

Литература:

1. Ногаллер, А. М. Хуже смерти [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.berkovich-zametki.com/Nomer23/Nogaller1.htm> – Дата доступа: 22.03.2020.
2. Дахау [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://vas3k.ru/world/dachau/> – Дата доступа: 22.03.2020.
3. Al Aan: Дикие эксперименты немцев можно объяснить только безумием [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://russian.rt.com/inotv/2015-05-07/Al-Aan-Dikie-eksperimenti-nemeckih> – Дата доступа: 25.03.2020.

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Чайковский В.В.

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

За четыре года войны военные медики вернули в строй более 17 миллионов раненых и больных, в то время как средняя численность РККА в 1941-1945 годах составляла порядка 5 млн человек. Эти усилия не остались незамеченными: в военные годы звания Героя Советского Союза удостоены 44 медицинских работника и 285 медиков награждены орденом Ленина. А всего в ходе Великой Отечественной войны орденами и медалями были награждены свыше 115 тысяч сотрудников системы военно-медицинской помощи РККА.

Размеры боевых потерь зависят от многих факторов: масштабов и целей вооруженной борьбы, боевых и моральных качеств личного состава, количественных и качественных характеристик вооружения и средств защиты от них, других факторов, связанных с ведением боевых действий. Исходы ранений также находятся в зависимости от физических возможностей организма пораженного в бою воина, от уровня организации и качества медицинской помощи раненому, что, в конечном счете, обеспечивает тому реализацию права на жизнь.

Названные положения легли в основу советской военно-медицинской доктрины, действовавшей в период Великой Отечественной войны, согласно которой все огнестрельные раны являются первично загрязненными. Единственным надежным методом предупреждения развития инфекции в этом случае становится возможна ранняя хирургическая обработка, в которой нуждаются практически все раненые. Это в свою очередь обеспечивает наилучший прогноз течения и исхода ранения. Следовательно, оказывать первую помощь раненым и выносить их с поля боя необходимо во время ведения боевых действий, не считаясь с огнем противника. А общая врачебная и специальная хирургическая помощь раненому должна быть максимально приближена к линии фронта. Однако конкретные условия боевой обстановки (часто неблагоприятные) вынуждали военных медиков иногда отходить от

принятых взглядов, либо корректировать их.

В годы войны основной формой поражения войск были огнестрельные ранения. Среди умерших на поле боя пораженные с одиночными огнестрельными ранениями составляли около 90,3%. При этом осколочные ранения значительно преобладали над пулевыми (64,0% против 34,5%), а черепно-мозговые смертельные травмы – над остальными: они составляли 54,8% (у большинства солдат отсутствовали стальные шлемы). Причинами смерти являлись: в 11% случаев – тяжесть самого ранения, в 14,5% – шок, в 5,3% – кровопотеря и в 61,4% – инфекция раны.

Лечение раненого начиналась с момента подачи ему первой помощи, которая в 84% случаев оказывалась на поле боя. Обобщенные данные о сроках и характере оказания первой медицинской помощи показывают, что 93% раненых получали ее в течение трех часов с момента ранения. Около 6% раненых оказывали себе самопомощь, около 33% пользовались взаимопомощью, в 53% случаев первая помощь оказывалась санитарями и ротными санинструкторами. То есть самую первую помощь раненый красноармеец получал от бойцов санитарного отделения. Их было пятеро на восемь десятков бойцов и офицеров обычной стрелковой роты. Первоначально по штату на санотделение полагался всего один пистолет командира отделения, как правило, в звании сержанта. Только в ходе войны все санитары и санитарки (доля женщин в этом звене медслужбы составляла 40%) получили личное оружие. Но санитарное отделение могло оказать только самую необходимую и простую первую помощь раненым товарищам, поскольку из медоборудования в его распоряжении были лишь сумки санинструктора (он же командир отделения) и санитаров, чаще – санитарок.

Примерно такими же были обязанности санитарного взвода батальона, в составе которого воевали семь бойцов – три санинструктора и четыре санитары – под командованием офицера-военфельдшера. Их медицинский инструментарий был шире, чем у санотделения, но ненамного, поскольку задача оставалась прежней: как можно быстрее отправить раненого в ближайший тыл, где ему смогут оказать первую врачебную помощь (т.е. в полковой медицинский пункт). Командир санвзвода устанавливал очередность и способ эвакуации раненых. В первую очередь отправлялись тяжелораненые, имевшие поражения крупных кровеносных сосудов, брюшной и грудной полости, раненые, имевшие наложенные жгуты. Раненым, находившимся в состоянии шока, производились простейшие противошоковые мероприятия. На батальонном МП проводилась регистрация смерти раненых, наступившей в пути следования к санитарному взводу или в расположении медицинского пункта.

Первую помощь могли себе оказать также сам раненый или другие лица, находящиеся поблизости, используя перевязочные пакеты. Раненого могли переносить в тыл здоровые бойцы, но в данном случае они подвергали себя опасности быть расстрелянными без суда и следствия заградотрядами в случае, если раненый скончался во время эвакуационных мероприятий.

Первая помощь заключалась в наложении раненому повязки, которая предохраняла рану от дальнейшего загрязнения, останавливала кровотечение и уменьшала боль. Кроме того, первая помощь оказывала положительное психологическое воздействие на бойца, помогала отогнать возникавшую у бойца мысль об обреченности, поднять моральный дух воина, укрепляя веру в спасение. Если раненый находился в укрытии, санитар после наложения повязки указывал тому направление движения на медицинский пункт (при легком ранении) или оставлял в укрытии, приняв меры к защите от непогоды (при тяжелом ранении), и установленным сигналом вызывал санитаров-носильщиков, обозначив место приметным знаком. «Руководство для ротных санитаров и санитаров-носильщиков», введенное приказом начальника Главного военно-санитарного управления Красной Армии от 5 февраля 1942 года, в числе основных обязанностей санитаров определяло защиту раненых «как положенным ему, так и положенным каждому бойцу оружием».

Санитары-носильщики в количестве двух человек входили в одно звено с санитаром. Звено выделялось стрелковому взводу и подчинялось санинструктору роты. В обязанность санитаров-носильщиков входил вынос раненых из ротного района до батальонного, а иногда и до полкового медицинского пункта. Помимо этого санитары-носильщики обязаны были исправлять плохо наложенные или сбившиеся повязки и в необходимых случаях оказывать первую помощь. Санинструктор, являясь командиром санитарного отделения роты, руководил действиями санитарных звеньев, проверял правильность наложения повязок, шин и жгутов. Он принимал меры к быстрой эвакуации из ротного района тяжелораненых и воинов с ранениями средней тяжести, выделяя из них раненых для внеочередной эвакуации и срочного хирургического вмешательства. Выносу раненых уделялось особое внимание. С санитарями-носильщиками регулярно проводились инструктажи и тренировки применительно к условиям той местности, где им предстояло выполнять боевую задачу. Проводилось также специальное обучение вновь назначенных санитаров. В тыловых районах страны действовали школы санинструкторов, которые комплектовались военными старших призывных возрастов. В каждой формируемой стрелковой дивизии создавались курсы по подготовке санинструкторов.

Раненые бойцы с поля боя должны были эвакуироваться до перевязочных пунктов обязательно с оружием. При перевязочных пунктах имелись пункты по сбору оружия, откуда оружие должно было немедленно направляться в обоз боевого питания части.

В приказе НКО № 281 от 23 августа 1941 года «О порядке представления к правительственной награде военных санитаров и носильщиков за хорошую боевую работу» указывалось, что за вынос с поля боя 15 раненых с их винтовками или ручными пулеметами санитаров и носильщиков представлять к награждению медалью «За отвагу» или «За боевые заслуги», за вынос 25 раненых с их оружием – орденом «Красная Звезда», за вынос 40 раненых – орденом «Красное Знамя», за вынос 80 раненых – орденом Ленина.

То, что творила советская военная медицина в годы Великой Отечественной войны, без преувеличения можно назвать подвигом. Благодаря стараниям врачей, фельдшеров, медсестёр и санитаров более 70% раненых и 90% больных солдат смогли снова вернуться на фронт. Военные медики внесли свой весомый вклад в дело общей победы.

Литература

1. Лысенков, С. Г. – Организация медицинской помощи военнослужащим Красной Армии в период Великой Отечественной войны // Genesis: исторические исследования. – 2016. – № 3. – С. 260-282.

БОРЬБА С СЫПНЫМ ТИФОМ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Чепукойть Т.В.

*Гродненский государственный медицинский университет,
Научный руководитель - к.м.н., доцент, полковник м/с Новоселецкий В.А.*

В победе нашего народа в Великой Отечественной войне немаловажная роль принадлежала врачам и медицинским работникам, возвращавшимся в строй солдат и офицеров Красной Армии. В этой связи большое значение придавалось «предупредительной» медицине в работе врачей-эпидемиологов, обеспечивающих противоэпидемиологическую защиту войск.

Работа эпидемиологической службы включала проведение санитарно-эпидемиологической разведки, профилактику инфекционных заболеваний, особенно сыпного и брюшного тифа, дизентерии, а в условиях Западного фронта – туляремии и др. В трудные годы войны четко координировалось проведение санитарно-гигиенических, противоэпидемических, а также лечебно-профилактических мероприятий в действующей армии и тылу, особенно среди населения, занятого на работах оборонного значения и освобожденных из концлагерей. Известно, что в лагерях смерти фашисты умышленно распространяли эпидемию сыпного тифа, с целью заражения наступающих войск, поэтому все мероприятия медицинской службы в освобожденных лагерях смерти были направлены на ликвидацию последствий бактериологической диверсии. Среди освобожденных из концлагерей, вошедших в историю Великой Отечественной войны под названием «лагерей смерти», было выявлено 1599 больных инфекционными заболеваниями, из которых у 1326 был сыпной тиф. Как установлено Чрезвычайной Государственной Комиссией, гитлеровские палачи преднамеренно, с целью распространения сыпного тифа среди населения и частей Красной Армии, размещали сыпнотифозных больных вместе со здоровым населением, заключенным в концлагеря. Наступающим частям Красной Армии угрожала опасность. Условиями проведения оздоровительных мероприятий были чрезвычайно трудными. Этому способствовали большая скученность населения, постоянная миграция неблагополучного в отношении сыпного тифа