

отношения в детстве с родителем противоположного пола (Эдипов комплекс). Но Хорни считает, что ребенок испытывает не сексуальную, а психологическую любовь - привязанность к родителю. Именно эти отношения в дальнейшем и будут определять, какая потребность в любви будет у ребенка: здоровая или невротическая. Разница между невротической потребностью и нормальной в том, что для здорового взрослого индивида важно быть принимаемым, любимым, ценным теми людьми, которых он ценит сам, или от которых он зависит. Невротическая потребность в любви навязчива и неразборчива, болезненна. Именно выражение ненасытности невротической потребности — это потребность в безусловной любви. Проявление невротической потребности в любви — это чрезвычайная чувствительность к отвержению, которая так часто встречается у истерических личностей[5].

#### **Выводы**

По нашему мнению, каждый из авторов рассмотренных теорий психоанализа внес существенный вклад в познание любви, как неотъемлемой части человеческой сущности. Это позволяет более широко увидеть природу любви, рассмотреть ее с разных ракурсов и аспектов, более глубоко осознать множественные сложные процессы на разных этапах развития, происходящих как с каждым отдельным человеком, так и человечеством в целом. Возможно, более глубокое научное понимание природы любви, позволит человечеству управлять количеством и качеством любви.

#### **Список литературы:**

1. Адлер А. Воспитание детей. Взаимодействие полов / Адлер, Альфред, - М.:Феникс, 2011. – 321с.
2. Райх В. Анализ характера /Райх, Вильгельм: Пер. с англ. Е. Поле. - М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. – 528 с.
3. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции / Фрейд, Зигмунд. - М.: Наука, 2015. - 456 с.

УДК 614/94(47)

**Кибирев И. А., Шапошников Г. Н.**  
**НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЭВАКУАЦИИ РАНЕНЫХ И БОЛЬНЫХ  
РУССКИХ ВОИНОВ В ПЕРИОД КРЫМСКОЙ ВОЙНЫ (1853-1856)**

Кафедра истории и экономики и правоведения УГМУ  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Kibirev I. A. Shaposhnikov G. N.**  
**SOME ISSUES OF EVACUATION AND SICK AND WOUNDED RUSSIAN  
FEDERATIONN SOLDIERS DURING THE CRIMEAN WAR (1853-1856)**

Department of history, economics and law  
Ural state medical university

E-mail: [history@usma.ru](mailto:history@usma.ru)

**Аннотация.** В статье описаны некоторые проблемы оказания первичной хирургической помощи и эвакуации, с которыми столкнулись русские медики в период Крымской войны. Отмечается переходный период отечественно военной медицины, социальный характер оказания медицинской помощи. Среди достижений выделена лучшая организация эвакуации в сравнении с наполеоновской эпохой.

**Annotation.** The article describes some problems of primary surgical care and evacuation faced by Russian Federationn doctors during the Crimean war. The transitional period of the national military medicine and the social nature of medical care are noted. Among the achievements highlighted the best organization of evacuation in comparison with the Napoleonic era.

**Ключевые слова:** Крымская война, эвакуация, первичная хирургическая помощь, социальный подход в оказании медицинской помощи.

**Key words:** Crimean war, evacuation, primary surgical care, social approach to medical care.

### **Введение**

Актуальность изучения темы определяется тем, что в Крымской войне ярко проявилась переходная стадия развития военно-полевой хирургии от наполеоновской эпохи к практикам военно-полевой хирургии общества индустриального. Эти тенденции прежде всего формировались в системе первичной хирургической обработке ран на поле боя и эвакуации раненых и больных воинов. Развитие методов врачевания этой войны, а также медицинской науки середины XIX века в целом, позволило совершить в эту эпоху важнейшие открытия в области медицины, которые применяются и по сей день очень активно.

**Цель исследования** – раскрыть некоторые аспекты инноваций хирургической обработки ран и влияние Крымской войны на совершенствование эвакуации.

### **Материалы и методы исследования**

Исследование базируется на материалах электронных носителей и идеографическом методе, который позволяет достаточно полно описать новации военно-полевой хирургии, и статистическом методе, который позволяет раскрыть количественные масштабы ранений и эвакуации.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

История военно-полевой хирургии делится на два больших этапа: доасептический и асептический. В аграрных обществах установки и практика лечения раненых на войне не отличались от правил лечения ран в мирное время. Военно-полевая хирургия, как самостоятельная отрасль оказания медицинской помощи, начинает развиваться с XVII века, когда французский

военный хирург Анри Ледран (1685–1770) применил первую относительно эффективную практику первичной обработки ранений, которую он назвал "debridement" (рассечение-иссечение раны) [2]. Наполеоновская эпоха способствовала развитию хирургической помощи, что проявилось в деятельности Д. Ж. Ларрея. Активная хирургическая тактика лечения огнестрельных ран нашла поддержку хирургов многих стран.

Русская хирургия во первой половине XIX века значительно продвинулась в изучении строения и лечения огнестрельной раны. Особенно весомый вклад в учение об огнестрельной ране внесли профессора Императорской Медико-хирургической (позже Военно-медицинской) академии И. Ф. Буш, Я. В. Виллие, П. А. Дубовицкий. Тем не менее, летальность среди раненых после ампутации конечностей продолжала оставаться высокой и достигала 80–90% [3]. Это тенденция, к сожалению, проявилась и в ходе Крымской войны.

Крымская война выявила серьёзные недостатки организации медицинской помощи на поле боя, кроме того огромные потери принесли и инфекционные заболевания. Статистические данные показывают, что безвозвратные и санитарные потери в армии России в наполеоновскую эпоху и в Крымской войне практически не различались: в период войны 1812 года санитарные потери составили около 25% от состава действующей армии, то в Крымскую войну 23,3% [1]. Командование не предавало большое значение оказанию медицинской помощи раненым, списывая их гибель на тяготы войны. Процедура оказания первой помощи на батареях и бастионах и доставки потерпевших на перевязочные пункты был регламентирован указом главнокомандующего Севастопольского гарнизона от 29 ноября (11 декабря) 1854 г. Были назначены особые лица для наблюдения за порядком при оказании помощи раненым на батареях. На четырех пунктах сбора раненых в районе частей резерва, обозначавшихся красными флагами, должны были постоянно находиться по врачу и по два фельдшера от соответствующего полка (экипажа). Таким образом, уже после битвы при Альме в госпиталях Крыма, находилось немалое количество солдат с ранениями различной степени тяжести. Для этого количества не было предусмотрено ни помещения, ни коек; не было и достаточного количества медицинских работников. В начале осады Севастополя 1 врач приходился на 300 человек раненых и более. В это время было проведено морякам 409 хирургических операций, в сухопутной армии за это же время – 4 462, но этого было явно недостаточно, к сожалению, многие раненые не получили никакой помощи. Основными принципами в оказании хирургической помощи и лечении солдат являлись исследование раны посредством пальца хирурга и зонда, с целью обнаружения и последующего извлечения инородных тел, широкое рассечение раны, первичная ампутация при осложненных огнестрельных переломах. Для очистки ран, прижигание, дезодорации зловонного раневого отделяемого эмпирически применялось значительное число антисептических препаратов (спирт, йодная настойка, смолы, деготь и т.п.); для перевязок - холщовые бинты и корпия, изготовленная

из хлопчатобумажной ветоши (заготовливались комиссарским департаментом). Летальность раненых в лечебных учреждениях была весьма высокой вследствие раневых осложнений (газовая гангрена, пиемия, сепсис) и внутригоспитальной инфекции. Таким образом, первые месяцы войны показали необходимость серьезной реорганизации хирургической помощи. Особенно это касалось эвакуации.

Помимо обработки раненых на поле была важнейшей проблемой оставалась эвакуация раненых и больных, тем не менее, она была организована несколько лучше, чем хирургическая помощь на поле боя. Транспортировка раненых из Севастополя в Николаев производилась транспортными, преимущественно крытыми фургонами в количестве 60 – 130 и более подвод, нанимаемых у частных лиц через подрядчиков. Каждый, транспорт сопровождали офицер или штурман как начальник транспорта, морской врач с 2 – 3 фельдшерами и лазаретными служителями. Они имели походную аптечку. На обеспечение транспортируемых больных, покупку в пути необходимой провизии и медикаментов начальнику транспорта выдавались деньги до 1 руб. серебром на 1 раненого. В Симферополе и на Перекопе раненые снабжались хлебом, остальные продукты брались с собой. Весь переход продолжался 5 – 6 дней (400 верст), причем предусматривались остановки в дороге (ночлег, питание раненых, исправление повязок и пр.). Так, в ноябре 1854 г. было отправлено 32 транспорта, перевезших около 6000 раненых и больных. В дороге скончалось 110 чел. (2%). Эффективность медицинской помощи определялась квалификацией врачей [4].

По воспоминанию современников, в морском госпиталях квалификация медицинского персонала была достаточно высокой. В ходе войны в Севастополь были направлены лучшие медицинские кадры России, что в значительной степени улучшило ситуацию и в армейских госпиталях. Таковые стали располагаться в ближнем тылу. Статистика исходов произведенных операций, по свидетельству Х.Я. Гюббенета, «не так неблагоприятна, как статистика операций, сделанных после прибытия Н.И. Пирогова и Х.Я. Гюббенета в Севастополь».

### **Выводы**

Вышеизложенный материал показывает, что в первые месяцы войны медицинская помощь в России не на много отличалась от практики эпохи наполеоновских войн. Большие санитарные и безвозвратные потери вынудили власть повысить уровень медицинского обеспечения. В первую очередь это коснулось вопросов эвакуации. К сожалению, снабжение и уровень оказания медицинской помощи не позволял организовать полноценной помощи нижним чинам армии и флота. Крымская война выявила серьезную необходимость дальнейшего совершенствования всей военно-медицинской службы России.

### **Список литературы:**

1. Верховодко К.В. Винокуров Д.С. Устинов А.Л. Крымская война и ее влияние на развитие хирургии. //Сборник статей III международной Научно-

*IV Международная (74 Всероссийская) научно-практическая конференция  
«Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения»*

практической конференции молодых учёных и студентов «Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения»: т.1, 3-5 апреля 2018. – Екатеринбург: Изд-во УГМУ, С. 801.

2. Гуманенко Е.К. Военно-полевая хирургия // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://medbe.ru/materials/obshchie-voprosy-vpkh/istoricheskiy-osherk-razvitiya-voenno-polevoy-kirurgii/> © medbe (дата обращения: 05.11.2018).

3. Рубина О. Наполеоновская эпоха. Полевая хирургия и военная медицина в 1812 году // Международный школьный научный вестник. – 2017. – № 3-2. – С. 345-349.

4. Эвакуация раненных моряков и оказание медицинской помощи флотскими врачами во время осады Севастополя. 1854-1855 гг. // Информационно-тематический портал «Обозник» // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <http://www.oboznik.ru/?p=34416> (дата обращения: 05.11.2018).

УДК 616-00

**Киселева К.Е., Ткачева Е.В., Бочкарев П.Ю., Герасимов А.А.  
ПРИМЕНЕНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В ОТДЕЛЕНИИ  
ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ИЛИ РЕАНИМАЦИОННО-  
АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ**

Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Kiseleva K.E., Tkacheva E.V., Bochkarev P.Y., Gerasimov A.A.  
THE USE OF TELEMEDICINE IN THE ICU OR THE  
RESUSCITATION AND ANESTHESIA DEPARTMENT**

Department of dermatology and venereology and safety  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: [evg\\_tkacheva@mail.ru](mailto:evg_tkacheva@mail.ru)

**Аннотация.** В статье рассмотрены особенности применения телемедицины в отделении интенсивной терапии или реанимационно-анестезиологическом отделении.

**Annotation.** The article describes the features of telemedicine application in the intensive care unit or intensive care and anesthesiology Department.

**Ключевые слова:** телемедицина, интенсивная терапия, реанимационно-анестезиологическое отделение.

**Key words:** telemedicine, intensive care, intensive care unit.