

Ю. А. Соколов¹, О. С. Ишутин², В. Г. Богдан¹, Д. В. Николаев¹

**МЕДИЦИНСКАЯ СОРТИРОВКА: ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ ПОДХОДЫ
К СОРТИРОВКЕ РАНЕННЫХ И ПОРАЖЕННЫХ
В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 1941–1945 гг.**

Сообщение 3

*Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный
медицинский университет», г. Минск¹,
УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск²*

В статье приведены исторические сведения об особенностях сортировки раненых в период Великой Отечественной войны, а также в ранний послевоенный период.

Ключевые слова: сортировка, раненый, санитарные потери.

Yu. A. Sokolov, O. S. Ischutin, V. G. Bogdan, D. V. Nikolaev

**TRIGE: DOMESTIC APPROACHES TO MEDICAL SORTING OF WOUNDED
AND DISEASED MILITARY PERSONNEL IN THE PERIOD
OF THE GREAT PATRIOTIC WAR 1941–1945**

Article 3

The article presents historical information about the features of sorting the wounded soldiers during the Great Patriotic war, as well as in the early postwar period.

Key words: triage, wounded person, sanitary losses.

Дальнейшее развитие учения о медицинской сортировке пораженных происходит непосредственно в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. (ВОВ)¹. Приобретенный санитарной службой Красной Армии опыт медицинского обеспечения боевых действий войск в ходе локальных военных конфликтов на озере Хасан (29.07. – 11.08.1938 г.), реке Халхин-Гол (11.05–16.09.1939 г.) и в период советско-финляндского военного конфликта (30.11.1939–13.03.1940 гг.) подтвердил исключительно важное значение четкой организации медицинской сортировки как основного компонента планомерной работы по оказанию медицинской помощи, лечению и эвакуации раненых и больных [5; 12].

На начальном этапе ВОВ организационные основы медицинской сортировки, предложенные профессором Б. К. Леонардовым еще в начале тридцатых годов, в целом удовлетворяли нуждам санитарной службы Красной Армии. Борис Константинович ввел понятие «пунктовой» и «эвакуа-

ционной или транспортной» сортировки, обосновал порядок медицинской сортировки в различных функциональных подразделениях этапов медицинской эвакуации (ЭМЭ), определил роль медицинской сортировки в обеспечении эвакуации раненых и больных по назначению [5; 6].

Он раскрыл сущность медицинской сортировки как «групповой диагностики». «Насколько важен индивидуальный диагноз для лечения конкретного больного, – говорил Б. К. Леонардов, – настолько недостаточен этот критерий для «классификации» массы раненых и больных, нуждающихся в самой различной помощи». Между тем на войне санитарной службе приходится иметь дело с «массой раненых и больных». В этих условиях «правильно организовать подачу медицинской помощи можно лишь в том случае, если в основу положить не индивидуальную, а групповую диагностику». В свою очередь, это возможно при условии, когда контингенты раненых и больных классифицированы не по описательным или причинным признакам, а по нуждаемости в тех

¹ Продолжение. Начало в Сообщении № 1 и Сообщении № 2: Богдан В. Г. Медицинская сортировка: исторический аспект развития. Сообщение 1 / В. Г. Богдан, О. С. Ишутин, Ю. А. Соколов, Д. В. Николаев // Военная медицина. – 2018. – № 2. – С. 2–6.; Соколов Ю. А. Медицинская сортировка: особенности становления и развития отечественной и западной систем. Сообщение 2 / Ю. А. Соколов, В. Г. Богдан, Д. В. Николаев // Военная медицина. – 2018. – № 3. – С. 3–7.

или иных мероприятиях, т. е. не по индивидуальным, а по групповым признакам [5].

Однако, принципиально слабым местом в деятельности санитарной службы войсковых формирований стало забвение предложений, выдвинутых Н. И. Пироговым, о необходимости выделения для поступающих раненых специальных «складочных мест», прототипов сортировочного пункта. Таким образом, идея проводить всю пунктовую сортировку на распределительном посту оказалась несостоятельной [5; 13]. Также следует отметить, недостаточную проработку принципов эвакуационной сортировки, которая, по сути, сводилась к распределению раненых лишь по способу и очередности эвакуации [2; 5; 18].

Во многом вышеуказанное обстоятельство было обусловлено тем, что в программах подготовки врачей в курсе военно-полевой хирургии вопросам медицинской сортировки было выделено недостаточное количество часов [18].

Таким образом, еще в период советско-финляндской войны 1939–1940 гг. назрела необходимость разворачивать емкие приемно-сортировочные отделения ЭМЭ [5].

Дальнейшее совершенствование организации медицинского обеспечения боевых действий войск значительно обогатило учение о медицинской сортировке. В этом велика заслуга как врачей-организаторов санитарной службы (Е. И. Смирнова, Н. И. Завалишина, А. Н. Григорьева), так и военно-полевых хирургов (М. Н. Ахутина, С. И. Банайтиса, Ф. Ф. Березкина, М. М. Дитерихса, П. А. Куприянова и др.) [15–17; 20]. Так, например, А. Н. Григорьев отметил необходимость сортировки раненых, начиная с поля боя [5]. Н. И. Завалишин разработал основы медицинской сортировки в головном отделении полевого эвакуационного пункта [7]. Большую ценность имели рекомендации профессоров П. А. Куприянова, С. И. Банайтиса и М. Н. Ахутина о проведении медицинской сортировки на полковых и дивизионных медицинских пунктах, основанные на обобщении опыта медицинского обеспечения боевых действий войск вовремя так называемых довоенных локальных военных конфликтах конца тридцатых годов [1; 2; 8; 9; 15–17].

Целесообразность большинства их предложений была подтверждена в период ВОВ, когда учение о медицинской сортировке получило дальнейшее развитие и стало одной из основ всей системы лечебно-эвакуационных мероприятий.

Практика медицинской сортировки вытекала из положений единой полевой военно-медицинской доктрины и обеспечивала успешное осуществление этапного лечения с эвакуацией по назначению. По терминологии, предложенной Е. И. Смирновым в 1942 г., – «единая военно-полевая медицинская доктрина» – совокупность научно обоснованных принципов, определяющих систему и методы медицинского обеспечения в вооруженных силах в конкретных исторических условиях [16; 17]. Подчеркивая определяющую роль медицинской сортировки, Е. И. Смирнов и С. С. Гирголав писали: «В нашем военно-санитарном деле блеска нет, но если на каждом этапе данного района нет сутолоки, очередность хирургических вмешательств определяется не стонами и жалобами раненых, а тяжестью повреждений и фактическими возможностями данного этапа и в данное время, если в операционной и перевязочной идет спокойная и напряженная работа, если прием и отправление раненых проходят организованно, то можно быть уверенным, что три четверти раненых уже в ближайшие 2–6 месяцев вернутся в строй» [16].

В годы ВОВ медицинская сортировка, являвшаяся неотъемлемой частью работы всех медицинских частей и учреждений, оформилась организационно: были созданы штатные сортировочно-эвакуационные госпитали (СЭГ) и определено их место в системе лечебно-эвакуационного обеспечения, на дивизионных медицинских пунктах и в госпиталях разворачивались отдельные приемно-сортировочные отделения для тяжело- и легко раненых, а также для больных; практиковалось размещение в эвакуационных отделениях ЭМЭ раненых и больных по однородным группам в качестве меры, обеспечивавшей более четкую эвакуацию по назначению и т. д. [3; 5; 8; 12; 16–19].

Согласно инструкции П. А. Куприянова «О распределении ранений по степени срочности», все раненые разделялись на три категории: экстренной срочности (вне всякой очереди), первой срочности и второй срочности [9].

По мере накопления практического опыта принятия сортировочного решения указанная выше инструкция совершенствовалась. Так, М. А. Цукерман, наряду с детализацией таблицы П. А. Куприянова (перенос «подозрительных на анаэробную инфекцию» в раздел экстренной срочности, ранений бедра и голени с повреждением костей в раздел первой срочности и т. д.),

предложил помимо цветовой марочной индикации раненых, в зависимости от степени экстренности состояния, разделять потоки территориально, направляя их в различные помещения, а также дублировать сортировочное решение для раненых экстренной срочности красной повязкой на рукаве: «...Таким образом, не марка определяла степень срочности оказания помощи, а помещение раненого в соответствующий отсек экстренной, первой или второй срочности. Однако марки мы сохранили, так как они, с одной стороны, помогали уточнить степень срочности оперативного вмешательства, а, с другой, – указывали, где должно быть произведено вмешательство (операционная, перевязочная)...» [18].

При массовом поступлении раненых была обозначена необходимость предварительного распределения раненых по подразделениям приемно-сортировочного отделения. Эту функцию выполнял санитарный инструктор или опытный санитар на сортировочном посту, развертывавшемся у въезда на площадку этапа медицинской эвакуации. Изначально раненые распределялись на два потока, в зависимости от тяжести состояния – на легкораненых и тяжелораненых. Также, по возможности, выделялся поток нуждающихся в изоляции [5; 8–10].

Накопленный опыт по медицинской сортировке раненых в период ВОВ позволил опровергнуть существовавшее ранее предположение о приоритетной роли эвакуационного отделения в проведении эвакуационной (позже – эвакуационно-транспортной) медицинской сортировки. Поменялось место и время установления показаний к дальнейшей эвакуации раненых и сортировка по эвакуационному признаку начала проводиться в процессе оказания медицинской помощи раненым и больным в операционной, перевязочной и других подразделениях ЭМЭ. В дальнейшем с целью повышения точности эвакуационного предназначения раненых по специализированным лечебным учреждениям, после эвакуационно-транспортной медицинской сортировки, проведенной на нижестоящих ЭМЭ, по прибытию в госпитальную базу раненые направлялись в специальные сортировочно-эвакуационные госпитали, а также медицинские распределительные посты, которые развертывались на путях эвакуации перед группой специализированных медицинских учреждений госпитальной базы армии [5; 8; 16].

В период ВОВ в основу пунктовой медицинской сортировки был положено установление доминирующего (наиболее опасного) ранения (заболевания). Этот же критерий служил основополагающим при принятии решения на медицинскую эвакуацию. Стремление подчеркнуть исключительную важность правильной и своевременной диагностики боевых поражений и заболеваний привело к тому, что все мероприятия по внутрипунктовой и эвакуационно-транспортной медицинской сортировке были условно выделены в отдельный раздел – диагностическая сортировка. Одновременно с диагностикой осуществлялись не менее важные мероприятия по прогнозированию течения и исхода ранения (заболевания): место окончательного лечения раненого, ориентировочные сроки лечения, категория годности военнослужащего при определенном врачебном исходе, перспективы возвращения его в строй. В связи с вышесказанным, было выделено еще одно относительно обособленное направление медицинской сортировки – прогностическая сортировка [5; 8].

Таким образом, к окончанию ВОВ стали различать 4 вида медицинской сортировки:

1) *внутрипунктовую сортировку*, основной задачей которой являлось выделение из всего потока раненых, поступающих на ЭМЭ лиц, нуждающихся в изоляции и распределение остального потока на группы в соответствии с тяжестью и характером ранения или заболевания и последующего направления в соответствующее функциональное подразделение данного ЭМЭ;

2) *диагностическую сортировку*, имеющую цель установить срочность, характер, объем и очередность медицинской помощи на основе установленного доминирующего ранения или заболевания;

3) *прогностическую сортировку*, предусматривающую распределение раненых и больных на группы, исходя из вероятных исходов поражения (заболевания) и ориентировочной продолжительности лечения;

4) *эвакуационно-транспортную сортировку*, цель которой заключалась в определении места эвакуации раненого (больного) для дальнейшего оказания медицинской помощи и лечения, вида транспортного средства, очередности и порядка сортировки [5]. Впоследствии от вышеуказанной классификации пришлось отказаться, т. к. такое искусственное разграничение задач медицин-

ской сортировки не могло не сказаться отрицательно на ее конечных результатах. Кроме того, вышеупомянутая классификация не имела под собой должных теоретических обоснований, поскольку в ней смешивались цели сортировки и пути их достижения [6]. К окончанию ВОВ концепция медицинской сортировки основывалась на необходимости обязательного прохождения пораженных в бою и больных через определенные функциональные подразделения при поступлении на ЭМЭ. Даже в отношении группы раненых, не нуждающихся в оказании помощи на данном этапе, предусматривалось их временное пребывание в двух функциональных подразделениях – приемно-сортировочном и эвакуационном отделениях. Такой порядок поступления пораженных в бою и больных на ЭМЭ подразумевал четкое разграничение двух основных видов медицинской сортировки: при поступлении на этап всем раненым проводилась внутрисекторная сортировка, затем по мере их распределения и оказания медицинской помощи в функциональных подразделениях этапа, а также по результатам осмотра врача в приемно-сортировочном отделении осуществлялась эвакуационно-транспортная медицинская сортировка [5; 16].

Проанализировав установленный порядок проведения медицинской сортировки на ЭМЭ, А. С. Георгиевский пришел к выводу, что при условии массового поступления раненых и поражен-

ных невозможно будет обеспечить планомерную работу медицинских учреждений по оказанию им необходимой медицинской. При этом он считал, что в условиях, когда значительная часть раненых не направляется в различные функциональные подразделения ЭМЭ, последовательное проведение внутрисекторной и эвакуационно-транспортной медицинской сортировки невозможно, и, в связи с этим, оба направления сортировочного решения должны реализовываться одновременно при поступлении раненых [5] (рисунок).

Основная задача на сортировочном посту сводится к выделению потока раненых, представляющих опасность для окружающих, а также тех, которые сразу могут быть отправлены на последующие ЭМЭ [5; 10]. При этом практическая реализация этой задачи возможна только за счет усиления сортировочного поста опытным врачом с составом. После выделения группы раненых и больных, нуждающихся в санитарной обработке и изоляции, все остальные раненые и больные поступают в приемно-сортировочное отделение. При этом для обеспечения эффективной работы данного функционального подразделения, на сортировочном посту ЭМЭ, оказывающих квалифицированную медицинскую помощь, целесообразно предварительное распределение раненых и больных по подразделениям приемно-сортировочного отделения путем выделения трех групп: легкораненых, раненых средней тяжести



Рисунок. Схема медицинской сортировки по А. С. Георгиевскому (с изм.)

и тяжелораненых [5; 6; 8]. Вместе с тем, подобная группировка носит вспомогательный характер, т. к. она еще не определяет конкретных действий в отношении оказания медицинской помощи и эвакуации [10].

Второй этап сортировки реализуется в приемно-сортировочном отделении и предусматривает распределение потока раненых и больных на 5 групп. Первую группу составляют пораженные в бою и больные, подлежащие дальнейшей эвакуации. В нее включаются раненые и больные, помощь которым может быть отсрочена, а также не нуждающиеся в медицинской помощи на данном ЭМЭ, а также, на этапах оказания специализированной медицинской помощи, т. н. «непрофильные» – раненые и больные, характер поражения или заболевания у которых не соответствует профилю данного лечебного учреждения [5].

Некоторые авторы отмечают, что довольно часто приходилось менять установленный порядок эвакуации раненых и пораженных, что диктовало настоятельную необходимость выработки таких принципов медицинской сортировки, которые исключали бы «пересортировку». Приведенному выше условию в определенной степени соответствовало распределение раненых и пораженных по эвакуационному признаку на 3 группы: нуждающиеся в эвакуации в первую очередь – пораженные в бою и больные, требующие неотложной квалифицированной медицинской помощи, подлежащие эвакуации во вторую очередь – тяжелопораженные и пораженные средней степени тяжести, не нуждающиеся в неотложной квалифицированной медицинской помощи, и подлежащие эвакуации в третью очередь – легкопораженные [5; 10; 18].

Наиболее сложной задачей сортировочного поста считалась медицинская сортировка при т. н. «транзитной» эвакуации. В этом случае на сортировочном посту работали врач, 2 фельдшера (санитарных инструктора), 2–3 звена санитарноносильщиков. При прибытии автомобиля с ранеными врач быстро распределял их на три группы: нуждающихся в неотложной медицинской помощи, агонирующих и нуждающихся в несложных медицинских манипуляциях, выполнение которых позволит продолжить их транспортировку (инъекции, исправление повязок, иммобилизация и т. д.). Раненых первых двух групп санитары достав-

ляли в приемно-сортировочное отделение ЭМЭ, пораженным третьей группы необходимая помощь оказывалась фельдшерами или санитарными инструкторами непосредственно в автомобиле [10].

Ко второй группе относятся пораженные в бою и больные, нуждающиеся в оказании медицинской помощи на данном ЭМЭ. В большинстве случаев к данной группе относят лиц, нуждающихся в мероприятиях экстренной и неотложной медицинской помощи и определяют место оказания помощи (операционная, перевязочная, процедурная для оказания неотложной терапевтической помощи, противошоковая палатка).

Третья группа включает легкораненых и легкобольных, которые остаются на данном ЭМЭ в команде выздоравливающих для амбулаторного лечения.

Раненые и больные четвертой группы в связи с тяжелым состоянием не могут быть эвакуированы на следующий ЭМЭ (нетранспортабельные), а в ряде случаев и подвергнуты оперативному вмешательству и подлежат направлению в госпитальное отделение (или госпитальные палаты).

Пятую группу составляют инфекционные больные или подозрительные на инфекционное заболевание, дополнительно выявленные в приемно-сортировочном отделении. Вышеуказанные больные подлежат изоляции и дальнейшей эвакуации в инфекционный госпиталь на специальном транспорте [5; 6; 16].

При проведении сортировки раненым с множественными, комбинированными и сочетанными ранениями и поражениями на втором этапе важное значение приобретает определение ведущего поражения, так как именно оно во многом определяет тактику, объем и место оказания медицинской помощи. При этом при решении вопроса о дальнейшей эвакуации раненого ведущим должно быть признано то поражение, которое при прочих равных условиях определяет: степень срочности при оказании медицинской помощи на следующем ЭМЭ, необходимость оказания помощи на следующем ЭМЭ врачами более узкого профиля с применением специального оснащения, необходимость особых условий для лечения, длительность лечения [10; 11].

В связи с широким применением в период ВОВ различных поколений образцов вооружения,

возникла настоятельная необходимость дифференцированного подхода к сортировке раненых и пораженных хирургического и терапевтического профиля [3; 8; 19].

Ряд исследований свидетельствуют об исключительной важности сортировочного решения на передовых ЭМЭ и его взаимосвязи с исходами оказания квалифицированной хирургической помощи.

Так, приведенный в 1960 г. А. А. Вишневым и М. И. Шрайбером справедливый постулат о том, что в условиях современной войны каждый врач, независимо от специальности, должен быть готов к проведению сортировки [4], не отменял установленное методологическое положение о том, что осуществлять медицинскую сортировку и руководить сортировочными бригадами должен хирург, имеющий не только высокую квалификацию, но и необходимую практическую подготовку в деле сортировки пораженных на войне. По результатам исследования, проведенного коллективом профессоров и научных сотрудников Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, установлены основные причины неблагоприятных исходов у прооперированных раненых с условно благоприятным изначальным прогнозом для жизни: позднее поступление на дивизионный медицинский пункт (ДМП) при недостаточном объеме медицинской помощи на полковом медицинском пункте (ПМП), отказ от оперативных вмешательств на ДМП у раненых в тяжелом состоянии, имевших несмертельные повреждения, а также неоправданное расширение показаний к оперативным вмешательствам (недооценка соотношения риск / польза хирургического вмешательства), что позволило обосновать необходимость сортировки всех раненых, нуждающихся в оказании неотложной квалифицированной хирургической помощи на две основные группы: 1) раненые, неотложная хирургическая помощь которым может и должна быть оказана безотлагательно (раненые с внутренним кровотечением в удовлетворительном состоянии – направляются в операционную в первую очередь); 2) раненые, которые до операции по общей тяжести своего состояния нуждаются в проведении комплекса лечебно-восстановительных мероприятий (все раненые с явлениями острой декомпенсацией сердечно-сосудистой системы, находящиеся в состоянии шока, – расцениваются как временно

неоперабельные, нуждающиеся в покое и восстановительной терапии) [3; 9].

Как показал опыт ВОВ, контингенты пораженных терапевтического профиля могут быть весьма различными: однородного характера по нозологии и смешанного при применении противником различных видов оружия. Вместе с тем, даже среди «моноэтиологической» группы, например, среди пораженных ядерным (термоядерным) оружием, пораженные терапевтического профиля будут разнообразными по тяжести клинических проявлений, наличию сопутствующих поражений (глаз, кожи), а также комбинации с термической, механической, химической травмой и т. д. В связи с вышесказанным, при массовом поступлении пораженных терапевтического профиля ведущей и основной оставалась клиническая медицинская сортировка [10; 12]. В этих случаях, ввиду выраженной ограниченности времени и медицинских ресурсов, первый этап медицинской сортировки пораженных основывался на жалобах, анамнезе, простейших объективных данных, а также общеклиническом анализе крови. Второй этап медицинской сортировки подразумевал развернутое клиническое и лабораторное (общий анализ крови с подсчетом всех форменных элементов и определением СОЭ, анализ мочи и кала) обследование с целью уточнения тяжести состояния, прогноза и очередности эвакуации [12; 19].

Отдельное внимание уделялось обозначению принятого сортировочного решения. Следует отметить, что в начальный период ВОВ сортировочными марками пользовались неохотно, предпочитая сортировку «на память». Это обстоятельство приводило к тому, что при большом потоке раненых в сортировочном отделении порядок быстро нарушался и очередность подачи раненых для выполнения хирургического вмешательства не соблюдалась [18]. В связи с вышесказанным, вскоре сортировочная марка становится основным средством, указывающим на функциональное подразделение этапа и очередность необходимых мероприятий [11; 14; 18]. Сортировочные марки печатались типографским способом и прикалывались булавкой к одежде либо приклеивались к плотному картону и подвешивались на шнурке к петле или пуговице раненого. Для устранения проблемных моментов сортировки раненых и пораженных в ночное время, а также соблюдения тщательной светомаскировки для

различных функциональных подразделений было предложено применять сортировочные марки различной формы, а очередность определять по количеству отверстий в марке [14]. Вместе с тем, некоторые авторы строго придерживались традиционной цветовой марочной системы: «... Кое-где применяют печатно-фигурные марки вместо цветных. При этом указывают, что печатно-фигурные марки позволяют сортировать в темноте. Вряд ли нужно доказывать несостоятельность подобных утверждений. В темноте и фигурные марки не спасут от неприятных казусов...» [18].

В условиях массового поступления раненых и больных на ЭМЭ возникла необходимость на установление очередности оказания медицинской помощи среди уже отсортированных групп, как, например, «инфекционные больные» (в зависимости от тяжести состояния). Вышеуказанное обстоятельство обуславливало вынужденное применение до 18 марок для всех сортировочных групп, что значительно усложняло маркировку сортировочного решения. Некоторые авторы предлагали ограничить маркировку каждого вида необходимых мероприятий или медицинской помощи одной сортировочной маркой без указания очередности, а для обозначения раненых и больных из всех групп, нуждающихся в неотложной медицинской помощи, применять единую дополнительную марку «первая помощь», что привело к значительному (до 9) сокращению количества применяемых сортировочных марок [11].

Таким образом, в период ВОВ отечественная система медицинской сортировки продолжила свое дальнейшее развитие и окончательно сформировалась в унифицированный алгоритм принятия сортировочного решения, начиная с этапа оказания первой врачебной помощи, путем комплексной оценки состояния раненых и пораженных по 3 признакам (опасность для окружающих, лечебный и эвакуационный) с обязательным цветовым и буквенно-цифровым обозначением принятого сортировочного решения, реализуемым за счет применения сортировочных марок.

Литература

1. Ахутин, М. Н. Военно-полевая хирургия / М. Н. Ахутин. – М., 1941.
2. Березкин, Ф. Ф. Основные принципы сортировки раненых по этапам эвакуации войскового района Ф. Ф. Березкин // Воен.-сан. дело. – 1937. – № 6, С. 32.

3. Бочаров, А. А. О принципах сортировки тяжело пораженных на этапе оказания квалифицированной хирургической помощи / А. А. Бочаров, И. А. Криворотов // Военно-медицинский журнал. – 1960. – № 7. – С. 3–6.

4. Вишневский, А. А. Некоторые актуальные вопросы современной военно-полевой хирургии / А. А. Вишневский, М. И. Шрайбер // Военно-медицинский журнал. – 1960. – № 6.

5. Георгиевский, А. С. Организационные основы сортировки пораженных в бою и раненых / А. С. Георгиевский // Военно-медицинский журнал. – 1959. – № 1. – С. 8–18.

6. Георгиевский, А. С. Основы организации лечебно-эвакуационного обеспечения войск / А. С. Георгиевский. – Л.: изд-во ВМА им. С. М. Кирова. – 1950. – С. 33.

7. Завалишин, Н. И. Головной полевой эвакуационный пункт / Н. И. Завалишин. – М., 1942.

8. Иванов, Н. Г. Организация медицинской сортировки в медико-санитарном батальоне (омедо) / Н. Г. Иванов, Г. П. Лобанов // Военно-медицинский журнал. – 1965. – № 7. – С. 6.

9. Куприянов, П. А. Краткий курс военно-полевой хирургии / П. А. Куприянов, С. И. БанайтиС. – М.: Медгиз. – 1942. – С. 38–43.

10. Лобанов, Г. П. О выборе ведущего поражения при медицинской сортировке пострадавших / Г. П. Лобанов // Военно-медицинский журнал. – 1961. – № 4. – С. 16–18.

11. Маршалкович, Д. Б. О методике применения цветных сортировочных марок при медицинской сортировке / Д. Б. Маршалкович // Военно-медицинский журнал. – 1960. – № 6. – С. 24–25.

12. Молчанов, Н. С. Некоторые актуальные вопросы военно-полевой терапии / А. С. Георгиевский, Н. С. Молчанов // Военно-медицинский журнал. – 1961. – № 6.

13. Пирогов, Н. И. Севастопольские письма Н. И. Пирогова 1854–1855 гг. СПб.: Типография М. Меркушева, 1907. – 228 С.

14. Рудаков, Ф. Фигурно-цветные марки в практике врача-сортировщика / Военно-медицинский журнал. – 1945. – № № 4–5. – С. 41–42.

15. Смирнов, Е. И. Военная медицина и Н. И. Пирогов Е. И. Смирнов // Военно-медицинский журнал. – 1945. № 1–2. – С. 6; № 3. – С. 3.

16. Смирнов, Е. И. Война и военная медицина, 1939–1945 гг. / Е. И. Смирнов. – М., 1979.

17. Смирнов, Е. И. Идеи Н. И. Пирогова в дни Великой Отечественной войны / Е. И. Смирнов // Воен.-сан. дело. – 1943. – № 1, С. 3.

18. Цукерман, М. А. Еще раз о медицинской сортировке / М. А. Цукерман // Военно-медицинский журнал. – 1946. – № 7–8. – С. 34–36.

19. Шульцев, Г. П. О сортировке пораженных терапевтического профиля / Г. П. Шульцев // Военно-медицинский журнал. – 1961. – № 11. – С. 10–11.

20. Энциклопедический словарь военной медицины / М., 1948. – Т. 3, С. 1002.

Поступила 29.07.2019 г.