

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ВОЛОГОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

МЕСТНЫЙ ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ЭКЗЕМПЛЯР

ИСТОРИКИ. ПОКОЛЕНИЯ. ВЗГЛЯДЫ

Материалы Всероссийской научной конференции
(Вологда, 19–21 октября 2017 г.)

Щекотова Ю. В. Организация лечебной работы в госпиталях Вологодской области в годы Великой Отечественной войны / Ю. В. Щекотова // Историки. Поколения. Взгляды : материалы всерос. науч. конф. / [редкол.: М. А. Безнин (гл. ред.) и др.]. – Вологда, 2018. – С. 220–224.

ВОЛОГДА
2018

¹⁹ Русский архив: Великая Отечественная. Иностранцы военнопленные Второй мировой войны в СССР / под ред. В.А. Золотарева. Т. 24 (13–1); нормативные документы. М., 1996. С. 197–198.

²⁰ Рассчитано по данным: РГВА. Ф. 515/п. Оп. 1. Д. 4. Л. 247 об.

²¹ РГВА. Ф. 1/п. Оп. 23а. Д. 1. Л. 45.

²² Цит. по: РГВА. Ф. 8/п. Оп. 5. Д. 2. Л. 16.

²³ Государственный архив Архангельской области. Ф. 1932. Оп. 3. Д. 236. Л. 15.

²⁴ Полян П.М. Не по своей воле... С. 234.

Ю.В. Щекотова

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОЙ РАБОТЫ В ГОСПИТАЛЯХ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Масштабы боевых действий во время Великой Отечественной войны были огромны, большой поток раненых солдат и офицеров Красной армии, больного гражданского и эвакуированного населения потребовал быстрого развертывания широкой сети госпиталей в стране. С самого начала войны стали появляться эвакогоспитали. Эвакогоспиталь – это временное лечебное учреждение, которое формировалось в военное время в зависимости от потребностей действующей армии.

Уже с июля 1941 г. Вологодская область, расположенная на северо-восточной железнодорожной магистрали, приобрела важное значение в лечебно-эвакуационном обеспечении войск фронтов Северо-Западного направления и стала одной из важнейших госпитальных баз тыла страны.

В этой статье на примере деятельности некоторых эвакогоспиталей Вологодской области мы рассмотрим основные особенности лечебной деятельности.

В своем развитии лечебно-восстановительная деятельность эвакогоспиталей прошла несколько этапов, на формирование которых повлияли обстановка на фронте, материальные ресурсы региона, действия органов власти и санитарного управления военных округов.

К началу войны в армии были пересмотрены основные положения военно-медицинской доктрины. Её стержнем стала система этапного лечения раненых и больных с их последующей эвакуацией в тыл. Госпитальные базы (совокупность госпиталей со средствами их обеспечения и обслуживания, объединенных едиными задачами и руководством¹) представляли один из основных элементов медицинской эвакуации, а точнее – её конечную стадию для тех раненых больных, лечение которых не

могло быть завершено в госпиталях действующей армии (армейских или фронтовых учреждениях). Здесь (в Вологодских госпитальных базах) раненые и больные войны проходили лечение до полного выздоровления и возвращения в строй. Если бойцы в связи с тяжестью ранения подлежали увольнению, то в госпитальных базах они находились до восстановления максимума трудоспособности, и для них была организована медицинская реабилитация.

Важнейшими компонентами процесса организации медицинской помощи в годы войны являлись: 1) эвакуация в тыл по назначению; 2) преемственность в лечении на всех этапах; 3) создание специализированных госпиталей; 4) единство гражданской и военной медицины; 5) непрерывность и своевременность оказания медицинской помощи; 6) научное руководство лечением раненых и больных на фронте и в тылу на всех этапах; 7) четкая организация сортировки раненых и больных; 8) единая методика лечения; 9) внедрение и использование новейших методов лечения, создание новых средств и аппаратов.

Основной задачей тыловых госпиталей стало специализированное лечение раненых больных на основе всестороннего обследования. Специализация самих госпиталей оставалась неизменной на протяжении 1941–1945 гг. А вот специализированное лечение, как одно из важнейших составных частей лечебно-эвакуационной системы, претерпело за военные годы значительные изменения. Был сделан качественный скачок в развитии этапного лечения раненых и больных с эвакуацией по назначению².

Специализация госпиталей Вологодчины проходила по локализации ранений: поражение центральной и периферической нервной системы (череп, головного и спинного мозга, нервных узлов), ранения челюстей, лица, мочеполовых органов, ранения легких и т.д. Созданы были госпитали и для обычных соматических заболеваний. В самих госпиталях также осуществлялась сортировка больных по типу аналогичных поражений. При такой системе врачи быстро приобретали необходимый опыт и могли с наилучшими результатами оказывать помощь больным.

Всех раненых солдат, прибывающих с фронта, необходимо было после проведения санитарной обработки распределить в зависимости от вида, характера, тяжести ранений и заболеваний по госпиталям и отделениям, решить вопрос о дальнейшей эвакуации в более глубокий тыл. Эти функции возлагались на сортировочные эвакуационные госпитали (далее СЭГ). Кроме этого они отвечали за разгрузку военно-санитарных поездов, перевозку раненых после сортировки до госпиталей, а также за

сбор и погрузку в военно-санитарные поезда раненых и больных военно-служащих, отправляемых далее в тыл. Необходимо было, чтобы СЭГ располагался в непосредственной близости к железной дороге. В г. Вологде таким сортировочным госпиталем стал СЭГ № 1165, созданный 14 августа 1941 г., а в Череповце СЭГ № 1599, сформированный 3 июля 1941 г.

В первое время в госпитали направлялись раненые любого профиля в зависимости от наличия в них специалистов. Например, в ЭГ № 1825 направлялись раненые с повреждением черепа, что объяснялось наличием в госпитале невропатолога и отоларингологов. И поэтому именно здесь, еще до начала профилирования госпиталей была создана первая нейрохирургическая ячейка. С учетом этого руководство распределительного эвакуационного пункта-95 (далее РЭП-95) распределяло прибывших специалистов, так в ЭГ № 1825 была направлена эвакуированная из Ленинграда сотрудница нейрохирургического института – доктор Лесницкая³. Черепное отделение госпиталя быстро расширилось и смогло охватывать большой контингент людей с ранениями периферической нервной системы и впоследствии превратилось в мощное нейрохирургическое отделение вместимостью до 300 коек. Кроме этого, в госпиталь поступали раненые с повреждениями крупных суставов, обморожениями и обширными ранениями мягких тканей. К лету 1942 г. в госпитале № 1825 осуществлялось лечение уже по нескольким специализациям: нейрохирургия – 250 коек, челюстно-лицевое отделение – 150 коек, урологическое – 80 коек, ЛОР – 30 коек⁴, кроме этого здесь лечили раненых с повреждениями суставов, мягких тканей и т.п.

В эвакуогоспитале № 3739 первоначально было развернуто 450 коек, в составе 4-х хирургических медицинских отделений. К апрелю 1942 г. число мест достигало 800. Из приведенной ниже таблицы видно развитие специализации госпиталя в период с июля 1941 по апрель 1942 г.

Таблица 1

**Число развернутых коек в ЭГ № 3739 и их спецификация
с июля 1941 по апрель 1942 г.**

Специфика	Хирургические койки	Венерологические койки	Туберкулезные койки
июль	450	-	-
август	500	-	-
сентябрь	450	50	-
октябрь	550	50	-
ноябрь	550	50	-
декабрь	430	120	50

Специфика	хирургические койки	венерологические койки	туберкулезные койки
январь	525	150	50
февраль	660	150	50
март	660	150	50
апрель	420	120	50

Источник: ЦАМО. Ф. 3739. Оп. 18819. Д. 1. Л. 4.

Мы видим, что с первого дня основания госпиталя койки были полностью хирургического профиля, но уже с сентября ситуация изменилась и появляются койки для лечения больных венерическими заболеваниями, с декабря – больных туберкулезом. Дальнейшая специализация госпиталя с апреля 1942 г. проходила уже внутри хирургического отделения, что иллюстрирует следующая таблица.

Таблица 2

Спецификация хирургических коек ЭГ № 3739

№	Область ранения	Количество коек
1	Брюшная полость и неотложная хирургия	20
2	Переломы бедра	50
3	Травмы крупных суставов	50
4	Переломы длинных трубчатых костей	70
5	Легкораненые	150
6	Травмы кистей и пальцев	50
7	Отморожения	30

Источник: ЦАМО. Ф. 3739. Оп. 18819. Д. 1. Л. 5.

Из таблицы видно, что большинство коек было предназначено для легкораненых, следующими по численности идут койки для больных с различными переломами костей.

Специализация госпиталя № 5091 показана в таблице 3.

Таблица 3

Число развернутых коек и их спецификация в госпитале № 3739 с 1942 по 1944 годы

Год	Всего лечилось	Перелом труб. костей	Ранение мягких тканей	Ожоги	Прочие
1942	849	95	733	8	13
1943	3036	1677	936	16	407
1944	2091	1389	651	30	21
Итого	5976	3161	2320	54	441

Источник: ЦАМО. Ф. 5091. Оп. 1. Д. 1. Л. 38.

Из таблицы видно, что в 1942 г. в основном в нем проходили лечение раненые в мягкие ткани. Это было обусловлено тем, что в учреждении не хватало квалифицированных специалистов и отсутствовал ведущий хирург. В 1943–1944 гг. ситуация с кадрами изменилась: молодые специалисты набрались опыта, и увеличилось число больных с переломами трубчатых костей. Необходимо отметить, что большая часть огнестрельных переломов голени, предплечья и плеча осложнялись остеомиелитами, часто в процесс вовлекались близлежащие суставы и периферические нервы⁵.

Таким образом, лечебная деятельность эвакогоспиталей Вологодской области в первую очередь была направлена на оказание специализированной медицинской помощи раненым и больным воинам. Специализация госпиталей и отделений определялась контингентом раненых и больных военнослужащих и не являлась постоянной. Основными специализациями эвакогоспиталей области являлись терапевтическая и хирургическая.

¹ Очерки истории советской военной медицины / под ред. Д.Д. Кувшинского и А.С. Георгиевского. Л.: Издательство Медицина, 1968. С. 173.

² Бурденко Н.Н. Современная фаза военной хирургии (организация специализированной помощи раненым) / Н.Н. Бурденко // Госпитальное дело. 1942. № 1. С.7–11.

³ Центральный архив Министерства обороны (далее ЦАМО). Ф. 1825. Он. 678616. Д. 7. Л. 16.

⁴ ЦАМО. Ф. 1825. Оп. 678616. Д. 7. Л. 174.

⁵ ЦАМО. Ф. 5091. Оп. 1. Д. 1. Л. 8.

С.Г. Карнов

УЧАСТИЕ ПРОФСОЮЗОВ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ 1950-х – 1960-х гг.

Успешное преодоление послевоенных трудностей и высокие темпы развития экономики в 1950-е гг. породили у советского руководства уверенность в возможности дальнейшего рывка вперед. XXI съезд КПСС констатировал, что социализм в СССР одержал полную и окончательную победу и страна вступила в период развёрнутого строительства коммунизма. На XXII съезде КПСС задача построения коммунизма была переведена в практическую плоскость. Семилетний план развития народного хозяйства СССР на 1959–1965 гг. рассматривался как решающий этап в создании материально-технической базы коммунизма. При этом Н.С. Хрущёв и его ок-