

В.А. Соколов<sup>1</sup>, Ю.А. Мурылев<sup>2</sup>,  
Д.К. Якимов<sup>1</sup>, В.Ю. Мурылев<sup>2</sup>

## Организация работы эвакуационных госпиталей в Саратове в период Сталинградской битвы

<sup>1</sup>Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов

**Резюме.** Анализируется организация работы эвакуационных госпиталей в Саратове в период Сталинградской битвы. Дана краткая характеристика вопросов медицинского обеспечения Сталинградской стратегической оборонительной операции. Указаны факторы, определившие эвакуацию значительного числа раненых и больных военнослужащих Красной армии в лечебные учреждения местного эвакуационного пункта-45. Приведены статистические данные о количестве принятых на лечение и отправленных в другие тыловые госпитали пострадавших с места переломного сражения Великой Отечественной и Второй мировой войны. Отмечена значимость использования железнодорожного, водного и автомобильного транспорта для эвакуации раненых и больных. Рассмотрены вопросы организации санитарно-гигиенической и противоэпидемической работы в Саратове и области в период приближения фронта, высокой скученности местного населения и прибывающих беженцев, а также постоянного прибытия санитарных транспортов. Подчеркнута огромная роль сотрудников Саратовского медицинского института в лечебно-консультационной работе в эвакуационных госпиталях. Их высокая профессиональная подготовка, постоянный поиск нестандартных путей решения сложных проблем, возникающих в ходе повседневной клинической деятельности, позволили достичь высоких результатов в работе лечебных учреждений, спасти жизнь большому числу раненых бойцов и командиров Красной армии. Освещен вклад и основные направления лечебной и научной деятельности ведущих специалистов медицинского института в рассматриваемый исторический период времени.

**Ключевые слова:** Великая Отечественная война, военная медицина, Сталинградская битва, эвакуационные госпитали, лечение раненых и больных, Саратовский медицинский институт, специализированные госпитали, санитарно-гигиеническая и противоэпидемическая работа, хирургическая и терапевтическая патология военного времени, санитарный транспорт.

Характер лечебно-эвакуационной работы в лечебных учреждениях госпитальной базы, развернутой за первый год войны в Саратове и области, с середины 1942 г. определялся неблагоприятно складывавшейся для Красной армии оперативной обстановкой на Юго-Западном направлении советско-германского фронта. Начавшееся в конце июня – начале июля наступление немецкой группы армий «Юг» (6-я и 17-я армии вермахта, усиленные 1-й и 4-й танковыми армиями) на войска Брянского фронта севернее и войска Юго-Западного фронта (первое формирование: 22.06.1941 – 12.07.1942 г.) южнее Воронежа привело к быстрому прорыву советской обороны. Противник начал стремительное продвижение вглубь нашей территории в направлении на Кавказ (группа армий «А») и к Сталинграду (группа армий «В»).

Госпитальная база Юго-Западного фронта на конец июня 1942 г. имела 60809 коек [14]. В связи с отходом наших войск фронтовые лечебные учреждения вынуждены были свертываться и передислоцироваться к новому месту развертывания. Этот маневр осложняли большие санитарные потери, составлявшие с 30 июня по 20 июля в среднем в сутки 0,27% от списочной численности войск или 18200 раненых в абсолютном исчислении [14].

В связи с частыми повреждениями железнодорожных путей авиацией противника была нарушена регулярная подача санитарных поездов. Фронтовой эвакуационный пункт-73 (ФЭП-73), отвечавший за организацию эвакуации раненых и больных из госпитальных

баз армий (ГБА), был вынужден на месте формировать военно-санитарные летучки (разновидность военно-санитарного поезда, состоявшая из оборудованных товарных вагонов и предназначенная для эвакуации раненых и больных на короткие расстояния) для скорейшей отправки потока пострадавших в тыл по единственной железной дороге: Лиски – Поворино – Балашов – Саратов. Легкораненых отправляли командами пешком.

Для прикрытия Сталинградского направления 12 июля 1942 г. создается Сталинградский фронт. Из расформированного Юго-Западного фронта во вновь созданное объединение вошли 21-я общевойсковая армия, 8-я воздушная армия, Военно-санитарное управление (ВСУ) и Управление фронтового эвакуационного пункта-73 (УФЭП-73). Последние прибыли в Сталинград в середине июля 1942 г. Медико-санитарные батальоны и армейские госпитали двигались к местам новой дислокации вместе с войсками фронта.

Распоряжением Главного военно-санитарного управления Красной армии 8 июля 1942 г. из Юго-Западного фронта 52 госпиталя на 23000 коек были переданы образованному Воронежскому фронту. Это привело к тому, что медицинские учреждения, входившие в развернутый в Сталинграде местный эвакуационный пункт-20 (МЭП-20), в течение короткого времени оказались перегружены ранеными и больными. Так, если в Сталинград в июле поступило на лечение 6000, то в августе уже 44000 военнослужащих. Из-за невозможности их дальнейшей эвакуации в тыл по железной

дороге Сталинград – Поворино ее проводили по Волге как в сторону Астрахани, так и в направлении Саратова. 23 августа 1942 г. ФЭП-73 передислоцировался в Камышин, где была развернута госпитальная база (ГБ) на 11000 коек (рисунок) [13]. В сентябре через нее в тыл для дальнейшего лечения направили 78367 военнопленных. Основными путями эвакуации в этот период были Камышин – Саратов по Волге, Камышин – Балашов – Саратов (или Пенза) по железной дороге, с 19 ноября Камышин – Саратов по новой железнодорожной линии: Ленинск – Баскунчак – Красный Кут – Саратов.

Бои на подступах и в самом городе отличались крайней ожесточенностью и сопровождались значительными потерями с обеих сторон. Санитарные потери Сталинградского фронта с 20 июля по 30 октября составили 152992 пораженных в боях (в среднем в сутки 0,57%), или 51,88% к численному составу войск [14]. При этом Саратовская область оказалась оперативным тылом Сталинградского фронта [3]. По прямой города разделяло расстояние в 332 км. Чуть дальше – в 372 км – располагалась Астрахань, а до Куйбышева было 634 км. Близость к месту решающего сражения Второй мировой войны и стала одним из факторов, определившим эвакуацию значительного потока раненых и больных в лечебные учреждения Управления местного эвакуационного пункта-45 (МЭП-45) [13]. В ее создании, подготовке медицинского персонала приняли самое активное участие сотрудники Саратовского медицинского института (СМИ) [17]. К июлю 1942 г. в городе и области было развернуто 77 госпиталей на 48262 койки. Из них 31 эвакуационный госпиталь (ЭГ) находился в городской черте, что составляло 8,52% от коечного фонда внутреннего тылового района страны [18]. Однако и они оказались не в состоянии сразу принять значительный поток раненых и больных. Поэтому часть военно-санитарных поездов (ВСП) направлялась транзитом в Ташкент [14].

Приведенные цифровые данные и схема направлений эвакуации раненых показывают, что часть ЭГ МЭП-45 в период Сталинградской битвы стали выполнять функцию второго эшелона ГБ Юго-Западного, Сталинградского и Донского фронтов, другая часть – приемно-сортировочной базы. При этом часть сформированных госпиталей находились под тройным руководством: ВСУ фронта, медицинского округа и местных органов здравоохранения. Основные задачи по выполнению функций приемно-сортировочной базы взяли на себя ЭГ, развернутые непосредственно в Саратове, расположенном на перекрестке железнодорожных линий и мощного водного эвакуационного пути – реке Волге [2].

Однако работа железнодорожного и водного транспорта в тот исторический период определялась не только новыми задачами, поставленными войной, но и изменениями условий труда. С осени паровозные бригады и значительная часть путевых рабочих вынуждены были работать в условиях периодических налетов авиации противника. Резко возросла интенсивность воинских перевозок. Все это потребовало увеличения рабочего дня, повышения трудового напряжения 30000 транспортников. Неритмичность работы железной дороги объяснялась как обстановкой на фронте, так и пульсирующим в связи с этим характером поступающих и отправляемых грузов [2]. Например, в ноябре 1942 г. в Саратов в течение короткого промежутка времени поступило 19 санитарных летучек, каждая из которых доставила по 1800 человек, то есть более 24000 раненых. А в глубокий тыл было отправлено лишь 8000 человек [2]. Таким образом, ЭГ пополнились 16000 новых пациентов. Один только Саратовский гарнизонный госпиталь за время Сталинградской битвы принял на лечение 8000 пострадавших бойцов и командиров.

Госпитали были переполнены, санитарно-эвакуационная работа была крайне напряженной [18]. В те суровые дни наполнение ЭГ более чем в два раза пре-

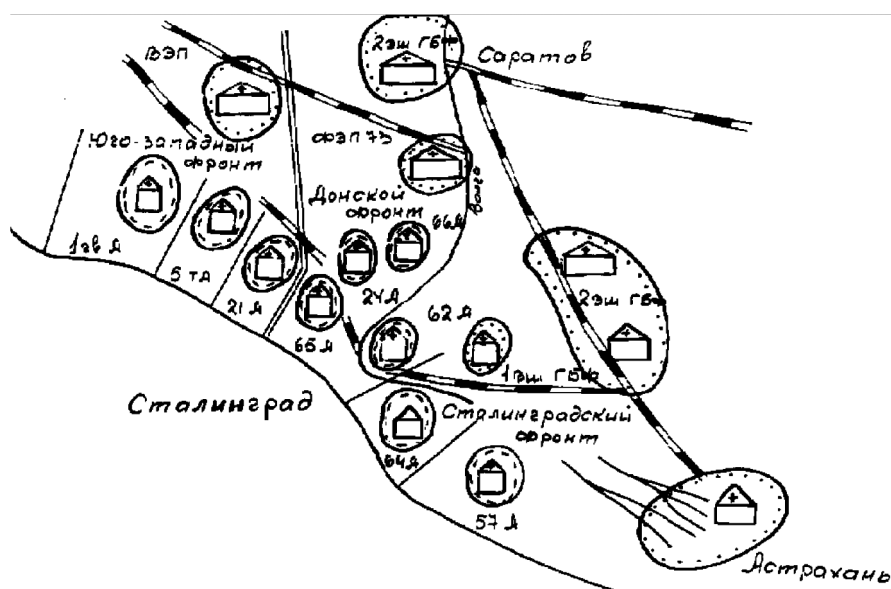


Рис. Схема размещения госпитальных баз армий и фронтов перед Сталинградской битвой, 1942 г.

вышало даже суровые нормативы военного времени. Зафиксировано множество случаев, когда один врач курировал по 100, а иногда и по 200 человек [2, 17].

В 1941 г. всего на пристанях в пределах саратовского Поволжья работало около 200 судов различных систем и классов. По мере приближения противника к городу некоторые суда вошли в состав Волжской военной флотилии. Оставшиеся пассажирские корабли, прежде всего «Дзержинец» и «Спартак», буксир «Дзержинский» под огнем противника неоднократно доставляли из Сталинграда в Саратов раненых и больных [22]. С августа 1942 г. до конца навигации движение по Волге происходило в условиях минирования фарватера и под воздействием вражеской авиации. К перечисленным трудностям надо прибавить нехватку рабочей силы на пристанях при выполнении погрузочно-разгрузочных работ. И тем не менее до прекращения навигации осенью 1942 г. с санитарно-транспортных судов (СТС) было принято 35288 раненых и больных [14].

Активно использовался автомобильный транспорт. Например, в августе 1942 г. две автоколонны доставили с фронта на лечение 4000 бойцов и командиров Красной армии [3]. Среди них большой процент составляли тяжелораненые и раненые с осложнениями. Значительные усилия в этот период были приложены для приема и распределения по лечебным учреждениям 10000 раненых и больных, прибывших в Саратов «неорганизованно» [14].

Общий ход боевых действий в летне-осенний период 1942 г. и огромный поток пострадавших с фронта оказал существенное влияние на лечебно-эвакуационную деятельность госпиталей МЭП-45. В рассматриваемый временной период центр тяжести его работы был перенесен на прием, сортировку и дальнейшую эвакуацию военнопленных. Так, из поступивших в его лечебные учреждения во второй год войны 324316 человек в последующем в глубокий тыл эвакуировали 130348, или 40,19% от общего числа поступивших (табл. 1) [13, 14].

Госпитали МЭП-45 стали «фильтром», задерживавшим у себя только тех, кто мог быть вылечен и возвращен в строй в течение 1–1,5 месяца, либо нетранспортабельных раненых. Все остальные контингенты получали здесь только необходимую неотложную помощь и эвакуировались дальше, в глубокий тыл.

Несмотря на весомую роль автомобилей и речных судов, основным средством массовой эвакуации раненых и больных по-прежнему оставался железнодорожный транспорт. Так, только за второе полугодие 1942 г. ВСП было доставлено в лечебные учреждения МЭП-45 131985 раненых и больных. В этот же период госпитали из Аткарска и Ртищева были переданы ФЭП-148 (Юго-Западный фронт, второе формирование – с 25.10.1942 г.). В этой связи ликвидировались контрольные пункты и МЭП-45 лишился возможности оказывать экстренную помощь огнестрельно раненым и больным по пути следования ВСП. Кроме того, необходимо было продолжать срочную эвакуацию раненых и больных из переданных госпиталей в Саратов.

Таблица 1

### Движение раненых и больных в МЭП-45 (РЭП-110) и МЭП-86 за годы войны

Периоды войны	Поступило раненых и больных	Эвакуировано	% эвакуированных в отношении к поступившим
1-й год войны (2-е полугодие 1941 г. и 1-е полугодие 1942 г.)	183967	7069	4
2-е полугодие 1942 г.	220762	78434	35,5
1-е полугодие 1943 г.	103554	51914	50,3
2-е полугодие 1943 г.	55567	10991	19
1-е полугодие 1944 г.	27747	–	–
2-е полугодие 1944 г.	23542	–	–
1-е полугодие 1945 г.	19165	–	–

Громадный объем приемно-сортировочной и эвакуационной работы вызвал необходимость в развертывании мощного сортировочного госпиталя (СГ) № 2635 на 1000 коек. Это улучшило организацию приема, разгрузки и погрузки ВСП и СТС. Указанные работы проводились эвакуационным отделением СГ, имевшего в своем штате врачей-эвакуаторов, медсестер и достаточное число санитаров-носильщиков. При одновременном прибытии нескольких видов санитарного транспорта в помощь эвакуатору для сортировки поступающих выделялись дежурные хирурги. Несмотря на имевшийся опыт в разгрузочно-погрузочных работах, лимиты времени не выдерживались. Это объяснялось отсутствием прирельсового эвакуационного приемника, малым количеством привлекаемого транспорта и преобладанием женщин и подростков в командах встречающих. Эвакуация раненых в глубокий тыл осуществлялась по мере подачи ВСП. Их направляли непосредственно из СГ, а также из лечебных учреждений Саратова и области. Это упрощало процесс контроля за их состоянием и поведением. При некомплекте медицинского и обслуживающего персонала СГ выделял врачей, сестер и санитаров для сопровождения на отдельные рейсы.

Во втором полугодии 1942 г. было эвакуировано 78434 тяжелораненых. Из этого числа осенью 1942 г. только на 11 СТС отправили 3407 пострадавших [13, 14].

В этот период эвакуационное отделение СГ проводило большую работу по обследованию транзитных СТС. Так, было обследовано 130 СТС, с которых снято 2600 огнестрельно раненых, а освобожденные места использовались для эвакуации раненых из госпиталей МЭП-45. Все прибывшие поезда и суда обследовались работниками эвакуационного пункта на санитарное состояние, обеспечивались продуктами, медикаментами и бельем. Значимость проводимой работы определялась и тем фактом, что из-за скученного размещения населения вследствие недостатка жилой площади в регионе, снижения норм и качества питания ухудшилась эпидемиологическая обстановка в Саратове и области. Были зарегистрированы вспышки сыпного и брюшного тифа [6].

Очаги инфекционных заболеваний были выявлены в местах скопления людей (вокзал г. Балашова) и в районах, прилегающих к источникам с загрязненной водой, которую местные жители использовали для приготовления пищи (Пугачев). Поскольку эпидемиологическая обстановка ухудшилась во многих областях страны, Центральный Комитет Коммунистической партии Советского Союза, Государственный Комитет Оборона, местные партийные и государственные органы прилагали все усилия, чтобы не допустить разрастания отдельных вспышек острозаразных заболеваний в эпидемии. Так, на городских предприятиях в кратчайший срок был налажен выпуск необходимых вакцин, сывороток и медикаментозных препаратов. Сотрудники кафедры общей гигиены СМИ провели комплексные исследования и предложили высокоэффективные способы профилактики заболеваний, передающихся водным путем [17]. В 1943 г. в регионе действовало 22 санитарно-эпидемиологические станции, десятки санитарных пропускников и около 1000 временных и стационарных дезинфекционных камер [2]. На крупных железнодорожных узлах функционировали санитарно-контрольные пункты. Благодаря энергичным действиям очаги брюшного и сыпного тифа удалось относительно быстро погасить, и тиф не получил характера эпидемии, как это было в период гражданской войны.

Необходимо отметить, что лечебные учреждения МЭП-45 служили постоянным источником пополнения и восстановления коечного фонда ГВ фронтов. Так, во втором полугодии 1942 г. МЭП-45 передал в состав фронтовых эвакуационных пунктов 20 госпиталей на 10000 коек, в первом полугодии 1943 г. – 24 госпиталя. Всего с июля 1942 г. по июнь 1943 г. фронтам было передано 33000 коек [14].

Первое полугодие 1943 г. характеризуется успешным завершением Сталинградской битвы, победоносным наступлением Красной армии, в результате которого линия фронта отодвинулась от границ Саратовской области на 600–700 км.

Однако, учитывая возможность развертывания широкомасштабных ожесточенных сражений на Центральном и Юго-Западном направлении советско-германского фронта и повторного поступления большого потока раненых, управление МЭП-45 продолжало освобождение лечебных учреждений от раненых. Особенно большое их число (10232 человека) было эвакуировано в июне 1943 г. перед началом Курской битвы. В связи с тем, что в деятельности МЭП-45 преобладали приемно-сортировочные функции с большим объемом эвакуационных мероприятий, 12 мая 1943 г. он был реорганизован в распределительный эвакуационный пункт-110. В его распоряжение были переданы 63 ВСП и 9 СТС [14].

Таким образом, в рассматриваемый период (с июня 1942 по июнь 1943 г.) госпитали МЭП-45 принимали на лечение значительное число пострадавших на фронте бойцов и командиров Красной армии. Так, в лечебные учреждения Саратова с июля по декабрь 1942 г. поступили 220762, а с января по июнь 1943 г. – 103554 раненых и больных.

В этот период в общей структуре всего коечного фонда ЭГ Саратовской области 71,5% составляли общехирургические; 23,3% - специализированные койки, а остальные занимали военнослужащие с соматической патологией [18]. Специализированные ЭГ хирургического, нейрохирургического, оториноларингологического, офтальмологического, терапевтического, дермато-венерологического и инфекционного профиля в основном были развернуты в Саратове на базах клиник медицинского института и наиболее крупных лечебных учреждений, обеспеченных соответствующим оборудованием и медицинскими кадрами.

Важную роль в организации специализированной медицинской помощи сыграли профессора и сотрудники СМИ: С.Р. Миротворцев, С.Х. Архангельский, В.М. Угрюмов, Н.И. Краузе, Н.И. Голубев, Н.В. Герасимов и др., которые привлекались в качестве оперирующих хирургов [16]. Кроме того, учеными разрабатывались вопросы клиники, диагностики и лечения остеомиелитов огнестрельного происхождения, ранений крупных сосудов, головы и периферической нервной системы. Результаты этих исследований были опубликованы в научных статьях: «Оперативный доступ к звездчатому узлу» профессора С.Х. Архангельского, «Нарушения некоторых корковых и подкорковых функций у больных с последствиями проникающих черепно-мозговых повреждений» С.А. Георгиевой, которые нашли применение при лечении раненых в ЭГ [18].

Хирурги-консультанты принимали активное участие в проведении сложных операций и были руководителями научных исследований, касающихся разработки методов диагностики и лечения в условиях военного времени. Например, возглавляемый профессором С.Х. Архангельским коллектив врачей освоил и выполнял самые сложные хирургические вмешательства по удалению пуль и осколков из сердца и различных отделов позвоночника под рентгенологическим контролем [1]. Неоднократно на операционный стол ложились раненые с повреждением крупных сосудов, центральной и периферической нервной системы.

Смелостью и новизной отличалась оперативная деятельность нейрохирурга В.М. Угрюмова. Вопреки существующему в то время мнению, он успешно оперировал при абсцессах мозга при бессознательном состоянии раненого [21]. В 1943 г. он принял самое активное участие в организации и развертывании 1000-коечного нейрохирургического госпиталя № 1056, в котором он стал ведущим специалистом. Им были разработаны и обобщены оригинальные методики лечения огнестрельных черепно-мозговых травм и опухолей мозга, результаты которых были опубликованы в статье «Клиника и лечение абсцессов мозга после огнестрельных ранений черепа» и доложены на хирургическом совете в Москве в декабре 1943 г. Новаторские методики были внедрены в повседневную клиническую работу всех отделений нейрохирургического

профиля в ЭГ МЭП-45. В последующем полученные результаты исследования легли в основу докторской диссертации, которую он успешно защитил в 1949 г.

Научная деятельность кафедры и клиники госпитальной хирургии под руководством проф. Н.И. Краузе была направлена на изучение вопросов по лечению каузалгий, послеоперационных контрактур и воспалительных процессов, разработки методики консервации аллогенных тканей [11]. Кроме того, сотрудниками кафедры проводилась работа по организации и проведению переквалификации, усовершенствованию врачей и подготовке медицинских сестер.

Характер ранений постоянно менялся в сторону утяжеления с возрастанием процента ранений, проникающих в полости, и с повреждением кости. В связи с этим в разные периоды войны изменялись функции госпиталей, значительно выросла квалификация хирургических кадров, изменились методы лечения, и, в частности, постоянно возрастала хирургическая активность.

Заведующий кафедрой факультетской хирургии педиатрического факультета проф. Н.И. Голубев на базе железнодорожной больницы, куда поступали военнослужащие железнодорожных войск, и на базе некоторых ЭГ хирургического профиля успешно применил артрорез по способу Эдена при привычном вывихе плеча. Это позволило рекомендовать способ к применению как простой и малотравматичный при переднем вывихе плеча [18].

Доцент Н.В. Герасимов в 1942 г. организовал сосудистое отделение в госпитале № 3932, в котором он был хирургом-консультантом. Это позволило значительно расширить оперативную деятельность при огнестрельных повреждениях сосудов у раненых в эвакуогоспиталях хирургического профиля, находящихся в других городах области (Балашов, Вольск, Энгельс) [7].

Тяжелая тактическая обстановка на фронте во время Сталинградской битвы исключала нормальную работу лечебных учреждений войскового и армейского районов. В результате в Саратов доставлялись первично необработанные не только черепные раненые, но и раненые с огнестрельными повреждениями конечностей. У большинства больных первичная хирургическая обработка была запоздалой или недостаточной [9, 10]. Одной из наиболее тяжелых операций при данной патологии являлась ампутация. На фронте основным показанием к ее выполнению была газовая гангрена – в 85% случаев, в Саратове – в 4,7% (вследствие сепсиса и раневого истощения) наблюдений. В 18% случаев данные оперативные вмешательства выполнили по поводу глубоких отморожений конечностей. Если на фронте главная задача хирургов – сохранить возможно большую длину пострадавшей конечности и мягкие ткани, то в тыловом районе – убрать очаг инфекции и не допустить ее дальнейшего распространения [10]. В ЭГ показания к выполнению данного вмешательства считались

абсолютными, строго взвешенными, требующими высокой и тщательной техники его выполнения. Решения принимались с участием хирурга-консультанта (а таковым обычно был профессор). Хорошо продуманная лечебно-диагностическая тактика дала свои результаты. Так, за все годы войны в ЭГ МЭП-45 ампутации произвели лишь 0,4% раненых. Это составило 2,3% от общего числа выполненных за этот период оперативных вмешательств [9, 28].

В ЭГ терапевтического профиля в рассматриваемый исторический период выделились две основные проблемы, носившие фундаментальный характер: патология почек и алиментарная дистрофия. Изучение первой проблемы в клинике госпитальной терапии возглавил доцент П.И. Шамарин. Им совместно с профессором Л.С. Шварцем были описаны особенности возникновения, течения, диагностики и лечебной тактики болезней почек, в том числе на этапах медицинской эвакуации [26]. Кроме того, симптоматика дистрофии наблюдалась у больных после перенесенных отдельных инфекций (брюшной тиф, дизентерия) [8] и как осложнение тяжелых ранений. Проведенные исследования позволили установить, что в патогенезе обеих форм болезни ведущее место занимало длительное и тяжелое нервно-психическое напряжение и травмы нервной системы [23, 24].

Весомый вклад ученые-терапевты внесли в изучение вопросов патогенеза ревматизма, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, крупозной пневмонии. Была проведена большая работа по апробации различных методов лечения крупозной пневмонии сульфаниламидными препаратами (сульфидином) [4, 5, 27].

Заслуженный деятель науки профессор П.Н. Николаев, возглавляя кафедру и клинику факультетской терапии, являлся членом госпитального совета и главным терапевтом гарнизонного госпиталя и ЭГ МЭП-45. Им был описан коллапс и травматический шок при ранении, выявлены особенности течения язвенной болезни гастродуоденального тракта военного времени, в том числе необычно длительные, не поддающиеся лечению боли – главный симптом при язвенной болезни. Он считал, что при лечении раненых необходимо учитывать их общее состояние, включать препараты общего воздействия (седативные, витамины); очень важна, по его мнению, была и психотерапия для выработки воли и веры в излечение [18].

Заведующий кафедрой оториноларингологии профессор Н.А. Николаев разработал и внедрил в практику новый способ лечения при огнестрельных ранениях лобных пазух, гортани с повреждением нижнегортанного нерва, более совершенные методики лечения контузионной глухоты [15, 25].

На базе клиники глазных болезней СМИ и нескольких ЭГ хирургического профиля были открыты специализированные отделения по оказанию медицинской помощи больным с ранениями органов зрения. Особую группу составляли больные с воспалительными заболеваниями глаз, обусловленными вынужденной

антисанитарией в военных госпиталях и на этапах эвакуации раненых [19].

Пациенты с кожными и венерическими заболеваниями сосредоточивались в четырех крупных отделениях терапевтического профиля, двух инфекционных госпиталях и клинике кожных и венерических болезней СМИ.

В структуре больных наибольшее число составляли пациенты, страдающие микробной экземой, нейродермитом, псориазом и микозами. Тяжесть течения дерматозов и резистентность к проводимой терапии, связанные с условиями военного времени, составляли серьезную проблему для лечащих врачей. Недостаток или отсутствие высокоэффективных лекарственных препаратов побудили сотрудников кафедры проводить поиск и испытание соответствующих заменителей. Для наружного лечения гнойничковых заболеваний кожи и некоторых видов грибов был предложен раствор Люголя, а в качестве заменителя ихтиола – продукт сухой перегонки сланцев, препарат, обладавший достаточно высокими бактерицидными свойствами. В терапии больных чесоткой было рекомендовано применение 5% водной эмульсии мыла «К». Кроме того, разрабатывалась и совершенствовалась методика лечения и профилактики околораневых экзем, обширных гипертрофических и келоидных рубцов, псориаза, красного плоского лишая; был обобщен опыт применения кровеновокаиновой блокады и гипноза в терапии некоторых хронических зудящих дерматозов [17, 18].

В начале 1942 г. профессором А.Ф. Ухиным была предложена методика лечения хронических дерматозов воспалительного характера консервированной тканью по Н.И. Краузе, а также осложнений при лечении гонореи сульфаниламидными препаратами [16, 18].

Важное место в профилактике инфекционных дерматозов и венерических заболеваний среди военнослужащих Красной армии, находившихся на лечении в ЭГ, занимала санитарно-просветительная работа, проводимая ассистентами кафедры и лечащими врачами клиники кожных и венерических болезней.

Заведующий кафедрой нервных болезней профессор К.Н. Третьяков, работая консультантом в госпиталях, активно набирал материал, а затем детально описал травматический коммоционный паркинсонизм, разработал его четкие дифференциально-диагностические критерии и предложил лечение заболевания сочетанием дегидратирующих средств с приемом массивных доз атропина [20]. Для лечения некоторых заболеваний, протекающих с расстройствами сна и неврологическими симптомами, он предложил медикаментозную смесь, которая также с успехом применялась для лечения заболеваний, при которых наблюдался отек мозговой ткани (хорея, эпилепсия и др.).

Рациональная организация лечебно-диагностической работы, своевременное оказание специализированной помощи и проведение реабилитационных

мероприятий в ЭГ позволили в самый тяжелый период Великой Отечественной войны – во втором полугодии 1942 г. – вернуть в строй 83,4% (83430 человек), а за первое полугодие 1943 г. – 74,6% (63022) раненых и больных [17, 18].

Добиться столь впечатляющих результатов в условиях ограниченного числа медицинских работников было бы невозможно без самоотверженного и творческого отношения врачей, среднего младшего медицинского персонала к своей работе, постоянного поиска нестандартных решений проблемных вопросов повседневной клинической деятельности. Например, апробацию новых лекарственных препаратов для общего (в том числе и редкого для того времени пенициллина) и местного лечения ран производили в госпиталях Саратова, факультетской хирургической клиники СМИ, железнодорожной больницы Саратов I, городских поликлиниках. Но их было мало. Поэтому доктор П.А. Будников обратил внимание на картерное масло (отработанное автомобильное масло, заготавливаемое впрок в холодное время года). На основании результатов лечения 191 ранения мягких тканей и 109 случаев остеомиелита он пришел к заключению, что картерное масло показало себя как эффективное лечебное средство в ранние сроки после ранения. Заживление при длительно незаживающих ранах наступало в сроки от 20 до 60 дней в 70% случаях, несмотря на то, что во всех случаях ранее были использованы другие методы консервативного и оперативного лечения. Оно было доступно, что являлось важным фактором для военного времени. Кроме того, бактериологические исследования в динамике не выявили случаев развития в нем инфекции [12].

Несмотря на перегруженность лечебной работой, ученые СМИ оказывали большую помощь в организации и доставке для медицинской службы консервированной крови. В здании приемного покоя 1-й городской больницы была создана мощная областная станция переливания крови. Всего за годы войны саратовскими медицинскими работниками была заготовлена, перелита в местных ЭГ и отправлена на фронт 71 тонна крови [17].

В ходе героической обороны Сталинграда советские войска ослабили наступательную мощь врага, обескровили наиболее мощную ударную группировку германской армии, подорвали моральный дух противника. Завершился первый, наиболее трудный период Великой Отечественной войны, насыщенный драматическими, а порой и трагическими событиями. Стратегическая инициатива перешла в руки Красной армии. Были созданы предпосылки для начала ее победоносного наступления и освобождения территории страны, а затем и оккупированных государств от немецко-фашистского порабощения.

## Литература

1. Архангельский, С.Х. Удаление инородных тел в области шеи (По материалам госпиталей г. Саратова за 1942–1945 гг.) / С.Х. Архангельский // Вопр. воен. патологии. – Саратов, 1946. – С. 43–45.

2. Ванчинов, Д.П. Саратовское Поволжье в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. / Д.П. Ванчинов. – Саратов: Сарат. ун-т, 1976. – 304 с.
3. Ванчинов, Д.П. Саратов – прифронтовой город (1941–1945) / Д.П. Ванчинов, Н.И. Шабанов. – Саратов: Приволж. кн. изд-во, 1985. – 152 с.
4. Варшамов, Л.А. Основные вопросы клиники язвенной болезни в военное время / Л.А. Варшамов // Тр. Саратов. гос. мед. ин-та. – Саратов, 1946. – С. 171–182.
5. Варшамов, В.А. Алиментарная дистрофия в годы Великой Отечественной войны / В.А. Варшамов // Тр. Саратов. гос. мед. ин-та. – Саратов, 1949. – Т. 8. – С. 53–70.
6. Геллер-Гольдблат, Ф.Л. Клинические особенности сыпного тифа / Ф.Л. Геллер-Гольдблат // Тр. Саратов. гос. мед. ин-та. – Саратов, 1949. – Т. 8. – С. 257–264.
7. Герасимов, Н.В. Огнестрельные ранения сосудов и их последствия / Н.В. Герасимов // Тр. Саратов. гос. мед. ин-та. – Саратов, 1949. – Т. 8. – С. 177–128.
8. Гинзбург, Ш.Г. Опыт лечения бациллярной дизентерии малыми дозами сульфидина / Ш.Г. Гинзбург // Тр. Саратов. гос. мед. ин-та. – Саратов, 1949. – Т. 8. – С. 125–256.
9. Зайцев, Ф.В. Клиника и лечение газовой инфекции / Ф.В. Зайцев // Тр. Саратов. гос. мед. ин-та. – Саратов, 1949. – Т. 8. – С. 189–192.
10. Захаров, Н.В. Об ампутациях конечностей / Н.В. Захаров // Тр. Саратов. гос. мед. ин-та. – Саратов, 1949. – Т. 8. – С. 71–76.
11. Краузе, Н.И. Химически денатурированные хлором ткани на службе травматической хирургии / Н.И. Краузе // Тр. Саратов. гос. мед. ин-та. – Саратов, 1949. – Т. 8. – С. 19–32.
12. Миротворцев, С.Р. Длительно незаживающие раны и язвы огнестрельного происхождения и их лечение / С.Р. Миротворцев // Вопр. воен. патологии. – Саратов, 1946. – С. 5–15.
13. Мурылев, Ю.А. Организация работы госпиталей тыла страны на территории Саратовской области в период Великой Отечественной войны 1941–1945 годов / Ю.А. Мурылев, В.Ю. Мурылев. – Саратов: Саратов. гос. мед. ун-т, 2000. – 64 с.
14. Мурылев, Ю.А. Организация работы госпиталей тыла страны на территории Саратовской области в период Великой Отечественной войны 1941–1945 годов / Ю.А. Мурылев [и др.]. – Саратов: СГМУ, 2003. – 28 с.
15. Николаев, Н.А. Клиника и лечение контузионной глухоты / Н.А. Николаев // Тр. Саратов. гос. мед. ин-та. – Саратов, 1946. – С. 311–324.
16. Нуштаев, И.А. Саратовские ученые-медики: историко-биографические очерки / И.А. Нуштаев. – Саратов: СГМУ, 2000. – 13 с.
17. Попков, В.М. Вклад клиник и кафедр Саратовского государственного медицинского института в подготовку кадров, медицинской помощи раненым и больным в период Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. / В.М. Попков [и др.] // Саратов. науч.-мед. жур. – 2010. – Т. 6, № 2. – С. 231–235.
18. Попков, В.М. Вклад сотрудников Саратовского медицинского института в совершенствование методов диагностики и лечения раненых и больных в эвакуогоспиталях в период Великой Отечественной войны / В.М. Попков [и др.] // Саратов. науч.-мед. жур. – 2015. – Т. 11, № 1. – С. 7–11.
19. Рапопорт, К.Н. Результаты конъюнктивальной пластики по Кунту / К.Н. Рапопорт // Тр. Саратов. гос. мед. ин-та. – Саратов, 1949. – Т. 8. – С. 373–377.
20. Третьяков, К.Н. Восстановительные методы лечения при военном травматизме нервной системы / К.Н. Третьяков // Тр. Саратов. гос. мед. ин-та. – Саратов, 1946. – С. 235–240.
21. Угрюмов, В.М. К вопросу об изменениях внутричерепного давления при черепно-мозговых операциях / В.М. Угрюмов // Тр. Саратов. гос. мед. ин-та. – Саратов, 1949. – Т. 8. – С. 329–332.
22. Федотов, В.В. Суда и корабли, привлекавшиеся медицинской службой ВМФ к эвакуации раненых и больных в период Великой Отечественной войны (1941–1945 гг.): справочное пособие / В.В. Федотов, Б.М. Порембский. – Л.: Воен.-мед. муз. МО СССР, 1989. – 92 с.
23. Шамарин, П.И. Острый нефрит и задачи медико-санитарных учреждений / П.И. Шамарин // Тр. Саратов. гос. мед. ин-та. – Саратов, 1946. – С. 183–188.
24. Шамарин, П.И. Нефропатии и военная травма / П.И. Шамарин // Тр. Саратов. гос. мед. ин-та. – Саратов, 1949. – Т. 8. – С. 231–238.
25. Шапиро, М.Я. Огнестрельные ранения лобных пазух / М.Я. Шапиро // Тр. Саратов. гос. мед. ин-та. – Саратов, 1949. – Т. 8. – С. 393–399.
26. Шварц, Л.С. Функциональная патология алиментарной дистрофии / Л.С. Шварц // Вопр. воен. патологии. – Саратов, 1946. – С. 51–89.
27. Шварц, Л.С. Актуальные вопросы клиники и терапии язвы желудка и 12-перстной кишки / Л.С. Шварц // Тр. Саратов. гос. мед. ин-та. – Саратов, 1946. – С. 157–170.
28. Штерн, В.Н. Некоторые рентгенологические наблюдения над инфицированными костными ранами диафизов длинных трубчатых костей / В.Н. Штерн // Тр. Саратов. гос. мед. ин-та. – Саратов, 1949. – Т. 8. – С. 171–180.

V.A. Sokolov, Yu.A. Murylev, D.K. Yakimov, V.Yu. Murylev

### Work organization of evacuation hospitals in Saratov during the Battle of Stalingrad

**Abstract.** The work organization of evacuation hospitals in Saratov during the Stalingrad battle is analyzed. A brief description of the medical issues of the Stalingrad strategic defensive operation is given. The factors that determined the evacuation of a significant number of wounded and sick Red Army soldiers to the medical facilities of the Local evacuation point-45 are indicated. Statistical data are provided on the number of people taken to treatment and sent to other rear hospitals who suffered from the crucial battle of the Great Patriotic and World War II. The importance of using railway, water and motor vehicles for the evacuation of the wounded and sick was noted. The issues of the organization of sanitary and hygienic and antiepidemic work in Saratov and the region in the period of approaching the front, high crowding of the local population and arriving refugees, as well as the constant arrival of ambulance transports are considered. The enormous role of the Saratov Medical Institute staff in medical and consulting work in evacuation hospitals was emphasized. Their high professional training, constant search of non-standard ways of solving complex problems arising in the course of daily clinical activity, allowed to achieve high results in the work of medical institutions, to save the lives of a large number of wounded soldiers and commanders of the Red Army. The contribution and main directions of medical and scientific activity of leading specialists of the medical institute in the considered historical period of time are highlighted.

**Key words:** The Great Patriotic War, military medicine, the Battle of Stalingrad, evacuation hospitals, the treatment of the wounded and sick, Saratov Medical Institute, specialized hospitals, sanitary and hygienic and antiepidemic work, surgical and therapeutic pathology of wartime, medical transport.

Контактный телефон: +7-905-271-23-32; e-mail: vmeda-nio@mail.ru