

02

34812

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
"МЕДИЦИНСКИЙ МУЗЕЙ"
ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ МУЗЕЙ МИНИСТЕРСТВА
ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



Направления рукописи
УДК 356, 33 (470. 40.43) "1941 — 1945"

СЕЛИВАНОВ Василий Иванович

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАНЕНЫХ
И БОЛЬНЫХ ИЗ СОСТАВА ДЕЙСТВУЮЩЕЙ АРМИИ
В ГОСПИТАЛЬНЫХ БАЗАХ ТЫЛА В ВЕЛИКУЮ
ОТЕЧЕСТВЕННУЮ ВОЙНУ 1941 — 1945 гг.

07.00.10 — История науки и техники
(История медицины)

А в т о р е ф е р а т
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва — 1996

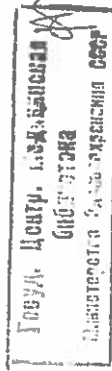
218/2

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

- ВСУ - Военно-санитарное управление
- ГБ - госпитальная база
- ГБА - госпитальная база армии
- ГБТ - госпитальные базы тыла
- ГБФ - госпитальная база фронта
- ГВСУ - Главное военно-санитарное управление
- МВО - Московский военный округ
- МП - мобилизационный план
- НКЗ - Народный комиссариат здравоохранения
- НКО - Народный комиссариат обороны
- САВО - Среднеазиатский военный округ
- СО - санитарный отдел
- СЭГ - сортировочно-эвакуационный госпиталь
- УМС - Ученый медицинский совет
- УМЭП - Управление местным эвакуационным пунктом
- УРЭП - Управление распределительным эвакуационным пунктом
- ЭГ - эвакуационный госпиталь

4.10.96

240330



Работа выполнена в Военно-медицинском музее МО Российской Федерации (начальник музея КРУТОВ В. С.)

Официальные оппоненты:

- доктор медицинских наук член-корреспондент РАМН профессор И. В. Алексанян;
- доктор медицинских наук профессор М. К. Кузьмин;
- доктор медицинских наук профессор Г. П. Лобанов.

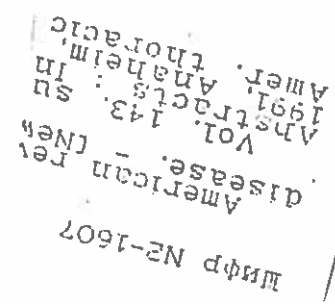
Ведущее учреждение - Московская медицинская академия имени И. М. Сеченова

Защита состоялась 4 сентября 1996 г. в 14 час. на заседании Диссертационного Совета Д. 001.42.01 при Научно-исследовательском центре «Медицинский музей» Российской академии медицинских наук (129010, Москва, Сухаревская пл., 3, корп. 1).

Работа хранится в библиотеке НИЦ

24 1996 г.

Т. А. Щорс



ИФР N2-1607

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Действовавшая во время Великой Отечественной войны система лечебно-эвакуационного обеспечения войск включала в себя, как известно, несколько этапов медицинской эвакуации. Тыловым и самым мощным из них, насчитывавшим сотни тысяч коек, являлись в своей совокупности госпитальные базы тыла (ГБТ). Они располагались на территории почти всех военных округов, были глубоко эшелонированы и состояли главным образом из эвакуационных госпиталей Народного комиссариата здравоохранения (ЭГ НКЗ) и предназначались для специализированного лечения практически всех поступающих в них из действующей армии раненых и больных воинов, численность которых достигала несколько миллионов человек.

ГБТ были важным источником пополнения личного состава Вооруженных Сил и трудоспособного населения страны. Достаточно сказать, что почти каждый пятый военнослужащий, участник боевых действий, выздоровевший после ранения или заболевания и вернувшийся на военную службу, заканчивал лечение в госпитальх тыла страны.

В лечебно-эвакуационном обеспечении войск ГБТ выполняли не только лечебную функцию: они служили для ГВСУ стратегическим резервом госпитальных средств.

Актуальность исследования

Актуальность исследуемой проблемы, как следует из изложенного, обусловлена тремя основными обстоятельствами:

- существенным вкладом ГБТ в возвращение на военную службу и к мирному труду излеченных в них раненых и больных - участников боевых действий;

- значительной познавательной и практической ценностью приобретенного опыта специализированного лечения в тылу страны воинских контингентов из состава действующей армии;

- большой информативной значимостью для изучения истории военной медицины и гражданского здравоохранения периода Великой Отечественной войны материалов о тыловом звене действовавшей тогда системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск.

А между тем в историографии военной медицины и гражданского здравоохранения отсутствуют труды, целиком посвященные исследуемой нами проблеме.

Цель работы - исследование истории становления и развития системы специализированного лечения в ГБТ, ее научных, методических и организационных основ, а также конкретных путей и форм практической реализации.

Задачи:

- воспроизведение предистории действовавшей в войну системы специализированного лечения в ГБТ;

- выявление и анализ основных факторов, влиявших на ее дееспособность;

- прослеживание путей становления и совершенствования этой системы;

- рассмотрение в аналитическом аспекте сущности и закономерности процесса специализации коечной сети ГБТ;

- изучение их деятельности по реабилитации раненых и больных;

- установление степени использования научно-медицинского потенциала страны в интересах ГБТ;

- определение основных направлений использования опыта Великой Отечественной войны в организации специализированного лечения в ГБТ в современных условиях.

Методика исследования

Труд исполнен с применением исторического метода исследования и медико-статистического анализа. Конкретные показатели, характеризующие состав и деятельность ГБТ, проанализованы и сопоставлены между собой по военным округам в зависимости от их удаленности от линии фронта.

Источниковедческая база

Диссертация выполнена на основе соответствующих информативных материалов, почерпнутых из 327 источников, из которых 131 - опубликованные работы, 60 - не опубликованные (диссертации и научные отчеты) и 136 - архивные дела (из фондов архивов Военно-медицинского здравоохранения РФ).

Научная новизна

Впервые в историко-медицинской литературе:

- дана исчерпывающая характеристика ГБТ как конечному

этапу (в своей совокупности) системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск в период Великой Отечественной войны;

- воссоздана целостная картина становления и развития системы специализированного лечения в этих базах с анализом ее положительных качеств и недостатков;

- показано в широком аспекте участие ученых-медиков в деятельности ГБТ;

- воспроизведены с всеобъемлющей полнотой формы и методы проводимой в тыловых группировках госпиталей реабилитации раненых и больных военнопленных - участников боевых действий;

- приведены в абсолютных цифрах конкретные показатели результатов деятельности ГБТ, свидетельствующие о их весомом вкладе в победу нашей страны над гитлеровской Германией.

Научно-практическая значимость исследования

Содержащиеся в диссертации материалы использовались и могут быть использованы: в преподавании истории медицины в медицинских учебных заведениях; при создании учебных и учебно-наглядных пособий по этому предмету и выполнении научных изысканий по определенной тематике; в музейно-выставочном деле соответствующей тематической направленности и для ведения идейно-воспитательной и патристической работы среди населения. Кроме того, приведенные в труде данные могли бы послужить основанием для усовершенствования системы специализированного лечения в ГБТ, которая, насколько нам известно, до сих пор существенных изменений не претерпела.

Личный вклад соискателя в изучение исследуемой им проблемы

Тема представленной на защиту диссертации разрабатывалась автором в различных ее аспектах около 15 лет. За этот период был собран, обобщен и проанализирован большой массив разнообразного по своему виду и содержанию материала. С годами разработка проблемы расширялась и углублялась, сопровождаясь соответствующими публикациями. Они явились, что следует особо отметить, истоками литературы по предмету нашего исследования.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

1. В Великую Отечественную войну ГБТ являлись конечным и наиболее мощным по сравнению с ГБФ, а тем более ГБА этапом специализированного лечения раненых и больных из состава действующей армии с целостной системой такого лечения, существенно отличавшейся от ее прототипа во фронтовом и армейском тыловых районах.

2. Наибольшее влияние на деятельность ГБТ оказывали следующие факторы: оперативно-стратегическая обстановка на фронте, их материальная обеспеченность, состав и квалификация врачей-кадров госпиталей, состав лечившихся в тылу страны раненых и больных.

3. Выполнение ГБТ наряду со своей основной функцией роли маневренного фонда ГВСУ в пополнении действующей армии и прифронтовых округов госпитальными средствами неблагоприятно отражалось на дееспособности системы специализированного лечения в этих базах.

4. Своеобразие состава контингентов, лечившихся в ГБТ, и особенности их территориального расположения предопределяли еще одно направление деятельности этих баз - реабилитацию лечившихся там раненых и больных.

5. В ходе войны были внесены серьезные изменения в разработанные в предвоенные годы принципы и расчетные данные по определению потребности ГБТ в специализированных койках. Опыт показал несостоятельность централизованного нормирования состава специализированной кое,ной сети в ГБТ, как это предусматривалось довоенными установками.

6. Система специализированного лечения в ГБТ непрерывно совершенствовалась и в целом себя оправдала, хотя и имела некоторые недостатки.

Апробация работы

Содержание диссертационного труда в различных его разделах и аспектах обсуждено на научной конференции Военно-медицинского музея МО СССР, Всесоюзном съезде историков медицины, научной конференции Научно-исследовательского центра "Медицинский музей" РАМН и заседаниях Ленинградского (С.-Петербургского) научного общества историков медицины. Значительная часть

вошедших в диссертацию материалов использовалась соискателем в учебном процессе на курсе истории военной медицины Военно-медицинской академии, которым он руководил около 10 лет.

По теме исследования автором опубликовано 28 работ (часть в соавторстве).

Структура и объем труда

Диссертация состоит из введения, семи глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, изложена на 268 страницах машинописного текста (55 страниц в приложении) и содержит 66 таблиц и два рисунка.

СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность выполненной темы, определены цель, задачи и методы исследования, показана научная новизна и научно-практическая значимость работы, приведены основные положения, вынесенные на защиту.

В первой главе - "ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ" - дана характеристика и оценка источниковедческой базы исследования. Во второй главе - "КРАТКИЙ ОЧЕРК РАЗВИТИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ В ТЫЛУ СТРАНЫ РАНЕННЫХ И БОЛЬНЫХ ИЗ СОСТАВА ДЕЙСТВУЮЩЕЙ АРМИИ ДО ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ" - исследуемая проблема рассмотрена в историко-медицинском аспекте с изложением следующих основных вопросов.

В русской армии тыловое звено системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск стало одной из ее штатных структур в период русско-турецкой войны 1877-1878 гг. Этому в значительной степени способствовало использование тогда впервые в истории русского военного искусства железнодорожного транспорта в интересах действующей армии, благодаря чему создались условия для массовой эвакуации раненых и больных во внутренних тыл. В эту войну было положено начало и специализированному лечению во внутреннем тыловом районе участников боевых действий. Оно, правда, касалось только глазных раненых и больных, а также лиц с инфекционными заболеваниями и проводилось к тому же в весьма ограниченном масштабе.

С прогрессом естествознания, сопровождавшимся зарождением и бурным расцветом микробиологии и внедрением в медицинскую практику принципиально новых методов диагностики и лечения заболеваний, а также в связи с начавшимся процессом дифференциации медицинской науки возможности специализированного лечения как в мирное, так и в военное время становились все более благоприятными. Так, уже в русско-японскую войну впервые в истории отечественной военной медицины появились специализированные военно-лечебные учреждения. В Харбине, например, были развернуты два хирургических, три инфекционных госпиталя, один кожно-венерический и еще один для лечения глазных, ушных и горловых болезней.

В самом начале первой мировой войны в тыловом звене системы лечебно-эвакуационного обеспечения русской армии произошло изменение: вместо эвакуационных комиссий оно было теперь представлено распределительными эвакуационными пунктами и окружными. Первые из них собственными госпитальными базами не располагали, во вторых они предусматривались и состояли из эвакуационных госпиталей, а главным образом - из различного типа лечебных заведений, находившихся в ведении общественных организаций. В указанных базах развертывались в различном составе (но не во всех и к тому же, как правило, в весьма ограниченном количестве), следующие специализированные койки: челюстно-лицевые, нейрохирургические, психиатрические, венерические, глазные, отоларингологические и инфекционные.

Следует особо отметить, что в эту войну впервые в России применялось (и довольно широко) во внутреннем тыловом районе санаторно-курортное лечение раненых и больных из состава действующей армии, а также были созданы однопрофильные специализированные лечебные учреждения - челюстно-лицевой госпиталь в Киеве и нейрохирургический лазарет в Петрограде.

Таким образом, в первую мировую войну был сделан заметный шаг вперед в организации специализированного лечения в ГБТ. Однако оно не сложилось еще тогда в единую и целостную систему.

В гражданскую войну важное значение для организации специализированного лечения в ГБТ имел приказ ГВСУ от 16 июля 1919 г. о рациональном использовании врачей-специалистов в действующей армии и в тылу страны. В этом приказе, в частности, содержалось требование о развертывании в эвакуационных емкостях свыше 2000 мест (в т.ч. и тыловых) специализированных госпиталей или госпитальных отделений: хирургических, терапевтических, нервно-психиатрических, глазных, инфекционных, кожных, венерических, по болезням уха, горла и носа. В конце 1919 г. в связи с возникновением в стране и армии грандиозной эпидемии сыпного и возвратного тифов была введена система фронтовых заградительных распределителей. В них предписывалось иметь лечебные заведения по всем профилям (перечисленным выше - автор), равно как и в МЭП.

В последние входили и госпитали-здравицы для лечения легкораненых и легкобольных.

Вышедшим в 1929 г. "Руководством по санитарной эвакуации в РККА" предусматривалась организация в тылу страны РЭП и МЭП. Они должны были включать в себя "...госпитали хирургические, заразные, отделения физио-терапевтические, нервные, глазные и др. ..." (стр. 81), а также лазареты для выздоравливающих.

Составленный на основе опыта советско-финляндской войны "Сборник положений об учреждениях санитарной службы военного времени" касался и тылового звена системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск. Согласно "Сборнику", это звено составляли РЭП и МЭП с их управлениями. Указывалось, что последним подчинены все учреждения эвакуационных, включая и ЭГ НКЗ, но они - только в оперативно-эвакуационном отношении, оставаясь по административно-хозяйственным вопросам подведомственными органами Наркомздрава. Таким образом, функции обоих ведомств по руководству эвакуационными Наркомздрава были определены в самом общем виде. Специализированное лечение планировалось организовывать путем развертывания в упомянутых эвакуационных пунктах как однопрофильных специализированных госпиталей (нейрохирургических, челюстно-лицевых, неврологических, венерических, инфекционных и пр.), так и смешанных (многопрофильных).

В третьей главе - "ПЛАНИРОВАНИЕ ПОТРЕБНОСТИ ГОСПИТАЛЬНЫХ БАЗ ТЫЛА В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КОЕЧНОЙ СЕТИ" - рассмотрены исходные установки по развертыванию в надлежащем составе этой сети в тылу страны на военное время и раскрыто содержание соответствующих планирующих документов. При этом сделан акцент на тот выявленный из архивных источников факт, что перед войной возникла настоятельная необходимость нового подхода к определению потребности ГБТ в специализированной коечной сети. Это было связано с тем, что ранее намечалось развертывание здесь 45,0% терапевтических и 55,0% хирургических коек. А между тем в период советско-финляндской войны выявилось, что процент больных, эвакуируемых на лечение за пределы ГБФ, составлял только 24,4. Новые для ГБТ нормативы специализированного

коющего фонда были разработаны на основе опыта первой, а главным образом советско-финляндской войн. Этими нормативами предусматривалось развертывание во внутренних военных округах 80,0% хирургических коек и 20,0% терапевтических, а в приграничных соответственно - 70,0% и 30,0%.

Различие касалось и количественного состава специализированной коечной сети. Но для обеих указанных групп округов он - что следует особо отметить - был единым. В каждой из них подлежали развертыванию специализированные койки по следующим одиннадцати профилям: травматологические, полостные, нейрохирургические, челюстно-лицевые, глазные, для ЛОР-раненых, урологические, инфекционные, кожные, нервно-психиатрические и протезные. Планировалась организация как многопрофильных, так и однопрофильных специализированных госпиталей. Последние были девяти видов.

Четвертая глава - "ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СИСТЕМУ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ В ГОСПИТАЛЬНЫХ БАЗАХ ТЫЛА В ВЕЛИКУЮ ОТЕЧЕСТВЕННУЮ ВОЙНУ". Такими факторами, как установлено при изучении материалов по теме исследования, являлись: состояние здравоохранения, медицинской науки и военной медицины в предвоенные годы, оперативно-стратегическая обстановка на фронте, материальная обеспеченность ГБТ, состав и квалификация их врачебных кадров, состав лечившихся в тылу страны раненых и больных. В главе приведены конкретные данные о характере воздействия каждого из этих факторов на деятельность ГБТ.

В довоенные годы состояние здравоохранения страны наряду с другими чертами характеризовалось укреплением его материально-технической базы, значительным ростом коечной сети, в т.ч. и специализированной, увеличением количества медицинских учебных заведений и численности врачей, повышением качества их подготовки, расширением разновидности специализированной медицинской помощи населению. Все это благоприятствовало деятельности ГБТ, особенно в начале войны.

То же самое следует сказать и о достижениях советской медицинской науки. А они были довольно значительными. Большими успехами сопровождалось развитие всех отраслей

медицины. Эти успехи являлись плодами творческого труда целой плеяды советских ученых-медиков. Многие из них пользовались мировой известностью. Это были М.И.Аркин, А.Н.Бакулев, Н.Н.Бурденко, А.В.Вишневский, В.И.Воячек, С.С.Гирголав, М.П.Кончаловский, А.П.Крымов, П.А.Курпиров, Г.Ф.Ланг, А.В.Мартынов, С.Р.Миротворцев, А.Л.Мясников, В.М.Мыш, В.А.Оппель, Н.Н.Петров, Д.Д.Плетнев, А.Л.Поленов, С.И.Спасокукоцкий, С.П.Федоров, В.Н.Шамов, С.С.Юдин и др.

Для деятельности ГБТ имело важное значение и состояние военной медицины. В обогащении всех ее отраслей велика была роль опыта медицинского обеспечения войск в советско-финляндскую войну. Он явился основой для разработки ряда принципиально важных положений по организации и методам этого обеспечения, касавшихся в известной мере и ГБТ.

Получило дальнейшее развитие учение о системе этапного лечения с эвакуацией по назначению. Была признана необходимость унифицированного подхода к решению всех узловых вопросов теории и практики медицинского обеспечения боевых действий войск. Такой подход, в частности, предполагал единое понимание происхождения и развития патологических процессов в условиях войны, и развития методы лечения раненых и больных. Это были положения единой полевой военно-медицинской доктрины, разработанной в своей основе перед Великой Отечественной войной. Большая заслуга в этом принадлежала Е.И.Смирнову.

Однако в эг.равоохранении, медицинской науке и военной медицине имелись и "слабые места" с точки зрения интересов военно-медицинской практики, в т.ч. в системе ГБТ. Не было, например, единства взглядов по некоторым методам лечения раненых, и в частности наложению вторичного шва на рану. В выходявших до войны научных трудах и официальных документах по лечебно-эвакуационному обеспечению войск слабо освещались, а зачастую вовсе не освещались соответствующие вопросы, касавшиеся ГБТ. В стране явно мало было хирургических коек по сравнению с потребностью их на военное время.

При всей отдаленности ГБТ - большей или меньшей - от действующей армии они тем не менее в различной степени и с соответствующими последствиями испытывали на себе

влияние оперативно-стратегической обстановки на фронте. В наибольшей степени оно, естественно, ощущалось прифронтовыми ГБ.

В первые месяцы войны в связи с отходом - нередко поспешным - наших войск в глубь страны раненые и больные зачастую массовыми потоками и в ускоренном темпе эвакуировались во внутренний тыловс'й район, причем в большинстве случаев без оказания им квалифицированной медицинской помощи. Одновременно производилось массовое перебазирование туда прифронтовых и фронтовых (а частично и армейских) госпиталей. При таких условиях специализированное лечение в прифронтовой зоне было практически невозможно. Оно могло осуществляться только в ГБ среднего, а преимущественно глубокого тыла, и то далеко не всегда в полноценном виде.

С продвижением Красной Армии на запад создавались все более благоприятные возможности для сокращения объема медицинской эвакуации во внутренний тыловой район, улучшения ее организации и повышения качества медицинской сортировки во фронтовых лечебных учреждениях. Но в то же время отменялись факты и иной значимости. В связи с непрерывно возрастающей потребностью в койках для увеличения мощности ГБФ и развертывания коечной сети в восстанавливаемых на освобождаемой территории прифронтовых округах во все большем масштабе производилась передислокация ЭГ с востока на запад. Среди последних было немало и специализированных с их высококвалифицированными врачами-специалистами. В третьем периоде началось и до конца войны продолжалась эвакуация на запад учебных и научно-исследовательских медицинских учреждений. ГБТ лишались тем самым многих трудившихся в их госпиталях высококвалифицированных сотрудников этих учреждений.

Таким образом, условия для специализированного лечения в тыловых ЭГ, связанные с оперативно-стратегической обстановкой на фронте, были во втором и третьем периодах войны несравнимо более благоприятнее, чем в первом, но вместе с тем и на завершающих ее стадиях имелись факторы, которые отрицательно сказывались на деятельности ГБТ.

В ЭГ внутреннего тылового района трудились врачи 25-ти специальностей. Они представляли фактически все отрасли практической медицины своего времени.

По "МП-41" для полного укомплектования ГБТ хирургами требовалось более 2/3 их общего числа в стране, а терапевтами и врачами некоторых других профессий - во много раз меньше, чем насчитывалось как первых, так и вторых в предвоенный год. Обстоятельства такого характера давали о себе знать на протяжении всей войны. Недостаток хирургов стал ощущаться в самом ее начале, причем со все более нарастающей остротой. Создававшаяся обстановка вызвала необходимость в замене их врачами нехирургических специальностей. Подобная практика получила довольно широкое распространение. Так, на 31.12.1941 г. в ГБ шести военных округов штатные должностями хирургов в ЭГ были укомплектованы представителями 20-ти врачебных профессий, в т.ч. даже эпидемиологами и санитарными врачами. Подлинные хирурги, а также врачи (гинекологи, известный опыт хирургической работы (гинекологи, офтальмологи, оториноларингологи), занимали лишь около 27,0% хирургических должностей.

В ряде ГБ приходилось прибегать к такой исключительной мере, как укомплектование вакантных врачебных должностей субординаторами - помощниками врачей. Это были средние медицинские работники (главным образом медицинские сестры), прошедшие соответствующую подготовку. Они допускались к выполнению определенного круга врачебных обязанностей.

В ходе войны обстановка улучшилась. Некомплект уменьшался, но главным образом за счет врачей не по их довоенным специальностям. С течением времени эти врачи приобретали опыт по новому роду своих врачебных занятий и становились специалистами в соответствующих областях медицины, но, правда, в большинстве случаев не столь квалифицированными, чтобы быть в состоянии самостоятельно выполнять сложные и ответственные виды лечебно-диагностической работы. Но тем не менее на всем протяжении войны ГБТ ощущали в большей или меньшей степени нехватку высококвалифицированного врачебного персонала. Это, разумеется, не благоприятствовало деятельности госпитальных баз и - можно с полным основанием утверждать - являлось одним из факторов, предопределявшим наибольшие трудности и наибольшее число недостатков в этой деятельности.

Почти весь первый период войны ГБТ испытывали серьезные трудности со снабжением многими видами медицинского имущества. Так, в начале второго полугодия 1942 г. все 35 находившихся в Томске ЭГ были неполностью обеспечены рентгентрубами, рентгенопленками и химикатами для ее обработки. Недоставало перевязочного материала. Уже в 1941 г. испытывалась нехватка сульфидина, стрептоцида, хлористого кальция, глюкозы, эфира для наркоза и др. Отмечались перебои в снабжении гипсом.

Положение, правда, постепенно улучшалось. Так, в отчетных материалах САВО указывалось, что со второй половины 1944 г. и до конца войны все ЭГ на территории Узбекской ССР удовлетворительно обеспечивались по линии медицинского снабжения. В донесении начальника УМЭП-47 (МВО) в СО округа сообщалось, что все лечебные учреждения этого эвакуационного пункта по состоянию на март 1945 г. были в основном удовлетворительно снабжены медицинским и санитарно-хозяйственным имуществом. Однако и во втором и даже в третьем периодах войны материальные ресурсы государства не всегда позволяли в полной мере удовлетворять потребности ГБТ в различных видах медицинского имущества. Это, естественно, не благоприятствовало решению стоявших перед ними задач.

В тылу страны лечились миллионы раненых и больных воинов. Наибольшее число их было в первом периоде войны. В последующем оно значительно уменьшилось. Так, если в 1942 г. в общей массе санитарных потерь на долю эвакуируемых во внутренний тыловой район приходилось 39,2%, то в 1943 г. - 23,1%, а в 1944 г. - 18,3%. На долю раненых * и больных в ГБТ соответственно приходилось: в первом периоде войны - 87,5% и 12,5%; во втором - 86,4% и 13,6%; в третьем - 88,7% и 11,3%. Чем дальше от линии фронта размещались госпитальные базы, тем меньше в них было больных (в отношении госпитальных, а нередко и абсолютных показателей).

В эвакуационные госпитали тыла страны подлежали направлению военнослужащие с длительными сроками госпитализации до определения исходов и в большинстве

* К раненым отнесены обмороженные, обожженные и контуженные.

своим с тяжелыми ранениями (заболеваниями). Эта установка в целом выдерживалась всю войну, за исключением первых ее месяцев, когда в связи с отходом наших войск возникла необходимость максимального сокращения объема медицинской помощи в пределах действующей армии и усиления интенсивности медицинской эвакуации во внутренний тыл. При этом эвакуируемые были не только с тяжелыми и со средней тяжести ранениями (заболеваниями), но и зачастую - с легкими.

Подавляющее большинство пострадавших в бою, лечившихся в ГБТ, относились по принятой в войну классификации к раненым группы "А" *. Ясно, что все они требовали специализированного лечения. В нем нуждались и преимущественная часть раненых группы "Б".

Среди находившихся на лечении в ЭГ тыла страны больных большию часть составляли с болезнями органов дыхания. Последующие места по своей численности занимали соответственно лица с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, прочими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (неинфекционного происхождения) и нарушением психики. Удельный вес каждой из этих категорий больных непрерывно увеличивался. В ходе войны больные (как и раненые) "утяжелели" или же среди них становилось все больше хроников.

В пятой главе - "ГОСПИТАЛЬНЫЕ БАЗЫ ТЫЛА - КОНЕЧНЫЙ ЭТАП В СИСТЕМЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАНЕННЫХ И БОЛЬНЫХ В ВЕЛИКУЮ ОТЕЧЕСТВЕННУЮ ВОЙНУ" - показаны роль и место ГБТ в системе лечебно-эвакуационного обеспечения войск.

Раненые и больные поступали в ГБТ с уже оказанной им в определенном объеме специализированной медицинской помощью в армейских, а главным образом во фронтовых лечебных учреждениях. Таким образом, эвакуогоспитали тыла страны призваны были выполнять функцию по завершению специализированного лечения практически всех категорий

* К этой группе принадлежали раненые с проникающими ранениями, повреждениями глаз, длинных трубчатых костей, крупных суставов, лица, черепа, газа, половых органов, а также обожженные и обмороженные с поражениями большей части поверхности тела. Все остальные раненые составляли группу "Б".

эвакуируемых из действующей армии контингентов. Отсюда ясно, насколько сложной, трудоемкой и вместе с тем ответственной была эта задача и, чтобы успешно справиться с ней, требовался труд высококвалифицированных специалистов с применением в их практике специальных лечебно-диагностических средств и методов, причем подчас таких, использование которых в полном объеме в условиях фронтового тыла (а тем более армейского) исключалось или же в некоторых случаях было вообще невозможно. Можно утверждать, что лечебная работа в ГБТ являлась не только завершающей, но и зачастую высшей фазой специализированного лечения отличительными чертами которой были исчерпывающая полнота лечебных мероприятий и окончательный характер определенных исходов для всех лечившихся раненых и больных.

В начале войны условий для организации специализированной помощи (лечения), как говорилось выше, не было и не могло быть не только в пределах действующей армии, но и в прифронтовом тылу. Несклько по иному обстояло дело в госпитальных базах глубокого тыла. Здесь в предусмотренные планы сроки было развернуто и буквально в первые же недели войны началось действовать довольно значительное число специализированных госпиталей.

В последующем система специализированного лечения в ГБТ приобрела все более совершенные черты. Процесс этот был сложным, трудным и подчас противоречивым.

В своей докторской диссертации академик В.И.Стручков писал, что "специализированная помощь в армейском районе не появилась сразу, а родилась в муках исканий, анализа опыта, учета ошибок, постепенного улучшения организации всей ее системы, а также отдельных специализированных госпиталей". (183)

Шестая глава - "ХАРАКТЕРИСТИКА И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ В ГОСПИТАЛЬНЫХ БАЗАХ ТЫЛА" - включает в себя материалы о составе и структуре коечного фонда ГБТ, организации управления ими, научных, методических и организационных основах системы специализированного лечения в этих базах и проводимых мероприятиях по повышению ее дееспособности. Все эти материалы соответственно изложены в следующих разделах данной главы.

Принципы специализации коечной сети госпитальных баз тыла

Коечный фонд ГБТ (как и ГБ действующей армии) специализировался главным образом по медицинским дисциплинам или по локализациям ранений и характеру заболеваний. Второй способ использовался значительно шире и чаще. Применялись две организационные формы профилизации госпиталей: внутргоспитальная и "внутриотделенческая". При обеих из них отделенная (и палату) приобрели однопрофильную или разнопрофильную специализацию. Соответственно этому создавались однопрофильные и многопрофильные специализированные госпитали. Имелись также смешанные ЭГ - лечебные учреждения, у которых часть (большая или меньшая) отделений (палат) была специализирована, а часть - нет.

Следует особо подчеркнуть тот факт, что специальных штатов для специализированных госпиталей не было. Штатные расписания носили обобщенный характер в том смысле, что ими устанавливалась единая номенклатура должностей для всех эвакуогоспиталей без учета их функционального предназначения. Унифицированный характер штатов ЭГ НКЗ сохранялся всю войну, создавая немало трудностей для организации специализированного лечения в тылу страны.

Уже опыт первых месяцев войны свидетельствовал о несостоятельности лежавших в основе довоенных принципов и исходных данных по определению в ГБТ процентного соотношения между специализированными койками различного профиля. Оценка сложившегося положения дел и учет приобретенного за 11 месяцев войны опыта организации специализированного лечения привели к изданию в июне 1942 г. совместного приказа НКЗ СССР и ГВСУ о новых нормах в процентном распределении специализированных коек в ГБТ. Эти нормативы принципиальны не отличались от установленных в довоенное время: они были разными для каждого из округов. Введенная вновь "процентовка" специализированных коек мало в чем (в большинстве случаев) расходилась с уже утвердившейся на местах, но довольно значительно разнилась от установленной в довоенное время.

коснулась большей части среднего и младшего медицинского персонала. Одновременно в лечебных учреждениях обих ведомств была значительно сокращена и штатная численность последнего.

Первые же месяцы войны показали явную недостаточность коечной мощности ГБТ. В связи с этим уже 7.07.1941 г. ГКО принял решение о дополнительном развертывании ЭГ с суммарной емкостью на 753400 коек.

Хотя количес.во коек в тылу страны непрерывно возрастало, но нехватка их продолжала ощущаться еще довольно остро. Поэтому в феврале 1942 г. состоялось еще одно постановление о расширении там коечной сети для нужд действующей армии. Но в нем предусматривалось производить это путем развертывания сверхштатных коек (40,0% к числу действовавших). Надо сказать, что в войну 12 раз приходилось прибегать к подобной практике при всех ее очевидных отрицательных последствиях для постановки лечебного дела в госпиталях. Идти на эту меру вынуждали затруднения с госпитализацией раненых и больных.

Однако с августа 1942 г. госпитальный коечный фонд стал в законодательном порядке сокращаться. Инициатором этого был зам. Наркома обороны Е.А.Щаденко, который ошибочно полагал, что отменяющаяся к началу лета 1942 г. определенная недогрузка этого фонда свидетельствует об его избытке. Госпитали или свертывались или же расформировывались. Среди тех и других было немало и специализированных лечебных учреждений. Прошло немного времени и в ГБТ стал ощущаться недостаток коек. Он непрерывно нарастал. В отдельных случаях приходилось даже идти на крайние меры. Так, ГБТ тыла получили указание о выписке из ЭГ раненых со сроком долечивания 1-1,5 месяца с распределением их небольшими группами по окрестным населенным пунктам. Ясно, что это исключало продолжение специализированного лечения.

Положение стало улучшаться после того, как в конце 1942 г. и в первые месяцы 1943 г. было не только прекращено расформирование и свертывание ЭГ, но и вновь началось наращивание их количества. Формирование госпиталей для ГБТ продолжалось и в последующие годы, но значительно реже и в гораздо меньшем масштабе, чем в начальном периоде войны.

Однако вскоре выяснилась нежизненность разработанных Наркомздравом и Главсанупром планов развертывания в округах стабильного количества специализированных коек: в действительности их было там, как правило, или меньше или больше. Стало ясно, что в реальной жизни не может быть стабильности в количественном и структурном составе специализированной коечной сети ГБТ.

После упомянутого приказа никаких указаний Центра по нормативам специализированного коечного фонда различного профиля в ЭГ округов не было. Такие нормативы стали устанавливаться местными руководящими медицинскими органами - УМЭП (УРЭП) вместе с управлениями (отделами) ЭГ при Наркомздравах республик, край- и облздравах.

Состав коечного фонда и организация управления им

Развертывание ГБТ началось с первых же дней войны. В округах глубокого тыла оно происходило в соответствии с разработанным в предвоенные годы планом, а в приграничных (прифронтовых) этот план в преимущественной своей части был сорван вследствие отхода наших войск и активных действий авиации противника. Формируемые эвакуационные госпитали принадлежали Народному комиссариату здравоохранения и Народному комиссариату обороны (ЭГ НКЗ и ЭГ НКО). Однако вскоре в ГБТ были включены эвакуационные госпитали ВЦСПС (ЭГ ВЦСПС). Они создавались профсоюзными организациями на базе подведомственных им домов отдыха и санаториев. Около 4/5 коечного фонда ГБТ приходилось на долю ЭГ НКЗ.

Госпитали были развернуты по штатам, утвержденным в начале октября 1940 г. Однако они существовали сравнительно недолго: для ЭГ НКЗ - до 25.09.1941 г., а для ЭГ НКО - до начала августа 1942 г. Согласно новым штатным расписаниям, на одного лечащего врача вместо 33 стало приходиться 50 коек. Все военнослужащие в ЭГ НКЗ были заменены на вольнонаемных (за исключением начальника и его заместителя по политической части). В ЭГ НКО эта замена

* ЭГ ВЦСПС существовали по штатам ЭГ НКЗ.

ГБ различались друг от друга как по емкости своего коечного фонда, так и по частоте и величине его изменения в ту или иную сторону. По указанным признакам в большей мере, чем остальные тыловые группировки госпиталей, отличались наряду с некоторыми другими своими особенностями прифронтовые госпитальные объединения. Это обуславливалось тем, что они в несравнимо большей степени, чем располагавшиеся позади них ГБ, подвергались воздействию оперативно-стратегической обстановки на фронте со всеми вытекающими отсюда последствиями.

При облзддравах и крайзддравах для руководства ЭГ НКЗ имелись специальные отделы, а при Наркомздравах республик - управления эвакуированных госпиталей. Высшим руководящим органом являлось Главное управление эвакуационными госпиталями Наркомздрава СССР *х/*. По линии военно-медицинской службы ЭГ всех трех видов объединялись в местные, а иногда и в распределительные эвакуационные пункты. Управление этими пунктами находилось в непосредственном ведении СО соответствующих военных округов.

Как уже отмечалось ранее, взаимоотношения между указанными госпитальными органами управления с учетом принадлежности их к двум ведомствам не были в довоенные годы определены с достаточной четкостью и конкретностью. Издержки этого, касавшиеся и постановки специализированного лечения, стали проявляться уже в самом начале войны. Обстановка намного улучшилась, после того как в июле 1942 г. состоялся в связи с создавшейся ситуацией специальный совместный приказ Наркомздрава СССР и ГВСУ. Согласно этому приказу, руководство лечебной и хозяйственной деятельностью ЭГ Наркомздрава возлагалось на упомянутые подведомственные ему органы управления. Начальники ЭГ, хотя и являлись военнослужащими, должны были в этом отношении подчиняться указанным выше отделам и управлениям.

УРЭП (УМЭП) обязывались обеспечивать раненых и больных питанием, обмундированием и воинскими проездными документами, снабжать госпитали формами

* Для эвакуогоспиталей профсоюзных организаций таким органом являлось Главное управление ЭГ при ВЦСПС.

медицинского учета и отчетности и руководить приемом и распределением поступающих контингентов по лечебным учреждениям, а также военно-врачебной экспертизой. Начальникам СО округов и начальникам управлений эвакуационными пунктами предоставлялось право контроля за лечебной деятельностью ЭГ НКЗ и ВЦСПС. Но все мероприятия по результатам обследования должны были осуществляться только по распоряжениям отделов (управлений) ЭГ. Исключением из установленного правила являлись СЭГ НКО и СЭГ НКЗ, входившие в состав ГБТ. Эти лечебные учреждения должны были целиком подчиняться органам управления соответствующих ведомств.

Однако и после упомянутого приказа постоянного тесного и четкого взаимодействия между двумя руководящими госпитальными центрами в тылу страны не было. Нередко наблюдались факты принятия несогласованных решений, а также случаи параллелизма в действиях, причем не всегда одинаковых по своему содержанию. Все это не могло не оказывать неблагоприятное влияние на организацию лечебной работы в ГБТ. В наибольшей степени оно проявилось в условиях прифронтовых округов. Здесь подчас скл. адывалась такая обстановка, при которой требовалось оперативное управление госпитальными, что, естественно, исключалось по причине двойственности их подчинения. Сказанное особенно было характерно для первого периода войны, и прежде всего его начальных месяцев.

В системе НКО общее руководство госпитальными базами тыла страны осуществлялось ГВСУ, но все оперативные распоряжения, связанные с выполнением этой своей функции (передислокация ЭГ из тыла страны в действующую армию, районирование госпитальных баз, специализация коечной сети и др.), оно должно было согласовывать с Главным управлением ЭГ Наркомздрава СССР и ВЦСПС.

Состав и условия размещения специализированной коечной сети

Количество специализированных коек различного профиля обуславливалось рядом факторов: численностью и составом поступающих на лечение раненых и больных, емкостью данной

ГБ, наличием специалистов, медицинского оборудования и оснащения и т.д. Все эти факторы не были стабильными. Нестабильностью, следовательно, отличалось и процентное соотношение между специализированными койками разных профилей.

На протяжении всей войны, а особенно на завершающем ее этапе, четко проявилась зависимость структуры специализированной коечной сети ГБТ и процентного соотношения между ее различными профилями от состава лечившихся там контингентов. Как говорилось ранее, среди последних непрерывно возрастал удельный вес раненых (больных) с тяжелыми повреждениями (заболеваниями). Это требовало расширения соответствующего специализированного коечного фонда. Так, с 1.01.1942 г. по 1.01.1945 г. относительное число коек увеличилось: нейрохирургических - почти в 3 раза, нервно-психиатрических - в 1,8 раза, полостных (для раненных в грудь, живот) - в 3,2 раза, для ампутированных - в 10 раз и туберкулезных - в 10,5 раза.

С 1.07.1943 г. по 1.01.1945 г. количество профилей специализированных коек (в целом в ГБТ) возросло с 20 до 31. (По довоенным расчетам их предусматривалось 11). Это был процесс углубленной дифференциации коечной сети. Он являлся одним из отражений совершенствования системы специализированного лечения и благоприятно сказывался на ее дееспособности.

По большинству профилей отмечался рост абсолютного и относительного числа однопрофильных специализированных госпиталей и коек в них. Так, с 1.07.1943 г. по 1.01.1945 г. удельный вес коечного фонда всех ЭГ тыла страны с однопрофильной хирургической специализацией повысился с 6,9% до 10,1%. Заслуживает особого внимания организация в ГБТ однопрофильных терапевтических госпиталей. Это были первые такого вида лечебные учреждения в истории отечественной военной медицины. Правда, они формировались по штату типовых ЭГ с укомплектованием должностей соответствующими специалистами.

Однако однопрофильных специализированных ЭГ было несколько меньше, чем многопрофильных. Это прежде всего являлось следствием поступления на лечение значительного числа раненых с комбинированными ранениями.

Специализированная коечная сеть была в основном сосредоточена в крупных городах с их обширным жилым фондом, что благоприятствовало размещению лечебных учреждений. Последние в большинстве случаев располагались группами, причем зачастую довольно значительными по численности. Это способствовало организации специализированного лечения. Исключением являлись туберкулезные койки: по данным на 1944 г., преимущественная их часть была развернута в сельской местности и районных административных центрах. Здесь же нередко располагались койки и по ряду других профилей: санаторно-курортные, нервно-психиатрические, инфекционные, кожно-венерические и протезные. Это было связано с несколькими причинами: характером заболеваний (ранений) лечившихся контингентов, особенностями их лечения, относительной несложностью применяемых лечебно-диагностических методов, целевым назначением лечебно-профилактического учреждения в довоенное время (санатории и дома отдыха, на базе которых, как правило, организовывались санаторно-курортные госпитали).

Организация медицинской эвакуации в тыл страны

Для дееспособности системы специализированного лечения в ГБТ немаловажное значение имело поступление туда раненых и больных в соответствии с их лечебно-эвакуационным предназначением. В довоенные годы организационные вопросы медицинской эвакуации за пределы действующей армии не являлись предметом глубокой и всесторонней разработки. Это создавало в начале войны немало трудностей медицинской службе в ее эвакуационной деятельности в звене "ГБФ-ГБТ".

Достаточно стройный и отвечающий интересам ГБТ порядок медицинской эвакуации из действовавшей армии был установлен в марте 1942 г. специальной директивой ГВСУ и применялся до конца войны. Этой директивой требовалось "устранить случаи механической перевозки раненых из пунктов отправки ВСП в пункты их назначения". Предусматривалось размещение эвакуируемых контингентов в поездах группами по вагонам в соответствии с

классификацией специализированных коек. В случае скопления большого числа однородных по характеру ранений или заболеваний среди этих контингентов рекомендовалась подача для них специальных поездов. Начальники эвакуационных поездов при погрузке военно-санитарных поездов обязывались в письменной форме информировать начальников последних о маршрутах движения и местах разгрузки ВСП, а по выходе их в путь телеграфом извещать об этом пункты разгрузки и больные, причем раздельно по видам контингента раненых и больных, причем раздельно по видам ранений и диагнозам заболеваний. Начальники поездов должны были иметь сведения об имевшихся по маршруту их движения специализированных госпиталей. Начальникам пунктов разгрузки вменялось в обязанность посылать начальникам поездов телеграфные подтверждения о местах их разгрузки и количестве свободных коек в данном населенном пункте.

Организация сортировки раненых и больных

Непрерывной предпосылкой специализированного лечения раненых и больных, является, как известно, их сортировка.

Однако в начале войны неоднократно отмечались факты сокращения в тылу страны сортировочных коек. В большинстве ГБ, а особенно в прифронтовых, сортировка или вовсе не производилась или же носила примитивный характер. Дело зачастую сводилось к беглому осмотру прибывавших на лечение контингентов.

Во всем этом, несомненно, сказывалось влияние особенностей начального периода войны с обусловленными ими сложностями и трудностями для лечебно-эвакуационного обеспечения войск. Но определенное значение имела явно недостаточная разработка в предвоенный период организационных и методических вопросов медицинской сортировки в ГБТ.

Система медицинской сортировки в ГБТ - единая в принципиальных чертах для всей их совокупности, имевшая в своем составе сортировочно-эвакуационные госпитали

(СЭГ), НКЗ и НКЗ*, достаточно дееспособная и функционирующая до конца войны - сложилась только в конце ее первого периода. Сущность этой системы состояла в следующем. В каждой более или менее крупной группировке тыловых госпиталей на один из них возлагалось выполнение приемно-сортировочных функций. В районе крупных железнодорожных узлов, расположенных на главных эвакуационных направлениях и являвшихся как бы "входными воротами," для эвакуационных поездов или нескольких округов, развертывались штатные СЭГ.

Часто навстречу санитарным транспортом высылались выделяемые обычно упомянутыми госпиталами так называемые врачебно-сортировочные бригады (группы) или же по одному врачу-эвакуатору. Они сортировали раненых и больных непосредственно в поездах (на судах) главным образом по историям болезней с передачей по телефону или телеграфу собранных при этом сведений на места для осуществления там соответствующих подготовительных мероприятий.

На конечно-выгрузочных станциях (пристанях) в зависимости от конкретных условий обстановки сортировка могла или вообще не производиться или производиться силами и средствами сортировочных госпиталей, либо обычных ЭГ, наиболее близко расположенных от пунктов разгрузки. В первом случае поступившие раненые и больные разделялись на два потока. Одни из них сразу направлялись в специализированные лечебные учреждения в соответствии с характером и тяжестью ранения или заболевания. Другие, нуждающиеся в неотложной квалифицированной медицинской помощи, или требовавшие дополнительных обследований для уточнения диагнозов, доставлялись в СЭГ или в госпитали с приемно-сортировочными функциями.

Научные основы системы специализированного лечения

Деятельность ГБТ строилась на прочной научной основе. Необходимые предпосылки для этого были созданы в довоен-

* Первые из них созданы в декабре 1941 г., вторые - в марте 1942 г.

ный период. В лечебной практике широко использовались и результаты научных исследований, проводившихся в военное время.

На протяжении всей войны а особенно в начале ее, предпринимались действенные организационные меры по обеспечению условий для проведения в жизнь требований единой военно-медицинской доктрины, совершенствования форм и методов лечебно-диагностической работы, внедрения в нее последних научных достижений и передового опыта. Наиболее важными из этих мер являлись следующие.

В сентябре 1941 г. состоялось решение об учреждении при Наркомздраве СССР Центрального методического бюро, преобразованного в мае 1942 г. в Военно-госпитальный комитет (ВГК) с передачей его Ученому медицинскому совету при упомянутом комиссариате. Включая в себя 17 научных комиссий, представлявших фактически все отрасли практической медицины, комитет выполнял функцию Организационно-методического центра ГБТ*.

В марте 1942 г. был создан объединенный Госпитальный совет Наркомздравов СССР и РСФСР, ставший научно-консультативным центром ГБТ. Основной задачей разрабатываемых ВГК материалов инструкторно-методического характера служили решения и рекомендации пленумов этого совета. В войну они созывались трижды. Это были довольно представительные научные форумы. На них обсуждался широкий круг первоочередной важности для ГБТ различных вопросов научно-практического и организационного характера.

Следует особо отметить, что в объединенном Госпитальном совете, ВГК и его комиссиях был в буквальном смысле представлен весь цвет медицинской науки. Здесь трудялись: А.И.Абрикосов, М.И.Авербах, Н.Н.Бурденко, А.Н.Бакулев, В.Н.Виноградов, С.С.Гирголав, И.Д.Давыдовский, Б.Э.Линберг, А.Т.Лидский, П.Г.Лукомский, С.Р.Миротворцев, В.Н.Парин, М.М.Певзнер, Б.С.Преображенский, Н.Н.Приоров, И.Г.Руфанов, Н.А.Семашко, В.К.Трутнев, Р.М.Фронштейн, В.Н.Шамов, С.С.Юдин и др. В апреле 1942 г. и феврале 1943 г. Госпитальные советы и Методические центры были соответственно организованы и на местах.

* До преобразования в ВГК эту роль выполняло Центральное методическое бюро.

Значительную роль в расширении и укреплении научных основ деятельности ГБТ играли их главные медицинские специалисты, штатные инспекторы - представители некоторых узких отраслей медицины* и нештатные консультанты ЭГ. Институт первых из них стал формироваться в начальные месяцы войны. Уже три учреждения в госпитальных органах утратили (в октябре 1941 г.) в их штатах предусматривалась должность главного хирурга. В мае 1942 г. в управлениях ЭГ Наркомздравов союзного республик стала штатной еще одна должность главного специалиста - терапевта. В начале 1943 г. эта должность была включена и в штаты органов управления ЭГ республик, краев и областей. Примерно в то же время институт медицинских специалистов в системе ГБ РСФСР пополнился отоларингологом и патанатомом.

Что касается Главного управления ЭГ Наркомздрова СССР, то в нем были практически представлены все отрасли клинической медицины в качестве или главных специалистов (хирурга и терапевта) или профессоров-консультантов. Пост главного хирурга всю войну занимал проф. И.Г.Руфанов, а главного терапевта - проф. А.И.Крюков.

Заслуживает внимания тот факт, что роль главных специалистов, инспекторов и инспекторов-консультантов выполняли многие крупные ученые-медики. Это были: Н.Н.Аничкин, С.О.Бадылкес, И.С.Бериташвили, Н.А.Богораз, Ф.И.Валькер, А.И.Васильев, В.И.Воячек, Г.С.Гребенщиков, В.С.Дойников, А.М.Эблудовский, И.Н.Ищенко, И.Г.Лукомский, А.Т.Лидский, Б.Э.Линберг, С.Р.Миротворцев, М.И.Неменов, С.А.Новотельнов, В.П.Осипов, В.Н.Парин, Б.С.Преображенский, Н.Н.Приоров, Н.Н.Петров, Н.Д.Стражеско, М.С.Толчибашев, В.Д.Тимаков, А.П.Фрумкин, В.П.Филатов, В.Д.Чаклин, Р.В.Фронштейн, А.П.Цукулидзе, С.С.Юдин и др.

Интересам ГБТ в той или иной степени служили практически все учебно-научные медицинские учреждения страны. На их базе развертывались и работали многие эвакуогоспитали, а профессорско-преподавательский состав и научные сотрудники широко использовались для лечения

* Такие должности предусматривались штатами госпитальных органов управления в том или ином числе в зависимости от их разряда.

раненых и больных. Ряд этих учреждений являлся подлинными научными центрами госпитальных баз тыла. Среди таких учреждений следует прежде всего назвать Центральный институт травматологии и ортопедии, Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца, Московский научно-исследовательский институт уха, горла и носа, Институт им. Н.В.Склифосовского, Свердловский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Одесский научно-исследовательский институт глазных болезней и тканевой терапии, Государственный институт физиотерапии и др. Выполнившие в этих и некоторых других институтах исследования имели ярко выраженную практическую (как говорили в войну - "оборонную") направленность. Разрабатываемая тематика отличалась таким же разнообразием, как и запросы практики.

Повышению качества и, следовательно, эффективности лечебной работы в немалой степени способствовали научные врачевные конференции. Они проводились регулярно по различным видам военной патологии и на разных уровнях (всесоюзные, республиканские, областные, окружные, межгоспитальные, городские и пр.) с охватом буквально всех категорий трудившихся в ГБТ врачей-специалистов.

Методические основы системы специализированного лечения

Деятельность ГБТ осуществлялась в сравнимо более благоприятных условиях, чем на такого же типа (госпитального) этапах медицинской эвакуации в пределах театра военных действий. В принципе эти условия в большинстве случаев были такими же, как в мирное время. На местах сполна использовались все возможности для повышения эффективности лечебного процесса.

Отмечался непрерывный рост хирургической активности. Если в 1942 г. было прооперировано 15,3% раненых, то в 1943 г. - 34,3%, а в 1944 г. - 51,3%. Видное место среди хирургических вмешательств занимала операция наложения на рану вторичного шва. Опыт показывал, что этой операцией достигались две цели: сокращение сроков лечения

оперируемых и предупреждение развития раневых последствий.

Большая удаленность преимущественной части ГБТ от линии фронта и отмеченные выше особенности патологии у госпитализированных в них раненых и больных предопределили широкое использование для лечения тех и других физических методов. При этом особое внимание уделялось лечебной физкультуре. В 1943 г. вышло новое методическое указание о ее применении в тыловых ЭГ. В отличие от ранее действовавших указов этим указанием предусматривалось применение ЛФК на более ранних стадиях развития раневого процесса и не только при травме опорно-двигательного аппарата, но и при ряде других локализаций ранений, а также при внутренних заболеваниях.

В январе 1943 г. состоялось решение о создании при местных органах управления ЭГ института старших инспекторов по лечебной физкультуре, учреждении при УМС и госпитальных советах НКЗ СССР и союзных республик одноименных комиссий, а в госпиталях самостоятельных отделений.

Все более видное место в лечебной деятельности занимали физио- и рентгенотерапия. Если в 1942 г. во всех ГБТ была выполнена (из расчета на 100 человек лечившихся) 1681 физиотерапевтическая процедура, то в первой половине 1945 г. - 3706.

Первые же месяцы войны показали, насколько велико значение курортно-терапевтических средств для ЭГ тыла страны с их специфическим составом раненых и больных, многие из которых нуждались именно в такой терапии.

Важным этапом в развитии санаторно-курортного дела в ГБТ был приказ Наркомздрава РСФСР от 6.04.1942 г., которым предусматривались организации в группировках госпитальных средств на территории Российской Федерации специализированных лечебных учреждений санаторно-курортного профиля, а также создание сезонных курортных госпиталей. Последние должны были организовываться на базе сезонных (летнего типа) санаториев и домов отдыха. Столь же большое внимание, как и всем другим физическим методам лечения, уделялось в ГБТ трудотерапии. В октябре 1943 г. в хирургических госпиталях на 400 коек и более были введены штатные должности инспекторов по трудотерапии.

В начале августа 1944 г. состоялось решение об организации во всех ЭГ мастерских по трудотерапии с использованием для этой цели местных ресурсов и помощи шефских организаций. Руководство трудотерапией было возложено на помощников начальников госпиталей по медицинской части, а наблюдение за применением трудовых процессов - на врачей-специалистов по ЛФК.

Организационные основы системы специализированного лечения

В ГБТ систематически осуществлялись разнообразные по своему характеру организационные меры, способствовавшие повышению качества и результативности лечебной работы. Велика была в этом отношении роль Т.Н. базовых госпиталей*. Это были мощные, чаще всего однопрофильные специализированные лечебные учреждения, лучше других госпиталей (отделений) обеспеченные высококвалифицированными специалистами, медицинским оснащением и оборудованием.

В базовых госпиталях (отделениях) проводились консультативно-методическая работа, усовершенствование и специализация медицинских кадров, межгоспитальные конференции и клинико-анатомические разборы. Сюда обычно переводились из других ЭГ (в первую очередь "периферийных") непрофильные для них раненые и больные или лица с тяжелыми ранениями и заболеваниями, нуждавшиеся в сложных методах диагностики и терапии. Зачастую лечение здесь проходило не до определившихся исходов, а до наступления перелома в течении патологического процесса с переводом выздоравливающих в периферийные лечебные учреждения.

Следует подчеркнуть, что в ГБТ подобная практика применялась довольно широко, причем не только с использованием базовых госпиталей, но и ЭГ, отличавшихся

* Иногда они назывались госпитальными медицинскими центрами. Наряду с базовыми госпиталями создавались с идентичными задачами одноименные отделения в соответствующих госпиталях.

от других более высоким уровнем профессиональной подготовки врачей и наличием в достаточном количестве и ассортименте необходимых материально-технических средств.

Благодарно сказывались на результатах лечебной работы такие мероприятия, как "прикрепление" специалистов одних лечебных заведений к другим, где такие отсутствовали, закрепление за действовавшими госпиталями вновь развертываемых, усиление лечебных учреждений с малоопытным врачебным составом за счет тех из них, где врачи были более квалифицированные.

Большую пользу принесли созданные в конце 1943 г. "группы усиления". Поставленная перед ними задача состояла в том, чтобы содействовать, - как говорилось в официальном документе, - "областям при массовом поступлении раненых". В каждую из групп входили врач, операционная сестра и гипсовальщик. Это был типовой состав. Но он не являлся стабильным: в него могли включаться консультанты по узким специальностям.

Существенный вклад в повышение качественного уровня и, следовательно, и эффективности специализированного лечения вносили терапевты и ведущие хирурги госпиталей хирургического профиля. Обе эти должности являлись нештатными. Первая из них была введена 3 апреля 1942 г., а вторая - в декабре 1943 г. Ведущими хирургами назначались специалисты с достаточным опытом хирургической деятельности в условиях стационара, обладавшие знаниями патологии и клиники травм военного времени, и с хирургическим стажем не менее 5 лет. Эти лица должны были руководить хирургической работой и нести полную ответственность за ее организацию и постановку. Они обязывались обеспечивать проведение в жизнь единых лечебно-диагностических методик, принимать меры по внедрению в практику новейших и наиболее эффективных методов лечения, организовывать подготовку медицинского состава, определять показания к операциям, вести учет всех раненых, подлежащих оперативным вмешательствам, лично производить последние во всех сложных и ответственных случаях и пр.

Задачами терапевтов являлись участие в лечебной работе лечащих врачей (хирургов), выявление среди раненых лиц с

внутренней патологии и их лечение, оказание содействия медицинскому персоналу в приобретении определенного минимума знаний и навыков в области терапии внутренних болезней и др.

В седьмой главе - "СТАНОВЛЕНИЕ И ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ РАНЕННЫХ И БОЛЬНЫХ В ГОСПИТАЛЬНЫХ БАЗАХ ТЫЛА" - показаны истоки этой системы, прослежены пути эволюции форм и методов реабилитационной работы, раскрыто ее содержание, дана оценка ее результатов.

Видное место в деятельности ГБТ занимала реабилитация раненых и больных. Уже сам по себе состав лечившихся в тыловых ЭГ кон.ингентов предполагал необходимость проведения ее среди преимущественной их части.

Реабилитация проводилась в ГБТ с самого начала их деятельности. Однако доволно продолжительное время реабилитационным мероприятиям уделялось недостаточное внимание. Они осуществлялись в ограниченном масштабе, касаясь по существу только лиц, которые по характеру и тяжести поражения (заболевания) заведомо являлись инвалидами. Это были главным образом раненые с ампутированными конечностями. Уже в декабре 1941 г. состоялось решение о создании в ГБТ особых однопрофильных протезных госпиталей (и одноименных отделений в общехирургических ЭГ).

Проблема протезирования раненых в ГБТ имела не только организационный и материально-технический аспекты, но и научный. Не случайно поэтому в конце октября 1942 г. при Народном комиссариате социального обеспечения РСФСР был создан специальный Ученый совет по протезированию. На него возлагались руководящие методические работы и проведение консультаций по протезированию, а также рассмотрение вопросов по трудоустройству инвалидов. Членами Совета являлись ряд крупных ученых-медиков страны. Это были: Н.Н.Бурденко, С.С.Гирголав, В.В.Гориневская, В.С.Левит, Н.Н.Приоров, И.Г.Руфанов и др.

Решающую роль в медицинской реабилитации раненых играла восстановительная хирургия. Достигнутые за довоенные годы значительные успехи в этой области медицины и подготовке соответствующих кадров создавали определенные предпосылки для практического решения

задач по восстановительно-хирургическому лечению раненых с самого начала войны. Однако, как свидетельствуют изученные материалы, лишь в конце 1942 г. и начале 1943 г. оно стало предметом усиленного внимания со стороны руководящих центральных и местных органов гражданского и военного здравоохранения.

Вопрос о восстановительной хирургии как дополнителном средстве пополнения действующей армии резервами, а народного хозяйства рабочей силой впервые был поднят перед медицинской и военно-медицинской общественностью страны Е.И.Смирновым на втором пленуме Госпитального совета в декабре 1942 г. В своей речи он, в частности, предложил включить в состав ГБТ восстановительно-хирургические койки. Вскоре это предложение было реализовано: вышедшим в марте 1943 г. совместным приказом Наркомздрава РСФСР и ГВСу предусматривалось развертывание госпиталей восстановительной хирургии и соответствующих отделений в лечебных учреждениях различного профиля.

Раширению возможностей для реабилитации в ГБТ лечившихся там военных способствовало и состоявшееся в марте того же года решение Наркомздрава СССР об организации в ЭГ отделений (палаты) предназначались для лиц, которые по своему здоровью уже не нуждались в пребывании в стационарных условиях, но еще требовали постоянного врачебного наблюдения и квалифицированного лечения. Работу отделений (палат) регламентировалось строить по внутреннему распорядку, приближающему к принятому в воинских строевых частях.

В медицинской реабилитации, как известно, особенно велика роль физических методов лечения. В ГБТ, как указывалось выше, многое делалось по обеспечению широкого использования этих методов. В обогащении реабилитационной практики новыми методами не только оперативного, но и консервативного характера велика была роль Научно-исследовательского института восстановительной хирургии, травматологии и ортопедии в Свердловске, основанного в августе 1943 г.

Из входивших в состав ГБТ госпиталей и отделений восстановительной хирургии только за год их деятельности

ВЫВОДЫ

1. В сложившейся во время Великой Отечественной войны системе лечебно-эвакуационного обеспечения войск конечным этапом медицинской эвакуации являлись в своей совокупности госпитальные базы тыла, игравшие существенную роль в восполнении потерь личного состава действующей армии и возмещении убыли работоспособного населения страны.

2. Среди факторов, влиявших на деятельность ГБТ, наибольшее воздействие на нее оказывали оперативнo-стратегическая обстановка на фронте, состав и квалификация врачебных кадров.

3. ГБТ предназначались для специализированного лечения раненых и больных. Оно являлось завершающей, а зачастую и высшей фазой такого вида лечения, характерными чертами которого были исчерпывающая полнота лечебных мероприятий и окончательный результат опеределившихся исходов приятий и окончателbных результатов. Наряду с выполнением своей основной функции - лечебной работой - ГБТ играли также роль стратегического резерва госпитальных средств для ГВСУ КА.

4. Специализация коечного фонда ГБТ производилась по медицинским специальностям или по локализациям ранений и характеру заболеваний. Второй принцип применялся значительно чаще и шире.

5. В ходе войны были внесены серьезные изменения в разработанные в довоенное время принципы и расчетные данные по установлению потребности ГБТ в специализированных койках как в количественном, так и в структурном отношении. Опыт показал несостоятельность централизованного нормирования коечного фонда и структурного состава специализированной коечной сети в ГБТ, как это предусматривалось довоенными устаповками. Число специализированных коек и соотношение между ними в каждой ГБ стали, как и в ГБФ, определяться в зависимости от возникшей потребности и с учетом реальных условий и возможностей для их развертывания.

6. Система специализированного лечения в ГБТ характеризовалась следующими основными чертами:
- углублением дифференциации коек и, следовательно, увеличением числа их профилей;

(с 1.07.1943 по 1.07.1944 гг.) было, по неполным данным, выписано годными к военной службе более 25650 чел. Такое число военнослужащих требовалось для укомплектования четырех стрелковых дивизий (по штатам военного времени). Необходимо, однако, сказать, что достигнутые в ГБТ результаты по реабилитации раненых и больных могли быть более высокими, если бы на ее проведение не оказывали влияние ряд отрицательных факторов. Наиболее существенными из них являлись: нехватка высококвалифицированных врачебных кадров, ограниченность специального оснащения, сокращение коечной сети в глубоком тылу на заключительном этапе войны и др.

Трудности порождались и еще одной причиной - недостаточной ясностью и конкретностью в определении - с одной стороны - задач реабилитационных центров, а с другой - их положения в данной группировке госпитальных средств. Это нередко влекло за собой различное, а довольно часто и неправильное понимание на местах характера и объема выполняемых такими центрами (госпиталиями и отделениями по восстановительной хирургии, отделениями и палатами для выдоравливающих) функций, а также использование их не по прямому назначению.

В заключении подведены итоги деятельности ГБТ.
Подчеркнуто, что они являлись важным составом за счет пополнения Вооруженных Сил личным составом - участников выдоровевших раненых и больных воинов - участников боевых действий. Общее число таких военнослужащих достигало более 3,7 миллионов человек. Кроме того, многие сотни тысяч излеченных в тыловых ЭГ участников войны пополняли ряды труженников народного хозяйства страны, что было чрезвычайно важно для нее в условиях, когда миллионы работоспособного населения находились на военной службе.

Наряду с положительными сторонами системы специализированного лечения в ГБТ указаны и имевшиеся в ней недостатки, а также трудности, которые приходилось преодолевать многотысячному коллективу медицинских работников ЭГ тыла страны при выполнении своего служебного долга.

- созданием ряда новых видов однопрофильных специализированных госпиталей;
- ростом удельного веса специализированного и уменьшением доли неспециализированного коечных фондов;
- зависимостью структуры специализированных коек и соотношения между их различными профилями от состава лечившихся контингентов;

- существенным различием госпитальных баз между собой в отношении состава как специализированной коечной сети, так и лечившихся раненых и больных;

- наличием такого различия в наиболее выраженном виде между прифронтовыми ГБ и ГБ, развернутыми в округах более отдаленных от линии фронта;

- совершенствованием организации и методов лечебной работы с повышением ее качественного уровня и результатов;

- широким использованием последних достижений медицинской науки и передового опыта.

9. Важное место в деятельности ГБТ занимала реабилитация раненых и больных. Она являлась составной частью специализированного лечения. В госпитальных базах осуществлялись все три вида реабилитационных мероприятий - восстановительные, профессиональные и социальные.

10. Во втором, а особенно в третьем периодах войны, большинство категорий раненых и больных в целом обеспечивалось специализированным лечением в соответствующих профилированных госпиталях и отделениях (палатах). Значительный недостаток специализированных коек ощущался лишь для раненых в конечностях, грудную и брюшную полости. Лечение этих контингентов осуществлялось преимущественно в общехирургических (многочисленных) госпиталях. Во многих случаях последние или входившие в их состав отделения (палаты) были укомплектованы соответствующими специалистами и обеспечены специальными видами оснащения и оборудования, что создавало условия для специализированного лечения.

11. При всех происходивших в войне позитивных изменениях в системе специализированного лечения в ГБТ как организационного, так и структурного порядка она тем не менее и на завершающем этапе своего развития имела недостатки. Наиболее существенными из них являлись:

- отсутствие единого руководства деятельностью ГБТ;
- неполный охват высококвалифицированными специалистами лечением всех категорий раненых и больных;
- производимые в ущерб интересам лечившихся контингентов их внутрибазовые, а тем более межбазовые перемещения;

- не повсеместное соблюдение наиболее целесообразного для госпитальных баз принципа компактного (группового, коллекторного) расположения их госпитальных средств, нередко сопровождавшегося одиночным размещением госпиталей, причем в населенных пунктах, лишенных благоприятных условий для лечебной работы.

12. Эти недостатки порождались следующими основными причинами:

- нехваткой высококвалифицированных врачебных кадров;
- неполным обеспечением всех госпиталей материальными средствами, и прежде всего предметами специального оборудования и оснащения;

- систематически проводимыми и зачастую в значительном масштабе передислокациями госпиталей в действующую армию и прифронтовые округа;

- двойственным характером руководства ЭГ НКЗ и ЭГ ВЦСПС без должного взаимодействия между их органами управления и УМЭП (УРЭП) в осуществлении этого руководства;

- отсутствие в составе госпитальных баз штатных специализированных госпиталей и таких формирований (типа ОРМУ в действующей армии), которые бы обеспечивали специализацию лечебных учреждений в зависимости от конкретно складывавшихся на местах условий обстановки.

13. Главным итогом деятельности ГБТ явилось возвращение излеченных в их госпиталях раненых и больных на военную службу в количестве около 3,7 млн чел., а народному хозяйству страны - многих сотен тысяч работоспособного населения.

14. Такие результаты дают основания для вывода о том, что сложившаяся в Великую Отечественную войну система специализированного лечения в ГБТ в целом себя оправдала, хотя она могла бы быть более совершеннее и, следовательно, выше действеннее без присутствия ей ряда отмеченных выше недостатков. Устранение причин возникновения которых не утратило большой значимости и поныне.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Результаты предпринятого исследования дают основание считать целесообразным реализацию в соответствующих планирующих документах следующих мероприятий:

- передачу ГБ прифронтовых округов медицинской службе фронтов;
- формирование ГБТ госпиталями одноведомственной принадлежности с обеспечением тем самым условий для существования единого органа управления ими в масштабе данной ГБ;
- введение в штат этих органов специального подразделения с функциями, связанными с организацией медицинской эвакуации;
- создание в ГБТ штатных однопрофильных специализированных госпиталей, а также особых формирований (наподобие фронтовых и армейских отдельных рот медицинской усиления времен Великой Отечественной войны), благодаря которым можно было бы в случае необходимости придавать или расширять определенные виды специализации многопрофильных лечебных учреждений.
- Материалы диссертации могут быть использованы при создании музейных экспозиций по соответствующим темам, причем не только в центральных музеях, но и в местных.
- Для всестороннего и глубокого познания опыта работы ГБТ в Великую Отечественную войну необходима подготовка и издание соответствующего пособия для врачей - потенциальных сотрудников этих баз.

СПИСОК опубликованных работ по теме диссертации

| N N пп. | Название работы | Когда и где опубликовано | Примечание |
|---------|--|--|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Организация восстановительно-хирургического лечения раненых и больных в ГБТС во время Великой Отечественной войны | ВМЖ, 1979, N1. | |
| 2 | Организация реабилитации раненых и больных в период Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. в системе здравоохранения Российской Федерации | Здравоохранение Российской Федерации, 1981, N 5. | |
| 3 | Организация специализированного лечения в тылу раненых воинов в период Великой Отечественной войны | Клиническая медицина, 1991, N 5. | |
| 4 | Лечебно-эвакуационная характеристика раненых и больных, лечившихся в госпитальной базе тыла страны | ВМЖ | В соавторстве с Тхостовым Д. Р. Селивановым Е. Ф. |
| 5 | Роль эвакуационных госпиталей Народного Комиссариата Здравоохранения в лечении раненых и больных советских воинов | Советское здравоохранение, 1975, N 5. | В соавторстве с Селивановым Е. Ф. |
| 6 | Организация эвакуации раненых и больных из действующей армии в тыл страны | ВМЖ, 1990, N 5. | |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|---|---|---|
| 7 | Роль советской общест-венности обслуживания раненых и больных воинов | ВМЖ. 1970, N 5 | |
| 8 | Советское общество Красно-го Креста и Красного Полу-месяца в годы Великой Оте-чественной войны | Советское здравоохране-ние. 1965, N 5. | |
| 9 | Роль госпитальных баз тыла страны в лечеб-но-эвакуацион-ном обеспечении войск в на-чале войны | Из прошлого медицины. Сбор-ник трудов науч-но-исследова-тельского цент-ра "Медицинс-кий музей". Вып. 7, 1995. | |
| 10 | Организация лечения воинов в эвакуационных госпиталях страны | Советское здравоохране-ние. 1985, N 5. | |
| 11 | Организационные и методи-ческие основы специализа-ции эвакуационных госпита-лей тыла в период Великой Отечественной войны | Советская ме-дицина. 1990, N 5. | |
| 12 | Организация санаторно-куро-ртного лечения в госпиталях тыла в Великую Отечественную войну | Вопросы куро-ртологии, физи-отерапии и ле-чебной физкуль-туры. 1995, N 3. | |
| 13 | Эвакогоспитали Наркомздра-ва Российской Федерации в Великую Отечественную войну | Здравоохране-ние Российской Федерации. 1975, N 5. | |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|--|--|--|
| 14 | Роль госпитальной сети рес-публик Средней Азии и За-кавказья в развитии систе-мы специализированного лечения раненых и больных в годы Великой Отечествен-ной войны | Материалы научно-теорети-ческой конфере-нции ВММ МО СССР, посвящ. 60-летию образ-СССР. Л., ВММ МО СССР, 1982 | |
| 15 | Осно-вные итоги и уроки медицинского обеспечения войск в период Великой Отечественной войны. | Сборник научных трудов. Медици-на и здравоох-ранения в годы Великой отечес-твенной войны. Научно-иссле-довательский центр "Медици-нский музей" РАМН, ВММ МО РФ. М., 1995 | |
| 16 | Из истории зубо-лечебных и организации помощи челюстно-лицевым раненым в русской армии | Стоматология. 1975, N 2. | |
| 17 | Опыт работы военно-меди-цинской службы русской ар-мии в русско-турецкую войну (1877-1878 гг.) и его значе-ние для развития отечествен-ной военной медицины | ВМЖ. 1978, N 3. | В соавторст-ве с Е.Ф. Се-ливановым и П.Ф.Гладких |
| 18 | Сотрудничество органов здравоохранения и военно-медицинской службы Совет-ской Армии | Советское здравоохране-ние. 1978, N 5. | В соавторст-ве с Е.Ф. Се-ливановым |
| 19 | Призванные Родиной | Советский Крас-ный Крест. 1970, N 5. | |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|---|--|---|
| 27 | Организация приема и сортировки раненых и больных в госпитальной базе тыла страны в Великую Отечественную войну | ВМЖ. 1978, N 9. | В соавторстве с Е.Ф. Селивановым и Д.Р. Тхостовым |
| 28 | Специализированное лечение раненых и больных в ЭГР Российской Федерации в годы Великой Отечественной войны | Здравоохранение Российской Федерации. 1995, N 2. | |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|--|--|--|
| 20 | Специализированное лечение раненых и больных в тылу страны в Великую Отечественную войну | Материалы II-го Всесоюзного съезда историков медицины. М., 1980. | |
| 21 | Деятельность эвакуационных госпиталей Нар. днх Комиссариев Социалистических республик Средней Азии в Великую Отечественную войну | Здравоохранение Туркменистана. 1985, N 3. | |
| 22 | Исходы лечения раненых и больных воинов в Великую Отечественную войну в госпитальных базах тыла | Здравоохранение Российской Федерации. 1995, N 6. | |
| 23 | Деятельность эвакуационных госпиталей тыла страны в Великую Отечественную войну | ВМЖ. 1974, N 7. | В соавторстве с Е.Ф. Селивановым |
| 24 | Советская общественность и оказание помощи раненым и больным в Великую Отечественную войну | Материалы 2-й Всесоюзной научной конференции историков медицины. Л., 1968. | |
| 25 | Медицинское обеспечение войск Красной Армии в первый период Великой Отечественной войны | Глава в кн.: "Очерки истории советской военной медицины". Л., 1968. | В соавторстве с Б.Д. Петровым и Е.Ф. Селивановым |
| 26 | Медицинское обеспечение войск Красной Армии во второй период Великой Отечественной войны | Глава в кн.: "Очерки истории советской военной медицины". Л., 1968. | В соавторстве с О.К. Гавриловым и А.Б. Хмыровым |

СЕЛИВАНОВ Василий Иванович

**СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО
ЛЕЧЕНИЯ РАНЕННЫХ И БОЛЬНЫХ ИЗ СОСТАВА ДЕЙСТВУЮЩЕЙ АРМИИ
В ГОСПИТАЛЬНЫХ БАЗАХ ТЫЛА В ВЕЛИКУЮ ОТЕЧЕСТВЕННУЮ
ВОЙНУ 1941-1945 гг.**

*Автореферат диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук*

Редактор **А.В.Головой**
Технический редактор **Е.А.Позднякова**
Старший корректор **Е.В.Жерновая**
Компьютерный набор **Т.В.Пономаревой**

Подписано к печати 27.05.1986 г. Печать офсетная
Формат 60x84 1/16. Усл. печ. л. 2.75. Зак. 81

Типография Военно-медицинского музея МО РФ
191180, С.-Петербург, Лазаретный пер., 2