

РАЗВИТИЕ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ В XIX – НАЧАЛЕ XX ВЕКА.

Сообщение 2

*Кафедра организации медицинского обеспечения войск
и экстремальной медицины ВМедФ в БГМУ*

На развитие военной медицины в первой четверти 19 в. большое влияние оказала французская буржуазная революция, а также дальнейший прогресс военного искусства. Увеличение численности и подвижности армии и связанное с этим развитие системы подвоза и оборудования коммуникаций создали предпосылки для дальнейшего развития эвакуационной системы. Необходимость эвакуации раненых и больных за пределы ТВД стала возрастать по мере увеличения их числа и невозможности лечения на месте. Кроме того, наличие большого количества раненых снижало подвижность армии. Поэтому, начиная с Отечественной войны 1812 г., в системе лечебно-эвакуационного обеспечения войск начинают преобладать эвакуационные тенденции. Согласно “Учреждению для управления Большой Действующей Армией” 1812 г. и другим законодательным документам, госпитали должны были выстраиваться “цепочкой” т.е. линейно вдоль основных коммуникаций. Раненых необходимо было последовательно доставлять из передовых перевязочных пунктов (“полковой перевязки”) в развозные госпитали (“главные перевязочные пункты”), а затем в подвижные (1,2,3 линии) и главные временные военные госпитали, располагавшиеся линейно по мере удаления от фронта в тыл.

Функции различных типов лечебных учреждений были несколько дифференцированы.

Однако в ходе кампании 1812 г. эта схема, в силу разных причин, постоянно нарушалась. Не всегда удавалось своевременно развернуть сеть оборудованных госпиталей и снабдить армию и госпитали необходимым количеством квалифицированных медицинских работников (рис. 1).

К этому времени относится открытие в г. Минске (17 августа 1805 г.) временного военного госпиталя на 150 коек, сотрудники которого на протяжении двух веков оказывали медицинскую помощь раненым и больным участво-

вали во многих вооруженных конфликтах, включая две мировые войны, вели борьбу с различными эпидемиями. Особенно ярко деятельность этого лечебного учреждения проявилась в годы Великой Отечественной войны (1941 – 1945 гг.), когда через его отделения прошло свыше 60 тыс. раненых и больных и более 73% из них были возвращены в строй. Со второй половины 20 в. госпиталь стал ведущим в Белорусском военном округе, а впоследствии и Главным военным клиническим медицинским центром Вооруженных Сил Республики Беларусь.

Непрерывные войны 19 века вызвали усиленную потребность в военно-медицинских кадрах и выдвинули новые важные задачи перед медицинской наукой. Именно в это время начинается обособление военной медицины, как науки. Изучаются боевые повреждения и появляются первые попытки создания теоретических основ организации и тактики медицинской службы. Замечательный врач М.Я.-Мудров в своем труде “Слово о пользе и предметах военной гигиены, или науки сохранения здоровья военнослужащих” определил задачи военной медицины, как науки, предмет которой “...заключается в сохранении здоровья солдат и лечение их болезней и ран удобными средствами”. При этом он подразделял военную медицину на военную гигиену (включавшую вопросы организации медицинского обеспечения войск), военную терапию, военно-полевую (“полковую”) хирургию и полевую фармакологию. В 1813 г. была издана “Карманная книга военной гигиены или Замечания о сохранении здоровья русских солдат”.

В 18 в. началась борьба, продолжавшаяся вплоть до середины 19 в., между сторонниками, так называемых, “активных” методов лечения ран, полагавших, что ранние ампутации – единственный правильный метод лечения огнестрельных переломов и сторонниками “консервативного” метода лечения, включавшего мазевые повязки, припар-

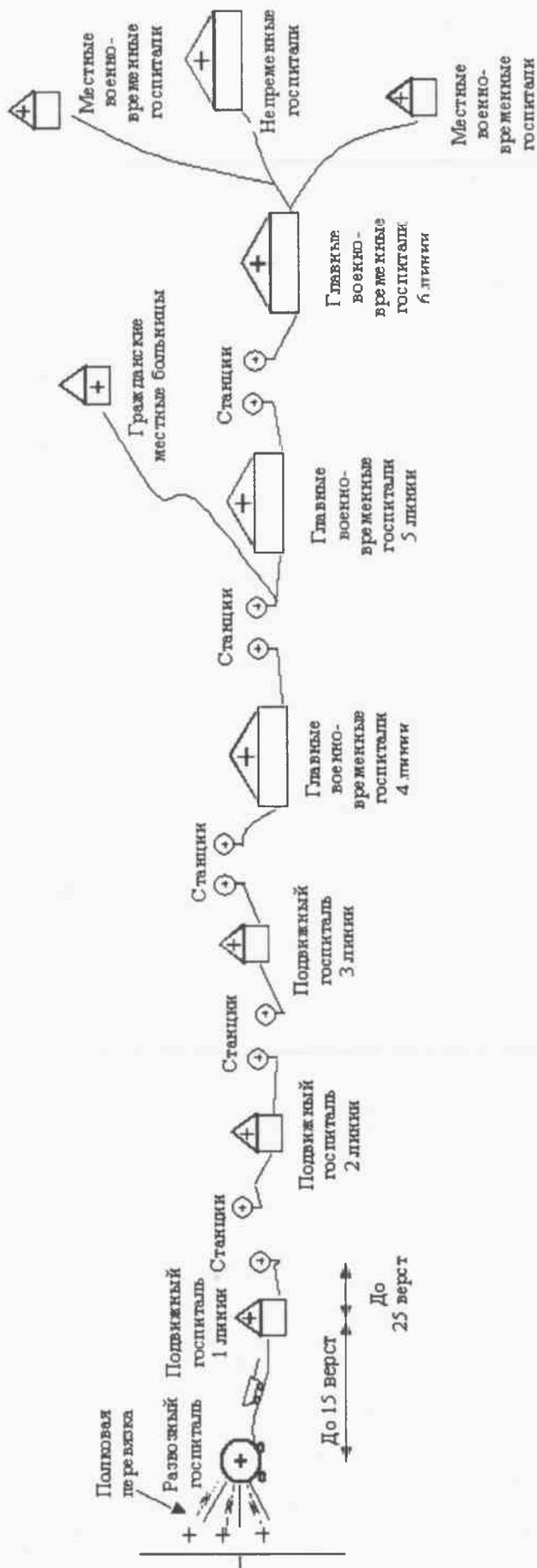


Рис.1. Система лечебно-эвакуационного обеспечения войск русской армии в Отечественной войне 1812 г.

ки, компрессы и др. Практика показала, что оба эти метода имели право на жизнь.

События, происшедшие в стране во второй четверти и в середине 19 в. в какой-то мере затормозили развитие военной медицины. Вопросами здравоохранения армии откровенно пренебрегали, и существовал огромный разрыв между идеями передовых русских врачей, даже таких как А.А.Чаруковский и Н.И.Пирогов, и практикой. Законодательные акты, закреплявшие и развивавшие эвакуационные тенденции в системе медицинского обеспечения войск, не претворялись в жизнь.

“Устав о непременных военных госпиталях”, вышедший в 1828 г. и заменивший устаревшие Адмиралтейский (1722 г.) и Генеральный (1735 г.) регламенты законодательно закрепил многоначалие и межведомственную неразбериху в системе управления военными госпиталями. Военные врачи были практически отстранены от управления медицинским обеспечением войск. Их функции ограничивались лечением раненых и больных и борьбой с эпидемиями.

В 1829 г. были изданы новые “Правила об учреждении подвижных и временных военных госпиталей”, предусматривающие внедрение новой системы медицинского обеспечения, основанной на дальнейшем развитии эвакуации раненых и больных из войск. Согласно этим “Правилам” развозные госпитали 1812 г. были заменены корпусными подвижными госпиталями на 200 мест, предназначенными, в основном, для раненых и выполнявшими во время сражения функции главных перевязочных пунктов. Подвижные госпитали заменялись полевыми временными, которые должны были формироваться по мере надобности, на месте за счет перевозимых при армии “запасов госпитальных вещей”. Эти госпитали должны были располагаться линиями от фронта к тылу. При выдвигании же армии к местам сражений на путях эвакуации для больных полагалась развертывать “временные этапные госпитали”, однако по ряду причин, развернуть их в достаточном количестве не удалось.

В целом, “Правила” 1829 г. не были реализованы.

Особенностью русско-турецкой войны 1828-1829 гг. явилась огромная инфекционная заболеваемость в русской армии, особенно на Балканском ТВД. Несколько лучшая ситуация в этом вопросе наблюдалась на Кавказском ТВД, где благодаря неуклонному и систематическому проведению рациональных противоэпидемических мероприятий и наличию подвижного (походного) госпиталя с подвижным карантинном, чума в войсках распространения не получила.

В этот период продолжают развиваться научные основы военной медицины. Р.С.Четыркиным в 1834 г. было издано одно из первых руководств по военной гигиене и эпидемиологии “Опыт военно-медицинской полиции или Правила к сохранению здоровья русских солдат в сухопутной службе”. А.А.Чаруковский в 1836 г. издал капитальный труд, по сути дела настольное руководство для военных врачей, состоявшее из пяти разделов “Военно-походная медицина”.

В январе 1833 г. было издано “Положение о кадрах военно-временных госпиталей”, впервые установившее накопление при всех постоянных военных госпиталях в мирное время неприкосновенного запаса имущества и “лекарственных средств” для развертывания 40 военно-временных госпиталей на 15 тыс. мест из

☆ История военной медицины

расчета на 6 месяцев войны.

Таким образом, была сформирована система, так называемой, линейной дренажной эвакуации, в основу которой были положены следующие принципы: увеличение размеров санитарных потерь; маневренный характер боевых действий; отсутствие условий для лечения раненых и больных в пределах театра военных действий; совершенствование методов лечения; более активная помощь раненым и больным со стороны медицинского персонала частей.

Эта система успешно применялась в Отечественной войне 1812 г. и в Крымской войне 1853-1856 гг.

Существенный вклад в организацию оказания хирургической помощи раненым в Крымской войне, в частности в осажденном Севастополе внес Николай Иванович Пирогов (1810-1881 гг.), выдающийся представитель русской и мировой медицины, хирург и анатом, педагог и общественный деятель, создатель топографической анатомии и экспериментального направления в хирургии, один из основоположников военно-полевой хирургии и организации медицинского обеспечения войск, член-корреспондент Петербургской академии наук (1846 г.).

Н.И.Пирогов всегда тесно сочетал клиническую деятельность с анатомо-физиологическими исследованиями. Во время своей научной поездки в Германию (1833-1835 гг.) им с удивлением было обнаружено, что “ни Руст, ни Грефе, ни Диффенбах не знали анатомию”, но в то же время им была высоко оценена деятельность Б.Лангенбека, в клинике которого Н.И.Пирогов совершенствовал свои знания по анатомии и хирургии.

По возвращению в Дерпт уже в качестве профессора Дерпского университета Н.И.Пирогов написал ряд крупных работ по хирургии. Главной из них является “Хирургическая анатомия артериальных стволов и фасций” (1837 г.)

удостоенная в 1840 г. Демидовской премии Петербургской академии наук – самой высокой награды за научные достижения в России того времени. Этот труд положил начало новому хирургическому подходу к изучению анатомии. Таким образом, Н.И.Пирогов явился основоположником новой отрасли медицины – хирургической (то есть топографической, по современной терминологии) анатомии.

В 1841 г. Н.И.Пирогов был приглашен в Петербургскую медико-хирургическую академию, в которой проработал 15 лет и эти годы работы в ней стали самыми плодотворными в его жизни. По его настоянию при академии была организована кафедра госпитальной хирургии (1841 г.) и создан Институт практической анатомии, которыми он и заведовал. Кроме того, Н.И.Пирогов консультировал больных в нескольких петербургских больницах, а после напряженного рабочего дня до глубокой ночи производил вскрытия трупов в морге Обуховской больницы и готовил материалы для атласа по хирургической (топографической) анатомии. Всего им за 15 лет работы было произведено почти 12 тыс. вскрытий. В ходе работы по созданию атласа топографической анатомии Н.И.Пирогов развил метод “ледяной анатомии”, предложенной И.В.Буяльским, суть которого состояла в распиливании замороженных трупов на тонкие пластины (5-10 мм) в трех плоско-

стях. Результатом этого титанического труда явились его классические работы “Полный курс прикладной анатомии человеческого тела с рисунками (анатомия описательно-физиологическая и хирургическая)” (1843-1848 гг.) и “Иллюстрированная топографическая анатомия распилов, проведенных в трех направлениях через замороженное человеческое тело” в 4-х томах (1852-1859 гг.).

Обе они удостоены Демидовских премий Петербургской академии наук 1844 и 1860 годах.

Четвертая Демидовская премия была присуждена Н.И.Пирогову в 1851 г. за книгу “Патологическая анатомия азиатской холеры”, в борьбе с эпидемиями которой он неоднократно принимал участие.

Велика роль Н.И.Пирогова в решении одной из важнейших проблем хирургии – обезболивания.

Им было проведено широкое экспериментальное исследование свойств эфира при различных способах введения (ингаляционном, внутривенном, ректальном и др.) вначале на животных с последующей клинической проверкой, в том числе и на себе. Свою первую операцию под эфирным наркозом Н.И.Пирогов произвел 14 февраля 1847 г., удалив опухоль молочной железы за 2,5 мин. В дальнейшем, летом 1847 г., им впервые в мире был применен эфирный наркоз в массовом порядке на театре военных действий в Дагестане при бое за аул Салты.

Н.И.Пирогов заложил основы отечественной военно-полевой хирургии и первым дал научно-обоснованный анализ всех сторон организации медицинской помощи раненым на войне. Пироговская система лечения и эвакуации раненых, будучи выдающимся научным достижением военной медицины 19 века, определила ее дальнейшее развитие.

Н.И.Пирогов впервые сформулировал требование об организации “складочного пункта, исключительно для осмотра и распределения раненых и больных по роду и степени болезни” и практически осуществил свой принцип сортировки раненых при их массовом поступлении во время обороны Севастополя (1853-1856 гг.). Всех поступающих раненых на перевязочный пункт он делил на 4 группы. Первую группу составляли безнадежно больные и смертельно раненные. Они поручались заботам сестер милосердия и священника. Ко второй группе относились тяжело раненные, требующие срочной операции, которая производилась прямо на перевязочном пункте в Доме Дворянского собрания. Иногда оперировали одновременно на трех столах, по 80-100 больных в сутки. В третью группу определялись раненые средней тяжести, которых можно было оперировать на следующий день. Четвертую группу составляли легкораненные. После оказания необходимой помощи они отправлялись обратно в часть. Послеоперационные больные впервые были разделены на две группы: чистые и гнойные. Больные второй группы помещались в специальных гангренозных отделениях – “memento mori”, как называл их Н.И.Пирогов.

Эти специально созданные органы сортировки и “складочные места” при каждом перевязочном пункте или госпитале послужили прообразом современного приемосортировочного отделения, а при группе госпиталей – прообразом сортировочного госпиталя.

В своих “Началах военно-полевой хирургии” Н.И.Пирогов определял войну как “травматическую эпидемию” и был убежден, что “не медицина, а администрация играет главную роль в деле помощи раненым и больным на театре войны”. И он со всей страстью боролся с “тупоумием официального медицинского персонала”, “ненасытным хищни-



Н.И. Пирогов
(1810-1881)

чеством госпитальной администрации" и всеми силами пытался наладить четкую организацию медицинской помощи, что в условиях того времени можно было делать только за счет энтузиазма одержимых. Такими были сестры милосердия.

С именем Н.И.Пирогова было связано и первое в мире привлечение женщин к уходу за ранеными и больными на театре военных действий. Специально для этих целей в Петербурге (1854 г.) была основана "Крестовоздвиженская община сестер попечения о раненых и больных воинах". Когда в октябре 1854 г. Н.И.Пирогов с отрядом врачей выехал в Крым, то вслед за ним был отправлен первый отряд из 28 сестер милосердия. В Севастополе Н.И.Пирогов сразу же разделил их на три группы: сестры перевязывающие, которые помогали врачам во время операции и при перевязках; сестры – аптекарши, которые приготавливали, хранили, распределяли и раздавали лекарства и сестры-хозяйки, которые следили за чистотой и сменой белья, содержанием больных и хозяйственными службами. Позднее появился четвертый особый транспортный отряд сестер, которые сопровождали раненых при дальних перевозках. Многие сестры умерли от тифозной горячки, некоторые были ранены и контужены. Но все они, "переноса безропотно все труды и опасности и бескорыстно жертвуя собою для достижения предпринятой цели, ... служили на пользу раненых и больных".

Особо высоко Н.И.Пирогов ценил Екатерину Михайловну Бакунину (1812-1894 гг.) – "идеальный тип сестры милосердия", которая наравне с хирургами работала в операционной и последней покидала госпиталь при эвакуации раненых, находясь на посту и днем и ночью.

От сестер милосердия Крестовоздвиженской общины ведет свою историю Российское общество Красного Креста, которое было создано в Петербурге в 1867 г. (первоначальное название "Российское общество попечения о раненых и больных воинах"). В наши дни Союз общества Красного Креста играет важную роль в развитии здравоохранения и деятельности Международного Красного Креста, основанного А.Дюнаном (1828-1910 гг.) (Швейцария) в 1864 году.

Через год после окончания Крымской войны, показавшей "гнилость и бессилие крепостной России" Н.И.Пирогов оставил службу в медико-хирургической академии и в возрасте 46 лет отошел от преподавания хирургии и анатомии.

Возлагая большие надежды на улучшение народного образования, он принял пост попечителя вначале Одесского, а затем, с 1858 г. – Киевского учебного округа, но вскоре был вынужден выйти в отставку. Эту его отставку А.И.Герцен назвал "одним из мерзейших дел Александра II...увольняющего человека, которым Россия гордится".

С 1866 г. Н.И.Пирогов окончательно поселился в своем имении села Вишня, неподалеку от г. Винница. В этом имении он прожил долгих 15 лет, занимаясь оказанием медицинской помощи местному населению и многочисленным больным, прибывавшим к нему со всех концов России. Для приема посетителей он устроил небольшую больницу, где почти ежедневно оперировал и делал перевязки. Занимался он и приготовлением лекарств, для чего сам выращивал необходимые растения. Многие лекарства им отпускались бесплатно по особому рецепту, на которых значилось "pro pauper" (для бедного). Изредка Н.И.Пирогов выезжал на театры военных действий, в частности, в 1870 г. – на театр франко-прусской войны и в 1877 – 1878 гг. – на Балканский фронт. Результатами этих поездок явились его работа "Отчет о посещении военно-санитарных учреждений в Гер-

мании, Лотарингии и Эльзасе в 1870 г." и труд по военно-полевой хирургии "Военно-врачебное дело и частная помощь на театре войны в Болгарии и в тылу действующей армии в 1877 – 1878 гг.". В этих работах, а также в своем капитальном труде "Начала общей военно-полевой хирургии, взятые из наблюдений военно-госпитальной практики и воспоминаний о Крымской войне и Кавказской экспедиции" (1865-1866 гг.) Н.И.Пирогов заложил основы организационных, тактических и методических принципов военной медицины.

Последней работой Н.И.Пирогова был незаконченный "Дневник старого врача".

О своей деятельности Н.И.Пирогов писал следующее: "Я имею некоторое право на благодарность России, если не теперь, то, быть может, когда-нибудь позже, когда мои кости будут гнить в земле, найдутся беспристрастные люди, которые, разглядев мои труды, поймут, что я трудился не без цели и не без внутреннего достоинства".

Умер Н.И.Пирогов в 1881 г. и его забальзамированное тело похоронено в склепе родового имения (ныне Музей-усадьба Н.И.Пирогова) в селе Вишня.

Накопленные Н.И.Пироговым наблюдения, огромный опыт практической работы на театрах военных действий явились основой для разработки принципов лечебно-эвакуационного обеспечения войск. В общих чертах они формулировались следующим образом: война – это травматическая эпидемия; смертность и успех лечения зависят преимущественно от различных свойств оружия; не медицина, а администрация играет главную роль в деле помощи раненым и больным на театре войны; не операции, срочно проведенные, а правильно организованный уход за ранеными и сберегательное (консервативное) лечение в самом широком размере должны быть главной целью хирургической и административной деятельности на театре войны; лечащие врачи и руководители полевых санитарных учреждений не должны допускать скопления раненых на перевязочных пунктах, а тяжелораненых вблизи театра войны; хорошо организованная сортировка раненых на перевязочных пунктах и военно-временных госпиталей есть главное средство для оказания правильной помощи и предупреждения беспомощности медицинского персонала и вредных по своим свойствам неурядиц; во избежание травматических зараз раненых и больных нужно рассеивать по лечебным учреждениям.

Последний принцип лег в основу системы рассеивания (развоза) раненых и больных, которая применялась в период Севастопольской обороны (1854-1856 гг.), русско-турецкой войны (1877-1878 гг.), русско-японской войны (1904-1905 гг.), Первой мировой войны (1914-1918 гг.).

Многие положения, выдвинутые Н.И.Пироговым, не утратили своего значения и в современных условиях. Так, созданное им учение о медицинской сортировке составляет основу современных взглядов на организацию этой важнейшей стороны деятельности медицинской службы.

После отмены крепостного права в России (1861 г.) и проведения ряда военных реформ сложились благоприятные условия для совершенствования принципов, форм и способов медицинского обеспечения войск в военное время, а также штатной структуры медицинской службы.

Согласно "Своду военных постановлений" 1869 г., включающем "Положение о врачебных заведениях на военное время", которое подкреплялось "Положением о носильщиках" (1877 г.) войсковая медицинская служба была впервые хорошо обеспечена штатными санитарями-носильщиками для выноса раненых с поля боя на перевязочные пун-

☆ История военной медицины

кты. Штатных санитаров-носильщиков полагалось иметь по 6 человек в каждой стрелковой роте и, кроме того, 209 чел. – в дивизионной роте носильщиков. Предусматривалось развертывание трех типов перевязочных пунктов: передовые, задние и главные.

Передовые и задние перевязочные пункты развертывались силами и средствами войсковых лазаретов, а главный перевязочный пункт – за счет штатных дивизионных лазаретов. За главными перевязочными пунктами развертывались штатные военно-временные госпитали на 630 мест.

В целом, система лечебно-эвакуационного обеспечения войск включала передовые, задние, главные перевязочные пункты и военно-временные госпитали, располагавшиеся цепочкой от фронта к тылу на грунтовых дорогах и образующие группы госпиталей на узловых железнодорожных станциях в составе эвакуационных пунктов (рис. 2).

В дальнейшем, с учетом опыта франко-прусской войны 1870-1871 гг. и развернувшегося на территории России активного строительства железных дорог, было принято решение об использовании железнодорожного транспорта для массовой медицинской эвакуации раненых и больных. Впервые вводится "Положение о военно-санитарных поездах и их типовой штат (1876 г.)".

Резкое возрастание масштабов боевых действий вызвало необходимость разработки важнейших принципов ведения войны в рамках международного права, что, в конце концов, вылилось в принятие подавляющим большинством крупнейших государств Женевских конвенций (1864 г.). Эти конвенции определяли, что война должна вестись только против армии противника, а не против мирного населения, раненых, больных и военнопленных, а также медицинского персонала. Россия приступила к исполнению этих конвенций с октября 1867 г. В дальнейшем, с 1868 г., стало обязательным нанесение "нейтрального знака" - Красного Креста на белый фон – на санитарный транспорт и ношение нарукавной повязки с этим знаком нижними чинами медицинской службы и персоналом общественных медицинских организаций.

В 1874 г. по инициативе России в Брюсселе принимается проект Декларации о законах и обычаях войны, и с этого момента начинается тесное взаимодействие в военное время военного и гражданского здравоохранения, а также широкое участие "частной помо-

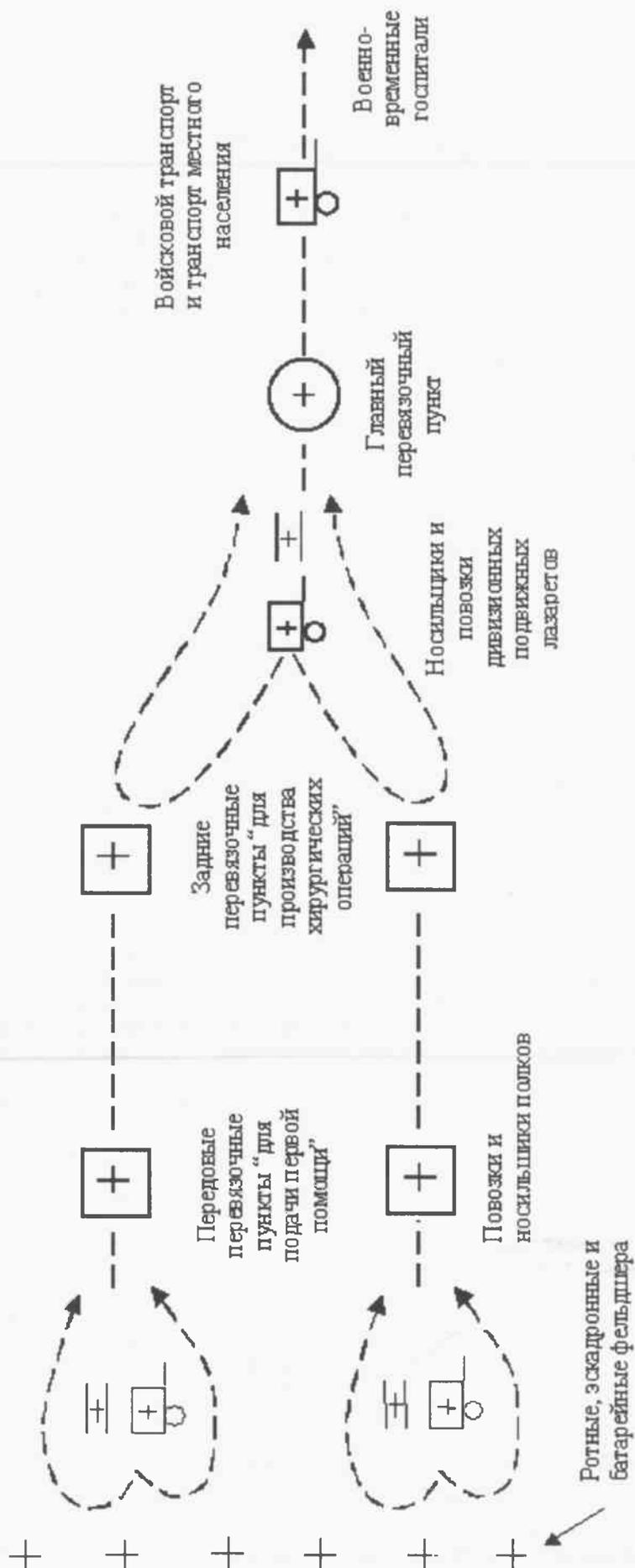


Рис. 2. Система лечебно-эвакуационного обеспечения войск русской армии в военное время согласно своду военных постановлений 1869 г.

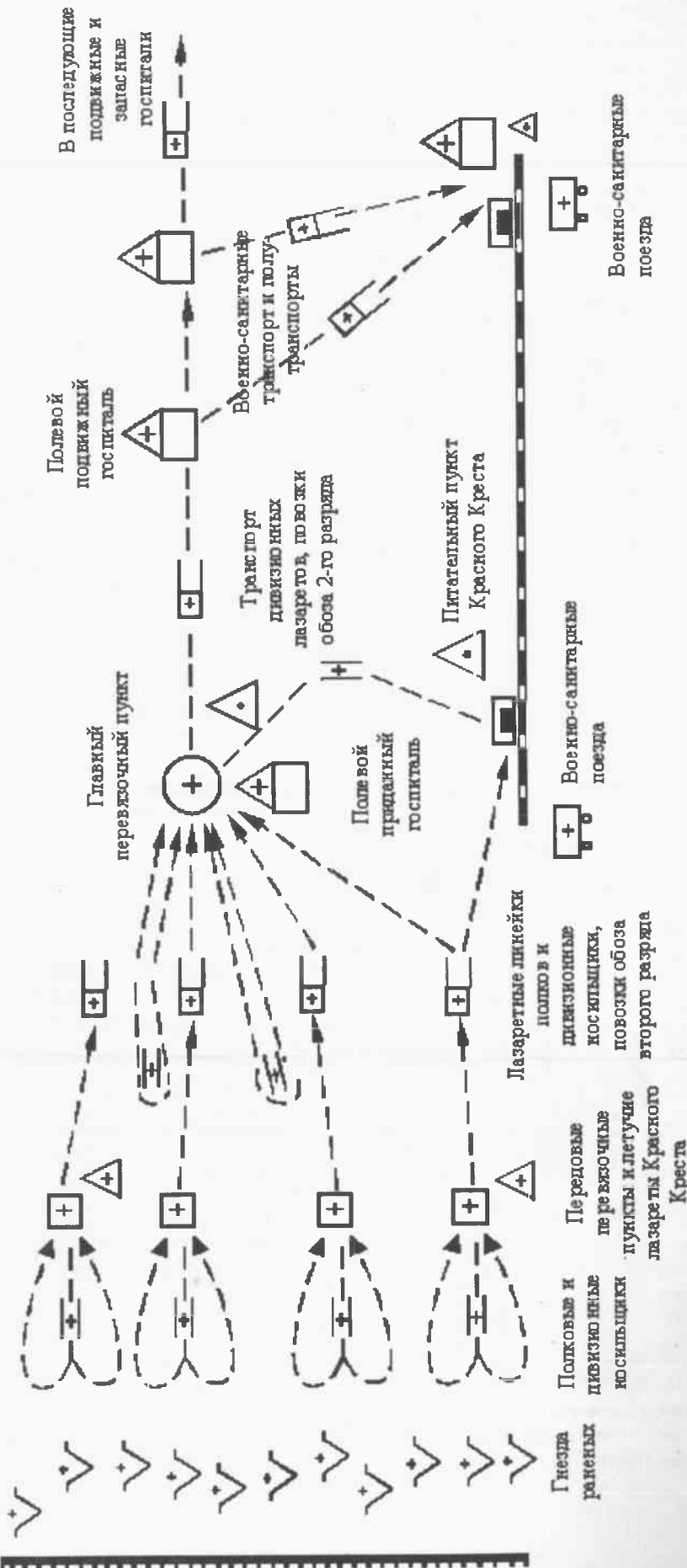


Рис. 3. Система лечебно-эвакуационного обеспечения войск русской армии в период русско-японской войны 1904 – 1905 гг.

щи” в лечении раненых и больных как в действующей армии, так и в тылу страны.

Во время русско-турецкой войны (1877-1878 гг.) в основу медицинского обеспечения боевых действий русской армии был положен принцип массовой эвакуации раненых и больных за пределы ТВД различными видами транспорта. Эвакуацией на ТВД руководил инспектор госпиталей, не имеющий медицинского образования, а в тылу – впервые созданными эвакуационными комиссиями. На территории страны раненые и больные “рассеивались” по лечебным учреждениям военного и гражданского ведомств.

В межвоенный период (1879-1904 гг.) принято новое “Положение о военно-врачебных заведениях на военное время”, в котором все они подразделялись на войсковые (полковые, дивизионные лазареты и полевые госпитали, приданные дивизиям) и заведения, подчиненные органам полевого управления. К последним относились полевые подвижные госпитали, не приданные дивизиям, а также полевые запасные, крепостные временные госпитали, военно-санитарные транспорты и полутранспорты, эвакуационные комиссии, полевые аптеки, временные аптечные магазины и другое. Каждое из вышеперечисленных военно-врачебных заведений выполняло свои, только ему свойственные, задачи.

Подвижные госпитали должны были следовать за войсками, разворачиваться на удалении 30-50 км. от линии фронта и вести прием раненых, полевые запасные – работать в составе полевых и тыловых эвакуационных комиссий и содержать так называемые “слабые команды” на 50-200 человек. Из этих же госпиталей создавались сводные (на 420-630 мест) госпитали.

Эвакуация раненых до полевых запасных госпиталей и погрузка на военно-санитарные поезда осуществлялась штатными военно-санитарными транспортами на 200 мест и полутранспорты на 100 мест,

☆ История военной медицины

а в дальнейшем – военно-санитарными поездами.

Новое “Положение об эвакуации раненых и больных” (1890 г.) вводило понятия: полевой, тыловой и внутренней эвакуационные районы, в пределах которых действовали соответственно полевые, тыловые и внутренние эвакуационные комиссии, руководившие приписанными к ним военно-медицинскими учреждениями и транспортом.

В мае 1893 г. в дополнение к “Положению” 1890 г. вводится в действие “Инструкция для сортировки раненых и больных”, требовавшая осуществлять эвакуацию с учетом тяжести заболевания и ранения, а также предполагаемого срока выздоровления эвакуируемых. Согласно этой “Инструкции” во внутренний район страны подлежали вывозу тяжелораненые и больные не пригодные, в ближайшей перспективе, к военной службе.

Русско-японская война 1904-1905 гг. с ее неудачным для русских войск отступательно-оборонительным характером наложила свой отпечаток на организацию их лечебно-эвакуационного обеспечения. В военной медицине по-прежнему отсутствовало единоначалие и сохранялась многоведомственность.

За счет мобилизационных запасов удалось развернуть госпитальную сеть общей емкостью свыше 65 тысяч мест и дополнительно к ним еще и формирования Российского общества Красного Креста (РОКК) в виде летучих отрядов, лазаретов и специальных госпиталей, но в целом, преобладала эвакуационная система медицинского обеспечения войск (рис. 3).

Происходило это потому, что передовые перевязочные пункты зачастую не развертывались, а их функции выполняли полевые околотки и лазареты. Раненые, чаще всего, минуя передовые этапы эвакуации, сразу поступали в главные перевязочные пункты, хирургическая активность в которых была невысокой. Приданные дивизии госпитали часто были свернуты или, в лучшем случае, работал один из них. Нередко раненые с главных перевязочных пунктов доставлялись прямо в военно-санитарные поезда.

В целом, итог лечебно-эвакуационной деятельности на этом ТВД не отличался высокими показателями.

Литература

1. Шелепов, А.М., Костенко, Л.М, Бабенко, О.В. Организация и тактика медицинской службы, С.-Пб., 2005.
2. Гладких, П.Ф. с соавт. Краткий исторический очерк становления и развития системы медицинского обеспечения сухопутных войск России – СССР. С-Пб «Телесфор», 1997.
3. Петровский, Б.В. Большая медицинская энциклопедия. Т.2 Изд.3. Москва, 1979.
4. Петровский, Б.В. Большая медицинская энциклопедия. Т.14. Изд.3 Москва, 1980 г. С.334-338.
5. Георгиевский, А.С. Общие вопросы организации и тактики медицинской службы. Ленинград, 1959.
6. Комаров, Ф.И. Военно-медицинская подготовка. Москва, 1984.
7. Сиротко, В.В., Редненко, В.В. Организация медицинского обеспечения войск. Витебск, 2001.
8. Сиротко, В.В., Редненко, В.В., Могилевич, В.В., Медицинское обеспечение войск. Витебск, 2005.