

По итогам операции были задержаны три диверсанта, также было установлено, что Павловский действительно являлся их подельником, а данные неприятели уже давно находились в розыске. Таким образом советские солдаты в очередной раз проявили мужество и стойкость, гибкость ума и с малейшими зацепками поймали профессиональную группу диверсантов врага, спасли продолжение операции Багратион, и часть Литвы была успешно освобождена. На протяжении всей войны советские солдаты совершали подвиги во имя жизни будущих поколений, умирая и заливая землю кровью, убивая врага, работая на фронте и в тылу, умело и профессионально защищали свою землю, истребляя врага везде, где бы он ни был, не смотря на все его уловки и хитрости, уничтожая его всеми способами, как бы он ни пытался обмануть, как бы ни пытался скрыться.

Советские разведчики совершили подвиг, спасши множество жизней своих соотечественников в ходе освободительной операции, сокрушив планы врага и, благодаря своему гибкому уму и профессионализму, прогнали оккупантов с нашей Отчизны.

Список литературы

1 **Балашов, А. И.** История Великой Отечественной войны (1941–1945) / А. И. Балашов, Г. П. Рудаков. – СПб. : Питер, 2006 – 456 с.

2 **Литвиенко, В. В.** Цена войны. Людские потери на советско-германском фронте / В. В. Литвиенко. – М. : Вече, 2014. – 287 с.

УДК 355.4

ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 1941–1945 гг.

В. А. БУЛЫБЕНКО, Д. Н. САЧИВКИН

Белорусский государственный университет транспорта, г. Гомель

Основополагающие принципы советской военно-полевой хирургии возникли не на пустом месте, а имеют глубокие корни, уходящие к истокам ее зарождения. 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. [1, 2].

Как известно, Н. И. Пирогов впервые определил войну с медицинской точки зрения как «травматическую эпидемию» и, конкретизируя это определение (первое положение), 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 тяжелораненых приходилось по одному ординатору...» [1–2].

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 была мобилизована в армию, где вместе с кадровыми военными хирургами в распоряжении Главного военно-санитарного управления оказалось 10 500 хирургов. Однако уже в июле 1941 г. началось дополнительное формирование 1600 эвакуогоспиталей (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 мединститут-тов, 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 %. В учреждениях войскового и армейского районов, где решалась судьба сотен тысяч раненых, укомплектованность хирургическими кадрами была равна 72–74 %, женщины-хирурги в этих учреждениях составляли всего лишь около 30 %. В ЭГ, укомплектованных хирургами только на 58,5 %, около 50 % 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 39917 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 [1, 2].

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:

1 Раны, подлежащие активной хирургической обработке (они составляют около 80 %).

2 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 заражения.

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, Н. И. 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 [1, 2].

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. Опшеля, 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. Опшеля – 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:

- 1 Все огнестрельные раны являются микробно-загрязненными.
- 2 Единственно надежный метод профилактики и лечения раневой инфекции – хирургическая обработка ран.
- 3 Большинство ран подлежит 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 течение 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 служба занимала одно из ведущих мест [3–6].

Список литературы

1 Начала общей военно-полевой хирургии, взятая из наблюдений военно-госпитальной практики и воспоминаний о Крымской [т. е. Крымской] войне и Кавказской экспедиции / Н. Пирогова. – Дрезден : Тип. Э. Блохмана и сына, 1865–1866. Ч. 1. – 1865. – [2], IX, [1], 443 с.

2 Начала общей военно-полевой хирургии, взятая из наблюдений военно-госпитальной практики и воспоминаний о Крымской [т. е. Крымской] войне и Кавказской экспедиции / Н. Пирогова. – Дрезден : Тип. Э. Блохмана и сына, 1865–1866. Ч. 2. – 1866. – [2], 629, XXXII с.

3 Михаил Никифорович Ахутин. Хирургия / Я. Г. Дубров, Б. В. Петровский, В. И. Стручков, Е. С. Шахбазян. – 1948.

4 **Петровский, Б. В.** Творческий путь Михаила Никифоровича Ахутина / Б. В. Петровский // Новый хирургический архив. – 1958.

5 **Майстренко, Н. А.** Главные хирурги фронтов (флотов) и их вклад в победу / Н. А. Майстренко, И. В. Самохвалов, Н. А. Тынякин // Вестник хирургии им. Грекова. – 2015.

6 **Глянцев, С. П.** Михаил Никифорович Ахутин, член-корреспондент АМН СССР, генерал-лейтенант медицинской службы, первый директор Института экспериментальной и клинической хирургии АМН СССР (1945–1946) / С. П. Глянцев, Г. А. Вишневская // Рожденный временем, устремленный в будущее / НИИЦ хирургии им. А. В. Вишневского. – М. : Логосфера, 2019.