

имели и младшие лейтенанты), гвардии старшина П.Дубинда и старший сержант Н. Кузнецов.

Андрей Васильевич Алешин встретил Великую Отечественную уже бывалым солдатом-артиллеристом. Он участвовал в войне с белофиннами, освобождал земли Западной Белоруссии и Западной Украины. В 1941 году защищал Москву, освобождал Варшаву и закончил войну в Германии, получив медаль "За взятие Берлина". Дважды – на территории Польши осенью 1944 года и в Германии в феврале 1945 года – орудие А. Алешина меткой стрельбой прямой наводкой срывало многочисленные атаки противника. За эти подвиги храбрый сержант был награжден орденом Славы III и II степени, а солдатскую награду высшей степени он заслужил за разгром офицерского артиллерийского училища в Померании в марте 1945 года. Через два месяца, 31 мая 1945 года, Указом Президиума Верховного Совета СССР "за проявленный героизм при выполнении боевых заданий командования в борьбе с фашистскими захватчиками" Андрей Васильевич Алешин получил звание Героя Советского Союза.

Среди полных кавалеров ордена Славы есть четыре женщины: снайпер старшина Н. Петрова, пулеметчица сержант Д.Станиелене, медсестра старшина М.Ноздрачева и воздушный стрелок-радист гвардии старшина Н. Журкина, Восьми полным кавалерам ордена Славы в послевоенные годы присвоено высокое звание Героя Социалистического Труда. Всего в годы Великой Отечественной войны было выдано около миллиона знаков ордена Славы III степени.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ РУССКОЙ АРМИИ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ 1812 ГОДА

Леонков А.С., 4 к., 5 гр., ЛФ

Военная кафедра

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

*Научный руководитель – начальник учебной части –
заместитель начальника кафедры, полковник м/с Дрокин А.В.*

Цель. Исследовать структуру медицинской службы, оборудование, применение медицинских средств в полевых условиях, наличие медицинского персонала, узнать их квалификацию, сте-

пень эффективности медицинской помощи в Отечественной войне 1812 года.

В войне 1812 года положение медицинской службы существенно изменилось по сравнению с предыдущими военными конфликтами. В связи с развитием военной техники резко возросли потери от ранений, увеличилось количество безвозвратных потерь. Уже в первом сражении под Витебском русская армия потеряла убитыми 1245 человек, 1184 пропавшими без вести, 2267 ранеными. Бородинское сражение выбило из строя 42,5 тысячи человек. Французы оставили на поле боя 58 000 убитых и раненых, или 43%. Таким образом, из разных источников можно сказать, что с 1812 по 1815 гг. русская армия потеряла 210.000-215.000 человек. Смертность среди раненых – 7-17%.

Первые месяцы войны русская армия не имела лечебно-эвакуационного плана. Я.В.Виллие, возглавлявший медицинскую службу, почему-то не придавал значения этому делу сразу, ожидая специального рескрипта, который последовал только перед сражением за Смоленск. Лечебно-эвакуационные вопросы поэтому решались самостоятельно каждой армией, ее главнокомандующими и полевыми генерал-штаб-докторами. Последними в армии были Геслинг, Витмар, Буттац.

С началом боевых действий, из-за большого количества раненых, пришлось отказаться от порядка оказания медицинской помощи на месте, то есть вблизи от места ранения, как это было принято в войнах XVIII в.

В 1812 году была в основном сформирована военно-санитарная организация русской армии. Ее основы изложены в утвержденном 27 января 1812 года "Учреждении для управления большой действующей армии", подготовленном специальной конференцией во главе с военным министром Барклаем-де-Толли.

Первый план эвакуации раненых, составленный главным медицинским инспектором русской армии Я.В. Виллие, был представлен начальнику штаба армии генералу А.П. Ермолову накануне сражения за Смоленск. В соответствии с планом главным пунктом сбора раненых намечался Смоленск, из которого они должны были направляться во второлинейные и третьели-

нейные госпитали, дислоцировавшиеся в Гжатске, Вязьме и Москве.

На основе разработанного порядка медицинской эвакуации впервые был введен эвакуационный документ с обозначением маршрута следования и конечного пункта. Этот документ выдавался на руки раненым при направлении их в определенные госпитали.

Структура медицинской службы

Важными составляющими частями "Учреждения..." являлись "Положение для временных военных госпиталей при большой действующей армии" и "Положение о развозных и подвижных госпиталях армии". Суть этих положений можно свести к следующему:

1. В составе армии учреждались развозные и подвижные госпитали, а в тылу армии – главные временные госпитали.

2. Снабжение лекарствами и врачебными припасами – централизованное: Петербургский главный аптечный магазин – армейские запасные аптекарские магазины – полковые аптеки.

3. Общее руководство всей госпитальной частью по хозяйственной линии осуществлялось директором военных госпиталей, а по медицинской – главным доктором госпиталей.

4. Непосредственно вблизи места сражения, в укрытиях или складах местности, разворачивались полковые перевязочные пункты (ППП), обозначенные флагом или другими какими-нибудь знаками. Пункты предназначались для первичной перевязки всех раненых, остановки угрожающих кровотечений и подготовки раненых к эвакуации в развозные госпитали. Каждый пункт был оснащен перевязочным материалом, хирургическим инструментарием и обеспечивался медикаментами из полковой аптечной фуры.

5. За ППП следовала линия развозных госпиталей (РГ), предназначенных для оказания первой помощи раненым (обработка ран, операции, перевязки, иммобилизация), их питания и доставки в подвижные госпитали 1-й линии. В состав РГ, оснащенных лазаретными (на 4-6 тяжелораненых) и аптекарскими фурами, входил медицинский персонал, прикомандированный из войсковых частей. Во главе медицинской части каждого госпиталя назначались наиболее опытные дивизионные и корпусные

врачи. Места для РГ определялись главнокомандующим в день сражения в трех пунктах за линиями армий, соответственно чему госпитали именовались: 1-й – центральным, 2-й и 3-й – фланговыми.

6. РГ в отношении направления раненых были прикреплены к подвижным госпиталям (ПГ), которые придавались корпусам и именовались по ним, а предназначались для лечения раненых и больных во время движения армии. В частности, ПГ 1-й линии обеспечивали размещение, питание и регистрацию раненых, производили необходимые операции, хирургическую обработку и перевязку ран, временную госпитализацию нетранспортабельных и окончательную – легкораненых, а также дальнейшую эвакуацию в ПГ 2-й линии. Последние, в свою очередь, госпитализировали раненых со сроками излечения до 40 дней и обеспечивали эвакуацию в главные временные госпитали всех, "долговременными болезнями одержимых", и тех, "которые и по излечении не в состоянии будут продолжать службу".

7. Наконец, главные военно-временные госпитали занимались лечением всех присылаемых раненых и больных и развертывались в соседних губерниях, не затронутых непосредственно военными действиями.

Таким образом, в Отечественную войну 1812 года в русской армии, впервые в практике военно-врачебного дела, была введена новая лечебно-эвакуационная система, названная впоследствии дренажной.

Непосредственное руководство работой госпитальной части осуществлял генерал-интендант Е.Ф. Канкрин (1774-1845).

Оказание медицинской помощи в полевых условиях организовывал в армии полевой генерал-штаб-доктор. Работой главных военно-временных госпиталей руководил директор госпиталей (не врач, из генералитета); выносом раненых с поля боя занимался генерал-гевальдигер, командовавший военной полицией; эвакуацию раненых и больных осуществлял генерал-вагенмейстер, распоряжавшийся транспортом.

Эта характерная для того времени расплывчатость затрудняла организацию лечебно-профилактической помощи раненым и больным, но она была единственно возможной: только совокупность мероприятий многих начальников под руководством глав-

нокомандующего давала возможность наиболее полно использовать все возможные средства армии и страны.

Во время войны 1812 года были в основном рубящие огнестрельные ранения, которые вызывали кровопотерю, повреждение костей и внутренних органов. В связи с этим врачи проводили экстренные операции в полевых условиях.

Первая операция с анестезией была проведена в США в октябре 1846 года. В русской военной медицине 1812 года применялось альтернативное средство наподобие деревянного молотка, обвязанного тряпками, чтобы смягчить удар. Человек терял сознание и можно было проводить хирургическое вмешательство. После применения этого средства у людей было сотрясение мозга, которое могло сказаться в дальнейшем.

Выводы: Врачей в русской армии, конечно, не хватало для своевременного и высококачественного лечения раненных и больных. Особенно недоставало их на ряде важных участков. Но, во-первых, достаточного количества врачей не было ни в одной войне. Во-вторых, большую помощь врачам оказывали школьные фельдшера, отряд которых составлял не менее 4000 человек. А по своей подготовке русские школьные фельдшера превосходили многих французских хирургов. Наконец, и это самое главное, решающую роль играло не столько количество, сколько качество. Знания и опыт русских врачей и всего медицинского персонала, их самоотверженность и высокий патриотизм помогали им творить настоящие чудеса и преодолевать любые трудности.

ВКЛАД УЧЕНЫХ-МЕДИКОВ В РАЗВИТИЕ ВОЕННОЙ ГИГИЕНЫ

Майсюк А.И., Осипчик Д.С., 2 курс, 1 гр., МДФ (МДД)

Кафедра общей гигиены и экологии

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель – ст. преподаватель Губарь Л.М.

«Девиз гигиены: сделать развитие человека более совершенным, упадок – менее быстрым, жизнь – более сильной, а смерть – более отдаленной».

Э.А. Паркс

Начиная с древних веков, медицина стремилась достичь своей цели, используя два стратегических направления – лечение