

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ВОЕННОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ

Барсуков Г.О., Колошич В.Г.

Гродненский государственный медицинский университет
г. Гродно, Беларусь

Научный руководитель – старший преподаватель военной кафедры,
подполковник м/с Соловьев А. В.

В развитии военной анестезиологии и реаниматологии может быть выделено несколько периодов. **Первый** (эмпирический) период охватывает много веков, он начинается примерно за 3-5 тысяч лет до нашей эры и заканчивается открытием обезболивающих свойств закиси азота и эфира.

Второй (донаучный) ведет отсчет с 1847 г., когда для обезболивания при операциях в военно-полевых условиях был применен сначала эфир, а затем хлороформ и другие анестезирующие средства. Он растянулся почти на 100 лет и характеризовался сначала эйфорией от возможностей, которые давал наркоз хирургии, а затем привыканием к нему и постепенным отодвиганием его на задний план, так как обезболивание не было связано с выполнением операций, а являлось лишь условием для ее осуществления.

Примерно в середине XX века он завершился выделением анестезиологии, а в последующем и реаниматологии в самостоятельное направление в военной медицине. Данное событие ознаменовало начало **третьего**, современного этапа развития этой специальности.

Начало XX века характеризовалось необходимостью распространения практики выполнения сложных полостных операций за пределы клиник и крупных лечебных учреждений – в периферийные больницы. При этом очень серьезно встал вопрос о методах обезболивания.

Еще в период пребывания Н. И. Пирогова на Кавказе, сотрудниками руководимой им в академии клиники госпитальной хирургии (27 декабря 1847 г.) было впервые испытано действие хлороформа. По возвращении с Кавказа Н. И. Пирогов занялся его изучением и предложил применять хлороформ вместе с эфиром в виде смеси, чем положил начало так называемой смешанной анестезии. Он первым стал говорить о том, что в большинстве своем печальные исходы зависят не от действия эфира или хлороформа, а от того, кто пользуется этими веществами, т. е. поднял вопрос о квалификации анестезиологов.

После того как в 1905 г. Эйнгорн синтезировал новокаин, токсичность которого оказалась во много раз меньше чем у хлороформа, создались предпосылки для расширения показаний к местной анестезии как в хирургии мирного времени, так и в военно-полевой хирургии.

В нашей стране активно внедрял достижения обезболивания в военную медицину В. А. Оппель. Основываясь на опыте военных действий в Восточной Пруссии, он писал, что наркоз следует применять шире, начиная с главного перевязочного пункта; проводить его при ранениях, при хирургической обработке ран конечностей, перевязке крупных сосудов и наложении неподвижных повязок, при переломах бедра и внутрисуставных переломах крупных трубчатых костей. Сам Оппель предпочитал применять эфир. Когда его было недостаточно, использовал хлороформ или смесь анестетиков.

Между тем частота осложнений при наркозе со временем не уменьшалась. Такое положение объяснялось несовершенством методов общей анестезии, которую как правило проводили малоквалифицированные врачи и нередко – случайные люди. Жизнь повседневно подтверждала справедливость слов Н. И. Пирогова, сказанных еще в первые годы применения наркоза о том, что от состояния выключения рефлекторной деятельности до смерти – один шаг, и что проведение наркотизации требует определенных знаний и навыков.

Были усовершенствованы не только многие подходы к наркотизации, но и предложены новые аппараты и принадлежности для наркоза в полевых условиях, уточнены показания к различным видам анестезии в зависимости от этапов медицинской эвакуации и характера операций. Впервые в истории военно-полевой хирургии проявилась необходимость иметь специально подготовленных врачей и медицинских сестер для проведения анестезии.

Перед второй мировой войной основными методами анестезии по-прежнему считались хлороформная и эфирная. Поскольку войны могли вестись не только в северных, но и южных широтах, воспламеняемость и высокая летучесть эфира побудили изыскивать конструкции наркозных аппаратов, которые бы дали возможность достичь надежной стабилизации испарения и позволили бы применить анестетик в любых условиях. Он рассматривался как перспективный для военного времени и потому, что с методикой и клиникой эфирного наркоза были знакомы анестезиологи, многие хирурги и медицинские сестры, а производство было достаточно простым и недорогим.

В тот сложный для страны исторический период трудно было рассчитывать на быструю подготовку достаточного числа квалифицированных наркотизаторов и снабжение периферийных лечебных учреждений сколько-нибудь сложным оснащением. Политическая и экономическая нестабильность диктовали необходимость поиска и внедрения в практику простых и дешевых способов уменьшения интраоперационной боли.

Существенной предпосылкой для совершенствования общей анестезии явилось создание новых моделей наркозных аппаратов, основанных на рециркуляции газов и поглощении углекислоты в замкнутой или полузамкнутой системах. В этот период вошли в практику новые анестетики. В 1924 г. был предложен внутривенный вероналовый наркоз, а через пять лет испытан в клинике внутривенный авертиновый наркоз. Оба анестетика в тридцатые годы были постепенно вытеснены эвипан-натрием и пентоталом. С 1938 г. вошел в практику циклопропановый наркоз. В 1940 г. стали применять трихлорэтиленовый наркоз.

Барбитураты короткого действия получили широкое распространение не только в нашей стране, но и за рубежом, особенно при непродолжительных операциях, не требующих расслабления мышц. Метод однократного или фракционного введения использовали чаще, чем непрерывное капельное вливание слабого раствора. Были разработаны, а затем вошли в клиническую практику способы комбинированного обезболивания барбитуратами в сочетании с другими анестетиками, а также с местной или спинальной анестезией. Весьма заманчивым представлялось применение в военно-полевых условиях внутривенного барбитурового наркоза. Особенно рекомендовали применять барбитураты для индукции наркоза при непродолжительных операциях и хирургических процедурах у пораженных отравляющими веществами, обработке ожоженных, для индукции и базис-наркоза при хирургической обработке ранений груди, лица и у раненых в состоянии психоза. Подавляющее большинство анестезиологов предпочитали внутривенный способ введения барбитуратов.

В ходе Великой Отечественной войны отношение к общей анестезии изменилось, хотя приоритетное отношение к местной анестезии сохранилось. К 1944-1945 гг. применение общей анестезии в лечебных учреждениях войскового района возросло по сравнению с 1941 г. с 18,5 до 43% (даже при отсутствии анестезиологов и остром дефиците анестезирующих средств). На этапах медицинской помощи войскового района, в медико-санитарном батальоне, наркоз применяли значительно чаще, чем в госпиталях армейской и фронтовой баз. Это объяснялось тем,

что в войсковом районе операции обычно предпринимали по поводу тяжелых повреждений. На последующих этапах относительно чаще обрабатывали менее тяжелые раны. Имело значение и то, что операции здесь выполняли специалисты, многие из которых хорошо владели местной анестезией. Среди методов общей анестезии самым распространенным был эфирный наркоз. Его проводили самым примитивным образом, пользуясь маской Эсмарха и флаконом эфира, из которого последний накапывали на маску через марлевый фитилек. Маска Омбредана была лишь в некоторых тыловых госпиталях. В конце войны в страну было завезено значительное количество американских аппаратов фирмы «Хайд-бринг». Они поступили на оснащение некоторых военно-медицинских учреждений, что в значительной степени облегчило проведение анестезии.

В целом в ходе Великой Отечественной войны выяснилось, что показания к общей и местной анестезии одинаково широки. Становление и развитие военной анестезиологии и реаниматологии нельзя рассматривать изолированно от процессов, происходивших в этой области в рамках гражданского здравоохранения, так как все отрасли военной медицины, развивались и продолжают развиваться на основе достижений мирного времени. Несовершенная техника анестезирования и отсутствие специалистов-анестезиологов вынуждали хирургов при выборе общей анестезии соблюдать крайнюю осторожность. Этим же определялись и поиски методов наркотизации, которые можно было бы использовать с помощью самых простых принадлежностей. Однако эти попытки оказались безуспешными. Серьезное расширение показаний к общей анестезии могло в полной мере проявиться лишь при наличии врачей, специализирующихся в этой области. Тем не менее, военная анестезиология и реаниматология имеет и свою специфику, которая во многом определяется особенностями организации медицинского обеспечения войск как в чрезвычайных условиях, так и в период их повседневной деятельности, о чем убедительно свидетельствует история ее развития.

Литературные источники:

1. Полушин, Ю. С. Учебник по анестезиологии и реаниматологии / Ю. С. Полушин. – Санкт-Петербург, 2004. – 833 с.
2. Попов, А. С. История анестезиологии и реаниматологии как клиническая и научная дисциплины / А. С. Попов, А. В. Экстрем, С. М. Шлахтер, Д. С. Тириченко // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2013. – № 4. – С. 10–13.