РАЗДЕЛ XXXIV. ИСТОРИЯ

Меараго Ш.Л., Цымбал А.Н.

Медицинская эвакуация – исторический ракурс

*ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова»**(Россия, Санкт-Петербург)**doi: 10.18411/lj-07-2021-194***Аннотация**

В статье рассматриваются проблемы медицинской эвакуации, ее зарождение и развитие в войнах. Представлены разные системы эвакуации раненых и больных на театре военных действий, а именно система рассеивания, система этапного лечения В.А. Опделя.

Ключевые слова: медицинская эвакуация, объем эвакуации в войсках, система развоза раненых и больных, система рассеивания.

Abstract

The article deals with the problems of medical evacuation, its origin and development in wars. Various systems of evacuation of the wounded and sick in the theater of military operations are presented, namely the dispersal system, the system of staged treatment of V.A. Oppel.

Keywords: medical evacuation, the volume of evacuation in the troops, the system for the delivery of the wounded and sick, the dispersal system.

В своем развитии медицинская эвакуация (МЭ) прошла большой и сложный путь. О проблемах МЭ в прошлые войны мы знаем по трудам Н.И. Пирогова (Крымская и последняя турецкая войны), Н.Н. Бурденко (Русско-Японская и Первая мировая войны), Е.И. Смирнова (Великая Отечественная война). Вспомним историю: огромные скопления раненых и больных в Севастополе в Крымскую войну и высокую смертность из-за отсутствия врачей и санитарных повозок; «эвакуацию, во что бы то ни стало» и бездействие передовых хирургических этапов в Русско-Японскую войну; эвакуацию раненых летом 1941 г. из-под Выборга в Ленинград на носилках, погрузку раненых в военно-санитарные поезда без плацкарт под бомбежками и артобстрелом и многое другое [1].

При зарождении военной медицины эвакуация раненых и больных осуществлялась, преимущественно стихийно, не организовано; специальные транспортные средства для перевозки раненых отсутствовали; раненые отправлялись к местам постоянного расквартирования войск на провиантских повозках или транспорте, реквизируемом у местного населения. В дальнейшем эвакуация приняла более организованный характер: для перевозки раненых и больных стали формироваться санитарные транспорты, сопровождаемые медицинским составом (в русской армии, согласно госпитальному регламенту 1736 г., один лекарь выделялся на 200 раненых и больных); в местах ночлега была организована раздача раненым горячей пищи и оказание им необходимой медицинской помощи; в конце XVIII в. и в начале XIX в. появились транспортные средства, специально приспособленные для перевозки раненых (лазаретные повозки русской армии, шестерочная повозка Перси, санитарные фуры прусской армии), которые, однако, не получили широкого применения в войсках.

Во время Отечественной войны 1812 г. на путях эвакуации для обслуживания эвакуируемых раненых и больных стали заблаговременно оборудовать «станции»

(промежуточные этапы). Так, во время Бородинского сражения было организовано три таких «станции» на расстоянии примерно одного суточного перехода одна от другой. На всех промежуточных станциях генерал-интендант должен был организовывать питание раненых и больных: назначать комиссариатских чиновников, снабжать их продуктами питания (хлеб, мясо, вино) таким образом, «чтобы по приходе каждого транспорта от первой до последней станции удовлетворены были они на одной от комиссариатских чиновников всем тем, что больному в его положении нужным от медицинских чиновников призвано будет».

Как указывал Н.И. Пирогов в Севастопольских письмах, «самая ужасная вещь - это недостаток транспортных средств, отчего больные постоянно накапливаются в различных местах, должны поневоле оставаться иногда целые дни и ночи на полу, без матрасов и без белья и терпеть от перевозки в тряских телегах и по сквернейшей дороге; от этого самые простые раны портятся и больные еще более заболевают».

Только во второй половине XIX в. произошли значительные изменения в организации медицинской эвакуации. Стало очевидным, что надлежащая организация медицинской помощи раненым и больным возможна при условии их систематической эвакуации на большее или меньшее удаление от района боевых действий с последующим рассредоточением в большом количестве лечебных учреждений. Возникновение и развитие железнодорожного сообщения позволили использовать этот вид транспорта для эвакуации раненых и больных на большие расстояния.

Впервые железные дороги были использованы для медицинской эвакуации во время Итальянской войны 1859 г.; по свидетельству Ипполита Ларрея (сына), сопровождавшего Наполеона III на театр военных действий в качестве лейб-медика, «при содействии железных дорог эвакуация производилась очень быстро». Особенно широкое распространение железнодорожная эвакуация получила со времени гражданской войны в США 1861-1865 гг., Франко-прусской войны 1870-1871 гг. и Русско-Турецкой войны 1877-1878 гг. Для транспортировки раненых были созданы специальные санитарные поезда, кроме того, значительное число раненых эвакуировалось в так называемых импровизированных или временных санитарных поездах, формируемых на месте из обратного порожняка железнодорожных вагонов [2].

Увеличившийся объем эвакуации вызвал необходимость создания особых эвакуационных органов (эвакуационные комиссии), руководящих всем делом эвакуации раненых и больных из района военных действий. Эвакуационные комиссии обычно состояли из представителей военного командования, военно-санитарного ведомства, органов военных сообщений и общественных организаций (Красный Крест). Во главе эвакуационной комиссии находился строевой генерал или офицер, подчинялась она не органам управления медицинской службы, а соответствующим отделам штаба (эвакуационный отдел, отдел военных сообщений и т.п.). Таким образом, эвакуация раненых и больных строилась в отрыве от лечебного процесса, осуществляемого органами медицинской службы, и рассматривалась военным командованием не как функция медицинского порядка, а как чисто военное мероприятие, предпринимаемое для максимального освобождения войск от утративших боеспособность бойцов. В результате такого «извозчичьего» подхода и отсутствия надлежащей сортировки эвакуация раненых и больных часто была нерациональной и вследствие этого теряла свой медицинский характер. Подобный порядок транспортировки раненых и больных, в отличие от истинной медицинской эвакуации, когда в равной мере должны учитываться требования военного и медицинского порядка, Е.И. Смирнов называл системой «развоза».

Существенный вклад в разработку медицинских основ эвакуации раненых и больных из района военных действий в тыл страны внес основоположник военно-

полевой хирургии Н.И. Пирогов, предложивший и применивший на практике во время Крымской войны 1853-1856 гг. систему, названную им «системой рассеяния».

Анализ организации эвакуации раненых и больных в Крымскую, Франко-прусскую и Русско-турецкую войны позволил Н.И. Пирогову определить следующие ее важные принципы.

Во-первых, сортировка раненых и больных. Она предполагала разделение раненых на пять категорий: безнадежные, т.е. «смертельно раненые» (они подлежат оставлению на месте в особых отделениях); тяжело и опасно раненые, требующие безотлагательной помощи; тяжелораненые, требующие «неотлагательного, но более охранительного пособия»; раненые, для которых непосредственное хирургическое пособие необходимо только для того, чтобы сделать возможной их транспортировку; легкораненые, остающиеся в действующей армии.

Во-вторых, создание в тылу страны необходимой лечебной базы для приема, размещения и лечения раненых и больных, особенно «складного места», этого прообраза сортировочного госпиталя.

Наблюдая за эвакуацией раненых и больных в упомянутых войнах, Пирогов пришел к убеждению, что в военное время в тылу страны нужно установить «границы эвакуации» путем создания эвакуационных районов. В каждом из них организовать эвакуационную комиссию, в распоряжении которой следует иметь достаточно крупные по коечной емкости госпитальные средства.

В-третьих, обеспечение эвакуации раненых и больных специальными силами и средствами. Эвакуации подлежит примерно 50% из них, причем в сопровождении медицинского персонала. Эвакуация - это не простая перевозка раненых и больных, а мероприятие медицинское, в пути они нуждаются в медицинской помощи и лечении. Для этого должны быть созданы врачебно-транспортные команды во главе с опытными врачами.

В-четвертых, четкая организация эвакуации. Основную роль в организации эвакуации раненых и больных с театра военных действий в тыл страны должны играть эвакуационные комиссии, состоящие из врачей, представителей военной администрации и местных властей. Помимо комиссий, находящихся в определенном эвакуационном районе, должна быть создана также главная эвакуационная комиссия, которая руководит эвакуацией раненых и больных [3].

Эвакуация раненых и больных во время Русско-Японской войны 1904-1905 гг., в особенности до создания сборных пунктов, имела много серьезных недостатков. Транспортировка раненых на главные перевязочные пункты, а затем в ближайшие полевые подвижные госпитали, по мнению Р.Р. Вредена, главного хирурга Маньчжурской армии, являлась наиболее слабой стороной военно-санитарной службы. «Наши безрессорные двуколки, - утверждал он, - вовсе не пригодны для перевозки раненых» [4]. А доктор Л. Пуссеп пояснял: «Страшная тряска, мучительное подбрасывание на кочках превращают легкораненых в раненых тяжело, а тяжелораненые прибывают в госпиталь безнадежными» [5].

Организация медицинской эвакуации в русской армии во время Первой мировой войны 1914-1918 гг. не подверглась существенным изменениям. Продолжался отрыв эвакуации от лечебной деятельности медицинской службы, а в связи с этим нецелесообразный порядок эвакуации части раненых и больных и несвоевременное оказание последним медицинской помощи.

По существу Русская армия не имела единой медицинской службы, отвечающей за весь лечебно-эвакуационный процесс, руководящей лечением и эвакуацией на театре военных действий и в тылу [6].

В условиях приоритета руководимого «строевым элементом» и проводимого по принципу «во что бы то ни стало» эвакуационного процесса умножались страдания

выбывших из строя раненых и заболевших, из числа которых пополнялись скорбные ряды безвозвратных потерь и инвалидов [7].

Наиболее радикальной мерой по приближению хирургической помощи к раненым явилось выдвижение профессором В.А. Оппелем принципа их этапного лечения. Впервые об этом принципе он упомянул в статье «Основания сортировки раненых с лечебной точки зрения на театре военных действий», опубликованной в октябрьском за 1915 г. номере «Военно-медицинского журнала». В ней он писал: «Принцип такого этапного лечения, насколько я понимаю, заключается в следующем: раненый получает нужную ему помощь - выражается ли она перевязкой, наложением неподвижной повязки, более или менее сложной операцией - тогда и там, где и когда необходима такая помощь. Передвижение раненых в виде правила допустимо тогда, когда оно не сопряжено с явной опасностью ухудшения в состоянии здоровья раненого» [8].

Развитие автомобильного транспорта в период, предшествовавший Первой мировой войне, в особенности во время войны, позволило широко использовать его для целей медицинской эвакуации. Создаются различные типы санитарных автомобилей, во всех армиях воюющих стран возникают формирования автосанитарного транспорта (автосанитарные отряды, автомобильные санитарные колонны и т.п.) (табл. 1).

Таблица 1

*Эвакуация раненых автомобильным транспортом в Первую мировую войну
(французская армия)*

Год	Кол-во автосанотделений (20 машин в каждом)	Кол-во перевезенных ими за год
1914	25 (сентябрь)	479 685
1915	-	1 884 832
1916	120 (январь)	2 982 075
1917	150 (январь)	2 147 957
1918	190 (апрель) 206 (ноябрь)	3 185 396

Чрезвычайно важный этап в развитии системы лечебно-эвакуационного обеспечения (ЛЭО) войск - эвакуация по назначению. Вопрос о необходимости организации эвакуации по назначению теоретически обосновал Б.К. Леонардов. Впервые принцип эвакуации по назначению он сформулировал еще в 1931 г. в статье «Оборонные задачи советской хирургии». Позже, развивая свои взгляды на эвакуацию по назначению, он писал, что изменившееся оснащение военно-медицинской службы, в частности замена санитарной двуколки быстроходными видами санитарного транспорта - санитарным автомобилем и санитарным самолетом, - неизбежно должно изменить систему лечебно-эвакуационного обеспечения войск: «Учение об этапном лечении, вчера казавшееся нам, несомненным достижением в методике полевой лечебной работы, на котором строится наша хирургическая готовность, завтра перестанет нас удовлетворять» [6].

Опыт Великой Отечественной войны показал, что одной из важных задач эвакуации является правильное распределение эвакуируемых между этапами медицинской эвакуации (лечебными учреждениями) с тем, чтобы обеспечивать наиболее четкую эвакуацию по назначению и не допускать перегрузки этапов медицинской эвакуации и лечебных учреждений ранеными и больными. Осуществление этой задачи наилучшим образом достигалось организацией особых постов, регулирующих ход эвакуации раненых и больных: распределительные посты (РП), создаваемые: а) в масштабе корпуса для равномерного распределения раненых и больных между медицинскими пунктами соединений, входящих в состав корпуса, и хирургического полевого подвижного госпиталя (ХППГ) 1-й линии; б) медицинские распределительные посты (МРП), организуемые за счет армейских средств

медицинской службы на путях эвакуации из дивизионного медицинского пункта (ДМП) и ХППГ 1-й линии в госпитальные коллекторы, развернутые на каждом армейском эвакуационном направлении и имеющие своим основным назначением распределение раненых и больных по лечебным учреждениям госпитального коллектора в соответствии с результатами эвакуационно - транспортной сортировки в ДМП (ХППГ 1-й линии), зафиксированной в медицинской карточке передового района, и специализацией (профилем) лечебных учреждений коллектора.

Следует согласиться с тем, что главный принцип медицинской эвакуации в прошлых столетиях - освобождение от раненых и больных действующей армии в современных условиях уступил место другому - быстрой доставке их в лечебные учреждения с целью оказания исчерпывающей медицинской помощи.

В современных условиях активно используются все виды транспортных средств в зависимости от конкретной обстановки и технических возможностей региона, где произошла ЧС.

При наличии большого числа пострадавших, нуждающихся в медицинской эвакуации из зоны ЧС, транспортировка пострадавших может осуществляться пассажирским автомобильным транспортом, а также воздушным транспортом организаций, подведомственных Министерству Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, Министерству обороны Российской Федерации, Министерству внутренних дел Российской Федерации, выделяемого согласно соглашению о взаимодействии между Министерством здравоохранения Российской Федерации и соответствующими федеральными органами исполнительной власти по заявкам, представляемым в соответствующие органы управления исполнительной власти и организаций органами управления Всероссийской службы медицины катастроф.

1. Шелепов А.М., Парфенов В.Д. Медицинская эвакуация. Проблемы и перспективы // Вестник Российской Военно-медицинской академии. - №1. - 2002. – С.121.
2. Энциклопедический словарь военной медицины. – М., 1946, Т.5. – С.1102, 1105-1106. Т.1. – С.28-29, 32.
3. Войтенко М.Ф., Журавлев А.Ф. Принципы «системы рассеяния» Н.И. Пирогова и их развитие во время Великой Отечественной войны // Военно-медицинский журнал. - №7. - 1990. – С.8-10.
4. Вреден Р.Р. Из наблюдений хирурга в русско-японскую войну // Русский врач. - №50. - 1905. – С.1560.
5. Пуссеп Л. Письмо с войны // Русский врач. - №18. - 1905. – С.506.
6. Корнюшко И.Г., Гладких П.Ф., Локтев А.Е. Медицинская служба русской армии в Первой мировой войне 1914-1918 гг. // Военно-медицинский журнал. - №8. - 2009. – С.78-81.
7. Корнюшко И.Г., Гладких П.Ф., Локтев А.Е. Медицинская служба русской армии накануне и в ходе Первой мировой войны. 1906-1917 гг. // Очерки истории отечественной военной медицины. – Кн. 3. – Уфа, 2006. – 318с.
8. Оппель В.А. Основания сортировки раненых с лечебной точки зрения на театре военных действий // Военно-медицинский журнал. – 1915. – Октябрь. – С.153-154.