, образующих определённую целостность, – систему оказания медицинской помощи раненым, больным и пострадавшим в военных конфликтах, потребовался значительный период времени, измеряемый тысячелетиями.

Военная медицина в Древней Индии, Египте, Греции, несомненно, имела место и была высоко развита, о чём можно судить по медицинским трактатам, в которых приводилась подробная классификация ранений на рубленые, резаные, колотые, прободные и ушибленные. В Древней Греции раненые эвакуировались либо на боевых колесницах, либо на специальных повозках для перевозки раненых, либо самостоятельно выдвигались в тыл полевого лагеря или на корабли. Военно-медицинская организация римской армии как система начала складываться с момента основания империи (I в. до н.э.). С некоторыми допущениями, можно утверждать, что была сформирована первая в истории человечества стройная система медицинского обеспечения войск.

Таким образом, в I в. до н.э. в римской армии сложилась система оказания медицинской помощи раненым и больным, включавшая в себя розыск, сбор и вынос раненых с поля боя, эвакуацию их в стационарные лечебные учреждения для прохождения лечения. Функционирование данной системы обеспечивалось строго регламентированной иерархией медицинских чинов, системой подготовки младшего медицинского персонала и жестким государственным контролем.

С распадом Римской империи (476 г. н.э.) стройная система оказания медицинской помощи раненым и больным воинам постепенно деградировала и, в конечном счете, в Европе перестала существовать как таковая. В эпоху Возрождения происходит постепенный отход от формирования армий по принципу ополчения к профессиональным. Стоимость наёмных армий увеличилась, усложнился процесс их комплектования. Поэтому ценность здоровья воина-профессионала приобретает большое значение.

В конце XV в. предпринимаются первые попытки подвергнуть систематизации оказание медицинской помощи в ходе войн. Так, в 1487 г. в испанской армии во время осады Малаги создаётся первый в

Европе полевой военный госпиталь. В конце XVI в. в связи с формированием регулярной испанской армии издаётся первый европейский руководящий документ, регламентирующий госпитальное дело в войсках, предписывающий создание гарнизонных и войсковых госпиталей, а также выделение для военных нужд резервных палат в гражданских больницах. Во французской армии издаётся первый регламент об оказании помощи раненым (1591), создаются полевые подвижные и неподвижные госпитали. В германской армии в штат вводятся должности военных врачей, которые, впрочем, выполняли только лечебную, но отнюдь не организаторскую функцию. Однако при всех положительных моментах данных реформ, лечебно-эвакуационные мероприятия в европейских армиях принципиально мало чем отличались от принятых в древнегреческой. Раненые по-прежнему эвакуировались по принципу «с собой», т. е. следовали вместе с обозом армии.

В русском государстве процесс формирования подходов к организации оказания медицинской помощи раненым воинам в целом шёл в канве европейской научной и военной мысли. Так же как и в Европе, это было связано с созданием профессиональной армии – «полков иноземного строя» (XVII в.) [12].

В первом русском воинском уставе (1621), который во многом копировал немецкое руководство по военному делу, имеются упоминания о необходимости наличия лекаря в войсках, его оснащении, порядке финансирования, подчиненности и оказания медицинской помощи.

Система оказания медицинской помощи раненым и больным соответствовала тактике ведения боевых действий того времени. Низкая мобильность армий, решение исхода войны в ходе одного – двух главных сражений вкупе с низким уровнем медицинских знаний и малочисленности врачебного персонала в войсках, а также отсутствие соответствующей инфраструктуры не требовали эвакуации раненых на сколь-нибудь значительные расстояния.

Наиболее оптимальным в таких условиях была организация лечения до полного определения исхода ранения в монастырях, расположенных в непосредственной близости от места сражения. Также практиковалось выделение денег от государства «на лечбу ран и на зелье». В таком случае раненый размещался на постой в частных домах в близлежащих населенных пунктах и самостоятельно оплачивал услуги местного врача. Исключение составляли только легкораненые, которые следовали со своими войсками. Такая система оказания медицинской помощи получила название «лечение раненых на месте». В таком примитивном виде лечение раненых организовывалось только в случае благоприятного исхода сражения, незначительной величины санитарных потерь и при наличии соответствующей материальной базы. В иных ситуациях раненые транспортировались в крупные города, зачастую на

значительные расстояния. Ярким примером тому служит Чигиринский поход русской армии (1678), когда часть раненых была эвакуирована на расстояние порядка 1 тыс. километров (в Москву). К этому моменту относится создание в России первого военного временного госпиталя. В ходе следующей военной кампании (1-й Азовский поход (1695)) в целях медицинского обеспечения войск одновременно с главными силами из Москвы отправляется «дохтурский струг и 9 стругов для больных» [1].

К концу XVII в. предпринимаются первые попытки наладить учёт раненых и больных, что является неотъемлемым элементом системы оказания медицинской помощи раненым и больным, без которого невозможно её функционирование.

В XVIII в. происходит дальнейшее совершенствование системы лечебно-эвакуационных мероприятий. В 1716 г. был издан «Воинский устав», 33-я и 34-я главы которого полностью посвящены военной медицине. Фактически в нём были сформированы основные принципы создания медицинской службы русской армии. Среди слабых мест «Устава ...» было почти полное отсутствие описания порядка оказания медицинской помощи в ходе боя, которое ограничивалось лишь несколькими общими фразами о порядке подчиненности и месте доктора (лекаря) в боевых порядках и обязанностью лечить «со всем тщанием» [8].

Оказание первой медицинской помощи раненым на поле боя изначально запрещалось, равно как и их вынос, что было обусловлено тактикой ведения боевых действий, когда поражение противника достигалось не за счет прицельной стрельбы (ружья были не совершенны), а за счёт кучности, что в свою очередь достигалось плотным строем стрелков. В такой обстановке оказание помощи раненому товарищем и тем более его вынос ставили под угрозу выполнение боевой задачи подразделением.

Основными медицинскими учреждениями действующей армии были госпитали, создававшиеся у больших трактов, судоходных рек, в крупных населенных пунктах. Обычно они развертывались вблизи государственных границ и именовались «пограничными». Главной задачей пограничных госпиталей был прием тяжелооболыхных из полков при следовании армии на генеральное сражение. Они не имели определенной организационно-штатной структуры, их емкость определялась фактической потребностью и соответствовала, примерно, 5% общей численности армии. Медицинские чины назначались в них из полков. В первой трети XVIII в. ввиду отсутствия в армии системы подвоза планомерная эвакуация раненых и больных не практиковалась. Армию в походах по-прежнему не сопровождали штатные военные госпитали, вследствие чего легкораненые и легкобольные перевозились за ней в обозах. Тяжелораненые и тяжелооболыхные, а также часть медицинских чинов и медицинского имущества оставались в так называемых больших ретрашментах, воздвигаемых

на коммуникациях и занимаемых небольшими военными гарнизонами. Отсюда раненые и больные вывозились при возвращении армии из похода в пограничные госпитали.

Перевозка за армией значительного числа раненых и больных ограничивала её манёвренность и приводила к огромной смертности. Оставление наиболее тяжёлых раненых и больных в ретрашментах отчасти облегчало её перемещение, но лишь усложняло оказание медицинской помощи, так как находящиеся там медицинские чины возвращались в свои подразделения только после окончания похода. Чем дальше армия продвигалась, тем меньше в ней оставалось врачей. Все это побудило генерал-штаб-доктора русской армии П.З. Кондоиди разработать проект подвижного госпиталя (1737). Это было громоздкое учреждение на 6 тыс. мест. При нем надлежало быть всем докторам и штаб-лекарям, половине всех полковых лекарей. Несмотря на то, что в реальных боевых условиях такой госпиталь применялся лишь единожды – в 1739 г., во второй половине XVIII в. для эвакуации большого числа раненых формировались транспорты, по своей структуре напоминающие походный госпиталь П.З. Кондоиди.

В целом в войнах второй половины XVIII в. отчетливо определилась тенденция к организации эвакуации раненых и больных из действующей армии. В русской армии XVIII в. эвакуация раненых осуществлялась в «генеральные полевые госпитали», дислоцировавшиеся на оккупированной или своей территории, как правило, на значительном удалении от места сражения. Кроме этих госпиталей, для лечения заболевших в пути создавались этапные лазареты на путях выдвижения рекрутских партий и полевые временные госпитали, которые развёртывались по маршруту похода войск. Размещаясь по линиям, они образовывали своеобразную цепочку временных лечебных учреждений.

В ходе Семилетней войны 1756–1763 гг. предпринимаются первые попытки пополнения армии не только за счет мобилизационных ресурсов, но и личным составом, восстановившим боеспособность после ранения или заболевания. Это выражалось в оставлении легкораненых и легкобольных в пределах армии до их полного излечения и в создании при госпиталях специальных команд из числа выздоравливающих.

Таким образом, в XVIII в. в русской армии активно развивается лечебно-эвакуационная система. С одной стороны, она была еще далека от идеала, но, с другой, в полной мере отвечала вызовам своего времени. По сути, основные элементы системы медицинского обеспечения войск уже сформировались.

Существенные изменения в этом направлении произошли в начале XIX в. В 1805 г. управление военным здравоохранением организационно отделяется от гражданского и переходит в ведение военного министерства.

Среди положительных моментов было составление главным инспектором по медицинской части армии

Я.В. Вилье «Положения об учреждении полевых госпиталей и больниц при соединенной армии» (1805) – первого руководящего документа, определявшего виды полевых лечебных учреждений, порядок их формирования и задачи в ходе боевых действий. Тогда же упорядочивается организация эвакуации раненых из лазаретных обозов в подвижные госпитали. В частности, каждому эвакуируемому выдавался специальный «билет», в котором, помимо личных данных, указывалось краткое описание истории болезни и «употребляемый образ лечения». По своей сути это был прообраз современной медицинской карточки передового района.

«Положением ...» впервые официально определялись подходы к сортировке раненых. На лазаретные обозы (дивизионное звено медицинской службы) возлагалась обязанность разделения поступивших из полков раненых и больных на легкораненых и нетранспортабельных (они оставались в обозе) и тех, кого необходимо эвакуировать в подвижный госпиталь. При этом были определены четкие критерии сортировки.

Организация лечебно-эвакуационного обеспечения войск оформилась в достаточно стройную систему в ходе Отечественной войны 1812 г. и заграничного похода русской армии (1813–1815 гг.). Все временные военные госпитали разделялись на развозные, подвижные и главные. Задачи развозных госпиталей не отличались от таковых у лазаретных обозов. Подвижные госпитали располагались в несколько линий. Существенной особенностью сложившейся лечебно-эвакуационной системы являлось недопущение эвакуации легкораненых далее, чем в подвижные госпитали 2-й линии. Именно этот факт лёг в основу названия в современной литературе данной системы как «дренажной».

Вследствие развития медицинской науки наблюдается тенденция к выделению в составе госпиталей отдельных палат для тех, у кого развилась анаэробная инфекция и инфекционных больных. Эвакуацию инфекционных больных предполагалось проводить отдельно. Кроме того, впервые уделяется серьезное внимание манёвру силами и средствами медицинской службы. Отделения подвижных госпиталей должны были располагаться так, чтобы «по первому приказу могли соединиться для совокупной помощи какому-либо войску»; внедряется в рутинную практику составление планов медицинского обеспечения боевых действий армий перед сражениями [6]. В то же время сохранялось положение дел, когда госпитали не имели штатной структуры. В развозные госпитали для работы привлекался медицинский персонал из полков, а в подвижные – из частей резерва.

Кроме вышеперечисленных типов госпиталей, на путях эвакуации развёртывались станции – промежуточные этапы медицинской эвакуации, находившиеся на расстоянии суточного перехода конного транспорта (примерно 30 км), имевшие в своем составе лекаря,

фельдшера и медицинское имущество, достаточное для оказания неотложной медицинской помощи.

В дальнейшем, во многом благодаря накопленному опыту в ходе военной кампании 1812–1815 гг., система медицинского обеспечения русской армии претерпевает ряд значительных положительных изменений. Среди них: окончательное осознание объективной необходимости эвакуации раненых и больных из района боевых действий, а также за пределы действующей армии; организационно-штатное оформление полевых лечебных учреждений; создание резервных военно-медицинских учреждений и неприкосновенных запасов, обеспечивающих развертывание в военное время полевых лечебных учреждений [5].

Достижения медицинской науки второй половины XIX в. самым положительным образом сказались на организации медицинского обеспечения войск. Широкое внедрение методов асептики и антисептики позволило резко снизить послеоперационную смертность (в среднем до 2%). Внедрение методов ингаляционного обезболивания создало все условия для проведения хирургических операций при ранениях, которые в начале века считались смертельными.

В конце XIX в. для эвакуации раненых и больных во всё больших масштабах начинает применяться железнодорожный транспорт. Формируются военно-санитарные поезда. Значительно возросшие масштабы эвакуации раненых и больных побудили к созданию межведомственных коллегиальных органов, координирующих организацию этого процесса – эвакуационных комиссий. В местах расположения таких комиссий развёртывались военно-временные госпитали и лечебные учреждения Красного Креста. Такие группы госпиталей, находившихся под единым управлением, получили названия эвакуационных пунктов. До конца XIX в. система оказания медицинской помощи раненым и больным продолжала носить дренажный характер, когда раненый последовательно проходил через ряд этапов медицинской эвакуации, а в дальнейшем эвакуировался в тыловые госпитали.

В войнах начала XX возросшая величина санитарных потерь и неспособность государства пополнять армию исключительно мобилизационными ресурсами впервые заставили военное министерство обратить внимание на санитарную службу как на немаловажного поставщика личного состава. Возникает понимание того, что для реализации этой идеи необходимо изменить порочную практику устранения военных врачей от управления всеми аспектами деятельности медицинской службы. Так, в 1902 г. военный министр А.Н. Куропаткин представил императору доклад с предложением «начать пересмотр положений по санитарной части с целью постановки врачей во главе всего врачебного дела». Одним из важнейших нововведений в этом отношении стало организационное оформление органа управления медицинской службы частной армии, в рамках которого в ведение началь-

ника санитарной части армии передавались такие функции дежурного генерала, как руководство работой госпиталей и эвакуацией раненых и больных. Ему в полной мере подчинялись все лечебные учреждения, санитарный транспорт и противоэпидемические средства, входившие в состав армии.

Однако эффективность и бесспорная полезность данных реформ снижалась общей некомпетентностью военно-медицинских начальников в области управления и планирования медицинского обеспечения войск, что было обусловлено отсутствием в стране системы подготовки профильных военно-медицинских специалистов. Данное положение дел сохранялось вплоть до 40-х годов XX в.

В ходе русско-японской войны 1904–1905 гг. начинается процесс расчленения органов управления медицинской службы (создание управления начальника санитарной части тыла маньчжурских армий), что было отражением общей тенденции в эволюции форм и методов управления войсками, которая в свою очередь зависела от увеличения численности и усложнения состава вооруженных сил. Опыт русско-японской войны впервые продемонстрировал большое преимущество группового развёртывания госпиталей, которое облегчало специализацию лечебных учреждений, процесс управления и их материально-технического обеспечения. Таким образом, был совершен первый шаг на пути создания госпитальных баз.

В начале Первой мировой войны (1914–1918) положительный опыт, накопленный отечественной медицинской службой, во многом был утрачен. Военное и военно-медицинское руководство, вопреки здравому смыслу, шло по пути копирования военно-медицинской организации западноевропейских армий, приняв решение о ликвидации армейского звена медицинской службы, что не замедлило самым негативным образом сказаться на организации лечения и эвакуации раненых и больных. Всего через 2,5 месяца войны порочность такого решения стала настолько очевидной, что вновь были созданы органы управления медицинской службой армий (санитарные отделы штабов армий). Однако такая система управления, сформированная без учёта значительно усложнившихся методов ведения вооружённой борьбы и невиданного ранее объема санитарных потерь была не способна обеспечить своевременное развёртывание в нужных местах новых для того времени этапов медицинской эвакуации – головных эвакуационных пунктов. Наличие в армейском тылу двух штатных должностей медицинских начальников (начальник головного эвакуационного пункта и начальник санитарного отдела армии), не подчиненных друг другу, но выполнявших разные аспекты одной работы – организации эвакуации раненых и больных, приводило к несогласованным действиям и отсутствию чёткой организации лечебно-эвакуационного процесса [4].

С целью улучшения процесса эвакуации раненых и больных в сентябре 1914 г. вводится должность

Верховного начальника санитарной и эвакуационной части с подведомственным ему управлением. Однако, из-за некомпетентности, безответственности, поверхностности в суждениях, самоуправства, неспособности наладить взаимодействие с санитарной службой фронтов главы этого ведомства А.П. Ольденбургского данное нововведение принесло больше вреда, чем пользы [10].

Отставание России в области автомобильного промышленности также внесло свою негативную лепту в организацию лечебно-эвакуационных мероприятий в войсках. В то время как в европейских армиях создавались автомобильные санитарные отряды для эвакуации раненых, отечественная медицинская служба располагала (по состоянию на 1914 г.) только двумя санитарными автомобилями. Однако благодаря закупкам за рубежом к концу 1917 г. на фронтах в общей сложности действовало 98 санитарно-автомобильных отрядов (1651 автомобиль) [13].

Применение противником химического оружия принципиально не повлияло на процесс эвакуации пораженных, но заставило разрабатывать подходы к организации лечения новой категории санитарных потерь – пораженных отравляющими веществами. Значительный вклад в данное направление внес Г.В. Хлопин.

В ходе Первой мировой войны впервые проводятся научные исследования, посвященные теоретическим аспектам организации системы медицинской помощи раненым и больным на театре военных действий. В.А. Оппель в 1915 г. сформулировал основные положения теории этапного лечения раненых. Она заключалась в том, что лечение и эвакуация есть единый и неразрывный процесс, а лечение ни в коем случае не должно прерываться эвакуацией. Данное направление научных исследований нашло продолжение в трудах Н.А. Вельяминова. В составленной им «Инструкции по организации хирургической помощи раненым на фронте» (1917) был обобщен опыт лечебно-эвакуационного обеспечения русской армии, накопленный в годы текущей войны. Однако вплоть до 30-х гг. XX в. результаты исследований В.А. Опделя и Н.А. Вельяминова на практике применены не были.

В итоге, в ходе Первой мировой войны, отчетливо определилось новое явление в военном искусстве – операция, что повлекло за собой существенные изменения в принципиальном подходе к организации медицинского обеспечения боевых действий войск. Медицинская служба армии начинает строить свою деятельность не вообще, а применительно к задачам войск, решаемым в той или иной операции [11].

Со второй половины 20-х гг. прошлого века проводится коренная реорганизация Советской Армии. Происходит её техническое перевооружение, разрабатывается теория глубокой наступательной операции, основанная на взаимодействии между различными видами и родами войск. Всё это создало предпосылки для реформирования системы медицинского обеспечения. В частности, подвергаются пере-

смотру формы и методы медицинского обеспечения армейских объединений. Значительно возрастают по количеству и составу средства медицинской службы. В штат армий вводятся моторизированные подвижные госпитали, автохирургические отряды и группы медицинского усиления (хирургические, токсикологические, сортировочные), что облегчало манёвр медицинскими силами и средствами. В штат санитарного отдела армии включаются специалисты-консультанты: хирург, терапевт-токсиколог, эпидемиолог.

Опыт военных конфликтов 1939–1940 гг. показал необходимость переподчинения полевых подвижных госпиталей из войскового звена медицинской службы армейскому, включения в состав медицинской службы войсковых объединений средств, обеспечивающих оказание специализированной медицинской помощи раненым в череп, челюстно-лицевую область. Такие идеи высказывались и ранее, но реализованы они не были. Например, Б.К. Леонардов еще в 1921 г. рекомендовал в армейском заградителе-распределителе создавать ряд специализированных отделений. В.А. Оппель в 1930 г. определил основные направления, по которым должна идти дифференциация медицинской помощи на войне и указал, на каких этапах медицинской эвакуации она должна начинаться [2]. В начале 30-х гг. XX в. Я.Н. Кричевский высказал мысль о создании госпиталей для легкораненых.

Идеологом создания новой системы оказания медицинской помощи раненым и больным является Б.К. Леонардов. Анализируя новые условия деятельности медицинской службы, связанные, в частности, с появлением таких санитарно-транспортных средств, как автомобили и самолёты, он пришёл к выводу, что нет никакого смысла перевозить раненых с одного этапа медицинской эвакуации на другой. Он утверждал, что «дренажная система эвакуации «по направлению» должна смениться эвакуацией «по назначению» [9].

Таким образом, к концу 30-х гг. в основном была завершена теоретическая разработка принципиально новой системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск – системы этапного лечения раненых с эвакуацией по назначению. Одним из ведущих принципов этой системы является специализация медицинской помощи.

Крайне неблагоприятные условия первого периода Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. не позволили воплотить в жизнь данные теоретические наработки. Более того, в первые месяцы войны оказание медицинской помощи раненым и больным, а также их эвакуация вынужденно осуществлялась по тем же принципам, что и в войнах конца XIX века. В первые полтора года войны основным проблемным вопросом было неграмотное расположение специализированных госпиталей и отсутствие чёткой эвакуации раненых и больных в соответствии с профилем их ранений (заболеваний).

После коренного перелома в ходе войны (1942) постепенно начали складываться условия для создания

системы специализированной медицинской помощи, которое шло по двум направлениям: по линии изменения организационно-штатной структуры медицинской службы и её отдельных формирований и по линии совершенствования форм организации специализированной медицинской помощи в армейском и фронтовом звене. В итоге к концу войны насчитывалось порядка 16–18 типов специализированных госпиталей против 8, имевшихся в начале.

На формирование системы медицинской помощи раненым и больным существенное влияние оказало создание совместными усилиями организаторов и клиницистов единой полевой военно-медицинской доктрины (1942). Её суть заключалась в наличии чётких единых установок относительно единого понимания всеми военными врачами патогенеза боевой хирургической травмы и терапевтической патологии и подходов к лечению, т.к. их широкое разнообразие, вполне приемлемое в мирное время, в условиях ведения боевых действий недопустимо. Начальник Главного военно-санитарного управления Красной Армии Е.И. Смирнов отмечал: «... ни одна санитарная служба, вступая в войну, не имела единой военно-полевой медицинской доктрины. Мы понимали, что без этого наша санитарная служба не сможет эффективно решать поставленные перед ней задачи, и потому уделили этому вопросу исключительное внимание» [7].

В ходе войны система оказания медицинской помощи раненым и больным, принятая в Советской армии обогатилась рядом новых элементов. В частности, была создана система восстановительного лечения, что позволило возратить в состав действующей армии 8% из числа раненых, перенесших реконструктивные хирургические операции, 36% из них приобрести возможность работать по специальности, а 19% восстановить трудоспособность после переквалификации во время лечения. Была организована служба крови, которая занималась планированием потребности в консервированной крови, вела её учет, организовывала её хранение в полевых условиях. Расширенные показания к гемотрансфузиям за период с 1943 по 1945 г. увеличили масштабы применения переливания крови на этапах медицинской эвакуации более чем в два раза (с 13,4 до 28,6% соответственно) [14].

В середине XX в. достижения научно-технической революции, и прежде всего появление такого нового оружия, как ядерное, заставили кардинально пересмотреть подходы к организации системы оказания медицинской помощи раненым и больным.

Опыт медицинского обеспечения ограниченного контингента советских войск в Республике Афганистан показал, что необходимо техническое переоснащение медицинской службы современными средствами эвакуации. И прежде всего, достаточное количество санитарных самолётов и вертолётных пришло к существенному снижению послеоперационной летальности и частоты инфекционных осложнений,

а также сокращению сроков лечения раненых с проникающими ранениями черепа.

В настоящее время в полной мере сохраняют свою актуальность как положения единой военно-полевой медицинской доктрины, так и принципы этапного лечения раненых с эвакуацией по назначению. В то же время разнообразие условий деятельности медицинской службы в современных военных конфликтах предопределяют необходимость адаптации существующей системы лечебно-эвакуационных мероприятий в войсках (силах) к конкретным условиям боевой и тыловой обстановки. В данном случае основные усилия сосредотачиваются на своевременном и качественном оказании первой медицинской помощи, исчерпывающей предэвакуационной подготовке и скорейшей эвакуации раненых и больных сразу на этап оказания специализированной медицинской помощи, минуя промежуточные этапы медицинской эвакуации. Как правило, такая эвакуация осуществляется авиационным транспортом, оснащенным медицинскими модулями, предназначенными для поддержания жизненно важных функций организма и в сопровождении врачебно-сестринских бригад.

В целом эволюция систем оказания медицинской помощи раненым, больным и пострадавшим имеет историю измеряемую тысячелетиями. Ныне принятая система оказания медицинской помощи раненым и больным в военных конфликтах не является догмой и в последующем неизбежно будет развиваться и изменяться, по мере того как изменятся основные факторы, определяющие её современное состояние.

Литература

1. Будко, А.А. Основные этапы истории военной медицины России / А.А. Будко, Д.А. Журавлев // *Вопр. истории.* – 2007. – № 7. – С. 113–120.
2. Войтенко, М.Ф. Исторический очерк развития организационных форм специализированной медицинской помощи пораженным и больным на войне / М.Ф. Войтенко. – / Л.: ВМА, 1966. – 42 с.
3. Георгиевский, А.С. Исторический очерк развития медицинской службы армейских объединений / А.С. Георгиевский. – Л.: ВМОЛА, 1955. – С. 58–77.
4. Георгиевский, А.С. Исторический очерк развития медицинской службы армейских объединений / А.С. Георгиевский. – Л.: ВМОЛА, 1955. – С. 77–122.
5. Гладких, П.Ф. Военно-госпитальное дело в России. 1608–1917 гг. / П.Ф. Гладких, А.Е. Локтев. – Екатеринбург: Б. и., 2000. – С. 26–53.
6. Гладких, П.Ф. Очерки истории отечественной военной медицины. Медицинская служба русской армии. 1689–1852 гг. / П.Ф. Гладких, О.А. Крючков. – СПб.: Петрополис, 2009. – 280 с.
7. Гладких, П.Ф. Служба здоровья в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. / П.Ф. Гладких, А.Е. Локтев. – СПб.: Дмитрий Буланин, 2005. – 718 с.
8. Змеев, Л.Ф. Первый в России военно-временный госпиталь / Л.Ф. Змеев // *Истор. вестн.* – 1886. – № 7. – С. 102–113.
9. Крючков, О.А. К вопросу о разработке единой полевой военно-медицинской доктрины / О.А. Крючков // *Мат. VII Всерос. конф. с междунар. участием.* – М.: МГМСУМ, 2011. – С. 95–97.
10. Новожилов, Д. Мировая война 1914–1918 гг. / Д. Новожилов // *Энцикл. слов. воен. мед.* – М.: Гос. изд. мед. лит., 1948. Т.3. – С. 1080–1122.

11. Оппель, В.А. Основания сортировки раненых с лечебной точки зрения на театре военных действий / В.А. Оппель // Воен.-мед. журн. – 1915. – № 10. – С. 151–165.
12. Семека, С. Медицина военная / С. Семека // Энцикл. слов. воен. мед. – М.: гос. из-во мед. лит-ры, 1948. – Т. 3. – С. 714–915.
13. Семека, С.А. Автомобильная санитарная рота / С.А. Семека // Энцикл. слов. воен. мед. – М.: Гос. изд. мед. лит., 1946. – Т.1. – С. 44.
14. Чиж, И.М. Вклад медицинской службы в победу в Великой Отечественной войне / И.М. Чиж // Воен.-мед. журн. – 1995. – № 5 С. 8.

S.V. Kul'nev, B.N. Kotiv, O.A. Kriuchkov, E.M. Mavrenkov

Development of medical care for the wounded, sick and injured in military conflicts of the past and present

Abstract. *The reflects the process of formation and development of medical care systems for the wounded, sick and injured in military conflicts, from ancient times to the present. The following issues are covered: the organization of treatment of the wounded and sick and their evacuation in the armies of ancient Greece, the Roman Empire, the European armies of the Middle Ages and the Renaissance, the Moscow State, the Russian Empire, the USSR and the Russian Federation. The main factors that influence the approaches to the organization of medical support for troops (forces) in wars of the past and the present are revealed, namely: dependence on the specific conditions of the combat situation and methods of conducting combat operations; from the views of the military and political leadership on the role and place of medical service in the army; on the level of development of weapons and military equipment; on the availability of ways and means of medical evacuation; on the level of development of medical science and technology. The contribution of domestic scientists to the improvement of the medical support system for the troops (forces) was noted: the creation of V.A. Oppel theory of staged treatment of the wounded and its final design under the guidance of E.I. Smirnov (1941–1945) as a system of staged treatment of the wounded with evacuation for the intended purpose. Based on the experience of medical support of troops (forces) in the course of military conflicts of the late XX early XXI centuries. Revealed modern trends in the development of this system in the modern army of Russia. It was concluded that the systems for treating the wounded «on the spot», the drainage system, the scattering system of the wounded and sick, and the system of staged treatment with evacuation for the intended purpose can exist in parallel and be used depending on the specific conditions of the combat situation.*

Key words: *history, system of medical support of troops, medical-evacuation measures, evacuation of the wounded and sick, military conflict, theory of staged treatment of the wounded, unified military medical doctrine.*

Контактный телефон: 8 (812) 329-71-79; mail: vmeda-nio@mil.ru