**Организация здравоохранения России в годы Великой Отечественной Войны 1941-1945 гг.**

**Введение**

Достижения медицины и здравоохранения нашей страны в годы Великой Отечественной войны — славная страница истории, непреходящая ценность для следующих поколений. На фронте и в тылу было сделано очень многое, чтобы организовать помощь раненым воинам, не допустить возникновения эпидемий, сберечь подрастающее поколение, создать службу охраны здоровья рабочих оборонных предприятий, обеспечить население медицинской помощью.

В годы войны наши медики вернули в строй 72,3% раненных и 90,6% больных воинов. Если эти проценты представить в абсолютных цифрах, то число раненых и больных, возвращенных в строй медицинской службой за все годы войны, составит около 17 млн человек. Если сопоставить эту цифру с численностью наших войск в годы войны (около 6 млн 700 тыс. человек в январе 1945 г.), то становится очевидным, что победа была одержана в значительной степени солдатами и офицерами, возвращенными в строй медицинской службой. При этом особенно следует подчеркнуть, что, начиная с 1 января 1943 г. из каждой сотни пораженных в боях 85 человек возвращались в строй из медицинских учреждений полкового, армейского и фронтового районов и только 15 человек — из госпиталей тыла страны.

Благодаря главным образом стараниям медиков в годы войны ни фронт, ни тыл не знали эпидемий инфекционных заболеваний. Впервые в мире в нашей стране "не сработал" обязательный, казалось бы, закон о связи войн и эпидемий. Эпидемический "пожар" удалось предотвратить, и это спасло сотни тысяч, миллионы человеческих жизней.

До сих пор мы все еще не знаем, сколько человек наша страна потеряла в Великой Отечественной войне, если суммировать и военные потери, и потери среди гражданского населения. Последние годы некоторые историки говорят о 43 млн погибших. Официальная цифра 26-27 млн. Окончательного числа мы не знаем: многие утверждают, что этого мы не узнаем уже никогда. Хотя точную цифру потерь, особенно среди мирного населения, установить, действительно, невозможно, все-таки стремиться ее узнать необходимо. Необходимо и для истории, и для осознания подлинной цены нашей Победы.

**1. Работа медицинской службы в первые годы войны**

Перед войной был проведен ряд мер по укреплению военно-медицинской службы, однако очень многого сделать так и не успели. Перестройка медицинской службы Красной Армии в силу многих причин осуществлялась медленно, а порой и непоследовательно и, к сожалению, так и не была завершена к началу войны. Как справедливо отмечали военные врачи — ветераны войны, больше всего действиям военных медиков в первые полтора года войны мешали устаревшие, но остававшиеся в силе представления о тактике медицинской службы: эти сформировавшиеся в предвоенные годы каноны обязывали руководителей военной медицины действовать в боевой обстановке, подчиняясь жесткой регламентации.

В то же время, положения единой полевой военно-медицинской доктрины, основанной на трудах классика отечественной медицины Н. И. Пирогова, а также В. А. Оппеля, Н. А. Вельяминова, Н. Н. Бурденко, М. Н. Ахутина и других, и разработанной группой военных медиков под руководством Е. И. Смирнова, в первые месяцы войны, в период тяжелых оборонительных боев, практически не использовались. А чтобы сохранить здоровье раненых, быстрее вернуть их в строй, требовалась четкая организация работы всех военных медиков – рациональное расположение госпиталей и медсанбатов, правильный выбор путей эвакуации, применение обоснованных методов лечения. Нужно было научиться маневрировать силами и средствами военной медицины, вовремя направлять их к местам предстоящих сражений или, наоборот, эвакуировать в тыл.

Важно было использовать наиболее рациональные методы лечения ран. Однако хирурги, призванные из запаса, из гражданских больниц (а таких было подавляющее большинство: к началу войны в армии было всего 12 418 кадровых военных врачей, а призвано из запаса в ходе ее более 80 тыс.), использовали и на войне способы мирной хирургии, например, первичный шов, после иссечения раны (его применение не оправдало себя и было фактически запрещено). Не вполне адекватными были и применявшиеся многочисленные и разнообразные способы профилактики и лечения различных осложнений, да и организация хирургической работы (например, в медсанбатах) грешила серьезными недостатками.

Опыт, который накапливали военные медики в сражениях первого года войны, способствовал унификации применения научно обоснованных методов медицинской помощи раненым. Этот опыт помог детальной разработке единой военно-полевой медицинской доктрины, претворению в жизнь предусмотренных ею принципов единства, последовательности, преемственности лечебных и эвакуационных мероприятий, основанных на общей теории боевой патологии или хотя бы на единых взглядах на возникновение, течение и лечение боевых поражений и заболеваний. Самое главное заключалось в том, что при этапном лечении с эвакуацией по назначению лечение раненых и эвакуация их в тыл связывались в единый процесс.

Только взяв на вооружение наиболее передовую систему лечебно-эвакуационного обеспечения войск – систему этапного лечения с эвакуацией по назначению, усовершенствовав специализированную медицинскую помощь и противоэпидемическое обеспечение, в полной мере использовав достижения медицинской науки и помощь гражданского здравоохранения, военно-медицинская служба смогла выполнить стоявшие перед ней задачи, добиться возвращения в строй и к трудовой деятельности огромного, измеряемого миллионами числа раненых и больных.

Как известно, начальный период Великой Отечественной войны был особенно трудным, так как вследствие отступления наших войск с Запада на Восток нужно было переместить около 2000 только эвакогоспиталей. Эта задача была выполнена, и перемещенные госпитали были в последующем использованы в медицинском обеспечении наступательных операций Красной Армии, сыграв большую роль в лечении раненых и больных.

Своеобразие оперативно-тактической обстановки начального периода войны потребовало создания мощных армейских госпитальных баз (включающих и эвакогоспитали), которых не было в мирное время. Благодаря этому обеспечивалось оказание квалифицированной медицинской помощи в самых трудных условиях.

**2. Организация эвакуации раненых**

2.1. Организация медицинского обеспечения первой линии

Своевременная первая медицинская помощь раненым быстрый сбор и вынос их с поля боя в прошлых войнах (особенно двадцатого столетия) всегда были связаны с большими трудностями и требовали привлечения значительных сил и средств. Актуальность данной проблемы в принципе не была явлением новым, специфичным для условий войны, но неблагоприятная обстановка, сложившаяся на советско-германском фронте летом 1941 г., резкое сокращение числа санитаров и санитаров-носильщиков в связи с их большими потерями осложняли ситуацию. Например, только на Ленинградском фронте за первый год войны было выведено из строя почти 4,5 тыс. санитаров и санитаров-носильщиков, в т. ч. убито и пропало без вести около 2 тыс. и ранено около 2,5 тыс.

При вынужденном отходе войск прикрытия и стремительном продвижении превосходящих сил противника с темпом 25—35 км в сутки войсковая медицинская служба основное внимание должна была сосредоточить на обеспечении всеми имеющимися в действующих войсках средствами быстрого выноса тяжелораненых с поля боя и их эвакуации в тыл. Вот почему Е.И.Смирнов в телеграфном распоряжении от 10.07.1941 г. № 452320, отданном начальникам медицинской службы армий Северного, Южного, Юго-Западного, Западного и Северо-Западного фронтов, указывал: «...главной задачей санитарной службы войскового района является своевременное оказание доврачебной помощи, быстрый вынос раненых с поля боя и немедленная эвакуация их в армейские полевые и стационарные госпитали для первичной хирургической обработки основной массы раненых. Хирургическую обработку в МСБ ограничить только крайне неотложными вмешательствами, имеющими своим назначением подготовить раненых к дальнейшей эвакуации... Приказываю главное внимание обратить на четкую организацию работы санитарной службы роты, батальона и стрелкового полка. Своевременный вынос раненых с поля боя — главное звено в этой работе».

Заместителем начальника Генерального штаба 23.07.1941 г. было отдано по телеграфу распоряжение начальникам штабов армий с требованием «систематического поддержания в полном штатном комплекте санитаров и санитаров-носильщиков в строевых батальонах и полках, выделения людей в помощь санитарам-носильщикам». К сожалению, по условиям боевой обстановки из-за крайней нехватки санитаров и санитаров-носильщиков, а подчас и нераспорядительности командиров и медицинских начальников выполнить это требование не всегда удавалось.

Начальник ВСУ Южного фронта Л.М.Мойжес констатировал, что в первых же боях выявилась необеспеченность выноса раненых с поля боя, основная причина при этом заключалась в остром недостатке носильщиков ив неумении имевшихся работать на поле боя, о чем было доложено командованию. И далее говорилось: приходится признать крайне необходимым иметь в штатах стрелкового полка не менее 50 носильщиков (помимо санитаров в ротах) и, кроме того, роту носильщиков в медсанбатах в составе не менее 120 человек.

Чтобы стимулировать, поощрить далеко не безопасную работу младшего звена медицинской службы на поле боя, НКО издал приказ от 23.08.1941 г. № 281 «О порядке представления к правительственной награде военных санитаров и носильщиков за хорошую боевую работу», переданный ввиду особой его важности на фронты по телеграфу. Впервые труд медицинского состава на поле боя официально приравняли к свершению ратного подвига: за вынос определенного числа раненых с их винтовками или ручными пулеметами санитары и носильщики могли быть представлены к награде медалями «За боевые заслуги» или «За отвагу», орденами Красной Звезды, Красного Знамени и орденом Ленина. И все-таки наивно было полагать, что эта мера кардинально решит проблему спасения тяжелораненых на поле боя.

Ожесточенные военные действия на советско-германском фронте и отход наших войск серьезно затруднили, а в ряде случаев сорвали комплектование медицинских подразделений, частей и учреждений личным составом. Тем не менее предпринимались все меры по укреплению ротного и батальонного звеньев медицинской службы, полному укомплектованию штатов санитаров и санитаров-носильщиков, запрещению использования их не по назначению. Однако положение оставалось очень тяжелым. Почти повсеместно практиковалось пополнять строевые части и подразделения за счет санитаров рот, санитаров-носильщиков и даже фельдшеров.

Большой некомплект санитаров, санитаров-носильщиков приводил к несвоевременному выносу раненых с поля боя и оказанию им первой медицинской помощи, что являлось одной из причин высокой летальности раненых в войсковом районе. Так, в приказании войскам Южного фронта от 12.07.1941 г. №-2 указывалось: «...имели место случаи, когда раненые оставались на поле боя в течение 10~12ч,; квалифицированная медицинская помощь вследствие этого запаздывала. Можно считать, что часть тяжелораненых осталась на поле боя и погибла. Основной причиной этого является недостаточность и иногда полное отсутствие санитаров-носильщиков в подразделениях частей, ведущих бой»4. В связи с этим командующий фронтом приказал: 1. Немедленно укомплектовать полностью до штата подразделения носильщиков в стрелковых полках; 2. Командирам частей заблаговременно, до выступления на марш и до начала боя, выделять в распоряжение старших врачей частей вспомогательных носильщиков в количестве не менее 30 человек на стрелковый полк и 16 человек на кавалерийский полк; 3. Организацию выноса и вывоза раненых с поля боя обязательно включать в общий план обеспечения марша и боя. На командиров частей возлагалась прямая ответственность за обеспечение выноса и вывоза раненых с поля боя.

Косвенные данные позволяют сделать вывод о том, что в первый период войны количество невынесенных раненых было весьма значительным. Об этом свидетельствует, в частности, увеличение удельного веса тяжелораненых в общей структуре санитарных потерь с каждым последующим годом войны. Если в первый год боевых действий на долю тяжелораненых приходилось 17,1%, то во второй - 21,8%, в третий - 24,2%, в четвертый - 26,1%. Та же закономерность выявляется и в изменении показателей летальности на этапах медицинской эвакуации. Если в первый год войны на 100 исходов среди раненых умершие составляли 6,4%, то на втором году эта цифра увеличилась до 7,3%, а на третьем - до 8,2%. Совершенно очевидно, что увеличение летальных исходов обусловливалось возрастанием доли тяжелораненых среди всех поступавших на этапы медицинской эвакуации, что, в свою очередь, зависело от продолжавших иметь место серьезных дефектов в медицинском обеспечении войск.

Причины недостатков в оказании первой медицинской помощи, как видно по документам, заключались прежде всего в нехватке санитаров, санитаров-носильщиков, санитарных инструкторов, в больших потерях среди этой категории медицинского состава, в сложностях организации работы по выносу раненых в условиях боевой обстановки. Следует подчеркнуть, что потери личного состава медицинской службы были высокими не только в начале войны, но и в последующие ее годы.

В результате этого укомплектованность медицинской службы санитарными инструкторами, санитарами и санитарами-носильщиками была значительно меньше, чем другими категориями медицинского состава, еще более снижаясь в периоды напряженных боевых действий.

В силу указанных причин медицинская служба войскового звена не могла в полной мере самостоятельно решить задачи по оказанию первой помощи раненым на поле боя и своевременному их выносу и эвакуации. В ряде случаев последнее обстоятельство становилось причиной гибели раненых. Исследованиями патологоанатомов на материале большого количества вскрытий трупов погибших на поле боя установлено, что 21,9% всех случаев смерти от кровотечения наступило от повреждений, при которых своевременное оказание помощи и вынос раненых могли бы спасти им жизнь, 40% смертельных исходов связано с несвоевременно оказанной и неполноценной медицинской помощью.

Не всегда удавалось обеспечить вынос и доставку раненых в медицинские пункты в оптимальные сроки. Это, в свою очередь, приводило к их позднему поступлению на последующие этапы медицинской эвакуации, развитию различных осложнений что сказывалось на продолжительности и результатах лечения. Анализ работы медицинской службы подтверждает актуальность проблемы розыска, сбора и выноса раненых с поля боя, стоявшей перед войсковой медицинской службой на протяжении всей войны, но данная проблема до конца так и не была решена, несмотря на предпринятые командованием и руководством медицинской службы решительные меры. С целью облегчения нелегкого труда санитаров по сбору и выносу (вывозу) тяжелораненых с поля боя и доставке их на передовые этапы медицинской эвакуации использовались упряжки ездовых санитарных собак.

Широкое применение собачьих колесных упряжек способствовало более быстрой доставке раненых на БМП и ПМП. Так, во втором и третьем периодах войны, до 80-85% всех раненых поступали на ПМП, в первые 4—5 ч с момента ранения, В контрнаступлении под Сталинградом работавшие на поле боя санитары Донского фронта доставляли до 80% тяжелораненых на БМП в сроки, не превышавшие 2 ч с момента ранения, 9% - через 2-4 ч, .1% - через 4-6 ч, 5% -через 6—8 ч и 5% — более чем через 8 ч, а в битве под Курском на ДМП Центрального фронта до 50% всех раненых были доставлены в сроки, не превышавшие 6 ч с момента ранения, 35% — через 6-12 ч, 10%г- через 12-16 ч и 5% - более чем через 16 ч. Таким образом, в оптимальные сроки (до 8-12 ч) сюда поступало до 85% общего числа раненых.

Таким образом, становится очевидным, что медицинская служба в период Великой Отечественной войны столкнулась с большим количеством трудностей в организации сбора, выноса (вывоза) раненых с поля боя и их эвакуации в ПМП, ДМП и ХППГ первой линии, что приводило к увеличению летальности, способствовало повышению длительности и ухудшению исходов лечения. Решать указанные проблемы медицинской службе пришлось в ходе войны.

2.2. Госпитальная служба на этапах эвакуации

Одной из главных задач Наркомздрава СССР была организация лечения раненных воинов. В самом начале войны в стране появились эвакогоспитали, их создавали по принятой в первые дни войны правительственной директиве. Уже в начале июля 1941 г. медицинская служба имела примерно столько эвакогоспиталей, сколько предусматривалось составленным перед войной планом. А 7 июля 1941 г. Государственный комитет обороны по ходатайству медиков принял решение о создании дополнительных госпиталей, общая вместимость которых более чем в 1,6 раза превышала предвоенный план: предстояло в самые короткие сроки сформировать примерно 1600 госпиталей для лечения 750 тыс. раненых. В частности, решено было развернуть эвакогоспитали в профсоюзных санаториях и домах отдыха.

Количество эвакогоспиталей постоянно возрастало: к 1 октября 1941 г. в них насчитывался уже 1 млн мест, а к 1 ноября 1944 г. — почти 2 млн. По постановлению Государственного комитета обороны от 22 сентября 1941 г. обслуживание раненых в тылу возлагалось на гражданских медиков, а на фронте — на военных медиков. Тыловые эвакогоспитали переходили в полное подчинение Наркомздрава СССР, забота о лечении находящихся в них раненых была возложена на гражданских медиков.

В гражданском здравоохранении всех союзных республик, прежде всего в Российской Федерации, была сформирована специальная служба эвакогоспиталей. Всю работу возглавил заместитель наркома здравоохранения СССР С. И. Миловидов, его первым помощником стал главный хирург проф. И. Г. Руфанов. В союзных республиках эти должности заняли проф. Н. Н. Приоров (РСФСР), проф. М. А. Топчибашев (Азербайджан), проф. А. П. Цулукидзе (Грузия), проф. X. А. Петросян (Армения). В начале 1942 г. были созданы специализированные эвакогоспитали — нейрохирургические, челюстно-лицевые, для лечения ранений органов грудной и брюшной полостей, глазные, ушные. Затем уже появились сортировочные госпитали, и система специализированных эвакогоспиталей приобрела законченный вид.

Подвижнический труд медиков эвакогоспиталей помог добиться уникальных результатов: в 1942, 1943 и 1944 гг. из тыловых госпиталей было возвращено в строй соответственно 56,6, 60,8 и 47,7% раненых. Общий итог деятельности эвакогоспиталей таков: 57,6% раненых возвращены в строй, 4,4% отправлены в отпуск, 36,5% — уволены в запас и демобилизованы, 1,5% умерли.

**3. Организация противоэпидемической службы**

Отличных результатов добилась военная санитарно-противоэпидемическая служба. Гигиенисты и эпидемиологи защитили армию и прифронтовые районы от вспышек эпидемических болезней и помогли гражданскому здравоохранению в противоэпидемической защите населения.

В годы войны гигантская миграция людских масс в сочетании с резкой перенаселенностью, нехваткой жилья, катастрофическим ухудшением условий жизни, голодом открывала "зеленую улицу" эпидемическим болезням.

Осенью и зимой 1941—1942 гг. врачи начали регистрировать увеличение числа больных сыпным тифом, а также дизентерией, брюшным и возвратным тифом; стране грозил настоящий эпидемический "пожар". Постановлением Государственного комитета обороны от 2 февраля 1942 г. во всех республиках, краях, областях, городах и районах были созданы чрезвычайные противоэпидемические комиссии, наделенные широкими полномочиями; прокуратуре предписывалось привлекать к строгой ответственности нарушителей санитарного порядка. Основная тяжесть борьбы с возникновением эпидемий ложилась на плечи медиков, а нарком здравоохранения СССР Г. А. Митерев назначался уполномоченным Государственного комитета обороны по противоэпидемической работе.

К борьбе с эпидемиями медики привлекли санитарную общественность — санитарные звенья, санитарные посты, санитарные дружины, многотысячный актив, общественных санитарных инспекторов. Только в Российской Федерации в годы войны действовало более 200 тыс. общественных санитарных инспекторов. Медики и их помощники проводили подворные и поквартирные обходы. Постоянно осуществлялся текущий санитарный надзор в жилых домах, общежитиях, столовых и магазинах, тщательно контролировалась санитарная очистка населенных мест.

На путях движения к фронту создавалась разветвленная сеть санитарно-заградительных барьеров. Под постоянным контролем медиков находились железные дороги. На крупнейших железнодорожных узлах работали санитарно-контрольные, обсервационные и изоляционно-пропускные пункты. Проходящие по железным дорогам поезда и эшелоны систематически проверялись на 275 санитарно-контрольных пунктах. Здесь проводили осмотр поездов, вагонов и пассажиров, осуществляли санитарную обработку, изолировали заболевших и лиц с подозрением на заболевание. Только за 10 мес 1943 г. было осмотрено 121 169 поездов, около 2 млн отдельно следовавших вагонов, почти 20 млн пассажиров. Санитарную обработку в специальных санпропускниках прошли более 5 млн человек. Медики обнаружили в поездах и направили в больницы 69 тыс. больных, еще 30 тыс. человек поместили в вагоны-изоляторы.

Для предупреждения сыпного тифа использовали прививки разработанной проф. М. К. Кронтовской в 1942 г. сыпнотифозной вакциной. Сыпной тиф был главной угрозой. Серьезной угрозой были и другие инфекционные заболевания. Если в 1943 г. брюшной тиф встречался в 20 раз, а дизентерия в 50 раз реже, чем сыпной тиф, то в 1944 г. картина резко изменилась. Медикам пришлось развернуть боевые порядки против нового врага.

В ход было пущено все, что рекомендовали медицинская наука и практика. Проводилась тщательная санитарная очистка городов, деревень, рабочих поселков; особое внимание обращали на базары, рынки, магазины, столовые. Делались комбинированные прививки против брюшного тифа и столбняка поливакциной НИИСИ, разработанной в нашей стране. Так, против брюшного тифа в 1941 г. привили почти 15 млн человек, в 1942 г. — 19 млн, в 1944 г. — почти 20 млн. Тем, кто находился в контакте с больными, давали использовавшийся тогда брюшнотифозный бактериофаг. Открывали лаборатории, способные быстро распознать возникшее заболевание. Обеспечивалось обязательное и своевременное направление больных в госпиталь или в больницу. В очагах брюшного тифа и дизентерии проводили обязательную дезинфекцию.

Медикам приходилось много заниматься противоэпидемической работой не только в тылу, но и на освобожденных от фашистской оккупации территориях, где свирепствовали эпидемии.

**4. Организация лечебно-профилактической службы**

Серьезный экзамен держала лечебно-профилактическая служба. В результате эвакуации миллионов людей население тыловых городов и сел во втором полугодии 1941 г. значительно возросло. Как следствие этого на медиков городских больниц и поликлиник восточных районов страны легла двойная и даже тройная нагрузка. Органам здравоохранения пришлось значительно увеличить совместительство. Начали проводить переподготовку врачей поликлиник по смежным специальностям.

Значительно уменьшившиеся из-за развертывания на базе больниц и клиник тыловых госпиталей возможности стационарной помощи удалось в какой-то мере компенсировать после организации "стационаров на дому": именно в годы войны этот метод получил наибольшее развитие.

Многое было сделано для медицинского обслуживания рабочих промышленных предприятий, прежде всего оборонных, где работали, как правило, мужчины непризывного возраста, чаще всего подростки, и женщины.

Приказами и распоряжениями Наркомздрава СССР (ноябрь 1941 г. и др.) и местных органов здравоохранения для рабочих ввели преимущественное, первоочередное обеспечение медицинской помощью. Значительно увеличили количество цеховых и заводских здравпунктов, амбулаторий, поликлиник, больниц. На наиболее крупных предприятиях создали медико-санитарные части, которые лучше всего обеспечивали преимущественное обслуживание рабочих оборонных заводов. Именно в годы войны медсанчасти сформировались не просто как прикрепленные к предприятию медицинские учреждения, а как органическая, составная часть предприятия, своеобразный "цех здоровья". Во многом благодаря деятельности медсанчастей с середины 1942 г. заболеваемость рабочих на крупнейших предприятиях стала снижаться.

4.1. Организация хирургической помощи

Организация хирургической помощи на «театре» военных действий всегда была в центре внимания отечественной хирургии и ее лучших представителей. Поэтому основополагающие принципы советской военно-полевой хирургии возникли не на пустом месте, а имеют глубокие корни, уходящие к истокам ее зарождения в нашей стране.

Великий Н.И.Пирогов, анализируя и обобщая опыт хирургической работы во время кавказской экспедиции (1847 г.), крымской войны (1854—1856 гг.) и 25-летней госпитальной практики, создал гениальные «Начала общей военно-полевой хирургии». Содержание этого труда имеет непреходящее значение для понимания особенностей хирургической работы в боевой обстановке, а основные его положения получили подтверждение и дальнейшее развитие в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг.

Как известно, Н.И.Пирогов впервые определил войну, с медицинской точки зрения, как «травматическую эпидемию» и, конкретизируя это определение, писал «...как при больших эпидемиях всегда недостает врачей, так и во время больших войн всегда в них недостаток... Недостаток в руках на перевязочных пунктах и в полевых лазаретах бывал так велик, что на 100 и более тяжело раненых приходилось по одному ординатору...».

Значительным недостатком хирургических кадров характеризуется и начальный период Великой Отечественной войны.

Накануне начала Великой Отечественной войны в гражданском здравоохранении нашей страны работали 140 769 врачей из них 12 560 были хирурги всех специальностей. После нападения фашистской Германии большая часть их были мобилизованы в армию, где вместе с кадровыми военными хирургами в распоряжении Главного военно-санитарного управления оказались 10 500 хирургов. Однако уже в июле 1941 г. началось дополнительное формирование 1600 эвакогоспиталей (ЭГ) в системе Наркомата обороны, кроме того, к 1 декабря 1941 г. были сформированы 291 медсанбат (МСБ), 380 полевых подвижных госпиталей преимущественно хирургического профиля, 94 медико-санитарные роты и много других медицинских учреждений. Всего за этот период, не считая медико-санитарных рот стрелковых полков и отдельных танковых бригад, были вновь сформированы 3750 медицинских учреждений.

Наибольшие трудности при формировании этих учреждений были с хирургическими кадрами, так как для комплектования этих учреждений по самым скромным подсчетам нужно было не менее 15 000 хирургов. Поэтому в начальный период войны штатные должности хирургов в лечебных учреждениях Красной Армии были укомплектованы лишь на 58,6%, а нейрохирургами — только на 35%.

Если общий недостаток врачей можно было в какой-то степени восполнить путем ускоренных выпусков студентов старших курсов мединститутов, что только в 1941 г. дало более 30 000 врачей, то для устранения некомплекта в хирургических кадрах нужна была еще и подготовка их на практической работе или постдипломная специализация, которая была организована в широких масштабах и ее прошли тысячи врачей.

Благодаря этому к концу 2-го года Великой Отечественной войны, несмотря на боевые потери среди хирургов, обеспеченность хирургическими кадрами по всем фронтам составила 63,8%, причем в учреждениях войскового и армейского районов, где решалась судьба сотен тысяч раненых, укомплектованность хирургическими кадрами была равна 72-74%, женшины-хирурги в этих учреждениях составляли всего лишь около 30%, в то время как в ЭГ, укомплектованных хирургами только на 58,5,-50% из них были женщины. Самоотверженный труд хирургов, медицинских сестер, санитаров и в этих тяжелых условиях позволил вернуть в строй 70% лечившихся раненых. Уместно заметить, что медицинская служба американской армии, имевшая за этот же период 39 917 раненых, возвратила в строй всего 51,5% из них.

Второе положение Н.И.Пирогова гласит о том, что «...свойство ран, смертность и успех лечения зависят преимущественно от различных свойств оружия и в особенности огнестрельных снарядов...». Развивая это положение, он видел в перспективе необходимость активной хирургической деятельности при огнестрельных ранах с широким применением профилактических операций на передовых этапах хирургической помощи.

Изучение поражающих свойств оружия и боеприпасов противника, подтвердив основные положения этого принципа, внесло коррективы в прогнозы Н.И.Пирогова. Обобщая опыт хирургической обработки ран в начальный период войны, заместитель Главного хирурга Красной Армии С.С.Гирголав пришел к выводу о необходимости выделить 2 основные группы боевых ранений: раны, подлежащие активной хирургической обработке (они составляют около 80%), и раны, не требующие никаких вмешательств ни в самой ране, ни по ее поводу, за исключением туалета окружающей кожи по типу обработки операционного поля для уменьшения опасности вторичного микробного загрязнения. Этим устранялась и разноречивость в толковании самого понятия хирургическая обработка раны, так как был сформулирован единый для всех ран принцип: не стерилизовать рану с помощью оперативного вмешательства, а сделать ее наиболее подготовленной для процессов заживления и наименее восприимчивой к попавшему в нее инфекционному началу. Отрицательные последствия отступлений от этого положения, вследствие незнания поражающих свойств оружия противника и особенностей причиняемых им ранений, были нередкими в начальный период войны и хорошо известны хирургам. Следует лишь напомнить, что для реализации этих принципов в действующей армии потребовалось специальное указание начальника Главного военно-санитарного управления (ГВСУ) и Главного хирурга Красной Армии.

Третье положение Н.И.Пирогова гласит, что «...не медицина, а администрация играет главную роль в деле помощи раненым и больным на театре войны...». Уточняя это положение, НИ.Пирогов дает ему очень широкий диапазон приложения — от определения статуса общего руководства военно-медицинской службой армии до организации работы ротных санитаров. «...Если мое пребывание в Севастополе, — писал Н.И.Пирогов, — принесло какую-либо пользу, то я обязан этим независимому моему положению при штабе, которого я достиг, однако же не правами, а личностью...». В другом месте, касаясь организации работы передовых перевязочных пунктов, Н.И.Пирогов подчеркивает, что «...если врач в этих случаях...» (т. е. при поступлении значительного числа раненых) «...не предположит себе главной целью, прежде всего, действовать административно, а потом уже врачебно, то он совсем растеряется и ни голова его, ни рука не окажут помощи раненым...». Требования Н.И.Пирогова к сортировке раненых по срочности оказания медицинской помощи и показаниям к эвакуации являются общепризнанным образцом сочетания врачебного дела с военным и основополагающим элементом военной медицины вообще.

Критически рассматривая материалы крупнейших отечественных хирургов по вопросам оказания хирургической помощи на театре военных действий (Н.В.Склифосовский, Н.А.Вельяминов) и особенно работы В.А.Оппеля, начальник ГВСУ Красной Армии, выдающийся организатор гражданского и военного здравоохранения генерал-полковник медицинской, службы Е.И.Смирнов назвал эти положения Н.И.Пирогова «путевой звездой» в своей практической работе по руководству медицинской службой Красной Армии.

В развитии принципов и совершенствования организации хирургической помощи на театре военных действий большое значение имел опыт медицинского обеспечения боевых действий частей Красной Армии на оз. Хасан и р. Халхин-Гол (75% главных хирургов фронтов участвовали в организации и оказании хирургической помощи в этих военных действиях).

Этот опыт был всесторонне проанализирован и обобщен талантливым учеником В.А.Оппеля — М.Н.Ахутиным. Его работы по организации и содержанию хирургической ' помощи в этих боевых операциях привлекли широкое внимание медицинской общественности страны к проблемам хирургической патологии военного времени, что имело большое значение особенно в начальный период войны.

Неоценимое значение имело изучение уроков и обобщение опыта организации хирургической помощи во время войны с белофиннами. Эта работа была проделана главным образом П.А.Куприяновым и С.И.Банайтисом. Созданное ими руководство по военно-полевой хирургии было настольной книгой хирургов войскового и армейского районов в течение всей войны.

В результате большой оборонной работы, пронизывавшей все звенья военного и гражданского здравоохранения, советская хирургия в общем была достаточно подготовлена к оказанию хирургической помощи раненым. Она располагала опытом организации и оказания хирургической помощи как в знойных степях Монголии, так и при суровых морозах Карельского перешейка. Была выработана достаточно четко сформулированная единая доктрина военно-полевой хирургии, которая включала следующие положения: все огнестрельные раны являются микробно загрязненными; 2) единственно надежный метод профилактики и лечения раневой инфекции — хирургическая обработка ран; 3) большинство ран подлежат ранней хирургической обработке.

На заключительном этапе Великой Отечественной войны организация хирургической помощи в Советской Армии достигла весьма высокого совершенства на всех этапах медицинской эвакуации. Такой стройной и испытанной на полях сражений системы не имела ни одна из воевавших армий других стран, участвовавших во второй мировой войне. Квалифицированная хирургическая помощь почти 90% раненых оказывалась в первые 8 ч после ранения, тогда как в зарубежных армиях этот показатель равнялся в среднем 12 ч.

Получила широкое развитие и четко оформилась организационно-специализированная хирургическая помощь.

На основе опыта первых лет войны были внесены качественные изменения в структуру всей медицинской службы Красной Армии, в результате чего она стала более полно соответствовать маневренному характеру боевых действий с участием большого количества сил и средств вооруженной борьбы. Это позволило, например, в берлинской операции сосредоточить в армейских и фронтовых госпитальных базах задействованных фронтов более 250 000 коек, т. е. на 20% больше, чем было во всех лечебных учреждениях России накануне первой мировой войны.

Можно с полным основанием сказать, что в ходе Великой Отечественной войны сложилась качественно новая структура медицинского обеспечения войск, в которой хирургическая службы занимала одно из ведущих мест.

4.2. Организация педиатрической помощи

Очень много было сделано для охраны здоровья детей. Во время эвакуации из прифронтовых городов в первую очередь были вывезены воспитанники яслей, детских садов и детских домов, домов ребенка, младшие школьники. Осуществленная в первые месяцы войны эвакуация сохранила миллионы детских жизней. В январе 1942 г. правительство страны разработало меры по устройству детей, оставшихся без родителей. В стране родилось замечательное патриотическое движение по патронированию осиротевших детей. Осуществлялись меры по организации детского питания: так, например, специальным постановлением по всей стране существовавшие молочные кухни реконструировались в своеобразные "пищевые станции".

Была восстановлена нарушенная войной организация педиатрической службы. В октябре 1942 г. правительство в специально принятом постановлении обязало Наркомздрав СССР в кратчайший срок восстановить существовавшую до войны систему медицинской помощи детям, прежде всего участковый принцип деятельности детских консультаций и поликлиник. Были приняты и другие меры, в частности, по улучшению детского питания, по витаминизации пищи.

Все, что делалось в годы войны для охраны здоровья детей, дало результаты. Не в пример другим странам, смертность детей у нас за 1941—1943 гг. не только не увеличилась, но, наоборот, снизилась. Несколько поколение впервые в мировой истории удалось вывести из страшной войны с минимальными потерями. Комментируя этот факт, Н. А. Семашко указал (1947 г.) на факторы, которые этому способствовали, в том числе на государственную систему здравоохранения, на единую, продуманную, стройно построенную систему охраны материнства, младенчества и детства.

**5. Организация реабилитации раненых**

В ходе войны все большее значение приобретали вопросы не только лечения, но и быстрейшей реабилитации раненых и все более четко вырисовывалась роль военно-санитарной службы в обеспечении людскими резервами оперативных и стратегических операций Красной Армии. Медицинская служба с честью справилась и с этими задачами. Так, в I полугодии 1944 г. медицинская служба 1-го Украинского фронта возвратила в строй после окончания лечения столько личного состава, что его было достаточно для укомплектования 50 дивизий того времени. Медицинская служба 2-го Украинского фронта в последние 2 года войны возвратила в строй 1 млн 55 тыс. человек.

Во вторую мировую войну медицинская служба стала ощутимым поставщиком резервов воюющих армий. При этом поставщиком опытных, хорошо знающих военное дело обстрелянных кадров.

На выздоровевших раненых все больший спрос стал и в тылу страны. Начиная с госпитальной базы армии, а тем более госпитальной фронтовой базы нужно было четко определить и в истории болезни отметить, сколько времени нужно, чтобы тот или иной раненый был вылечен окончательно, и какое его возможное предназначение после выздоровления.

Понятно, что в начале войны опыт был еще недостаточен и элемент эвакуационный в прогностической диагностике возобладал над предсказанием окончательного предназначения выздоровевшего раненого.

Но чем больше укреплялась в работе госпиталей специализированная помощь раненым, тем все решительней командование требовало четких ответов на эти вопросы.

Госпитали для легко раненых (ГЛР) сыграли в Великой Отечественной войны огромную роль. Лечение раненых и больных в этих госпиталях, конечно, является главным. Однако они были организованы как военная часть (роты, взводы) с чисто военными командирами. В них легко раненые не только лечились, но и продолжали совершенствовать свой военный опыт (стрельба, изучение военной техники, строевая подготовка, политзанятия и т. д.). Раненые и больные, направляемые в ГЛР, имеют предназначение вернуться опять в войска своей армии либо своего фронта, в зависимости от подчиненности госпиталя. Командование армией (фронтом) очень ревниво следило за комплектованием и работой ГЛР. Это их резерв. Вследствие этого на медицинском персонале, особенно на ведущих хирургах и терапевтах, лежала очень большая ответственность. К сожалению, нужно отметить, что мы, руководящие медицинские работники, не всегда достаточно внимательно следили за работой ГЛР. Нужно было бы назначить на должность ведущего хирурга очень опытного клинициста, а выделялся обычно либо не очень «удачливый» хирург, не всегда любящий большие операции, либо в чем-то «провинившийся». Опытный, хороший хирург, любящий свое дело, относился обычно отрицательно к предложению пойти работать в ГЛР, расценивая это как унижение и обиду для себя. Такое неправильное отношение к ГЛР выправлялось, как правило, всегда очень опытными и волевыми начальниками, хорошими врачами с крепкой военной командирской «жилкой».

Мы можем гордиться тем, что в Великой Отечественной войне и в ее самый тяжелый начальный период медицинская служба оказалась на высоте своего призвания и в лечении раненых, и непосредственных боях с фашистами.

**Заключение**

Нельзя забывать, что итоги, которыми мы законно гордимся, были достигнуты ценой огромных усилий и потерь. В годы Великой Отечественной войны наша медицинская служба понесла серьезные потери. Общие потери составили 210 601 человек, что в 10,5 раза превышало потери медицинской службы армии США (19 898), а санитарные — в 7,7 раза (соответственно 125 808 и 16 248 человек): при этом 88,2% потерь приходится на рядовой и сержантский состав, т. е. на передовое звено медицинской службы, действовавшей на поле боя.

Война, навязанная нам германским фашизмом, принесла неизмеримые бедствия. Гитлеровское нашествие угрожало самому существованию нашей страны, нашего народа, под угрозой уничтожения оказалось все население страны — не только воины на фронтах, но и мирные люди в ближнем и в дальнем тылу. Ликвидировать эту угрозу, не допустить огромных людских потерь было призвано гражданское здравоохранение, действовавшее все годы войны в контакте и тесной взаимосвязи с военно-медицинской службой.

Именно деятельность государственной системы гражданского здравоохранения, а в годы войны незыблемым законом было единство целей гражданского здравоохранения и военно-медицинской службы, обусловила многие бесспорные достижения и в тылу, и на фронте.

Подвиги медицинских работников в Великой Отечественной войны были высоко оценены нашей партией и правительством: за героизм и мужество, проявленные в борьбе с немецко-фашистскими захватчиками, 44 медицинским работникам было присвоено звание Героя Советского Союза. Во время войны 285 человек были награждены орденом Ленина, 3 500 — орденом Красного Знамени, 15 000 — орденом Отечественной войны I степени, 86 500 — орденом Красной Звезды, около 10 000 — орденом Славы. Более 20 руководителей медицинской службы и главных хирургов фронтов были награждены полководческими орденами Советского Союза.

Однако военно-медицинская служба понесла и немалые потери. Точное число погибших на войне врачей, в том числе и хирургов, авторам не известно, но только из числа воспитанников нашей Военно-медицинской академии погибли на фронтах Великой Отечественной войны 525 человек. Из 472 000 медицинских работников с законченным средним медицинским образованием, имевшихся в стране накануне Великой Отечественной войны, в первый послевоенный год насчитывалось наличным немногим более 300 000, остальные в своем большинстве погибли в боях за нашу Родину.

Время сглаживает остроту событий. После окончания войны прошло шесть десятилетий. Давным-давно заросли поля былых 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. До сих пор мы ощущаем "эхо войны", ее ужасные демографические последствия: "выбитые" поколения мужчин; женщины, так и не ставшие матерями; инвалиды, чья жизнь оказалась намного короче предназначенной природой; человеческие судьбы, которые опалило, изломало, исковеркало военное лихолетье. Огромная рана, нанесенная нам войной, ноет и болит до сих пор.

**Список литературы**

Мирский М.Б. Медицина и здравоохранение в годы Великой Отечественной войны. - М.: Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2006. - №2. – С. 56-58.

Тюков Ю.А., Тарасова И.С. Тыловые госпитали в годы Великой Отечественной войны на Южном Урале. - М.: Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2007. - №1. – С. 54-56.

Шелепов А.М., Чумак А.В., Коновалов П.П. Организация эвакуации раненых и больных в период Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. - СПб.: Военно-медицинский журнал, 2004. - №5. – С. 55-61.

Колесников И.С., Лыткин М.И. Некоторые особенности организации хирургической помощи в начальный период и на заключительном этапе Великой Отечественной войны (1941-1945 гг.). М.: Вестник хирургии, 2004. – Том 163, №4. – С. 86-88.

Кнопов М.Ш., Тарануха В.К., Зубков И.А. Совершенствование организации хирургической помощи в ходе Великой Отечественной войны (К 60-летию Великой Победы). – М.: Хирургия, 2005. - № 5. – С. 61-64.

Кнопов М.Ш. Главные хирурги фронтов в годы Великой Отечественной войны. - М.: Хирургия, 2002. - № 5. – С. 60-62.