



**Реферат на тему:  
«Медицина в годы  
Великой Отечественной  
войны»**

Работу выполнили: Тенётова Арина и Рязанова  
Анна, 105 группа, лечебный факультет

Работу проверил:  
Софронов Олег Юрьевич

# Введение.

Достижения медицины и здравоохранения нашей страны в годы Великой Отечественной войны - славная страница истории, непреходящая ценность для следующих поколений. На фронте и в тылу было сделано очень многое, чтобы организовать помощь раненым воинам, не допустить возникновения эпидемий, сберечь подрастающее поколение, создать службу охраны здоровья рабочих оборонных предприятий, обеспечить население медицинской помощью.

В годы войны наши медики вернули в строй 72,3% раненных и 90,6% больных воинов. Если эти проценты представить в абсолютных цифрах, то число раненых и больных, возвращенных в строй медицинской службой за все годы войны, составит около 17 млн человек. При этом особенно следует подчеркнуть, что, начиная с 1 января 1943 г. из каждой сотни пораженных в боях 85 человек возвращались в строй из медицинских учреждений полкового, армейского и фронтового районов и только 15 человек - из госпиталей тыла страны.

Благодаря главным образом стараниям медиков в годы войны ни фронт, ни тыл не знали эпидемий инфекционных заболеваний. Впервые в мире в нашей стране "не сработал" обязательный, казалось бы, закон о связи войн и эпидемий. Эпидемический "пожар" удалось предотвратить, и это спасло сотни тысяч, миллионы человеческих жизней.

До сих пор мы все еще не знаем, сколько человек наша страна потеряла в Великой Отечественной войне, если суммировать и военные потери, и потери среди гражданского населения. Последние годы некоторые историки говорят о 43 млн погибших. Официальная цифра 26-27 млн.

# Работа медицинской службы в первые годы войны.

Перед войной был проведен ряд мер по укреплению военно-медицинской службы, однако очень многого сделать так и не успели. Перестройка медицинской службы Красной Армии в силу многих причин осуществлялась медленно, а порой и непоследовательно и, к сожалению, так и не была завершена к началу войны. Как справедливо отмечали военные врачи - ветераны войны, больше всего действиям военных медиков в первые полтора года войны мешали устаревшие, но остававшиеся в силе представления о тактике медицинской службы: эти сформировавшиеся в предвоенные годы каноны обязывали руководителей военной медицины действовать в боевой обстановке, подчиняясь жесткой регламентации.

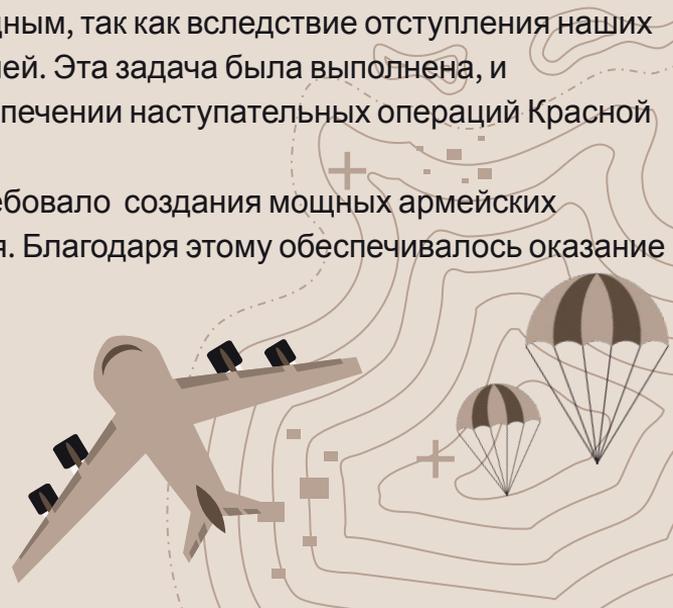
В то же время, положения единой полевой военно-медицинской доктрины, основанной на трудах классика отечественной медицины Н. И. Пирогова, а также В. А. Оппеля, Н. А. Вельяминова, Н. Н. Бурденко, М. Н. Ахутина и других, и разработанной группой военных медиков под руководством Е. И. Смирнова, в первые месяцы войны, в период тяжелых оборонительных боев, практически не использовались. А чтобы сохранить здоровье раненых, быстрее вернуть их в строй, требовалась четкая организация работы всех военных медиков - рациональное расположение госпиталей и медсанбатов, правильный выбор путей эвакуации, применение обоснованных методов лечения. Нужно было научиться маневрировать силами и средствами военной медицины, вовремя направлять их к местам предстоящих сражений или, наоборот, эвакуировать в тыл.

Важно было использовать наиболее рациональные методы лечения ран. Однако хирурги, призванные из запаса, из гражданских больниц, использовали и на войне способы мирной хирургии, например, первичный шов, после иссечения раны (его применение не оправдало себя и было фактически запрещено). Не вполне адекватными были и применявшиеся многочисленные и разнообразные способы профилактики и лечения различных осложнений, да и организация хирургической работы (например, в медсанбатах) грешила серьезными недостатками.

Только взяв на вооружение наиболее передовую систему лечебно-эвакуационного обеспечения войск - систему этапного лечения с эвакуацией по назначению, усовершенствовав специализированную медицинскую помощь и противоэпидемическое обеспечение, в полной мере используя достижения медицинской науки и помощь гражданского здравоохранения, военномедицинская служба смогла выполнить стоявшие перед ней задачи, добиться возвращения в строй и к трудовой деятельности огромного, измеряемого миллионами числа раненых и больных.

Как известно, начальный период Великой Отечественной войны был особенно трудным, так как вследствие отступления наших войск с Запада на Восток нужно было переместить около 2000 только эвакогоспиталей. Эта задача была выполнена, и перемещенные госпитали были в последующем использованы в медицинском обеспечении наступательных операций Красной Армии, сыграв большую роль в лечении раненых и больных.

Своеобразие оперативно-тактической обстановки начального периода войны потребовало создания мощных армейских госпитальных баз (включающих и эвакогоспитали), которых не было в мирное время. Благодаря этому обеспечивалось оказание квалифицированной медицинской помощи в самых трудных условиях.





# Организация эвакуации раненых

Сложившаяся на советско-германском фронте летом 1941 г., резкое сокращение числа санитаров и санитаров-носильщиков в связи с их большими потерями осложняли ситуацию. Например, только на Ленинградском фронте за первый год войны было выведено из строя почти 4,5 тыс. санитаров и санитаров-носильщиков, в т. ч. убито и пропало без вести около 2 тыс. и ранено около 2,5 тыс.

Е.И.Смирнов в телеграфном распоряжении от 10.07.1941 г. № 452320, отданном начальникам медицинской службы армий Северного, Южного, Юго-Западного, Западного и Северо-Западного фронтов, указывал: «... главной задачей санитарной службы войскового района является своевременное оказание доврачебной помощи, быстрый вынос раненых с поля боя и немедленная эвакуация их в армейские полевые и стационарные госпитали для первичной хирургической обработки основной массы раненых. Хирургическую обработку в МСБ ограничить только крайне неотложными вмешательствами, имеющими своим назначением подготовить раненых к дальнейшей эвакуации... Приказываю главное внимание обратить на четкую организацию работы санитарной службы роты, батальона и стрелкового полка. Своевременный вынос раненых с поля боя - главное звено в этой работе».

К сожалению, по условиям боевой обстановки из-за крайней нехватки санитаров и санитаров-носильщиков, а подчас и нераспорядительности командиров и медицинских начальников выполнить это требование не всегда удавалось.

Начальник ВСУ Южного фронта Л.М.Мойжес констатировал, что в первых же боях выявилась необеспеченность выноса раненых с поля боя, основная причина при этом заключалась в остром недостатке носильщиков и в неумении имевшихся работать на поле боя, о чем было доложено командованию.



Чтобы стимулировать, поощрить далеко не безопасную работу младшего звена медицинской службы на поле боя, НКО издал приказ от 23.08.1941 г. № 281 «О порядке представления к правительственной награде военных санитаров и носильщиков за хорошую боевую работу».

Ожесточенные военные действия на советско-германском фронте и отход наших войск серьезно затруднили, а в ряде случаев сорвали комплектование медицинских подразделений, частей и учреждений личным составом.

Тем не менее предпринимались все меры по укреплению ротного и батальонного звеньев медицинской службы, полному укомплектованию штатов санитаров и санитаров-носильщиков, запрещению использования их не по назначению. Однако положение оставалось очень тяжелым. Почти повсеместно практиковалось пополнять строевые части и подразделения за счет санитаров рот, санитаров-носильщиков и даже фельдшеров.

Следует подчеркнуть, что потери личного состава медицинской службы были высокими не только в начале войны, но и в последующие ее годы.

В результате этого укомплектованность медицинской службы санитарными инструкторами, санитарями и санитарями-носильщиками была значительно меньше, чем другими категориями медицинского состава, еще более снижаясь в периоды напряженных боевых действий.

Не всегда удавалось обеспечить вынос и доставку раненых в медицинские пункты в оптимальные сроки. Это, в свою очередь, приводило к их позднему поступлению на последующие этапы медицинской эвакуации, развитию различных осложнений что сказывалось на продолжительности и результатах лечения.

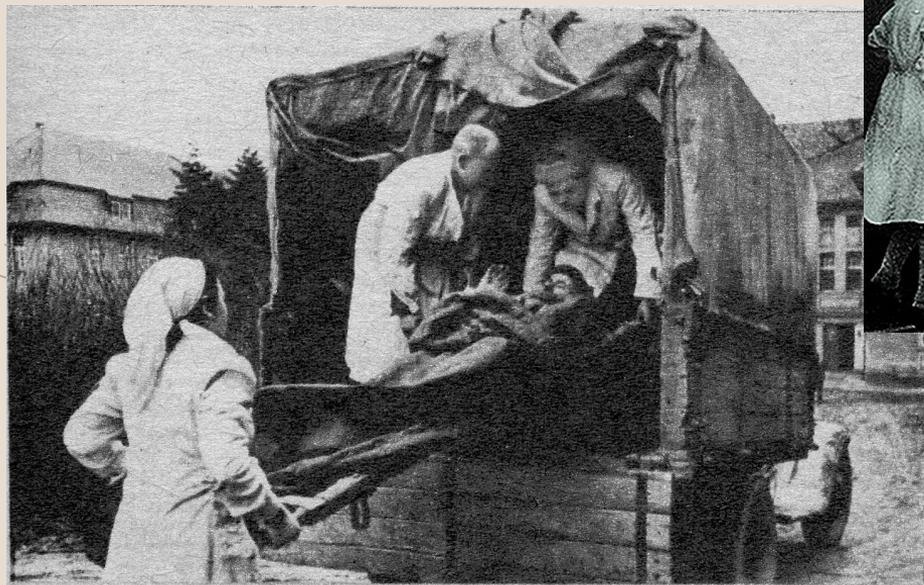
Широкое применение собачьих колесных упряжек способствовало более быстрой доставке раненых на БМП и ПМП. Так, во втором и третьем периодах войны, до 80-85% всех раненых поступали на ПМП, в первые 4-5 ч с момента ранения, В контрнаступлении под Сталинградом работавшие на поле боя санитары Донского фронта доставляли до 80% тяжелораненых на БМП в сроки, не превышавшие 2 ч с момента ранения, 9% - через 2-4 ч, .1% - через 4-6 ч, 5% - через 6-8 ч и 5% - более чем через 8 ч, а в битве под Курском на ДМП Центрального фронта до 50% всех раненых были доставлены в сроки, не превышавшие 6 ч с момента ранения, 35% - через 6-12 ч, 10% - через 12-16 ч и 5% - более чем через 16 ч. Таким образом, в оптимальные сроки (до 8-12 ч) сюда поступало до 85% общего числа раненых.

Таким образом, становится очевидным, что медицинская служба в период Великой Отечественной войны столкнулась с большим количеством трудностей в организации сбора, выноса (вывоза) раненых с поля боя и их эвакуации в ПМП, ДМП и ХППГ первой линии, что приводило к увеличению летальности, способствовало повышению длительности и ухудшению исходов лечения. Решать указанные проблемы медицинской службе пришлось в ходе войны.

Одной из главных задач Наркомздрава СССР была организация лечения раненных воинов. В самом начале войны в стране появились эвакогоспитали, их создавали по принятой в первые дни войны правительственной директиве. Уже в начале июля 1941 г. медицинская служба имела примерно столько эвакогоспиталей, сколько предусматривалось составленным перед войной планом. А 7 июля 1941 г. Государственный комитет обороны по ходатайству медиков принял решение о создании дополнительных госпиталей. В гражданском здравоохранении всех союзных республик, прежде всего в Российской Федерации, была сформирована специальная служба эвакогоспиталей. В начале 1942 г. были созданы специализированные эвакогоспитали - нейрохирургические, челюстно-лицевые, для лечения ранений органов грудной и брюшной полостей, глазные, ушные. Затем уже появились сортировочные госпитали, и система специализированных эвакогоспиталей приобрела законченный вид.

Подвижнический труд медиков эвакогоспиталей помог добиться уникальных результатов: в 1942, 1943 и 1944 гг. из тыловых госпиталей было возвращено в строй соответственно 56,6, 60,8 и 47,7% раненых. Общий итог деятельности эвакогоспиталей таков: 57,6% раненых возвращены в строй, 4,4% отправлены в отпуск, 36,5% - уволены в запас и демобилизованы, 1,5% умерли.





ПОСТУПЛЕНИЕ РАНЕННЫХ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ  
ПОЛЕВОЙ ПОДВИЖНОЙ ГОСПИТАЛЬ  
| УКРАИНСКИЙ ФРОНТ, 1945 ГОД.



# Организация противоэпидемической службы

Отличных результатов добилась военная санитарно-противоэпидемическая служба. Гигиенисты и эпидемиологи защитили армию и прифронтовые районы от вспышек эпидемических болезней и помогли гражданскому здравоохранению в противоэпидемической защите населения.

Осенью и зимой 1941-1942 гг. врачи начали регистрировать увеличение числа больных сыпным тифом, а также дизентерией, брюшным и возвратным тифом; стране грозил настоящий эпидемический "пожар". Во всех республиках, краях, областях, городах и районах были созданы чрезвычайные противоэпидемические комиссии.

К борьбе с эпидемиями медики привлекли санитарную общественность - санитарные звенья, санитарные посты, санитарные дружины, многотысячный актив, общественных санитарных инспекторов.

На путях движения к фронту создавалась разветвленная сеть санитарно-заградительных барьеров. Под постоянным контролем медиков находились железные дороги. На крупнейших железнодорожных узлах работали санитарно-контрольные, наблюдательные и изоляционно-пропускные пункты. Проходящие по железным дорогам поезда и эшелоны систематически проверялись на 275 санитарно-контрольных пунктах. Санитарную обработку в специальных санпропускниках прошли более 10 млн человек. Медики обнаружили в поездах и направили в больницы 69 тыс. больных, еще 30 тыс. человек поместили в вагоны-изоляторы.

Для предупреждения сыпного тифа использовали привив. Сыпной тиф был главной угрозой. Серьезной угрозой были и другие инфекционные заболевания. Медикам пришлось развернуть боевые порядки против нового врага. В ход было пущено все. Тем, кто находился в контакте с больными, давали использованный тогда брюшнотифозный бактериофаг. Открывали лаборатории, способные быстро распознать возникшее заболевание. Обеспечивалось обязательное и своевременное направление больных в госпиталь или в больницу. В очагах брюшного тифа и дизентерии проводили обязательную дезинфекцию. Медикам приходилось много заниматься противоэпидемической работой не только в тылу, но и на освобожденных от фашистской оккупации территориях, где свирепствовали эпидемии.

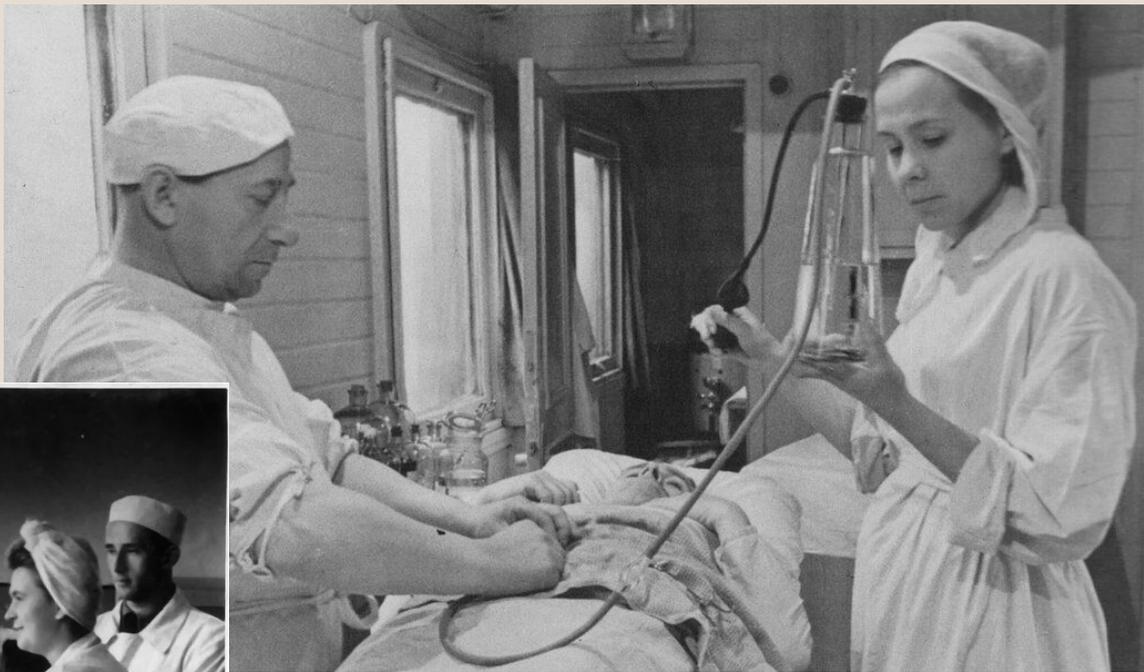


# Организация лечебно-профилактической службы.

Серьезный экзамен держала лечебно-профилактическая служба. В результате эвакуации миллионов людей население тыловых городов и сел во втором полугодии 1941 г. значительно возросло. Как следствие этого на медиков городских больниц и поликлиник восточных районов страны легла двойная и даже тройная нагрузка. Органам здравоохранения пришлось значительно увеличить совместительство. Начали проводить переподготовку врачей поликлиник по смежным специальностям.

Значительно уменьшившиеся из-за развертывания на базе больниц и клиник тыловых госпиталей возможности стационарной помощи удалось в какой-то мере компенсировать после организации "стационаров на дому": Многое было сделано для медицинского обслуживания рабочих промышленных предприятий, прежде всего оборонных, где работали, как правило, мужчины непризывного возраста, чаще всего подростки, и женщины.

Приказами и распоряжениями Наркомздрава СССР (ноябрь 1941 г. и др.) и местных органов здравоохранения для рабочих ввели преимущественное, первоочередное обеспечение медицинской помощью. Значительно увеличили количество цеховых и заводских здравпунктов, амбулаторий, поликлиник, больниц. На наиболее крупных предприятиях создали медико-санитарные части. Именно в годы войны медсанчасти сформировались не просто как прикрепленные к предприятию медицинские учреждения, а как органическая, составная часть предприятия, своеобразный "цех здоровья". Во многом благодаря деятельности медсанчастей с середины 1942 г. заболеваемость рабочих на крупнейших предприятиях стала снижаться.



# Организация хирургической помощи.

Организация хирургической помощи на «театре» военных действий всегда была в центре внимания отечественной хирургии и ее лучших представителей. Поэтому основополагающие принципы советской военно-полевой хирургии возникли не на пустом месте, а имеют глубокие корни, уходящие к истокам ее зарождения в нашей стране.

Великий Н.И.Пирогов, анализируя и обобщая опыт хирургической работы во время кавказской экспедиции (1847 г.), крымской войны (1854-1856 гг.) и 25-летней госпитальной практики, создал гениальные «Начала общей военно-полевой хирургии». Содержание этого труда имеет непреходящее значение для понимания особенностей хирургической работы в боевой обстановке, а основные его положения получили подтверждение и дальнейшее развитие в годы Великой Отечественной войны.

Значительным недостатком хирургических кадров характеризуется и начальный период Великой Отечественной войны. Накануне начала Великой Отечественной войны в гражданском здравоохранении нашей страны работали 140 769 врачей из них 12 560 были хирурги всех специальностей. После нападения фашистской Германии большая часть их были мобилизованы в армию, где вместе с кадровыми военными хирургами в распоряжении Главного военно-санитарного управления оказались 10 500 хирургов. Однако уже в июле 1941 г. началось дополнительное формирование 1600 эвакогоспиталей (ЭГ) в системе Наркомата обороны, кроме того, к 1 декабря 1941 г. были сформированы 291 медсанбат (МСБ), 380 полевых подвижных госпиталей преимущественно хирургического профиля, 94 медико-санитарные роты и много других медицинских учреждений. Всего за этот период, не считая медико-санитарных рот стрелковых полков и отдельных танковых бригад, были вновь сформированы 3750 медицинских учреждений.



Наибольшие трудности при формировании этих учреждений были с хирургическими кадрами, так как для комплектования этих учреждений по самым скромным подсчетам нужно было не менее 15 000 хирургов. Поэтому в начальный период войны штатные должности хирургов в лечебных учреждениях Красной Армии были укомплектованы лишь на 58,6%, а нейрохирургами - только на 35%. Если общий недостаток врачей можно было в какой-то степени восполнить путем ускоренных выпусков студентов старших курсов мединституты, что только в 1941 г. дало более 30 000 врачей, то для устранения некомплекта в хирургических кадрах нужна была еще и подготовка их на практической работе или постдипломная специализация, которая была организована в широких масштабах и ее прошли тысячи врачей.

Второе положение Н.И.Пирогова гласит о том, что «...свойство ран, смертность и успех лечения зависят преимущественно от различных свойств оружия и в особенности огнестрельных снарядов...». Изучение поражающих свойств оружия и боеприпасов противника, подтвердив основные положения этого принципа, внесло коррективы в прогнозы Н.И.Пирогова. Обобщая опыт хирургической обработки ран в начальный период войны, заместитель Главного хирурга Красной Армии С.С.Гирголав пришел к выводу о необходимости выделить 2 основные группы боевых ранений: раны, подлежащие активной хирургической обработке (они составляют около 80%), и раны, не требующие никаких вмешательств ни в самой ране, ни по ее поводу, за исключением туалета окружающей кожи по типу обработки операционного поля для уменьшения опасности вторичного микробного загрязнения.

Его работы по организации и содержанию хирургической помощи в этих боевых операциях привлекли широкое внимание медицинской общественности страны к проблемам хирургической патологии военного времени, Неоценимое значение имело изучение уроков и обобщение опыта организации хирургической помощи во время войны с белофиннами. Эта работа была проделана главным образом П.А.Куприяновым и С.И.Банайтисом.

В результате большой оборонной работы, пронизывавшей все звенья военного и гражданского здравоохранения, советская хирургия была достаточно подготовлена к оказанию хирургической помощи раненым. Она располагала опытом организации и оказания хирургической помощи. Была выработана достаточно четко сформулированная единая доктрина военно-полевой хирургии, которая включала следующие положения: 1) все огнестрельные раны являются микробно загрязненными; 2) единственно надежный метод профилактики и лечения раневой инфекции - хирургическая обработка ран; 3) большинство ран подлежат ранней хирургической обработке. На заключительном этапе Великой Отечественной войны организация хирургической помощи в Советской Армии достигла весьма высокого совершенства на всех этапах медицинской эвакуации.. Квалифицированная хирургическая помощь почти 90% раненых оказывалась в первые 8 ч после ранения, тогда как в зарубежных армиях этот показатель равнялся в среднем 12 ч.

Получила широкое развитие и четко оформилась организационно-специализированная хирургическая помощь. На основе опыта первых лет войны были внесены качественные изменения в структуру всей медицинской службы Красной Армии, в результате чего она стала более полно соответствовать маневренному характеру боевых действий с участием большого количества сил и средств вооруженной борьбы.

Можно с полным основанием сказать, что в ходе Великой Отечественной войны сложилась качественно новая структура медицинского обеспечения войск, в которой хирургическая службы занимала одно из ведущих мест.



# Организация педиатрической помощи



Очень много было сделано для охраны здоровья детей. Во время эвакуации из прифронтовых городов в первую очередь были вывезены воспитанники яслей, детских садов и детских домов, домов ребенка, младшие школьники. Осуществленная в первые месяцы войны эвакуация сохранила миллионы детских жизней. В январе 1942 г. правительство страны разработало меры по устройству детей, оставшихся без родителей. В стране родилось замечательное патриотическое движение по патронированию осиротевших детей.



Осуществлялись меры по организации детского питания. В октябре 1942 г. правительство в специально принятом постановлении обязало Наркомздрав СССР в кратчайший срок восстановить существовавшую до войны систему медицинской помощи детям.

Все, что делалось в годы войны для охраны здоровья детей, дало результаты. Не в пример другим странам, смертность детей у нас за 1941-1943 гг. не только не увеличилась, но, наоборот, снизилась. Несколько поколений впервые в мировой истории удалось вывести из страшной войны с минимальными потерями. В ходе войны все большее значение приобретали вопросы не только лечения, но и быстрой реабилитации раненых и все более четко вырисовывалась роль военно-санитарной службы.



Понятно, что в начале войны опыт был еще недостаточен и элемент эвакуационный в прогностической диагностике возобладал над предсказанием окончательного предназначения выздоровевшего раненого. Но чем больше укреплялась в работе госпиталей специализированная помощь раненым, тем все решительней командование требовало четких ответов на эти вопросы. Госпитали для легко раненых (ГЛР) сыграли в Великой Отечественной войны огромную роль. Лечение раненых и больных в этих госпиталях, конечно, является главным. Однако они были организованы как военная часть (роты, взводы) с чисто военными командирами. В них легко раненые не только лечились, но и продолжали совершенствовать свой военный опыт. Раненые и больные, направляемые в ГЛР, имеют предназначение вернуться опять в войска своей армии либо своего фронта, в зависимости от подчиненности госпиталя. Командование армией (фронтом) очень ревниво следило за комплектованием и работой ГЛР. Это их резерв. Вследствие этого на медицинском персонале, особенно на ведущих хирургах и терапевтах, лежала очень большая ответственность. К сожалению, нужно отметить, что мы, руководящие медицинские работники, не всегда достаточно внимательно следили за работой ГЛР. Нужно было бы назначить на должность ведущего хирурга очень опытного клинициста, а выделялся обычно либо не очень «удачливый» хирург, либо в чем-то «провинившийся». Опытный, хороший хирург, любящий свое дело, относился обычно отрицательно к предложению пойти работать в ГЛР, расценивая это как унижение и обиду для себя. Такое неправильное отношение к ГЛР выправлялось, как правило, всегда очень опытными и волевыми начальниками, хорошими врачами с крепкой военной командирской «жилкой».



# Заключение

Война, навязанная нам германским фашизмом, принесла неизмеримые бедствия. Гитлеровское нашествие угрожало самому существованию нашей страны, нашего народа, под угрозой уничтожения оказалось все население страны - не только воины на фронтах, но и мирные люди в ближнем и в дальнем тылу. Ликвидировать эту угрозу, не допустить огромных людских потерь было призвано гражданское здравоохранение, действовавшее все годы войны в контакте и тесной взаимосвязи с военно-медицинской службой. Именно деятельность государственной системы гражданского здравоохранения, а в годы войны незыблемым законом было единство целей гражданского здравоохранения и военно-медицинской службы, обусловила многие бесспорные достижения и в тылу, и на фронте.

Подвиги медицинских работников в Великой Отечественной войны были высоко оценены нашей партией и правительством: за героизм и мужество, проявленные в борьбе с немецко-фашистскими захватчиками, 44 медицинским работникам было присвоено звание Героя Советского Союза. Во время войны 285 человек были награждены орденом Ленина, 3 500 - орденом Красного Знамени, 15 000 - орденом Отечественной войны I степени, 86 500 - орденом Красной Звезды, около 10 000 - орденом Славы. Более 20 руководителей медицинской службы и главных хирургов фронтов были награждены полководческими орденами Советского Союза.

Однако военно-медицинская служба понесла и немалые потери. Точное число погибших на войне врачей, в том числе и хирургов, авторам не известно, но только из числа воспитанников нашей Военно-медицинской академии погибли на фронтах Великой Отечественной войны 525 человек.

# Список используемой литературы



1. История медицины. Учебник для студентов высших учебных заведений/Сорокина Т.С., Издательский центр «Академия»
2. Богданов П.Р. Великая отечественная война и здравоохранение. М.: Юнити, 2008
3. Павлов А.П., Горячевский А.П., Красильников О. А., Вагин В.И. Некоторые сведения о медицинском обеспечении боевых действий пограничных частей в первом периоде Великой Отечественной войны. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2000.-№4
4. [http://www.historymed.ru/static.html?nav\\_id=177](http://www.historymed.ru/static.html?nav_id=177)



**Спасибо за внимание**

ГОТОВЫ ОТВЕТИТЬ НА ВАШИ ВОПРОСЫ