

УДК 617(929)
ББК 54.59
Б91

Бурденко, Николай Нилович.

Б91 Военный госпиталь : записки первого нейрохирурга / Николай Бурденко. — Москва : Родина, 2020. — 368 с.

ISBN 978-5-907332-74-4

Николай Нилович Бурденко родился в семье сельского писаря, но сумел стать академиком, первым президентом Академии медицинских наук СССР и первым в стране нейрохирургом. Его именем назван главный военный госпиталь. В начале Великой Отечественной войны все врачи, которых отправляли на фронт, обязательно приходили на открытые лекции и операции Н. Н. Бурденко. Гениальному хирургу достаточно было минуты для осмотра пациента и проработки плана операции.

О первых операциях на мозге, о работе в сложнейших условиях, о борьбе с эпидемиями и многом другом рассказывает легендарный врач на страницах этой книги.

УДК 617(929)
ББК 54.59

ISBN 978-5-907332-74-4

© Бурденко Н.Н., 2020
© ООО «Издательство Родина», 2020

СОДЕРЖАНИЕ

Общая характеристика организации первой помощи на фронте за первый год войны (1914-1915)	7
К вопросу об устройстве управления	
в военно-санитарном ведомстве	29
Центральный санитарно-статистический комитет	40
Центральный комитет санитарного снабжения	44
Центральный орган по эвакуации во внутреннем районе .	48
Санаторно-курортная комиссия в Москве	50
О Главном военно-санитарном совете и Центральном санитарном совете фронтов	62
Проект положения о санитарных советах (утвержденный военным министром)	64
Об организации госпитализации и эвакуации раненых	
в Лодзинской операции	67
По поводу газовой атаки 25 сентября 1916 года	80
Требования к обезболивающим веществам	
в будущую войну	107
Характеристика хирургической работы в войсковом районе .	117
I. Характер хирургической работы в войсковом районе .	117
II. Значение раннего хирургического вмешательства . . .	138
III. Качество хирургической помощи	
при различных ранениях	163
IV. Специализация лечебных учреждений	
войскового района	192
V. Вопросы эвакуации	218
Заключение	238

Хирургическая работа в войсковом районе	243
Обзор современных способов лечения ран	257
О первичном шве и первичной обработке ран.	
Письмо первое	264
Первичная эксцизия и первичный шов. Письмо второе . . .	282
Первичная эксцизия и первичный шов в будущей войне.	
Письмо третье	314
Общие противопоказания	329
Вторичный шов как элемент восстановительной хирургии . .	336
Современная фаза военной хирургии	358
Перспективы организации специальной помощи	366

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ НА ФРОНТЕ ЗА ПЕРВЫЙ ГОД ВОЙНЫ (1914-1915)

Первая помощь на войне — труднейший вопрос военно-полевой хирургии. Хирурги цивилизованных народов неустанно побуждали администрацию к тщательной разработке этого вопроса. Первые основы современной структуры были намечены, усвоены и выявлены нашим великим соотечественником Н.И. Пироговым и в деталях разработаны целым рядом выдающихся ученых-хирургов. Все эти указания легли в основу современного законодательства о подаче первой помощи, и в главнейших европейских армиях они одинаковы, варьируясь лишь в деталях и численной силе.

В России они резко и выгодно отличаются необычайно развитой деятельностью частных организаций на фронте, чего не было ни у наших друзей, ни у наших врагов. Позволю себе в кратких словах напомнить схему военно-санитарных организаций.

Наша основная военно-санитарная организация, воплотившая заветы Н.И. Пирогова, является теоретически стройной и очень сильной. Органами для подачи первой помощи являются передовые, полковые и главные дивизионные перевязочные пункты.

Передовые перевязочные пункты иногда разбиваются на три подотдела: батальонный, полковой перевязочный пункт и полковой околодок. Иногда эти подразделения невыгодно располагаются, становясь в затылок.

Передовые перевязочные пункты располагают сильными средствами: значительным штатом врачей, сильным, даже слишком, оборудованием, инструментами и инвентарем, значительным штатом низшего санитарно-

го персонала и, к сожалению, скромными транспортными средствами конной тяги.

Главный перевязочный пункт — второе звено в цепи военно-санитарной организации — является коллектором для сети передовых перевязочных пунктов. Он призван обслуживать интересы дивизии, углубляя в медицинском отношении деятельность передового перевязочного пункта, и снабжен предметами дивизионных лазаретов времен японской войны с соответствующими штатами врачебного персонала, ротой носильщиков и санитарным транспортом.

В основу деятельности передовых и главных перевязочных пунктов положены задания: превентивная борьба с вторичной инфекцией, охрана раны, охрана сил, неотложная хирургическая помощь, подготовка к транспорту и самый транспорт в пределах фронта. Поэтому в состав деятельности входит врачевание, питание, сортировка по роду и тяжести ранения для транспорта.

Если просмотреть штаты полковых перевязочных пунктов и дивизионных перевязочных отрядов (16 одноконных двуколок для передового пункта и 22 — для главного перевязочного пункта), уже а priori нужно было предположить, что они в своей деятельности при современной войне будут затруднены: и тот, и другой — недостаточными транспортными средствами, а второй, т. е. дивизионный передовой отряд, — и врачебным персоналом (4 врача). Этого нужно было ожидать как по указаниям военных властей, так и по опыту минувшей войны, когда транспортный вопрос принял грозный и катастрофический характер, как об этом писал д-р Крейндель.

В 1902 году, когда армия была миллионного состава, специальных транспортных средств было всего-навсего на 4000 человек. Во время Русско-японской войны, судя по словам проф. Е. В. Павлова, нужда испытывалась огромная, и на месте было начато формирование заново транспортов в 100 двуколок и полутранспортов. Но и со всем тем во время боев при Ляояне и Шахе армия располага-

ла пятью двуколочными транспортами и шестью полутранспортами, т. е. 800 двуколками ($800 \times 2 = 1600$ раненых) при потерях ранеными в 15 000 и 30 000 человек; во время Мукденского боя – 5 транспортов, 10 полутранспортов, 2 армейских транспорта и 8 транспортов вьючных, всего подъемом на 3000 раненых; интендантские фурманки вывезли при Мукдене всего 4200 раненых. Без вести пропавших при Шахе было 4834, при Мукдене — 27 929.

Нужно отдать долг справедливости Военно-санитарному ведомству, которое в 1912 году разработало вопрос о транспорте, дав ему скромную по размеру, но должную постановку. Однако ему не удалось провести этот вопрос целиком, а то, что было проведено, оказалось недостаточным; да и то, что ведомством было предложено, все-таки было мало, если принять во внимание, что современные войны, всасывающие на фронт миллионные армии и чудовищные технические средства, дают колоссальные цифры потерь. Если взять для иллюстрации в общих цифрах, в абсолютных и процентных цифрах потери современных войн, Русско-японской и франко-прусской, мы увидим:

	Убито	Ранено	Сумма
Русских	28 000=4,9% состава	141 800=24%	176 600=29%
Японцев	47000=8,8%	173 400=32,1%	220 800 = 40,9%
Немцев	17 300=2,7%	99 600= 15,3%	116 900= 18%

Нужно при этом еще заметить, что потери в Русско-японскую войну происходили не при горячих схватках и кратковременных битвах, а при затяжных боях, что позволяет высокие цифры потерь относить за счет действия оружия.

Настоящая война дает более высокие цифры. Поэтому фронт потребовал усиления военно-санитарной организации в районе полков и дивизий.

Вот на это требование жизни и ответили общественные организации, влив на фронт свои силы в виде передовых перевязочных отрядов. По количеству учреждений подачи первой помощи первое место принадлежит Крас-

ному Кресту, затем в нисходящем порядке идут Земский союз, Союз городов, Общедворянские организации и организации частных лиц и Северопомощь.

Все поименованные организации своими учреждениями создали могущественный резерв для основной военно-санитарной организации, с помощью которого мы можем считать количественно первую помощь нашей армии почти обеспеченной. Тип учреждений первой помощи названных организаций — тот же, что и в военно-санитарной организации, но номенклатура иная и разнообразная, что зависит от функций передовых и главных перевязочных пунктов с их тремя кардинальными задачами: охрана раны, охрана сил, охрана жизни раненого — перевязка, питание, транспорт (ручной, конный, автомобильный). Обладая большей инициативой, столь ценной в непрестанно изменчивой атмосфере фронтовой деятельности, общественные организации в своих фронтовых учреждениях выявили сильнее первую, вторую или третью из кардинальных функций подачи первой помощи на фронте; отсюда родилось многообразие типов и номенклатуры фронтовых учреждений общественных организаций.

Передовые перевязочные отряды Красного Креста выделяют от себя летучки или въючный отряд, сами оставаясь на линии или передовых, или главных перевязочных пунктов.

В своем составе они имеют транспорт значительной силы и врачебный персонал из 3 врачей, 2 сестер, команду носильщиков в 150 человек.

	Передовые отряды	Санитарные транспорты	Перевязочно-питательные отряды и пункты	Хирургические отряды
Красный Крест послал	98	80	32	7
Земская организация послала	20	47	100	-
Союз городов послал	25	7	-	-

Аналогичные, но более сильные передовые отряды Земской организации и Союза городов имеют летучки, совершенно аналогичные передовым перевязочным пунктам, лазареты с функциями, аналогичными главным перевязочным пунктам военно-санитарной организации, и свои склады, которые в отчетах называются базами. Эти подотделы охраняют между собой органическую связь, транспортом перевозят раненых от летучек к своим лазаретам, т. е., другими словами, воспроизводят план военно-санитарной организации, подчеркивая жизненность ее структуры. Действуют они иногда слишком изолированно в ущерб нужной на фронте компактности.

Союз городов, посылая отряды, дает, в сущности, ту же организацию. Параллельно с указанным типом существуют учреждения с преобладающим выявлением медицинской помощи, как, например, специальные хирургические отряды Красного Креста; но их немного — всего шесть; возникли они по инициативе проф. Сапезко и функционируют на Юго-Западном фронте гораздо больше перевязочно-питательных пунктов и питательных пунктов.

Кроме того, существует значительное количество малых перевязочно-питательных летучих отрядов, имеющих специальное назначение — обслужить ту или иную определенную войсковую часть, корпус, дивизию или полк.

Фронтные транспорты, специально оборудованные как таковые, имеются в значительном количестве в Красном Кресте, в организации земств и в городских организациях. Чтобы судить об общей силе транспорта, позволю себе указать на такие цифры: Красный Крест имеет 1400 повозок, Общеземская организация — 1600.

Все названные учреждения, в иерархическом отношении подчиненные и зависимые от различных организаций, первое время создавали пестроту номенклатуры, пестроту стремлений и известную долю суеты, неизбежную при многовластии.

По закону все они должны были подчиниться главному уполномоченным Красного Креста, но фактически это

не всюду прошло. Однако к чести фронтовых работников надо сказать, что здоровый общественный инстинкт, навык общественной работы и единая великая цель — все для армии — сделали свое дело: трения сгладились, наланилось более или менее правильное взаимоотношение, и в настоящее время создавалась такая структура. Все общественные организации получают общие директивы от начальника санитарной части фронта, в армиях — от начальника санитарных отделов; в выполнении сохраняют право самоопределения, то расширяя, то сужая свою деятельность в зависимости от ориентировки на месте. Определенная степень свободной инициативы является неоценимо полезной во время некоторых боев при расположении войсковой части на такой местности, где пути, на которых базируется часть, не совпадают с путями оттока раненых. Приданные же войскам лечебно-санитарные учреждения должны держаться первых, тогда может создаться крайне неприятное положение: раненые потекут мимо санитарных учреждений военно-санитарной организации, ибо последние, по тактическим соображениям, не могут отрываться от своей части. В отчете Русско-японской войны можно читать: «Значительная часть миновала главные перевязочные пункты, и последние не в полной мере выполняли свое назначение. Нередко полковые врачи, во избежание напрасной потери времени и для сокращения пути, направляли раненых, минуя главный перевязочный пункт. Причинами слабой деятельности главных перевязочных пунктов были отчасти их малая подвижность, а подчас и неправильный выбор для них мест. Через главные перевязочные пункты за кампанию 1904 года прошло всего 31,4% раненых».

В настоящую войну этого печального явления, как правило, не наблюдается, но аналогичные факты неизбежны, и тут-то учреждения общественных организаций, располагая правом большей инициативы и большей свободы передвижений, оказывают существенную помощь, встречая потом раненых.

Такого рода факты, между прочим, породили — главным образом в организации Красного Креста — устройство импровизированных питательно-перевязочных поездов, которые по возможности заходят глубоко в толщу фронта и принимают раненых прямо с передовых перевязочных пунктов.

Переходя к характеристике деятельности передовых и главных перевязочных пунктов, мы должны, к сожалению, отметить следующий факт в деятельности частных организаций: в первый период войны общественные организации увлекались общим лозунгом нести помощь на поле битвы, и это увлечение отвлекло внимание от властного требования, получившего во всех армиях право гражданства — мощной эвакуации. Очевидно, им не было поставлено точно сформулированной конкретной задачи в центре, ибо поправки шли уже на фронте, и оттуда раздавались требования о транспортах.

Общественные организации невольно и, может быть, бессознательно платили дань принципу лечения на месте, теперь уже отжившему и всюду оставленному. Часть передовых отрядов, например, земской организации была отправлена на фронт без транспортных средств, и уже на месте они должны были формировать транспорты и заводить кадры носильщиков.

Красный Крест, наученный горьким опытом минувшей кампании, со своей стороны сделал очень много существенных изменений в своей организации, снабдив, во-первых, все свои передовые отряды транспортными средствами, во-вторых, придав передовым отрядам команду носильщиков, в-третьих, организовав специальные транспорты исключительно для обслуживания фронта, в-четвертых, придав санитарные автомобили к управлениям особо уполномоченных, где они играют роль резервов, способных быть переброшенными в нужное время и в нужное место.

Союз городов все более и более проникается сознанием необходимости иметь транспортные средства на фрон-

те; мы читаем в отчете Союза городов следующее: «Опыт показал, что передовые отряды тем производительнее работают для своей главной цели, чем более развиты их транспортные средства, и притом так, чтобы транспорты могли временами отрываться от отрядов, к которым они присоединились, и устремляться на помощь в места наиболее острой нужды самостоятельно». Именно с этой целью в ближайшее время Союз городов организует цепь транспортов для специальной перевозки раненых. На съезде представителей Союза городов 12-14 марта принята резолюция: признать необходимым увеличение транспортных сил фронтовых комитетов учреждением как санитарных транспортов, так и транспортных обозов, а также оборудование автомобильных колонн.

Благодаря этому в некоторых армиях количество транспортных средств доведено почти до состояния насыщенности. Однако до насыщенности всех фронтов далеко, и развитие эвакуационной деятельности нуждается в большем внимании со стороны общественных организаций, которые, несомненно, должны согласовать свою деятельность с военно-санитарной организацией в смысле насыщения армии транспортными средствами; перегрузка в этом отношении также имеет свои отрицательные стороны, но, я думаю, до этого дело не дойдет.

Лишь с удачным разрешением транспортного вопроса будет рационально разрешена задача подачи первой помощи в медицинском отношении как на передовом перевязочном пункте, так и на главном.

Если мы примем во внимание общественные правила для деятельности перевязочных передовых пунктов, то есть: 1) разделение раненых по категории, 2) мероприятия для поднятия сил и подкрепления раненых, 3) ревизию наложенных повязок и наложение защищающих и поддерживающих повязок, и далее будем иметь в виду, что всякое хирургическое вмешательство на передовом перевязочном пункте ради каких бы то ни было целей, кроме

подготовки раненого к транспорту, в тесном смысле этого слова не только не показано, а прямо противопоказано, то мы приходим к выводу, что правильная организация передовых перевязочных пунктов зависит не столько от их индивидуальной оборудованности, сколько от рациональной постановки транспортной службы. Передовой перевязочный пункт лишь тогда и до тех пор может полезно работать, пока количество раненых не превышает определенного максимума тяжело раненных на пункте, так называемых носилочных.

И если передовой перевязочный пункт пассивен в отношении притока раненых с фронта в смысле густоты их волны, то он должен быть активен в смысле отлива этой волны в ближайший тыл. Раз он имеет для этого средства, то рациональная помощь на передовом перевязочном пункте обеспечена: будет время для правильной сортировки, для определенных медицинских пособий, направленных опять-таки к облегчению и совершенству транспорта.

Само же врачебное вмешательство — за исключением остановки кровотечений непосредственной перевязкой самого сосуда или давящей повязкой и, в крайнем случае, жгутом, трахеотомией, отнятия висящих на обрывках тканей конечностей с первичной фиксацией переломов — сводится к превентивной борьбе с вторичной инфекцией, а при ранах заведомо уже инфицированных (шрапнельные, гранатные, раны от ручных и метательных бомб) со стороны врача передового перевязочного пункта раненые нуждаются лишь в более мощной всасывающей повязке, какая она будет, асептическая или антисептическая — безразлично. В конце концов, раз асептическая или антисептическая повязки не внесут сами вторичной инфекции, роль их сыграна: антисептическая повязка, раз она накладывается только с поверхности, не заходя в глубокие щели среди рваных тканей и не соприкасаясь в них непосредственно с инфекцией, будет действовать только благодаря своим физическим свойствам (капиллярности), и в этом

отношении она не отличается от асептической. Манипуляции более широкого масштаба на передовых перевязочных пунктах недопустимы. Врач исполнит свою роль, если к такой повязке он при обширных травмах и начинающихся флегмонах прибавит еще хорошие шины, обеспечив таким образом покой ране. Раскрытие ран ножом с целью обнажить дно и все трещины — не дело врачей перевязочных передовых пунктов: ни времени, ни места, ни стерильного белья у врачей этих пунктов нет. Вообще нужно сказать, что по отношению к передовым перевязочным пунктам старый лозунг «первая повязка решает участь раненого» для современной войны неприменим.

Раненый — по условиям настоящей войны — слишком поздно получает первую врачебную перевязку. На поле битвы врачебной помощи нет: она там невозможна. Современный полевой бой с бесчисленными расходами и артиллерийских снарядов, и ружейных патронов должен буквально засыпать поле битвы и пространство между цепями, — перерывов для уборки раненых не бывает, по санитарному персоналу открывается стрельба, как по воинам, и посланный врач будет или лежать в окопе, или бесполезно гибнуть. Убыль санитаров и фельдшеров в текущую войну громадна. Поэтому раненые в полевом бою остаются лежать до наступления темноты, перевязываясь сами, или с помощью товарища-соседа, или рядом недалеко лежащего санитаря, или же фельдшера. Нам удалось пока разработать немного опросных карточек, имеющих целью выяснить этот вопрос. Вот их данные.

Первичная повязка

Самопомощь	338
Товарищ	268
Носильщик	315
Санитар	534
Фельдшер	284
Врач	60

Первичная повязка по срокам

Через 2 часа	958
В тот же день	496
В ту же ночь	294
Через сутки	51
Всего	1799

Приведенные таблицы достаточно демонстрируют сказанное. Комментарии в смысле прогноза для течения ранений при таких условиях излишни, особенно если мы примем во внимание громадный процент рваных, большей частью от действия артиллерии, ран и величину индивидуального пакета.

В войну 1871—1872 гг. артилл. ранений было 8,2%;
в Русско-турецкую войну 9,4%;
в Русско-японскую 15-20%.

Современная война последнюю цифру увеличила по меньшей мере в 1,5-2 раза.

Наконец, врачебный пункт приходится ставить от линии боя на 4-6 верст, что также задерживает оказание помощи раненым.

Кроме невольного запаздывания первой врачебной помощи, мы должны еще указать на крайне нежелательное явление, на которое необходимо обратить серьезное внимание: количественную, но не качественную, к сожалению, полипрагмазию перевязок в районе передовых перевязочных пунктов.

Бывают, и нередко, случаи, когда раненый лишь в районе передового пункта получает 3-4 перевязки: нередко располагаются по одной линии к тылу фельдшер, врач полкового передового перевязочного пункта, полковой околодок, передовой перевязочный пункт, общественные организации: множественность повязок обеспечена. Помимо всяких возможностей, вроде манипуляций и обработок по разным методам, рана лишается самого главного — покоя. Если еще допустимо снять полевую повязку

самопомощи, санитаря, фельдшера, то врачебные повязки снимать без настоящей нужды недопустимо. Если эта необходимость вызывается нуждами регистрации, то всю процедуру легко упростить, сливая перевязочный пункт с полковым околадком. Если это вызывается необходимостью сортировки раненых для транспорта и отправки в тыл, то нужно это производить так, чтобы оставался от этого след, и работа в этом направлении не пропадала даром, а облегчала бы все последующие учреждения, которые, в свою очередь, должны снова и регистрировать, и сортировать. В этом отношении для всех перевязочных передовых пунктов, какой бы организации они ни были, необходимо завести единую, обязательную для всех форму регистрационной карточки — безымянную, а именную, списочную регистрацию совершенно упразднить. Тогда дело сортировки выиграет в скорости, общий учет ведется по числу выданных сортировочных карточек, тяжесть ранения — по отрывным купонам. Всякий имеющий карточку с диагнозом и указанием рода транспорта и срока смены перевязки не будет вызывать со стороны стоящих в затылок учреждений желания перевязать его из подозрения в несовершенстве перевязки.

Отсутствие этой системы порождает отчасти полипрагмазии перевязок, задерживает раненых на перевязочных пунктах до 12-16 часов и вносит путаницу, при которой раненых в живот кладут в двуколку и трясут до главного перевязочного пункта, откуда на руках несут в дивизионный лазарет. Факт печальный, но, к сожалению, нередкий, как это видно из следующей таблицы.

Прибытие на передовой перевязочный пункт	Легкие	Средние	Носилочные
6 часов — 879	780	74	25
12 часов — 495	302	115	78
1 час — 383	117	87	179
24 часа — 243	24	86	133