

**Министерство образования и науки Российской Федерации
Вологодский государственный университет**

**МАТЕРИАЛЫ
РЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
VIII ЕЖЕГОДНОЙ НАУЧНОЙ СЕССИИ
АСПИРАНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ**

**Том II
Педагогические науки
Гуманитарные науки**

**Вологда
2014**

ВОЛОГОДСКИЕ ЭВАКОГОСПИТАЛИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Ю.В. Щекотова

*Научный руководитель М.А. Безнин, д-р ист. наук, профессор
Вологодский государственный университет
г. Вологда*

Вологодская область во время Великой Отечественной войны находилась в ближайшем тылу Москвы и Ленинграда. Расположенная на северо-восточной железнодорожной магистрали, она приобрела важное значение в лечебно-эвакуационном обеспечении войск фронтов Северо-Западного направления и стала одной из важнейших госпитальных баз, входивших в Архангельский военный округ. Вологодская область стала местом обслуживания, лечения и дальнейшего распределения эвакуированных. С первых дней Великой Отечественной войны на территории нашей области расположились эвакогоспитали крупнейшего в Советских Вооруженных Силах распределительного эвакуационного пункта № 95 (РЭП-95). В годы войны на территории области функционировало более 76 эвакогоспиталей (ЭГ).

В данной статье анализируется деятельность ЭГ № 1825 и ЭГ № 3738. В основу исследования легла отчетная документация, составлявшаяся начальниками вологодских госпиталей для областного отдела здравоохранения, (в настоящее время документация находится в Центральном архиве Министерства обороны). Докладные записки о состоянии лечебного и организационного дела в тыловых госпиталях позволяют судить о постановке лечебного дела в госпиталях области на начальном этапе их деятельности.

Движение раненых в октябре-ноябре 1941 года было весьма интенсивным. Организовать их прием было тяжелой задачей: теснота в санпропускниках, педикулез среди поступающих, отсутствие света и керосиновых ламп, перебои в снабжении горячей водой, нехватка младшего медицинского персонала и необходимость проводить попутно большую организационную работу по перераспределению раненых и по ремонту помещений. Медики ЭГ № 1825, расположенного в городе Череповце, вспоминали: «В первое время при приеме дежурные врачи ограничивались перевязками и примитивной документацией. В дальнейшем раненые подвергались всесторонней хирургической обработке, с полной документацией, вплоть до записей анамнеза, проведением необходимых хирургических манипуляций и наложения гипсовой иммобилизации. С этой целью в авральную работу включали и рентгенкабинет» [1, л. 15]. Однако жизнь вскоре заставила пересмотреть эти установки из-за недостаточной документации, позднего ознакомления лечащего врача с боль-

ным, а также из-за невозможности организовать рентгенообслуживание в часы приема. Поэтому в дальнейшем дежурный врач ограничивался этапной перевязкой и кратким документированием общего состояния больного и его ран.

Специализация эвакогоспиталей выкристаллизовывалась постепенно и определялась как профилем врачей, так и отсутствием специалистов соответствующей квалификации в других госпиталях. В первое время в госпитали направлялись раненые любого профиля. В дальнейшем руководство РЭП-95, ознакомившись с кадрами и возможностями каждого госпиталя, определяло профиль работы лечебного учреждения, тем более, что прирельсовый приемник превратился в мощный сортировочный госпиталь с отделениями для контингентов, подлежащих эвакуации, и «осадочником» [1, л. 17] для тяжело раненых. Например, в ЭГ № 1825 направлялись раненые с повреждением черепа, что объяснялось наличием в госпитале невропатолога и отоларингологов. Таким образом, в данном госпитале была создана первая нейрохирургическая ячейка к моменту проведения профилирования госпиталей. Неслучайно, когда в РЭП прибыла эвакуированная из Ленинграда сотрудница нейрохирургического института доктор Лесницкая, она была направлена в ЭГ № 1825. Благодаря этому, черепное отделение госпиталя быстро расширилось, охватило большой контингент людей с ранениями периферической нервной системы и превратилось в мощное нейрохирургическое отделение вместимостью до 300 коек, а в отдельные периоды и больше. Значительно менее обоснованным было развертывание в ЭГ № 1825 челюстно-лицевого отделения. Помимо этого профиля, в госпиталь поступали раненые с повреждениями крупных суставов, обморожениями и обширными ранениями мягких тканей. Таким образом, специфика госпиталя № 1825 к лету 1942 года распределилась следующим образом: нейрохирургия – 250 коек, челюстно-лицевое отделение – 150 коек, урологическое – 80 коек, ЛОР – 30 коек. Остальной контингент состоял из раненых с повреждениями суставов, мягких тканей и т.п.

Одним из моментов, определяющих качество работы госпиталя, являлось количество раненых, возвращаемых в ряды РККА. Это определялось качеством работы госпиталя, а в значительной степени было связано с темпами движения раненых, контингентом и местом, занимаемым эвакогоспиталями на путях эвакуации. Действительно, если исходить из положения, что выписка в часть определяла целиком работу госпиталя, то нужно учесть, что выписка в часть в первый период работы была значительно выше, нежели в течение последующих лет. Поэтому может создаться мнение о прогрессирующем ухудшении качества работы, что ни в коей мере не соответствует действительности. Этот показатель снижается одновременно с замедлением темпов эвакуации и нарастает в периоды ее оживления – вследствие отсева легкого контингента за счет эвакуации IV и V групп (В РЭП-95 была заведена экспертная

сортировка, которая предусматривала разделение всех находящихся на лечении на 5 групп. Принципом разделения являлось продолжительность пребывания больного на излечении и экспертный прогноз. I группа – срок лечения до 1,5 мес., IV группа – до 6 мес.). Таким образом, показатель выписки в часть, определяющий качество работы всей санитарной системы в целом, являлся неполным в определении качества работы отдельного госпиталя.

Работа ЭГ № 1825 за период Великой Отечественной войны по окончательным итогам выглядит следующим образом. За четыре года войны через ЭГ № 1825 прошло 15603 раненых и больных. Из этого числа 4327 человек были возвращены в ряды РККА, 1741 – уволены в запас, эвакуированы – 7672, умерли 265 человек (о смертности см. табл. 1). Таким образом, процент безвозвратных потерь для армии из-за уволенных в запас и умерших составляет 12,9%.

Таблица 1

Смертность в ЭГ № 1825 в 1941 – 1945 гг.

1941 год	1942 год	1943 год	1944 год	1945 год
4 случая	141 случай	71 случай	34 случая	15 случаев

Источник: ЦАМО. Ф. 1825. Оп. 678616. Д. 7. Л. 146.

Как видно из табл. 1, максимальная смертность падает на 1942 год, что далеко не определяется количеством лечившихся, так как последний показатель оставался на протяжении войны почти стабильным – до 4,5 тыс. в год. Причина высокой смертности в 1942 г. зависела от поступления контингента тяжелораненых, перенесших блокаду и страдавших дистрофией.

265 случаев смертности в госпитале по зонам ранений распределяются следующим образом (табл. 2)

Таблица 2

Смертность по зонам ранений в ЭГ № 1825

Зоны ранения	Количество смертей
Проникающее ранение черепа	90
Проникающее ранение позвоночника	37
Ранение суставов	14
Ранение таза	29
Ранение живота	10
Больных	25
Разных	70
Всего	265

Источник: ЦАМО Ф. 1825. Оп. 678616. Д. 7. Л. 147.

Таким образом, летальные исходы были вызваны, главным образом, сложными проникающими ранениями черепа и позвоночника.

Постоянное увеличение числа пациентов с тяжёлыми ранениями приводило к увеличению количества операций и возрастанию их сложности. Многие из лечебных методов ранее не имели массового применения, например: переливание крови, витаминотерапия, лечебная физкультура, трудотерапия. Их применение являлось отличительной особенностью эвакогоспиталей. Большое количество тяжелораненых заставляло медицинский персонал постоянно совершенствовать методы лечения и повышать уровень собственной квалификации.

Остановимся на истории возникновения трудотерапии в госпиталях. К вопросу о применении трудотерапии медики подходили ошупью, так как до приказа НКЗ СССР за № 427 от 1944 г. не было ясных и точных указаний в отношении применения этого вида лечения. Так, врачи ЭГ № 3738 вспоминали, что в начале 1942 года получив контингент инфекционных больных с элементарным истощением, они были убеждены, что довольно значительная часть их после выписке из госпиталя вновь возвращалась в госпиталь из запасных частей, ввиду появления отеков: «Отеки появлялись вновь уже после того, как их 1-4 недели в госпитале не было. Это обстоятельство заставило нас перед выпиской больного в часть проделать с ним биопробу с применением той или иной физической нагрузки. Впоследствии мы стали шире применять трудпроцесс с целью биопробы и при таких ранениях как, проникающее ранение в грудную клетку. Начав с биопробы мы убедились, что используя выздоравливающих раненых и больных на физических работах, мы можем влиять на те остаточные явления, которые появляются у них после ранения, так например – контрактуры. В связи с этим мы стали шире подходить к вопросу назначения на трудпроцесс и назвали это мероприятие – трудотерапией» [2, л. 119]. Контроль за выполнением этих назначений возлагался на старшину команды или на коменданта. Врач контролировал только общее состояние больного.

Мастерские при госпиталях до конца 1944 г. были примитивные и не могли быть полностью использованы с целью трудотерапии. Тот факт, что трудотерапия выполнялась под контролем и по заданию хозяйственников, во многом снижало ценность этого вида лечения. Изучив приказ НКЗ СССР за № 497, некоторые госпитали подошли иначе к вопросу применения трудотерапии и передали этот вид лечения в руки работников кабинета лечебно-физической культуры (ЛФК). И только с января 1945 г. специально для трудотерапии в ЭГ № 3738 выделялось помещение, оборудованное 2 столярными и одним товарным верстаком с набором необходимых инструментов.

Для работы в этой мастерской отбирались раненные и больные, которым работа была полезна с точки зрения лечебных мероприятий. Работа в ка-

бинете проходила в присутствии и при непосредственном руководстве инструктора ЛФК. Занятия проводились групповым методом по 10-12 человек в группе. Продолжительность занятий одной группы составляла 30-35 минут, а пропускная способность мастерской за день – 4-5 групп. На каждого раненого и больного, назначенного на трудотерапию, заполнялась специальная карточка с рекомендациями врача. Большим минусом в работе являлось отсутствие квалифицированных инструкторов по труду, которые не понимали задач трудотерапии.

Одним из направлений совершенствования лечебной работы эвакуогоспиталей было повышение специальной подготовки медицинского персонала, внедрение в лечебный процесс наиболее эффективных и рациональных методов. Основными формами повышения квалификации были курсы, госпитальные и межгоспитальные конференции, учебные сборы, групповые занятия у постели раненого, индивидуальная подготовка. В основу всех видов учебы были положены инструкции и директивные указания Главного военного санитарного управления (ГВСУ). Например, 29 апреля 1944 г. коллективом научных работников РЭП-95 была проведена экспериментальная научная работа по внедрению промышленных белков в питание бойцов Красной Армии, завершившаяся сооружением первого в Красной Армии дрожжевого завода.

Таким образом, эвакуационные госпитали Вологодской области имели свои особенности в постановке лечебной работы, связанные с тем, что сюда, в глубокий тыл, направлялись наиболее тяжёлые раненые и больные военнослужащие. Причём на протяжении войны можно проследить тенденции сокращения количества пациентов, поступавших в эвакуогоспитали области. Но при этом возрастала тяжесть их ранений, увеличивалось число раненых с ампутированными конечностями и с различными осложнениями. Лечение этих бойцов занимало долгое время (иногда год и более), а его результатом могла стать инвалидность.

Литература

1. Центральный архив Министерства обороны (ЦАМО) Ф. 1825. Оп. 678616. Д. 7.
2. ЦАМО. Ф. 3738. Оп. 18818. Д. 2.