

© Ю.М. Фатула, Д.С. Петнегазі, 2015

УДК 616.001.4 – 057.36 – 08(091). 1914/1918

¹ Ю.М. ФАТУЛА, ² Д.С. ПЕТНЕГАЗІ¹ Ужгородський національний університет, факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін; ² Ужгородська центральна міська клінічна лікарня, Ужгород**ДОСВІД ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ АВСТРО-УГОРСЬКОЇ АРМІЇ У ПЕРШІЙ СВІТОВІЙ ВІЙНІ**

На підставі матеріалів маловідомих літературних джерел наведений досвід військово-медичної служби австро-угорської армії у Першій світовій війні. Описані структура поранень, інфекційних захворювань, особливості ураження бойовими газами. Детально розглянуті етапи надання медичної допомоги, починаючи від поля бою і до глибокого тилу. Розглянута хірургічна тактика для важкопоранених у військово-польових шпиталях. Наводяться дані санітарних втрат серед військових лікарів австро-угорської армії.

Ключові слова: військово-медична служба, австро-угорська армія, Перша світова війна

У 2014 році ми пригадали сумну дату європейської та світової історії – 100-річчя початку Першої світової війни. Закарпаття має безпосереднє відношення до тих драматичних подій. Адже тривалий час активні бойові дії відбувалися у Карпатських горах на території нашого краю, наш регіон був прифронтовою зоною із військовими шпиталями. Десятки тисяч закарпатців були мобілізовані як громадяни Австро-Угорської імперії до австро-угорського війська, тисячі з них були поранені, загинули або пропали безвісти на Східному та Італійському фронтах, потрапили в російський полон, стали інвалідами. На жаль, і сьогодні, через 100 років, драматичні події на сході нашої держави змушують знову пригадати роль і значення військово-медичної служби в кожній війні.

На початковому етапі Першої світової війни стан організації польової військово-медичної служби австро-угорської армії довоєнного періоду певною мірою відповідав бойовим потребам, але в подальшому він не задовільняв воюючу армію і потребував суттєвої корекції. Недоліком було те, що військове командування часто міняло керівників військово-медичних установ.

Довоєнне планування ймовірних санітарних втрат в австро-угорській армії орієнтувалося на

цифру у 100 тисяч поранених, з яких 60 тисяч мали бути розміщені в Австрії і 40 тисяч – в Угорщині [4]. Трагічні реалії війни вилилися у 1 мільйон 200 тисяч (за іншими даними 1 мільйон 496 тисяч) загиблих та 2 мільйони 600 тисяч поранених військовослужбовців, а втрати серед мирних жителів Австро-Угорщини становили 420 тисяч чоловік [1].

Структура поранень мала свою особливість залежно від театру бойових дій. Так, на Сербському фронті 65% поранень були від ручної зброї та кулеметів, 30–35% – від артилерії. На Російському фронті спостерігалось 70–75% кульових поранень, 20–25% – від артилерійської шрапнелі, 7–10% – від гранат. Така структура поранень спостерігалась протягом усієї війни. На Італійському фронті були деякі особливості: у зв'язку із гірською скелястою місцевістю, на якій відбувалися бойові дії, було багато вторинних уражень уламками каміння, особливо очей. Структура поранень була такою: 50% – від гранат та мін, 25% – від артилерійської шрапнелі, і лише 25% кульових поранень [3].

Незалежно від фронту, більше всього поранень спостерігалось серед піхотинців, потім серед артилеристів, у яких частіше вони були важкими.

Збереглися дані про структуру поранень в одній з піхотних частин австро-угорської армії (табл. 1).

Таблиця 1

Структура поранень у військовій частині 37/IV

Характер травмуючого чинника	Кількість поранень	%
Від ручної зброї	888	57,8
Від шрапнелі	314	20,4
Від гранат	236	15,4
Від штиків	24	1,6
Від шаблі	7	0,46
Від каміння	75	4,9
Кількість поранених	1536	

Інфекційні хвороби. Впродовж Першої світової війни був отриманий величезний досвід у питаннях профілактики та лікування інфекційних захворювань. Слід підкреслити, що армія зіткнулася і з такими інфекційними хворобами, які в Австро-Угорщині взагалі не траплялися. Також виявилася не готовою до бойових реалій протиепідемічна військова служба. В австро-угорській армії не проводилася вакцинація проти холери, віспи, тифу на підставі того, що в Європі уже тривалий час не існувало природних вогнищ цих небезпечних інфекцій, а військова розвідка не мала даних і не знала, що з Азії (вогнища холери) на фронт будуть направлені тисячі бацилоносіїв або навіть інфікованих солдатів. Відсутність вакцинації призвела до того, що у 1914 р. в австро-угорській армії 25 тисяч військових захворіли на холеру і 30% з них померли. Проведення термінових протиепідемічних заходів у військах дало результат: у 1916 р. на холеру захворіло тільки 6 тисяч військовослужбовців [4].

Широкого розповсюдження набув черевний тиф. Так, зокрема, влітку 1915 р. у 2-й армії було зареєстровано 7351 інфекційного хворого, серед яких 2092 (28,5%) хворіли на черевний тиф, 797 (10,8%) – дизентерію, 744 (10,1%) – на холеру, 42 (0,6%) – на сипний тиф. Найвищою смертністю була при холері (26,9%), далі – при сипному тифі (21%), дизентерії (13,1%), найнижчою – при черевному тифі (8,2%) [4].

Щеплення від черевного тифу не були настільки ефективними, як від холери; але вони відіграли свою позитивну роль в аспекті полегшення клінічного перебігу захворювання.

Сипний тиф, що переноситься вошами, супроводжувався високою летальністю. На щастя, епідемії сипного тифу траплялися лише в окремих місцях. Так, зокрема, на Сербському фронті, в районі Валево, захоронено 45 тисяч померлих від цього захворювання. Тут працювали 300 сербських лікарів, 120 з них заразилися і померли [4].

На Італійському фронті у великій кількості траплялася також малярія і іспанка. І якщо при малярії профілактичний прийом хініна зіграв позитивну роль і ситуація була контрольованою, то по відношенню до іспанки медико-санітарна служба виявилася безпорадною. Правда, слід зауважити, що іспанка поширилася в кінці війни, коли солдати були виснажені і фізично, і морально (якщо на початку війни кожному військовослужбовцю харчуванням забезпечувалося не менше 3000 калорій на день, то у 1918 р. ця норма не дотримувалася і наполовину) [4].

Досвід війни показав, що достатнє харчування та забезпечення якісною питною водою мають надзвичайно важливе значення для профілактики та лікування інфекційних захворювань. Тому обстеження «підозрілої» питної

води та її дезінфекція шляхом хлорування разом із профілактичними щепленнями сприяли попередженню виникнення та розповсюдження інфекційної патології. Ветерани війни стверджували, що якісна питна вода і гаряча чорна кава були не менш важливими для солдата, ніж наявність хорошого озброєння.

До важливих протиепідемічних потуг відносилися також санітарно-гігієнічні заходи, пов'язані з повсякденним життям і побутом військ в окопах на передовій. Це – гігієна траншей, польових туалетів, місць для відходів; водопостачання і вентиляція підземних укриттів; організація і дезінфекція місць захоронень загиблих і померлих військовослужбовців. Наскільки це важливо для запобігання виникненню інфекційних хвороб, повсякденно могли бачити військові лікарі, які і були зобов'язані організовувати і вирішувати всі ці питання.

Статистичні дані відносно венеричних захворювань свідчать, що протягом перших трьох років війни в австро-угорській армії спостерігалось 1 млн. 276 тисяч таких хворих. Це приводило до значних втрат боєздатності військ при виконанні бойових операцій [4].

Отруєння бойовими газами. Під час війни великих втрат від отруєння газами в австро-угорській армії не було, але 2-відсоткова смертність все ж мала місце, 3 тисячі військовослужбовців померли. Така ж кількість померлих була і в німецькій армії. Водночас, в арміях антинімецького блоку ці втрати були набагато більшими: в російській армії – 11 тисяч, французькій і британській по 8 тисяч, італійській – 4,6 тисячі (лише американська армія через пізній вступ до війни відбулася найменшими втратами – 1,5 тисячі). 30–35% особового складу військових частин, які зазнавали газової атаки, отримували отруєння і захворювали; але половина з них одужували в межах території бойових дій і не потребували евакуації. Масового ураження отруйними речовинами шкіри не спостерігалось [2].

На лінії фронту кожен військовослужбовець мав один кишеньковий респіратор. На дивізійному медичному пункті на місці надання допомоги отруєним був медичний комплект, до якого входив один дихальний кисневий апарат. На наступному етапі, у польовому шпиталі надавалася уже кваліфікована лікарська допомога, яка була достатньо результативною, хоча траплялися і серйозні недоліки, які призводили до втрат.

Досвід показав, що отруєні бойовими газами потребували обережного транспортування, їм не дозволяли ходити. Стан одужання при отруєннях середньої важкості можна було визначити через 12 днів спостереження. Серед лікувальних заходів застосовувалися і виявилися ефективними внутрішньовенне введення розчину Рінгера з

наступним кровопусканням 400–500 грамів крові [4].

Слід зауважити, що жодна з воюючих сторін не захоплювалася активним застосуванням отруйних бойових речовин. Використання ж бактеріологічної зброї мало більше теоретичне значення, хоча біохімічна промисловість Австро-Угорщини була, на всяк випадок, готова і до такого розвитку подій.

Етапи надання медичної допомоги. У кожному бойовому підрозділі австро-угорської армії був один санітарний відділ, який складався з командира, чотирьох санітарів та солдата, який шукав поранених. У своєму розпорядженні вони мали 2 ноші, 2 шини для іммобілізації, бачок з водою та сумки з перев'язувальним матеріалом. На лівому рукаві у кожного військовослужбовця цього відділу була біла пов'язка з червоним хрестом. Вони проходили медичну підготовку, яку проводили лікарі. Багато з них працювали самовіддано, незважаючи на смертельну небезпеку. Але при великих втратах їх було явно недостатньо. Порівняно з попередніми війнами, кількість носильних і важкопоранених була набагато

більшою. При великій кількості поранених санітари не справлялися з транспортуванням постраждалих у тил, тому з цією метою в деяких частинах задіювали навіть армійських музикантів.

Під час бою першу медичну допомогу поранені могли надавати або самі собі (самопоміч), або отримати від товаришів (взаємопоміч), тому що санітари могли наблизитися до передової тільки після затишання бою. Для накладання першої пов'язки використовувався перев'язувальний пакет військовослужбовця. Кожен солдат мав два пакети, але при обширних пораненнях цього було замало.

Деяке уявлення про перший етап надання медичної допомоги безпосередньо після отримання поранення і до потрапляння на перев'язувальний пункт можна отримати з статистичних даних одного фронтового лікаря [4]. Так, із 1303 поранених більшість (840 – 64,5%) прийшли на перев'язувальний пункт самостійно, а 463 (35,5%) були доставлені на ношах. Час, протягом якого після поранення була накладена первинна пов'язка, демонструє таблиця 2.

Таблиця 2

Швидкість надання першої медичної допомоги

Час, протягом якого була накладена первинна пов'язка	Кількість поранених	%
Відразу після поранення	724	55,5
Протягом 1 години	220	16,9
Від 1 до 12 годин	264	20,3
Від 12 до 24 годин	53	4,1
Після 24 годин	42	3,2
Всього	1303	100

Наступна таблиця 3 показує, ким накладалася перша пов'язка.

Таблиця 3

Надання першої допомоги

Хто наклав першу пов'язку	Кількість поранених	%
Сам поранений (самопоміч)	236	18,1
Його товариш (взаємопоміч)	377	28,9
Носій-санітар	403	30,9
Лікар	287	22,1
Всього	1303	100

Полковий медичний етап. Пункти первинної медичної допомоги організовувалися на шляхах наступу або відступу військових частин, на певній відстані від передової лінії, ближче до доріг, по можливості, в будівлях, де була вода і солома. Перев'язочні військових частин знаходилися далеко від поля бою. Легкопоранені добиралися сюди пішки, часто їх не знаходили і попадали на перев'язочні інших частин. При більш масштабних боях, внаслідок недостатньої організації, частина легкопоранених, оминувши перев'язочні пункти,

рушала в тил і опинялась вдома, за місцем проживання.

Організацією таких пунктів займався безпосередньо лікар. Все майно перевозили на тваринах, на яких прикріплювалися по дві водостійкі корзини. Пункти забезпечувалися чемоданами з перев'язувальним матеріалом та медичним інструментарієм, які доставляли санітари-носії. Зв'язок передової лінії з тилом дивізії забезпечувався посильними, польовими жандармами і, частково (там, де була можливість), за допомогою телефону. Ці медпункти підпорядковували-

ся безпосередньо командирам батальйонів, полків і дивізій.

На лікаря пункту первинної медичної допомоги при інтенсивному надходженні поранених лягало величезне навантаження. До його обов'язків входило облік, сортування поранених за важкістю та можливістю подальшого транспортування, а також виявлення серед них інфекційних хворих та відокремлення помираючих. Після цього, поранені направлялися або в тил дивізії, або безпосередньо у польовий шпиталь; а при зовсім легкому пораненні вони заверталися назад у свою частину. Крім того, лікар виконував невеликі операції для рятування життя постраждалого, такі як зупинка кровотечі шляхом перев'язування кровотокових судин, в основному в ділянках обличчя та шиї, ліквідація (закриття) пневмотораксу при пораненнях грудної клітки. Лікар також робив щеплення від правця. Налагодження співпраці з дивізійними пунктами медичної допомоги також лягало на плечі лікаря.

При розміщенні цих пунктів необхідно було пристосовуватися до бойової ситуації. При оборонних боях була можливість заздалегідь визначити місце їх дислокації, але при наступі чи відступі вони повинні були бути мобільними і встигати за наступаючими військами, або не залишатися на втраченій території при відступі.

Дивізійний медичний етап. Через цей етап проводилася евакуація поранених і хворих у тилові частини. Дивізійний етап складався з двох підрозділів: пункту збору легкопоранених та перев'язочного пункту. Подальша евакуація з дивізійних пунктів входила до компетенції дивізійних служб. Починаючи з 1915 р., для транспортування поранених почали використовувати автомобілі, що підпорядковувалися командирам і провідним лікарям військових частин, які відповідали також за ефективне використання транспортних засобів (зведення до мінімуму порожніх рейсів).

На дивізійний медичний етап надходили поранені, які потребували тривалого лікування. Вони сортувалися за важкістю, відокремлювалися інфекційні хворі. Велика увага приділялася дезінфекційним заходам, в першу чергу боротьбі із вошивістю. Тут працювали газові дезкамери, кожна з яких могла продезінфікувати одноразово 40, а за добу 300 комплектів обмундирування та нижньої білизни. На цьому етапі уже діагностували і відділяли венеричних хворих, які направлялися у стаціонарні польові інститути, що розміщувалися у бойових районах. Тут же виконувалися такі операції, які були необхідні для подальшого транспортування поранених.

Не затримувалися на дивізійному медичному етапі поранені, які підлягали терміновому хірургічному втручанню та вимагали обережного транспортування. До цієї групи належали поранення черевної порожнини, грудної клітки та черепа, які потребували операції в термін від 6 до 12 годин.

Згідно з бойовим розпорядком дивізійний медичний пункт мав бути розташований на відстані 3 – 4 км від передової, але в реальних бойових умовах, в залежності від характеру місцевості, наявності доріг, ця відстань сягала від 3 до 8 км. Мобільність медпунктів була сильно обмежена через відсутність автотранспорту, навіть мотоциклів.

Рухомий транспорт мав під'їжджати до дивізійного медичного етапу на спеціальні транспортні евакуаційні пункти, куди поранених доставляли на ношах команди носіїв, кожна з яких включала 8 солдат. Звичайно, характер місцевості суттєво впливав на швидкість доставки. Найгіршою була ситуація у гірській місцевості.

Військово-польовий шпиталь. На цей етап надходили важкопоранені з пошкодженнями черевної порожнини, грудної клітки, черепа та кінцівок, оминаючи, переважно, дивізійний медичний етап. Сюди доставлялися також і постраждалі, які мали б транспортуватися на інші, більш віддалені етапи спеціалізованої допомоги, зокрема з травмою обличчя, органів слуху, очей, або інфекційні хворі.

Польові шпиталі розгорталися паралельно з дивізійними медичними пунктами на відстані 10–12 км від передової. Шпиталі полегшували роботу дивізійного етапу медичної допомоги. При активних бойових діях шпиталі змінювали своє розташування відповідно до обстановки. Якщо при наступі польовий шпиталь розміщувався на місці дивізійного медпункту, то він забирав на себе поранених з цього пункту і поповнював матеріальні запаси. Якщо шпиталь передислокувався вперед, то звільнявся від поранених шляхом їх евакуації на наступні етапи. При евакуації зберігалася черговість – першими відправлялися важкопоранених. При відступі шпиталь зупинявся на армійському евакопункту. При передислокаціях значна увага приділялася забезпеченню зв'язку, питанням дезінфекції і гігієни, зокрема миттю в бані.

На початку війни кульові поранення черепа у шпиталях лікували переважно консервативно. Після того як мобільні бої перейшли в позиційні, "окопні", лікувальна тактика активізувалася і цих постраждалих почали оперувати. Поранених в череп намагалися розміщувати в окремих приміщеннях, де організовувався спеціальний догляд, до якого входила і можлива фіксація пацієнта. У цих поранених часто виникали смертельні ускладнення. Після того як австро-угорська армія почала постачатися касками, кількість поранень голови зменшилася на 70%.

Великі труднощі були при лікуванні травм спинного мозку. У цих постраждалих часто виникали пролежні, які вимагали постійного і тривалого догляду. Контроль за постійними сечовими катетерами становив теж проблему.

Поранення грудної клітки виявилися важчими, ніж очікувалося. У половини постраждалих відбувалося вторинне інфікування. У зв'язку з тим, що не завжди вдавалося дотриматися правил обережного

транспортування, часто спостерігалися раптові смерті як від самого поранення, так і від вторинної кровотечі. Такі ж трагічні випадки спостерігалися, коли поранені без дозволу вставали на 4-5 день.

Тактика лікування внутрішньочеревних поранень протягом війни докорінно змінилася. Консервативна тактика, яка домінувала на початку війни, давала погані результати. Водночас, при активному хірургічному підході 50% постраждалих удавалося врятувати життя. Також велику увагу почали приділяти термінам виконання операцій.

Вогнепальні поранення кінцівок із переломами кісток надходили переважно уже в інфікованому стані. Серйозною проблемою в таких випадках стали правець та газова гангрена. Так, зокрема, на Італійському фронті у польовому шпиталі, що дислокувався в Удіне, з 1450 важкопоранених в 11 (0,76%) випадках розвився правець, що призвело до смерті. Регулярні профілактичні щеплення, які повторювалися через 10 днів, зіграли позитивну роль. Розвиток газової гангрени був ще більш небезпечним через відсутність на той час протигангренозної сироватки. Військовий лікар Ганашиєвіц (Hanasiewicz) наводить дані про 158 випадків газової гангрени із смертельним наслідком у 54 (34,2%) поранених [3].

У стандартному польовому шпиталі працювало всього три лікарі. І цього було явно недостатньо, зважаючи хоча б на такий показник, що при бойових діях лише одної дивізії до шпиталю надходило до 50 поранень черевної порожнини. Тому при масових надходженнях поранених шпиталі посилювалися хірургічними бригадами.

Армійський евакопункт. До евакуаційного пункту армії направлялися поранені і хворі, які потребували тривалого лікування у глибокому тилу, в Австро-Угорщині. Функції евакопунктів іноді виконували і цивільні лікарні.

Перевезення постраждалих у глибокий тил здійснювалися уже санітарними потягами, які доставляли їх у заздалегідь визначені медичні закла-

ди. 55–60% постраждалих протягом війни було транспортовано в тил таким транспортом.

На початку війни рухомий санітарний залізничний склад нараховував всього 33 постійні санітарні потяги, 6 потягів, оснащених Мальтійським орде- ном, для лежачих важкопоранених та 14 потягів для легкопоранених і хворих, які функціонували при необхідності за розпорядженням командування фронтами. Невдовзі цього стало недостатньо і кількість потягів з часом зросла до 200.

Одна з найбільших санітарно-транспортних операцій відбулася у середині червня 1918 р. під час наступу у Піаве, коли на Італійський фронт був направлений 91 санітарний потяг, які разом з наявними на місці потягами вивезли протягом 8 днів близько 220 тисяч поранених і хворих [4].

Поступово санітарні потяги були стандартизовані для транспортування як лежачих, так і сидячих постраждалих, де їх також мили і дезінфікували. Ці пересувні залізничні санітарні заклади протягом війни виконали величезну роботу – перевезли приблизно 7,5–8 мільйонів людей з фронту у відповідні евакуаційні зони або у глибокий тил, а по закінченні війни саме цими потягами велика кількість інвалідів і полонених була перевезена додому.

Евакуація поранених і хворих у глибокий тил здійснювалася також і водним шляхом річковими кораблями-шпиталями, кількість яких протягом війни зросла з 16 суден до цілої ескадри. Вони забезпечили перевезення більше 86 тисяч важкопоранених і більше 76 тисяч звільнених із полону. Ці плавучі шпиталі забезпечували не лише транспортування, але і харчування та лікування постраждалих [4].

Завдяки напруженій і самовідданій праці військово-медичної служби австро-угорської армії 70% поранених одужали і повернулися на фронт. Але і самі військові медики зазнали також чималих втрат. Зокрема, санітарні втрати військових лікарів за 3,5 року війни (1914–1917 рр.) наведені у таблиці 4 [4].

Таблиця 4

Санітарні втрати військових лікарів австро-угорської армії за 1914 – 1917 рр.

Структура санітарних втрат	Кількість	
	n	%
Кількість мобілізованих лікарів	9163 чол.	100
З них: поранених	715	7,8
загиблих	614	6,7
зниклих безвісти	422	4,6
Всього	1751	19,1
померлих від інфекційних хвороб	420	4,5
Загальні втрати	2171 чол.	23,7

Висновки. Перемога у будь-якій війні неможлива без достатньо організованої професійної військово-медичної служби. Медичний досвід кожної військової кампанії потребує детального аналізу та вивчення для визначення найбільш

оптимальної військової медичної доктрини. Досвід військово-медичної служби однієї з воюючих сторін війни 100-річної давності не втратив своєї значимості і актуальності і в наше сьогодення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Волков С.В. Забытая война. — Режим доступу : <http://www.swolkov.org/publ/27.htm>.
2. Урланис Б.Ц. Войны и народонаселение Европы / Б.Ц. Урланис. — М.: Издательство социально-экономической литературы, 1960. — 565 с.
3. Ertl J. Remembering Janos Ertl, M.D. (1880-1951) / J. Ertl // Orv.Hetil. — 1997. — Vol.138 (40). — P. 2541—2542.
4. Mátyás Sándor, Pávai. A Máramaros-Ugocsa megyei 85-ik gyalogezred története 1914 — 1918 / Mátyás Sándor, Pávai. — Бр.: Stádium, 1941. — 848 p.

¹Yu.M. FATULA, ²D.S. PETNEHAZI

¹Uzhhorod National University, Faculty of Postgraduate Education and Preuniversity Training, ²Department of Surgical Sciences; Uzhhorod Central Clinical Hospital, Uzhhorod

EXPERIENCE MILITARY MEDICAL SERVICE AUSTRO-HUNGARIAN ARMY IN WORLD WAR I

On the basis of materials of little-known literature given the experience of medical service of the Austro-Hungarian army in the First World War. The structure injuries, infectious diseases, peculiarities of the military defeat of gases. In detail the stages of health care from the battlefield to the rear. Considered surgical tactics in the wounded in military hospitals. The data sanitary losses of the military medical service.

Key words: military medical service, Austro-Hungarian army, World War I

Стаття надійшла до редакції: 3.06.2014 р.