

183874

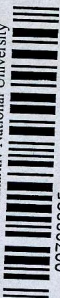
В. ШЕЙНИС

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
ВО ФРАНЦУЗСКОЙ АРМИИ
В МИРОВУЮ ВОЙНУ
1914—1918 гг.**

ВОЕНИЗДАТ—1938

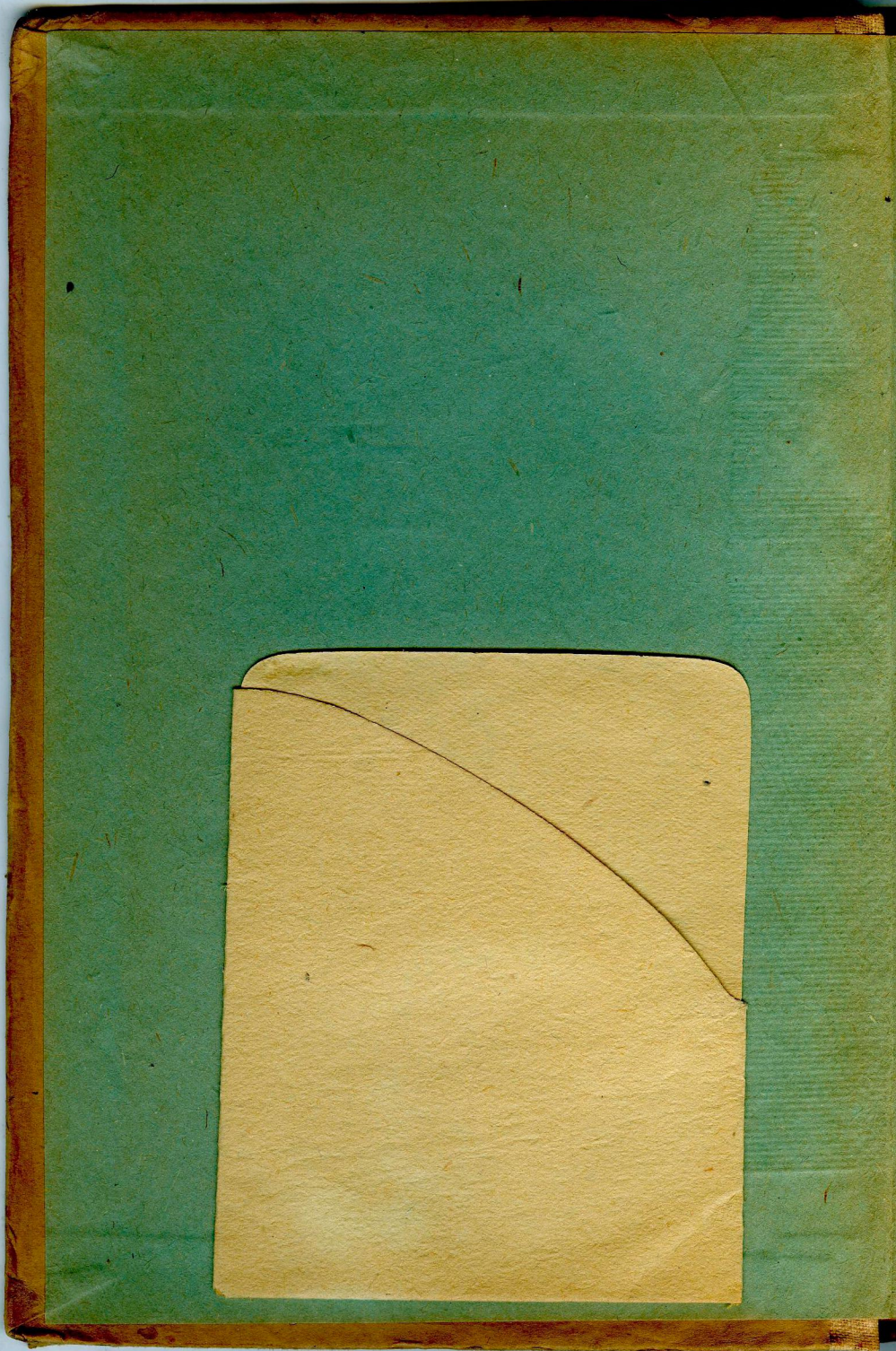
Цева 2 р.

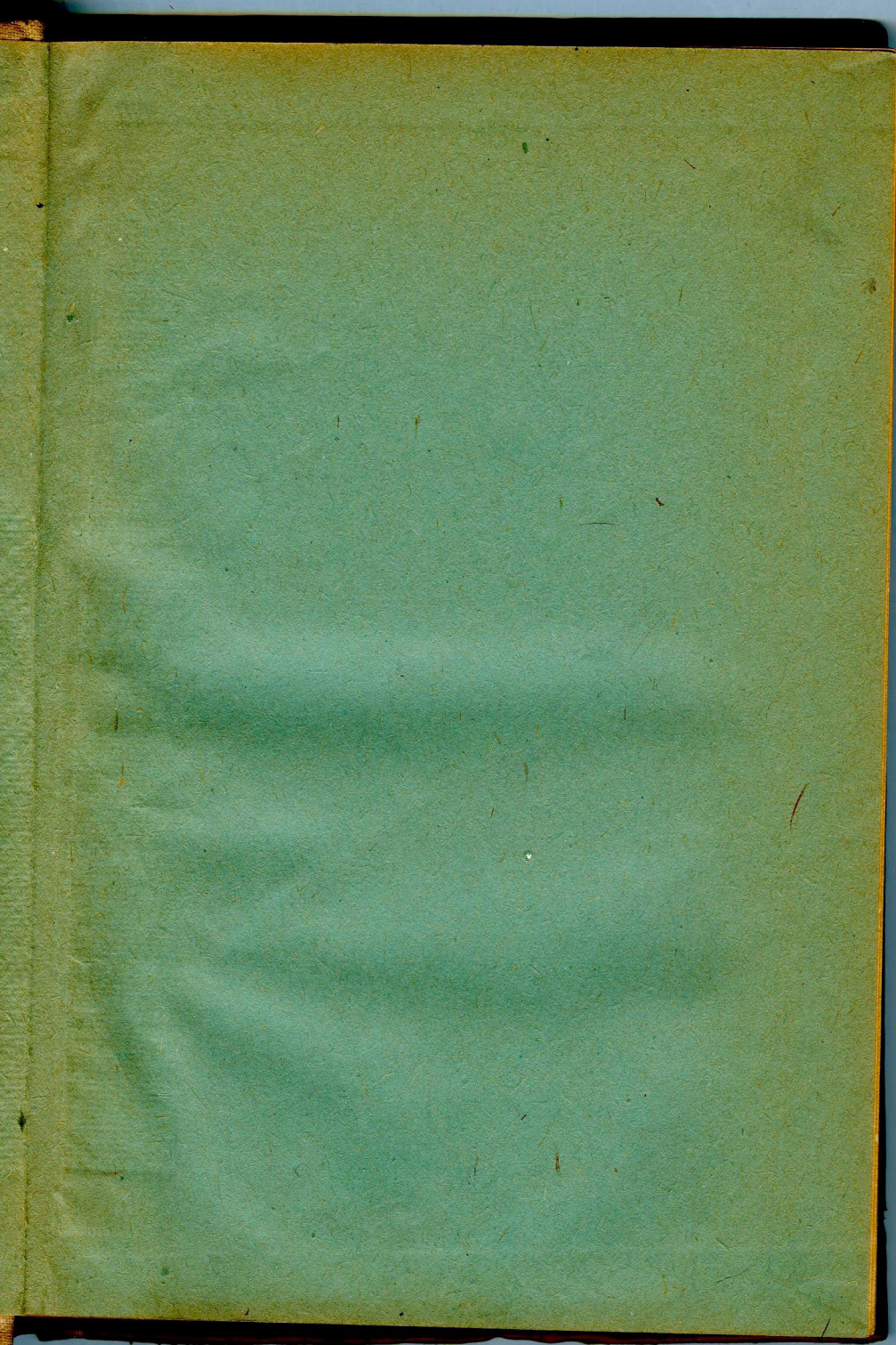
V.N. Karazin Kharkiv National University



00708625

0





Wp

В. Н. ШЕИНИС

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ВО ФРАНЦУЗСКОЙ АРМИИ В МИРОВУЮ ВОЙНУ 1914—1918 гг.

С ПРЕДИСЛОВИЕМ И ПОД РЕДАКЦИЕЙ
ЗАСЛУЖЕННОГО ДЕЯТЕЛЯ НАУКИ
ПРОФЕССОРА С. С. ГИРГОЛАВ



145

64

02



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ВОЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
НАРКОМАТА ОБОРОНЫ СОЮЗА ССР

МОСКВА — 1938

58

В. Шейнис, военврач 3-го ранга. — *Хирургическая помощь во французской армии в мировую войну 1914—1918 гг.*

На основании изучения и анализа многочисленных французских литературных источников автор составил описание организации санитарной службы и постановки хирургической помощи во французской армии за время войны 1914—1918 гг.

Книга представляет интерес, главным образом, для советских врачей, но некоторые ее отделы могут быть с пользой прочитаны и теми командирами Красной Армии, которым в военное время придется иметь дело с организацией санитарной службы.

Редактор *Белозинский*
Техн. редактор *Галин*
Корректоры *Богоявленская, Себрякова*

Сдано в производство 27.5.38
Подписано к печати 21.10.38

Формат бумаги $84 \times 108^{1/32}$
Объем $9^{1/4}$ печ. л.
В бум. листе 140 800 знаков

7,7 уч.-авт. л.

Уполн. Главлита № Г — 9941
Изд. № 279
Зак. № 2056

Текст отпечатан на бумаге Камского бумкомбината

Адрес изд-ва: Москва, Орликов пер., д. 3

Отпечатано во 2-й типографии Государственного воен. изд-ва НКО СССР им. К. Горбошилова
Ленинград, ул. Герцена, д. 1.

ПРЕДИСЛОВИЕ

На основании изучения многочисленных литературных источников т. Шейнис поставил себе целью описать постановку хирургической помощи раненым во французской армии за период войны 1914—1918 гг. Прежде всего следует признать, что объект изучения — французская армия — избран удачно и правильно. Французская армия начала войну без достаточной подготовки в области хирургической помощи и закончила ее при наиболее эффективных результатах хирургической работы по сравнению с санитарными службами всех других армий, участвовавших в войне. В зависимости от хода военных действий и параллельно им произошла перестройка как самой санитарной службы, так и тех хирургических основных установок, на которых вначале была построена хирургическая помощь. Следовательно, перестройка понадобилась глубокая и принципиальная.

Следует признать, что с этой большой задачей санитарная служба и французские хирурги справились весьма успешно и получили прекрасные конечные результаты от лечения раненых.

Несмотря на то, что прошло уже двадцать лет, интерес к организационным и хирургическим мероприятиям на французском фронте не пропал до настоящего времени, а особенно для советских хирургов, так как наша литература крайне небогата в этом отношении. Это делает работу т. Шейниса особенно ценной во всех ее отделах.

После краткого введения т. Шейнис останавливает внимание читателя на организационной стороне подачи хирургической помощи раненым в различные периоды войны с указаниями на то, какое влияние на дело помощи оказал переход от позиционной войны к маневренной. 3-я глава содержит в себе распределение функций санитарных учреждений и объем оказываемой ими помощи на основе

реальной действительности войны в разные ее периоды. Здесь же описывается и постепенная эволюция взглядов хирургов на значение ранней обработки ран.

В 4-й главе автор остановился на транспортировке и эвакуации раненых. Принимая во внимание, что транспортировать пришлось свыше 3 миллионов раненых, эта глава становится весьма важной для анализа столь большой работы. Особенно выпукло сказалась работа автотранспорта. Интересен также опыт транспортировки по воде.

Глава 5-я посвящена оборудованию хирургических учреждений. Здесь особый интерес представляют оборудование и снабжение различных подвижных хирургических учреждений (автохирургических отрядов, групп усиления и пр.).

Глава 6-я включает в себе описание весьма важной, решающей части хирургической помощи — кадров. Интересно, что французская армия начала войну всего со 150 хирургами; еще интереснее то, что принцип маневра хирургическими силами был доведен во французской армии до своего крайнего предела. Тут же автор приводит цифры, доказывающие успехи хирургической работы на французском фронте.

Вторая часть работы т. Шейниса касается чисто хирургической работы над раненым. Интерес этой части для хирурга несомненен, что ясно уже из одного перечисления ее содержания. Так, в 7-й главе автор дает статистику общего порядка и статистику локализации ранений. В 8-й главе трактуется об обезболивании при хирургических вмешательствах, в главе 9-й — лечение ран мягких тканей, в главе 10-й — общая раневая инфекция и столбняк, в главе 11-й — о шоке и борьбе с кровопотерей, в главе 12-й — о поражении сосудов и в главе 13-й — нервов. Главы 14-я, 15-я и 16-я посвящены исключительно важным для военных хирургов вопросам о лечении огнестрельных переломов, об огнестрельных ранах суставов и об ампутациях. Дальнейшие главы содержат в себе описание методов помощи и лечения при ранах головы (17-я), позвоночника (18-я), груди (19-я), живота (20-я) и мочеполовых органов (21-я). Очень интересна последняя (22-я) глава, где автор собрал материал по повреждениям от термических причин. Несомненно, для многих явится неожиданностью, что французская армия имела в среднем 30 000 обморожений в год. Для советских хирургов материал, представленный в этой главе, полон интереса.

Таким образом, уже одно краткое перечисление содержания труда д-ра Шейниса показывает, что он с большим интересом будет встречен всеми советскими хирургами, так как оборонные задачи одинаково близки как тем из них, которые состоят в кадрах Красной Армии, так и тем, которые пополняют их в нужный момент. Не меньший интерес настоящий труд представляет и для организаторов военно-санитарного дела. Автор прежде всего поставил себе целью представить вниманию советских врачей все то из опыта французской санитарной службы, что может быть ценным и полезным для нас как при организации хирургической работы, так и для ее практики в военных условиях. С этой своей основной задачей автор справился весьма удачно.

Заслуженный деятель науки проф. *Гирилас*

Ленинград, 1938 г.

ВВЕДЕНИЕ

Санитарная служба французской армии вступила в мировую войну, опираясь на ряд априорных положений, предопределивших ее деятельность и организацию на первых этапах военных действий.

Эти положения, почерпнутые, в основном, из опыта предыдущих войн и данных военных игр, были изложены в «Санитарном уставе 1910 г.», долженствовавшем служить основным руководством для санитарной службы.

Но устав этот исходил из неверных предпосылок, основными из которых были: а) предположение о маневренном характере будущей войны и связанных с ним постоянных и значительных передвижениях войск и б) оценка характера ранений как «гуманного», не сопряженного с обширным повреждением тканей и развитием раневой инфекции, что было опровергнуто развитием военной техники, эволюционировавшей в сторону подавляющего господства артиллерийского огня. Поэтому этот устав при столкновении с действительностью, по характеристике Миньона (автора обширного труда «Санитарная служба в войну 1914—1918 гг.»), оказался «бесплодным трудом, безжизненной и бездушной грамматикой».

Последующее развитие санитарной службы французской армии в мировую войну было ознаменовано непрерывным изменением форм и принципов ее организации и осуществления ее хирургической деятельности применительно к условиям военной обстановки и клиническим данным, вытекавшим из накапливавшегося хирургического опыта.

Одним из основных выводов из опыта хирургической деятельности французской санитарной службы в войне 1914—1918 гг. является, как мы это постараемся показать в дальнейшем, тот, что развитие военно-полевой хирургии, хирургическая тактика и клиническое ее содержание не могут быть чем-либо заранее данным во всем своем объеме, сборником непоколебимых схем и рецептов, но

лишь результатом непрерывного и живого взаимодействия влияющих друг на друга факторов. Таковыми являются: обстановка и характер военных действий, имеющие доминирующее значение в построении лечебно-эвакуационного плана; клинические данные, вытекающие из опыта хирургической работы и изучения биологии военно-полевых ранений, и определяемая ими и, в свою очередь, определяющая содержание лечебной деятельности отдельных этапов организация санитарной службы.

В соответствии с этим положением развитие военно-полевой хирургии во Франции в годы мировой войны определялось, в первую очередь, непредвиденным позиционным характером военных действий, чрезвычайным развитием артиллерии, огнем которой причинялось подавляющее большинство ранений, появлением новых видов оружия, порожденных траншейной войной: минометов, ручных гранат и т. п. Характер ранений, наблюдавшихся в мировой войне, принудил отказаться от взгляда на огнестрельные ранения, как на не инфицированные первично, в пользу положения о первичной инфекции ран, вызванных осколками артиллерийских снарядов, мин и ручных гранат. Констатирование этого факта повлекло за собой принципиальное разграничение патологии и терапии ран «с большой и малой зонами повреждения» (по классификации проф. Гирголав) не только в области ран мягких тканей, но и полостных ранений, особенно грудной клетки.

Организационно это отразилось в утверждении доктрины о систематической ранней хирургической обработке ран, как единственно рациональном методе, предупреждающем развитие основной опасности — инфекции.

Эти клинические воззрения послужили исходной точкой для реорганизации и перераспределения функций органов санитарной службы в 1916—1917 гг.

Переход от стабилизации фронтов к маневренным действиям в конце 1917 г. и в 1918 г. вынудил приспособлять организационные формы, возникшие с целью обеспечения рациональной хирургической помощи в условиях позиционной войны, к новой обстановке, заставив изыскивать новые методы осуществления лечебно-эвакуационного обеспечения.

Эта эволюция форм и методов лечения, эвакуации и т. д., не прекращавшаяся ни на один день, обязывает нас и в дальнейшем к учету опыта мировой войны лишь с определенными оговорками, условно. Мы обязаны заранее пред-

видеть поправки и изменения, подчас кардинальные, которые будут внесены в воззрения, сложившиеся в итоге мировой войны, реальной обстановкой и характером военных действий в будущем.

Обстановка, в которой развивалась хирургическая деятельность французской санитарной службы в 1914 — 1918 гг., вряд ли повторится в будущей войне.

Особо важное значение для советской военно-полевой хирургии имеет учет того факта, что территориальные масштабы французского театра военных действий были весьма ограничены. Не говоря уже о позиционном периоде, или периоде стабилизации (по терминологии французских авторов), маневренные действия на французском фронте развивались на весьма незначительных по протяженности участках.

Наступление французской армии во Фландрии в июле — августе 1917 г. развертывалось на фронте в 25 км шириной и 8 км глубиной; наступление под Мальмезоном в октябре 1917 г. было на фронте шириной в 12 км.

В результате немецких наступлений весной и летом 1918 г. между Уазой и Шельдой (март — апрель), на Эн (май), в Шампани (июль) французские войска были потеснены, но линия фронта перемещалась в среднем лишь на 30—50 км.

Наконец, во время наступления французской армии, начавшегося в июле 1918 г. и закончившегося в ноябре заключением мира, размеры продвижения французских армий не превышали 110 км (10-я армия), 140 км (1-я армия), причем эти расстояния проходились за 5—7 приемов, чередовавшихся с интервалами, задержками на месте, использовавшимися для подтягивания санитарных учреждений.

Столь незначительные передвижения сочетались с чрезвычайной насыщенностью действовавших войск медперсоналом и санитарным снабжением. При наступлении во Фландрии на 2 дивизии, проводившие наступление, было развернуто 17 630 коек, т. е. больше, чем бойцов в частях первой линии; санитарные учреждения стояли «локоть к локтю»; в них работало 53 хирургических бригады, 15 рентгеноустановок и т. д. То же имело место и под Мальмезоном.

Все это, естественно, создавало для деятельности санитарной службы условия, на которые отнюдь не всегда можно рассчитывать.

Однако, эти соображения ни в каком случае не могут служить поводом для «исторического нигилизма» и не дают права на вывод о том, что опыт хирургической деятельности французской санитарной службы не может или не должен быть использован в последующем.

Напротив, это обязывает нас к изучению достижений военно-полевой хирургии во французской армии в мировую войну, но, прежде всего, в сопоставлении их с конкретными условиями обстановки и организации санитарной службы, к вскрытию взаимозависимости между этими моментами и к разграничению эпизодических частных явлений от принципиальных и общих для всех случаев положений, видоизменяющихся лишь по своему внешнему выражению, в зависимости от обстановки данного периода.

Эволюция санитарной службы и характера ее деятельности, в первую очередь, определялась обстановкой и характером военных действий, претерпевавших за время войны коренные изменения.

В соответствии со взглядами большинства французских авторов развитие военных действий на французском фронте можно разделить на следующие этапы (Миньон):

1. Траншейная война, позиционный период, период стабилизации — 21 месяц с начала войны. Начало этого периода — осень и зима 1914—1915 гг. — знаменуется сначала отступлением французской армии под натиском немцев, затем отпором на Марне и занятием и оборудованием ею позиций для дальнейшего ожесточенного и длительного сопротивления.

2. Период маневренной войны — с 1 июля 1916 г. по 11 ноября 1918 г., окончание войны. Этот период, на относительность «маневренности» которого мы уже указывали, переплетающийся с позиционной войной (осада Вердена длилась до октября 1916 г.), Миньон делит на три фазы:

- а) Попытки прорыва французскими войсками немецкого фронта (сражение на Сомме — июль — ноябрь 1916 г., на Эн — апрель 1917 г., наступление во Фландрии — июль — август 1917 г. и под Мальмезоном — октябрь 1917 г.).

- б) Оборонительная кампания союзников и немецкие наступления (на Сомме, Уазе, Эн и в Шампани — с 21 марта до середины июля 1918 г.).

Военные эпизоды этих двух фаз имеют частный ограниченный характер и представляют собой скорее переходный этап к третьей фазе.

г) Наступление союзников — «истинная маневренная война» (Миньон), развертывавшаяся с 18 июля 1918 г. между Соммой и Уазой, Эн и Марной, Реймсом и Аргонами. Это наступление, развивавшееся в несколько приемов, почти не встречало сопротивления немцев, сопровождалось систематическим продвижением союзных войск и привело к заключению мира в ноябре 1918 г.

Соответственно этим фазам развития военных действий мы и рассмотрим схематически сопряженные с ними изменения в организации и хирургической деятельности санитарной службы французской армии.

ОРГАНИЗАЦИЯ САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ

Французская санитарная служба вступила в мировую войну с теми средствами (материальными и персоналом), которые имелись у нее к моменту начала военных действий, и с заранее выработанной концепцией своей деятельности, сводившей, на основании ошибочных предположений о подвижности фронта и псевдогуманном характере ранений, задачи войсковых санитарных учреждений к всеобъемлющей, перманентной и массовой эвакуации раненых в глубокий тыл.

В полковом районе должны были развертывать свою деятельность размещавшиеся в палатках батальонные и полковые «посты помощи», выполнявшие, кроме организации уборки и выноски раненых, идентичную задачу обеспечения транспортабельности раненых и ускорения их эвакуации: общая оценка состояния раненого, проверка наложенных жгутов, дополнительные мероприятия по временной остановке кровотечения, наложение асептической повязки, временная иммобилизация переломов. Выполнение этой задачи постами помощи явилось тем более ответственным, что, по утверждению Миньона, самопомощь и взаимопомощь оказались на деле «гуманитарной утопией предвоенного времени», неосуществимой под пулеметным и артиллерийским огнем; индивидуальный пакет использовался, как правило, впрочем при первой перевязке им раненого.

Попытки развернуть хирургическую работу на передовом посту помощи (Ля-Аразе в 3-й армии) обречены были на неудачу ввиду обстрела. Поэтому основным положением, определявшим работу постов помощи, явилось то, что быстрая эвакуация есть лучший метод предупреждения инфекции в передовых учреждениях (Миньон, Пруст).

В дивизионном и корпусном районах помощь должна была оказываться амбулансами (перевязочными отрядами), имевшимися из расчета по 4 амбуланса на дивизию в составе корпуса и 2—3 — на резервную дивизию; половина

из них была хирургическими, половина же предназначалась для оказания помощи и лечения больных и нехирургических случаев.

По предположению, эти учреждения должны были оказывать квалифицированную лечебную помощь и частично госпитализировать раненых. На деле эти задачи в период первоначального отступления не осуществлялись. В сентябре 1914 г. амбулансы работали, как расширенные пункты первой помощи, ставя себе задачей возможное ускорение эвакуации.

Эвакуация в районе дивизии и корпуса осуществлялась дивизионными группами носильщиков, состоявшими в различные периоды из 5—10 врачей, 132 — 177 носильщиков и десятка повозок, замененных впоследствии 4 автомашинами; эти группы усиливались за счет корпусных групп носильщиков, в состав которых входило 2—3 врача, 150 — 215 носильщиков и другого персонала, между прочим священников, и несколько повозок.

Армейский район располагал некоторым числом амбулансов (однотипных с дивизионными и корпусными) и эвакуационными госпиталями, имевшимися в армии по числу корпусов. Каждый из эвакогоспиталей был рассчитан на 200 человек раненых (2 секции по 100 человек), обслуживался 8 врачами, 2 фармацевтами, 44 санитарями и располагал двойным запасом медикаментов дивизионного пехотного амбуланса, 100 подставками для носилок и 100 подрессоривающими приспособлениями для санитарных поездов. Эвакогоспиталь предполагался в основном как эвакуационный орган, использующий для госпитализации и лечения не столько свои средства, сколько придававшиеся ему вспомогательные и временные госпитали, развертывавшиеся, главным образом, на основе уже существовавших лечебных учреждений.

Но и эти учреждения не смогли быть использованы в должной мере в стратегических условиях начального периода войны: в сентябре 1914 г., во время отступления, 4 эвакогоспиталя 3-й армии стояли свернутыми.

Наконец, армия располагала своеобразными учреждениями — приемниками для легко поврежденных¹, существовавшими в соответственно меньших размерах и в корпусах. В русской армии того времени некоторую аналогию с ними можно найти разве что в командах слабосильных.

¹ Dépôt d'éclorés — точный перевод „депо слабых ногами“.

Эти учреждения, находившиеся под управлением строевого командира, представлялись весьма громоздкими, в них скоплялись чрезвычайно разнокалиберные контингенты. По данным Миньона, в среднем во время войны распределение направляемых в эти приемники было следующим:

Общее утомление или слабость	7%
Желтуха	2%
Ревматизм	5%
Абсцессы	4%
Растяжения связок и т. п.	3%
Болезни ушей	0,5%
Выздоравливающие	15%
Желудочно-кишечные расстройства	37%
Заболевания дыхательных путей	8%
Случайные ранения и ушибы	8%
Грыжи	2%
Болезни глаз	1%
Болезни кожи	3%
Разные	4,5%

Направление пострадавших от оружия противника в эти учреждения было запрещено, что в известной степени дискредитировало находившихся в них лиц и влекло за собой расшатывание дисциплины среди них.

Плохая сортировка снижала количество людей, могущих быть возвращенными из приемников на фронт или нуждавшихся по тяжести состояния в переводе в госпитали; последние составляли 35% общего количества контингентов приемников 3-й армии.

Наконец, не было никаких объективных соображений, по которым лица, поступавшие в приемники, не могли бы лечиться в лечебных учреждениях общевойскового типа (амбулансы, госпитали).

Все эти соображения привели к прогрессивному сужению роли и объема работы приемников, из которых выписывалось в среднем (Миньон):

обратно в строй — 55 — 80%;

в госпитали по тяжести страдания — 10 — 20%;

в тыл по непригодности к военной службе — от 5 до 30%.

Итоги деятельности санитарной службы в начальном периоде войны оказались весьма неутешительными и полностью выявили ее неподготовленность к выполнению поставленных перед ней задач.

Массовая эвакуация, без развернутого оказания лечебной помощи в армейской зоне, в глубокий тыл производилась, быть может, даже последовательнее, чем это предполагалось.

лось заранее. Но в первые же месяцы выявилась и несостоятельность этой системы с клинической точки зрения: инфекция ран начала приобретать характер угрожающей эпидемии, не только дополнявшей, но и превосходившей «травматическую эпидемию».

Кроме того, эта по сути не эвакуация, а транспортировка раненых в глубокий тыл, без оказания им помощи на этапах эвакуации, явилась фактически следствием не столько заранее принятой концепции, сколько результатом несостоятельности санитарной службы в лечебном отношении.

Инициатива санитарной службы и организация лечебной помощи тормозились и неверными в основе своей установками санитарного устава и разобщенностью с командованием, не желавшим посвящать санитарных начальников в свои планы.

Низовые звенья санитарной службы оказались неподготовленными к оказанию помощи на месте. Санитарное снабжение было недостаточным: нехватало сывороток (противостолбнячной), портативных убежищ (палаток и т. п.), совсем не было рентгеновского имущества.

Нехватало и персонала: в резерве Верденской армии в первые месяцы войны было всего 16 врачей, 8 зауряд-врачей (*médecins auxiliaires*), 250 санитаров, что было явно недостаточно и быстро исчерпалось. Кроме того, врачи использовались не по назначению: квалифицированные хирурги находились в войсковых частях; часть врачей из-за дефектов в системе мобилизации числилась на учете рядовых.

Транспортные возможности армии были переоценены и на проверку оказались недостаточными, несмотря на усиление корпусов к концу августа 1914 г. санитарно-автомобильными отрядами (по 1 отряду в 20 машин на корпусе); пришлось опираться на обывательский транспорт, также недостаточный и неучтенный, и обратный порожняк. Эвакуация по железной дороге также не была обеспечена: поездов не хватало, они были ветхи и не приспособлены к перевозке раненых.

Словом, первые месяцы войны ознаменовались выявлением неподготовленности санитарной службы к рациональной деятельности и необходимости фактической реорганизации таковой. Хаотичность работы санитарной службы подчеркивается, между прочим, и тем фактом, что не только в первые месяцы войны, но и вплоть до 1916 г.

деятельность санитарного руководства отдельных армий не объединялась даже в основных своих и принципиальных чертах верховным командованием. Лишь ко времени боев на Сомме (1916 г.) штаб главнокомандующего начал рассылать директивы, объединявшие в основных вопросах организацию санитарной службы в армиях (Миньон).

Организация эта совпала со стабилизацией фронта, переходом к позиционной войне, что наложило на новые формы деятельности санитарной службы свой принципиальный отпечаток.

Стабилизация возникала в разные сроки на разных участках фронта. Под Верденом, ставшим одним из центров наиболее ожесточенных позиционных боев, длившихся около двух лет, военные действия приобрели характер траншейной борьбы с начала октября 1914 г. Верден раньше всех других участков испытал и выдержал в течение многих месяцев сокрушительный натиск немецких войск. Поэтому на Верденском фронте особенно остро ощущалась первоначальная неподготовленность санитарной службы, и работа по налаживанию ее приобрела там весьма напряженный характер. Верденские госпитали в начале «Верденской битвы» находились в полуразрушенном, дезорганизованном и хаотическом состоянии, по оценке начальника санитарной службы Верденской армии Миньона. Последнему пришлось приложить много сил, чтобы обеспечить реорганизацию санитарных учреждений: наладить связь, разгрузить в тыл госпитали, обеспечить за счет 3-й армии хирургические кадры и материальное оснащение, провести «хирургизацию» санитарных учреждений, сводившуюся: а) к выделению помещений для приема и сортировки раненых, что обеспечивалось отведением для этой цели не менее 50% мест в стационарах; б) к обеспечению обитаемости бараков; в) налаживанию и оборудованию операционных; г) к обеспечению их хирургическими бригадами.

На других участках стабилизация проходила несколько позже — до 1915 г., который в целом уже знаменуется всеобщим позиционным характером войны.

Устойчивость фронта дала возможность приступить к организации санитарной службы, учтя основные недочеты первых месяцев войны.

Эта устойчивость позволила приблизить организацию лечебных учреждений фронта к условиям и принципам хирургической работы мирного времени. Санитарная служба,

учитывая дефекты массовой эвакуации на большие расстояния, имевшей место в первые месяцы войны, стремилась осуществить оказание лечебной помощи возможно ближе к фронту. Эта тенденция усиливалась по мере того, как совершенствовались знания в области патологии огнестрельных ран и была констатирована возможность предупредить и ослабить развитие раневой инфекции путем ранней хирургической обработки ранений, проводившейся в массовых масштабах. В связи с этим развернулась лечебная работа в «передовой зоне» (полк, дивизия, корпус), до того занимавшейся, по образному выражению Миньона, лишь «упаковкой» раненых и засылкой их в тыл. Широко развертывали работу лечебные учреждения армейского тыла (эвакогоспитали с их госпитальными центрами). Появились новые типы лечебных учреждений, порождаемые тем же стремлением приблизить оказание лечебной помощи к линии фронта, оказывая ее тем раньше, чем тяжелее ранение; возникали передовые хирургические посты; были организованы автохирургические отряды. Опыт первых месяцев войны заставил руководящих работников санитарной службы изменить свои представления о санитарной службе войскового района, как исключительно эвакуационном аппарате. На смену им выдвинулось положение о том, что в то время как основной задачей передовых санитарных учреждений (полк, дивизия, отчасти корпус) продолжает оставаться оказание первой помощи и быстрая эвакуация раненых, задачей армейского тыла (этапной зоны — эвакогоспиталя, госпитальные центры) является не дальнейшая пересылка раненых, но их обследование, сортировка и лечение, вплоть до возможности возврата в строй или безопасной для течения заболевания дальнейшей эвакуации. Этапная зона представлялась обширным стационаром, входными воротами которого был эвакогоспиталь, а выходными — распорядительная станция, через которую выходили поезда с ранеными, направляющимися для лечения в глубокий тыл. В результате подобных взглядов из 16 625 раненых в 3-й армии за 6 месяцев 1916 г. было задержано для лечения в армейской зоне 15 789 (95%), из них в передовой зоне — 10 621 (61%) и в этапной зоне — 5 168 (39%).

Указанная тенденция являлась главенствующей во все время стабилизации фронтов, но в ее организационное выражение, совершенствовавшееся непрерывно, вносились существенные коррективы как клиническим опытом, накапливавшимся за время войны, так и, особенно, намечав-

шимся с начала 1917 г. переходом к маневренному характеру действий.

В связи с этим можно наметить основные линии изменения организации отдельных этапов оказания лечебной помощи за время позиционной войны:

1. Батальонные и полковые посты помощи, находившиеся в непосредственной близости к линии огня (0,5—1 км), в первую очередь ощутили изменения боевой обстановки. Систематически засыпаемые дождем артиллерийских снарядов и пулеметным огнем, они от размещения в палатках, под случайным прикрытием, перешли в блиндажи, соединявшиеся с ходами сообщения, «зарылись под землю». Условия обстрела, ослабевавшего лишь к вечеру, определили всю их деятельность. Под Верденом уборка раненых и поступление их на посты помощи происходили преимущественно по ночам. Это влекло за собой подчас запоздалую уборку и оставление раненых на поле в течение 24—48 часов. В среднем, по данным поста помощи Марди-Гра, между моментами ранения и эвакуации с поста проходило от 2 час. 25 мин. (для 948 раненых) до 9 час. 45 мин. (129 раненых); по материалам поста помощи Кабаре (1 020 раненых) — 2 часа 35 мин. Точно так же и эвакуация раненых с постов была возможна в основном ночью, что приводило к тому, что раненые подчас задерживались на посту помощи на 12—24 часа и накапливались в нем. Под Верденом работа всех передовых санитарных учреждений была по преимуществу ночной: максимум поступления раненых приходился между 21 часом и 4 часами. Это повлекло за собой расширение постов первой помощи, на которые за несколько часов боевых действий поступало до 100—120 раненых (в среднем через посты проходило около 200 раненых в сутки; колебания были от 50 до 500, иногда и больше), и затем усложнение их устройства: оборудование двух-трех помещений. Так, пост помощи Эн вмещал до 50 лежащих и 100 сидячих раненых. Техническое устройство постов помощи и накапливание в них подчас до 100—150 раненых, дожидавшихся для дальнейшей эвакуации ослабления обстрела, создавали неблагоприятные гигиенические условия: в пункте помощи Эн под Верденом приходилось насыщать воздух кислородом, чтобы сделать его пригодным для дыхания.

С другой стороны, задержка раненых на более длительное время на постах помощи благоприятствовала более тщательному оказанию врачебной помощи. Последняя сво-

дилась к ревизии и наложению повязок, временной иммобилизации переломов импровизированными шинами, а с 1918 г. — шинами типа Блэк, Томаса, Ларденуа, наложению или ревизии жгута, экстренной ампутации и трахеотомии. Более обширная хирургическая деятельность тормозилась обстановкой, загрузкой, недостатком персонала и материального оснащения.

2. В начале стабилизации намечалась тенденция развернуть лечебную работу в дивизионных амбулансах с целью максимального приближения хирургической помощи к линии фронта. Эта тенденция потерпела ряд неудач с первых же шагов. Интенсивность артиллерийского огня не давала возможности обеспечить выполнение сложных хирургических мероприятий в непосредственной близости к линии огня, от которой амбулансы располагались не далее 12 км.

Попытки развертывания крупных санитарных учреждений в районе дивизии сплошь и рядом оканчивались катастрофой: эти учреждения сметались с лица земли ураганным огнем.

Подобную же судьбу имели и попытки организовать средствами дивизионных учреждений отдельные территориальные «передовые посты хирургической помощи», использовавшие для своего размещения максимально укрытые от огня противника участки поблизости от фронта. Передовой пост, организованный д-ром Буаже, находился в 5 км от линии огня. Передовые посты хирургической помощи имели материальное оснащение, обеспечивавшее возможность сложного хирургического вмешательства. Так, один из наилучше оборудованных постов в Клаон под Верденом располагал плотняной операционной в 16 кв. м, с резиновым настилом для пола, развертывавшейся в помещении, отведенном под операционную, автоклавами, стерилизатором и тому подобным хирургическим имуществом, 14 койками, душевой установкой, электрическим освещением. Все имущество возилось на двух 2-х грузовиках. Создание подобных постов имело целью оказание ранней хирургической помощи незажизнеспособным тяжелораненым (проникающие раны живота, значительные кровопотери, шок и т. п.).

Однако, опыт показал, что из-за условий обстановки удельный вес работы, выполненной передовыми постами хирургической помощи, в целом был весьма незначителен. Пост, организованный под Верденом 132-й дивизией, был вскоре влит обратно в один из дивизионных амбулансов

из-за невозможности использования по назначению. Пост 13-го корпуса в августе 1916 г. получил лишь 34 раненых (20 перевязок сосудов, 3 трахеотомии, 12 ампутаций). Ряд постов в 1918 г. попал во время немецкого наступления в руки противника, не успев даже развернуть работу.

В итоге весь опыт военных действий показал, что дивизионное звено оказалось не в состоянии, даже в условиях стабилизации фронта, проводить развернутую хирургическую работу. Лечебная работа ряда дивизионных амбулансов под Верденом сводилась подчас лишь к оказанию первой помощи раненым, непосредственно после ранения обратившимся в амбулансы.

Констатирование этого факта повлекло за собой постепенное изъятие оказания квалифицированной хирургической помощи из сферы деятельности дивизионных учреждений. Уже 25 апреля 1915 г. главврачам амбулансов Верденской армии предписывалось задерживать раненых только постольку, поскольку дальнейшая эвакуация могла ухудшить их состояние, и в конце концов в 1918 г. дивизионные хирургические амбулансы были переданы армиям с заменой в дивизионном районе «дивизионными постами помощи».

Основной задачей дивизионной санитарной службы являлось и в этом периоде обеспечение эвакуации раненых с поста помощи батальона и полка.

Санитарная служба дивизии организовывала в тылу постов помощи (иногда в 1,5—2 км от них) «эвакуационные посты», на которых осуществлялась перегрузка раненых на санитарные повозки и заменившие их впоследствии санитарные автомобили; под Верденом на дивизию приходилось 15—20 санитарных автомобилей. На этих же эвакуационных постах под наблюдением врачей дивизионных групп носильщиков осуществлялись и частичная сортировка раненых, ревизия повозок, дополнительное оказание первой помощи.

3. Несколько более широкие задачи осуществлялись в период позиционной войны корпусными амбулансами. Позиционная война наложила свой отпечаток на организацию санитарной службы и в корпусном районе. В первую очередь это выразилось в том, что вследствие чрезвычайного насыщения фронта войсками (Верден защищала армия, насчитывавшая в разные месяцы 1915 г. от 530 000 до 800 000 человек) и соответственной концентрации санитарных учреждений на ограниченной территории — корпусные

амбулансы, как, впрочем, сплошь и рядом и другие передовые учреждения санитарной службы, теряли свою принадлежность к тем или иным войсковым частям, приобретая территориальный характер, и тяготели к слиянию по несколько в одно более мощное образование.

Так, в апреле 1916 г. некоторые корпуса (3-й, 7-й, 20-й, 32-й) образовали на базе слияния амбулансов не предусмотренные штатом корпусные госпитали, размещавшиеся в бараках и палатках и насчитывавшие 100—200 коек.

В Дюньи под Верденом в начале 1916 г. было сосредоточено 8 амбулансов. Из них 4 амбуланса занимались сортировкой и производили впрыскивания противостолбнячной сыворотки. Хирургический персонал остальных 4 амбулансов был сведен воедино, и образовался объединенный хирургический госпиталь на 170 коек, с 4 автоклавами и иным имуществом.

Образование подобных «передовых (корпусных) групп амбулансов» приобретало все большее и большее распространение и получило официальное одобрение. Инспектировавшая санитарную службу Верденского фронта в июне 1916 г. хирургическая комиссия, в составе врача, генерал-инспектора Феврие, и профессоров Кеню и Хартмана, констатировала, что «система концентрации раненых в больших хирургических учреждениях представляется наилучшей по сравнению с распылением хирургической помощи и образованием разбросанных вторичных хирургических учреждений». Сведение ряда санитарных учреждений в одно целое при известной стабильности «группы» позволяло, кроме того, специализировать работу отдельных составных частей этих групп, с целью повышения квалификации и лучшей организации лечебно-эвакуационного пособия. В передовом хирургическом центре Броккур раненые распределялись между отделениями стационара по локализации ран; обычно же в «группах амбулансов» распределение шло по тяжести ранения (тяжелые, средней тяжести и легкораненые) и характеру его (ранения с инородными телами, подлежащими извлечению, и т. п.).

Несмотря на более мощную организацию и большее по сравнению с дивизионными санитарными учреждениями оснащение, корпусные группы амбулансов оказывали квалифицированное хирургическое пособие лишь незначительной части поступавших на них раненых. В корпусных группах амбулансов оседали, главным образом, лишь тяжелораненые, не могущие перенести дальнейшую перевозку

(проникающие ранения живота, обширные ранения грудной клетки с открытым пневмотораксом, открытые черепно-мозговые ранения, раненые с острой кровопотерей, шоком и т. п.).

В отношении же большинства раненых функции корпусного звена сводились, в основном, к сортировке и подготовке к последующей эвакуации. В частности, производился гемостаз; неоднократно указывалось на недопустимость эвакуации раненых с наложенным жгутом из амбулансов без предварительной ликвидации жгута. Сортировка в корпусных группах амбулансов производилась особенно широко в 1917 г., когда они являлись «корпусными центрами сортировки». Корпусная санитарная служба продолжала, усиливала и дополняла деятельность дивизионного звена. Это сужение лечебной хирургической деятельности корпусного звена, как мы увидим, прогрессировало по мере перехода к маневренным действиям. Но уже в процессе позиционной войны наметилось положение, особенно ярко выкристаллизовавшееся в маневренных боях, а именно, что лечение раненых возлагалось на санитарные учреждения армии, а не войсковых частей, за исключением раненых, по тяжести своего состояния не подлежавших эвакуации в этапную зону.

4. Основная же задача лечения раненых ложилась уже в период стабилизации на санитарные учреждения армии, расположенные в армейском тылу, в этапной зоне, начинавшейся с передовых госпиталей, первая линия которых располагалась на Верденском фронте в 12 км от фронта.

Эвакогоспитали с приданными им госпитальными центрами из ряда вспомогательных госпиталей, обычно специализированных по определенному виду или группе ранений (специализация передовых лечебных учреждений развивалась довольно широко, начиная с периода стабилизации), привлекали к себе основное внимание санитарного руководства французской армии во время войны. Они претерпели ряд существенных изменений, отражавших воздействие основных, определяющих развитие санитарной службы, факторов.

В начальном периоде войны эвакогоспитали не успели развернуть полностью свою деятельность. По мере стабилизации фронта и появления возможности организации стабильных учреждений эвакогоспиталя разворачивали все более широкую работу. В первом периоде стабилизации они

являлись преимущественно эвакуационными органами. Обеспечивая сортировку больных, они направляли нуждающихся в неотложном лечении и не подлежащих по медицинским показаниям дальнейшей эвакуации в приданные им госпитали, составлявшие в своей совокупности госпитальный центр. С другой стороны, при этих же эвакуационных госпиталях обеспечивалось лечение и легкораненых, могущих быть возвращенными в строй в течение 4—5 недель: они составляли значительные контингенты, так в Аргонах за 6 месяцев в сотысячной армии было 32 000 легко больных и раненых. Последнему моменту придавалось существенное значение: маршал Жоффри приказом в сентябре 1915 г. предписал, что ни один раненый, могущий выздороветь в 4—5 недель, не должен покидать армейской зоны до выздоровления.

Это положение вынудило к развертыванию в армейской зоне широкой лечебной сети для легкораненых из расчета 10% общего числа бойцов. Под Верденом для легкораненых был организован в Шомоне госпиталь на 3 000 коек.

Таким образом, из эвакогоспиталей эвакуировались дальше лишь случаи ранений средней тяжести, в апреле — мае 1916 г. около 40—50% поступавших в них раненых, а сплошь и рядом еще меньше.

Подобная тенденция к максимальной задержке раненых для лечения в армейской зоне влекла за собой и обеспечивалась высокой насыщенностью этапной зоны коечным фондом: нормативы штаба главнокомандующего требовали наличия во фронтовом районе коек из расчета 4 000 на 100 000 бойцов (1 койка на 25 человек); реально же их было больше. К июню 1916 г. в одной только этапной зоне Верденской армии было 15 160 коек, что составляло 1 койку на 16 бойцов.

Этот момент сам по себе обуславливал необходимость расчленения эвакогоспиталей на несколько эшелонов во избежание гипертрофии отдельных госпиталей. Та же необходимость настоятельно диктовалась и потребностью обеспечить возможность разгрузки отдельных госпиталей в случае их внезапной закупорки от наплыва раненых и оградить армейский аппарат от банкротства в случае внезапного выхода из строя части его санитарных органов.

Подобный случай имел место в марте 1916 г. под Верденом, когда из-за германской бомбардировки все передовые санитарные учреждения должны были быть эвакуированы в тыл, а из самой Верденской крепости пришлось вывести

Все запасы санитарного имущества; этим самым передовая санитарная сеть Верденского укрепленного района, располагавшаяся в среднем в 10 км от фронта, была обезглавлена.

Все эти обстоятельства имели результатом расположение эвакогоспиталей во время стабилизации, особенно до начала 1917 г., в 2—3—4 линии. Эвакогоспитали первой линии, формировавшиеся на базе войскового амбуланса, располагались со своими госпитальными центрами (Верденский госпитальный центр состоял из 12 госпиталей) в 10—15 км от линии фронта; они находились на стыке передовой и этапной зон армии и являлись головным пунктом этапной зоны; в них оседали тяжелораненные.

Эвакогоспитали второй и третьей линий, являвшиеся сами по себе преимущественно транспортно-эвакуационными органами, располагались вдоль эвакуационной оси, обычно на станциях железных дорог (под Верденом — соответственно в 55 и 105 км от фронта). В непосредственной близости к ним находились и приданные им хирургические госпитальные центры, обычно состоявшие из нескольких специализированных госпиталей и обеспечивавшие, как и автотранспорт, разгрузку своих эвакогоспиталей в моменты наплыва раненых и лечение раненых, оседавших по тяжести состояния на данном этапе.

Эвакогоспитали последней линии располагались обычно на распорядительных станциях, являвшихся стыком между фронтовым районом (армейской зоной) и общевойсковым тылом. Раненые оседали в эвакогоспиталях различных линий соответственно тяжести состояния: чем тяжелее было ранение, тем ближе к фронту задерживался раненый.

К концу периода стабилизации фронта эвакогоспитали претерпели новое изменение.

Развитие авиации и увеличение дальности артиллерии привели к систематической бомбардировке железнодорожных станций и важных стратегических пунктов, при которых до сего времени располагались госпитали, что имело место уже в марте 1916 г. под Верденом. Это влекло за собой тенденцию к отводу эвакогоспиталей от узловых станций и станций снабжения.

С другой стороны, значение, придаваемое сортировке, развитие доктрины о массовой систематической и ранней обработке ран обусловили колоссальный рост эвакогоспиталей и выполнение ими не только эвакуационных, но и лечебных мероприятий.

Ответственные лечебные задачи, возлагавшиеся на армейскую зону в период стабилизации и основной своей тяжестью падавшие на эвакуогоспитали, и осознанная к этому времени необходимость оказывать раннее и квалифицированное хирургическое пособие тяжело раненым, особенно при ранениях живота, обширных повреждениях грудной клетки и т. п., заставляли искать организационно-техническое разрешение этих проблем. Попытка разрешить их с помощью «передовых постов хирургической помощи», как мы уже видели, не могла быть признана удовлетворительной.

Поиски в этом направлении нашли свое разрешение в создании автохирургических отрядов. Эти автохирургические отряды впервые появились в 1915 г. и в последующем претерпели ряд конструктивных изменений. Но основной их принцип остался неизменным: это мобильные хирургические учреждения, все имущество и оборудование которых было сконцентрировано на грузовиках; персонал их был прикреплен к своему учреждению и перемещался вместе с ним.

Будучи придан распоряжением верховного командования определенной армии, автохирургический отряд в последующем перемещался распоряжением начальника санитарной службы армии туда, где в нем возникала необходимость по ходу событий, не будучи неразрывно связан с каким-либо из санитарных учреждений данной армии. Иногда, особенно в первоначальном периоде, этот отряд, в сочетании с войсковым амбулансом, работал самостоятельно в наибольшей близости к линии фронта. Такие «передовые оперативные центры» являлись обычно хирургическим органом передовой (корпусной) группы амбулансов и оказывали помощь тем тяжело раненым, не подлежавшим дальнейшей перевозке, которые оседали на этом этапе.

Главным же образом, и чем дальше, тем больше, автохирургические отряды становились хирургическим ядром эвакуогоспиталей, оказывая хирургическую помощь оседавшим в них тяжело раненым; роль их в этом отношении и их техническая сложность возрастали пропорционально увеличению объема лечебных мероприятий, выполнявшихся эвакуогоспиталями.

Автохирургические отряды, обслуживая тяжело раненых, сыгнали существенную роль в обеспечении хирургической помощи раненым и улучшении ее результатов во французской армии.

Комиссия врача генерал-инспектора Феврие, о которой мы уже упоминали, в июне 1916 г. отметила, что разверну-

тый автохирургический отряд может быть сравнен с хорошим стационарным госпиталем. Об этом же свидетельствуют некоторые цифры. Отряд № 2 (главврач Рувиллуа) за время основных боевых операций с 8 апреля 1915 г. по 16 ноября 1918 г. пропустил 11 511 раненых, из них прооперировано не менее 75%. Отряд № 12 под Верденом за 15 дней марта 1916 г. принял 798 тяжелораненых. В среднем в отряд поступало около 50 тяжелораненых в сутки (отряд № 12—31 человек; отряд № 9 под Верденом за 3 месяца в среднем—40 человек).

Автохирургические отряды представляли собой учреждения, за счет которых легче всего был осуществим хирургический маневр; но, как мы увидим в дальнейшем, эта возможность все же была ограничена. Из-за громоздкости, плохой подвижности, приблизительно трехсуточного срока на свертывание и развертывание их возникали опасения в возможном попадании этих отрядов в руки противника при поспешном отступлении. Поэтому их держали, как правило, в 20—30 км от линии фронта, почему они, в конце концов, и осели преимущественно в эвакуогоспиталях первой линии.

Директива штаба главнокомандующего от 25 апреля 1916 г. предусматривала структуру эвакуогоспиталей по трем типам: один тип эвакуационный и два смешанных эвакуационно-лечебных с общим количеством мест от 1 500 до 3 000—4 000, включая сюда и «легко поврежденных».

В результате на Сомме и Эн в 1916 г. эвакуогоспиталь, образовавшиеся за счет слияния и поглощения ими 8—10—15—20 амбулансов плюс 1—2 автохирургических отряда, разрослись в настоящие санитарные городки, потеряли всякую подвижность и могли существовать лишь в условиях полной и длительной стабильности фронта. К ним подводились специальные железнодорожные ветки. Госпиталь Гайи потребовал для своего возведения около двух месяцев, он состоял из 87 бараков.

5. Организация санитарных учреждений общевойскового тыла в период стабилизации также претерпела изменения.

Принцип непрерывной эвакуации в отдаленные от фронта районы страны, господствовавший в начале войны, уже тогда встретил сопротивление ряда авторитетных санитарных начальников (Миньон и др.), требовавших соразмерять отдаленность эвакуации данного раненого с тяжестью его ранения и состояния.

На смену этому принципу прогрессивно выдвигалось требование возможного приближения конечных пунктов эва-

куации раненых к тем армиям, из которых эти раненые поступали. Это приближение тыловых районов, приписанных к определенным участкам фронта, становилось все более необходимым по мере того, как уяснялась опасность, сопряженная с отсрочкой хирургической помощи раненым.

Уже в начале 1916 г. раненные из-под Вердена эвакуировались в Париж, где было развернуто 6 000 коек, на расстояние в 250—300 км, что требовало 10—12-часовой перевозки по железной дороге, в то время как раньше поезда с эвакуируемыми ранеными миновали Париж с его мощной лечебной сетью, уходя дальше в глубь страны.

В итоге длительной стабилизации фронтов санитарной службой была развернута густая сеть мощных санитарных учреждений, задерживавшая в армейской зоне значительную часть раненых для лечения. В связи с условиями обстановки большинство санитарных учреждений во время позиционной войны приобрело территориальный характер, потеряв в той или иной степени органическую связь с определенными войсковыми частями и соединениями и став малопособными к следованию за ними.

Казалось, было найдено наиболее удовлетворительное решение санитарных проблем, соответствовавшее уровню хирургических познаний того времени. В сознании работников определилось и проводилось в жизнь положение о том, что на войне действуют те же хирургические правила, что и в мирное время.

Но уже в 1917 г. появились первые симптомы перехода к маневренным военным действиям. С этого момента и начало становиться ясным, что выработанные за время позиционной войны формы организации санитарной службы, ее эшелонирования и распределения функций не являются универсальными. Начинали понимать, что самое существование и деятельность некоторых санитарных учреждений в том виде, в каком они имели место при стабилизации, были вызваны и обусловлены, в первую очередь, их неподвижностью и невозможны при наличии мало-мальски существенных перемещений линии фронта. Это положение, становившееся все более очевидным по мере перехода от частных эпизодических боевых операций ко все более всеобъемлющим и активным маневренным действиям — в первую очередь отразилось на деятельности передовых учреждений.

Во время оборонительных боев весной 1918 г. линия фронта перемещалась подчас настолько быстро, что дивизи-

зии, не говоря уже о лечебной работе, не в состоянии были даже использовать свои эвакуационные средства. Амбулансы и не разворачивались; все сводилось к погрузке раненых близ поля боя на санитарные автомобили, увозившие их для оказания помощи в лечебные учреждения армейского тыла.

При отступлении на Эн в мае 1918 г. и дивизионные и корпусные санитарные учреждения не имели возможности оказывать лечебную помощь раненым. Их функция сводилась к доставке раненых в армейские учреждения, также весьма ослабленные захватом ряда их немцами. Лечение раненых в итоге концентрировалось в глубоком тылу, в хирургическом центре Бове, развернувшим в конце апреля 3 912 хирургических косок, и в Париже.

При отступлении 3-й армии вся сеть ее лечебных учреждений выбыла из строя, и значительные количества неоперированных раненых ускоренно перебрасывались в тыл по железной дороге.

Хирургическая работа в 6-й армии свелась к оказанию экстренной помощи: выпрыскивание противостолбнячной сыворотки, остановка кровотечения, регуляризация травматических ампутаций и т. п. 80% раненых 6-й армии были перебросены в соседние армии и лишь там подверглись сортировке и лечению.

То же имело место и при наступлении немцев через Марну и в Шампани (июль 1918 г.), когда хирургическая деятельность передовых учреждений сводилась почти к нулю.

Как мы указывали выше, лечебная деятельность дивизионных санитарных учреждений уже в периоде стабилизации в силу ряда причин оказалась весьма ограниченной. По мере увеличения подвижности фронта она сводилась практически к нулю, что и нашло свое отражение в изъятии у дивизий хирургических амбулансов, предусмотренном директивой штаба главнокомандующего от 17 апреля 1918 г. В это время не только выявилось положение о том, что «хирургия — не дело дивизии», но и сортировка, в известной части осуществлявшаяся ранее в дивизионном звене (в частности на эвакуационных постах дивизионных групп носильщиков), была из дивизии изъята. На долю дивизий и организованных у них, взамен дивизионных «хирургических амбулансов», дивизионных постов помощи осталось лишь дополнение и в некоторых случаях оказание первой помощи и транспортировка раненых в тыл.

Функции корпусных санитарных учреждений в тех случаях, когда они были вообще осуществимы, были также весьма сужены.

В 1916 г. передовые (корпусные) группы амбулансов имели довольно широкие функции: в них оказывалась хирургическая помощь наиболее тяжелораненым, не могущим быть транспортированными далее; кроме того, сортировка, в основном, производилась в корпусном звене; корпусные группы амбулансов в ряде случаев использовались и именовались как «корпусные центры сортировки». Но уже в начале 1917 г. директива штаба главнокомандующего, предусматривая создание, в предвидении наступления, мобильных корпусных групп амбулансов, ограничивала их функции задержкой раненых, не могущих быть транспортированными далее, ревизией повязок легкораненых, дабы последние не затрудняли эвакуацию, и эвакуацией всех остальных раненых в эвакуогоспиталя или соответствующие госпитальные центры.

В последующем функции корпусных амбулансов суживались все более и более, пропорционально подвижности фронта. Под конец они превратились, в основном, в место задержки тяжелораненых, не могущих быть по тяжести состояния эвакуируемыми дальше («нетранспортабельных»).

При наступлении 1-й армии осенью 1918 г. работа корпусных учреждений сводилась к остановке кровотечений, трахеотомии, регуляризации травматических ампутаций и т. п. Тяжелораненые, требовавшие экстренной операции, передавались в ближайший автохирургический отряд; прочие направлялись в эвакуогоспиталь.

Опыт маневренных действий привел работников санитарной службы к выводу, что лечебная работа не является задачей санитарных учреждений передовой зоны (полк, дивизия, корпус). Их функций: а) полковое звено — уборка раненых с помощью в некоторых случаях дивизионной и корпусной групп носильщиков и оказание первой помощи; б) дивизионное и корпусное звено — дополнение первой помощи, оказание помощи «нетранспортабельным» и транспортировка раненых к месту оказания квалифицированной лечебной помощи.

В общем лечебные возможности передовых санитарных учреждений в маневренных условиях были сходны с таковыми в начале войны, что, конечно, в первую очередь объясняется общностью условий обстановки — подвижностью линии фронта. Качественный уровень оказания ле-

чебной помощи в них, конечно, повысился за это время благодаря накоплению хирургического опыта за время войны и специализации отдельных лечебных учреждений. При наступлении во Фландрии осенью 1917 г. передовые хирургические стационары были специализированы: ранения мягких тканей; переломы, специальные лечебные учреждения для лор-раненых, глазных и т. д.

При наступлении под Мальмезоном были специальные санитарные учреждения для урологических случаев, челюстно-лицевых ранений и т. д.

Оказание квалифицированной лечебной помощи начиналось с армейского звена—эвакогоспиталей и госпитальных центров, как это имело место в Шампани и других участках фронта в 1918 г.

Эвакогоспитали в маневренный период также резко изменили свою структуру.

Гигантские госпитали, выросшие к концу периода стабилизации, оказались несостоятельными в условиях маневренной войны. Их громоздкость влекла за собой неподвижность. При отступлении они рисковали попасть в руки противника. Если же имело место наступление, они отрывались от боевых соединений, оставались глубоко в тылу и не обеспечивали оказания раненым возможно раннего хирургического пособия, существенное значение которого было оценено в то время и диктовало формы организации санитарной службы. Кроме того, тенденция к лечению возможно большего количества раненых, в том числе и легко раненых, в армейской зоне влекла за собой переполнение и закупорку этих госпитальных гигантов, вредно отражавшуюся на обеспечении своевременной хирургической помощью раненых, поступавших с фронта. Так, по данным Миньона, из 1 000 раненых, задержанных в армейском тылу как легко раненые, через 4—5 недель возвращалось реально в строй лишь 404 человека. Возникла настоятельная необходимость устранить эти отрицательные стороны и приспособить армейские учреждения к требованиям новой обстановки.

Особенно явной стала несостоятельность форм стабилизационного периода с началом развернутого наступления союзников в июле 1918 г. Во время маневренных действий конца 1916 и 1917 гг., когда наступление и отступление сплошь и рядом сводились к многомесячной борьбе за несколько километров, это было не столь очевидно.

Организационное разрешение этого вопроса было дано в директиве штаба главнокомандующего в июне 1918 г. «Санитарные городки», колоссальные эвакуогоспитали 1916 г., должны были расчлениться.

Армейское звено, эвакуогоспитали, было разбито на два эшелона. Мобильные госпитали первой линии, «первичные эвакуогоспитали», развертывались в палатках и должны были следовать за передвигавшимися войсками, располагаясь в 20—30 км от них.

В 4-й армии раненые поступали в эти госпитали через 2—4 часа после ранения, если продвижение войск было не слишком поспешным и расстояние до линии огня не превышало 30 км. В среднем этот срок колебался от 2 до 6 часов. По мере продвижения войск санитарная служба армии выбрасывала вслед за ними автохирургические отряды, образовывавшие совместно с амбулансами новые эвакуогоспитали. Но при быстром наступательном марше 10-й армии (август—ноябрь 1918 г.) было констатировано, что автохирургические отряды слишком тяжелы и громоздки, чтобы следовать, не отставая, за пехотой.

Директива предписывала первичным эвакуогоспиталям в качестве основных задач задержку и лечение «нетранспортабельных» раненых, первичную хирургическую обработку ран мягких тканей и задержку легкораненых.

Действительность показала, что функции первичных эвакуогоспиталей свелись, в первую очередь, к сортировке раненых, осуществлявшейся почти всецело именно этим звеном, а не корпусным, как это предполагала директива, и оказанию помощи тяжелораненым, не осевшим в корпусных группах амбулансов и не могущим следовать далее (ранения брюшных органов, обширные ранения грудной клетки, открытые черепномозговые ранения и т. п.).

Первичная же хирургическая обработка ран мягких тканей, лечение средней тяжести и легкораненых явились, в основном, задачей второго эшелона эвакуогоспиталей, «вторичных эвакуогоспиталей», располагавшихся в 100—150—200 км в тылу первичных госпиталей. Раненые, направлявшиеся в эти вторичные эвакуогоспитали по железной дороге, попадали в них до истечения первых суток с момента ранения, т. е. в срок, в пределах которого, по воззрениям, сложившимся к концу войны, была осуществима первичная хирургическая обработка ран.

Отдаленность этих вторичных госпиталей от линии фронта обеспечивала их независимость от перемещений

таковой и неуязвимость от артиллерийского огня и авиации противника, что давало возможность достаточно длительного и последовательного лечения поступавших в них раненых. Хирургическим ядром этих мощных вторичных эвакуогоспиталей (до 3 000—4 000 коек) являлся автохирургический отряд и 3—4 подвижных хирургических группы, каждая из которых составляла стандартный, «хирургический блок». Такой блок включал хирургический операционный центр, средства госпитализации на 500 человек, кухню и ряд подсобных помещений.

Лечение специальных видов повреждений (переломы, повреждения глаз, ранения лор-органов, челюстно-лицевая хирургия и т. п.) было поручено особым учреждениям.

Наконец, существенным изменением, возникшим в период маневренной войны, было создание самостоятельного и независимого от армии «управления этапов», предписанное еще декретом от 4 января 1917 г.

В 1918 г. этапная зона, по существу продолжавшая и дополнявшая госпитализационные функции армейской зоны, включила вторичные эвакуогоспитали и функционировала вполне самостоятельно, опираясь частично на территориальные ресурсы, частично на полевые учреждения. Это позволило санитарному руководству армий направить основное внимание на работу эвакуогоспиталей, обеспечение сортировки и госпитализации раненых и установление последовательной связи между передовой санитарной службой, армейскими санитарными учреждениями и этапной зоной.

В итоге всех изменений, продиктованных в маневренный период обстановкой военных действий и клиническими соображениями, число санитарных этапов в это время было минимальным и сводилось к следующей схеме:

I. Посты первой помощи (полк и дивизия).

Расстояние — 10—12 км.

II. Передовая группа амбулансов (корпус): «нетранспортабельные» раненые — экстренные операции.

Расстояние — 10—20 км.

III. Первичный эвакуогоспиталь: сортировка; тяжелораненые — срочные операции.

Расстояние — 150—200 км.

IV. Вторичный эвакуогоспиталь, операционный центр для легко- и среднераненых.

V. Общевоинской тыл.

С этой схемой эшелонирования санитарных учреждений французская санитарная служба и закончила войну.

Эта схема отражала выработанный на опыте всей войны основной принцип эшелонирования армейских санитарных учреждений, заключавшийся в том, что: «ни один раненый не должен быть подвергнут транспортировке более длительной, чем та, которую он может перенести без ухудшения состояния» (Миньон). Чем тяжелее ранение, тем скорее должна быть оказана помощь: ни в каком случае хирургическое пособие не должно запаздывать против срока, в который осуществима первичная хирургическая обработка ран. Поэтому должно существовать четкое соотношение между тяжестью ранения, вместе с обуславливаемой ею степенью срочности потребного вмешательства, и эшелонированием хирургических учреждений.

Основным свойством передового хирургического учреждения, по мнению Миньона, обусловленному, несомненно, опытом маневренного периода, должна быть его мобильность, обеспечиваемая технической организацией его по принципу автохирургических отрядов и достаточным снабжением портативными убежищами (палатки, бараки и т. п.).

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИЙ САНИТАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ И ОБЪЕМ ОКАЗЫВАЕМОЙ ИМИ ПОМОЩИ

Изменения военной обстановки, а именно переход в начале войны к стабилизации фронтов и затем через переходную стадию 1916—1917 гг. к маневренным действиям, и существенный прогресс в медицинских познаниях, обусловленный накоплением хирургического опыта, отражались не только на структуре и эшелонировании санитарных учреждений, но и на распределении раненых между ними, на объеме оказываемой каждому из них помощи и оседавших в них контингентах раненых.

Мимоходом мы уже указывали на это, иллюстрируя основное, вытекавшее из опыта французской санитарной службы, положение, что лечебная активность передовых санитарных учреждений обратно пропорциональна степени маневренности военных действий. Чем быстрее и на большие расстояния перемещается линия фронта, тем значительнее, по объему и по глубине расположения, суживаются лечебные функции санитарных учреждений.

Некоторые цифры иллюстрируют высказываемый взгляд. В первые месяцы войны, как мы указывали, раненые под-