

Литературные источники:

1. Дети блокадного Ленинграда: проблемы спасения и защиты. Беспризорность и безнадзорность в России: история и современность : материалы науч.-практ. конф., СПб, 28 октября 2008 г. / Б. П. Белозеров ; сост. М. В. Мишенкова, И. О. Гарькуша. – СПб: Лики России, 2009. – С. 54-65.

2. Дунбинская, Т. И. Проблема организации детского питания в Западно-Сибирском регионе в годы Великой Отечественной войны (1941-1945) / Т. И. Дунбинская // Весн. Томского государственного университета. – 2011. – № 353. – С. 70-73.

3. Микиртичан, Г. Л. Характеристика патологии и организация питания детей в Ленинграде в годы Великой Отечественной войны / Г. Л. Микиртичан // Вопросы современной педиатрии. – 2010. – № 3. – С. 158-162.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Сунцов С.Р.

Гродненский государственный медицинский университет
г. Гродно, Беларусь

Научный руководитель – преподаватель военной кафедры,
подполковник м/с Корнейко П.Л.

Чем дальше в историю уходят трагические годы Великой Отечественной войны, тем полнее и ярче встает перед нами героический подвиг народа и его вооруженных сил, тем яснее видится, какой ценой досталась победа, какую лепту в дело победы внесла медицина.

По итогам военных кампаний 1939-1940 гг. были внесены значительные изменения в штатно-организационную структуру медицинской службы, в том числе было создано Главное военно-санитарное управление РККА, которое возглавил Ефим Иванович Смирнов (впоследствии генерал-полковник медицинской службы, академик АМН СССР). В мае 1941 года были введены в действие единые формы персонального учета раненых и больных, статистической отчетности об их движении и исходах лечения, был создан штат главных специалистов по медицинским направлениям.

За 1941-1945 гг. вузами страны было подготовлено и направлено в действующую армию более 65 тысяч врачей и призвано из запаса 80 тысяч врачей. В основном кадровые задачи были решены.

Е. И. Смирнов писал: «Важное место принадлежит организации медицинского снабжения войск. Четкая организация должна обеспечивать маневр медицинским имуществом боевого обеспечения и чем выше медицинский начальник, тем большими правами он должен располагать для осуществления маневра». И 30 июня 1941 года была утверждена «Инструкция по снабжению медико-санитарным имуществом в действующей армии». В феврале 1942 года разработана единая военно-полевая медицинская доктрина.

Содержание этой доктрины основывается на следующих положениях:

- все огнестрельные раны являются первично-инфицированными;
- единственно надежным методом борьбы с инфекцией огнестрельных ран является первичная обработка ран;
- большая часть раненых нуждается в ранней хирургической обработке;
- раненые, подвергнутые в первые часы ранения хирургической обработке, дают наилучший прогноз.

Еще Николай Иванович Пирогов отмечал, «что к достижению благих результатов в военно-полевых госпиталях необходима не столько научная хирургия и врачебное искусство, сколько дельная и хорошо учрежденная администрация».

Главной задачей медицинской службы была сортировка раненых, поступающих с поля боя на перевязочные пункты. Одним из наиболее ярких показателей организованности полевой медицинской службы, имевшим первостепенное значение для всей последующей хирургической работы, являлось время поступления раненого после ранения на полковой медицинский пункт (ПМП), где ему обеспечивалась первая врачебная помощь. Основным требованием к медицинской службе было обеспечение прибытия всех раненых на полевой медицинский пункт в пределах до 6 часов после ранения и в медсанбат – до 12 часов. Если раненые задерживались на ротном участке или в районе батальонного медпункта и прибывали после названных сроков, то это рассматривалось как недостаток организации медицинской помощи на поле боя. Оптимальным сроком для оказания первичной хирургической помощи раненым в медсанбате считался срок в пределах шести-восьми часов после ранения.

В июле 1941 года ГВСУ были разосланы указания по военно-полевой хирургии всем врачам полевой медслужбы, в которых говорилось, что основной задачей медслужбы является возвращение в строй излеченных от ранений и болезней бойцов.

Сложности работы, с которыми пришлось столкнуться медикам во время войны:

- количество раненых определялось складывающейся боевой обстановкой;

- обязательный учет того, что войска в боях несут неодинаковые и неодновременно возникающие потери в живой силе;

- нехватка хирургов общего профиля и специалистов по лечению боевых повреждений органов и тканей организма;

- еще одна характерная особенность военной медицины – это то, что приходится иметь дело с ранеными бойцами, подвергнувшимися исключительно большому физическому, нервно-психическому и болевому напряжению, чаще ведущему к осложнениям при лечении.

При этом были выявлены недочеты, которые Е. И. Смирнов делит на три категории:

- ошибки в осуществлении этапного лечения с эвакуацией по назначению. Медицинская первичная сортировка раненых должна иметь законченный характер. Раненый после первичной обработки должен быть направлен в нужный госпиталь с четкой документацией, минуя промежуточные этапы.

- ошибки в руководстве полевой медицинской службой и организации маневра полевыми медицинскими учреждениями в боевой обстановке. Сюда же относится пренебрежение и ведению рабочих карт и оперативной документации. Без четкой документации этапное лечение неосуществимо.

- к третьей категории относятся ошибки в планировании медико-санитарного обеспечения армейских наступательных операций.

Война диктовала медицинской науке и практике свои законы. Требовалось разработать и внедрить новые методы и средства лечения и реабилитации раненых и больных бойцов, не допустить возникновения и распространения эпидемий на фронте и в тылу. Многие научные проблемы, вставшие на первый план в условиях войны, серьезно изучались еще в предвоенные годы. Например, исследования Николая Ниловича Бурденко, Владимира Андреевича Оппеля и многих других.

Из опыта противоэпидемического и санитарного обеспечения боевых действий войск во время Великой Отечественной войны можно сделать следующие выводы:

- эпидемические заболевания в войсках не являются неизбежными спутниками войн, они возникают от неудовлетворительного состояния штатно – организационной структуры медслужбы и нехватки необходимых специалистов;

– предшествующий опыт в этой работе должен обязательно дополняться достижениями соответствующих наук, особенно биологических и медицинских;

– проведение плановых прививок, может быть возможным и успешным, когда схема иммунизации вакцинными препаратами является однократной, а метод простым, позволяющим в короткие сроки охватить больше массы людей.

Масштабность и сложность медико-санитарных проблем, с которыми столкнулась во время Отечественной войны советская медицина, не имела аналогов!

Военная медицина, как и система здравоохранения в целом, получила во время войны мощное развитие следующих направлений:

- военно-полевой хирургии;
- военно-полевой терапии;
- иммунологии;
- санитарно-гигиенического обеспечения действующей армии и тыла;
- военной патологии.

Приобретен опыт в организации медико-санитарного обеспечения действующей армии, взаимодействия руководства страны, армии и ее военной медицинской службы; в подготовке медицинских кадров для нужд армии. Создана медицина катастроф.

Все собранные данные и полученный опыт времен войны являются фундаментом современной военной медицины.

Литературные источники:

1. Опыт медицины в годы Великой Отечественной войны [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.historymed.ru/chair/memory/experience-medicine/> Дата доступа: 14.03.2022.

2. Великая Отечественная война – это одна из самых трагических страниц нашей истории [Электронный ресурс] // Режим доступа: www.hintfox.com/article/velikaja-otechestvennaja-vojna--eto-odna-iz-samih-tragicheskikh-stranits-nashej-istorii.html – Дата доступа: 14.03.2022.

3. Одна из самых трагических страниц в истории Великой Отечественной войны [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://mywebs.su/blog/history/5911/> – Дата доступа: 14.03.2022.