

физический труд, болезни были постоянными спутниками остербайтеров. [2, с. 171].

Таким образом, руководство фашистской Германии ещё накануне войны готовилось к уничтожению мирного населения СССР, независимо от пола, возраста, национальной и религиозной принадлежности, а проводимые фашистскими захватчиками античеловеческие мероприятия на оккупированной территории нарушали все мыслимые и немыслимые правила ведения военных действий.

Литература:

1. Великая Отечественная война советского народа (в контексте Второй мировой войны: Учеб. пособие для 11 кл. Мн., 2004.
2. Памяць: Гіст. – дакум. Хроніка Мастоўскага раёна. – Мн., 2002.
3. Проэктор, Д.М. Фашизм: путь агрессии и гибели / Д.М. Проэктор. – М., 1985.

Вилькевич Е.А.

МЕДИЦИНА ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Военная кафедра

*Научный руководитель – ст. преподаватель военной кафедры
подполковник медицинской службы Флюрик С.В.*

Достижения медицины и здравоохранения в годы Великой Отечественной войны – славная страница отечественной 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.

Вся система оказания медицинской помощи в бою и последующего лечения раненых до выздоровления была построена во время Великой Отечественной войны на принципах этапного лечения с эвакуацией по назначению. Это значит – рассредоточить весь лечебный процесс в отношении раненого между специальными подразделениями и учреждениями,

представляющими собой отдельные этапы на его пути с места ранения в тыл, и проводить эвакуацию по назначению туда, где каждому раненому будет обеспечено квалифицированное и специализированное лечение¹.

В условиях полевой санитарной службы объем работы и выбор методов хирургического вмешательства и лечения чаще всего определились не столько медицинскими показаниями, сколько положением дел на фронте, количеством поступающих больных и раненых и их состоянием, количеством и квалификацией врачей, особенно хирургов, а также наличием автотранспортных средств, полевых и санитарных учреждений и медицинского оснащения, временем года и состоянием погоды.

Важнейшим органом доврачебной помощи, несомненно, являлся батальонный медицинский пункт (БМП), возглавлявшийся батальонным фельдшером. Именно он был организатором всей медицинской помощи и всех санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, проводимых в батальоне. Важнее всего для него было ускорить

¹ Принципиальная схема лечебно-эвакуационного обеспечения войск Красной Армии выглядела следующим образом:

- В войсковом тылу работал личный состав санитарных отделений рот (на ротном санитарном посту), санитарных взводов батальонов (в батальонном медпункте), санитарных рот полков (в полковом медпункте), медико-санитарных батальонов дивизий (в дивизионном медпункте), а также выделяемых из армейского звена медицинской службы хирургических полевых подвижных госпиталей первой линии. В войсковом тылу оказывалась раненым и больным первая, доврачебная (фельдшерская), первая врачебная и квалифицированная медицинская помощь.

- В армейском и фронтовом тыловых районах действовали эшелоны лечебных учреждений госпитальных баз армий и фронтов, силами и средствами которых обеспечивалось оказание всех основных видов специализированной медицинской помощи раненым и больным со сроками их выздоровления до 45-60 суток. Здесь же осуществлялось окончательное лечение всех категорий легкораненых, а также инфекционных больных.

- Все же тяжелораненые и больные, нуждавшиеся в сложном восстановительном лечении, а также «ампутанты» подлежали эвакуации за пределы фронтовых тыловых районов в тыл страны, где для них была развернута мощная госпитальная база. Единственный, так и не устраненный за годы войны порок этой системы медицинской эвакуации, в целом оправдавшейся, – многоэтапность. Связано это было с тем, что медицинская служба тех лет не обладала в достаточном количестве ни антибиотиками широкого спектра действия, ни санитарным транспортом, в первую очередь авиационным.

прибытие раненых на БМП и их отправку на полковой медпункт (ПМП). Кроме того, здесь проверялось состояние и производилось исправление ранее наложенных повязок и транспортных шин. При поступлении раненых в состоянии шока применялись сердечные и болеутоляющие средства. Раненых согревали химическими грелками и теплыми одеялами.

В свою очередь ПМП превращались из пунктов общеврачебной помощи в подготовительные хирургические этапы. На полковом медицинском пункте впервые на эвакуационном пути раненого проводилась врачебная регистрация раненых, заполнялись медицинские карточки передового района, следовавшие с ними на всем пути эвакуации. В некоторых случаях, когда возникали значительные затруднения с эвакуацией раненых из ПМП в МСБ, практиковалось направление из медсанбата хирурга в ПМП для хирургической помощи (главным образом для неотложных и срочных операций).

Третью группу медиков составляли работники стационарных госпиталей. Их особенности – высокая квалификация и специализация врачей, связь с гражданским населением.

Особую группу медиков составлял персонал санитарных поездов. Они вывозили тяжелораненых в тыл страны.

Специфический вклад медиков ПМП, медсанбатов и санитарных поездов в поэтапное лечение всей массы раненых состоит в том, что они продолжали перевязку, санобработку, сортировку, с другой стороны – обеспечивали излечение бойцов с легкими и средней тяжести ранениями, проводили огромное количество операций.

Среди санинструкторов было 40% женщин. Среди 44 медиков – Героев Советского Союза – 17 женщин. В целом в период войны смертность медработников была на втором месте после стрелковых частей. Всего за годы войны потери медицинской службы составили 210 тыс. чел., больше всего убитых и раненых было среди санитаров и санинструкторов.

Несмотря на наличие в системе лечебно-эвакуационного обеспечения войск целого ряда недостатков, эта система себя

полностью оправдала².

Время сглаживает остроту событий. После окончания войны прошло семь десятилетий. Но и сейчас война все еще не стала далекой историей, 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.

Гойдь С.И.

БЫЛ ПРАДЕДУШКА СОЛДАТОМ НА ВОЙНЕ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Кафедра социально-гуманитарных наук

Научный руководитель – к. и. н., доцент Стасевич Н.П.

*Я только раз видала рукопашный,
Раз - наяву. И сотни раз - во сне...
Кто говорит, что на войне не страшно,
Тот ничего не знает о войне.*

Юлия Друнина

Великая Отечественная пришла в Ивье уже 22 июня 1941 г. В полдень черные тарелки репродукторов начали транслировать речь В.М. Молотова о внезапном германском нападении, и примерно в это же время в районе Ивья был сброшен первый немецкий десант.

Уже с первых дней войны на Ивьевщине развернулись

² Согласно вышедшему в свет в 1993 г. статистическому исследованию «Гриф секретности снят. Потери Вооруженных Сил СССР в войнах, боевых действиях и военных конфликтах», осуществленному сотрудниками Института военной истории Министерства обороны Российской Федерации, санитарные потери ранеными и больными войск Красной Армии составили 22 млн. 326 тыс. 905 чел., (в т.ч. ранеными - 14 млн. 685 тыс. 593 чел.). Из общего числа раненых и больных было возвращено в строй 17 млн. 157 тыс. 243 чел. (76,9%), уволено с исключением с воинского учета или отправлено в отпуск 3 млн. 798 тыс. 158 чел. (17%), умерло от ран и болезней 1 млн. 371 тыс. 504 чел. Но вряд ли медикам удалось бы спасти столько жизней военнослужащих, если бы в тылу страны люди не сдавали свою кровь. Точное число доноров назвать затруднительно, на зато известно, что в 1943 г. раненым бойцам и командирам было перелито 247,9 т донорской крови, в 1944 г. - 359,6 т, а за 1945 г. - 186,3 т. Суммарная величина использованной крови только за 2,5 года войны колоссальна - 793,8 т.