

берегу Днепра. Немцы были выбиты из деревни Вербовая. Рота солдат выдвинулась из деревни, но попала под пулеметный огонь. Гитлеровцы отступили, но среди советских солдат было много убитых и раненых. Разбив для раненых палатки перед отправкой в госпиталь, войска двинулись дальше. С ранеными осталась Валерия Гнаровская. На рассвете ждали машины с красным крестом, но с восходом солнца из тыла появился фашистский танк "тигр". Гнаровская, не долго думая, собрала у раненых сумки с гранатами. Увешанная ими, она кинулась под гусеницы. Валерия погибла, но ценой собственной жизни спасла 70 раненых бойцов.

Вывод: на поле боя в годы Великой Отечественной войны военными медиками было совершено большое количество подвигов, 47 из них получили за это высокое звание Героя Советского Союза. Медиками за годы войны была оказана помощь миллионам раненых и больных, большинство из которых возвращено в строй. Это явилось весомым вкладом в общую победу над врагом. Именно поэтому труд военных медиков в годы Великой Отечественной войны по всей справедливости называется гуманным, самоотверженным и героическим.

Литература

1. Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны, 1941-1945 гг.: сборник документов и материалов / сост. Л.И. Завалищенко и др. – М.: Медицина.
2. Иванов Н. Г. Советское здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 / Н. Г. Иванов, А. С. Георгиевский, О. С. Лобастов. – Л.: Медицина, 1985

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ РАНЕННЫМ В ЧЕРЕП ВО ВРЕМЯ БОЕВОЙ ОПЕРАЦИИ «ОСВОБОЖДЕНИЕ БЕЛАРУСИ»

Воробей В.Ю.

*Гродненский государственный медицинский университет
Научный руководитель – подполковник м/с Лескевич К. Л.*

Мной были изучены материалы по оказанию помощи раненым в череп и головной мозг во время одной из самых крупных и значимых для нашей страны операции: освобождение Беларуси – наступление и преследование разгромленного противника с 23 июня 1944 г. по 18 июля 1944 г.

Естественно, что условия оказания медицинской помощи раненым в череп были наиболее трудны с точки зрения как боевой и санитарно-тактической обстановки, так и количества раненых, поступавших в лечебные учреждения.

Первую помощь раненым в череп на поле боя в преобладающем большинстве оказывали санитары и санитарные инструкторы.

Розыск раненых на поле боя во время прорыва обороны противника производился на резко заболоченной местности. Хотя боевая операция

происходила в условиях теплого летнего периода с солнечной погодой, однако частые грозовые дожди поддерживали заболоченность территории боев и размывали в ряде случаев дороги.

Вынос раненых в череп с поля боя осуществлялся на носилках, а также при помощи плащ-палаток и других подручных средств санитарями-носильщиками или специально выделенными бойцами. В этот период отмечено несколько случаев позднего выноса раненых, находившихся в бессознательном состоянии, вследствие невозможности подойти к ним из-за сильного вражеского огня. После подавления огневых точек противника эти раненные в череп были вынесены на БМП.

Вынос большинства раненых производился чаще всего до мест укрытия. От укрытия до БМП раненых в ряде случаев доставляли на собачьих упряжках. В дальнейшем в связи с продвижением наших частей вперед доставка раненых на БМП стала осуществляться конным транспортом. С выходом армии на оперативный простор вынос раненых с поля боя облегчился. Так как наши части быстро продвигались вперед, в большинстве случаев оказывалось возможным не выносить раненых далеко, а собирать их в местах укрытия и передавать подходившим БМП и ПМП.

На ПМП проверяли или вновь накладывали повязки на голову, проверяли правильность наложения шин, если одновременно имелось ранение конечностей, а также проводили по показаниям противошоковые мероприятия (морфин, алкоголь, средства, возбуждающие сердечно-сосудистую и дыхательную деятельность, и т.д.).

Эвакуация раненных в череп с ПМП осуществлялась транспортом санитарных рот. В дальнейшем боевые действия продвигающейся армии развернулись на равнинной местности с широко развитой сетью проселочных и шоссежных дорог, редкими, разбросанными участками леса, многочисленными реками, большими и малыми болотами. Таким образом, доставка раненых на ПМП на одних участках фронта осуществлялась в благоприятных условиях, на других же была несколько затруднена ввиду необходимости преодолевать естественные преграды.

Условия работы дивизионных медицинских пунктов во время боевой операции были различны.

В начале боев при прорыве обороны противника ДМП развертывались в палатках. Вследствие угрозы с воздуха, а также из-за отсутствия лесных массивов на протяжении большинства пути приходилось при преследовании врага развертываться в помещениях. Это позволяло, кроме того, сразу же по прибытии на новое место назначения включаться в лечебную работу.

За время боевой операции ДМП сменяли свою дислокацию по 20-26 раз, эшелонируясь в пути следования. Головной эшелон ДМП развертывал все подразделения и оказывал полную хирургическую помощь поступавшим раненым. Второй эшелон ДМП обслуживал нетранспортабельных и послеоперационных раненых, оставленных на предыдущих местах расположения, ожидая подхода ХППГ или эвакуируя выведенных из тяжелого

состояния раненых. Отдельные ДМП из-за условий оперативно-тактической обстановки разделялись на несколько эшелонов. Это, однако, не нарушало их работы. В отдельных случаях, когда было крайне трудно развернуть ДМП, часть более легко раненых направляли без туалета ран в ХППГ первой линии.

Данная боевая операция характеризуется уменьшением числа оперативных вмешательств при проникающих ранениях черепа на ДМП. К ним прибегали только в случаях, когда предполагалось внутричерепное кровотечение. Наряду с этим, раненым в мягкие ткани черепа первичная обработка ран производилась более широко, если на ДМП имелись для этого соответствующие условия.

В ходе боев и преследования противника медицинская помощь раненым в череп обеспечивалась маневром нейрохирургических групп ОРМУ, которые придавались в один из передовых ХППГ и обслуживали поступавших раненых.

В частности, во время боев на рубеже р. Бобр и подхода к Березине специализированную помощь раненым в череп осуществлял ХППГ, располагавшийся вблизи от места боев. В этом ХППГ работала нейрохирургическая группа ОРМУ, прибывшая из первого специализированного госпиталя.

Условия развертывания и работы госпиталя в первые дни были трудными, так как часть имущества этого ХППГ находилась еще в пути. Понадобились также значительные усилия, чтобы распределить поступивших раненых по локализации ранения и обеспечить их специализированной помощью.

Форсировав Березину, армия продолжала свое стремительное наступление. В этот период вперед выдвинулись различные ХППГ.

У р. Бобр организовалась межармейская госпитальная база, которая имела в своем составе несколько госпиталей фронта, в том числе и специализированный эвакуогоспиталь для раненных в череп. Создание этой межармейской госпитальной базы позволило значительно сократить пути эвакуации раненых из армейских ХППГ.

Две нейрохирургические группы ОРМУ осуществляли специализированную помощь раненым в череп в передовых армейских ХППГ, передвигаясь методом «перекатов». Таких «перекатов» во время боевой операции после форсирования Березины было сделано три:

- 1) в ХППГ, который принял на себя раненных в череп при ликвидации одного из крупных узлов сопротивления противника;
- 2) в ХППГ, который принял на себя раненных в череп во время наступательных боев при подходе к Неману;
- 3) в ХППГ, принявший на себя раненных в череп при форсировании Немана и во время боев за плацдарм на западном его берегу.

Из этого следует, что во время данной боевой операции медицинская помощь раненым в череп оказывалась вначале на базе специализированного ХППГ, располагавшегося на исходном положении в центре армии, затем в одном из передовых ХППГ, куда была прикомандирована нейрохирургическая

группа ОРМУ, и, наконец, после форсирования Березины и во время боев на Немане в выдвигаемых поочередно вперед трех ХППГ.

Как уже отмечалось, в госпитале работали две нейрохирургические группы ОРМУ. Ими были произведены операции у 82,0% всех поступивших раненных в череп. Иначе говоря, практически все раненые, нуждавшиеся в обработке, были оперированы. Исключение составила лишь группа крайне тяжело раненных, которым операция была противопоказана.

В частности среди раненных в череп с повреждением костей операции подверглось 70,5%.

В группе раненных в мягкие ткани черепа первичная обработка произведена в 98,0% случаев. Столь высокий процент оперируемости среди легко раненных объясняется тем, что значительная часть из них, получившая ранения только кожи или не нуждавшаяся в операции, была ранее оставлена на ДМП или направлена в ГЛР. В специализированный ХППГ направляли тех раненных в мягкие ткани черепа, которые нуждались в более детальном обследовании и первичной обработке раны.

Среди всех операций при ранениях черепа около половины составили трепанации, так как количество поступивших раненных в череп с повреждением костей было больше, чем раненных в мягкие ткани.

Операции обычно производили под местной анестезией. В редких случаях для ингаляционного наркоза применялся хлорэтил в комбинации с эфиром. При трепанациях черепа кровотечения из венозных синусов отмечены в 3,4% случаев. Гемостаз осуществлялся обычно с помощью свободной пластики кусочка мышцы.

У 5,0% раненных в череп с повреждением костей отмечены инфекционные осложнения со стороны мозга и его оболочек. Менингит наблюдался у 0,3%, менинго-энцефалит – у 2,8%, энцефалит – у 1,4% и ранние абсцессы мозга – у 0,5% этих раненных. Лечение менингита и менинго-энцефалита проводилось по обычным схемам сульфаниламидами одновременно со спинномозговыми пункциями и введением в субарахноидальное пространство 0,8% раствора стрептоцида. Абсцессы мозга вскрывали и дренировали тонкими полосками резины. При вскрытии абсцессов в ряде случаев из полости абсцесса были удалены костные осколки, а у одного раненого – металлическое инородное тело.

Таким образом, несмотря на сложный характер боевых действий войск, начавшихся с прорыва обороны противника, стремительного продвижения с боями вперед и форсирования крупных водных рубежей и закончившихся боями на Немане с захватом плацдарма на западном его берегу, медицинская помощь раненным в череп была обеспечена во все периоды боевой операции благодаря умелому маневру армейскими и фронтовыми специализированными лечебными учреждениями.

Следует особо отметить положительную роль распределительных пунктов, которые обеспечили направление раненных в череп строго по назначению.

Литература

1. Смирнов Е. И.. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. [Текст] : [в 4 ч. : в 35 т. / гл. ред. Е. И. Смирнов ; редкол.: Н. Н. Аничков и др.]. – Москва : Государственное издательство медицинской литературы, 1949 - 1955. Ч. 1 : Хирургия, Т. 5 : Течение и исходы огнестрельных ранений черепа в зависимости от различных условий боевых действий войск. - 1951.

БОЕВЫЕ НАГРАДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Голуб Г.В.

*Белорусский государственный медицинский университет
Научный руководитель – полковник м/с в запасе Лебедев С.М.*

Великая Отечественная война была трудным периодом в истории человечества, одной из жестоких «войн на уничтожение». Под угрозой находилось существование не только государств, но и многочисленных народов. Согласно документам, оставшимся в фашистских архивах, при подготовке Генерального плана «Ост» и «Зеленой папки» Г.Геринга, планировалось полномасштабное уничтожение советских граждан (вне зависимости от национальности) и ограбление захваченных государств. С первых дней войны немецко-фашистские захватчики устраивали этнические чистки, создавали концлагеря, расхищали культурное наследие.

В годы Великой Отечественной войны происходило становление советской наградной системы, обеспечившей поощрение отличившихся военнослужащих. В этот период вводятся новые награды и устанавливается иерархия имеющихся.

В течение начального периода войны отличившихся в бою военнослужащих награждали орденами и медалями, учрежденными еще в предвоенные годы. Это были ордена Красного Знамени, Красной Звезды, медали «Золотая Звезда», «За отвагу», «За боевые заслуги». В ходе войны появилась необходимость учредить новые боевые награды. Первым в серии орденов военного времени стал орден Отечественной войны двух степеней. (Указ Президиума Верховного Совета СССР от 20 мая 1942 г.).

Поскольку война против фашистской Германии приобрела характер отечественной, было признано целесообразным учредить ордена, названные именами великих русских полководцев Александра Суворова, Михаила Кутузова и Александра Невского (Указ Верховного Совета СССР от 29 июля 1942 г.) При разработке орденов художники впервые обратились к традициям дореволюционной России, а введенные в 1943 г. новые правила ношения орденов во многом соответствовали правилам, существовавшим в русской армии.

Летом 1943 г. Красная Армия перешла в решительное наступление и нанесла врагу ряд сокрушительных ударов. Войска изгнали немецко-