



ный опыт лечения заболеваний почек в период войны на курорте Байрам-Али.

Великая Отечественная война существенно обогатила опыт применения ряда лечебных физических факторов при лечении раненых, в т. ч. грязевых аппликаций «холодной» лечебной грязью (В.Г.Дик), нафталанана (З.М.Мамедов), меда (А.Е.Гельфман), методов физиотерапии при огнестрельных ранениях (Б.М.Бродерзон, А.П.Парфенов), ультрафиолетовых облучений в гиперэрритемных дозах при газовой гангрене, отморожениях, остеомиелитах и др. Внедрение названных методов в практику сыграло положительную роль в исходах лечения раненых солдат и офицеров Красной Армии.

В тяжелые годы войны увеличилась заболеваемость туберкулезом. Согласно постановлению ГКО «О мероприятиях

по предупреждению эпидемических заболеваний в стране и Красной Армии» была расширена коечная сеть для больных туберкулезом в санаторно-курортных учреждениях Южного берега Крыма, Северного Кавказа и Сибири.

По завершении войны госпитали-санатории вновь стали постепенно превращаться в санатории мирного времени и выполнять задачи по своему прямому назначению. Некоторые из них были перепрофилированы для лечения инвалидов Великой Отечественной войны.

В послевоенные годы указом Президиума Верховного Совета СССР за большую и самоотверженную работу по лечению и восстановлению здоровья воинов в годы Великой Отечественной войны города-курорты Сочи и Кисловодск были награждены орденами Отечественной войны I степени.

© А.В.ВОРОПАЙ, Е.Л.ЛЕРНЕР, 2009
УДК [614:362.12]:355(091)

Об опыте работы госпиталя для легкораненых по медицинскому обеспечению наступательных операций 1-го Украинского фронта (1944–1945 гг.)

ВОРОПАЙ А.В., заслуженный врач РСФСР, член-корреспондент РАЕН,
кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы в отставке
ЛЕРНЕР Е.Л., доцент, капитан медицинской службы в отставке¹

Идея создания госпиталей для легкораненых (ГЛР) была высказана Е.И.Смирновым в апреле 1940 г. на совещании медицинских работников Ленинградского военного округа. Он считал, что «нельзя пройти мимо того, что самый ценный контингент легкораненых в первый период военных действий вывозится в глубокий тыл и что нередко раненые выздоравливают в дороге. Отсюда вытекает вывод, что в войсковом районе нет нужды в пунктах сбора раненых

в корпусных обменных пунктах. В армейском тыловом районе мы должны иметь мощные госпитали для легкораненых»².

Исходя из того, что в войнах XX в. легкораненые составляли иногда до 60% от общего числа раненых, понятно, какое огромное значение приобретает быстрое возвращение в строй прежде всего данной категории раненых.

² Смирнов Е.И. Война и военная медицина 1939–1945 гг. — Изд. 2-е, доп., испр. — М.: Медицина, 1979. — С. 102.

¹ Александр Васильевич Воропай в прошлом (1968–1978) был главным редактором «Военно-медицинского журнала». В госпитале для легкораненых проходил службу с марта 1942 г. по июнь 1944 г. в должности ординатора хирургического и приемно-сортировочного отделений. Е.Л.Лернер служила в этом же госпитале со дня его формирования. Занимала должности начальника хирургического отделения, заместителя начальника госпиталя по медицинской части. Уволена из армии в запас в 1946 г.



Персонал госпиталя для легкораненых. В первом ряду слева направо: майор Алимов, майор Пушин (начальник госпиталя), подполковник Тарасов (заместитель начальника по политической части), капитан медицинской службы Е.Л.Лернер (заместитель начальника по медицинской части). Во втором ряду врачи: старшие лейтенанты медицинской службы Родионова, Грищенко, Макарова, Введенская, Масленников, Болтинский, капитаны медицинской службы Бакин и Гаврюшин, капитан Заяц. Прага, июнь 1945 г.

К категории легкораненых обычно относят раненых со сроками лечения 20–25 дней с пулевыми касательными ранениями, с повреждением только мягких тканей. Лечение ран с повреждением костей требует значительно большего времени.

Уже в 1942 г. были созданы армейские госпитали для легкораненых со сроком лечения до 30 сут и фронтовые – со сроком лечения до 45–60 сут. Предусматривалось иметь в каждой армии по одному ГЛР, во фронте – из расчета по три ГЛР на каждую армию. Кроме того, были созданы команды для выздоравливающих на 100 человек при медсанбатах и батальоны выздоравливающих при запасных полках.

Одной из задач, определяющих правильное использование госпиталей для легкораненых, являлась медицинская сортировка, особенно при поступлении больших потоков раненых, подлежащих лечению на месте.

Следует отметить серьезные трудности, связанные с передислокацией госпиталя, как правило, в максимально короткие сроки с использованием гужевого

транспорта, развертыванием функциональных подразделений в разрушенных зданиях школ, больниц и т. д. Из медицинского имущества госпиталь имел самое необходимое.

И все же, несмотря на трудности, лечебный процесс проводился в объеме, предусмотренном приказами и инструкциями ГВСУ, что подтверждается высоким процентом возвращения раненых после лечения в строй, в основном без ограничения годности к военной службе.

Необходимо также учитывать, что в первый период войны военно-санитарная служба испытывала дефицит в медицинских кадрах, кроме того, отмечался невысокий уровень военной подготовки врачей и средних медицинских работников. Поэтому было принято решение о досрочном выпуске студентов-медиков 4-го и 5-го курсов. Была организована военная подготовка врачей на базе медицинских институтов.

Прежде чем приступить к рассказу об опыте работы госпиталя, в котором



работали авторы статьи в годы Великой Отечественной войны, приведем некоторые данные о его создании³.

С 1 октября 1941 г. по 4 октября 1942 г. госпиталь входил в подчинение Наркомата здравоохранения СССР и работал как эвакуационный. Перевод госпиталя на штат Народного комиссариата обороны СССР произведен на основании приказа НКО и НКЗ от 29 сентября 1942 г. и распоряжения ВСУ Сталинградского фронта от 4 октября 1942 г.

В настоящей статье приведены данные о работе госпиталя по медицинскому обеспечению наступательных операций войск 3-й гвардейской армии 1-го Украинского фронта в период проведения Львовско-Сандомирской (1944), Висло-Одерской и Берлинской операций (1945).

Использованы данные, приводившиеся в докладах одного из авторов — зам. начальника госпиталя по медицинской части капитана медицинской службы Е.Л.Лернер на армейской и фронтовой медицинских конференциях 15 октября 1944 г. и 15–18 августа 1945 г.

К началу июльско-августовской операции 1944 г. госпиталь находился в лесу Ратневщина (26 км западнее г. Луцка) и 20 июля передислоцировался в м. Лучице, а 22 июля — в м. Лубув. С 23 июля принимали на себя поток раненых, участвовавших в Бугской операции, 27 июля на гужевом транспорте личный состав и раненые со всем госпитальным имуществом проследовали в направлении г. Замостье.

Следует отметить, что в процессе передвижения маршрут был несколько изменен в сторону продвигавшейся на запад нашей армии и, таким образом, мы развернулись в г. Красник (Польша) впереди всех госпиталей 1-й линии, имея вблизи только один специализированный *хирургический полевой подвижной госпиталь* (ХППГ) № 2410. 7–8 августа ГЛР осуществил последний этап передислокации из г. Красника в Будзин, имея на излечении 1500 раненых и не прекращая

ни на один час приема продолжавших поступать раненых.

Таким образом, пройдя путь передислокации в 351 км, из которых 226 км — вместе с ранеными, мы оказались в 21 км от передовой линии войск.

Отсюда можно судить, насколько благоприятными были созданные условия для устранения многоэтапности в эвакуации легкораненых из МСБ. Последнее обстоятельство отразилось на эвакуации раненых по назначению. Так, в августе поступило непосредственно из МСБ — 75,8% всех раненых и 24,2% из промежуточного этапа — ХППГ. Совсем иная картина наблюдалась в сентябре — поступление раненых из госпиталей составляло 79,4%, из МСБ и частей — 20,6%.

По итогам июльско-августовской операции через ГЛР прошло 3935 бойцов и командиров, из них раненых 3267 (83%), контуженых 396 (10%), больных 272 (7%). Ранения по областям тела распределились следующим образом: голова — 7,11%, шея — 1,96%, грудь — 8,18%, живот — 1,5%, таз — 2,7%, позвоночник — 5,8%, верхняя конечность — 37,6%, нижняя конечность — 34,7%.

Таким образом, среди всех ранений поражения конечностей составили 72,3%: цифры совпадают со сводной статистикой, представленной на VI Пленуме медицинского совета при ГВСУ Красной Армии (что следует объяснить размерами поверхности частей тела и положением бойца в бою).

Различия в частоте ранений правой и левой кисти разительны. На нашем материале ранение правой кисти встретилось в 31,5%, левой — в 68,5% случаев. По статистике, приводимой Е.И.Смирновым, основанной на огромном материале в 508 тыс. ранений в конечности, ранение в правую кисть отмечено в 32%, левую — в 68%.

Заслуживает внимания тяжесть ранения, определяемая характером ранящего оружия. На нашем материале осколочные ранения встречались в 66,8% случаев, пулевые — в 33,2%, из них слепых ранений было 45,2%, сквозных — 37,5%, касательных — 17,3%.

Анализ сроков поступления раненых с момента ранения показал, что в

³ См. также: *Воропай А.В., Лернер Е.Л.* Армейский госпиталь для легкораненых // *Воен.-мед. журн.* — 1985. — № 4. — С. 35–37.



1-й день поступило — 300 человек, во 2-й — 264, 3-й — 243, 4-й — 204, 5-й — 221, 6-й — 114, 7-й — 418, 8–15-й — 288, 15–20-й — 180, 20–27-й — 47.

Из ПМП и МСБ поступило 26% раненых, с одним промежуточным этапом — (ХППГ или ФГЛР) — 70,2%, двумя промежуточными этапами между МСБ и ГЛР — 3,8%.

Объем хирургической лечебной помощи на предыдущих этапах сводился к активной хирургической обработке ран у 15,6% раненых. В итоге возвращено в строй 82,7% раненых, эвакуировано — 17,5% (77,2% в ГБА), умерло — 0,13%.

Из пяти случаев, закончившихся летальным исходом, три человека прибыли в госпиталь по поводу ранения, осложнившегося газовой инфекцией, и пробыли в отделении госпиталя от 8 до 12 ч. У одного раненого смерть наступила на 12-й день от столбняка и один умер в результате кровотечения после сепсиса.

Газовая инфекция наблюдалась у 8 человек, из них анаэробная инфекция диагностирована в госпитале у 5 раненых (исход благоприятный).

Из трех случаев, осложнившихся столбняком после ранения, — у двоих исход благополучный, раненые эвакуированы в хорошем состоянии. У всех трех раненых профилактическая доза антистолбнячной сыворотки введена на предыдущих этапах. У одного раненого осложнение столбняком развилось на 7-й день, у другого — на 12-й и у третьего — на 5-й неделе после ранения.

Чтобы избежать пересечения потоков ходячих и носилочных раненых, дежурным врачом производилась предварительная сортировка, которая обеспечила направление в пропускник в первую очередь носилочных раненых. Ходячие раненые подвергались хирургической обработке в перевязочной пропускника, а лежачие направлялись в операционно-перевязочный блок 1-го хирургического отделения, откуда после соответствующего хирургического вмешательства либо имобилизации переводились в эвакуопалаты для должного наблюдения и подготовки к эвакуации.

Медицинская сортировка ходячих раненых проводилась во время ревизии

ран в перевязочной пропускника, где было развернуто 6 столов.

Внутригоспитальная сортировка завершалась направлением раненых в верхнюю конечность — во 2-е отделение, в нижнюю конечность — в 3-е отделение; раненые, требующие сложного хирургического вмешательства, эвакуации или только госпитального режима, направлялись в 1-е хирургическое отделение.

При 1-м и 2-м отделениях имелись кабинеты лечебной физкультуры, оборудованные соответственно профилю раненых, ФТО-отделение и мастерские трудотерапии.

В объеме хирургической работы главную часть операций составила активная хирургическая обработка (иссечение ран, удаление инородных тел, рассечение свища и т. д.) и наложение вторичного шва.

За истекший период произведено 615 операций, — таким образом, оперируемость составила 18,8% к числу всех поступивших раненых.

Из числа операций активная хирургическая обработка ран имела место в 345 случаях, наложение вторичного шва — 206, перевязки крупных сосудов (в т. ч. пульсирующая гематома) — 12, ампутация конечности — 4, артротомии — 6, ампутации и вычленения фаланг пальцев — 14, прочие — 28.

Опыт наложения вторичного шва на гранулирующие раны мы имели еще со времени Миусской операции 1943 г. Закрывание ран производилось под контролем бактериологического исследования флоры раны, клинического анализа крови и РОЭ. В ходе июльско-августовской операции вторичный шов наложен на 206 ран (180 случаев), осложнений не было.

С целью ускорения заживления раны в случаях, где вторичный шов нельзя было наложить, применялся способ лейкопластырной повязки на предохранителях. Этот бескровный метод, подкупающий простотой выполнения, не требующий обезболивания, доступный не только врачу, но и среднему медицинскому персоналу, имеет ряд преимуществ. В 389 случаях нами наложено 596 лейкопластырных повязок.



В 106 случаях произведено 132 переливания крови: однократно — в 82 случаях, двукратно — в 22, трехкратно — в 2. Показаниями к гемотрансфузии были инфицированные раны и газовая инфекция (75), вторичная анемия, кровотечение, гиповитаминоз, лимфаденит.

Целесообразность включения гемотрансфузий в комплекс мероприятий лечения легкораненых очевидна, вот почему организация донорства является второстепенным вопросом. В условиях нашего госпиталя 128 доноров дали 38 л крови (20 из них дали кровь повторно), израсходовано 33 л. Госпитальные доноры не только обеспечивали кровью сам госпиталь, но часть ее направлялась на станцию переливания крови.

Наглядным выглядит сопоставление показателей хирургической работы нашего госпиталя в различные периоды: за 10 мес 1941–1942 гг. произведено 475 операций и 182 гемотрансфузии, в ходе июльско-августовской операции 1944 г. — 615 и 132 соответственно.

Лечение легкораненых не дало бы ожидаемого эффекта, если бы хирургическая обработка не дополнялась функциональной терапией и физиотерапевтическими воздействиями (в виде всевозможных тепловых процедур — ванночек, парафинотерапии, глино-терапии и др.).

Лечебной гимнастикой было охвачено 806 человек, получивших 12 039 процедур, что составляет в среднем 14,9 процедуры на каждого пациента. Локальная физкультура начинается с местных движений во время перевязок, поэтому иммобилизация конечности гипсовой лангетой в функционально выгодном положении дает возможность проводить также функциональную терапию.

Физиотерапией было охвачено 780 человек, которые приняли 6831 процедуру (в среднем 9,7 на одного). Безаппаратная физиотерапия — несложная по выполнению и одновременно доступная в любых условиях, должна занимать заслуженное место в комплексном лечении легкораненых.

Наглядное снижение срока лечения огнестрельных повреждений кисти и

пальцев в 1944 г. должно быть отнесено за счет раннего поступления легкораненых в госпиталь и своевременного назначения всего комплекса лечения.

В ходе проведения боевой операции в январе–феврале 1945 г. возросла активность хирургов, пассивное наблюдение за ходом лечения и заживления ран сменилось активными оперативными вмешательствами как при ранении мягких тканей, так и кисти и пальцев.

Сравним данные трех этапов работы госпиталя: во 2-м полугодии 1944 г. (Красник–Будзин), в феврале 1945 г. (Фрауштадт), марте 1945 г. (Гассен). За второе полугодие 1944 г. на 3776 раненых, находившихся на лечении произведено 689 операций — оперируемость 18,2%, за февраль 1945 г. на 1569 раненых сделана 291 операция — 18,5% и в марте 1945 г. на 991 раненого 468 операций — 47,3%. Такое же соотношение получается и по количеству перевязок — нарастающая частота за счет более тщательного ведения послеоперационного периода.

Работа приемно-сортировочного отделения была организована так, чтобы все поступающие раненые подвергались в операционно-перевязочном блоке ревизии ран и во всех показанных случаях производилась их активная хирургическая обработка. Эта задача была выполнена, но была допущена ошибка, заключающаяся в том, что этапная лейкопластырная повязка не накладывалась в пропускнике при первичном осмотре раненых. Кроме того, организационный период продолжался в течение всего времени поступления потока раненых, и врачи не имели возможности полностью переключиться на лечебный процесс. Поэтому после передачи раненых в 5538-й армейский ГЛР медсостав 2-го и 3-го отделений полностью остался в своих отделениях и за период с 20 февраля по 7 марта было сделано 38 операций, наложено 136 швов.

По итогам работы за февраль общая оперируемость составила 30%, а процент закрытия ран увеличился до 16%.

К началу приема раненых в Гассене (март 1945 г.) вся коечная сеть была



развернута, врачи сразу же включились в лечебный процесс. Всего в марте 1945 г. на лечении находилось 1260 человек, из них 991 раненый. Произведено 468 операций, в т. ч. 264 по наложению швов. Ни одна огнестрельная рана, которая могла быть превращена в операционную рану, не оставалась без оперативного вмешательства.

Положительные результаты были достигнуты, во-первых, за счет того, что все врачи освоили технику наложения швов. Во-вторых, за счет правильного ведения послеоперационного периода с обязательным контролем за раной через день. В-третьих, за счет применения электросветопроцедур при подготовке раны к операции и в послеоперационный период.

Кабинет ЛФК сумел обеспечить 81% охвата раненых, с исключением только тех, кому были противопоказаны упражнения. Смежность расположения кабинетов ФТО и ЛФК обеспечивала последовательный прием назначенных процедур. Общий охват гигиенической гимнастикой составил 90,4%.

© В.В.ВАЛЬ, А.В.СИМОНЕНКО, 2009
УДК [61:355](092 Мартынов)

Алексей Васильевич Мартынов — первый хирург-консультант ЦВКГ им. П.В.Мандрыки

*ВАЛЬ В.В., заслуженный врач РФ, полковник медицинской службы в отставке
СИМОНЕНКО А.В.*

Профессор Алексей Васильевич Мартынов (1868–1934) — видный отечественный хирург и профессор Московского университета — 14 мая 1921 г. по инициативе руководства госпиталя, решением начальника штаба РККА П.П.Лебедева и начальника Главного военно-санитарного управления З.П.Соловьёва был назначен на должность консультанта госпиталя, которую он исполнял вплоть до своей кончины. Он был научным руководителем — наставником Петра Васильевича Мандрыки и начальников хирургических отделений В.А.Чистова и С.С.Филатова.

В результате сочетания хирургической активности со всеми вспомогательными методами лечебного процесса в течение месяца выписано 442 человека, или 35% от всех находившихся на лечении. Среднее число дней, проведенных в госпитале ранеными, выписанными в часть, составило 16,5.

Аналогичный путь в годы войны прошли десятки военных госпиталей для легкораненых, и можно выразить сожаление, что их деятельность недостаточно освящена в медицинской печати.

Деятельность не только ГЛР, но и других медицинских формирований войскового, армейского и фронтового тылов, на наш взгляд, заслуживает широкого освещения. Имеется возможность при участии ветеранов медицинской службы, историков военной медицины восполнить образовавшийся пробел, предоставив возможность читателям журнала лучше представить себе условия, в которых военные и гражданские медики помогали Красной Армии добывать нелегкую Победу, используя боевой опыт получивших лечение легкораненых и больных.

Алексей Васильевич был знатоком хирургической патологии желудка, желчных путей, поджелудочной и щитовидной желез. Ему постоянно ассистировал на операциях П.В.Мандрыка, будучи еще начальником хирургического отделения, а затем — главным хирургом и начальником госпиталя. Он быстро освоил блестящую оперативную технику и приобрел хирургический опыт своего наставника.

При язвенной болезни чаще других оперировали А.В.Мартынов совместно с П.В.Мандрыкой. Операции обычно заканчивались наложением гастроэнтеро-