

дра анестезиологии и реаниматологии действуют в тесной связке; и, что наиболее ценно, через деятельность выдающихся личностей – военных врачей и ученых, чьи судьбы и профессиональный путь были неразрывно связаны с городом над Неманом. Выявленные параллели демонстрируют не просто сосуществование, а взаимное обогащение двух дисциплин: запросы военной медицины стимулировали развитие анестезиологии-реаниматологии, а достижения последней, в свою очередь, позволили вывести на новый уровень оказание помощи раненым в экстремальных условиях.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Игнатович, Ф. И. Гродненское научное общество ревнителй военно-санитарных знаний. К 100-летию со дня образования / Ф. И. Игнатович // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2012. – № 3. – С. 92–95.
2. В Гродно после масштабной реконструкции открылся военный госпиталь // БЕЛТА. – 2013. – URL: <https://belta.by/regions/view/v-grodno-posle-masshtabnoj-rekonstruktsii-otkrylsja-voennyj-gospital-68587-2013/> (дата обращения: 26.02.2026).
3. История кафедры госпитальной хирургии // Гродненский государственный медицинский университет. – URL: [http://www.grsmu.by/ru/university/structure/chairs/cafedry\\_3/history/](http://www.grsmu.by/ru/university/structure/chairs/cafedry_3/history/) (дата обращения: 26.02.2026).
4. История кафедры анестезиологии и реаниматологии // Гродненский государственный медицинский университет. – URL: [http://www.grsmu.by/ru/university/structure/chairs/cafedry\\_8/history/](http://www.grsmu.by/ru/university/structure/chairs/cafedry_8/history/) (дата обращения: 26.02.2026).
5. Пасько Владимир Григорьевич // ФГБУ «Клиническая больница № 1». – URL: <https://volynka.ru/Employees/Details/5126> (дата обращения: 26.02.2026).
6. Новые имена в проекте Гродненского областного профсоюза здравоохранения «Мой дед воювал...» // Гродненская областная организация Белорусского профсоюза работников здравоохранения. – 2025. – URL: [https://grodnoprofzdrav.by/ru/events/news/novye\\_imena\\_v\\_proekte\\_grodnenskogo\\_oblastnogo\\_profsoyuza\\_zdravoohraneniya\\_moj\\_ded\\_voeval\\_2.html](https://grodnoprofzdrav.by/ru/events/news/novye_imena_v_proekte_grodnenskogo_oblastnogo_profsoyuza_zdravoohraneniya_moj_ded_voeval_2.html) (дата обращения: 26.02.2026).
7. Храповицкая, К. А. Значение хирургического опыта Великой Отечественной войны для развития белорусской хирургии / К. А. Храповицкая // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2021. – Т. 14, № 3. – С. 172–174. – URL: <https://new.vestnik-surgery.com/index.php/2415-7805/article/view/6935> (дата обращения: 26.02.2026).

УДК: 656.087+656.2

**М. В. Коршук**

*Военно-медицинский институт в учреждении образования  
«Белорусский государственный медицинский университет»,  
г. Минск, Республика Беларусь*

#### ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНЫМ ТРАНСПОРТОМ

##### ***Введение***

Железнодорожный транспорт (далее – ЖДТ) на протяжении более полутора столетий остается незаменимым компонентом системы лечебно-эвакуационного обеспечения (далее – ЛЭО) как в военное, так и в мирное время при крупномасштабных катастрофах. Его ключевые преимущества – высокая провозная способность и скорость движения, независимость от погодных условий, возможность эвакуации большого числа тяжелораненых в лежачем положении с одновременным оказанием квалифицированной медицинской помощи в пути.

## ***Цель***

Изучить основные этапы развития медицинской эвакуации железнодорожным транспортом.

## ***Материал и методы исследования***

На основании доступной литературы, наукометрических баз данных, применяя поисковый метод исследования, проведен анализ использования железнодорожного транспорта для эвакуации раненых и больных.

## ***Результаты и их обсуждение***

В становлении развития медицинской эвакуации железнодорожным транспортом на наш взгляд можно выделить несколько этапов.

*Первый этап* – зарождение системы. Использование железных дорог для эвакуации раненых берет начало в XIX веке. Впервые железнодорожный транспорт для эвакуации раненых был использован в 1859 году во время австро-итало-французской войны, а первый военно-санитарный поезд создан в 1862 году по одним данным в Германии [1], по другим в США [2].

По указу императора Александр II от 1876 года полагалось сформировать 14 санитарных поездов, каждый из которых включал 17 трехосных или 12 четырехосных санитарных вагонов, 2 пассажирских вагона для персонала и 3 товарных вагона (кухня, кладовая и для грязного белья). Уже в мае 1877 года первый такой поезд отправился в путь.

Опыт Русско-турецкой войны (1877–1878) привел к разработке более рациональной схемы формирования военно-санитарных поездов (далее – ВСП) и изданию «Временного положения о военно-санитарных поездах». В Русско-японскую войну (1904–1905) продолжалось активное использование ВСП для эвакуации как в пределах театра военных действий, так и для перевозки в тыл.

Усовершенствование структуры ВСП произошло в период Первой мировой войны. Постоянные поезда делились на полевые (для коротких расстояний) и тыловые (для эвакуации в глубокий тыл). Для увеличения вместимости к поездам прицепляли дополнительные товарные вагоны, что позволяло перевозить до 550–600 человек. Опыт Первой мировой войны подтвердил, что железная дорога является основным средством эвакуации с фронта в глубокий тыл, однако выявил и проблемы децентрализации управления и недостаточной оснащенности.

*Второй этап* – апогей системности. Великая Отечественная война стала периодом максимального масштаба и отлаженной организации использования ЖДТ в ЛЭО. Уже 24 июня 1941 года нарком путей сообщения Л.М. Каганович приказал сформировать 288 ВСП (150 постоянных и 138 временных), выделив для этого 6 тысяч вагонов. Однако из-за больших потерь в начале войны количество поездов увеличилось: к декабрю 1941 года было сформировано 286 только постоянных ВСП, а общий парк ВСП в том числе временных ВСП достиг 424 составов.

За годы войны постоянные ВСП эвакуировали около 5 миллионов человек или более 93% всех эвакуированных в тыл.

Сформировалась четкая классификация:

1. Военно-санитарные поезда: специально построенные или переоборудованные поезда с операционно-перевозочными, процедурными, аптеками, штатным медперсоналом. Использовались для эвакуации тяжелых раненых на дальние расстояния. Имели возможность оказывать первую врачебную с элементами квалифицированной помощи в пути. Каждый состав имел свой номер и по факту представлял собой военную медицинскую часть.

Существовали постоянные ВСП (далее – ПВСП) состоящие из 17–18 вагонов и предназначались для эвакуации раненых от госпитальных баз армий в госпитальные

базы фронтовых и внутренних районов, а также временные ВСП (ВВСП) состоящие из 9 постоянных оборудованных вагонов и до 41 переменных вагонов из товарного поезда, которые использовались для эвакуации раненых от прифронтовых станций до госпитальных баз армий.

2. Санитарные летучки (далее – СЛ): формировались из приспособленных товарных или пассажирских вагонов на фронтовых узлах. Имели упрощенное оснащение и использовались для эвакуации преимущественно легко раненых от головных армейских госпиталей, до госпитальных баз армии. В них оказывалась только первая медицинская помощь и уход [3].

Сложились определенные организационные принципы использования ЖДТ в медицинской эвакуации:

1. Плановость: медицинская эвакуация осуществлялась по заранее разработанным планам, согласованным с военно-санитарной службой и начальниками железных дорог.

2. Эшелонирование: медицинская эвакуация проводилась поэтапно (ВСЛ – ВВСП – ПВСП).

3. Специализация: наличие профилированных поездов (для челюстно-лицевых раненых, нейрохирургических и т. д.).

4. Принцип «сквозной эвакуации»: раненый, погруженный в поезд, следовал до места назначения без перегруппировок, получая помощь в пути.

Эта система доказала свою высочайшую эффективность и стала классической моделью для последующих поколений.

К концу 1944 года, с началом освобождения Европы, возникли новые трудности: железные дороги в Восточной Европе имели другую ширину колеи и подвижной состав, что осложняло эвакуацию раненых. Тем не менее, санитарные поезда продолжали выполнять свою миссию, спасая жизни тысяч солдат.

Третий этап – адаптация к локальным конфликтам. Опыт чеченских кампаний (1990-е – нач. 2000-х) потребовал адаптации к локальным конфликтам, характеризовавшимся ограниченным пространственным размахом, но высокой интенсивностью боевых действий. Применение ЖДТ имело специфические черты:

Сокращение расстояний: основная магистраль – направление на Грозный и далее. Эвакуация шла не в глубокий тыл страны, а преимущественно в госпитальную базу Северо-Кавказского военного округа (Ростов-на-Дону, Ставрополь, Владикавказ и др.).

Использование стандартных санитарных вагонов: массового развертывания ВСП не требовалось. Активно использовались отдельные санитарные вагоны, включаемые в состав обычных пассажирских или даже грузовых поездов для эвакуации с последующей перегрузкой на аэродромах или автомобильный транспорт.

Логистические сложности: работа в зоне нестабильности, угрозы диверсий и обстрелов путей требовала тесного взаимодействия с войсками обеспечения и повышенных мер безопасности. Ключевую роль играла стабильная работа железнодорожного узла в Моздоке.

Оказание помощи в пути: акцент делался на реанимационно-анестезиологическом сопровождении и интенсивной терапии для стабилизации состояния раненых перед дальнейшей авиаэвакуацией.

Таким образом, опыт чеченских кампаний показал гибкость системы ЛЭО, способность адаптировать классические принципы к условиям локальной войны, комбинируя ЖДТ с авиационным и автомобильным транспортом.

Четвертый этап – современные вызовы и решения. Опыт специальной военной операции (далее – СВО).

Специальная военная операция, характеризующаяся большой протяженностью линии соприкосновения, масштабным применением артиллерии и беспилотных лета-

тельных аппаратов (далее – БПЛА), а также противостоянием с технически оснащенным противником, предъявила новые требования к организации медицинской эвакуации и роли ЖДТ. В первые годы СВО преобладала санитарно-авиационная эвакуация, но после инцидента, когда в январе 2024 г. был сбит ИЛ-76 Воздушно-космических сил России, доставлявший в Белгород военнопленных вооруженных сил Украины, показатели санитарно-авиационной эвакуации начали снижаться ввиду опасности поражения самолетов подвижными комплексами противовоздушной обороны (далее – ПВО) противника. Основной поток раненых и больных был перенаправлен на железнодорожный транспорт [5], применение которого потребовало решения ряда проблем:

1. Воссоздание системного подхода: потребовалось в кратчайшие сроки возродить систему массовой этапной эвакуации, аналогичную по масштабам, но не по форме, системе времен Великой Отечественной войны (далее – ВОВ). Было развернуто значительное количество современных санитарных поездов и вагонов. На данный момент используются как ВСП, так и ВСЛ [5].

2. Модернизация подвижного состава: применяются современные мобильные госпитальные комплексы на железнодорожном ходу, представляющие собой вагоны с операционными, реанимационными, диагностическими модулями (компьютерная томография, рентген). Они могут развертываться на запасных путях вблизи фронта, выполняя роль передового хирургического госпиталя, либо использоваться для безопасной эвакуации.

3. Повышенные требования к защите и живучести: угроза ударов БПЛА и артиллерии по железнодорожной инфраструктуре и подвижному составу требует:

- маскировки и рассредоточения;
- организации круговой обороны и ПВО на погрузочных пунктах;
- создания дублирующих маршрутов и быстрого восстановления путей;
- интеграция в единое информационное пространство: СП оснащаются системами связи и навигации, что позволяет отслеживать маршрут, контролировать состояние раненых (телемедицина) и оперативно перенаправлять поезд в зависимости от загруженности госпитальной базы тыла.

4. Специализация под современную патологию: акцент на эвакуацию раненых с тяжелыми сочетанными травмами, требующими непрерывного проведения интенсивной терапии и искусственной вентиляции легких в пути.

5. Ключевая проблема – доставка раненых с позиций до железнодорожных погрузочных пунктов (эвакуационных рейсов), которая осуществляется бронированным автомобильным и специальным санитарным транспортом в условиях активных боевых действий.

### ***Выводы***

Железнодорожный транспорт за полтора века прошел несколько этапов развития и до сих пор сохраняет стратегическое значение в системе ЛЭО, эволюционируя от массовой этапной эвакуации по образцу ВОВ к гибким, высокотехнологичным и защищенным комплексам. Исторический опыт демонстрирует неизменность ключевых принципов: плановости, специализации, обеспечения квалифицированной помощи в пути. Современные конфликты, в том числе СВО, подчеркивают необходимость интеграции ЖДТ в единую систему медицинской эвакуации (совместно с авиацией), его защищенности от высокоточных средств поражения и оснащенности передовым медицинским оборудованием. ЖДТ приобретая новые качества, продолжает оставаться жизненно важным элементом для сохранения жизни и здоровья личного состава.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Поленок, Н. С. Становление эвакуации железнодорожным транспортом / Н. С. Поленок // Материалы итоговой конференции Военно-научного общества курсантов, студентов и слушателей Военно-меди-

цинской академии имени С.М. Кирова : Материалы конференции, Санкт-Петербург, 16 апреля 2025 года. – СПб. : Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, 2025. – С. 176–180.

2. Эшелоны с того света. Первые военно-санитарные поезда в России в русско-турецкой войне 1877–1878 гг. URL.: <https://vgudok.com/light/eshelony-s-togo-sveta-pervye-voenno-sanitarnye-poezda-v-rossii-v-russko-tureckoy-voyne-1877> (дата обращения: 12.02.2026).

3. Руководство по организации и работе военно-санитарных поездов : приказ по Главному военно-санитарному управлению Красной Армии от 28 мая 1942 г. № 190а.

4. Крушение Ил-76 с украинскими пленными. Что известно к этому часу? – URL.: <https://belta.by/world/view/krushenie-il-76-s-ukrainskimi-plennymi-chto-izvestno-k-etomu-chasu-611466-2024/> (дата обращения: 13.02.2026).

5. Куприянов, С. А. Опыт организации медицинской эвакуации за пределы театра военных действий в специальной военной операции / С. А. Куприянов, М. И. Львович // Информационный бюллетень / под общ. ред. Д. В. Тришкина. – М. : ГВМУ МО РФ, 2025. – С. 23–29.

**УДК 069.51:61:355»1941/1945»**

**С. М. Лебедев**

*Учреждение образования  
«Белорусский государственный медицинский университет»,  
г. Минск, Республика Беларусь*

## **РЕТРАНСЛЯЦИЯ ПАМЯТИ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ НА ФРОНТЕ И В ТЫЛУ**

### ***Введение***

В годы Великой Отечественной войны (далее – ВОВ) советские медики внесли значительный вклад в дело победы нашего народа над фашистской Германией. На протяжении войны сотрудники медицинской службы организовывали и проводили мероприятия по соблюдению санитарных норм и правил, предупреждению возникновения эпидемий в войсках и среди населения. Благодаря их профессионализму, мужеству и отваге была оказана медицинская помощь большому числу раненых и больных. В 1941–1945 годах через госпитали прошло более 22 млн человек. Из них около 17 млн были возвращены в строй [1].

В настоящее время одним из направлений деятельности по увековечиванию памяти о медицинских работниках, которые следовали традициям милосердия и человеколюбия, самоотверженности и стойкости является создание и бережное сохранение экспонатов, составляющих основу музейных коллекций, посвященных исторической памяти о ВОВ.

### ***Цель***

Представить отдельные музейные экспонаты и обосновать теоретические позиции в ретрансляции памяти подвига военных медиков в годы ВОВ.

### ***Материалы и методы исследования***

Использованы методы контент-анализа в контексте исторического подхода при рассмотрении отдельных музейных экспонатов, чья история связана с ВОВ.

### ***Результаты и их обсуждение***

Известно, что в условиях военного времени значительное влияние на снижение боеспособности войск оказывают инфекционные заболевания. Поэтому в начале войны перед медицинской службой была поставлена задача: разработать медицинский препарат для однократного применения и защиты одновременно от нескольких заболеваний. Так, в 1941 году была создана «поливакцина НИИСИ» против семи инфекций: брюшного тифа, паратифов А и В, дизентерии Шига и Флекснер, холеры, столбняка (рисунок 1).