

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ КРАСНОЙ АРМИИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (ПО СВИДЕТЕЛЬСТВАМ МЕДИКОВ СТАЛИНГРАДА)

О. С. Киценко, Р. Н. Киценко, Л. И. Белова

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра истории и культурологии*

В статье анализируются проблемы медицинского обеспечения Красной армии в годы Великой Отечественной войны, нашедшие отражение в воспоминаниях сотрудников и выпускников Сталинградского медицинского института — ветеранов медицинской службы.

Ключевые слова: Великая Отечественная война, военная медицина, военно-полевая хирургия, военные врачи, госпитали.

THE PROBLEMS OF PROCUREMENT OF MEDICAL SUPPLIES IN THE SOVIET ARMY DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR (WITH STALINGRAD DOCTORS INVOLVED)

O. S. Kitsenko, R. N. Kitsenko, L. I. Belova

The article addresses the problems of procurement of medical supplies in the Soviet Army during the Great Patriotic War. These are based on the memories of the Stalingrad Medical Institute doctors.

Key words: Great Patriotic War, military medicine, military field surgery, military doctors, hospitals.

В последние десятилетия в отечественной историографии наблюдается тенденция к объективному осещению советской истории, в том числе периода Великой Отечественной войны. К осмыслению проблем военной медицины приближают воспоминания и письма врачей-ветеранов Великой Отечественной войны: в них находят отражение повседневные трудности, с которыми приходилось сталкиваться, а также человеческие и профессиональные качества, проявленные врачами — ради спасения жизни и здоровья пациентов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

На основе анализа источников личного характера выявить основные проблемы медицинского обеспечения Красной армии в годы Великой Отечественной войны.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалами для исследования послужили письма и воспоминания выпускников и сотрудников Сталинградского медицинского института, хранящиеся в фондах музея ВолгГМУ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Одной из главных проблем советской медицины военных лет стала нехватка медицинских работников. Особенно остро она ощущалась в первые годы войны, требуя напряженной работы находившихся на службе медиков. Б. П. Перлечаев, выпускник Сталинградского медицинского института, призванный в 1942 г. в 10-ю дивизию внутренних войск НКВД в качестве хирурга медсанроты, вспоминал, что по штату требовалось 25 вра-

чей, а служило 17; вместо 60 положенных по штату фельдшеров было 38 [6, л. 3]. Это согласуется с данными специальных исследований, в которых установлено, что врачебный состав, например, 62-й армии Сталинградского фронта в 1942—1943 гг. был укомплектован только на 60 %, средний медицинский — на 76 %, кадровые санитарные инструкторы — не более чем на 60 % [2, с. 184].

Несмотря на усиленную подготовку медицинских кадров, в условиях масштабной войны число медицинского персонала оказалось недостаточным. «Многие мои однокурсники, к сожалению, уже в июне 1942 г. погибли или попали в плен в районе Харькова при окружении наших войск немецкой армией или числились без вести пропавшими» — вспоминал впоследствии Б. П. Перлечаев [6, л. 2].

Компенсация недостатка кадров происходила за счет усиленной нагрузки на медиков, остававшихся в строю — особенно во время ожесточенных боев. Кроме того, в прифронтовых районах им часто приходилось оказывать помощь и гражданскому населению. Во время Сталинградской битвы в отдельных полковых медицинских пунктах врачи и медсестры за два дня обрабатывали до 500 раненых [6, л. 14]. Особенно остро нехватка медперсонала в городе проявилась в конце июля — начале августа 1942 г. «Едва мы успевали закончить один прием, как у наших ворот по Ковровской улице останавливались вновь санитарные автобусы, из которых выносили раненых» — вспоминала С. Л. Тидман, доцент Сталинградского медицинского института, в 1941—1942 гг. — старший хирург эвакогоспиталя № 1584 [8, л. 11]. В таких условиях у медиков не оставалось времени на отдых, приходилось спать

по 2—3 часа в сутки, так как «работали без перерыва весь световой день, прихватывая и ночь» [6, л. 36].

Проблема нехватки медперсонала в медсанбатах и медсанбатах решалась с помощью создания так называемых команд выздоравливающих из легко раненых. Выздоровливающие привлекались врачами к развертыванию палаток, к уходу за тяжелоранеными, выгрузке и погрузке их для транспортировки в тыл. Кроме того, врачам приходилось постоянно, в перерывах между боями, готовить санитаров из солдат, которых они обучали первой помощи и выносу раненых с поля боя.

Нехватка медицинского персонала в эвакуогоспиталях частично компенсировалась помощью шефских организаций, общественности, школьников и студентов, которые ухаживали за ранеными, несли дежурства. Студенты младших курсов медицинских институтов привлекались к разгрузке военно-санитарных поездов, а также к работе в качестве медицинских сестер и санитаров [3, л. 1]. Студенты старших курсов привлекались непосредственно к лечебной работе [6, л. 1].

Такая практическая подготовка была особенно важной в первые годы войны, когда у большинства врачей наблюдался недостаток знаний и опыта в военно-полевой хирургии, военно-полевой терапии. Подавляющую часть врачебного персонала составляли выпускники гражданских вузов, врачи городских и районных больниц, которые в мирное время не сталкивались с огнестрельными ранениями и их осложнениями. А. И. Баландина, выпускница 1942 г., вспоминала, что встала за операционный стол в качестве ассистента на пятый день после окончания института и испытала немало затруднений [7, с. 73].

Однако даже опытным хирургам было непросто. С. Л. Тьдман вспоминала о своей работе в 1941 г.: «Мне было очень трудно. Пришлось опираться лишь на свою общехирургическую подготовку и опыт, приобретенный мною в нашем гнойном хирургическом отделении клиники. Опыта в военно-полевой хирургии не было. Я не расставалась с книгой «Военно-полевая хирургия» М. Н. Ахутина» [8, л. 2]. Уже в результате собственного опыта врачи приобретали необходимые знания и навыки.

Еще труднее, чем хирургам, приходилось врачам других специальностей. Среди врачей эвакуогоспиталя № 1584 были терапевты, отоларингологи, венерологи, гинекологи [8, л. 8]. Все они были вынуждены «переквалифицироваться» в военных хирургов и оказывать помощь раненым.

На квалификации врачей негативно сказались: постоянное реформирование высшего образования в предвоенные десятилетия, репрессии профессорско-преподавательского состава в 1930-е гг., секретность некоторых вопросов военно-медицинского оснащения. Последнее, в частности, отмечал Б. П. Перепечаев: «В работе выяснилось, что врачи, не занимавшиеся на гражданской службе хирургией, не владели приемами транспортной иммобилизации, а только что окончившие медицинские институты даже их не видели, так

как военно-медицинское оснащение считалось секретным, и его демонстрировали только слушателям военно-медицинских учебных заведений» [6, л. 45].

В докладе военного хирурга В. С. Юрова (до войны — сотрудника кафедры госпитальной хирургии, а впоследствии ректора Волгоградского государственного медицинского университета. — *Авт.*) «Проникающие ранения брюшной полости», подготовленного для конференции хирургов Воронежского фронта в 1942 г., упоминались случаи неправильного лечения, которые были следствием отсутствия у врачей-хирургов необходимой подготовки. В частности, отмечалось, что некоторые раненые в брюшную полость не были оперированы на передовых этапах эвакуации, их лечение проводилось консервативно и закончилось в большинстве случаев летальным исходом [10, л. 7].

Другой серьезной проблемой была нехватка медикаментов, перевязочных средств, средств для дезинфекции. В ходе Сталинградской битвы ощутимым был дефицит препаратов крови, во многом обусловленный недостатком оборудования для ее транспортировки [4, с. 60—64]. Нередкими были случаи, когда медики сами сдавали кровь для раненых. Также наблюдался дефицит обезболивающих средств, транспортных шин, оборудования для дезинфекции. Вспоминает случай, когда работая в условиях постоянной нехватки анестетиков, он однажды в документе раненого (карте передового района) написал, что «ампутация кисти, висящей на лоскуте, произведена под *крикоином*». Это было сделано от отчаяния, с целью привлечь внимание начальства к нехватке медикаментов. Однако желаемого результата это не принесло: «Карточка была возвращена со строжайшим предупреждением, что если повторно появятся подобные записи, буду иметь дело с прокурором. Новокаин все равно не прислали» [6, л. 45].

Наблюдалась нехватка перевязочных средств. Их дефицит врачи и медсестры пытались преодолеть своими силами. Из плащ-палаток медсестры сами шили медицинские палатки, где можно было стоять в полный рост и оперировать, работать во время непогоды. К полученным для перевозки раненых ватно-марлевым одеялам они пришивали плащ-палатки, чтобы раненые не мокли в открытых повозках во время транспортировки [6, л. 47]. Ключки простыней и полотенца часто использовались вместо бинтов для фиксации шин. Медсестры заготавливали рулоны ватно-марлевых лент для прокладки между сломанной конечностью и шинами. Сами транспортные шины часто делались из подручных средств.

Полевые подвижные госпитали и медико-санитарные батальоны не имели оборудования для капельного переливания крови. Между тем при большой кровопотере введение массивных доз (1,0—1,5 л) крови было возможно лишь капельным способом. В этих условиях военными хирургами конструировались самодельные

устройства для капельного переливания. Так, В. С. Юровым был разработан аппарат для капельной гемотрансфузии из стеклянного наконечника кружки Эсмарха и глазной пипетки. Капельница демонстрировалась на конференции хирургов Воронежского фронта 10—13 ноября 1942 г. [9, л. 3].

Обострение эпидемической обстановки обнаружило дефицит средств для дезинфекции и дезинсекции. Так, распространение сыпного тифа во время битвы на Курской дуге потребовало дезинсекционной обработки одежды, личных вещей. Несмотря на тяжелые бои, врачи организовали в уцелевших жилых домах бани с самодельными «дезинсекционными камерами» [6, л. 44]. О подобных способах дезинфекции (бочки и подземные камеры) упоминал Г. Р. Финн (выпускник 1941 г., впоследствии профессор кафедры микробиологии. — *Авт.*) [1, с. 14].

Снабжение медикаментами и оборудованием улучшилось в конце 1943 — начале 1944 г. Появились перевязочные медицинские палатки, складные операционные столы, носилки на колесах, которые мог передвигать один человек. В достаточном количестве стали поступать инструменты, анестетики, противостолбнячная и противогангренозная сыворотки [6, л. 49]. В этих условиях, с учетом приобретенного медиками в ходе войны практического опыта, значительно улучшились своевременность и качество медицинской помощи раненым.

Еще одной проблемой в работе врачей, о которой нечасто упоминалось в отечественной историографии, были бюрократические проволочки. Так, С. Л. Тыдман вспоминала, что в начале лета 1942 г. в Сталинграде появилось множество «разных консультантов, ревизоров, членов комиссий и других руководящих работников из которых, откровенно говоря, лишь немногие помогали, а большинство мешало работать. Комиссии приходили чуть не каждый день и отрывали от работы» [8, л. 10]. Более того, в условиях неблагоприятной санитарной обстановки по идеологическим соображениям руководством органов здравоохранения скрывались случаи опасных инфекций. Так, П. Я. Ильченко (в 1941—1942 гг. — студентка медицинского института, впоследствии доцент кафедры госпитальной терапии) отмечала, что уже в августе 1941 г. в городе наблюдались случаи холеры, и профессор кафедры гигиены Е. М. Деларю хлорировала воду, чтобы студенты не заболели холерой, когда выезжали на строительство противотанковых рвов. А весной 1942 г. студенты сами привлекались к противозидемической работе [3, л. 2]. В Сталинград для борьбы с холерой была направлена комиссия во главе с профессором З. В. Ермольевой. Разработанный ею холерный бактериофаг использовался в массовом масштабе, в городе было налажено его производство [5, л. 132]. Тем не менее в официальных документах и медицинской отчетности не было слова «холера». Поскольку руководство органов здравоохранения не имело права

признавать существование в СССР особо опасных инфекций, в режиме секретности ее называли «форма № 30». Невозможность поставить диагноз холеры иллюстрирует рассказ Б. П. Перепечаева, который наблюдал ее в Сталинграде летом 1942 г.: «Нас учили, что в Советском Союзе давно нет особо опасных инфекций... Роковое слово диагноза сказать было страшно» [6, л. 4]. Кроме холеры, скрывались первые случаи сыпного тифа [6, л. 44].

Военным медикам приходилось преодолевать трудности, связанные с эвакуацией раненых. Исследователями отмечено, что неукомплектованность санитарно-транспортными средствами в армейских медико-санитарных учреждениях иногда составляла от 50 до 85,6 % [2, с. 184]. Часто эвакуацию раненых медикам приходилось осуществлять на попутном транспорте, следовавшем за боеприпасами [6, л. 14]. Во второй половине августа 1942 г. эвакуация раненых из Сталинграда санитарными поездами стала невозможной. Оставался один путь — через переправу на левый берег Волги, под вражеским обстрелом. Используя подручные средства, медики осуществляли транспортировку раненых ночью, в одиночных лодках, не привлекающих внимание противника [6, л. 17].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Организация медицинского обеспечения советских войск в годы войны имела ряд недостатков: нехватка квалифицированных кадров, дефицит медикаментов и оборудования, идеологические и бюрократические препятствия. Эти недостатки компенсировались инициативой военных врачей, их желанием любой ценой сохранить жизнь и здоровье своих пациентов. «Спасало то, что все мы беззаветно стремились к одному — помочь раненым и помочь на высшем уровне того времени» — писала впоследствии С. Л. Тыдман [8, л. 3]. В воспоминаниях врачей-ветеранов нашли отражение личные качества военных медиков, во многом определившие достижения советской системы медицинского обеспечения в годы Великой Отечественной войны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова Л. И. Г.Р. Финн: врач, солдат, ученый, человек // Медицинская профессура СССР. Краткое содержание и тезисы докладов научной конференции. — М.: Русский врач, 2008. — С. 14—16.
2. Желтова Л. В. Военное здравоохранение в Сталинградской битве: организация медицинского обеспечения и деятельность медицинской службы Красной Армии: дис. ... канд. ист. наук. — Волгоград, 1999. — 221 с.
3. Ильченко П. Я. Воспоминания. 2007 г. — Музей ВолгГМУ. КП № 1103.
4. Киценко О. С., Киценко Р. Н. О работе службы крови в Сталинграде накануне и в период Сталинградской битвы // Наука и образование в современной конкурентной среде: материалы Международ. науч.-практ. конф. — Уфа: РИО ИЦИПТ, 2014. — С. 60—64.

5. *Медведева Л. М.* Памяти З. В. Ермольевой посвящается // Вестник Волгоградского государственного университета. — 2014. — № 4. — С. 131—133.

6. *Перепечеев Б. П.* Солдаты жизни. Волгоград. 1977 // Музей ВолгГМУ. № 720 н/в.

7. *Петрова И. А., Комиссарова Е. В.* Медики в Сталинградской битве // История в подробностях. — 2012. — № 8 (26). — С. 68—77.

8. *Тыдман С. Л.* Воспоминания. 5 марта 1981 // Музей ВолгГМУ. КП № 553.

9. *Юров В. С.* Капельное переливание крови в полевом подвижном госпитале // Доклады на конференциях хирургов. 1941—1945 гг. — Музей ВолгГМУ. КП № 222.

10. *Юров В. С.* Проникающие ранения брюшной полости // Доклады на конференциях хирургов. 1941—1945 гг. — Музей Волгоградского государственного медицинского университета. КП № 222.

Контактная информация

Белова Любовь Ивановна — к. ист. н., доцент кафедры истории и культурологии, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: belovalubov@gmail.com

УДК 547.785.5

АНТИАГРЕГАНТНАЯ АКТИВНОСТЬ *IN VITRO* НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ БЕНЗИМИДАЗОЛА

**А. Ф. Кучерявенко, В. С. Сиротенко, К. А. Гайдукова, Д. Г. Матохин,
А. А. Спасов, Л. Н. Диваева, А. С. Морковник, Т. А. Кузьменко, В. А. Анисимова**

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра фармакологии,*

НИИ физической и органической химии Южного федерального университета, Ростов-на-Дону

На экспериментальной модели АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов плазмы кроликов *in vitro* была изучена антиагрегантная активность 16 новых конденсированных производных бензимидазола. В качестве препарата сравнения были выбраны антиагрегантные препараты — ацетилсалициловая кислота и тиклид. Соединения под шифром ДАБ-13, ДАБ-14 и ДАБ-15 проявили дозозависимое ингибирующее действие на агрегацию тромбоцитов, превосходя в несколько раз по активности ацетилсалициловую кислоту, однако при этом незначительно уступали тиклиду. Определена острая токсичность LD₅₀ веществ под шифрами ДАБ-14 и ДАБ-15.

Ключевые слова: антиагрегантное действие, агрегация тромбоцитов, ацетилсалициловая кислота, тиклид.

IN VITRO ANTIAGGREGATION ACTIVITY OF NOVEL BENZIMIDAZOLE DERIVATIVES

**A. F. Kucheryavenko, V. S. Sirotenko, K. A. Gaydukova, D. G. Matokhin,
A. A. Spasov, L. N. Divaeva, A. S. Morkovnik, T. A. Kuzmenko, V. A. Anisimova**

In vitro antiaggregation activity of 16 novel condensed derivatives of benzimidazole was studied in the experimental model of ADP-induced platelet aggregation in rabbit plasma. Acetylsalicylic acid (ASA) and ticlid were used as comparator drugs. DAB-13, DAB-14 and DAB-15 compounds showed a dose-dependent inhibitory effect on platelet aggregation in rabbit plasma *in vitro*. Anti-platelet aggregation activity of DAB-13, DAB-14 and DAB-15 compounds was found to be several times higher than that of ASA, and was slightly superior to anti-platelet aggregation activity of ticlid. The acute toxicity of LD₅₀ DAB-13, DAB-14 and DAB-15 compounds was measured.

Key words: antiaggregation activity, platelet aggregation, acetylsalicylic acid, ticlid.

Ключевая роль активации тромбоцитарно-сосудистого гемостаза в патогенезе ишемических нарушений в различных органах определяет целесообразность использования антиагрегантных средств и других методов для их лечения и профилактики [5, 7, 11]. В настоящее время эффективность антитромбоцитарной терапии доказана в хорошо спланированных клинических исследованиях, продемонстрировавших, что длительный прием антитромбогенных средств снижает риск сосудистых эпизодов [9]. Наиболее широкое применение в клинической практике нашли антиагрегантные препараты, относящиеся к ингибиторам циклооксигеназы

тромбоцитов — ацетилсалициловая кислота и блокаторы P2Y₁₂-рецепторов — тиклопидин, клопидогрель, прасугрель, тикангрелор, кангрелор [8, 10]. Эти препараты проявляют различные механизмы действия, однако основной точкой приложения для данных лекарственных средств является стадия необратимой агрегации. Необходимо отметить также, что эти препараты обладают недостатками, к которым относится позднее наступление основного терапевтического эффекта, повышение риска кровотечений различного генеза, тромбоцитопения, нейтропения, аллергические реакции, а также развитие резистентности при длительных курсах