

ранее. О действии этого ужасного страха потенциальной опасности даже от одного вражеского самолета на образ жизни людей во всем мире в ходе любой будущей войны можно легко догадаться. Капитан «Энолы Гэй» Пол Тиббетс на протяжении всей своей жизни не только выражал уверенность в правильности атомного удара по Хиросиме, но и заявлял о готовности сделать это еще раз.

Неужели все написанное выше, весь ужас – это цена победы? Неужели нужна была эта бомбардировка для прекращения войны? К сожалению, даже после стольких лет вопрос остается открытым.

Литературный источник:

1. Буранок, С. О. Победа над Японией в оценках американского общества / С. О. Буранок – Минск: – Асгард : 2012. – 220 с.

ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА НА ТЕРРИТОРИИ БЕЛАРУСИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

А. В. Алепко

Гродненский государственный медицинский университет,
г. Гродно, Беларусь

Научный руководитель – зам. нач. военной кафедры – нач. учебной
части, подполковник м/с К. Л. Лескевич

В начале Второй мировой войны была разработана единая военно-полевая доктрина, которая опробована и усовершенствована на практике в ходе войны. Главное военно-санитарное управление во главе с генерал-полковником медицинской службы А. И. Смирновым привлекло к работе Ученый Совет крупнейших научных медицинских работников страны. Известные академики и профессора были фронтовыми хирургами. Существовала единая школа, которая включала все лучшее, что было в современной медицинской науке и практике. Это позволило свести к минимуму смертность среди раненых на этапах санитарной эвакуации.

Единая военно-полевая доктрина создала согласованную систему поэтапного лечения с надлежащей эвакуацией и госпитализацией на определенных этапах групп раненых в соответствии с тяжестью заболевания и сроками возвращения на службу. Медицинская

служба оказывала первую медицинскую помощь в войсковом и армейском районах во время Второй мировой войны, проводя дальнейшую эвакуацию и лечение во фронтовом и во внутреннем районе, вплоть до глубокого тыла страны, где была развернута сеть эвакуационных госпиталей.

Единая военно-полевая система медицинской помощи основывалась на соблюдении следующих принципов:

1. Все огнестрельные раны считаются первично-инфицированными.
2. Единственный рациональный метод медицинской помощи – первичная хирургическая обработка ран.
3. Большинство ран требует ранней хирургической обработки.
4. Лучший прогноз – это произведенная ранняя хирургическая обработка.
5. Хирургическая помощь должна быть максимально приближена к линии боя.

Первая медицинская помощь оказывалась на поле боя. Для этого солдат обучали элементарным приемам оказания первой помощи – наложение жгута, асептической повязки, шины. Специально для этого обучали санитаров и предоставляли им санитарные сумки с индивидуальными пакетами. Раненых же доставили в батальонный медицинский пункт, где им при необходимости сменяли повязки и отправляли в полковой госпиталь.

В полковом медицинском пункте конечности иммобилизовали транспортными шинами, проводили противошоковые меры, вводили сыворотку от столбняка и гангрены и обезболивающие. После заполнения карточка передового участка и проводилась первая сортировка раненых – определялись срочность эвакуации и тип транспорта.

Раненых из полкового медицинского пункта доставили в пункт медицинской помощи дивизии – главное медицинское учреждение военного округа. В дивизионном пункте медицинской помощи раненых сортировали и проводили первичное хирургическое лечение – первичную хирургическую обработку ран, кроме ран головы, челюсти, глаз, ЛОР и суставов (таких раненых направляли в специализированные больницы). Проводились операции на животе, груди, области таза, останавливалось кровотечение, по показаниям – ампутация конечности, транспортная иммобилизация.

Эвакуация начиналась с медико-санитарного батальона. Медсанбат владел приемно-сортировочными отделениями, операционно-перевязочным блоком с противошоковой палатой, операционной в отдельной палате, имелось госпитальное и эвакуационное отделение.

Легкораненые из дивизионного пункта медицинской помощи направлялись прямо в армейский или фронтовой госпиталь для легкораненых до полного выздоровления. Армейские хирургические мобильные госпитали были частью госпитальной базы армии, имели общехирургический или специализированный профиль. Госпитали выполняли такие задачи, как сортировка раненых, госпитализация тяжелораненых, базовая хирургическая обработка ран, проверка общего состояния перед окончательной эвакуацией. В госпитале было выделено отделение для лечения анаэробной инфекции.

Выделение специализированных госпиталей в армии началось в 1942 г. Специализированные больницы имели отделения: нейрохирургическое (головы, позвоночника), челюстно-лицевое, офтальмологическое.

Окончательное лечение тяжелораненых и больных заканчивалось в тыловых эвакуационных госпиталях. В эвакуационных госпиталях проводились сложные хирургические вмешательства и комплексное функциональное лечение – физиотерапия, лечебная гимнастика, массаж, а также лечение глиной и парафином.

В эвакуационном госпитале работала медицинская комиссия, председателем которой был начальник медсанчасти. Солдаты, прошедшие курс реабилитации, признанные годными для дальнейшей военной службы, отправлялись в сборный эвакуационный пункт, а затем в воинские части. Тех, кто был признан негодным к военной службе, направляли в военкоматы по месту жительства. Они получали: справку о ранении, о пребывании в госпитале и акт освидетельствования.

Военно-медицинские учреждения обеспечивали все необходимое для лечения раненых и больных.

Литературный источник:

1. Паукштель, Б. Ф. Медицинская помощь и обеспечение в армейских условиях накануне и в годы Великой Отечественной войны // Труды врачей и фармацевтов Могилевщины: сб. науч. работ. / Могилев: Могилевская областная типография им. Я. М. Свердлова; – Могилев, 1999. – С. 158-162.