

**Труховская Диана Дмитриевна**

## **ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

*Кафедра военной и экстремальной медицины*

*Научный руководитель – старший преподаватель кафедры военной  
и экстремальной медицины подполковник м/с Флюрик С.В.*

С первых же часов Великой Отечественной войны развернулись ожесточенные, кровопролитные бои. Наши войска, проявляя в них стойкость и мужество, несли большие санитарные потери. К организации оказания медицинской помощи раненым и их эвакуации в условиях тяжелых отступательных боев прибавилась задача формирования медицинских учреждений в приграничных округах. Ее выполнение в значительной степени было нарушено внезапным нападением немецко-фашистских полчищ на нашу страну. Быстрое продвижение врага в глубь ее обусловило необходимость эвакуации госпиталей, это стало задачей первостепенного значения. Нужно было сохранить то, что уже имелось и было работоспособным.

Это касалось в первую очередь эвакуогоспиталей, сформированных на базе гарнизонных госпиталей, имевших сколоченный личный состав и необходимое медицинское оснащение. Только в июне и июле фронты вынуждены были передислоцировать 139 госпиталей на 57335 коек. Несколько позже эвакуация госпиталей в тыл приняла большие размеры. Размеры эвакуации возрастали по мере продвижения вражеских войск в глубь Советского Союза. К 20 сентября 1941 г. указанных выше, было передислоцировано еще 48 300. Надо отметить, что кроме размещения прибывших из прифронтовой полосы госпиталей, нужно было создавать и новые.

Во время контрнаступлений, сопровождавшихся большими боевыми санитарными потерями, ряд госпиталей, особенно полевых, работали с перегрузкой. С начала войны по 1 декабря 1941 г. были сформированы 291 дивизия с медсанбатами, 94 стрелковые бригады с медико-санитарными ротами и другими медучреждениями усиления. В 1941 г., если не считать медико-санитарных рот стрелковых полков и 76-и отдельных танковых бригад, их было сформировано более 3750, каждое из которых должно было иметь минимум от двух до трех хирургов. Надо отметить, что врачей-хирургов всех специальностей перед войной было 12 560 человек.

Кроме того, большинство фронтовых врачей окончили гражданские медицинские институты, поэтому военно-оперативная подготовка их оставляла желать много лучшего. В связи с этим было просто недопустимой роскошью иметь по три хирурга на учреждение, так как они нужны были еще и для проводившегося в 1942 г. формирования медицинских учреждений. Следует учесть и то, что для подготовки хирурга в военное время требуется минимум полтора года.

Надо иметь в виду, что для Великой Отечественной войны были характерны внезапные большие передвижения войск. С запада ли на восток или с востока на запад, они всегда сопровождались передислокацией госпиталей. Это перемещение всегда сопровождалось выводом госпиталей из рабочего состояния на 1-2 месяца.

Во время налетов фашистской авиации труднее всего приходилось хирургам и операционным сестрам: воздушная тревога почти всегда застигала их за работой. Поскольку при приближении вражеских самолетов немедленно выключалось освещение во всем госпитале, врачи за несколько секунд до этого прекращали операции, останавливали кровотечение соответствующими зажимами, накладывали на операционную рану стерильные салфетки и ждали, считая минуты, когда окончится налет. Если же нашим противовоздушным силам не удавалось за определенное время прогнать фашистских стервятников, то в операционных включали лампочки от аккумуляторных батарей – по одной лампочке над каждым операционным столом, – и хирурги продолжали операции даже несмотря на то, что рядом с госпиталем рвались бомбы.

День за днем в госпитальных корпусах шла большая, многосложная лечебная работа. Ни одна операция не повторяла целиком другую, и от сиюминутных решений и действий хирурга часто зависело само существование человека.

ХППГ – хирургический полевой подвижный госпиталь – позволял наиболее своевременно и быстро по сравнению с другими госпитальными оказывать необходимую помощь раненым. А выигрыш времени для медицинской помощи после ранения порой решает все и уж, во всяком случае, всегда существенно облегчает путь к выздоровлению. В подавляющем большинстве случаев обходились медицинскими палатками. Их было полсотни, различного назначения.

Первой устанавливали палатку приемно-сортировочного отделения, чтобы сразу же принимать раненых. Потом вступал в действие операционно-перевязочный блок, за ним – аптека и портативная рентгеновская аппаратура. Каждая палатка для раненых была рассчитана на 50 мест, а в общей сложности они вмещали 1000 человек, при острой надобности и вдвое больше. В последнюю очередь выстраивали палатки для персонала, состоявшего из 120 человек, и для вещей. Типовая армейская кухня служила пищеблоком, при ней был брезентовый навес, выполнявший функции столовой. Энергетическим центром являлся движок, дававший свет и приводивший в действие медицинскую аппаратуру.

Летом палатки служили медикам и раненым безотказно. Зимой работать и жить в них приходилось значительно труднее. Несколько облегчали положение чугунные печурки, отапливавшиеся деревянными чурками. Морозной порой устраивались в больших шалашах, прикрываемых еловыми ветками, а для операционной за несколько часов сооружали сруб. Жарко там не было, но тепла хватало и для хирургического лечения, и для отдыха раненым...

Военно-полевая хирургия больше, чем какая бы то ни было иная сфера общей медицины, сопряжена с неожиданностями. Вдруг все может повиснуть на волоске, решает лишь инициатива и смелость хирурга, милость случая.

Писатель фронтового поколения Евгений Носов в рассказе «Красное вино победы» по собственным воспоминаниям передает обстановку медсанбата: «Оперировали меня в сосновой рощице, куда долетала канонада близкого фронта. Роща была начинена повозками и грузовиками, беспрестанно подвозившими раненых... В первую очередь пропускали тяжелораненых... Под пологом просторной палатки, с пологом и жестяной трубой над брезентовой крышей, стояли сдвинутые в один ряд столы, накрытые клеенкой. Раздетые до нижнего белья раненые лежали поперек столов с интервалом железнодорожных шпал. Это была внутренняя очередь – непосредственно к хирургическому ножу... Среди толпы сестер горбилась высокая фигура хирурга, начинали мелькать его оголенные острые локти, слышались отрывисто-резкие слова каких-то его команд, которые нельзя было разобрать за шумом примуса, непрестанно кипятившего воду. Время от времени раздавался звонкий металлический шлепок: это хирург выбрасывал в цинковый тазик извлеченный осколок или пулю к подножию стола ... Наконец хирург распрямился и, как-то мученически, неприязненно, красноватыми от бессонницы глазами взглянув на остальных, дожидавшихся своей очереди, шел в угол мыть руки». Благодаря труду военных медиков были спасены жизни и восстановлено здоровье многим сотням тысяч раненых.

#### *Литература.*

1. Смирнов Е.И. Фронтовое милосердие. Военные мемуары. – М.: Воениздат, 1991.
2. Из книги П.Г. Царфиса «Записки военного врача». – М.: Московский рабочий, 1984.
3. Смирнов Е.И. Фронтовое милосердие. – М.: Воениздат, 1991. – С. 110.

**Федуто Алексей Александрович**

### **ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ ОРДЕНА «ПОБЕДА»**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

*Кафедра военной и экстремальной медицины*

*Научный руководитель – начальник кафедры военной и экстремальной медицины,  
к.м.н., доцент, подполковник м/с Новоселецкий В.А.*

Летом 1943 года возникла идея учредить орден для награждения высшего командного состава. Первоначально предполагалось назвать его «За верность Родине». Для работы над проектом будущего знака отличия был привлечен художник А.И. Кузнецов, автор рисунка ордена Отечественной войны. Кузнецов получил задание создать особый орден, предназначенный в награду советским полководцам за крупномасштабные успешные операции. Поэтому и его внешнее оформление должно было отличаться от учрежденных ранее наград, в частности, предложено было