

После войны Великая Воля частично восстановилась, отстроилась. Но еще лет двадцать после войны там не звучали музыка и смех.

Недалеко от р. Щары возвышается памятник жертвам Великовольской трагедии – трехметровая фигура матери с сыном-подростком на постаменте. Здесь покоятся 364 расстрелянных жителя деревни Великая Воля. Их останки перенесли и перезахоронили сюда в 1961 г., в том же году установили памятник.

Литературные источники:

1. Сёстры Хатыни. Гродненщина / авт. текста: А. Г. Бибилова [и др.] ; сост.: Л. Ч. Новицкая, Е. Ф. Гузень ; фото: А. Г. Бибилова [и др.]. – Гродно: Редакция газеты «Гродзенская праўда», 2022. – 248 с.

2. Памяць: Гіст. – дакум. Хроніка Дзятлаўскага р-на. – Мн.: Універсітэцкае, 1997. – 398 с.

РАЗВИТИЕ АНЕСТЕЗИИ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

В. Г. Ковалевич

Гродненский государственный медицинский университет,
г. Гродно, Беларусь

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

Введение. Оказывая медицинскую помощь на войне, медицина не могла существовать без качественной анестезии. В ходе Великой Отечественной войны медицинские сотрудники приобрели широкий и богатый опыт оказания медицинской помощи и лечения многочисленных раненых и больных в боевой обстановке. Основная задача, стоящая перед медицинской службой, была выполнена с честью и достоинством: подавляющее большинство раненых солдат и офицеров были возвращены в свои подразделения и смогли продолжить боевые мероприятия.

Цель. Детально рассмотреть этапы развития анестезии во время Великой Отечественной войны. На основании исторических данных проанализировать приобретение медицинскими работниками практического опыта применения анестезии в годы Великой Отечественной войны.

Материал и методы. Проведен анализ развития анестезии в годы Великой Отечественной войны. Изучены исторические вехи развития анестезии, ее вклад во время Великой Отечественной войны.

Результаты и их обсуждение. Во время оказания медицинской помощи в период Великой Отечественной войны применялись несколько методов обезболивания. В рамках оказания медицинской помощи при первичных кровотечениях в большинстве случаев применялась местная анестезия. При травматических аневризмах чаще проводились операции под местной анестезией. Оперативные вмешательства на нижних конечностях выполнялись под спинномозговой анестезией, под наркозом или в условиях футлярной анестезии. При оказании помощи при вторичных кровотечениях в большинстве случаев оперировали под наркозом. С первых дней войны для восполнения некомплекта медицинской службы приняты немедленные меры, благодаря которым было мобилизовано большое число анестезиологов из гражданских медицинских лечебных учреждений. В Советском Союзе элементы положения военно-полевой хирургии, которые относились к проблемам анестезии при проведении хирургических вмешательств, решались на основе имеющегося опыта Первой мировой войны [1].

Следует отметить, что изучение этих вопросов началось за долго до начала Великой Отечественной войны, к данному изучению подталкивали достижения современной хирургии вне войны, одновременно опыт военных событий в течении Финской войны.

В период 30-х гг. в практическое здравоохранение стала внедряться местная анестезия по способу ползучего инфильтрата. Метод А. В. Вишневого подразумевал применение раствора новокаина, подаваемого из вколов игл, он проникал в футляры, межфасциальные полости, затем в межклеточное пространство, образуя тем самым новокаиновые пласты. Вводимый раствор новокаина распространялся по футлярам, фасциям и другим оболочкам, тем самым достигал нервных ветвей и окончаний, приводя к их обезболиванию. Доступность и простота данного метода привели к скорому распространению данного метода по всей стране. Важнейший вклад во внедрение и дальнейшее совершенствование данного метода А. В. Вишневого внес его сын, главный хирург фронта во время Великой Отечественной войны А. А. Вишневский, ему доводилось обширно использовать и практически применять новые методики лечения раненых, одним

из которых было местное обезболивание. До момента, когда в качестве седативного препарата применяли новокаин, широко применяли морфин, алкоголь, гексенал [2].

Противошоковая терапия применялась с морфином, алкоголем с добавлением глюкозы. Разным видам анестезии в большинстве случаев предшествовало применение раненым анальгетических препаратов путем подкожного введения, который впоследствии был заменен на внутривенное введение, что помогало повышать управляемое действие препарата. Несмотря на высказываемое недоверие, данные методики, применяемые, как правило, в госпитале, не оказывали угнетающего действия на дыхание в сравнении с подкожными введениями. Во время стационарного лечения в условиях госпиталей в качестве наркоза применялись лишь наркозные маски, что не позволяло проводить безопасное и качественное проведение общей анестезии. Возможности снабжения кислородом не предоставлялись. Возникшие трудности характеризовали местную анестезию как наиболее доступный метод для медицины Великой Отечественной войны [3].

Среди немногочисленных методов местной анестезии главенствующей была инфильтрационная, менее часто использовалась спинномозговая и новокаиновая блокада. Спинномозговая анестезия в районе боевых действий не нашла широкого применения. При возникновении шокового состояния происходящее резкое снижение артериального давления при субдуральном применении анестезирующего препарата в большом проценте случаев приобретало угрожающий характер. Стационарные учреждения, которые находились за пределами войскового района, часто прибегали к субдуральной анестезии.

Активные боевые действия диктовали условия, согласно которым подавляющее большинство хирургических операций во время Великой Отечественной войны выполнялись под местной инфильтрационной анестезией. Качество местной анестезии и ее недостаточный анестезирующий эффект при тяжелых ранениях способствовал более частому применению общей анестезии, в частности масочного наркоза.

Во время Великой Отечественной войны в состав табельного оснащения, как правило, входила маска Эсмарха, инфузионная система для выполнения хлороформной анестезии, роторасширитель, языкодержатель и штопор для вскрытия медицинских бутылочек

с эфиром и хлороформом. Применение хлороформа активно осуществлялось для выполнения операционных вмешательств в военно-полевой хирургии. Практические хирурги подтверждали положительные качества хлороформа по сравнению с незначительными его недостатками. Применение эфира было обусловлено его широкой терапевтической актуальностью и незначительной токсичностью. Применение хлорэтила в военно-полевой хирургии нашло более широкое применение. Практические хирурги полагали, что показания к применению хлорэтила необходимо было расширить в тех случаях ранений, при которых местная анестезия представлялась затруднительной.

Главенствующее место в методах общей анестезии принадлежало эфирному наркозу, применение данного метода сопровождалось применением маски Эсмарха с эфиром, применение эфира осуществлялось путем накапывания на маску через марлевый фитилек. Маска Омбредана имела лишь в некоторых тыловых госпиталях. Для достижения оптимальной анестезии эфир комбинировали с хлорэтилом, применяя последний для введения в наркоз.

К концу Великой Отечественной войны 60-70% операционных вмешательств осуществлялось под общим наркозом. К концу войны военной медицине было доставлено большое количество американских аппаратов производства фирмы «Хайдбринг». Применение данных аппаратов для анестезии в военно-медицинских учреждениях значительно упрощало анестезию. Совершенствование старых и применение новых моделей наркозных аппаратов, применение которых основывалось на рециркуляции газов и поглощение углекислоты в замкнутых или полужамкнутых системах, привело к смене инфляционного способа интратрахеального наркоза интубационным.

Выводы. Подытожив вышесказанное, можно отметить, что во время Великой Отечественной войны развитие анестезиологии получило широкое значение. Практическая военно-полевая хирургия повлияла на необходимость постоянного совершенствования техники проведения анестезии и качественной подготовки специалистов анестезии. Оказание помощи раненым в годы войны показало, что эффективное и безопасное применение анестезии напрямую зависело не столько от вида анестезии, сколько от правильного ее применения, наряду с участием в анестезии подготовленного грамотного врача-специалиста.

Литературные источники:

1. Роль сосудистой хирургии по опыту Великой Отечественной войны / Е. П. Кохан [и др.] // ANGIOLOGIA.ru. – 2010. – № 1. – С. 3–5.
2. Полушин, Ю. С. Анестезия и противошоковая терапия в период второй мировой войны (к 65-летию завершения второй мировой войны) / Ю. С. Полушин // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2010. – Т. 7, № 3. – С. 59-66.
3. Быков, В. П. Хирургическая служба госпитальной базы Карельского фронта в 1941-1945 гг. / В. П. Быков // Экология человека. – 2015. – № 2. – С. 57-60.

ХОЛОКОСТ ЕВРЕЙСКОГО НАСЕЛЕНИЯ БЕЛАРУСИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (НА ПРИМЕРЕ ДЗЕРЖИНСКОГО РАЙОНА)

В. Г. Колошич

Гродненский государственный медицинский университет,
г. Гродно, Беларусь

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

На рассвете 22 июня 1941 г. нацистская Германия вероломно начала войну против СССР. Беларусь превратилась в арену ожесточенных боев. Силы были неравными, противник стремительно продвигался на восток, в сторону Москвы. 25 июня в Минском укрепленном округе за г. Минск начались оборонительные бои, которые проходили в Дзержинском районе. Днем 28 июня немецко-фашистские войска, воспользовавшись преимуществами Вооруженных Сил, вторглись в г. Дзержинск с запада и юго-запада. В этот день был оккупирован и г. Минск. В первые дни оккупации немецко-фашистские захватчики стали устанавливать здесь свой новый «порядок».

Холокост в Дзержинском районе – систематическое преследование и уничтожение еврейского населения Дзержинского района Минской области оккупационными войсками нацистской Германии и коллаборационистами в 1941-1944 гг. во время Второй мировой войны (в рамках политики «Окончательного решения еврейского вопроса»).