

Подвиг защитников Бреста раскрыл нам силу и героизм души советского человека, заставил пережить гордость от того, что мы принадлежим к великому народу, способному в минуты испытаний творить невозможное.

Звание «защитник Брестской крепости» равнозначно слову «герой».

Литература:

1. Смирнов, С. С. Брестская крепость / С. С. Смирнов. – М., 1965. – С. 18-20.
2. Бобренок С. У стен Брестской крепости / С. Бобренок. – Мн., 1960. – С. 2-3.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ. ИСТОРИЯ И РАЗВИТИЕ

Чеботаренко Сергей Витальевич

Гродненский государственный университет им. Янки Купалы
Научный руководитель – доцент кафедры тылового обеспечения,
полковник запаса Муха В. М.

Медицинская помощь раненым оказывалась в ходе всех войн, которые вело человечество с древнейших времен. Но для того, чтобы она оформилась в стройную совокупность взаимосвязанных элементов, образующих определенную целостность, потребовался значительный период времени, измеряемый тысячелетиями.

С некоторыми допущениями можно утверждать, что первая в истории человечества стройная система медицинской помощи была сформирована в Римской Империи (I в. до н. э.). Военно-медицинская организация римской армии включала розыск, сбор и вынос раненых с поля боя, эвакуацию их в стационарные лечебные учреждения для прохождения лечения.

С распадом Римской империи (476 г. н. э.) данная система постепенно деградировала и в конечном счете перестала существовать.

В эпоху Возрождения происходит постепенный переход к формированию профессиональной армии, вследствие чего увеличилась ее стоимость, усложнился процесс комплектования. Поэтому ценность здоровья воина-профессионала приобретает большое значение. В конце XV в. предпринимаются новые попытки подвергнуть систематизации оказание медицинской помощи в ходе войн. Так, в 1487 г. в испанской армии во время осады Малаги создается первый в Европе полевой военный госпиталь.

Во французской армии издается первый регламент об оказании помощи раненым (1591), создаются полевые подвижные и неподвижные госпитали. В германской армии в штат вводятся должности военных врачей. Однако при всех положительных моментах данных реформ лечебно-эвакуационные мероприятия в европейских армиях принципиально мало чем отличались

от древнегреческих. Раненые по-прежнему эвакуировались по принципу «с собой», т. е. следовали вместе с обозом армии.

В русском государстве, как и в странах Европы, процесс формирования подходов к организации оказания медицинской помощи раненым воинам набирал обороты. Это было связано с созданием русской профессиональной армии – «полков иноземного строя». В первом русском воинском уставе (1621) имеются упоминания о необходимости наличия лекаря в войсках, его оснащении, порядке финансирования, подчиненности и оказания медицинской помощи.

Система оказания медицинской помощи раненым была вынуждена подстраиваться под тактику ведения боевых действий и способности армий того времени, но не могла обеспечить войска в полной мере. Низкая мобильность, решение исхода войны в ходе одного-двух главных сражений в совокупности с низким уровнем медицинских знаний и малочисленности врачебного персонала в войсках, а также отсутствие соответствующей инфраструктуры не требовали эвакуации раненых на значительные расстояния. Наиболее оптимальной в таких условиях была организация лечения в монастырях, расположенных в непосредственной близости от места сражения. Исключением составляли только легкораненые, которые следовали со своими войсками. Такая система оказания медицинской помощи получила название «лечение раненых на месте».

В XVIII в. происходит совершенствование системы лечебно-эвакуационных мероприятий. В 1716 г. был издан «Воинский устав» Петра I, 33-я и 34-я главы которого посвящены военной медицине. Фактически в нем были сформированы основные принципы создания медицинской службы русской армии.

Оказание первой медицинской помощи раненым на поле боя изначально запрещалось, равно как и их вынос, что было обусловлено тактикой ведения боевых действий, когда поражение противника достигалось за счет кучности, что в свою очередь достигалось плотным строем стрелков. В такой обстановке оказание помощи раненому товарищем и тем более его вынос ставили под угрозу выполнение боевой задачи подразделением. Поэтому воин мог получить медицинскую помощь только в случае победы над противником.

Основными медицинскими учреждениями действующих армий были госпитали, создававшиеся вблизи границ, и оттого именовались «пограничными». Вместимость данных госпиталей составляла примерно 5% от общей численности армии, что не в полной мере обеспечивало потребности действующих войск.

Перевозка за армией значительного числа раненых ограничивала ее маневренность и приводила к огромной смертности. Оставление наиболее тяжелых раненых в монастырях облегчало ее перемещение, но и усложняло оказание медицинской помощи, так как находящиеся там медицинские чины возвращались в свои подразделения только после окончания похода.

Все это побудило разработать проект подвижного госпиталя (1737). Это было громоздкое учреждение на 6 тысяч мест. Несмотря на то, что в реальных боевых условиях такой госпиталь применялся лишь единожды – в 1739 г. данное техническое средство стало прототипом для последующих разработок.

В ходе Семилетней войны 1756-1763 гг. предпринимаются первые попытки пополнения армии личным составом, восстановившим боеспособность после ранения или заболевания. Это выражалось в оставлении легкораненых и легкопораженных в пределах армии до их полного излечения.

В начале XIX в. вводится «Положение об учреждении полевых госпиталей и больниц» – первый документ, определяющий виды полевых лечебных учреждений, порядок их формирования и задачи в ходе боевых действий. Тогда же упорядочивается организация эвакуации раненых из лазаретных обозов в подвижные госпитали. В частности, каждому эвакуируемому выдавался специальный «билет», в котором, помимо личных данных, указывалось краткое описание истории болезни и «употребляемый образ лечения» (прообраз современной медицинской карточки).

В дальнейшем, во многом благодаря накопленному опыту в ходе военной кампании 1812-1815 гг., система медицинского обеспечения русской армии претерпевает ряд значительных положительных изменений: окончательное осознание объективной необходимости эвакуации раненых и пострадавших из района боевых действий; организационно-штатное оформление полевых лечебных учреждений; создание резервных военно-медицинских учреждений и неприкосновенных запасов, обеспечивающих развертывание в военное время полевых лечебных учреждений. Широкое внедрение методов асептики и антисептики позволило резко снизить послеоперационную смертность (до 2%). Внедрение методов ингаляционного обезболивания создало условия для проведения хирургических операций, которые считались смертельными.

Отставание России в области автомобильной промышленности также внесло свою негативную лепту в организацию лечебно-эвакуационных мероприятий. В то время как в европейских армиях создавались автомобильные санитарные отряды для эвакуации, российская медицинская служба располагала (1914 г.) только двумя санитарными автомобилями. Однако, благодаря закупкам за рубежом, к концу 1917 г. на фронтах в общей сложности действовало 98 санитарно-автомобильных отрядов (1651 автомобиль). Для более быстрой эвакуации раненых во все больших масштабах начинают применяться военно-санитарные поезда.

Со второй половины 20-х гг. прошлого века проводится коренная реорганизация Советской Армии, что создало предпосылки для реформирования системы медицинского обеспечения. В частности, подвергаются пересмотру формы и методы медицинского обеспечения армейских объединений. В штат армий вводятся моторизированные подвижные госпитали, автохирургические отряды и группы медицинского усиления, что облегчало маневр меди-

цинскими силами и средствами. В штат санитарного отдела армии включаются специалисты-консультанты: хирург, терапевт-токсиколог, эпидемиолог.

В первые месяцы Великой Отечественной войны оказание медицинской помощи раненым и пострадавшим, а также их эвакуация осуществлялись по тем же принципам, что и в войнах конца XIX века. Основным проблемным вопросом было неграмотное расположение специализированных госпиталей и отсутствие четкой эвакуации раненых и пострадавших в соответствии с профилем их ранений. После коренного перелома в ходе войны (1942 г.) постепенно начали складываться условия для создания системы специализированной медицинской помощи, которое шло по двум направлениям: изменения организационно-штатной структуры и совершенствования форм организации специализированной медицинской помощи. В итоге к концу войны насчитывалось до 18 типов специализированных госпиталей против 8, имевшихся вначале.

В ходе войны система оказания медицинской помощи раненым и пострадавшим, принятая в Советской Армии, обогатилась рядом новых элементов. Была создана система восстановительного лечения, организована служба крови.

В настоящее время в полной мере сохраняют свою актуальность принципы этапного лечения раненых с эвакуацией по назначению. В то же время разнообразие условий деятельности медицинской службы в современных военных конфликтах предопределяет необходимость адаптации существующей системы лечебно-эвакуационных мероприятий в войсках к конкретным условиям боевой и тыловой обстановки. В целом эволюция системы оказания медицинской помощи раненым и пострадавшим имеет историю, измеряемую тысячелетиями. Ныне принятая система оказания медицинской помощи в военных конфликтах не является догмой и в последующем неизбежно будет развиваться и изменяться, по мере того как изменятся основные факторы, определяющие ее современное состояние.

Литература:

1. Будко, А. А. Основные этапы истории военной медицины России / А. А. Будко, Д. А. Журавлев // Вопр. истории. – 2007. – № 7. – С. 113-120.
2. Войтенко, М. Ф. Исторический очерк развития организационных форм специализированной медицинской помощи пораженным и пострадавшим на войне / М. Ф. Войтенко. – / Л.: ВМА, 1966. – С.42.
3. Георгиевский, А.С. Исторический очерк развития медицинской службы армейских объединений / А.С. Георгиевский. – Л.: ВМОЛА, 1955. – С. 58–77.
4. Георгиевский, А. С. Исторический очерк развития медицинской службы армейских объединений / А. С. Георгиевский. – Л.: ВМОЛА, 1955. – С. 77-122.
5. Гладких, П. Ф. Военно-госпитальное дело в России. 1608-1917 гг. / П. Ф. Гладких, А. Е. Локтев. – Екатеринбург: Б. и., 2000. – С. 26-53.