
© Коллектив авторов, 2012

СРЕДНИЙ И МЛАДШИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (К ДНЮ ВЕЛИКОЙ ПОБЕДЫ)

Д.А.Веретенников, А.Ю.Веретенникова, Н.В.Туркина, канд. мед. наук
Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург
E-mail: FVSO@mail.ru

В 1941 г. «Правда» писала: *«Каждый возвращенный в строй воин – это наша победа. Это – победа советской медицинской науки.... Это – победа воинской части, в ряды которой вернулся старый, уже закаленный в сражениях воин».*

Согласно стратегической задаче медицины в военное время, борьба за жизнь раненого начиналась сразу после ранения, непосредственно на поле боя. Медицинский персонал понимал, что главная причина гибели раненых, помимо несовместимых

с жизнью травм, – шок и кровопотеря. Поэтому важнейшими условиями успеха были сроки оказания и качество первой медицинской помощи, первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи.

При этом необходимо было вынести раненого с поля боя с оружием, так как в результате восстанавливался не только человеческий, но и военно-технический потенциал Красной Армии [3,4].

В годы войны наши медики вернули в строй 72,3% раненых и 90,6% больных воинов. В абсолютных же цифрах численность раненых и больных, возвращенных в строй медицинской службой за годы войны, составила около 18 млн человек – это более 150 полноценных дивизий военного времени [6, 9, 10, 11].

Если сопоставить эту цифру с численностью наших войск в годы войны (около 6 млн 700 тыс. человек в январе 1945 г.), становится очевидным, что победа в значительной степени была одержана солдатами и офицерами, возвращенными в строй медицинской службой [14]. Следует подчеркнуть, что с 1 января 1943 г., из каждых 100 человек, получивших ранения, 85 возвращались в строй из медицинских учреждений полкового, армейского и фронтового районов и только 15 — из госпиталей тыла страны. Вся система оказания медицинской помощи в бою и последующего лечения раненых до выздоровления была построена на принципах этапного лечения с эвакуацией по назначению. Речь идет о единой военно-полевой медицинской доктрине [8], которую сформулировал начальник Главвоенсанупра Е.И.Смирнов. **Военно-медицинская доктрина**, пре-дусматривала [2]:

- единое понимание принципов хирургической и терапевтической работы в военно-полевых условиях;
- наличие единых взглядов на методы профилактики и лечения поражений и заболеваний;
- преемственность в выполнении медицинских мероприятий на различных этапах эвакуации;
- ведение краткой, четкой медицинской документации, обеспечивающей преемственность и последовательность в проведении лечебно-эвакуационных мероприятий.

На этом же пленуме Е.И. Смирнов поставил перед военно-медицинской службой следующие задачи [13]:

- вернуть в строй не менее 75% раненых;
- свести к минимуму летальность на этапах эвакуации;
- свести к минимуму инвалидность среди раненых;
- не допустить эпидемических вспышек в войсках.

Успехи хирургической помощи и последующего лечения раненых на этапах медицинской эвакуации в значительной мере обеспечивались работой передовых этапов и в первую очередь – организацией первой помощи в бою, выноса раненых с поля боя и доставки их на батальонный медицинский пункт (БМП) и далее в полковой медицинский пункт (ПМП). Работа передовых медицинских этапов имела исключительное значение для спасения жизни и восстановления здоровья раненых. Для быстрой остановки кровотечения на поле боя порой важны минуты. Эта задача была возложена на **ротных санитаров**, которые должны были неотлучно находиться в подразделении во время боя, эвакуировать раненых в укрытия и быстро накладывать им повязки. Подготовка ротных санитаров и носильщиков проводилась на 73 специальных курсах при эвакуогоспиталях (ЭГ). Численность курсантов колебалась от 50 до 300. В Ленинградском военном округе было сформировано 3 курса по 200 курсантов, в Западном особом военном округе из запланированных 8 курсов по 300 курсантов – только 6, в Киевском особом военном округе – 3 курса по 300 курсантов [8, 13, 15].

Однако только в Ленинградском военном округе, переименованном в Северный фронт, имелась возможность готовить санитаров в развернутых ЭГ. На остальных фронтах из-за вынужденной эвакуации госпиталей с территорий бывших военных округов такая возможность возникла лишь после организации фронтового тыла и стабилизации боевой обстановки на фронтах. Во время войны санитары проходили подготовку на 15 курсах. Одним из наиболее ярких показателей организованности полевой медицинской службы, имевшим первостепенное значение для всей последующей хирургической работы, являлось время поступления раненого после ранения на ПМП, где ему оказывали первую врачебную помощь. Ранние сроки прибытия раненых на ПМП предопределяли успех всей дальнейшей борьбы с шоком и последствиями кровопотери и имели важное значение для ускорения направления раненых из ПМП в медсанбат, где проводилась первичная хирургическая





обработка ран и необходимые оперативные вмешательства.

В оказании доврачебной медицинской помощи важную роль играли санитарные инструкторы. В мирное время они получали подготовку в специ-

альных школах. Во время войны опыт этих школ стал достоянием курсов санинструкторов на фронтах.

Санинструктор, являясь командиром санитарного отделения роты, отвечал за работу ротных санитаров, проверял правильность наложения повязок, шин и жгутов. Наложение жгута требует опыта, необходимо было указать точное время его наложения, на что ориентировались при внеочередной эвакуации раненого в медсанбат для срочного хирургического вмешательства, предупреждающего омертвление тканей в обескровленной конечности. Командир санитарного отделения сосредоточивал тяжелораненых и раненых средней тяжести в местах укрытия, принимал меры к их быстрой эвакуации из ротного района, а легко раненым указывал наименее опасный путь до БМП [6].

Особое внимание уделялось специальной и полевой подготовке санинструкторов, учитывая их важную роль в организации доврачебной помощи, имеющей важное значение для дальнейшего успешного лечения раненых. Школы инструкторов имелись в ряде округов. Всего их было 19 и обучалось в них 4350 курсантов. Во время войны их число увеличилось до 21 в 1941 г. и до 25 в 1943 г. Годичный срок обучения в военное время был сокращен до 2 мес, а с октября 1942 г. был введен срок 2,5 мес. Однако такое количество школ, несмотря на сокращенные сроки обучения, не обеспечивало потребностей армии. Поэтому дополнительно было организовано 19 курсов санинструкторов.

Активное участие в подготовке медицинских кадров для фронта принимали также курсы Красного Креста.

Чтобы поощрить далеко не безопасную работу младшего звена медицинской службы на поле боя, был издан приказ от 23.08.1941 г. № 281 «О порядке представления к правительственной награде военных санитаров и носильщиков за хорошую боевую работу», подписанный лично И.В.Сталиным и переданный ввиду его особой важности на фронты по телеграфу. Впервые труд медицинского состава на поле боя официально приравнивали к ратному подвигу. Предписывалось представлять к награждению сани-

таров и санитаров-носильщиков за вынос раненых с поля боя с их оружием [7, 6, 10]: за вынос 15 человек представляли к медали «За боевые заслуги» или «За отвагу», 25 человек – к ордену Красной Звезды, 40 человек – к ордену Красного Знамени, 80 человек – к ордену Ленина

Основным требованием к медицинской службе было обеспечение прибытия всех раненых на ПМП в срок до 6 ч после ранения и в медсанбат в срок до 12 ч. Если раненые задерживались на ротном участке или в районе БМП и прибывали после указанных сроков, это рассматривали как недостаток организации медицинской помощи на поле боя. Оптимальным для оказания первичной хирургической помощи в медсанбате считался срок в пределах 6–8 ч после ранения. Если характер боя не был таким, чтобы задержать поступление всех раненых с передовой зоны на ПМП (легкораненые поступали полностью), задержка тяжелораненых могла быть объяснена только чрезвычайными обстоятельствами, требовавшими вмешательства батальонного фельдшера, старшего врача полка, а иногда и начсандива.

Важнейшим органом доврачебной помощи, несомненно, был БМП, возглавлявшийся батальонным фельдшером. Именно он являлся организатором всей медицинской помощи и всех санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, проводимых в батальоне.

Военно-санитарное управление имело в мирное время 3 военно-медицинских училища: Ленинградское, Харьковское и Киевское с численностью переменного состава 1600 человек каждое. Ежегодно из них выпускалось 2400 фельдшеров и фармацевтов. Срок обучения составлял 2 года, во время войны он был сокращен до года. При Ленинградском училище существовали одногодичные курсы зубных врачей с численностью переменного состава 200 человек. Они комплектовались фельдшерами за счет численности войск. Недостаток выпускаемых этими училищами фельдшеров покрывался за счет медиков, проходивших после окончания гражданских училищ одногодичную службу в армии. В начале 1941 г. их было более 6000 человек. В связи с исключением врачей из стрелковых и других батальонов потребность в фельдшерах и их роль в войсках возросли [4].

Основную массу фельдшеров – начальников БМП – составляли лица, окончившие фельдшерские училища. К 1943 г. их было 7376 (более 86% – женщины). В октябре 1941 г. были открыты 5 школ младших военных фельдшеров со сроком обучения 7 мес.

От батальонного фельдшера зависели в первую очередь работа санитарных отделений рот и эвакуация раненых с ротных участков на БМП. Важнее всего для него было ускорить прибытие раненых на БМП и их отправку на ПМП. При этом особое вни-

мание уделялось выносу раненых с ротных участков, в помощь санинструкторам направляли санитарный транспорт, к ним прикрепляли санитаров и санитаров-носильщиков из заранее подготовленного резерва. Особенно важно было при поступлении раненых на БМП провести их осмотр для отправки в первую очередь на ПМП раненых, нуждающихся в неотложной врачебной, в том числе – хирургической помощи. На БМП проверяли состояние ранее наложенных повязок и транспортных шин и исправляли их. При поступлении раненых в состоянии шока применялись сердечные и болеутоляющие средства. Раненых согревали химическими грелками и теплыми одеялами. При проникающих ранениях груди накладывалась большая герметичная давящая повязка с прокладкой из прорезиненной оболочки индивидуального пакета.

Проведение батальонным фельдшером противоэпидемических мероприятий имело особое значение во время наступательных операций и освобождения оккупированных ранее районов, крайне неблагоприятных в эпидемическом отношении. Невероятный гнет, нищета и лишения, которым подвергалось население оккупированных фашистами областей, создавали тяжелую эпидемиологическую обстановку, угрожавшую нашим наступающим войскам, если не принять серьезных и быстрых противоэпидемических мер. Этому придавала большое значение и санчасть полка [8].

Путь раненого с места оказания ему первой медицинской помощи на поле боя до ПМП, несмотря на то, что он составлял 3–5 км, был весьма тяжелым для пострадавшего. При проведении в ПМП медицинского осмотра раненых, когда определяли степень срочности их эвакуации в медсанбат, менялись повязки, промокшие и неудовлетворительно наложенные, проверялась правильность наложения шин и в необходимых случаях производилась их замена, контролировалась правильность наложения жгутов для остановки артериального кровотечения. Особое значение придавали введению противостолбнячной и противогангренозной сывороток при артиллерийско-минных ранениях нижней половины тела, а также при всех рвано-ушибленных ранах и большом загрязнении тела. На ПМП же проводились мероприятия по борьбе с шоком и последствиями больших кровопотерь, при которых требовалась неотложная помощь в виде дооперационного переливания крови и кровезаменителей, что имело особое значение в тяжелых условиях эвакуации раненых.

В этих условиях ПМП как бы превращались из пунктов общеврачебной помощи в подготовительные хирургические этапы. На ПМП впервые на эвакуационном пути раненого производилась его врачебная регистрация, заполнялась медицинская карточка передового района, следовавшая с ним на всем пути

эвакуации. В некоторых случаях, при значительных затруднениях с эвакуацией раненых из ПМП в медсанбат, практиковалось направление из медсанбата хирурга в ПМП для хирургической помощи (главным образом для неотложных и срочных операций).

Специфический вклад медиков полевых госпиталей, медсанбатов и санитарных поездов в поэтапное лечение всей массы раненых состоит в том, что они продолжали перевязку, санобработку, сортировку, а также обеспечивали излечение бойцов с легкими и средней тяжести ранениями, выполняли огромное количество операций. Важные задачи решали работники стационарных госпиталей, которых отличали высокая квалификация и специализация, связь с гражданским населением, и персонал санитарных поездов, вывозивших тяжелораненых в тыл [14].

Подвиги медиков в годы Великой Отечественной войны были высоко оценены: за героизм и мужество 44 медицинским работникам было присвоено звание Героя Советского Союза [1]. Ордена Ленина удостоены 285 человек, ордена Красного Знамени – 3500, ордена Отечественной войны I степени – 15 тыс., ордена Красной Звезды – 86500, ордена Славы – около 10 тыс. человек, из которых 18 стали кавалерами ордена Славы трех степеней. 13 военных медиков были награждены полководческими орденами Советского Союза. Генерал-полковник медицинской службы Е.И. Смирнов, начальник Главного военно-санитарного управления Красной Армии в книге «Фронтное милосердие» писал: «Военная медицина из службы призрения за пораженными в боях и больными в прошлых войнах превратилась в один из основных источников пополнения действующей армии опытными в боевом отношении солдатами и офицерами, возвращенными в строй после лечения».

Нельзя забывать, что итоги, которыми мы законно гордимся, были достигнуты ценой огромных усилий и потерь. Медицинская служба несла большие потери непосредственно на поле боя, причем более 80% всех ее санитарных потерь приходилось на рядовой и сержантский состав, т. е. на передовое звено, действовавшее на линии фронта. Во время войны погибли или пропали без вести более 85 тыс. медицинских работников, в том числе 5 тыс. врачей, 9 тыс. средних медицинских работников, 23 тыс. санинструкторов, 48 тыс. санитаров и санитаров-носильщиков [4]. Из более 6 тыс. госпиталей, сформированных в годы войны, захвачены противником





и значатся погибшими 117, понесли большие потери при выходе из окружения и расформированы 17, пропали без вести в ходе боевых действий 14, не установлена судьба 79 (в учетных документах нет сведений об их дея-

тельности с определенного времени) – всего 227.

Время сглаживает остроту событий. После окончания войны прошло более шести с половиной десятилетий. Давным-давно заросли поля сражений, отстроены разрушенные города. Но и сейчас война все еще не стала далекой историей, она и сейчас еще дает о себе знать горечью воспоминаний, ноющими ранами, болью невозвратимых утрат.

Литература

1. Блинский С.А. Героические будни медиков. – М.: Медицина, 1980. – С. 75.
2. Будко А.А., Барановский А.М., Ленов И.Т. Генерал – полковник медицинской службы Е.И Смирнов «Мы управляли военно-медицинским делом, объем и трудности которого были огромны»// Воен.-истор.журн. – 2005, №3. – С. 27–28.
3. Вторая мировая война/Под. ред. А.М. Самсонова. – М.: Наука, 1996. – Кн.2. – С.189.
4. Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны 1941–1945. Сборник документов и материалов/Под ред. М.И. Барсукова, Д.Д. Кувшинского. – М.: Медицина, 1977. – С.41.

5. Зубков И.А, Кнопов М.Ш. Бессмертный подвиг медиков // Росс. мед. журн. – 2003, №3. – С. 70.
6. Иванов Н.Г., Георгиевский А.С., Лобастов О.С. Советское здравоохранение и военная медицина в ВОВ 1941–1945 гг. – Л.: Медицина, 1985. С. 279.
7. Комаров Ф.И, Лобастов О.С. Основные итоги и уроки медицинского обеспечения Советской Армии в годы ВОВ// Военн.-мед.журн. – 1990, №5. – С. 8.
8. Мирский М.Б. Медицина и здравоохранение в годы ВОВ // Проблемы соц. гигиены, здрав. и истории медицины. – 2006, №2. – С. 56–58.
9. Очерки истории советской военной медицины / Под ред. Д.Д Кувшинского и А.С Георгиевского. –Л.: Медицина, 1968. – С. 198.
10. Россия и СССР в войнах XX века. Статистическое исследование. – М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2001. – С.243.
11. Смирнов Е.И Опыт советской военной медицины в ВОВ 1941–1945 / М.: Медицина, 1995. – Том .31. – С. 92
12. Смирнов Е.И. Проблемы военной медицины.-М.: Медгиз, 1944. – Ч.1. – С. 34.
13. Смирнов Е.И. Проблемы военной медицины.-М.: Медгиз, 1944. – Ч.1. – С. 37.
14. Шелепов А.М., Чумак А.В., Коновалов П.П. Организация эвакуации раненых и больных в период ВОВ 1941–1945гг. // Военно-медицинский журн. – 2004, №5. – С. 62–63.
15. Шелепов А.М., Чумак А.В., Коновалов П.П. Организация эвакуации раненых и больных в период ВОВ 1941–1945гг.// Военно-медицинский журн. 2004, №5. – С. 65.

MIDDLE AND JUNIOR MEDICAL PERSONNEL IN THE YEARS OF THE GREAT PATRIOTIC WAR

D.A. Veretennikov, A.Yu. Veretennikova, N.V. Turkina,
Cand. Med. Sci.

I.I. Mechnikov North-Western State Medical University,
Saint Petersburg