

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР
ВСЕСОЮЗНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ, ЭКОНОМИКИ И УПРАВЛЕНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ ИМЕНИ Н.А.СЕМАШКО

На правах рукописи

удк 617-089:355.257.6:355/1941-1945/

Кнопов Михаил Шмулевич

РАЗВИТИЕ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ
В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ 1941-1945гг.
/организационные основы/

07.00.10 - История науки и техники
/история медицины/

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва - 1989г.

Работа выполнена в Центральном ордена Ленина институте
усовершенствования врачей.

Официальные оппоненты:

член-корреспондент АМН СССР, профессор Б.Д.Петров
доктор медицинских наук, профессор В.П.Петров
доктор медицинских наук Е.В.Кижанов

Ведущее учреждение:

Военно-медицинская ордена Ленина академия им.С.М.Кирова

Защита состоится "23" февраля 1990г. в 10 час.

Совета Д-074.07.01

и научно-исследовательском
и управления здраво-
охранения СССР

находится в библиотеке ВНИИ им.

января 19 90 г.

Совета

Е.И.Сомников

1613/авт

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Одной из самых старых проблем медицины является оказание помощи раненым на войне. Хирургия всегда занимала особое место в решении этой проблемы. В современных условиях, когда на оснащении армий развитых стран мира имеется оружие массового поражения, возвращение в строй огромного числа раненых и пораженных после лечения становится фактором стратегического значения. Военно-полевая хирургия, постоянно базируясь на достижениях медицинской науки, способствовала решению этой задачи.

Советская военно-полевая хирургия в годы Великой Отечественной войны показала способность решать самые сложные задачи организации хирургической помощи раненым. В развитие теории и практики этой ведущей отрасли советской военной медицины огромный вклад внесли хирурги, работавшие в действующей армии в период войны. В литературе нет крупных работ или монографий, посвященных систематизации поэтапной истории развития военно-полевой хирургии в годы Великой Отечественной войны и вкладу военно-полевых хирургов в лечение миллионов раненых советских воинов. Это обстоятельство явилось основанием для выбора темы настоящего исследования и определило ее актуальность.

Историко-медицинское и профессиональное значение настоящей работы определяется также и тем, что в современных условиях остается реальной опасность новой мировой войны, поэтому изучение опыта организации хирургической помощи раненым и их лечения, сохраняя свою научно-теоретическую и практическую значимость, продолжает служить необходимой основой для успешного развития этой важнейшей отрасли военной медицины.

Научная новизна. До настоящего времени тема избранной работы в целом не была предметом специального исследования, хотя некоторые ее аспекты освещались в научных статьях видных ученых нашей

страны Н.Н.Бурденко, А.А.Вишневого, Н.Н.Еланского, К.М.Лисицына, А.Н.Беркутова и др. Однако авторы, рассматривая отдельные стороны военно-полевой хирургии, не ставили перед собой цель дать всесторонний глубокий анализ поэтапного развития этой отрасли военной медицины в годы Великой Отечественной войны. Научная новизна настоящего исследования определяется тем, что в нем впервые в историко-медицинской литературе проведен целостный и научно достоверный анализ поэтапного развития военно-полевой хирургии по периодам Великой Отечественной войны. Существующая литература по организации хирургической помощи в годы войны не дает возможность выделить основные этапы и направления развития военно-полевой хирургии в этот период. В настоящей работе вскрыты и показаны закономерности и тенденции каждого этапа развития военно-полевой хирургии, найдены и введены в научный оборот новые материалы и документы. Исследование позволило дать научную оценку достижений советской военно-полевой хирургии, выявить ряд организационных форм и методов ее деятельности, которые при творческом подходе могут быть использованы в настоящее время.

В работе впервые использованы документальные материалы из нижеперечисленных архивов:

- Архив Военно-медицинского музея Министерства обороны СССР /Архив ВММ МО СССР/;
- Центральный архив Министерства обороны СССР /ЦАМО СССР/;
- Центральный военно-морской архив /ЦВМА/;
- Архив Военно-медицинской академии им.С.М.Кирова;
- Личные архивы семей видных советских хирургов.

Следует подчеркнуть, что в основу настоящего исследования был положен историко-медицинский анализ прежде всего первичных архивных документов, ибо в существующей литературе вопросы поэтапного развития военно-полевой хирургии не освещены. Среди выявленных архивных документов особого упоминания заслуживают: отчеты главных хирургов

фронтов и армейских хирургов, отчеты медико-санитарных батальонов и хирургических госпиталей, сведения об укомплектованности врачес-ным составом хирургического профиля, программы и протоколы фронто-вых и армейских научных хирургических конференций, таблицы статис-тических разработок и конъюнктурные обзоры хирургической работы, планы организации лечебно-эвакуационного обеспечения на различных фронтах, сведения об объеме хирургической помощи на различных эта-пах медицинской эвакуации, а также сведения о характере ранений, их частоте, сроках оказания хирургической помощи, оперируемости, общей и послеоперационной летальности и целый ряд других документов. Аб-солютное большинство упомянутых документов до настоящего времени в литературе не использовались.

Целью работы явилось: в результате глубокого и всестороннего изучения, анализа и обобщения опыта организации оказания хирурги-ческой помощи и лечения раненых выявить закономерности развития военно-полевой хирургии в годы Великой Отечественной войны и опре-делить основные его этапы; установить конкретное содержание орга-низационного, клинического и научного вклада военно-полевых хирур-гов в развитие теории и практики военно-полевой хирургии.

Основными путями реализации поставленных целей явились:

- изучение, анализ и систематизация различных архивных документов по организации хирургической помощи и лечения раненых периода Великой Отечественной войны;
- изучение и систематизация руководств, наставлений, инструкций, указаний и других документов по военно-полевой хирургии;
- анализ и систематизация научных трудов военно-полевых хирургов;
- анализ и оценка вклада упомянутых специалистов в развитие воен-но-полевой хирургии.

В работе были использованы исторический, статистический и логический методы исследования.

Основные положения, выносимые на защиту:

- период Великой Отечественной войны - важный этап развития военно-полевой хирургии, характеризующийся созданием стройной и эффективной системы оказания хирургической помощи раненым;
- организаторская, клиническая и научная деятельность военно-полевых хирургов - решающий фактор успешной реализации системы этапного лечения раненых с эвакуацией по назначению в годы Великой Отечественной войны;
- в основе современного этапа развития организационных проблем военно-полевой хирургии - бесценный опыт, полученный в минувшей войне и учет коренных изменений, происшедших в военном деле и медицинской науке.

Научно-практическая значимость. Диссертация освещает важнейший этап развития военно-полевой хирургии, который сыграл неоценимую роль в дальнейшем становлении отечественной военной медицины. В работе проведено углубленное комплексное исследование поэтапного развития советской военно-полевой хирургии в годы Великой Отечественной войны; показан большой вклад военно-полевых хирургов в разработку и практическое внедрение системы этапного лечения раненых с эвакуацией по назначению; проанализирован вклад упомянутых специалистов в дальнейшее развитие актуальных организационных и клинических проблем этой составной части военной медицины. Одновременно систематизирован перечень основных научных трудов, изданных в годы Великой Отечественной войны и в послевоенный период, отражавших опыт работы военно-полевых хирургов. Значение этого опыта обусловлено тем, что именно период войны стал своеобразным "испытательным полигоном", где впервые в стране были разработаны и апробированы на практике наиболее оптимальные формы организации хирургической помощи, были предложены и внедрены новые методы и способы лечения различных категорий раненых.

Материалы настоящей работы используются в процессе преподавания организации и тактики медицинской службы и военно-полевой хирургии на Военно-медицинских факультетах и в медицинских институтах. Результаты исследования реализованы в 3 монографиях, 32 публикациях в общесоюзных научных журналах, в докладах на 3-м Всесоюзном съезде историков медицины, заседаниях Московского научного общества историков медицины и на научных конференциях различных учреждений г.Москвы, а также в экспозиции "Военная медицина в годы Великой Отечественной войны 1941-1945гг." в павильоне "Здравоохранение СССР" на ВДНХ СССР.

Объем и структура работы. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, пяти глав, выводов, перечня литературных и архивных материалов, использованных автором в ходе работы и приложений. Машинописный текст составляет 346 страниц, в диссертации 2 печатных приложения, в работе использовано 550 литературных и архивных источников.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В введении обосновывается актуальность темы исследования, освещены цель и задачи исследования, научно-практическая значимость работы, сформулированы основные положения, выносимые на защиту и методы исследования, дана характеристика использованного материала и перечень архивных учреждений.

Обзор литературы содержит критический анализ работ по истории развития военно-полевой хирургии в годы Великой Отечественной войны. В основном, это статьи объемом 2-3 страницы, опубликованные в периодической печати в большинстве случаев к различным юбилейным датам. Некоторые сведения историко-медицинского характера содержат учебники и руководства по военно-полевой хирургии, изданные в годы войны и послевоенный период, а также отдельные тома многотомного труда "Опыт

советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг."

Первая глава - "Краткий исторический очерк развития военно-полевой хирургии в предвоенные годы", посвящена обобщению организации хирургической работы в указанный период времени.

Впервые проблемы организации хирургической помощи в военное время были всесторонне обсуждены на Центральном военно-санитарном совещании по докладу Б.К.Леонардова "Положение о полевом управлении войск" /1925г./. На этом совещании были сформулированы принципы, явившиеся основой дальнейшего совершенствования медицинского обеспечения войск. Было определено, что медицинская служба в условиях боевой обстановки должна оказывать раненым непрерывную, последовательную и преемственную помощь, расчленяя ее по полевым лечебным учреждениям, располагающимся в определенном порядке на эвакуационном пути. Другими словами, теория известного отечественного хирурга В.А.Оппеля об этапном лечении, созданная им в годы первой мировой войны, получила официальное признание и была принята за основу организации лечебно-эвакуационного обеспечения Красной Армии.

В 1929г. вышло в свет "Руководство по санитарной эвакуации в РККА", что явилось важной вехой в развитии организационных основ военно-полевой хирургии. В "Руководстве" давалась научная аргументация этапного лечения. В 1933г. в действие был введен "Устав военно-санитарной службы РККА", в котором также шла речь о системе этапного лечения раненых, но с существенным дополнением - эвакуацией по назначению, то-есть эвакуацией по медицинским показаниям. Официальное признание этапного лечения раненых с эвакуацией по назначению в качестве одного из узловых положений медицинского обеспечения войск стало значительным событием в истории советской военно-полевой хирургии. Оно явилось началом качественно нового этапа в развитии организационных форм отечественной военно-полевой хирургии.

В 30-е годы в свет вышел ряд руководств по военно-полевой хирургии, которые имели большое значение для подготовки хирургов к работе в военное время. Это "Хирургия военно-полевых ранений" /А.А.Опокин, 1931/, "Краткий учебник военно-полевой хирургии" /под ред. С.С.Гирголава и др., 1932/, "Военно-полевая хирургия врача войскового района" /под ред. М.М.Дитерихса, 1932/, "Избранные лекции по военно-полевой хирургии" /А.П.Крымов, 1935/, "Материалы по военно-полевой хирургии" /под ред. Н.Н.Бурденко и др., 1940/ и другие.

С целью подготовки высококвалифицированных военно-полевых хирургов в 1931г. в Военно-медицинской академии была создана кафедра военно-полевой хирургии. В конце 30-х годов было принято постановление об организации в стране ряда высших военных учебных заведений, призванных готовить кадровых военных хирургов - Военно-морской медицинской академии, Куйбышевской Военно-медицинской академии и военных факультетов при некоторых медицинских институтах.

Актуальные проблемы военно-полевой хирургии неоднократно выносились на обсуждение широкой медицинской общественности страны. Обсуждение этих проблем на 22-м Всесоюзном съезде хирургов /1932г./ завершилось принятием решения о том, что разработка оборонной тематики является одной из ведущих задач хирургических обществ. В 1933г. в Ленинграде и в 1934г. в Москве проводились Всесоюзные научные конференции, на которых вопросы военно-полевой хирургии являлись программными, а доклады по наиболее актуальным ее направлениям были представлены видными учеными страны /П.А.Куприянов, С.И.Банайтис, В.И.Добротворский, П.И.Тимофеевский, И.А.Клюсс, А.М.Геселевич и др./. Эти доклады способствовали пропаганде и утверждению прогрессивных принципов военно-полевой хирургии и основ организации медицинской помощи раненым.

Опыт ряда маневров и учений, в которых участвовала военно-меди-

цинская служба, а также данные соответствующих научных исследований, свидетельствовали о серьезных недостатках в организации медицинской службы. Основными из них являлись: отсутствие госпитального отделения в составе медико-санитарного батальона дивизии, нерешенность проблемы оказания квалифицированной хирургической помощи легкораненым и специализированной хирургической помощи всем категориям раненых, отсутствие специализации и малочисленность коек в госпитальной базе армии, слабая техническая оснащенность медицинских частей и учреждений и др. Эти недостатки в системе медицинского обеспечения Красной Армии в целом, и организации хирургической помощи в частности, особенно ярко проявились в период боевых действий в районе озера Хасан, на реке Халхин-Гол и в советско-финляндской войне. Опыт этой работы имел большую практическую ценность для последующего развития организационных проблем советской военно-полевой хирургии. По существу, этот опыт явился исходным базисом для дальнейшего совершенствования сложившейся в Красной Армии системы медицинского обеспечения войск.

Обобщая работу хирургов в боях у озера Хасан /29 июля - II августа 1938г./, следует отметить недостатки, которые здесь имели место: оперируемость в дивизионных медицинских пунктах была низкой - 7 - 15%, несмотря на опасность применения первичного глухого шва, он использовался в массовом масштабе и др. Вместе с тем организация хирургической помощи в этом военном конфликте явилась первым боевым опытом молодой советской военно-полевой хирургии. Здесь впервые был апробирован главный принцип этапного лечения - максимальное приближение квалифицированной хирургической помощи к раненым. Хасанские события стали первой проверкой жизнеспособности и эффективности теоретических и практических установок советской военно-полевой хирургии. Опыт советских хирургов во время боев у озера Хасан привлек внимание широкой медицинской общественности к проблемам патологии воен-

ного времени и организации хирургической помощи на войне.

Не прошло и года после боевого столкновения на Хасане, а империалистическая Япония спровоцировала новый военный конфликт, на этот раз на территории Монгольской Народной Республики в районе реки Халхин-Гол /II мая - 16 сентября 1939г./. В организации хирургической помощи здесь также были серьезные недостатки: отсутствие штатных армейских средств госпитализации раненых, несовершенство в организации специализированной хирургической помощи /специализированные отделения создавались там, где оказывались те или иные специалисты/, низкие показатели оперируемости в дивизионных медицинских пунктах и др.

Еще более сложным испытанием для военно-медицинской службы стала советско-финляндская война /30 ноября 1939г. - 13 марта 1940г./. Она позволила шире и всестороннее, чем во время предшествовавших боевых столкновений на Хасане и Халхин-Голе, проверить, в какой мере организация медицинского обеспечения войск соответствует условиям современной войны. И хотя боевые действия были непродолжительными и происходили они в своеобразных географических условиях Северо-Западного театра военных действий, полученный в этой войне опыт оказался весьма ценным для развития советской военно-полевой хирургии.

Опыт хирургической работы на реке Халхин-Гол и в советско-финляндской войне был обобщен в ряде публикаций. В этих трудах были сделаны важные организационные выводы.

Во-первых, была обоснована необходимость изъятия полевых подвижных госпиталей из состава дивизий. Хирурги аргументировали это тем, что полевые подвижные госпитали и здесь, как на Хасане и Халхин-Голе, были выведены с самого начала из подчинения начальников санитарной службы дивизий. Сосредоточение этих учреждений в руках вышестоящего начальника позволило лучше маневрировать коечным фон-

дом и облегчило управление ими.

Во-вторых, коечная сеть госпитальной базы армии должна быть строго специализированной. Военные хирурги подчеркивали, что с самого начала боевых действий в госпитальной базе армии должна быть создана специализация коечного фонда. Отдельные госпитали и большие отделения должны концентрировать однородных раненых, что облегчало процесс лечения, распределение кадров и приносило несомненную пользу всей организации лечебно-эвакуационного обеспечения войск.

В-третьих, в санитарной службе армии должен быть в обязательном порядке хирург-консультант, ответственный полностью не только за лечебную, но и за организационную сторону хирургической работы.

Опыт, полученный хирургами нашей страны на Хасане, Халхин-Голе и в советско-финляндской войне, сыграл важную роль в развитии отечественной военно-полевой хирургии. Он убедительно показал, что в боевой обстановке возможно оказание квалифицированной хирургической помощи большинству раненых в оптимальные сроки в медицинских учреждениях, развернутых в войсковом районе /дивизионные медицинские пункты и дивизионные госпитали/. Была окончательно решена очень важная для военно-полевой хирургии проблема первичной хирургической обработки огнестрельной раны. Многочисленные наблюдения хирургов привели к твердому выводу об опасности для жизни раненого и недопустимости в полевых условиях зашивания огнестрельной раны сразу же после ее обработки. Наложение первичного шва на огнестрельную рану было официально запрещено во время советско-финляндской войны "Письмом к хирургам войскового района", подписанным в январе 1940г. Е.И.Смирновым, Н.Н.Бурденко, С.С.Гирголавым и П.А.Куприяновым.

На основе опыта этих боевых операций были внесены необходимые коррективы в организацию специализированной хирургической помощи. Было установлено, что условия работы войсковых медицинских учреждений исключают возможность полноценного оказания такой помощи. Вместе с

тем хирурги пришли к выводу, что выполнение специализированных хирургических вмешательств можно отнести на более поздние сроки. Оба эти обстоятельства дали основание производить все виды специализированной хирургической помощи в лечебных учреждениях армейского и фронтового тылового районов.

Опыт советских хирургов в минувших боевых операциях был обобщен в "Указаниях по военно-полевой хирургии", написанных под руководством Н.Н.Бурденко. Этот документ имел исключительно важное значение, так как в нем впервые в истории советской военной медицины официально устанавливались единые методы и единая тактика в организации хирургической помощи на этапах медицинской эвакуации. Важно отметить, что в период упомянутых боевых столкновений началось оформление организационных основ единой военно-полевой медицинской доктрины. Сущность этой доктрины заключалась в следующих положениях: единое понимание происхождения и развития поражений в условиях военного времени, единые методы лечения и наличие краткой четкой документации. Реализация основных положений единой военно-полевой медицинской доктрины в годы Великой Отечественной войны сыграла огромную роль в четкой организации оказания хирургической помощи в различных лечебных учреждениях хирургического профиля.

На основе полученного опыта хирургической работы в боевых условиях П.А.Куприяновым совместно с С.И.Банайтисом, а также М.Н.Ахутиным и Н.Н.Еланским были написаны учебники и руководства по военно-полевой хирургии, основная ценность которых состояла в том, что различные организационные и клинические проблемы оказания хирургической помощи на войне рассматривались в прямой зависимости от главного фактора - боевой обстановки.

Вся многогранная и разносторонняя работа советских хирургов в боях на Хасане, Халхин-Голе и в советско-финляндской войне явилась значительным этапом в плане развития и дальнейшего совершенствования

организации хирургической помощи. Опыт, полученный хирургами в боевых столкновениях 1938-1940гг., позволил впервые широко и всесторонне проверить в условиях боевой обстановки сложившуюся в нашей армии систему лечебно-эвакуационного обеспечения войск, явился основой для дальнейшего развития военно-полевой хирургии, а также форм и методов ее работы в военное время. Ведь в эти годы складывалась и проходила предварительную "обкатку" советская военно-полевая медицинская доктрина, прошедшая затем суровую всестороннюю проверку в Великой Отечественной войне, в которой она окончательно сложилась как теория и практика оказания хирургической помощи раненым советским воинам.

Решающее значение в обобщении хирургической работы в боях на Хасане, Халхин-Голе и в советско-финляндской войне, а также как и в разработке принципов единой военно-полевой медицинской доктрины имела деятельность Ученого медицинского совета при начальнике Санитарного управления Красной Армии, созданного приказом Народного Комиссара обороны от 26 июля 1940г. Несмотря на короткий период работы до начала Великой Отечественной войны, деятельность Ученого медицинского совета в этот период была чрезвычайно насыщенной. Состоялось 3 пленума Ученого медицинского совета и ряд заседаний его секций, которые уделяли большое внимание различным проблемам военно-полевой хирургии.

На I-м пленуме Ученого медицинского совета /12-13 сентября 1940г./ была тщательно проанализирована хирургическая работа в упомянутых боевых столкновениях, в прениях активно обсуждались актуальные проблемы военно-полевой хирургии, требовавшие скорейшего решения. 2-й пленум /16-17 декабря 1940г./ уделил большое внимание принципам подготовки военных хирургов, их усовершенствованию, подготовке врачей запаса. Опыт 1938-1940гг. выявил ряд серьезных недостатков в подготовке военно-полевых хирургов. Значение 3-го пленума /15-16 ап-

реля 1941г./ состояло в том, что было положено начало планированию и организации научно-исследовательской работы в интересах военно-медицинской службы, в том числе военно-полевой хирургии. На пленуме справедливо отмечалось, что нельзя рассматривать научную работу в военно-медицинских учреждениях в отрыве от исследований, выполняемых в институтах Наркомздрава, что несмотря на развернутую сеть военно-медицинских учреждений, медицинская служба одна справиться не сможет.

И, наконец, в первые дни Великой Отечественной войны состоялся 4-й пленум Ученого медицинского совета /27-28 июня 1941г./, который рассмотрел и одобрил "Указания по военно-полевой хирургии". Последние 7 июля 1941г. были подписаны к печати. Подводя итог краткой характеристике работы пленумов Ученого медицинского совета в предвоенный период, следует подчеркнуть, что они определили теоретическое становление организационных основ советской военно-полевой хирургии, что имело большое значение для дальнейшего развития организации хирургической помощи на войне.

Важно отметить, что в этот период истории советской военно-полевой хирургии не были еще решены многие проблемы оказания помощи раненым на войне: организация специализированной хирургической помощи, вопросы лечения легкораненых, подготовка медицинских кадров по военно-полевой хирургии, перестройка организационно-штатной структуры лечебных учреждений хирургического профиля и др. Все эти важные для медицинского обеспечения задачи пришлось решать уже в годы Великой Отечественной войны, в ходе которой продолжалось развитие военной медицины и ее ведущей отрасли - советской военно-полевой хирургии.

Вторая глава - "Военно-полевая хирургия в первом периоде Великой Отечественной войны /июнь 1941г. - ноябрь 1942г./", посвящена организации оказания хирургической помощи и лечения раненых на этом

этапе войны.

Анализ организации помощи раненым в первом периоде Великой Отечественной войны показал, что в этом периоде имел место ряд серьезных недостатков в войсковом, армейском и фронтовом районах: несвоевременное оказание первой медицинской помощи, запоздалый вынос и вывоз раненых с поля боя, при проведении медицинской сортировки не всегда выделялись раненые, нуждающиеся в помощи по жизненным показаниям, во многих случаях не выполнялась необходимая предоперационная подготовка, а первичная хирургическая обработка ран нередко была неполноценной. Среди недостатков в хирургической работе армейского района следует выделить: отсутствие четкого взаимодействия между хирургическими полевыми подвижными госпиталями первой линии и дивизионными медицинскими пунктами, недостаточное количество полевых хирургических лечебных учреждений, отсутствие в составе госпитальных баз армий госпиталей для легкораненых и полевых лечебных учреждений для оказания специализированной хирургической помощи. И, наконец, среди недочетов в организации хирургической помощи фронтового звена необходимо отметить, что в этом периоде не было четкого взаимодействия фронтовых и армейских лечебных учреждений хирургического профиля, в госпитальных базах фронтов не было достаточного количества специализированных хирургических госпиталей. Все эти недостатки в конечном итоге привели к высокому показателю общей смертности /7,4%/.

Центр хирургической работы в первом периоде находился в армейском и фронтовом тылу, свидетельством чего является низкая оперируемость на дивизионных медицинских пунктах /25,2%/, и относительно высокая оперируемость в госпиталях армий /31,6%/, и фронтов /9,1 %/. Эти показатели были связаны в значительной степени с условиями работы дивизионных медицинских пунктов и лечебных учреждений хирургического профиля армий и фронтов, характеризовавшимися быстрым отходом войск с боями, кратковременным пребыванием этих этапов медицинской эвакуа-

ции на месте, частой сменой дислокации.

Работа советских хирургов в первом периоде войны показала острую необходимость перестройки организационных форм военно-полевой хирургии, сложившихся в предвоенный период и определила пути и конкретные задачи дальнейшего развития и совершенствования системы и методов организации хирургической помощи /значительное увеличение количества полевых хирургических лечебных учреждений, оптимальная организация и оперативность в осуществлении маневра этими учреждениями, необходимость создания в составе госпитальных баз армий полевых лечебных учреждений для оказания специализированной хирургической помощи, тесное взаимодействие армейских и фронтовых средств медицинской службы, подготовка кадров-хирургов, вооруженных единой военно-полевой медицинской доктриной и др./.

Огромное значение имел опыт медицинского обеспечения Красной Армии в битве под Москвой для выяснения специфических особенностей организации хирургической помощи в период контрнаступательных операций. Практически это был первый в истории отечественной военной медицины солидный опыт медицинского обеспечения такого рода боевых действий, позволивший сделать научно обоснованные выводы об условиях деятельности медицинской службы и об основных направлениях в решении задач по оказанию хирургической помощи в контрнаступательных операциях. Стало очевидным, что организация хирургической помощи в контрнаступлении относится к одному из сложных видов деятельности медицинской службы. Эта сложность выражалась, прежде всего в необходимости кардинальной перестройки организации медицинского обеспечения войск, сложившейся в ходе оборонительного сражения, к новым условиям, появляющимся в результате перехода войск к наступательным действиям. Однако такая перестройка была резко затруднена из-за большой загруженности лечебных учреждений ранеными, поступившими в ходе предшествующих оборонительных боев и из-за отсутствия зна-

чительного числа резервных средств медицинской службы. Отсюда один из главных выводов начального периода войны — исключительно важное значение оптимальной организации и оперативности в осуществлении маневра лечебными учреждениями хирургического профиля.

Опыт организации хирургической помощи в первом периоде Великой Отечественной войны показал необходимость значительного увеличения количества полевых хирургических лечебных учреждений. Они были необходимы прежде всего для содействия войсковой медицинской службе в целях проведения бесперебойного маневра дивизионными медицинскими пунктами, а также для развертывания полноценных госпитальных баз в армейском тыловом районе. Работа медицинской службы в условиях маневренных боевых действий начального периода войны с полной очевидностью выявила большое значение тесного взаимодействия армейских и фронтовых средств медицинской службы как одного из главных факторов успешного решения задач по организации хирургической помощи в обстановке, требующей гибкого маневрирования наличными средствами. При этом наиболее рациональной формой такого взаимодействия при наступательных операциях явилось выдвижение фронтовых хирургических госпиталей в армейский тыловой район.

Опыт хирургической работы в рассматриваемом периоде войны отчетливо показал, что эффективная реализация принципа этапного лечения раненых с эвакуацией по назначению возможна только при создании в составе госпитальной базы армии полевых лечебных учреждений, предназначенных для оказания специализированной хирургической помощи различным группам раненых, эвакуируемых по назначению из дивизионных медицинских пунктов. Проведенные в последующем мероприятия по организационному закреплению принципов этапного лечения раненых с эвакуацией по назначению во многом представляли собой практическую реализацию опыта, приобретенного военно-полевыми хирургами во время первого периода войны.

Весьма поучительным уроком накопленного опыта явилось отчетливо выраженное в ходе боевых действий влияние конкретных условий боевой, тыловой и медицинской обстановки на формы и методы организации хирургической помощи. Стала очевидной необходимость подготовки медицинской службы к предстоящим боевым действиям не по шаблону, какому-то одному варианту, а применительно к этим конкретным условиям.

Важным выводом первого периода войны явилась своевременность информации начальников медицинской службы о всех наиболее существенных изменениях боевой обстановки. Многие серьезные недостатки организации хирургической помощи нередко были обусловлены только несвоевременным ознакомлением начальников медицинской службы с новыми задачами обеспечиваемых войск. Подобное было на Калининском, Волховском и других фронтах.

И, наконец, опыт работы военно-полевых хирургов в первом периоде Великой Отечественной войны привел к твердому и единодушному выводу о том, что методы лечения различных травм и повреждений, которые с успехом применялись в мирное время, очень часто не годились в военные будни. Отсюда один из важных уроков разбираемого периода войны - тщательная разработка новых эффективных методов лечения огнестрельных ранений различных анатомических областей, шока и др., то-есть разработка актуальных клинических проблем военно-полевой хирургии.

Подытоживая общую организацию хирургической работы в войсковом, армейском и фронтовом районах в начальном периоде войны, следует признать, что в этом периоде начала создаваться определенная система лечебно-эвакуационного обеспечения раненых, которая постепенно входила в жизнь. Целенаправленное изучение организационных и клинических проблем военно-полевой хирургии позволило советским хирургам постепенно приобрести крупницы организационного и лечебного опыта, ко-

торый становился все больше от одной операции к другой. Этот опыт уже в начальном периоде войны показал значимость преемственности и последовательности в оказании хирургической помощи на различных этапах медицинской эвакуации. Этот опыт ярко высветил исключительно важное значение единых установок в отношении оказания хирургической помощи и лечения раненых, так как в большой войне судьбу раненых решают не единицы, а многие тысячи хирургов, которые должны быть вооружены единой доктриной военно-полевой хирургии, отвечающей современным требованиям. Такая доктрина начала формироваться именно в начальном периоде войны как обобщение коллективного опыта военно-полевых хирургов. В ходе первого периода войны завершилось развертывание медицинской службы Красной Армии и окончательно определились научно обоснованные формы и методы организации хирургической помощи и лечения раненых. Одновременно с этим четко определились и слабые стороны подготовки военно-полевых хирургов, а также возможные пути их преодоления.

Таким образом, первый период минувшей войны явился этапом становления теоретических основ военно-полевой хирургии. Ведущими направлениями в развитии военно-полевой хирургии этого периода явились: а/. перестройка организационных форм оказания хирургической помощи; б/. активный поиск новых, более эффективных методов лечения раненых; в/. укомплектование лечебных учреждений врачебным составом хирургического профиля.

Третья глава - "Военно-полевая хирургия во втором периоде Великой Отечественной войны /ноябрь 1942г. - декабрь 1943г./", посвящена организации оказания хирургической помощи и лечения раненых в этом периоде.

Опыт работы медицинской службы во втором периоде Великой Отечественной войны внес много нового и ценного в теорию и практику военно-полевой хирургии, особенно в разработку форм и методов ор-

ганизации хирургической помощи: создание медицинских распределительных постов, осуществление маневра между дивизионными медицинскими пунктами и хирургическими полевыми подвижными госпиталями первой линии, развертывание межармейских госпитальных баз на стыке двух соседних армий, маневр армейскими и фронтовыми лечебными учреждениями хирургического профиля, создание хирургических полевых подвижных госпиталей емкостью 200 коек, значительный рост числа госпиталей для легкораненых, создание в составе госпитальных баз армий специализированных хирургических полевых подвижных госпиталей, создание в госпитальных базах фронтов всех основных типов специализированных лечебных учреждений хирургического профиля и др. Все это позволило поднять организацию хирургической помощи на качественно новый уровень.

Во втором периоде войны закрепились роль дивизионного медицинского пункта как центра хирургической работы в войсковом тылу. Квалифицированная хирургическая помощь на дивизионных медицинских пунктах была оказана в сражении под Сталинградом - 43% раненых, в Курской битве - 49%, в Белорусской операции - 62%. Этот показатель возрастал на протяжении всей войны.

Утвердившиеся положения единой военно-полевой медицинской доктрины стали основой оказания хирургической помощи и лечения раненых во втором периоде минувшей войны. Улучшились показатели оказания первой медицинской помощи раненым, их выноса и вывоза с поля боя, сроков оказания квалифицированной и специализированной хирургической помощи, более четко и качественно стали производиться медицинская сортировка и первичная хирургическая обработка ран. Все это привело к повышению уровня основных показателей хирургической работы, в том числе и одного из главных - возвращение в строй /45,4%/.

Анализируя развитие военно-полевой хирургии в рассматриваемом

мом периоде войны, следует подчеркнуть, что если в первом периоде Великой Отечественной войны преобладали задачи по быстрейшему выносу и вывозу раненных с поля боя, своевременному оказанию им квалифицированной хирургической помощи /как правило в сокращенном объеме по жизненным показаниям/, немедленной эвакуации практически почти всех раненных в тыл, то во втором периоде основными задачами стали организация раненым специализированной хирургической помощи, их лечение /особенно восстановительное/ в госпитальных базах армий и фронтов, а также организация четкого маневра армейскими и фронтовыми лечебными учреждениями хирургического профиля в интересах наступающих соединений и объединений.

Перед началом зимней кампании 1942г. начальник Главного военно-санитарного управления Красной Армии Е.И.Смирнов в служебном письме начальникам медицинской службы фронтов и армий от 16 октября 1942г., указав на недостатки в организации хирургической помощи, поставил в качестве ближайшей задачи "необходимость жесткого проведения в жизнь эвакуации раненных и больных по назначению". В качестве обязательных условий успешного выполнения этой задачи указывалось прежде всего на необходимость иметь на каждом эвакуационном направлении группы лечебных учреждений в составе специализированных полевых подвижных госпиталей для легкораненных, инфекционного госпиталя и эвакуационного приемника, отмечалась необходимость четких записей диагноза в карточках передового района, оказанной медицинской помощи, названия и дислокации лечебного учреждения, в которое подлежит эвакуации раненный, требовалось проводить эвакуацию раненных в строгом соответствии с записями, сделанными в карточках передового района, непосредственно в указанное лечебное учреждение армии.

Это и последующие директивные указания Главного военно-санитарного управления Красной Армии преследовали главную цель - реализацию принципов единой военно-полевой медицинской доктрины и си-

стемы этапного лечения раненых с эвакуацией по назначению. При этом особое внимание руководящего состава медицинской службы фронтов и армий во втором периоде войны обращалось на своевременность оказания всех видов медицинской помощи, особенно квалифицированной и специализированной хирургической помощи, повышения уровня лечебной работы в хирургических госпиталях госпитальных баз армий и фронтов, улучшение результатов и сокращение сроков лечения различных категорий раненых.

Важно отметить, что начиная с Курской битвы заметно улучшилась организация специализированной хирургической помощи в госпитальных базах армий и фронтов. Это явилось результатом постепенного наращивания возможностей госпитальных баз и средств специализации госпиталей - армейских и фронтовых отдельных рот медицинского усиления, а также конкретных директивных указаний Главного военно-санитарного управления Красной Армии, о которых речь шла выше. Вместе с тем определенную роль в организации эвакуации раненых по назначению сыграли медицинские распределительные посты, обеспечивавшие направление раненых в соответствующие специализированные хирургические госпитали на данном эвакуационном направлении.

Опыт медицинского обеспечения войск во втором периоде войны существенно обогатил науку об организации хирургической помощи на войне. Особенно большой вклад был сделан в разработку организационных форм медицинского обеспечения войск при контрнаступлении. Опыт, полученный в ходе двух основных операций второго периода войны - Сталинградской битвы и сражения на Курской дуге, значительно расширил и углубил знания об особенностях и условиях деятельности медицинской службы в контрнаступлении. Это был качественно новый этап по сравнению с контрнаступлением под Москвой в 1941г.

Одним из главных принципов организации хирургической помощи в контрнаступлении явилось разумное приближение к войскам госпи-

тальных баз армий, первых эшелонов госпитальных баз фронтов с таким расчетом, чтобы они могли обеспечивать без перемещения как оборонительные операции, так и последующее контрнаступление. Применение этого принципа требовало глубокого знания обстановки, что было возможным только при условии своевременного оперативного ориентирования начальника медицинской службы фронта.

Опыт второго периода войны заметно повысил уровень специальной подготовки военно-полевых хирургов как рядового, так и руководящего состава. Изменился характер боевых действий, появилась возможность приближения к войскам сил и средств медицинской службы, в том числе армейских и фронтовых. Вся деятельность лечебных учреждений хирургического профиля стала осуществляться, как правило, на основе принципов единой военно-полевой медицинской доктрины. В этом периоде значительно улучшилась организация взаимодействия между различными звеньями медицинской службы. Прежде всего, более правильно стали использоваться хирургические полевые подвижные госпитали первой линии. Они стали функционировать не как промежуточные этапы медицинской эвакуации между дивизионными медицинскими пунктами и первым эшелоном госпитальной базы армии, а взаимодействовали с ними, принимая на себя при необходимости всех раненых из войск, обеспечивая тем самым возможность продвижения вперед дивизионных медицинских пунктов. К концу рассматриваемого периода войны сложились весьма благоприятные предпосылки для реализации в практике медицинского обеспечения войск системы этапного лечения раненых с эвакуацией по назначению.

Опыт медицинской службы во втором периоде Великой Отечественной войны стал фундаментом, на котором основывалось дальнейшее развитие организационных форм оказания хирургической помощи на завершающем этапе войны. Это связано с тем, что многие особенности как самих боевых операций второй половины 1943г., так и их меди-

цинского обеспечения еще в большой степени проявились в наступательных операциях 1944-1945 гг. Это касается увеличения размаха, глубины операций, возрастания темпов наступления, непрерывности боевых действий, и, естественно, отсутствия или значительного сокращения операционных пауз, необходимости частого форсирования крупных водных преград, резкого отставания темпов восстановления железных дорог, растяжки грунтовых участков путей подвоза и др.

Таким образом, второй период минувшей войны явился этапом внедрения в практику коллективного опыта военно-полевых хирургов и реализации выработанных теоретических положений. Ведущими направлениями в развитии военно-полевой хирургии этого периода явились: а/. изменения в организационно-штатной структуре лечебных учреждений хирургического профиля; б/. совершенствование организационных форм оказания хирургической помощи; в/. совершенствование содержания и методов оказания хирургической помощи и лечения раненых.

Четвертая глава - "Военно-полевая хирургия в третьем периоде Великой Отечественной войны /январь 1944 г. - май 1945 г./", посвящена организации оказания хирургической помощи и лечения раненых на заключительном этапе войны.

Наиболее характерной чертой организации хирургической помощи в третьем периоде войны была широкая специализация хирургической помощи и создание в армейском и фронтовом звеньях медицинской службы возможно большего резерва лечебных учреждений хирургического профиля, что не только обеспечивало оперативное и своевременное осуществление маневра ими, но и ограничивало многоэтапность в эвакуации раненых.

Успешная реализация системы специализированной хирургической помощи позволила качественно улучшить организацию хирургической помощи и повысить основные показатели лечебной работы - общую оперируемость, переливание крови, возвращение в строй и др. В госпи-

тальных базах армий кроме специализированных хирургических полевых подвижных госпиталей для раненных в голову, шею и позвоночник, создаваемых путем усиления хирургических полевых подвижных госпиталей специализированными группами из отдельной роты медицинского усиления, развертывались госпитали для раненных в грудь и живот, для раненных в бедро и крупные суставы. Необходимость наличия в армии трех типов специализированных хирургических полевых подвижных госпиталей /для раненных в голову, шею и позвоночник, для раненных в грудь и живот, для раненных в бедро и крупные суставы/ была официально закреплена в третьем издании "Указаний по военно-полевой хирургии". В госпитальных базах фронтов продолжался процесс дальнейшей дифференциации специализированной хирургической помощи, которая здесь обеспечивалась чаще всего за счет штатных средств фронтовых эвакуационных госпиталей, причем количество профилей специализированных коек достигало на некоторых фронтах 18-20 и более.

В третьем периоде Великой Отечественной войны советская военно-полевая хирургия, как и вся медицинская служба Красной Армии, приобрела огромный опыт решения сложных задач по организации хирургической помощи войскам в больших пространственных наступательных операциях стратегического масштаба.

Применение в третьем периоде войны более совершенных организационных форм медицинского обеспечения войск, совершенствование знаний и практических навыков всего личного состава медицинской службы, в том числе большого отряда военно-полевых хирургов, улучшившееся оснащение медицинских подразделений, частей и учреждений и целый ряд других факторов обусловили повышение качества всех сторон деятельности медицинской службы и, прежде всего, качества оказания хирургической помощи раненым и их лечения.

Полковые медицинские пункты стали полностью выполнять положенный им объем медицинской помощи. По обобщенным данным, в треть-

ем периоде войны на полковых медицинских пунктах перевязки и наложение первичной повязки производились примерно у 50-60%, иммобилизация переломов - у 20-25%, остановка кровотечения - у 3-4%, переливание крови и кровезамещающих жидкостей - у 8-10%, вагосимпатическая блокада - у 4-6%, футлярная блокада и поднадкостничная анестезия - у 6-10% всех раненых, поступавших на этот этап медицинской эвакуации.

Большую работу проделали дивизионные медицинские пункты. Общая оперируемость раненых на дивизионных медицинских пунктах в этот период войны составляла 50-60%. При этом особенно большое внимание уделялось своевременному оперативному вмешательству у тяжелораненых. Так, например, на дивизионных медицинских пунктах 3-го Белорусского фронта из числа раненных в череп с проникающими ранениями было оперировано /только по жизненным показаниям/ 9,4%, из числа раненных в грудь с проникающими ранениями и открытым пневмотораксом - 93,8%, из числа раненных в живот с проникающими ранениями - 76,8%, из числа раненных в бедро с повреждением кости - 94,2%.

Центрами лечебной работы в действующей армии были госпитальные базы армий и фронтов. Высокая оперируемость /в госпитальных базах армий - 35-40%, в госпитальных базах фронтов - 25-30%, широкое применение различных методов лечения, надлежащий уход за ранеными и больными обусловили высокие показатели возвращения в строй. По данным документальных материалов, лечебные учреждения армий возвращали в строй в среднем 20-25% лечившихся в них раненых и 50-60% больных; из госпитальных баз фронтов возвращались в строй 25-30% лечившихся здесь раненых и 50-55% больных. В целом же в пределах фронта заканчивало лечение и возвращалось в строй 50% лечившихся раненых и больных.

Успеху организации хирургической помощи в заключительном периоде войны, наряду с самоотверженной работой всего личного состава

ва медицинской службы, в том числе большого коллектива военных хирургов, в значительной степени способствовало умелое руководство замечательных хирургов-организаторов: М.Н.Ахутина, С.И.Банайтиса, Н.Н.Еланского, П.А.Куприянова, В.И.Попова и многих других.

Таким образом, заключительный период войны стал важным этапом развития военно-полевой хирургии, в котором окончательно сложилась и четко оформилась наиболее прогрессивная система лечебно-эвакуационного обеспечения войск - система этапного лечения раненых с эвакуацией по назначению. Ведущими направлениями развития военно-полевой хирургии этого периода явились: а/. дальнейшее совершенствование организационных форм оказания хирургической помощи; б/. широкая специализация хирургической помощи; в/. всестороннее обобщение и внедрение в практику наиболее эффективных способов хирургического лечения раненых и на этой основе дальнейшее совершенствование методов оказания хирургической помощи и лечения раненых.

В пятой главе - "Основные направления развития военно-полевой хирургии на современном этапе, вытекающие из опыта Великой Отечественной войны", определены пути и перспективы развития этого важнейшего раздела военной медицины.

Оценка существовавшей во время Великой Отечественной войны системы организации хирургической помощи свидетельствует о том, что принципы этапного лечения раненых с эвакуацией по назначению полностью себя оправдали. Вместе с тем определились и перспективы ее дальнейшего развития и совершенствования. Это развитие системы организации хирургической помощи раненым должно идти по пути применения в практике лечебно-эвакуационного обеспечения войск таких организационных форм, которые исключили бы ненужную многоэтапность эвакуации раненых и обеспечили бы наиболее рациональное распределение раненых по лечебным учреждениям госпитальных баз соответственно степени нуждаемости их в том или ином виде хирургической помощи,

срокам лечения и реальным возможностям этих учреждений.

При оценке перспектив развития системы организации хирургической помощи в современных условиях, нельзя базироваться только на оценку медицинского обеспечения войск в Великую Отечественную войну. В послевоенный период развития Вооруженных Сил произошли коренные изменения условий деятельности медицинской службы, которые самым существенным образом повлияли на организационные формы системы оказания хирургической помощи раненым. Здесь прежде всего исключительно важное значение имеют такие основополагающие факторы, как характер ведения боевых действий, структура санитарных потерь в зависимости от поражающего действия современного оружия и достижения современной хирургии. Дальнейшее развитие производительных сил и бурный рост науки и техники в послевоенные годы привели к появлению новых средств массового поражения: ракетно-ядерного оружия, зажигательных средств новых отравляющих веществ, усовершенствованного огнестрельного оружия. Эти факторы оказали огромное влияние на способы ведения боевых действий, характер войны в целом, структуру и масштабы санитарных потерь.

Применение различных видов современного оружия сопровождается возникновением в очень короткие отрезки времени массовых санитарных потерь в войсковом, армейском и фронтовом районах в количестве, значительно превышающем те, которые имели место в период Великой Отечественной войны. В этих условиях изменится также структура и характер боевых поражений: на первый план выступят ожоги и комбинированные радиационные поражения, увеличится удельный вес тяжело пострадавших /шок, синдром длительного раздавливания, лучевые поражения/. Следует особо подчеркнуть, что поражения от современного оружия будут иметь очень часто комбинированный, сочетанный и множественный характер.

Несомненно, что на организацию хирургической помощи раненым в

современных условиях прежде всего оказывает влияние изменившийся характер боевых действий, обусловленный развитием военной техники на современном этапе. Появление оружия массового поражения повлекло за собой изменение характера и структуры санитарных потерь. Санитарные потери станут еще более неравномерными и массовыми, чем это было во время минувшей войны. В районах применения ядерного, химического и бактериологического оружия возникнут почти одновременно массовые очаги поражения. Возросшая стремительность и темпы боевых действий войск требуют значительно большей подвижности и маневренности от подразделений и учреждений медицинской службы.

Как видно из изложенного принять рациональное решение по организации хирургической помощи пораженным в современной войне можно только с учетом одномоментного массового появления санитарных потерь, примата организации над лечением, а также особенностей современной боевой патологии.

Во время ракетно-ядерной войны не будет резерва времени для подготовки медицинских кадров. Поэтому медицинские работники, в том числе хирурги, должны быть готовыми к тому, чтобы завтра работать в новых, невиданных ранее условиях. Эта подготовка врачей должна вестись не только в учебных центрах, но и на рабочих местах - в многопрофильных больницах, например, на базе ожоговых отделений. Средний медицинский персонал должен обучаться проведению реанимационных мероприятий, а население страны - приемам само-и взаимопомощи. В этом деле исключительно важную роль играют различные инструктивно-методические документы, учебные пособия, периодические и непериодические издания.

В современных условиях приобретает особое звучание вопрос о единых организационных, тактических и методических принципах, полноте и преемственности излагаемого материала в упомянутых источниках. Этот материал следует излагать с позиций военно-медицинской доктрины, то-

есть единого понимания задач медицинской службы направленных на сохранение жизни, быстрое излечение и восстановление боеспособности раненых и больных; единого взгляда на принципы и методы сортировки, лечения и эвакуации раненых и больных; единого понимания происхождения и развития поражений в условиях военной обстановки; рационального использования сил и средств медицинской службы в зависимости от конкретных условий боевой и медицинской обстановки. Указанная доктрина может быть претворена в жизнь лишь на основе соответствующей организационно-штатной структуры медицинской службы. В противном случае она теряет всякий смысл.

Для подготовки хирургов к работе в условиях современной войны сейчас есть достаточно данных:

1. Проведен целый ряд фундаментальных исследований в области этиологии и патогенеза поражений военного времени, в том числе и комбинированных радиационных поражений.
2. Определены информативные критерии для диагностики и прогнозирования исходов наиболее вероятных повреждений военного времени и их осложнений. Так, например, разработана дифференциально-диагностическая таблица прогноза течения ожоговой болезни, содержащая 8 простейших признаков /возраст пострадавшего, сознание, пульс, причина ожога, общая площадь ожога, ожоги дыхательных путей, количество выделяемой мочи, сопутствующие заболевания/. На основании установленной количественной характеристики уже любых четырех из восьми перечисленных признаков можно судить о неблагоприятном исходе. Создан простой и вместе с тем достаточно достоверный метод прогнозирования исхода травматического шока, основанный на регистрации возраста пострадавшего, пульса, кровяного давления и тяжести травмы в баллах /определяется по соответствующей таблице/.
3. Разработаны новые лечебные методы, медикаментозные и технические средства:

- метод надплевральной новокаиновой блокады;
- пленки полимерные липкие для закрытия операционного поля;
- антисептические препараты на водорастворимой основе;
- аппараты для внеочагового остеосинтеза;
- аппарат "пульсирующая струя";
- аппараты для хирургического лечения глубоких ожогов /электро-дерматом ДПЗ-30, некротом - 03, перфоратор ПКТ-01, сшиватель кожных трансплантатов СКТ-2/;
- установка абактериальной управляемой среды.

В современных условиях нельзя базироваться на том положении, что основная масса раненых должна получить хирургическую помощь на войсковых этапах медицинской эвакуации. Этому будут препятствовать условия боевой обстановки - возросшая подвижность войск, массовые потери. Поэтому в современных условиях объем хирургической помощи на войсковых этапах медицинской эвакуации вынужденно будет ограничен оказанием хирургической помощи, как правило, по жизненным показаниям. Для остальных раненых в отдельных медицинских батальонах дивизий и отдельных медицинских отрядах армий должны быть предусмотрены мероприятия, обеспечивающие возможность их своевременной транспортировки в соответствующие лечебные учреждения госпитальной базы фронта.

Массовость санитарных потерь резко повышает значение медицинской сортировки. При этом перед медицинской сортировкой в условиях массового поступления пораженных на этапы медицинской эвакуации стоят три основные задачи. Во-первых, выявить раненых, нуждающихся в оказании неотложной хирургической помощи на данном этапе медицинской эвакуации, а также раненых, имеющих травму, несовместимую с жизнью. Во-вторых, выявить раненых, не нуждающихся в помощи по жизненным показаниям, которым проводится комплекс лечебных мероприятий, обеспечивающий их транспортабельность на последующий этап ме-

дицинской эвакуации. И, в-третьих, выявить легкораненных, подлежащих лечению на данном этапе медицинской эвакуации или направлению в госпиталь для легкораненных.

Возможность значительно более неравномерного распределения санитарных потерь по направлениям и рубежам, что может повлечь за собой поступление на этапы медицинской эвакуации большого числа раненых в течение коротких отрезков времени, резко повышает значение резерва хирургических сил. Этот резерв должен быть достаточно мощным и мобильным. Целесообразнее всегда иметь его в виде хирургических групп, располагающих необходимым минимумом портативного хирургического оснащения. Упомянутые хирургические группы могут объединяться в составе подвижных хирургических отрядов или других аналогичных формирований. В интересах создания достаточно мощного резерва хирургических сил можно пойти было бы даже на некоторое сокращение числа хирургов в штате полевых лечебных учреждений хирургического профиля. Быстрота доставки хирургического резерва на этапы медицинской эвакуации, где требуется такое хирургическое усиление, обеспечивается использованием для этой цели авиационного транспорта.

Особое значение для правильной организации хирургической помощи будет иметь четкая, рационально построенная эвакуация раненых и их распределение по лечебным учреждениям госпитальных баз. Эвакуация раненых должна исключать многоэтапность и обеспечивать возможность своевременного получения ранеными одномоментно оказываемой исчерпывающей хирургической помощи. При этом необходимо добиваться равномерного заполнения ранеными лечебных учреждений госпитальных баз, так как перегрузка отдельных госпиталей всегда неблагоприятно отражается на качестве лечебной работы. Такое распределение раненых по лечебным учреждениям и эшелонам госпитальных баз, развернутых в армейском и фронтовом тыловом районах, исключает

последовательное прохождение ими ненужных по ходу лечебного процесса промежуточных этапов медицинской эвакуации, может достигаться рациональным использованием различных санитарно-транспортных средств. При этом особенно важное значение будет иметь авиационный транспорт, который позволит быстро эвакуировать тяжелораненых в лечебные учреждения, расположенные в глубине фронтового тылового района, и совместно с военно-санитарными поездами обеспечить эвакуацию за пределы фронта раненых, подлежащих лечению в глубоком тылу страны.

Вполне очевидно, что перечисленные перспективы дальнейшего развития организации хирургической помощи нуждаются в конкретизации применительно к различным условиям боевой обстановки. Необходимо уточнить и объем хирургической помощи, который в этих условиях должен оказываться различным контингентам раненых. Решение указанной задачи следует обеспечить содружественной творческой работой организаторов военной медицины и военно-полевых хирургов.

В настоящее время для военно-полевой хирургии особое значение имеют такие методы лечения боевых повреждений, которые оказываются наиболее пригодными в самых трудных условиях. В свете изложенного на современном этапе приоритет должны иметь исследования, направленные на создание эффективных средств борьбы с жизнеопасными состояниями у пострадавших в очаге поражения, новых экспресс-методов диагностики и прогнозирования исходов поражений, пригодных для проведения медицинской сортировки в условиях массового поступления пострадавших на этапы медицинской эвакуации, а также на разработку профилактических и лечебных мероприятий, способствующих быстрейшему возвращению в строй и к труду.

Для оценки значения опыта организации хирургической работы, накопленного в годы Великой Отечественной войны, определенный интерес представляет анализ этой стороны деятельности медицинской службы в Афганистане. Несмотря на то, что характер боевых действий наших войск

в связи с особенностями театра войны имел мало общего с условиями минувшей войны, тем не менее некоторые положения в организации оказания хирургической помощи, эвакуации и лечении раненых и больных сыграли весьма положительную роль в системе лечебно-эвакуационного обеспечения ограниченного контингента советских войск /своевременное оказание первой медицинской помощи раненым и их вынос с поля боя, широкое использование воздушного транспорта для их медицинской эвакуации, применение современных методов анестезиологии и реанимации, антибиотиков различного спектра действия, трансфузионной терапии и раннее оказание специализированной хирургической помощи/. Важно также подчеркнуть, что в условиях боевых действий в Афганистане оказалось возможным изучение и внедрение в практику новейших методов хирургического лечения и различных средств предупреждения развития раневой инфекции. Очевидно глубокий и всесторонний анализ этой работы явится предметом тщательного изучения и научного обобщения в ближайшее время.

Следует отметить, что проблема оказания хирургической помощи в экстремальных условиях мирного времени приобрела особое звучание на современном этапе, имея ввиду "медицину катастроф" - крупномасштабные аварии, катастрофы и стихийные бедствия /авария на Чернобыльской АЭС, землетрясение в Армении, серия крупных катастроф на железнодорожном транспорте: Арзамас, Бологое, Свердловск, Башкирия/. Анализ имевших место событий показал, что без четкой организации ликвидации последствий стихийных бедствий и катастроф нельзя добиться снижения потерь и сокращения сроков оказания медицинской помощи. В основе указанных организационных решений должна быть использована методология этапного лечения пострадавших в военное время.

Из сказанного выше вытекают основные направления развития современных проблем военно-полевой хирургии, главными из которых являются

- всестороннее изучение патологии, возникающей от современных

боевых средств поражения;

- совершенствование организационных основ военно-полевой хирургии, в том числе разработка критериев для принятия сортировочного решения и объема медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации;
- анализ и обобщение опыта оказания хирургической помощи в локальных войнах второй половины настоящего столетия и крупномасштабных экстремальных ситуациях мирного времени.

Необходимо особо подчеркнуть, что важнейшие выводы, сделанные военно-полевыми хирургами на основе глубокого научного анализа и обобщения опыта организации оказания хирургической помощи, нашли полную реализацию и широкое внедрение в годы Великой Отечественной войны. В развитие этого положения чрезвычайно важно отметить, что некоторые из этих выводов не только не теряют своей актуальности, а с полным основанием могут и должны быть использованы в будущем. В условиях ракетно-ядерной войны система этапного лечения раненых с эвакуацией по назначению, претерпевшая серьезные изменения и получившая дальнейшее развитие, не только сохраняет свое значение, но и приобретает особую роль в связи с возможным применением оружия массового поражения и возникновением в кратчайшие сроки массовых санитарных потерь.

Весь ход истории советской военно-полевой хирургии, боевой опыт, накопленный медицинской службой Вооруженных Сил в локальных военных конфликтах 1938-1940 гг. и огромный опыт, полученный ею в Великой Отечественной войне, свидетельствуют об особой роли военно-полевой хирургии в годы войны. Громадный вклад, внесенный советскими хирургами в совершенствование системы лечения раненых на войне, позволили поднять на качественно новый уровень теорию и практику не только отечественной, но и мировой военно-полевой хирургии. Блестящей иллюстрацией этого стали выдающиеся результаты лечения раненых на

фронте и в тылу, достигнутые в годы Великой Отечественной войны.

Таким образом, Великая Отечественная война явилась чрезвычайно важным этапом в развитии отечественной военно-полевой хирургии - этапом окончательного становления и упрочения стройной и эффективной системы оказания хирургической помощи раненым, наиболее характерной чертой которой является ее научная обоснованность, базирующаяся на принципах единой военно-полевой медицинской доктрины и как следствие этого - высокий научный уровень организуемых и проводимых лечебно-эвакуационных мероприятий.

ВЫВОДЫ

I. При организации помощи раненым в первом периоде Великой Отечественной войны имел место ряд серьезных недостатков в войсковом, армейском и фронтовом районах: несвоевременное оказание первой медицинской помощи, запоздалый вынос и вывоз раненых с поля боя, при проведении медицинской сортировки не всегда выделялись раненые, нуждающиеся в помощи по жизненным показаниям, во многих случаях не выполнялась необходимая предоперационная подготовка, а первичная хирургическая обработка ран нередко была неполноценной. Среди недостатков в хирургической работе армейского района следует выделить: отсутствие четкого взаимодействия между хирургическими полевыми подвижными госпиталями первой линии и дивизионными медицинскими пунктами, недостаточное количество полевых хирургических лечебных учреждений, отсутствие в составе госпитальных баз армий госпиталей для легкораненых и полевых лечебных учреждений для оказания специализированной хирургической помощи. И, наконец, среди недочетов в организации хирургической помощи фронтового звена необходимо отметить, что в этом периоде не было четкого взаимодействия фронтовых и армейских лечебных учреждений хирургического профиля, в госпитальных базах фронтов не было достаточного количества специализированных хи-

рургических госпиталей. Все эти недостатки в конечном итоге привели к высокому показателю общей смертности /7,4%/.

2. Центр хирургической работы в первом периоде находился в армейском и фронтовом тылу, свидетельством чего является низкая оперируемость на дивизионных медицинских пунктах /25,2%/ и относительно высокая оперируемость в госпиталях армий /31,6%/ и фронтов /9,1%/. Эти показатели были связаны в значительной степени с условиями работы дивизионных медицинских пунктов и лечебных учреждений хирургического профиля армий и фронтов, характеризовавшимися быстрым отходом войск с боями, кратковременным пребыванием этих этапов медицинской эвакуации на месте, частой сменой дислокации.

3. Работа советских хирургов в первом периоде войны показала острую необходимость перестройки организационных форм военно-полевой хирургии, сложившихся в предвоенный период и определила пути и конкретные задачи дальнейшего развития и совершенствования системы и методов организации хирургической помощи /значительное увеличение количества полевых хирургических лечебных учреждений, оптимальная организация и оперативность в осуществлении маневра этими учреждениями, необходимость создания в госпитальных базах армий полевых лечебных учреждений для оказания специализированной хирургической помощи, тесное взаимодействие армейских и фронтовых средств медицинской службы, подготовка кадров-хирургов, вооруженных единой военно-полевой медицинской доктриной и др./.

4. Первый период минувшей войны явился этапом становления теоретических основ военно-полевой хирургии. Ведущими направлениями в развитии военно-полевой хирургии этого периода явились: а/. перестройка организационных форм оказания хирургической помощи; б/. активный поиск новых, более эффективных методов лечения раненых; в/. укомплектование лечебных учреждений врачебным составом хирургического профиля.

5. Опыт работы медицинской службы во втором периоде Великой Отечественной войны внес много нового и ценного в теорию и практику военно-полевой хирургии, особенно в разработку форм и методов организации хирургической помощи /создание медицинских распределительных постов, осуществление маневра между дивизионными медицинскими пунктами и хирургическими полевыми подвижными госпиталями первой линии, развертывание межармейских госпитальных баз на стыке двух соседних армий, своевременный маневр армейскими и фронтовыми лечебными учреждениями хирургического профиля, создание хирургических полевых подвижных госпиталей емкостью 200 коек, значительный рост числа госпиталей для легкораненых, создание в составе госпитальных баз армий специализированных хирургических полевых подвижных госпиталей, создание в госпитальных базах фронтов всех основных типов специализированных лечебных учреждений хирургического профиля и др./. Все это позволило поднять организацию хирургической помощи на качественно новый уровень.

6. Во втором периоде закрепились роль дивизионного медицинского пункта как центра хирургической работы в войсковом тылу. Квалифицированная хирургическая помощь на дивизионных медицинских пунктах была оказана в сражении под Сталинградом - 43% раненых, в Курской битве - 49%, в Белорусской операции - 62%. Этот показатель возрастал на протяжении всей войны.

7. Утвердившиеся положения единой военно-полевой медицинской доктрины стали основой оказания хирургической помощи и лечения раненых во втором периоде минувшей войны. Улучшились показатели оказания первой медицинской помощи раненым, их выноса и вывоза с поля боя, сроков оказания квалифицированной и специализированной хирургической помощи, более четко и качественно стали производиться медицинская сортировка и первичная хирургическая обработка ран. Все это привело к повышению уровня основных показателей хирургической работы, в том

числе и одного из главных - возвращение в строй /45,4%/.

8. Второй период Великой Отечественной войны явился этапом внедрения в практику коллективного опыта военно-полевых хирургов и реализации выработанных теоретических положений. Ведущими направлениями в развитии военно-полевой хирургии этого периода явились: а/. изменения в организационно-штатной структуре лечебных учреждений хирургического профиля; б/. совершенствование организационных форм оказания хирургической помощи; в/. совершенствование содержания и методов оказания хирургической помощи и лечения раненых.

9. Наиболее характерной чертой организации хирургической помощи в третьем периоде войны была широкая специализация хирургической помощи и создание в армейском и фронтовом звеньях медицинской службы возможно большего резерва лечебных учреждений хирургического профиля, что не только обеспечивало оперативное и своевременное осуществление маневра ими, но и ограничивало многоэтапность в эвакуации раненых.

10. В третьем периоде была успешно реализована система специализированной хирургической помощи, что позволило качественно улучшить организацию хирургической помощи и повысить основные показатели лечебной работы - общую оперируемость, переливание крови, возвращение в строй и др.

11. Заключительный период войны стал важным этапом развития военно-полевой хирургии, в котором окончательно сложилась и четко оформилась наиболее прогрессивная система лечебно-эвакуационного обеспечения войск - система этапного лечения раненых с эвакуацией по назначению. Ведущими направлениями развития военно-полевой хирургии этого периода явились: а/. дальнейшее совершенствование организационных форм оказания хирургической помощи; б/. широкая специализация хирургической помощи; в/. всестороннее обобщение и внедрение в практику наиболее эффективных способов хирургического лечения раненых и

на этой основе дальнейшее совершенствование методов оказания хирургической помощи и лечения раненых.

12. Научные труды военных хирургов по организации хирургической помощи на войне, а также по совершенствованию методов хирургического лечения огнестрельных ранений различных анатомических областей явились необходимой и надежной основой дальнейшего развития проблем военно-полевой хирургии на современном этапе.

ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ ОПУБЛИКОВАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ РАБОТЫ:

М О Н О Г Р А Ф И И

1. М.Н.Ахутин и советская военно-полевая хирургия. - М.: Медицина, 1984.-142с. /в соавт./.

2. Главные хирурги фронтов и флотов в Великой Отечественной войне 1941-1945гг. - М.: Медицина, 1985.-240с. /в соавт./.

3. Главные терапевты фронтов и флотов в Великой Отечественной войне 1941-1945гг. - М.: Медицина, 1987.-256с. /в соавт./.

П У Б Л И К А Ц И И

4. Ахутинское движение. - Военно-медицинский журнал, 1981, № 7, с. 74-75 /в соавт./.

5. П.А.Куприянов /К 90-летию со дня рождения/. - Хирургия, 1983, № 2, с. 112-114 /в соавт./.

6. Владимир Семенович Левит /К 100-летию со дня рождения/. - Военно-медицинский журнал, 1983, № 6, с. 72-73 /в соавт./.

7. Видный советский хирург В.С.Левит. - Клиническая хирургия, 1983, № 6, с. 58-60 /в соавт./.

8. Ю.Ю.Джанелидзе /К 100-летию со дня рождения/. - Хирургия, 1983, № 8, с. 147-148 /в соавт./.

9. Военные медики. - Книжное обозрение, 1983, № 48, с. 6 /в соавт./.

10. К 125-летию со дня рождения Г.И.Турнера. - Хирургия, 1984, № 1, с. 154-155 /в соавт./.

11. Александр Иванович Арутюнов /К 80-летию со дня рождения/. - Военно-медицинский журнал, 1984, № 1, с. 68-69 /в соавт./.

12. К 100-летию со дня рождения И.Г.Руфанова. - Хирургия, 1984, № 3, с. 148-149 /в соавт./.

13. Выдающийся советский военно-полевой хирург /К 90-летию со дня рождения Н.Н.Еланского/. - Военно-медицинский журнал, 1984, № 4, с. 67-69 /в соавт./.

14. Главные хирурги флотов в годы Великой Отечественной войны. - Советское здравоохранение, 1985, № 3, с. 63-66 /в соавт./.

15. Организаторы хирургической работы в годы Великой Отечественной войны. - Советское здравоохранение, 1985, № 4, с. 49-54 /в соавт./.

16. Важный этап в развитии военно-полевой хирургии. - Хирургия, 1985, № 5, с. 145-147 /в соавт./.

17. Главные хирурги фронтов в Великой Отечественной войне 1941-1945гг. - Советская медицина, 1985, № 5, с. 50-54 /в соавт./.

18. К 100-летию со дня рождения М.И.Ситенко. - Хирургия, 1985, № 12, с. 138-140.

19. Виталий Ильич Попов /К 90-летию со дня рождения/. - Военно-медицинский журнал, 1986, № 4, с. 72-73 /в соавт./.

20. Хирургические школы в истории отечественной медицины. - В кн.: Некоторые итоги научных исследований кафедры медицинской подготовки. М., ЦОЛИУВ, 1987, с. 20-22.

21. Совершенствование организации хирургической помощи в ходе Великой Отечественной войны. - Хирургия, 1987, № 5, с. 153-155 /в соавт./.

22. Вклад школы В.А.Оппеля в военно-полевую хирургию. - Советское здравоохранение, 1987, № 10, с. 63-65 /в соавт./.

23. Дмитрий Алексеевич Арапов /К 30-летию со дня рождения/. - Хирургия, 1987, № 10, с. 150-152 /в соавт./.
24. Главный хирург Военно-Морского Флота /К 90-летию со дня рождения Д.А.Арапова/. - Военно-медицинский журнал, 1987, № 12 с. 61-62 /в соавт./.
25. Отечественная военно-полевая хирургия на этапах истории. - В кн.: Сборник научных работ военной кафедры. М., ЦОЛИУВ, 1988, с. 16-21.
26. Военно-полевые хирурги - представители школы С.П.Федорова. В кн.: Сборник научных работ военной кафедры. М., ЦОЛИУВ, 1988, с. 41-46 /в соавт./.
27. Опыт военно-полевой хирургии в боях у озера Хасан. - Военно-медицинский журнал, 1988, № 2, с. 18-21 /в соавт./.
28. Борис Дмитриевич Добychин /К 90-летию со дня рождения/. - Хирургия, 1988, № 7, с. 142-143 /в соавт./.
29. Петр Лазаревич Сельцовский /К 90-летию со дня рождения/. - Военно-медицинский журнал, 1988, № 7, с. 73-74 /в соавт./.
30. Михаил Никифорович Ахутин /К 90-летию со дня рождения/. - Военно-медицинский журнал, 1988, № 12, с. 57-58 /в соавт./.
31. Опыт военно-полевой хирургии в боях у реки Халхин-Гол. - Военно-медицинский журнал, 1989, № 6, с. 61-62 /в соавт./.
32. Stanislaw Иосифович Банайтис /К 90-летию со дня рождения/. Хирургия, 1989, № 10, с. 143-144.

МАТЕРИАЛЫ ДИССЕРТАЦИИ ДОЛЖЕНЫ:

1. На межкафедральной научной конференции Центрального института усовершенствования врачей 18 мая 1984г.
2. На заседании военной секции Московского научного общества историков медицины 22 февраля 1985г.
3. На научной конференции "Военная медицина в годы Великой

Отечественной войны 1941-1945 гг." в павильоне "Здравоохранение СССР" ВДНХ СССР 18 апреля 1985 г.

4. На заседании Ученого Совета Центрального института усовершенствования врачей 15 октября 1985 г.

5. На заседании Московского научного общества историков медицины 27 февраля 1986 г.

6. На 3-м Всесоюзном съезде историков медицины 12 - 14 ноября 1986 г.

7. На межкафедральной научной конференции Центрального института усовершенствования врачей 18 октября 1988 г.

Ротапринт ВНИИ им. Н.А.Семашко 100 Тир.134 Зах.
Л-485743 от 17/1-89

