

К 75-ЛЕТИЮ ВЕЛИКОЙ ПОБЕДЫ TO THE 75th ANNIVERSARY OF THE GREAT VICTORY

<https://doi.org/10.33266/2070-1004-2020-3-5-14>
УДК 616.08: «1941/1945»

Оригинальная статья
© ВЦМК «Защита»

ПРИЧИНЫ УВЕЛИЧЕНИЯ СРОКОВ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕННЫХ В ЭВАКОГОСПИТАЛЯХ НАРКОМЗДРАВА СССР В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 1941–1945 гг.

С.Ф.Гончаров^{1,2}, Б.В.Бобий^{1,2}

¹ ФГБУ «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» ФМБА России, Москва, Россия

² ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»
Минздрава России, Москва, Россия

Резюме. Цель исследования – на основе анализа и обобщения результатов исследований, содержащихся в научных работах и публикациях, выявить наиболее типичные причины, влиявшие на увеличение сроков лечения (пребывания) раненых военнослужащих в эвакогоспиталях (ЭГ) Наркомздрава СССР (НКЗ) в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. **Материалы и методы исследования.** Материалами исследования были научные работы и публикации, прежде всего, известных ученых и врачей-организаторов Е.И.Смирнова, А.Ф.Третьякова, С.И.Миловидова, А.И.Жичина, П.С.Бархатова, И.Б.Ростоцкого и других, активно участвовавших в создании системы лечения раненых и больных военнослужащих в эвакогоспиталях НКЗ и в реализации порядка её функционирования, а также отчеты о деятельности некоторых эвакуационных госпиталей. При выполнении исследования применялись следующие методы: исторический, метод контент-анализа, аналитический.

Результаты исследования и их анализ. В ходе изучения обстоятельств, влиявших на сроки пребывания или лечения раненых в ЭГ НКЗ, были определены 3 группы основных причин, которые способствовали увеличению данного показателя: первая группа – причины, обусловленные уровнем организации и качеством лечебно-диагностической работы, проводившейся в конкретном ЭГ; вторая группа – причины, не связанные с оказанием медицинской помощи и лечением, т.е. затраты времени, влияющие на сроки нахождения раненых в ЭГ, обусловленные состоянием организационно-управленческой (административной) работы в отдельно взятом эвакогоспитале; третья группа – причины, связанные с уровнем и качеством проведения лечебно-эвакуационных и организационных мероприятий, проведенных на предыдущих этапах медицинской эвакуации, а также с деятельностью всей системы эвакогоспиталей и их органов управления.

Ключевые слова: Великая Отечественная война 1941–1945 гг., Наркомздрав СССР, причины увеличения сроков лечения, раненые, сроки лечения, эвакогоспитали

Конфликт интересов. Авторы статьи подтверждают отсутствие конфликта интересов

Для цитирования: Причины увеличения сроков лечения раненых в эвакогоспиталях Наркомздрава СССР в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. // Медицина катастроф. 2020. №3. С. 5–14.
<https://doi.org/10.33266/2070-1004-2020-3-5-14>

<https://doi.org/10.33266/2070-1004-2020-3-5-14>
UDC 616.08: "1941/1945"

Original article
© ARCDM Zashchita

REASONS FOR INCREASE OF DURATION OF TREATMENT OF WOUNDED IN EVACUATION HOSPITALS OF PEOPLE'S COMMISSARIAT OF HEALTH OF USSR DURING GREAT PATRIOTIC WAR OF 1941–1945

S.F.Goncharov^{1,2}, B.V.Bobiy^{1,2}

¹ All-Russian Centre for Disaster Medicine Zashchita of Federal Medical Biological Agency, Moscow, Russian Federation

² Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

Abstract. *The purpose of the study* is to analyze and generalize the results of research contained in scientific papers and publications, to identify the most typical causes that influenced the increase in the duration of treatment (stay) of wounded military personnel in the evacuation hospitals (EH) of the USSR People's Commissariat of Health (PCH) during the Great Patriotic War of 1941–1945. **Materials and methods of research.** Materials of the study were scientific works and publications, primarily of known scientists and doctors-organizers E.I.Smirnov, A.F.Tretiyakov, S.I.Milovidov, A.I.Zhichin, P.S.Barkhatov, I.B.Rostotskiy and others, who actively participated in the creation of a system of treatment of the wounded and sick soldiers in the evacuation hospitals of PCH and in the implementation of the order of its functioning, as well as reports on the activities of some evacuation hospitals. When performing the research, the following methods were used: historical, content analysis, and analytical.

Research results and their analysis. In examining the circumstances affecting the length of stay or treatment of the wounded in the EH of PCH were identified 3 major causes that contributed to the growth of this index: the first group of reasons is related to the level of organization and quality of medical diagnostic work carried out in the specific EH; the second group of reasons not related to medical care and treatment, i.e. time spent affecting the duration of stay of the wounded in the EH, due to the state of organizational and managerial (administrative) work in the evacuation hospital; the third group – reasons related to the level and quality of medical evacuation and organizational measures carried out at the previous stages of medical evacuation, as well as the activities of the entire system of evacuation hospitals and their management bodies.

Key words: *evacuation hospitals, Great Patriotic War of 1941–1945, People's Commissariat of Health of the USSR, reasons for increase of duration of treatment, treatment periods, wounded*

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest

For citation: Goncharov S.F., Bobiy B.V. Reasons for Increase of Duration of Treatment of Wounded in Evacuation Hospitals of People's Commissariat of Health of USSR during Great Patriotic War of 1941–1945. *Meditsina Katastrof* = Disaster Medicine. 2020; 3: 5–14 (In Russ.). <https://doi.org/10.33266/2070-1004-2020-3-5-14>

Контактная информация:

Бобий Борис Васильевич – доктор медицинских наук, руководитель группы Руководства ВЦМК «Защита»
Адрес: Россия, 123182, Москва, ул. Щукинская, 5
Тел.: +7 (495) 942-45-48
E-mail: mail@vcmk.ru

Contact information:

Boris V. Bobiy – Dr. Sci. (Med.), Head of the Group of Leadership of All-Russian Centre for Disaster Medicine Zashchita
Address: 5, Schukinskaya str., Moscow, 123182, Russia
Phone: +7 (495) 942-45-48
E-mail: mail@vcmk.ru

В Великую Победу над фашистской Германией, 75-летие которой отмечается в текущем году, достойный вклад внесли медицинские работники, трудившиеся в эвакуационных госпиталях (далее – эвакогоспиталь, ЭГ) Народного комиссариата здравоохранения СССР (далее – Наркомздрав, НКЗ). Своим самоотверженным трудом в сложных и тяжелых условиях они спасли жизнь, сохранили здоровье, боеспособность и трудоспособность многим тысячам раненых и больных воинов [1–9].

В ряде научных работ и публикаций авторы, характеризуя эффективность и результативность лечебной работы в указанных эвакогоспиталях, придают особое значение одному из показателей данной работы – срокам лечения раненых и больных [3, 8–10]. И это не случайно. Указанное обстоятельство связано, прежде всего, с тем, что сроки лечения дают не только системное представление о многих сторонах работы ЭГ, в котором раненый или больной завершал лечение, но и об общей системе оказания медицинской помощи и лечения указанных контингентов, на что авторы уже обращали внимание [11].

Изучение научных работ и публикаций, посвященных данному вопросу, показало, что в некоторых из них присутствуют, в той или иной мере, необоснованный оптимизм, фиксирование внимания читателей только на успехах и достижениях при оказании медицинской помощи и лечении раненых и больных в ЭГ НКЗ. Подобный подход к ценному опыту лечебной работы в этих медицинских стационарных учреждениях сказывается на объективности научных исследований.

Все это обусловило необходимость более глубокого изучения обсуждаемой проблемы, удовлетворения объективной потребности в получении систематизированных знаний о причинах, способствовавших увеличению сроков лечения раненых, доля которых в общем числе лечившихся в ЭГ НКЗ составляла 84%. Для убедительного доказательства наличия указанных причин мы привели целый ряд конкретных примеров.

Во же время необходимо подчеркнуть, что авторы не хотели бы, чтобы после прочтения и изучения изложенного материала у кого-либо сложилось впечатление о принижении роли и значения титанической работы, успешно проведенной тружениками системы оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих, функционировавшей в годы Великой Отечественной войны в тылу страны. Указанные причины, влиявшие на уве-

личение сроков лечения раненых, могут послужить информационно-профилактической базой, руководством к действию для принятия соответствующих мер по недопущению подобных недочетов в условиях современных крупномасштабных продолжительных военных конфликтов.

Кроме того, по мнению авторов, результаты представленного анализа, могут быть, в той или иной мере, восприняты и использованы при формировании взглядов и профессиональных компетенций, при разработке положений, определяющих порядок организации оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в лечебных медицинских организациях (ЛМО), подведомственных Минздраву России и органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Видимо, можно согласиться с тем, что применительно к современным условиям некоторые из указанных в данной статье причин могут и не иметь места в системе организации оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в ЛМО. Однако о них следует знать, чтобы не создавать предпосылок для их возникновения.

Наряду с этим необходимо отдавать себе отчет в том, что при решении вопроса о причинах, влиявших на сроки лечения раненых в эвакогоспиталь, нельзя проводить полную параллель между работой ЭГ и функционированием больниц в мирное время. Организация оказания медицинской помощи и лечения раненых военнослужащих и сама военная травма имеют ряд специфических особенностей, которые не могут не отразиться на течении патологического процесса. Следует отметить, что в годы Великой Отечественной войны на течении патологического процесса у раненых несомненно сказывались возникавшие перерывы в лечении, связанные с их медицинской эвакуацией в ЭГ.

Цель исследования – на основе изучения и обобщения результатов научных работ и публикаций выявить наиболее типичные причины, влиявшие на увеличение сроков лечения (пребывания) раненых военнослужащих в эвакогоспиталях Наркомздрава СССР в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.

Материалы и методы исследования. Материалами исследования были научные работы и публикации, прежде всего, известных ученых и врачей-организаторов Е.И.Смирнова, А.Ф.Третьякова, С.И.Милвидова, А.И.Жичина, П.С.Бархатова, И.Б.Ростоцкого и других, активно

участвовавших в создании системы лечения раненых и больных военнослужащих в эвакуогоспиталях НКЗ и в реализации порядка её функционирования, а также отчеты о деятельности некоторых эвакуационных госпиталей. При выполнении исследования применялись следующие методы: исторический, метод контент-анализа, аналитический.

Результаты исследования и их анализ. В ходе изучения обстоятельств, влиявших на сроки пребывания или лечения раненых в ЭГ НКЗ, были определены 3 группы основных причин, которые способствовали увеличению данного показателя: первая группа – причины, обусловленные состоянием организации и качеством лечебно-диагностической работы, проводившейся в конкретном ЭГ; вторая группа – причины, не связанные с оказанием медицинской помощи и лечением, т.е. затраты времени, влиявшие на сроки нахождения раненых в ЭГ, обусловленные состоянием организационно-управленческой (административной) работы в отдельно взятом эвакуогоспитале. И, наконец, третья группа – причины, связанные не с содержанием и качеством работы данного госпиталя, а с уровнем и качеством проведения лечебно-эвакуационных и организационных мероприятий, проведенных на предыдущих этапах медицинской эвакуации, а также с деятельностью общей системы эвакуогоспиталей и их органов управления.

Первая группа – причины, обусловленные недостатками лечебной работы в эвакуогоспитале

Результаты ряда специальных научных исследований говорят о том, что на увеличение сроков лечения раненых в ЭГ наибольшее влияние оказывали недочеты, имевшие место в лечебной работе [3, 7–10, 12–14].

Для подтверждения такого положения, достаточно привести данные о сроках лечения в ЭГ двух областей (табл. 1). В ЭГ Молотовской и Челябинской областей поступали примерно одинаковые контингенты раненых и практически в те же сроки после ранения, а сроки их лечения были различными.

Изучение данного вопроса показало, что основными были следующие недочёты в лечебной работе в ЭГ.

Недостаточная хирургическая активность. Несмотря на то, что в целом в эвакуогоспиталях из года в год повышался уровень хирургической активности, достаточно часто раненых лечили консервативными методами, в то время как требовалось оперативное вмешательство.

В некоторых ЭГ с большим опозданием применялся вторичный шов и выполнялись пластические операции. Так, в одном из ЭГ Молотовской области (ныне – Пермский край) вторичные швы накладывали, в среднем, на

12-й – 15-й день с момента поступления раненого, в то время как их следовало бы наложить на 3-й – 4-й день [9, 15]. О негативных результатах лечения, обусловленных пассивностью хирургов и, в частности, несвоевременностью проведения операции по наложению вторичного шва, убедительно говорит следующий пример.

«... В один из ЭГ Московской области поступила группа бойцов с ранениями мягких тканей. Все они прибыли спустя 2,5 месяца после ранения, ни одному на предыдущих этапах не были наложены вторичные швы, и у всех имелись вяло заживающие раны. Раненые были оперированы, им наложили вторичные швы, и через 20–25 дней они все были возвращены в строй. Если бы этим раненым вторичный шов был наложен своевременно, то сроки лечения сократились бы, по меньшей мере, вдвое и каждый раненый занимал бы койку в госпитале минимум на 60 дней меньше.

Об этом также свидетельствует опыт эвакуогоспиталей Орехово-Зуевского куста Московской области. В течение двух месяцев в эти госпитали поступило 1694 раненых в мягкие ткани. Из них 1474 были немедленно оперированы, им наложили вторичные швы. В результате все эти 1474 раненых были выписаны в действующую армию, причем срок лечения для каждого из них составил в среднем 35 дней ...» [9].

Из этого следует, что тысячи раненых могли бы на много недель и месяцев раньше вернуться в свои воинские части, если бы во всех случаях была своевременно выполнена эта важная операция – наложение вторичного шва.

Возникает вопрос: что заставляло столь поздно выполнять хирургические операции по наложению вторичного шва? На этот вопрос, по нашему мнению, дает убедительный ответ решение 7-го пленума Ученого медицинского совета при Начальнике Главного военно-санитарного управления (ГВСУ), состоявшегося 26–30 апреля 1943 г., в котором указывалось: «... Ведущие хирурги обязаны обучать всех лечащих врачей методике вторичного шва... и широко внедрить эти методы в повседневную хирургическую практику...» [16]. Данное решение и время его принятия говорят о том, что большинство врачей-хирургов в действующей армии и, тем более, в ЭГ НКЗ длительное время не владели методикой наложения вторичного шва и их этому надо было обучать.

Другим примером проявления недостаточной хирургической активности являлась необоснованно поздняя репозиция отломков при огнестрельных переломах костей. Немало наблюдалось случаев запоздалого оперативного вмешательства при лечении раненых с ранениями грудной клетки.

Таблица 1/ Table 1

Средние сроки поступления и лечения раненых в эвакуогоспиталях Молотовской и Челябинской областей в первом полугодии 1943 г. [9, 15]

Average terms of admission and treatment of wounded in evakogospitals of Molotov and Chelyabinsk regions in the first half of 1943 [9, 15]

Область Area	Локализация ранения с повреждением кости / Localization of injury with bone damage								
	бедро /hip			голень /lower leg			предплечье /forearm		
	срок, день / term, day								
	поступления admission	лечения /treatment		поступления admission	лечения / treatment		поступления admission	лечения / treatment	
рекомендованный ¹ recommended ¹		фактический ² actual ²	рекомендованный ¹ recommended ¹		фактический ² actual ²	рекомендованный ¹ recommended ¹		фактический ² actual ²	
Молотовская Molotov Oblast	87	150	187	68	120	167	59	100	125
Челябинская Molotov Oblast	86	150	166	75	120	118	38	100	101

Примечание: ¹ сроки лечения в эвакуогоспиталях данной группы, рекомендованные Наркомздравом РСФСР. Выделялись 3 группы областей, краев, республик, в которых функционировали ЭГ НКЗ: ЭГ прифронтовой полосы, ЭГ центральной полосы, ЭГ глубокого тыла; ² сроки поступления и фактического лечения указаны с момента ранения

Note: ¹ terms of treatment in evakogospitals (EG) of this group, recommended by the People's Commissariat of Health (PCH) of the RSFSR. There were 3 groups of regions, territories, and republics in which the PCH EG functioned: the frontline EG, the Central areas EG, and the deep rear EG; ² the dates of admission and actual treatment are indicated from the moment of injury

Неоправданный консерватизм, в основном из-за недостаточной квалификации врачей-хирургов, часто имел место и в отношении инородных тел. Были нередки случаи, когда сами раненые обращались с просьбой по поводу удаления металлических осколков. Однако врачи почему-то не всегда шли на это, хотя налицо имелись свищи и длительно не заживающие раны. О том, к чему приводила такая практика, свидетельствует история болезни бойца Ш.

«... 18 июля 1942 г. Ш. получил множественные слепые ранения мягких тканей стопы и плеча. В течение года он побывал во многих госпиталях; всюду констатировали наличие инородных тел, но нигде осколков не удаляли. Через год Ш. попадает в один из эвакуогоспиталей Горьковской области. Здесь, в первые же дни, ему удаляют осколки, вскоре раны заживают и он возвращается на фронт. Целый год был потерян исключительно по вине врачей, не произведших раненому нужную, показанную операцию...» [9].

Еще более негативные последствия имела недостаточная хирургическая активность врачей ЭГ при лечении остеомиелитов – одного из частых осложнений огнестрельных переломов костей. Опыт лечения таких раненых не только в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг., но и в ходе современных вооруженных конфликтов показывает, что от активности хирургов и своевременности оперативного вмешательства в значительной степени зависит исход лечения раненых с остеомиелитом.

Одним из проявлений низкого уровня хирургической активности при лечении раненых являлась недостаточная и неадекватная травме радикальность оперативных вмешательств. Известны многочисленные факты, когда одного и того же раненого приходилось оперировать по несколько раз только из-за того, что предыдущая операция была проведена недостаточно радикально.

Вот пример, показывающий, к чему приводила подобная практика.

«...Красноармеец Ш. был ранен в лопатку 21 сентября 1941 г. На протяжении почти двух лет он лечился в эвакуогоспиталях по поводу остеомиелита лопатки. Шесть раз ему делали операции, каждый раз удаляли лишь часть секвестров. Рана не заживала. Лишь в сентябре 1943 г. ему сделали радикальную операцию – резекцию лопатки, наложили глухие швы, после чего рана и свищи окончательно зажили. 660 дней лечился Ш. в госпиталях, в то время как при своевременном проведении радикальной операции его лечение заняло бы не более 5–6 месяцев...» [9].

Несоблюдение принципа комплексного лечения. Изучение опыта работы ЭГ показало, что комплексный подход при лечении раненых является одним из основных принципов, реализуемых в рамках лечения. Одновременное, согласованное и активное применение хирургических методов, физиотерапии, лечебной физкультуры, общеукрепляющего воздействия на организм (медикаментозные средства, лечебное питание) имели решающее значение для скорейшего возвращения раненых воинов в действующую армию.

Вместе с тем, в ряде ЭГ наблюдались существенные недостатки при выполнении мероприятий комплексного лечения, которые, в свою очередь, оказывали влияние на увеличение продолжительности пребывания (срока лечения) раненых в ЭГ.

К таким недочетам можно отнести следующие.

Физические методы лечения и лечебную физкультуру применяли зачастую достаточно поздно (с опозданием), и фактически они становились не средством лечения раненых, а средством долечивания или даже лечения последствий ранений.

В качестве подтверждения данного положения можно привести следующие факты. Так, результаты обобщения данных из историй болезни в ЭГ Кировской области по-

казали, что применение физиотерапии и лечебной физкультуры начиналось, в подавляющем большинстве случаев, через 1,5 мес, а в ряде случаев – через 3–4 мес с момента ранения [9, 15].

По данным 678 историй болезни раненых, лечившихся в ЭГ Горьковской области, физиотерапию начинали применять у 76% раненых не ранее четвертого этапа медицинской эвакуации, в том числе 32% раненых её получали, начиная с пятого, а 28% – только с шестого этапа. По данным 696 историй болезни, лечебная физкультура применялась у 72% раненых, начиная с четвертого – шестого этапов медицинской эвакуации [9].

Таким образом, при применении этих эффективных методов лечения фактор времени часто учитывался недостаточно. Следовательно, их возможности и значение для сокращения сроков лечения, естественно, снижались.

Несвоевременное применение физиотерапии и лечебной физкультуры в определенной мере оказывало негативное влияние и на исходы: в каждом ЭГ можно было найти раненых со стойкими контрактурами и тугоподвижностью суставов, а также с другими необратимыми нарушениями функций, развившимися в результате запоздалого применения данных методов лечения [9, 12, 13, 15]. В некоторых ЭГ имели место случаи, когда отдельные методы лечения применялись изолированно, а не в комплексе с другими. Работа физиотерапевтического кабинета и кабинета лечебной физкультуры ЭГ зачастую находилась вне поля зрения ведущих хирургов и лечащих врачей, отсутствовал необходимый действенный контроль за деятельностью этих подразделений.

Следует обратить внимание на то, что в ряде ЭГ неправильно применялся массаж, недостаточно активно внедрялись методы механо- и трудотерапии, причинами чего являлись нехватка соответствующих медицинских специалистов, а для механотрудотерапии – ограниченные возможности производственных помещений и дефицит оборудования.

Определенную пассивность проявляли врачи в отношении применения различных стимулирующих средств, способствующих ускорению заживления ран: витаминотерапии, переливания крови, медикаментозных средств, лечебного питания и т.д.

Недостатки в организации диагностической работы. Своевременное и правильное определение характера ранения (повреждения, травмы), с которым военнослужащий поступал в ЭГ, являлось необходимой предпосылкой и условием правильного и результативного оказания медицинской помощи и лечения раненого. Между тем в организации диагностической работы в ЭГ имелось достаточно большое количество недочетов, влияющих на сроки лечения раненых.

Сроки обследования поступающих иногда недопустимо затягивались, при этом несколько дней, которые можно было бы использовать для лечения, пропадали из-за того, что диагноз не был поставлен или уточнен.

Например, было выявлено, что в ЭГ №3905 у многих раненых лабораторные исследования по различным причинам выполнялись на 10–15-е сутки со дня поступления. Кроме того, затягивались сроки рентгенологических исследований. При этом их качество далеко не всегда было оптимальным. В результате несвоевременной и некорректной диагностики раненые находились в ЭГ много лишних дней. Вот некоторые факты, подтверждающие данное положение:

«...В одном из госпиталей Московской области бойцу со сквозным ранением голени был, на основании недоброкачественного рентгеновского исследования, поставлен неправильный диагноз «хронический остеомиелит». На основании этого диагноза раненый был отправлен в глубокий тыл. В пути рана зажила, в Фергану раненый прибыл с уже окрепшим рубцом и был немедленно выписан.

...Другой боец на основании неправильного, тоже рентгенологически установленного диагноза «плеврит», проделал такой же путь – из Московской области в Среднюю Азию. В Фергане выяснилось, что у больного никакого плеврита нет, а имеется диафрагмальная грыжа и что не было никакой необходимости везти больного за тысячи километров...» [9].

Довольно часто имели место дефекты в диагностике сопутствующих заболеваний. В некоторых ЭГ поздно диагностировались (распознавались) терапевтические заболевания у раненых и больных хирургического профиля и, соответственно, несвоевременно начиналось лечение, адекватное травме или заболеванию. Такие случаи чаще имели место в хирургических ЭГ, расположенных в районных центрах и небольших населенных пунктах, поскольку их укомплектованность квалифицированными медицинскими кадрами, оснащенность медицинскими аппаратами и приборами, лекарственными средствами оставляла желать лучшего. В этих ЭГ иногда сопутствующими терапевтическими заболеваниями у раненых распознавались и начиналось соответствующее лечение только после того, как заживала рана. Естественно, такое положение приводило к увеличению сроков и ухудшению результатов лечения.

Убедительным примером, свидетельствующим об этом, является следующий случай.

«...В одном из ЭГ Ивановской области раненый старший лейтенант Е. лечился по поводу ранения мягких тканей верхней конечности, и только через 2 месяца после поступления у него обнаружили легочный туберкулез, но уже в стадии двустороннего кавернозного процесса. В результате лечение затянулось на долгие месяцы...» [9].

Нередки были случаи запоздалого распознавания и лечения повреждений периферических нервов при ранениях мягких тканей. Такие повреждения часто диагностировались лишь после заживления раны, а это означало потерю времени и ухудшение исхода.

Врачебные ошибки. Следует отметить, что условия, в которых приходилось трудиться врачам в ЭГ НКЗ, недостаточный уровень профессиональной подготовки многих из них приводили к ошибкам в лечебно-диагностической работе. Нельзя не учитывать и такие обстоятельства, как сокращение сроков обучения в медицинских вузах, недостаточная укомплектованность и текучесть врачебной кадров в связи с их призывом в армию или передатчей ЭГ в состав госпитальных баз армий и фронтов, а также передислокацию госпиталей, недостаточную оснащенность ЭГ диагностическими медицинскими приборами и др. Такое положение наглядно демонстрируют данные, содержащиеся в Истории эвакогоспиталя 2496, функционировавшего первоначально на территории Кемеровской, а в последующем Ярославской областей: «...За 3,5 года врачебному коллективу, состоящему из очень молодых врачей, окончивших медицинские институты в 1941, 1942 годах, пришлось пережить все стадии исканий в разработке методов хирургического лечения огнестрельных ранений» [17]. Позтому вряд ли нужно доказывать, что врачебные ошибки, совершаемые в ЭГ, не только ухудшали результаты, но и увеличивали сроки лечения.

Как уже отмечалось, причинами врачебных ошибок являлись недостаточный, а порой и низкий уровень профессиональной подготовки или несовершенством инструкторско-методической работы, проводившейся с врачами по специальным вопросам, в некоторых случаях – небрежность. Приведем пример, содержащийся в научной работе А.Ф.Третьякова.

«...В госпитале №2495 при лечении раненого И. скелетным вытяжением из-за халатности врача был взят настолько большой груз, что на месте перелома у него образовался диастаз, повлекший за собой ложный сустав. Срок лечения этого раненого удлинился на много меся-

цев...». «...В том же госпитале раненого С. с ранением малоберцовой кости и повреждением надколенника почти два месяца держали в глухой гипсовой повязке, в то время как в этом никакой надобности не было, а была необходима активная механотерапия. Результат этой ошибки – развитие тугоподвижности в суставе, следствием чего явилось удлинение срока лечения раненого...» [9].

Одной из довольно распространенных ошибок являлась концентрация внимания врача на лечении только самой раны, особенно при множественных ранениях, без учета общего состояния организма. В хирургических госпиталях частыми были ошибки при проведении иммобилизации поврежденных отделов конечностей. Например, раненые с переломами костей бедра и голени подолгу лежали в ЭГ в транспортных шинах, без гипсовых повязок и без вытяжения, а в ряде случаев гипсовые повязки накладывались без учета необходимости сохранить движения в суставах, не затронутых ранением (травмой).

Появлению, а тем более повторению подобных врачебных ошибок возможно способствовало отсутствие должного контроля со стороны командования ЭГ, ведущих хирургов и терапевтов, а также руководящих работников областных отделов эвакогоспиталей за сроками лечения раненых, отсутствие анализа причин совершаемых ошибок, недостаточная работа и помощь в деле становления врачей, особенно молодых, в их профессиональном росте.

Следует отметить, что в отношении раненых, планируемых к дальнейшей эвакуации из одних ЭГ в другие, осуществлялся недостаточный контроль за их состоянием. Имели место случаи, когда эти раненые находились несколько дней в ожидании эвакуации без активного лечения, а иногда даже без наблюдения за течением болезни.

Перечень врачебных ошибок, допускаемых в лечебно-диагностической работе, можно было бы расширить, но даже эти примеры позволяют сделать вывод о том, что вопросами профессиональной подготовки врачебных кадров, предназначенных для работы в подобных лечебных медицинских организациях, необходимо заниматься системно, с учетом их должностного предназначения и особенностей применяемых технологий организации и оказания медицинской помощи и лечения раненых с современной боевой хирургической травмой.

Недочеты в организации работы среднего медицинского персонала. В повышении качества медицинской работы в ЭГ и, в частности, в сокращении сроков лечения раненых важную роль играли медицинские работники со средним медицинским образованием – средний медицинский персонал. Совершенно очевидно, что даже самое разумное, правильное, обоснованное врачебное назначение не принесет пользы, если оно не выполняется или выполняется без соблюдения порядка и правил его выполнения.

Кроме того, нельзя принижать роль и значение хорошей организации ухода за ранеными, создания в госпитале уюта, культурной обстановки, проявления индивидуальной заботы о каждом раненом в ходе его лечения.

Причинами недочетов в работе среднего медицинского персонала являлись: недостаточная профессиональная подготовка применительно к выполнению некоторых специфических функций и манипуляций, осуществляемых при лечении раненых; иногда – формальное отношение отдельных работников к выполнению своих служебных обязанностей, бездушие и отсутствие должной заботы о раненых, что в конечном итоге мешало созданию оптимальных условий для их лечения.

Следовательно, в хорошей организации и качественной работе среднего медицинского персонала также были заложены определенные резервы для сокращения сроков лечения раненых.

Недостатки в управлении лечебной работой. Вышеизложенные недочеты, имевшиеся в лечебной работе ЭГ,

в значительной мере зависели от состояния управленческой деятельности по оказанию медицинской помощи и лечению раненых в каждом отделении взятом ЭГ. Следует обратить внимание на известное положение – нельзя добиться высоких результатов в лечебной работе без четкой организации всей деятельности госпиталя, без правильной расстановки медицинских кадров, без систематического повышения их профессиональной квалификации, без повседневного контроля за их работой.

С учетом данного принципиально важного положения следует обратить внимание на некоторые недостатки, имевшие место в управлении лечебной работой в ЭГ НКЗ.

В отдельных научных исследованиях приводятся данные, указывающие на то, что иногда начальники ЭГ и лечебных отделений самоустранились – полностью или частично – от руководства лечебной работой: редко или вовсе не проводили обходы лечебных отделений, не просматривали истории болезни, не всегда имели четкие данные (представления) о составе раненых, находящихся на лечении, а, в основном, занимались хозяйственной деятельностью. В отдельных случаях, особенно, на первом этапе формирования, передислокации и развертывания ЭГ, можно в какой-то мере найти объяснение такой практики. Однако подобный стиль работы указанных должностных лиц не должен был становиться системой. Одним из недостатков в организации лечения являлось также то, что в некоторых ЭГ не было четкой системы своевременного консультирования раненых.

Кроме того, имелись случаи, когда начальники ЭГ и специалисты облздрав-и крайздравотделов медленно реагировали на необходимость принятия срочных мер по укомплектованию должностей в ЭГ, прежде всего, должностей начальников лечебных отделений, квалифицированными специалистами, хотя в области или крае такие специалисты имелись, но использовались нерационально.

Несомненно, что наряду с качеством управления лечебной работой внутри госпиталя весьма существенную роль играло руководство оказанием медицинской помощи и лечением раненых со стороны специалистов областных отделов эвакогоспиталей. Это касается, в основном, правильного распределения врачебных кадров, обоснованной и рациональной расстановки и использования врачей в госпиталях области, края, а также в организации их подготовки и повышения профессионального уровня с учетом специфики деятельности и предназначения каждого специалиста.

Несмотря на проводившуюся большую работу по переподготовке врачей ЭГ в ряде областей врачи не всегда использовали по своей специальности. Так, в одном из ЭГ Ярославской области врач Мартусевич, имевшая специальную подготовку по хирургии, трудилась в должности ординатора терапевтического отделения, в то время как опытные терапевты работали в хирургических отделениях [9]. Имели место случаи, когда врачи, окончившие курсы усовершенствования и получившие соответствующую специализацию, не работали по вновь приобретенной специальности.

Вторая группа – причины, связанные с организационно-управленческой работой в эвакогоспиталях

Изучение опыта лечебно-диагностической работы в ЭГ показало, что на продолжительность пребывания раненых в ЭГ влиял целый ряд организационно-управленческих недочетов, имевшихся, в той или иной мере, в работе отдельно взятого госпиталя. При этом следует отметить, что в эту группу входят причины, абсолютно не связанные с состоянием здоровья раненых и ходом их лечения. Оказалось, что такие причины, вызывавшие необоснованную задержку раненых, закончивших лечение в ЭГ – достаточно разнообразны.

Неудовлетворительное состояние медицинской документации и дефекты в оформлении выписки раненых и больных. Данные отдельных научных работ, публикаций по изучаемой проблеме свидетельствуют о том, что нередко выписка раненых задерживалась из-за того, что медицинская документация, в частности, истории болезни, велась с нарушениями установленных правил и требований. Например, раненого необходимо было выписать, а история болезни оказывалась запущенной, эпикриз – не составлен, заключение и свидетельство о болезни – не написаны или написаны некачественно, с нарушением предъявляемых требований – в результате госпитальная комиссия не могла дать своего заключения и была вынуждена откладывать освидетельствование раненого до приведения в должный порядок медицинской документации.

Кроме того, в ряде ЭГ не всегда была четко организована работа госпитальных комиссий: комиссии работали всего 2–3 раза в неделю (иногда – и реже), вследствие чего раненые, закончившие лечение, задерживались на несколько дней в ожидании заседания комиссии [15].

К данной группе причин можно отнести и такие факты. Так, свидетельство о болезни на каждого раненого, прошедшего госпитальную комиссию и признанного негодным к военной службе или подлежащим увольнению в отпуск, как известно, должно было утверждаться в управлении местного эвакуационного пункта (УМЭП). Процедура оформления свидетельства, как правило, занимала 5–6 дней. В случае, если ЭГ располагался от УМЭП на значительном удалении, свидетельство о болезни пересылалось почтой, и раненому, прошедшему комиссию, приходилось ждать по 10–15, а иногда и более дней пока свидетельство о болезни не будет рассмотрено и утверждено в УМЭП и возвращено обратно.

Видимо, в ближайшее время технология такого прохождения документов уйдет в историю. В настоящее время активно осуществляется разработка и внедрение в деятельность здравоохранения современных информационных и коммуникационных технологий, в том числе электронного документооборота. Необходимо, чтобы в рамках данного направления прорабатывались вопросы не только ведомственного, но и межведомственного порядка информационного взаимодействия и обмена информацией, электронного документооборота между органами управления и медицинскими учреждениями, решающими соответствующие задачи в системе организации и оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в лечебных медицинских организациях Минздрава России в условиях военных конфликтов.

Создаваемая система электронного документооборота, действующая в военное время, должна обеспечить защищенность, устойчивость и надежность функционирования, интеграцию с информационными системами заинтересованных органов управления и организаций, массовую загрузку и распечатку электронных документов, а также другие функции.

Следует признать, что в некоторых ЭГ был организован недостаточно действенный контроль за своевременной выпиской раненых. В подтверждение сказанному можно привести следующий пример.

«...Была проверена организация выписки раненых, закончивших лечение, в двух госпиталях Казани. В течение только одного дня в одном госпитале выявлено 6 больных, выписка которых была задержана в общей сложности на 72 койко-дня. В другом госпитале за тот же день выявлена необоснованная задержка раненых на 51 койко-день...» [9, 15].

Нарушение порядка направления раненых в батальоны выздоравливающих. Практическая деятельность ЭГ по лечению раненых обусловила необходимость принятия решения о создании в госпиталях палат и отделений для выздоравливающих. Следует отметить, что реализация с

начала 1943 г. данного организационного решения была разумным и выверенным шагом.

Однако начальствующий состав некоторых ЭГ неправильно понимал сущность столь важного мероприятия и кое-где вовсе не направлял раненых в батальоны выздоравливающих. В результате такой ошибочной практики число раненых, подлежащих направлению в батальоны выздоравливающих, резко сокращалось. Если учесть, что каждый раненый, не направленный в батальон выздоравливающих, оставался в ЭГ без всякой необходимости еще не менее 15 дней, становится ясным, какое огромное количество койко-дней терялось на содержание в ЭГ тех пациентов, которые могли бы с большей пользой для дела находиться в указанных батальонах. Такое положение создавало условия для необоснованной задержки выписки раненых, приводило к занятости госпитальных коек и их оснащения и к невозможности их использования для проведения, как правило, специализированного медицинского лечения. Вместе с тем, в это же время некоторые ЭГ были перегружены пациентами, что не давало возможности создать необходимые условия для раненых, которые действительно нуждались в госпитальном лечении.

О том, насколько значителен был этот вид потерь, можно судить по тому, что, например, в Ивановской области через батальоны выздоравливающих проходило до 81% раненых, возвращаемых в действующую армию [9, 15].

Даже эти данные позволяют говорить о том, что несоблюдение порядка направления раненых в батальоны выздоравливающих значительно увеличивало сроки пребывания в ЭГ довольно большой части пациентов, не требующих госпитального лечения. Минимизация такого положения могла бы позволить более рационально и эффективно использовать имеющийся коечный фонд ЭГ НКЗ.

Задержка перевода раненых с хроническими заболеваниями в дома и больницы для инвалидов. При изучении причин, способствовавших увеличению сроков пребывания раненых в ЭГ, было установлено, что имели место случаи, когда в ЭГ накапливалось немалое число раненых с хроническими заболеваниями и осложнениями. Этим раненым не требовалось госпитальное лечение, они нуждались в уходе в домах или больницах для инвалидов.

Так, например, в г. Ростове (Ярославская область) в одном из эвакуогоспиталей 1,5 года лежал пациент с туберкулезным спондилитом. В госпитальном лечении он не нуждался, подлежал переводу в дом инвалидов. Однако руководство госпиталя достаточно спокойно относилось к столь неэффективному использованию госпитальной койки и не принимало активных мер к переводу пациента в дом инвалидов. Другой пример – в одном из ЭГ г. Казани лежал слепой пациент Г. Его лечение было закончено, он был признан негодным к военной службе со снятием с учета, не нуждался в дальнейшем пребывании в ЭГ и подлежал направлению в соответствующий дом инвалидов. Вылеченных раненых отправляли в дома инвалидов группами (партиями) по мере их накопления в ЭГ. В результате пациенту Г. пришлось около месяца находиться в госпитале, занимать госпитальную койку, продлевая таким образом свой срок пребывания в ЭГ [9, 15].

Кроме того, о таком положении косвенно свидетельствует то, что специально организованные дома инвалидов Великой Отечественной войны в ряде случаев были заполнены лишь наполовину.

Недостатки в работе хозяйственных подразделений. Задержка с выпиской раненых, закончивших лечение, достаточно часто зависела от неудовлетворительной работы хозяйственных подразделений госпиталя.

Так, нередкими были случаи, когда к моменту намеченной выписки раненого из госпиталя не были найдены его личные вещи, они не были своевременно подготовлены к выдаче – не продезинфицированы, не проглажены и т.п. Имели место перебои с получением ЭГ об-

менного фонда обмундирования; несвоевременная подготовка обмундирования из обменного фонда для выписываемых; несвоевременная выписка аттестатов (продовольственные, денежные), проездных документов и др.

Все эти организационно-хозяйственные «мелочи» порождали, на первый взгляд – небольшие и малозаметные, а в общей совокупности большие потери времени и койко-дней. Главная опасность этих временных потерь заключалась в том, что они были малозаметны, к ним не было должной настороженности, и в результате они существенно увеличивали сроки пребывания раненых в ЭГ. В той или иной мере каждая из указанных причин имела место в работе многих ЭГ НКЗ.

Третья группа – причины, зависевшие от качества выполнения лечебно-эвакуационных мероприятий и организационной работы на предыдущих этапах медицинской эвакуации и деятельности общей системы эвакуогоспиталей и их органов управления

Следует обратить особое внимание на то, что данные причины оказывали аналогичное влияние на сроки лечения, однако они были связаны с работой не конкретного ЭГ, а зависели от недочётов в работе на предыдущих этапах медицинской эвакуации, от уровня профессиональной подготовки их медицинских кадров или от организационных недостатков в деятельности общей системы эвакуогоспиталей и их органов управления.

Недостатки при выполнении лечебно-эвакуационных мероприятий на предыдущих этапах медицинской эвакуации. Изучение результатов соответствующих научных исследований и опыта работы ЭГ НКЗ позволило выявить 2 варианта проявления указанных недостатков при выполнении лечебно-эвакуационных мероприятий, реализуемых до того, как раненые поступали в конкретный ЭГ.

Во-первых, поздние сроки поступления раненых в эвакуогоспитали, при этом существовала зависимость между сроками лечения раненых и сроками их поступления в ЭГ – чем быстрее раненые поступали в ЭГ после получения ранения, тем менее продолжительными были сроки их лечения. Указанная тенденция в определенной мере подтверждается данными табл. 2.

Во-вторых, не всегда до поступления раненых в ЭГ выполнялись те лечебные мероприятия, которые должны были быть выполнены на предыдущих этапах медицинской эвакуации (военные госпитали госпитальных баз армий и фронтов; ЭГ НКЗ, располагавшиеся ближе к линии фронта).

Так, в Истории эвакуогоспиталя 2496 говорится: «В течение 1942–1943 гг. большинство раненых в конечности поступали без рентгенологического исследования при наличии глухой гипсовой повязки, диагностика и лечение в таких случаях были крайне затруднительными...» [17].

Несомненно, многие дефекты в лечебно-эвакуационной работе этапов медицинской эвакуации действующей армии зависели от квалификации медицинских кадров, а она была явно недостаточной. На это указывают следующие данные – в то время в Красной Армии врачей с довоенным больничным и клиническим стажем работы, начиная с 6 мес, было только 38%, остальные 62% таким опытом работы не обладали [13]. Поэтому определенные дефекты в указанной работе, выполняемой на предыдущих этапах медицинской эвакуации, т.е. до поступления раненых в ЭГ НКЗ, были ожидаемы.

У ряда раненых, поступавших в ЭГ спустя даже длительный срок после ранения, на предыдущих этапах не были проведены основные хирургические операции: репозиция отломков при переломах костей, удаление инородных тел и т.п.

А.Ф.Третьяков отмечал: «...Главные хирурги Красноярского края, Свердловской области и других областей указывают, что к ним нередко поступают раненые

Средние сроки поступления и лечения раненых в эвакуогоспиталях Ивановской области и Красноярского края в первом полугодии 1943 г. [9, 15]*

The average time of admission and treatment of the wounded in the evacuation hospitals of Ivanovo Oblast and Krasnoyarsk Territory in the first half of 1943 [9, 15]*

Область, край Area	Локализация ранения с повреждением кости / Localization of injury with bone damage								
	бедро / hip			голень / lower leg			предплечье / forearm		
	поступления admission	лечения / treatment		поступления admission	лечения / treatment		поступления admission	лечения / treatment	
		рекомендованный ¹ recommended ¹	фактический ² actual ²		рекомендованный ¹ recommended ¹	фактический ² actual ²		рекомендованный ¹ recommended ¹	фактический ² actual ²
Ивановская область Ivanovo Oblast	24	100	101	30	120	99	48	100	153
Красноярский край Krasnoyarsk Territory	93	120	189	91	140	175	112	100	239

* См. Приложение к табл. 1 / See Note to table 1

с вялозаживающими ранами и язвами, причем, несмотря на длительный срок, прошедший с момента ранения (30–60 дней), вторичный шов этим раненым своевременно наложен не был.

...По данным главных хирургов Свердловской и Челябинской областей и Башкирской АССР, часть раненых с переломами костей прибывала в госпитали этих областей без репозиции отломков, несмотря на то, что с момента ранения прошло более 2 месяцев. Из 61 бойца, доставленного в госпитали Вологодской области с повреждениями бедренной кости, 22 прибыли также без репозиции отломков, хотя показания к этой операции были налицо» [9].

В нейрохирургический эвакуогоспиталь Горьковской области неоднократно поступали раненые с повреждениями черепа с неудаленными, несмотря на большую давность ранения, осколками костей и металлическими инородными телами.

Встречались случаи поступления в ЭГ раненых с остеомиелитами, которым на предыдущих этапах не была выполнена операция несмотря на наличие явных к тому показаний.

«Так, из доставленных в госпитали Вологды 26 раненых с остеомиелитами костей голени 16 не были оперированы на предыдущих этапах, хотя показания к оперативному вмешательству явно имелись...» [9].

Бывали случаи, когда с предыдущих этапов медицинской эвакуации, в том числе и из ЭГ НКЗ, эвакуировали практически нетранспортабельных раненых. Подобные факты пагубно отражались на состоянии их здоровья, способствовали возникновению более тяжелых осложнений и, естественно, увеличению сроков лечения и ухудшению исходов.

Наряду с эвакуацией нетранспортабельных раненых с предыдущих этапов иногда имели место случаи медицинской эвакуации раненых, не нуждавшихся в дальнейшем стационарном лечении в других ЭГ. Так, «... В течение июня 1943 г. из Вологды в Киров поступили 313 раненых, которые тут же, в течение 5 дней, были представлены на комиссию и выписаны...» [9].

Спрашивается – зачем понадобилось управлению распределительного эвакуационного пункта (УРЭП) осуществлять такую эвакуацию, в то время как этих раненых следовало бы освидетельствовать в госпитальных комиссиях и выписать непосредственно из эвакуогоспиталей на месте. При этом раненые, без необходимости эвакуированные в ЭГ г.Кирова, потеряли много дней, не говоря уже о нерациональном использовании санитарного транспорта.

Достаточно много недочетов имелось и в иммобилизации поврежденных конечностей при эвакуации раненых в ЭГ.

«...В эвакуогоспитали Саратовской области из прибывающих в сентябре 1943 г. раненых с переломами костей у нескольких десятков установлена неполная или неправильная иммобилизация...» [9, 15].

В ряде других случаев осуществлялась излишняя фиксация при повреждениях мягких тканей, что приводило к появлению контрактур и тугоподвижности суставов. Были отмечены случаи фиксации костей в неправильном положении.

Все это говорит о том, что специалисты отделов эвакуогоспиталей прифронтовых областей, УРЭП и УМЭП, а также ЭГ НКЗ, из которых осуществлялась медицинская эвакуация, уделяли недостаточное внимание контролю за состоянием раненых, эвакуируемых в ЭГ, расположенные в более глубоком тылу, не следили должным образом за тем, чтобы им перед отправкой была сделана правильная иммобилизация.

Несомненно, когда дается оценка тому или иному лечебно-эвакуационному мероприятию, выполненному на этапах медицинской эвакуации в действующей армии, следует обязательно учитывать обстановку, сложившуюся на фронтах, так как она влияла на объем и качество оказания медицинской помощи и эвакуации раненых. В первом периоде войны, когда велись, главным образом, оборонительные сражения и войска противника продвигались на восток, необходимо было не только срочно эвакуировать раненых, но и передислоцировать военные госпитали.

Отсутствие необходимой преемственности в лечении раненых на различных этапах медицинской эвакуации. Для достижения эффективного функционирования действующей в годы Великой Отечественной войны системы лечебно-эвакуационных мероприятий с эвакуацией по назначению требовалось четкое и обязательное соблюдение принципа преемственности при оказании медицинской помощи и лечении раненых военнослужащих, проходящих через различные этапы медицинской эвакуации, в том числе через ЭГ НКЗ. Если учесть, что большинство раненых, лечившихся в ЭГ, проходило до 6 этапов медицинской эвакуации, становится ясным, что несоблюдение данного принципа, нарушение непрерывности лечебного процесса приводило не только к увеличению сроков лечения, но и к ухудшению в ряде случаев его конечных результатов.

Поэтому все нарушения в преемственности оказания медицинской помощи и лечении раненых в ЭГ являлись существенным недочетом в организации и выполнении всего комплекса лечебно-эвакуационных мероприятий.

На недостатки в преемственности оказания медицинской помощи и лечения раненых, особенно в начальном периоде войны, обращал внимание начальник ГВСУ

Е.И.Смирнов, который говорил: «Существенным дефектом является и то, что в Красной Армии и в Наркомздраве СССР мы не добились ещё такого руководства лечебным делом, исходящего от главного хирурга и терапевта, которое обеспечило бы единые принципы лечения. У нас много таких хирургов, которые считают необходимым проводить в области хирургической работы свои собственные установки. В системе этапного лечения совершенно необходимо единое руководство лечебно-эвакуационным делом» [12, 13].

Для подтверждения данного положения можно привести статистические данные, свидетельствующие об отсутствии или недостаточности единого руководства лечебно-эвакуационными мероприятиями. Они касаются, прежде всего, длительности лечения при различных видах ранений (повреждений).

Так, продолжительность лечения раненых с повреждением костей предплечья составляла: в Самаркандском МЭП – 84,8 дня; Молотовском – 91,7; Читинском – 121,8; в Новосибирском МЭП – 65,2 дня. Срок лечения раненых с повреждением кости бедра в Самаркандском МЭП составлял 112 дней; Молотовском – 198; Читинском – 155; в Новосибирском – 93 дня.

В то же время нельзя сказать, что разница в сроках пребывания на излечении объясняется тяжестью ранения. Нельзя хотя бы потому, что МЭП находились в равной мере далеко от фронта, и в ЭГ НКЗ осуществлялось лечение более или менее одинаковых контингентов раненых. Резкая разница в сроках лечения свидетельствует об отсутствии единого централизованного руководства, о применении в ряде ЭГ недостаточно эффективных лечебных медицинских технологий и недостаточно адекватной тактики ведения раненых в интересах сохранения их бое- и трудоспособности.

На это, в той или иной мере, указывают следующие факты. Например, в ЭГ Новосибирского МЭП чаще, чем в других эвакуационных пунктах, прибегали к ампутациям у раненых с повреждением кости бедра. Такие раненые, естественно, не нуждались в столь длительном лечении и могли быть раньше выписаны из ЭГ, что сказывалось на продолжительности лечения, дальнейшего восстановления их трудоспособности и социальной адаптации [12, 13].

Для убедительности можно привести еще один достаточно показательный пример. В Свердловской области 2 эвакуационных пункта специализировались на лечении раненых в мягкие ткани с повреждением периферических нервов. За первый год войны из первого госпиталя были выписаны годными к военной службе 5,9%, негодными – 92,3, предоставлены отпуска – 1,8% раненых; во втором госпитале указанные данные составили – 28, 68, и 2,7% соответственно [12, 13].

В связи с изложенными выше фактами Е.И.Смирнов говорил: «У нас нет четкой преемственности и единства в лечении раненых и больных вследствие несовершенной организации связи между тылом и фронтом, вследствие отсутствия деловой практической связи между хирургами фронта и хирургами тыла. Только тыл способен показать дефекты в работе фронта, только он способен помочь в руководстве, в налаживании постановки лечебного дела на фронте» [13]. Данное заключение и в настоящее время остается руководством к действию.

Неправильная медицинская сортировка раненых и больных. Одним из основных факторов, препятствующих быстрейшему началу специализированного лечения раненых, являлась их медицинская сортировка. В результате неправильной медицинской сортировки часть раненых, особенно с повреждениями нервной системы, глаз, ЛОР-органов, челюстного аппарата, не попадала в специализированные ЭГ, а направлялась в общехирургические госпитали, где не было возмож-

ности оказания им соответствующей специализированной медицинской помощи и проведения квалифицированного лечения. Несоблюдение в ряде пунктов выгрузки раненых из военно-санитарных поездов (ВСП) и в сортировочных ЭГ правил и требований, предъявляемых к технологиям организации и выполнения медицинской сортировки раненых и порядку их распределения по ЭГ, приводило к тому, что даже раненые со сложными повреждениями, нуждавшиеся в специализированном лечении, направлялись в ЭГ, дислоцированные в районных центрах, а иногда и в населенных пунктах районов. Зачастую эти госпитали, как отмечалось выше, по различным причинам были не готовы к лечению таких раненых.

Сортировочные ЭГ не всегда выполняли в полном объеме возлагаемые на них функции. Часть дефектов, имевших место в сортировочной работе, была обусловлена тем, что главные хирурги некоторых областей недооценивали роль сортировочных ЭГ в повышении качества и сокращении сроков лечения раненых [11].

Трудности со снабжением эвакуационных пунктов лекарственными препаратами, медицинским имуществом и оборудованием. Опыт работы ЭГ свидетельствует о том, что имелись также трудности в обеспечении госпиталей лекарственными препаратами, медицинским имуществом и оборудованием, необходимыми для бесперебойного лечения раненых.

Заведующие облздравотделами и руководители отделов эвакуационных госпиталей областей и краев часто не проявляли достаточной инициативы и настойчивости в изыскании необходимого медицинского имущества и в мобилизации местных ресурсов, в организации на предприятиях местной промышленности в достаточном широких масштабах производства из местного сырья предметов ухода за больными, гипса, лабораторного и медицинского оборудования, дезинфекционных средств и т.д.

Были случаи, когда в отдельных областях и краях имевшееся медицинское оборудование не всегда использовалось рационально: в одних госпиталях его было достаточно, в других ЭГ – не было совсем.

Следует отметить, что в ряде случаев областные отделения аптекоуправлений и организаций снабжения не в полной мере справлялись с обеспечением госпиталей всем необходимым; нередко они ограничивались распределением того, что получали в централизованном порядке, были случаи, когда они самоустранились от работы по изысканию местных возможностей для удовлетворения нужд госпиталей.

В настоящее время в системе снабжения ЛМО лекарственными средствами и медицинским имуществом подобные недостатки также могут иметь место. Как полагают некоторые специалисты, они прежде всего связаны с несовершенством нормативной правовой базы применительно к изменениям характера собственности организаций, входящих в данную систему.

Перебои в изготовлении протезов. Известно, что в ЭГ поступало на лечение большое число раненых (травмированных), имевших массивные разрушения костей, прежде всего, верхних и нижних конечностей, сопровождающихся повреждением нервов, сосудов, остеомиелитами и обширными дефектами мягких тканей. Естественно, многие из них нуждались в различных ампутациях, после которых требовалось выполнить протезирование.

По установленному порядку временный протез должен был быть изготовлен в течение 20, постоянный – в течение 30 дней. Фактически же иногда на получение протеза затрачивалось гораздо больше времени.

О таком положении можно судить по следующим данным: в госпитале №1385 одновременно находились

20 раненых с различными ампутациями конечностей, которые давно ждали принятия от них заявок на протезирование. Среди них имелись работники, которые были бы крайне полезны на производстве. В результате длительного ожидания протезов такие раненые занимали ежемесячно в ЭГ не одну тысячу коек [9].

Перебои в изготовлении протезов зависели не только от недостаточной мощности мастерских, но – часто – и от неправильного, нерационального распределения по ЭГ раненых с ампутациями конечностей.

Несомненно, в деятельности системы оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в ЭГ НКЗ были и другие недочёты, которые способствовали увеличению сроков их лечения, но вышеперечисленные были наиболее часто встречающимися и типичными.

В заключение считаем целесообразным обратить внимание медицинских специалистов на то, что, конечно, было бы неправильно абстрагироваться от реальной действительности, имевшей место на фронтах Великой Отечественной войны. Чтобы быть объективными при обсуждении представленных результатов исследования, необходимо обязательно обращать внимание на то, что каждому периоду войны были присущи определенные характер и особенности ведения боевых действий, что в конечном итоге накладывало отпечаток на многие причины, способствовавшие увеличению сроков лечения раненых в эвакуационных госпиталях НКЗ СССР.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бархатов П.С. Итоги работы эвакуационных госпиталей в тыловых районах страны за годы Великой Отечественной войны // Труды четвертого пленума Госпитального совета НКЗ СССР и РСФСР. М.: Медгиз, 1946. С. 11-28.
2. Далин Н.П. Вопросы военно-санитарной эвакуации в глубоком тылу // Советская медицина. 1941. №1. С. 43-45.
3. Жичин А.И. Итоги лечения раненых в эвакуационных госпиталях Наркомздрава РСФСР // Труды четвертого пленума Госпитального совета НКЗ СССР и РСФСР. М.: Медгиз, 1946. С. 48-55.
4. Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг.: Сборник документов и материалов / Под ред. Барсукова М.И. и Кувшинского Д.Д. М.: Медицина, 1977. 575 с.
5. Кнопов М.М., Сахно И.И. Здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. // Медицина катастроф. 2020. №1. С.5-14. <https://doi.org/10.33266/2070-1004-2020-1-5-14>
6. Кузьмин М.К. Советская медицина в годы Великой Отечественной войны. М.: Медицина, 1979. 238 с.
7. Миловидов С.И. Итоги и задачи работы эвакуационных госпиталей Наркомздрава СССР // Советское здравоохранение. 1942. №5-6. С. 17-25.
8. Селиванов В.И., Селиванов Е.Ф. Роль эвакуационных госпиталей Народного комиссариата здравоохранения в лечении раненых и больных советских воинов // Советское здравоохранение. 1975. №5. С. 21-26.
9. Третьяков А.Ф. Сроки лечения раненых в эвакуационных госпиталях. М.: Медгиз, 1944. 67 с.
10. Иванов Н.Г., Георгиевский А.С., Лобастов О.С. Советское здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. М.: Медицина, 1985. С. 168-188.
11. Бобий В.В., Гончаров С.Ф. К вопросу о создании и деятельности эвакуационных госпиталей Наркомздрава СССР в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. // Медицина катастроф. 2020. №2. С. 5-16. <https://doi.org/10.33266/2070-1004-2020-2-5-16>
12. Смирнов Е.И. Война и военная медицина. 1939-1945 годы. М.: Медицина, 1979. 524 с.
13. Смирнов Е.И. Проблемы военной медицины. М., 1944.
14. Ростоцкий И.Б. Тыловые эвакуационные госпитали: Очерки по организации лечения больных и раненых воинов Советской Армии в тыловых эвакуационных госпиталях. М.: Медицина, 1967. 80 с.
15. О сокращении сроков лечения и сроков пребывания раненых и больных в госпиталях Наркомздрава РСФСР: Приказ Народного комиссариата здравоохранения РСФСР от 22 октября 1943 г. №69.
16. Энциклопедический словарь военной медицины / Под ред. Смирнова Е.И. М.: Гос. издат. мед. литер., 1946. Т.2. Столб. 1064-1068.
17. История эвакуационных госпиталей 2496. Самиздат, 1945. 82 л.

REFERENCES

1. Barkhatov P.S. *Itogi raboty evakogospitaley v tylovykh rayonakh strany za gody Velikoy Otechestvennoy voyny* = The Results of the Work of Evacuation Hospitals in the Rear Areas of the Country during the Years of Great Patriotic War. *Trudy IV Plenuma Gospital'nogo Soveta NKZ SSSR i RSFSR*. Moscow, Medgiz Publ., 1946, pp. 11-28 (In Russ.).
2. Dalin N.P. Military Evacuation Issues in the Deep Rear. *Sovetskaya meditsina*. 1941; 1: 43-45 (In Russ.).

Выводы

1. Функционировавшая в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. система организации оказания медицинской помощи и лечения раненых военнослужащих в эвакуационных госпиталях Наркомздрава СССР представляла собой сложный многоплановый процесс, имевший определённые закономерности, а также выраженные, в той или иной степени, тенденции продолжительности лечения раненых в этих госпиталях.

2. На увеличение сроков лечения (пребывания) раненых в ЭГ НКЗ оказывали влияние множество разнообразных факторов и недостатков, имевших место не только в работе отдельно взятого эвакуационного госпиталя, но и в общей межведомственной многоуровневой системе лечебно-эвакуационных мероприятий и в других видах деятельности, нацеленных на спасение жизни, сохранение здоровья, в том числе бое- и трудоспособности, раненых и их всестороннее обеспечение.

3. По мнению авторов, анализ основных причин, увеличивавших сроки лечения раненых в ЭГ НКЗ СССР, позволит осуществлять в настоящее время более комплексный подход к определению и реализации мероприятий по совершенствованию системы организации оказания медицинской помощи и лечения отдельных контингентов раненых военнослужащих и проведению их медицинской эвакуации, выполняемых силами и средствами Минздрава и медицинской службы Минобороны России в условиях крупномасштабных военных конфликтов.

3. Zhichin A.I. *Itogi lecheniya ranenyykh v evakogospitalyakh Narkomdrava RSFSR* = The Results of the Treatment of the Wounded in the Evacuation Hospitals of the People's Commissariat of the RSFSR. *Trudy IV Plenuma Gospital'nogo Soveta NKZ SSSR i RSFSR*. Moscow, Medgiz Publ., 1946, pp. 48-55 (In Russ.).
4. *Zdravookhranenie v gody Velikoy Otechestvennoy voyny 1941-1945 gg.* = Health Care during the Great Patriotic War 1941-1945. Collection of documents and materials. Ed. M.I. Barsukov, D.D. Kuvshinskiy. Moscow, Meditsina Publ., 1977, 575 p. (In Russ.).
5. Knopov M.M., Sakhno I.I. Health Care and Military Medicine in the Great Patriotic War of 1941-1945. Message 1. *Meditsina katastrof* = Disaster Medicine. 2020; 1: 5-14 (In Russ.). <https://doi.org/10.33266/2070-1004-2020-1-5-14>
6. Kuz'min M.K. *Sovetskaya meditsina v gody Velikoy Otechestvennoy voyny* = Soviet Medicine during the Great Patriotic War. Moscow, Meditsina Publ., 1979, 238 p. (In Russ.).
7. Milovidov S.I. Results and Tasks of the Work of Evacuation Hospitals of the People's Commissariat of Health of the USSR. *Sovetskoe Zdravookhranenie*. 1942; 5-6: 17-25 (In Russ.).
8. Selivanov V.I., Selivanov E.F. The Role of Evacuation Hospitals of the People's Commissariat of Health in the Treatment of Wounded and Sick Soviet soldiers. *Sovetskoe Zdravookhranenie*. 1975; 5: 21-26 (In Russ.).
9. Tretyakov A.F. *Sroki lecheniya ranenyykh v evakogospitalyakh* = Terms of Treatment of Wounded in Evacuation Hospitals. Moscow, Medgiz Publ., 1944, 67 p. (In Russ.).
10. Ivanov N.G., Georgievskiy A.S., Lobastov O.S. *Sovetskoe Zdravookhranenie i Voennaya Meditsina v Velikoy Otechestvennoy voyne 1941-1945 gg.* = Soviet Healthcare and Military Medicine in the Great Patriotic War 1941-1945. Moscow, Meditsina Publ., 1985, pp. 168-188 (In Russ.).
11. Bobiy V.V., Goncharov S.F. On Issue of Creation and Activity of Evacuation Hospitals of People's Commissariat of Health of USSR during Great Patriotic War of 1941-1945. *Meditsina katastrof* = Disaster Medicine. 2020; 2: 5-16 (In Russ.). <https://doi.org/10.33266/2070-1004-2020-2-5-16>
12. Smirnov E.I. *Voyna i Voennaya Meditsina 1939-1945 gody* = War and Military Medicine 1939-1945. Moscow, Meditsina Publ., 1979, 524 p. (In Russ.).
13. Smirnov E.I. *Problemy Voennoy Meditsiny* = Problems of Military Medicine. Moscow Publ., 1944 (In Russ.).
14. Rostotskiy I.B. *Tylovyye evakogospitali: Ocherki po organizatsii lecheniya bol'nykh i ra-nenyykh voinov Sovetskoy Armii v tylovykh evakogospitalyakh* = Rear Evacuation Hospitals: Essays on the Organization of Treatment for Sick and Wounded Soldiers of the Soviet Army in Rear Evacuation Hospitals. Moscow, Meditsina Publ., 1967, 80 p. (In Russ.).
15. *On Reducing the Treatment Time and the Length of Stay of the Wounded And Sick In Hospitals of the People's Health of the RSFSR*. The order of the RSFSR dated October 22, 1943, No. 69 (In Russ.).
16. *Entsiklopedicheskiy slovar' voyennoy meditsiny* = Encyclopedic Dictionary of Military Medicine. Ed. E.I. Smirnov. Moscow, Gos. izdat. med. liter. Publ., 1946 (In Russ.).
17. *Istoriya evakogospitalya* = The History of the Evacuation Hospital No. 2496. 1945. 80 p. (In Russ.).

Материал поступил в редакцию 11.08.20; статья поступила после рецензирования 07.09.20; принята к публикации 09.09.20
The material was received 11.08.20; the article after peer review procedure 07.09.20; the Editorial Board accepts the article for publication 09.09.20