

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Северный государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

В.П. Быков, А.В. Андреева, Г.О. Самбуров

**ГОСПИТАЛЬНАЯ БАЗА  
КАРЕЛЬСКОГО ФРОНТА  
1941 – 1945**

Монография

Архангельск  
2020

УДК 61(09)  
ББК 63.3(2)622  
Б 95

**Рецензенты:** *С.П. Глянецв*, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом истории сердечно-сосудистой хирургии НЦССХ им. А.Н. Бакулева МЗ РФ, заведующий сектором истории медицины отдела истории медицины Национального НИИ ОЗ им. Н.А. Семашко, заместитель председателя Российского общества историков медицины (г. Москва);

*А.В. Репневский*, доктор исторических наук, профессор кафедры всеобщей истории Северного (Арктического) федерального университета им. М.В. Ломоносова (г. Архангельск)

Печатается по решению редакционно-издательского совета  
Северного государственного медицинского университета

### **Быков В.П.**

Б 95      Госпитальная база Карельского фронта 1941–1945: монография / В.П. Быков, А.В. Андреева, Г.О. Самбуrow. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2020. – 214 с.  
ISBN 978-5-91702-366-3

Монография посвящена формированию и деятельности Госпитальной базы Карельского фронта в 1941–1945 гг. Тяжелые климатические условия Заполярья, влиявшие как на организацию оказания медицинской помощи, так и на заживление боевых ран, структуру и исходы терапевтических заболеваний, нехватка квалифицированных медицинских кадров и медицинского оборудования, другие негативные особенности военного времени были преодолены слаженной работой военных и гражданских медиков всех уровней – от руководителей военно-санитарной службы фронта до рядовых врачей и медицинских сестер. Особую роль в этом сыграло наличие в Архангельске медицинского института, его деятельность по укомплектованию тыловых госпиталей врачевными кадрами и консультантами из числа профессоров и ассистентов.

Книга предназначена врачам всех специальностей, профессорско-преподавательскому составу, аспирантам, ординаторам и студентам высших медицинских учебных заведений, преподавателям и студентам медицинских колледжей, работникам здравоохранения и всем, кто неравнодушен к истории своего Отечества.

**УДК 61(09)**  
**ББК 63.3(2)622**

**ISBN 978-5-91702-366-3**

© Быков В.П., Андреева А.В.,  
Самбуrow Г.О., 2020  
© Северный государственный  
медицинский университет, 2020

## Оглавление

<b>Обращение к читателям .....</b>	<b>5</b>
<b>Предисловие .....</b>	<b>10</b>
<b>Список сокращений и аббревиатур.....</b>	<b>14</b>
<b>Глава 1. Предвоенные годы. Карельский фронт и его тыл в 1941–1944 гг. ....</b>	<b>17</b>
1.1. Укрепление северо-западных рубежей СССР в предвоенные годы .....	17
1.2. Карельский фронт и его тыл в 1941–1944 гг. ....	19
1.2.1. Период стратегической обороны.....	19
1.2.2. Освобождение Карелии и Кольского полуострова .....	29
<b>Глава 2. Лечебно-эвакуационное обеспечение Вооруженных сил СССР во время Великой Отечественной войны .....</b>	<b>34</b>
2.1. Этапы лечебно-эвакуационного обеспечения. Виды медицинской помощи на этапах эвакуации .....	34
2.2. Медицинская документация на этапах эвакуации .....	48
<b>Глава 3. Медицинское обеспечение Карельского фронта и Северного флота в обороне и наступлении (Ю.Н. Закревский, С.А. Кузнецов, А.А. Жданов, Д.А. Архангельский) .....</b>	<b>59</b>
<b>Глава 4. Формирование, личный состав и материально-хозяйственное снабжение Госпитальной базы Карельского фронта .....</b>	<b>78</b>
4.1. Формирование и реорганизация Госпитальной базы .....	78
4.2. Личный состав эвакогоспиталей .....	102
4.3. Материально-хозяйственное снабжение.....	120
4.4. Противоэпидемический режим .....	127
<b>Глава 5. Лечение раненых и больных. Исходы боевых повреждений и болезней .....</b>	<b>134</b>
5.1. Хирургическая служба Госпитальной базы .....	134
5.1.1. Оперативное лечение осложнений огнестрельных ранений .....	134
5.1.2. Клинические исходы лечения пострадавших в боях....	145

5.2. Терапевтическая служба Госпитальной базы.....	150
5.2.1. Структура терапевтических заболеваний.....	150
5.2.2. Лечение и клинические исходы терапевтических заболеваний .....	157
5.3. Физиотерапевтическое и бальнеогрязевое лечение. Физическая реабилитация .....	162
<b>Глава 6. Донорство и переливание крови в медицинских учреждениях Архангельской области .....</b>	<b>170</b>
6.1. Организация и развитие службы переливания крови в гражданской и военной медицине в предвоенное десятилетие .....	170
6.2. Заготовка и переливание консервированной крови в годы войны .....	173
<b>Список использованных источников.....</b>	<b>186</b>
<b>Приложения .....</b>	<b>191</b>
1. Размещение и дальнейший путь эвакогоспиталей Госпитальной базы Карельского фронта в 1941–1945 гг. ....	191
2. Эвакогоспиталь 2524 .....	196
3. Реконструкция хирургического эвакогоспиталя в Архангельском краеведческом музее .....	206
4. Публикации о Госпитальной базе Карельского фронта .....	209
<b>Послесловие .....</b>	<b>212</b>

## Обращение к читателям

### Дорогие друзья!

У вас в руках монография, посвященная малоизученной в отечественной литературе теме – обеспечению медицинской помощи бойцам и командирам Красной армии, воевавшим на Карельском фронте в годы Великой Отечественной войны. На основе скрупулезного анализа различных исторических и архивных источников авторы показали условия, в которых формировалась и действовала Госпитальная база Карельского фронта. Книга иллюстрирована уникальными фотографиями из фондов Архангельского краеведческого музея и отдела истории медицины СГМУ. Труд громадный, крайне полезный и особенно актуальный в канун 75-летия Победы.

Заслуга военных медиков, героически трудившихся на фронте и в тылу, неопределима. Благодаря их самоотверженной работе в военных госпиталях, санитарных поездах, эвакуационных пунктах, проведению санитарно-эпидемиологических мероприятий удалось сохранить людские ресурсы страны. Тысячи медицинских работников награждены орденами и медалями, а 47 из них присвоено звание Героя Советского Союза. К сожалению, на фронтах более 85 тысяч медиков погибли или пропали без вести.

Не случайно на обложке книги представлен фрагмент барельефа на обелиске «Архангельск – город воинской славы» с сюжетом на медицинскую тему. Ведь именно благодаря слаженной работе военных и гражданских медиков – от руководителей военно-санитарной службы фронта до рядовых врачей и медицинских сестер – стали возможными высокие показатели возвращения раненых в строй. Значительную роль в этом сыграл Архангельский государственный медицинский институт по укомплектованию эвакогоспиталей качественными врачебными кадрами и консультантами – профессорами, доцентами и ассистентами.

Монография выполнена на высоком научном уровне и снабжена богатым иллюстративным материалом. Надеюсь, что с выходом данной книги интерес к истории медицины возрастет, и она послужит примером по изучению госпитальных баз других фронтов Великой Отечественной войны. Такие темы востребованы в Центре развития

историко-медицинских музеев, в котором при поддержке Совета по развитию историко-медицинских музеев МЗ РФ широко проводятся диссертационные исследования.

Практическим итогом научной работы стал масштабный выставочный проект на базе Архангельского краеведческого музея «Мы шли к любви и милосердию...», который реализовали сотрудники СГМУ совместно с членами Общества изучения истории медицины Европейского Севера. На выставке представлены реконструкция функциональных подразделений и оборудование эвакогоспиталей Госпитальной базы Карельского фронта.

Искренне надеюсь, что исследования авторской группы в лице хирурга профессора В.П. Быкова, заведующей отделом истории медицины Северного государственного медицинского университета, члена президиума Российского общества историков медицины А.В. Андреевой и специалиста Г.О. Самбурова будут продолжены и расширены.

Заведующий кафедрой истории медицины МГМСУ имени А.И. Евдокимова, председатель Российского общества историков медицины, доктор медицинских наук, профессор  
**К.А. Пашков**

### **Уважаемые коллеги!**

75 лет минуло со дня окончания жестокой войны против фашистских захватчиков, унесших миллионы жизней наших соотечественников. Вспоминая бессмертный подвиг солдат и офицеров, нельзя забывать о тех, кто в годы Великой Отечественной войны проявил не меньший героизм, стойкость и мужество – о военнослужащих в белых халатах. Смертность медработников была на втором месте после гибели на полях сражений бойцов стрелковых подразделений. Во многом благодаря неустанному труду военных медиков наша страна смогла сохранить бойцов и командиров для отпора врагу.

В годовщину Великой Победы выходит в свет монография «Госпитальная база Карельского фронта (1941–1945)», подготовленная авторским коллективом Северного государственного медицинского университета с участием руководителей медицинской службы Северного флота. Данное печатное издание создано на основе изучения

сводных статистических отчетов о работе эвакуогоспиталей Архангельской области и других архивных и исторических документов о формировании и деятельности Госпитальной базы Карельского фронта, лечении и исходах ранений и болезней.

Годы Великой Отечественной войны в истории Архангельской области и её областного центра – города воинской славы Архангельска – были сложным, драматичным и героическим периодом. На протяжении трех лет (с 1941 по 1944 г.) Архангельск находился в прифронтовой зоне, в 1942 г. он подвергся жестоким бомбардировкам. В Архангельске размещались Управление и основная часть эвакуогоспиталей Госпитальной базы Карельского фронта. Раненые и больные доставлялись различными видами транспорта из военных госпиталей Кольского полуострова и Карелии. Всего на территории Архангельской области в 1941–1942 гг. был сформирован 31 эвакуогоспиталь, 16 из них сразу переданы в распоряжение Народного комиссариата обороны и выдвинуты к линии фронта. В состав Госпитальной базы вошли: 15 вновь созданных эвакуогоспиталей, 191-й военный госпиталь, который был образован перед войной, и 4 эвакуированных в Архангельскую область из других регионов страны в 1941 г. В большинстве госпиталей Госпитальной базы Карельского фронта трудились профессоры, преподаватели и врачи-выпускники АГМИ.

Наравне со всеми северянами они пережили лишения военной поры: изнурительный труд и напряженную учебу, мучительный голод, холод, скудный быт. В труднейших условиях продолжилось обучение студентов по уплотненной учебной программе – срок учебы был сокращен до трёх с половиной лет. За 1941–1944 военные годы подготовлены 943 врача, большинство из них мобилизованы и направлены в войсковые, армейские и фронтовые медицинские подразделения, в том числе в эвакуогоспитали Карельского фронта и Северного флота.

Начальный период войны был особенно тяжелый. Требовалось много военно-полевых хирургов, травматологов, специалистов службы донорской крови, организаторов военной медицины. Мобилизованные педиатры, терапевты и врачи других гражданских специальностей в группах по 20–25 слушателей прошли обучение в АГМИ по общей хирургии в течение полутора-двух месяцев и были

направлены на службу в эвакуогоспитали. Им не хватало знаний, отсутствовал хирургический опыт, но врачебный долг и чувство ответственности за порученное дело помогли в полной мере овладеть новой специальностью. На терапевтических и санитарно-эпидемиологических циклах прошли переподготовку свыше двух тысяч терапевтов и фельдшеров медицинских формирований Карельского фронта.

С целью совершенствования работы эвакуогоспиталей на должности консультантов были привлечены профессора, доценты и ассистенты клинических кафедр. Профессора входили в состав госпитального совета облздравотдела. Ряд сотрудников медицинского института занимали руководящие должности – старшего инспектора, главного специалиста и руководителя отдела эвакуогоспиталей. Кроме лечебной и консультативной работы в Госпитальной базе профессора и ассистенты оказали существенную помощь гражданскому здравоохранению: курировали областную службу крови, областную станцию санитарной авиации, неоднократно выезжали в длительные командировки в районы области для хирургической санации лиц призывного возраста, консультативной помощи врачам эвакуогоспиталей в других населенных пунктах.

Война обострила эпидемическую ситуацию. В ряде районов Архангельской области в 1941 году появились вспышки сыпного тифа. Недопустить распространение болезни в эвакуогоспитали и в воинские части с призывниками – эта задача была успешно решена совместными усилиями коллективов медицинского института, эвакуогоспиталей и больниц. Пять противоэпидемических отрядов работали в инфекционных очагах. Для проведения противоэпидемических мероприятий в 1942–1944 годах бригады студентов на месяц направлялись во все районы Архангельской области и Ненецкий округ.

В медицинском институте не останавливались научные исследования, часть из них проведена по проблемам военной медицины и жизнеобеспечения в условиях дефицита продовольственных ресурсов. Изучена патоморфология отморожений, в том числе холодовых повреждений в морской воде. Существенным вкладом в профилактику и лечение гиповитаминозов, особенно цинги, у военнослужащих и голодавших

го населения явилась методика получения витаминного экстракта из сосновой хвои, разработанная сотрудниками кафедр биохимии и общей химии. По решению Архангельского облисполкома созданы «витаминные цеха» на предприятиях общественного питания, в эвакогоспиталях и больницах. На основе альгиновой кислоты из морских водорослей получены лечебные и технические препараты, в частности, незамерзающая мазь для прицелов артиллерийских орудий.

Профессора и ассистенты Архангельского государственного медицинского института совместно с другими специалистами разрабатывали новые пищевые продукты и средства для лечения различных заболеваний из местного природного сырья (беломорские водоросли, хвоя, мясо и жир тюленя, северные птицы и рыба и др.).

Можно утверждать, что Архангельский медицинский институт явился научно-образовательным и лечебным центром, обеспечившим становление и стабильную эффективную работу Госпитальной базы Карельского фронта. За годы войны архангельские госпитали приняли около 70 тысяч раненых и больных бойцов и командиров, значительная часть которых вернулась на фронт.

Авторы монографии, сотрудники СГМУ, обобщили историю развертывания тыловых эвакогоспиталей, лечение и клинические исходы огнестрельных ранений и болезней внутренних органов на северном участке фронтов Великой Отечественной войны, отразив участие в этом ученых-медиков и выпускников АГМИ. Издание представляет интерес для врачей, сотрудников и студентов медицинских вузов и колледжей, работников здравоохранения, а также научных работников и всех неравнодушных к истории своего Отечества.

Я искренне надеюсь, что книга будет передана в библиотеки города и области. Важно напомнить жителям области о подвиге военных медиков, тем самым повышая значимость профессии медицинского работника в мирное и военное время.

Доктор медицинских наук,  
профессор, ректор СГМУ  
**Л.Н. Горбатова**

## Предисловие

В 2020 году исполнилось 75 лет со дня победоносного завершения Великой Отечественной войны и разгрома милитаристской Японии. Безвозвратные потери Вооруженных сил СССР за военные годы составили более 11 млн человек, в том числе погибшие и умершие от ран и болезней – 5 000 227 человек (Лубченков Ю.Н., Попов Ю.А., 2010).

Одновременно с жестокой вооруженной борьбой с противником на полях сражений непрерывно продолжалась менее известная и менее заметная тяжелая работа медицинских работников на этапах лечебно-эвакуационного обеспечения. Результаты труда многотысячной армии военных и гражданских медиков представляют большой научный интерес. Анализ методов и исходов лечения дает представление о колоссальном прогрессе военной и гражданской хирургии повреждений и служит теоретической основой для совершенствования стратегии лечения раненых в военных конфликтах.

В 1950–1952 гг. вышло в свет многотомное издание «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.», в составлении которого участвовали около 1700 авторов: академиков, докторов и кандидатов медицинских наук, практических врачей всех специальностей. Среди них были видные деятели военного и гражданского здравоохранения, медицинские специалисты, служившие на всех этапах лечебно-эвакуационного обеспечения Красной и Советской армии. В издании обобщены огромные фактические материалы военной медицины. Вместе с тем существенным изъяном многотомного коллективного медицинского научного труда является отсутствие многочисленных абсолютных и относительных статистических данных, характеризующих разнообразные боевые поражения и болезни. В частности, нет сведений о числе и структуре пораженных в боях, осложнениях, инвалидизации и летальных исходах. Отсутствуют данные о числе погибших на поле боя, умерших на этапах медицинской эвакуации, количестве медсанбатов, военных госпиталей, госпитальных баз армий и фронтов. Не приведена информация о личном составе медицинских этапов: числе врачей и среднего медицинского персонала, научных консультантов

и ведущих специалистов тыловых этапов эвакуации – профессоров, доцентов, кандидатов медицинских наук; квалификации и нагрузке медперсонала, потерях личного состава.

Частично восполнил пробел в освещении вклада военной медицины и здравоохранения в достижение Победы начальник Главного военно-санитарного управления Красной армии Е.И. Смирнов в монографии «Война и военная медицина» (1976 г.). К сожалению, в данном содержательном труде не отражена деятельность медицинской службы Карельского фронта и Северного флота. Интерес к данной проблеме возрос в конце XX века, когда появилась возможность публиковать недоступные ранее материалы архивов.

Архангельск и западные районы Архангельской области в 1941–1944 гг. были ближайшим тылом Карельского фронта. Коечная мощность госпитальных баз армий в начальном периоде войны не обеспечивала лечение большого количества раненых и больных в течение 30–45 суток, согласно правилам лечебно-эвакуационного обеспечения. Развертывание мощной коечной сети эвакогоспиталей для лечения раненых и больных, эвакуированных в Архангельск с фронтов Северо-Западного направления, довоенными мобилизационными планами не было предусмотрено<sup>1</sup>. Массовая эвакуация из госпиталей 2-го эшелона госпитальных баз сражавшихся армий потребовала в кратчайшие сроки создать в Архангельской области Госпитальную базу фронта.

В Госпитальную базу Карельского фронта транспортировали пораженных в боях и заболевших в войсковом районе на севере Европейской части СССР, в Кольском Заполярье, а также с боевых кораблей и гражданских транспортных судов, потопленных и поврежденных противников в северных морях. Суровые климатические условия Кольского полуострова, севернее полярного круга, характеризуются низкими температурами, высокой влажностью, сильными ветрами, скудной растительностью на вечной мерзлоте. Солдатам и офицерам приходилось неделями и месяцами выживать и сражаться на этой земле. Моряки с потопленных кораблей и гражданских судов в арктических морях и Северном Ледовитом океане нередко получали осколочные ранения и термические ожоги вслед-

<sup>1</sup> Здыбко С.А. Военный госпиталь и развитие больничного дела на Архангельском Севере / С.А. Здыбко. – Архангельск: Архангельский военный госпиталь, 2008. – 148 с.

ствии пожаров и взрывов котлов, подвергались общему охлаждению в ледяной морской воде. Карельский фронт длиной более 1000 км был самым протяженным и стабильным среди всех фронтов периода Великой Отечественной войны. В течение неполных четырех лет в эвакогоспитали фронтовой Госпитальной базы, центром которой был Архангельск, доставлены около 70 000 раненых и больных.

Архангельский медицинский институт на протяжении войны оказывал эвакогоспиталиям существенную помощь. Во многом благодаря труду сотрудников АГМИ Госпитальная база Карельского фронта достигла хороших показателей восстановления боеспособности раненых и больных. Госпитальные документы, хранящиеся в Государственном архиве Архангельской области, были рассекречены лишь спустя полвека после завершения войны. К настоящему времени практически не осталось в живых медицинских работников, служивших в эвакогоспиталях; редко можно прочесть воспоминания этих героических людей.

Авторы данного издания взяли на себя труд осветить деятельность Госпитальной базы Карельского фронта на основе доступных архивных документов и воспоминаний ветеранов. Значительное дополнение в настоящее исследование внесли д.м.н., профессор Мурманского арктического государственного университета Ю.Н. Закревский, военные специалисты Северного флота ВМФ России – начальник медицинской службы С.А. Кузнецов, заместитель начальника медицинской службы А.А. Жданов, начальник ФГКУ «1469 ВМКГ» Минобороны России Д.А. Архангельский. Они являются авторами третьей главы. Часть представленных ими исторических материалов и фотографий использована при написании первой главы монографии.

СГМУ и медицинскую службу Северного флота ВМФ России связывают тесное научное сотрудничество и патриотическое воспитание студенческой молодежи. Под патронатом начальника медицинской службы Главного командования ВМФ России, полковника м/с, профессора И.Г. Мосягина 1 июня 2019 года в Архангельске проведена I Общероссийская научная конференция по истории военноморской медицины. В университете оборудована учебная аудитория морской медицины.

Настоящее издание является первой частью коллективного научного труда СГМУ, посвященного истории Карельского фронта в 1941–1944 годах. Планируется продолжить изучение лечебно-эвакуационного обеспечения пораженных в боях и больных в войсковом районе, включая госпитальные базы армий Карельского фронта.

Авторы благодарят сотрудников ГААО Н.Н. Рулёву и Т.А. Хрипунову за помощь в изучении архивных материалов, директора Архангельского краеведческого музея Н.Н. Шпанову и научного сотрудника, куратора выставки-реконструкции «Мы шли к любви и милосердию...» Д.В. Иванова.

Авторы выражают глубокую признательность главному библиотекарю по обеспечению научно-исследовательской работы научной библиотеки СГМУ Г.Б. Чецкой, рецензентам – профессорам С.П. Глянцеву и А.В. Репневскому за ценные советы по оформлению книги в период подготовки к печати.

## Список сокращений и аббревиатур

АГМИ	Архангельский государственный медицинский институт
АКМ	Архангельский краеведческий музей
АЛТИ	Архангельский лесотехнический институт
АОЗО	Архангельский облздравотдел
АОСПК	Архангельская областная станция переливания крови
БМП	батальонный медицинский пункт
БОВ	боевое отравляющее вещество
ВГК	Верховное Главнокомандование
ВМГ	военно-морской госпиталь
ВМФ	Военно-морской флот
ВПСГ	военно-полевой сортировочный госпиталь
ВСЛ	военно-санитарная летучка
ВСП	военно-санитарный поезд
ВСУ	Военно-санитарное управление Красной армии <sup>2</sup>
ВЦИК	Всероссийский центральный исполнительный комитет
ВЦСПС	Всесоюзный центральный совет профессиональных союзов
га	гектар
ГААО	Государственный архив Архангельской области
ГБА	Госпитальная база армии
ГБФ	Госпитальная база фронта
ГВСУ	Главное военно-санитарное управление Красной армии <sup>3</sup>
ГВФ	Гражданский воздушный флот
ГТБФ	Головная госпитальная база фронта
ГЛР	госпиталь легкораненых
ГКБ	городская клиническая больница
ГКО	Государственный комитет обороны
ГорЗО	городской отдел здравоохранения
ГорОНО	городской отдел народного образования
Д.	дело
д.м.н.	доктор медицинских наук
ДМП	дивизионный медицинский пункт

---

<sup>2</sup> до 10.08.1941 г.

<sup>3</sup> с 11.08.1941 г.

к.м.н.	кандидат медицинских наук
Л.	лист
ЛПУ	лечебно-профилактическое учреждение
ЛПХ	леспромхоз
ЛЭО	лечебно-эвакуационное обеспечение
МЗ	Министерство здравоохранения
м/с	медицинская служба
МСБ	медико-санитарный батальон
Наркомздрав	Народный комиссариат здравоохранения
Наркомюст	Народный комиссариат юстиции
НИИ	Научно-исследовательский институт
НКВД	Народный комиссариат внутренних дел
НКЗ	Народный комиссариат здравоохранения
НКО	Народный комиссариат обороны
НКПС	Народный комиссариат путей сообщения
НХО	нейрохирургическое отделение
НЦССХ	Научный центр сердечно-сосудистой хирургии
ОГПУ	Объединенное государственное политическое управление
ОДР	отряд дезинфекционных работ
ОЗО	областной отдел здравоохранения
ОИУ	областное интендантское управление
ОКБ	областная клиническая больница
Оп.	Опись
ОРМУ	отдельная рота медицинского усиления
ОСПК	областная станция переливания крови
ПВО	противовоздушная оборона
ПЛ	подводная лодка
ПМП	полковой медицинский пункт
ППГ	полевой подвижной госпиталь
ПФС	продовольственно-фуражное снабжение
РайЗО	районный отдел здравоохранения
РВК	районный военный комиссариат
РККА	Рабоче-крестьянская Красная армия
РМУ	рота медицинского усиления
РОКК (и КП)	Российское общество Красного Креста (и Красного Полумесяца)

РЭП	распределительный эвакуационный пункт
САС	санитарная авиационная станция
СД	стрелковая дивизия
СКП	санитарно-контрольный пост
СНК	Совет народных комиссаров
СФ	Северный флот
СО	санитарный отдел
СЭО	санитарно-эпидемиологический отряд
ТППГ	терапевтический полевой подвижной госпиталь
ТЮЗ	Театр юного зрителя
УГПЭП	Управление головным постом эвакуационных приемников
УИН	Управление исполнения наказаний
Ф.	фонд
ФАП	фельдшерско-акушерский пункт
ФЭП	фронтной эвакуационный пункт
ХППГ	хирургический полевой подвижной госпиталь
ЦИПК	Центральный институт переливания крови
ЭГ	эвакуационный госпиталь

# Глава 1. Предвоенные годы.

## Карельский фронт и его тыл в 1941–1944 гг.

### 1.1. Укрепление северо-западных рубежей СССР в предвоенные годы

Правительство СССР накануне Второй мировой войны осуществило ряд активных мероприятий по укреплению северо-западных рубежей страны. 1 июня 1933 г. в Мурманске создана Северная военная флотилия, главной базой которой через два года стал город Полярный, расположенный в 30 км к северу от Мурманска на берегу незамерзающего Кольского залива Баренцева моря. В 1937 г. Северная военная флотилия преобразована в Северный флот ВМФ СССР. В апреле 1939 г. образован Мурманский пограничный округ. Перед войной на Кольский полуостров передислоцированы 14-я сухопутная армия и 1-я авиационная дивизия.

К началу Великой Отечественной войны в состав Северного флота входили дивизион эсминцев, бригада подводных лодок, соединение сторожевых кораблей, тральщиков и заградителей. Основной ударной силой на морских коммуникациях Заполярья являлись подводные лодки, которые базировались на главной базе Северного флота – в городе Полярном. Бригадой командовал капитан 1 ранга Н.И. Виноградов<sup>4</sup>, с февраля 1943 г. – капитан 1 ранга И.А. Колышкин<sup>5</sup>. Перед войной численность подводных сил на Севере была наименьшей среди других военных флотов Советского Союза. Бригада подводных лодок Северного флота состояла из 15 кораблей, сведённых в три дивизиона. Первым дивизионом больших подводных лодок командовал капитан 2 ранга М.И. Гаджиев<sup>6</sup>. В со-

<sup>4</sup> ВИНОГРАДОВ Николай Игнатьевич (13.12.1905 – 27.04.1979), советский военно-морской деятель, адмирал (1954). Командир бригады подводных лодок Северного флота (декабрь 1940–1943 гг.), начальник подводного плавания Северного флота (1943).

<sup>5</sup> КОЛЬШКИН Иван Александрович (21.08.1902 – 18.09.1970), деятель военно-морского флота, контр-адмирал, первый из советских моряков-подводников, удостоенный в годы Великой Отечественной войны звания Героя Советского Союза.

<sup>6</sup> ГАДЖИЕВ Магомет Имадутдинович (20.10.1907 – 12.05.1942), Герой Советского Союза, капитан 2 ранга, командир дивизиона подводных лодок бригады подводных лодок Северного флота. Погиб при выполнении боевого задания на ПЛ «К-23». В 1967 г. в его честь назван посёлок Гаджиево (в настоящее время – город) в Мурманской области.

став первого дивизиона входили подводные лодки Д-3 «Красногвардеец», К-1 и К-2. Вторым дивизионом командовал капитан 1 ранга И.А. Колышкин. В него входили средние подводные лодки Щ-401, Щ-402, Щ-403, Щ-404, Щ-421 и Щ-422. В третий дивизион под командованием капитана 3 ранга Н.И. Морозова входили малые подводные лодки М-171, М-172, М-173, М-174, М-175, М-176.

Северный флот располагал базами береговой обороны и несколькими десятками батарей, а также аэродромами, на которых базировались 116 бомбардировщиков, истребителей и самолетов-разведчиков. В годы войны в Полярном находился командный пункт командующего Северным флотом контр-адмирала А.Г. Головки<sup>7</sup>. Через Полярный осуществлялось движение союзных конвоев с боевой техникой, материалами, боеприпасами и продовольствием.

В 1941 г. введена в строй однопутная железнодорожная ветка Сорокская–Обозерская длиной 357 км. Этот путь, сыгравший стратегическую роль в обеспечении Карельского фронта в 1941–1944 гг., был проложен в болотистой местности вдоль южного побережья Белого моря. Он соединил Кировскую железную дорогу Мурманск–Петрозаводск в районе города Беломорск со станцией Обозерская Северной железнодорожной магистрали Архангельск–Вологда и явился единственным круглогодичным транспортным путем между Карельским фронтом и основными центрами страны. Уже в августе 1941 г. по нему из Вологды и Архангельска пошли эшелоны с войсками и грузами. В обратном направлении из Мурманской области и Карело-Финской республики вывозили раненых, больных, гражданское население, а также импортные стратегические грузы, которые доставлялись морскими судами из западных стран антигитлеровской коалиции. За годы войны в Мурманске разгружено 250 морских транспортов и переработано более 2 млн тонн грузов. После реконструкции в первые военные месяцы пропускная способность железнодорожной ветки Сорокская–Обозерская составила 20 пар поездов в сутки [48, 51].

---

<sup>7</sup> ГОЛОВКО Арсений Григорьевич (23.06.1906 – 17.05.1962) – советский флотоводец, адмирал (1944). Бессменный командующий Северным флотом во время Великой Отечественной войны.

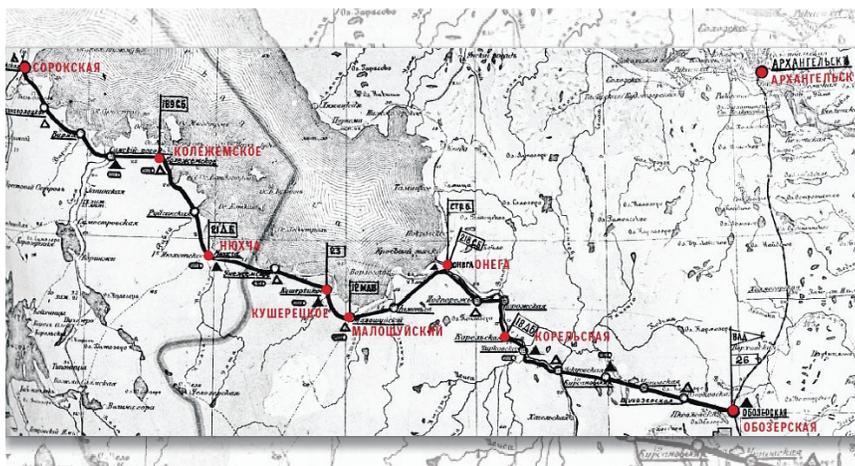


Рис. 1.1. Железнодорожный путь Сорокская–Обозерская, введенный в строй в 1941 г. Из статьи Ольги Хорошиловой «Дорога жизни за 20 дней» для проекта rg.ru «Родина»

## 1.2. Карельский фронт и его тыл в 1941–1944 гг.

### 1.2.1. Период стратегической обороны

24 июня 1941 г. на базе Ленинградского военного округа образован Северный фронт протяженностью 1600 км. Военные действия на Кольском полуострове и в Карелии развернулись 29 июня. На Мурманск наступал немецкий горно-стрелковый корпус «Норвегия», на Петрозаводск – финские дивизии. К осени 1941 г. враг оккупировал часть Кольского полуострова, Карело-Финской ССР, город Петрозаводск, перерезал Кировскую железную дорогу и Беломорско-Балтийский канал. Согласно плану молниеносной войны, блицкригу, конечной точкой наступления гитлеровских войск на Севере должен был стать Архангельск.

23 августа 1941 г. решением Ставки Верховного Главнокомандования Северный фронт был разделен на Ленинградский и Карельский фронты. Карельский фронт защищал Северный стратегический фланг сухопутных Советских вооруженных сил, а также северные морские коммуникации. На сооружение оборонительных

укреплений были мобилизованы 130 тыс. жителей Карело-Финской республики, Мурманской, Вологодской и Архангельской областей. Ожесточенные бои проходили в июле и в сентябре–октябре 1941 г. Огромными усилиями удалось отстоять стратегические города Кольского полуострова Мурманск и Полярный. Таким образом, враг не прорвался к Вологде и Архангельску [48, 51].

Карельский фронт стабилизировался до 1944 г. Три общевойсковые армии и 7-я воздушная армия под командованием генерал-полковника В.А. Фролова в течение трех лет держали стратегическую оборону против 20 вражеских дивизий. Экипажи 15 подводных лодок Северного флота показали в первое полугодие войны образцы мужества и героизма. Шесть подводных лодок стали Гвардейскими, шесть – Краснознаменными. Дивизион «шук» был единственным соединением в подводных силах Военно-морского флота СССР, в котором все подводные лодки имели награды: четыре награждены орденом Красного Знамени и две – Гвардейским флагом. Командир дивизиона И.А. Колышкин в январе 1942 г. стал первым подводником, удостоенным звания Героя Советского Союза в Великой Отечественной войне. Подводная лодка М-171 из дивизиона «Малюток» с августа 1942 г. и до конца войны удерживала переходящее Красное Знамя ЦК ВЛКСМ, которым отмечали лучшую подводную лодку ВМФ СССР.

В течение первых трех лет войны Северный флот пополнился 32 подводными лодками. К концу 1941 г. прибыли и вошли в состав бригады подводные лодки К-3, К-21, К-22, К-23, Л-20, Л-22, С-101, С-102. В 1942 г. бригада пополнилась подводными лодками М-119, М-121, М-122. В январе–мае 1943 г. – подводными лодками Л-15, С-54, С-55, С-56, совершившими беспрецедентный переход из Тихого океана через Панамский канал и Атлантический океан в г. Полярный. В 1943 г. соединение пополнилось подводными лодками М-104, М-105, М-106, М-107, М-108, М-200, М-201, С-14, С-15, С-103 и С-104. В 1944 г. в соединение вошли подводные лодки С-16, С-17, С-19 и В-1, В-2, В-3, принятые в Англии в счет репарации.

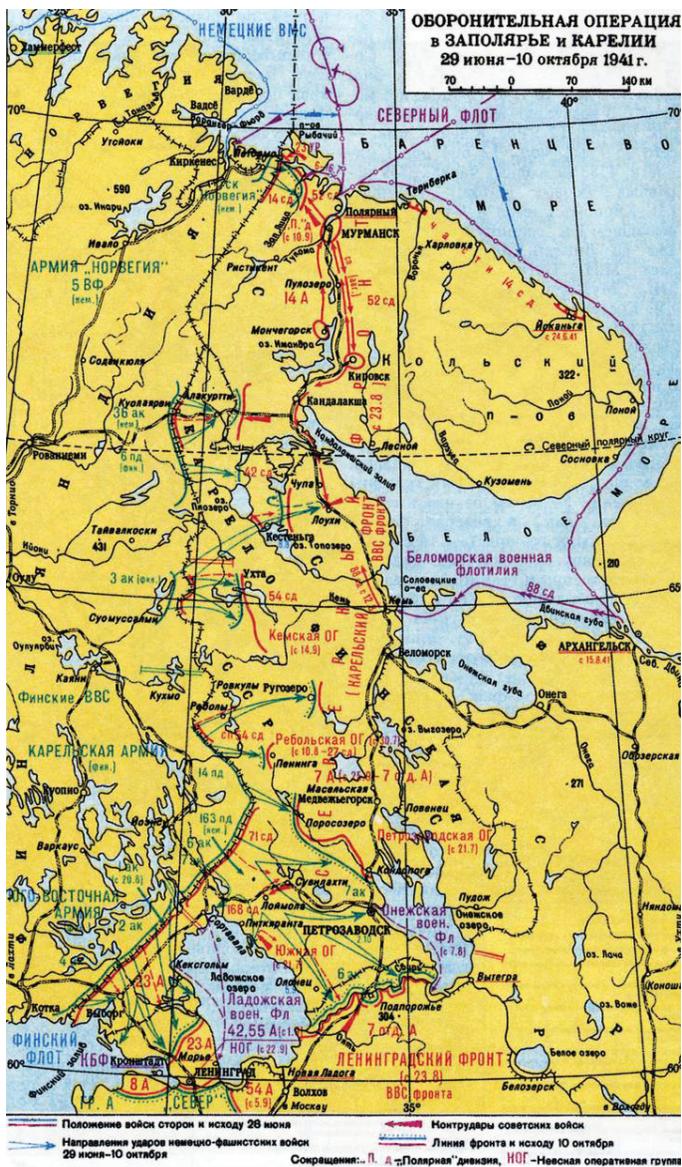


Рис. 1.2. Оборонительная операция в Заполярье и Карелии 29 июня – 10 октября 1941 г. Иллюстрация из сборника карт «Великая Отечественная война 1941–1945 гг.»

На Краснознаменном ордена Ушакова I степени соединении подводных лодок Северного флота зародилась традиция шефства над кораблями организациями и трудовыми коллективами страны. В 1943 г. в составе бригады появились подводные лодки М-104 «Ярославский комсомолец», М-107 «Новосибирский комсомолец», М-105 «Челябинский комсомолец» и М-106 «Ленинский комсомол», построенные на средства, собранные трудящимися Ярославской, Челябинской и Новосибирской областей. За годы войны погибли 12 подводных лодок Северного флота. Вступила в строй подводная лодка М-200 «Месть», построенная на средства, собранные вдовами погибших моряков и личным составом бригады подводных лодок.

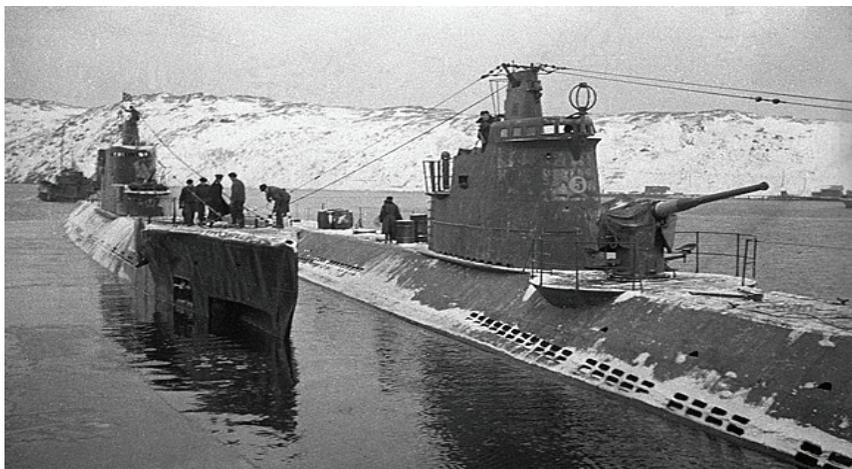


Рис. 1.3. Подводные лодки типа «Д», Полярный, 1942 г.

Береговая база во время войны обеспечивала не только свои подводные лодки, но и подводные лодки Британского флота. На базе были выделены помещения для размещения моряков из состава Британской военно-морской миссии, команд с потопленных британских кораблей военного и торгового флота, которым оказывалась амбулаторная и стационарная медицинская помощь в Главном госпитале флота. Количество английских моряков в базе варьировало от 18 до 180 человек в зависимости от числа стоявших подводных лодок.

Во время войны с кораблей на сухопутный фронт было откомандировано более 500 человек, среди них старшина 2 статьи С.М. Агафонов и моторист с подводной лодки Щ-402 краснофлотец В.Н. Леонов, удостоенные звания Герой Советского Союза (В.Н. Леонов удостоен звания дважды).



Рис. 1.4. Командующий Северным флотом адмирал А.Г. Головкин (первый слева) и командир бригады ПЛ контр-адмирал Н.И. Виноградов (второй слева) с офицерами штаба встречают командира подводной лодки капитана 2 ранга Н.А. Лунина, 1942 г.

В январе–мае 1942 г. советские сухопутные войска, поддержанные десантами Северного флота, предприняли ряд безуспешных наступательных операций. Самый крупный десант в Мотовском заливе в апреле 1942 г. был неудачный. Голые скалы в районе высадки и сильное похолодание, наступившее после сырой погоды, были одной из причин его провала. Потери убитыми, ранеными, обмороженными и пропавшими без вести составили около 70 % от общей численности десанта.

Кировская железная дорога на тысячекилометровом участке Кольского полуострова и Карелии проходила вдоль линии фронта на расстоянии всего 50 км от района боевых действий. Армейские базы снабжения располагались на станциях Кола, Кандалакша, Кемь

и Сегежа. Тыловой район Карельского фронта ограничивался железной дорогой Архангельск–Вологда протяженностью 723 км.

За 4 года войны авиация противника совершила 2497 налетов (в среднем два налета в сутки), сбросила на железнодорожную магистраль более 140 тыс. авиабомб. Разрушено 180 железнодорожных мостов, разбито 285 паровозов и 1971 вагон. Методично жестоко разрушался Мурманск. На него проведено 792 налета, в отдельные дни враг выполнял до 17 налетов. По числу сброшенных вражеских бомб на квадратный метр территории и разрушениям Мурманск уступает только Сталинграду. Несмотря на частые бомбардировки, холод и голод, город выстоял и продолжал сражаться [48, 51].

За период с 1 ноября 1941 г. по 22 июня 1943 г. зафиксировано 465 полетов немецкой авиации над Архангельском и Молотовском (в настоящее время – Северодвинск). В ночь на 25 августа 1942 г. Архангельск подвергся первой жестокой бомбежке. Вражеские бомбардировщики стартовали с финского аэродрома в Кеми в 800 км от Архангельска. Самолеты первого эшелона сбросили на город зажигательные бомбы, возникшие пожары осветили цели. Самолеты второго эшелона сбросили фугасные бомбы. Пожарами и взрывами уничтожены канатная и трикотажная фабрики, 65 домов и 23 других строения. Нанесены серьезные повреждения телеграфной, телефонной и трамвайной линиям, убит 51 и ранены 102 человека. Истребительная авиационная группа, прикрывавшая Архангельск и Молотовск, значительно уступала немецкой по технической части и подготовке пилотов. Заградительный огонь большинством батарей ПВО велся беспорядочно. Налеты фашистской авиации повторялись. В ночь на 30 сентября 1942 г. сгорел склад группы снабжения Архангельского отдела здравоохранения, нанесены повреждения эвакуогоспиталям. Немцы планировали сжечь портовые сооружения, суда и деревянные кварталы. Бомбардировки явились полной неожиданностью для командования Карельского фронта и Северного флота. Только после войны стало известно, что враг развернул промежуточные базы снабжения бомбардировочной авиации на островах Земли Франца-Иосифа, Шпицбергена и Новой Земле.

С 24 августа 1942 г. по 24 марта 1943 г. совершено 9 налетов немецких бомбардировщиков Ю-88 на Архангельск и Молотовск. От 10 до

65 юнкерсов налетали группами, сбрасывали сотни зажигательных бомб, чтобы вызвать пожары и осветить цели на земле, подлежащие разрушению. Затем бомбили фугасными бомбами с большим разрушительным действием. 14 сентября 1942 г. в период массовых налетов немецкой авиации на Архангельск создан городской комитет обороны, который существовал до 1944 г. и организовывал работу предприятий, военное обучение населения. Его возглавлял Г.П. Огородников<sup>8</sup>, первый секретарь обкома ВКП(б) [34, 44].

Морские снабженческие и эвакуационные коммуникации Карельского фронта, основной из которых была линия Кандалакша–Архангельск, обеспечивали восемь грузопассажирских судов, госпитальные и санитарно-транспортные суда «Воронеж», «Вятка», «Комсомолец Арктики». Только в навигацию 1941 г. санитарные суда выполнили 79 рейсов и доставили из госпиталей Кандалакши 19 тысяч раненых и больных. Авиация также использовалась для эвакуации раненых из войскового района. В июле–сентябре 1941 г. самолетами доставлено в Архангельск более 1500 раненых [35].

Была создана сеть грунтовых фронтовых дорог с основными магистралями Кемь–Беломорск и Беломорск–Пудож–Каргополь–Няндомы. К весне 1944 г. Карельский фронт располагал двенадцатью автотранспортными батальонами из 1694 автомашин грузоподъемностью 2817 тонн. На Карельском фронте действовали два отряда из оленьих и собачьих упряжек – 237 грузовых и 76 легких нарт. Нарты и лодочки-волокуши изготовлялись на лесозаводах в неоккупированных районах Карело-Финской республики и Архангельской области. Оленьими и собачьими упряжками в полосе воюющей 14-й армии зимой 1942–1943 гг. в условиях бездорожья вывезены с поля боя 2497 бойцов и доставлено в части 4585 тонн оружия, боеприпасов и других грузов. Межгоспитальная транспортировка больных в пределах ГБФ проводилась железнодорожным транспортом, госпитальным речным пароходом по Северной Двине, а в пределах одного населенного пункта – автомашинами и гужевыми повозками [48, 51].

---

<sup>8</sup> ОГОРОДНИКОВ Георгий Петрович (24.04.1901 – 8.06.1970) – советский партийный и государственный деятель, первый секретарь Архангельского обкома ВКП(б) (1939–1945).

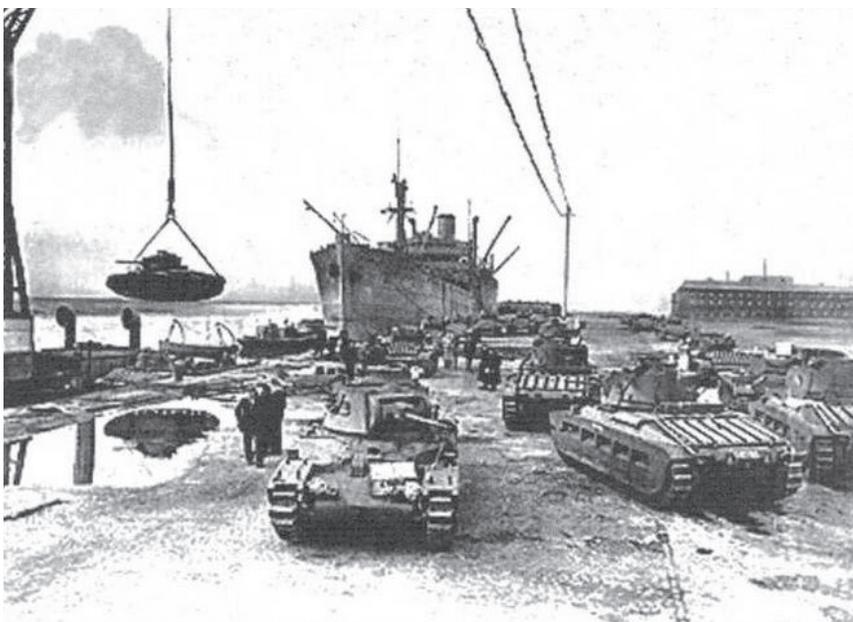


Рис. 1.5. Выгрузка английских танков Matilda в Архангельском морском порту. Февраль 1942 г. Фото из статьи В. Таланова «Бронетехника ленд-лиза», 2009 № 03 (84). Приложение к журналу «Моделист-конструктор»

31 августа 1941 г. в Архангельск прибыл первый морской караван союзников с боевым сопровождением «Дервиш». Поскольку в торговом порту отсутствовала механизация, к выгрузке были привлечены до 9 тыс. грузчиков из воинских частей, мобилизованное население, рабочие колонны. Всего за 1941–1945 гг. Архангельский и Молотовский порты приняли и обработали 342 морских транспортных судна. Продолжались транспортные перевозки по Северному морскому пути. Продовольствие, доставленное из стран антигитлеровской коалиции северными конвоями, транспортировалось в центральные районы страны. В Архангельске и Молотовске голод, холод и болезни косили мирное население, включая взрослых и детей, вывезенных из блокадного Ленинграда и других населенных пунктов фронтальной полосы. По данным городского ЗАГСа, в Архангельске за 1941–1944 гг. от голода, болезней и бомбардировок умерло 38 тысяч

(20 %) жителей. Смертность детей в 1942 г. превысила рождаемость. Катастрофическое положение с обеспечением продуктами питания сложилось к концу 1941 г. и продолжалось до сбора нового урожая в 1942 г. Оно было обусловлено сокращением завоза продовольствия в Архангельскую область из центра страны, неурожаем 1941 г.; ранние заморозки не позволили убрать полностью зерновые и картофель. Минимальную норму хлеба по карточкам получали только рабочие, служащие и эвакуированные, половину нормы – иждивенцы. Тюря – хлеб, накрошенный в горячую воду с добавлением тюленьего жира, редко – лука и подсолнечного масла, спасла жизнь многих жителей Архангельска. Колхозники питались хлебом с примесью соломы и белого болотного мха. Для прибрежного лова рыбы в Поморье были привезены переселенцы из центральных районов страны. Освоены новые виды промыслов: добыча тюленей, мидий, креветок, мойвы, яиц и мяса кайры, гаги на острове Новая Земля [3, 44].

Из воспоминаний профессора АГМИ М.В. Пиккель<sup>9</sup>:

*«Сама война, особенно до ее поворота к победе, невероятно затрудняла жизнь в Архангельске. С началом войны была введена карточная система с постоянно уменьшающейся нормой хлеба. Это было 400 граммов хлеба на работающего, 200 г – на иждивенца. Считалось, что Архангельск был вторым городом после Ленинграда по силе голода. Имея деньги, еще можно было что-то купить на рынке: литр молока и килограмм картошки стоили по 120 руб. Мы могли купить раз в месяц килограмм картошки или литр молока на всю семью из 9 человек, включая детей» [2].*

В постановлении бюро Архангельского обкома ВКП (б) от 15.01.1943 г. констатирована высокая смертность среди рабочих Молотовского торгового порта, через который транспортировались пиломатериалы: за 1942 г. умерли 249 человек.

23 октября 1941 г. заведующие кафедрами биохимии и общей химии АГМИ профессор И.И. Матусис<sup>10</sup> и доцент А.И. Ведрин-

---

<sup>9</sup> ПИККЕЛЬ Мария Владимировна (3.04.1911 – 14.01.2008), врач-педиатр, доктор медицинских наук, профессор, основоположник педиатрической службы в Архангельской области.

<sup>10</sup> МАТУСИС Израиль Исаакович (10.06.1910 – 2.10.1975), доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой биохимии АГМИ в 1939–1949 гг.

ский<sup>11</sup> обратились в Архангельский облисполком с просьбой разрешить организовать производство настоев с аскорбиновой кислотой из местного сырья во избежание массовой вспышки цинги. Это предложение было одобрено, после чего налажено производство витаминизированных продуктов из местного сырья: хвойного напитка, концентрата и порошка из плодов шиповника [6]. На кафедре биохимии АГМИ на протяжении всей войны функционировала установка по изготовлению витаминизированного настоя хвойного экстракта. На ее основе были созданы «витаминные цеха» при пищевых предприятиях области, в лечебных учреждениях и госпиталях. Сотрудники кафедры госпитальной терапии и студенты АГМИ под руководством профессора Н.Н. Дьякова<sup>12</sup> изучили влияние аскорбиновой кислоты, выделенной из хвои, при лечении больных с гиповитаминозами и подтвердили пригодность данного препарата. Настой из хвои спас от цинги тысячи северян и бойцов Красной армии. Голод и холод, обострившие зимой 1941–1942 гг. ситуацию в регионе, выдвинули перед учеными АГМИ новую задачу – изучить возможности использования в пищу морских водорослей Белого моря и других морепродуктов. Заведующий кафедрой фармакологии АГМИ профессор А.П. Татаров<sup>13</sup>, доцент А.И. Ведринский и сотрудник водорослевой лаборатории К.П. Гемп<sup>14</sup> за небольшой срок изучили пищевые качества водорослей Белого моря и определили возможность приготовления из них различных пищевых блюд. Опыт архангельских ученых был использован в блокадном Ленинграде [54].

Трудности снабжения продовольствием частей Карельского фронта, удаленных от тыловых центров страны, повышенные энергетические потребности бойцов, воевавших в суровых условиях Заполярья, угроза развития цинги потребовали развернуть хозяй-

---

<sup>11</sup> ВЕДРИНСКИЙ Александр Иванович (30.11.1887 – 9.11.1963), доцент, заведующий кафедрой общей химии АГМИ в 1941–1963 гг.

<sup>12</sup> ДЬЯКОВ Николай Николаевич (16.05.1875 – 4.01.1954), терапевт, доктор медицинских наук, профессор, отличник здравоохранения, заведующий кафедрой госпитальной терапии АГМИ в 1936–1953 гг.

<sup>13</sup> ТАТАРОВ Александр Петрович (17.11.1879 – после 1946), доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой фармакологии АГМИ в 1934–1946 гг.

<sup>14</sup> ГЕМП Ксения Петровна (5.12.1894 – 3.02.1998), альголог, географ, гидрограф, историк, палеограф, этнограф, выдающаяся исследовательница Русского Севера.

ственную деятельность в прифронтовой полосе Карельского фронта. Условием для этого была стабильная линия боевых сухопутных действий на протяжении трех лет. Создано 241 войсковое подсобное хозяйство на расстоянии не ближе 25 км от линии обороны. На земляных угодьях площадью 6000 га выращивали картофель и овощи, откармливали свиней. В 1943 г. эти хозяйства дали Карельскому фронту 6806 тонн картофеля, 1600 тонн капусты и других овощей, что обеспечило потребности войск в этих продуктах в течение 23 суток. Объем картофеля и овощей, выращенных в 1944 г., увеличился в 1,5 раза. Широко использовали для приготовления пищи крапиву, щавель, раннюю зелень, капустные листья, свекольную ботву, грибы, дикорастущие ягоды, рыбу, мясо диких животных и птиц. В 1943 г. на фронте удалось организовать трехразовое питание, суточную калорийность рациона довести до 3436 ккал. Достаточное питание военнослужащих сыграло значимую положительную роль в поддержании боеспособности частей [48].

### **1.2.2. Освобождение Карелии и Кольского полуострова**

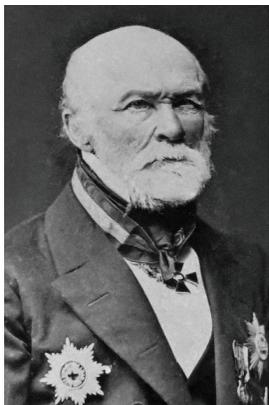
Для того чтобы вывести Финляндию из войны на стороне фашистской Германии, Ставка Верховного Главнокомандования подготовила Выборгско-Петрозаводскую наступательную операцию с нанесением главного удара силами 7-й армии на Карельском перешейке и в южной Карелии. Предстояло форсировать полноводную реку Свирь в районе города Лодейное Поле. Гитлеровцы совершенно разрушили город, вдоль городских улиц пролегли глубокие траншеи. Наступление началось 22 июня 1944 г. Советские войска разгромили противостоящую вражескую группировку, продвинулись на оперативную глубину 200 км и вышли к советско-финляндской государственной границе. Освобождены от врага большая часть Карелии, город Петрозаводск, Кировская железная дорога и Беломорско-Балтийский канал. Успеху содействовали операции Ладожской и Онежской военных флотилий. Финляндия вышла из войны. 19 сентября в Москве был подписан мирный договор, по которому установлена новая межгосударственная граница. На Финляндию возложена крупная денежная репарация и передача СССР значительной части флота.

В результате победоносных действий Советских вооруженных сил на Карельском перешейке летом 1944 г., что обусловило выход из войны Финляндии, стратегическое положение немецко-фашистских войск на севере Скандинавского полуострова ухудшилось. Это вынудило командование вермахта в течение сентября и первых чисел октября 1944 г. отвести свои войска с ухтинского, кестеньгского и кандалакшского направлений Карельского фронта в Северную Норвегию. В то же время на Мурманском направлении противник стремился организовать упорное сопротивление, пытаясь сохранить наземные коммуникации для переброски войск, а также максимально использовать богатейшие никелевые разработки этого района и северные порты Норвегии. Директивой Ставки ВГК от 26 сентября 1944 г. войскам Карельского фронта была поставлена задача подготовить наступательную операцию силами 14-й армии, усиленной 31-м стрелковым корпусом, с привлечением флотских средств усиления, с задачей очистить от немцев район г. Петсамо. Наступательная операция, получившая название Петсамо-Киркенесской, была проведена в период с 7 по 29 октября 1944 г. К началу операции в состав 14-й армии входили 131-й, 99-й, 31-й, 126-й и 127-й стрелковые корпуса. Северный флот участвовал в операции корабельными силами (6 эскадренных миноносцев, 8 подводных лодок, 20 торпедных катеров, 23 больших и малых охотника), а также силами Северного оборонительного района (63-я и 12-я бригада морской пехоты, несколько отдельных частей береговой обороны, располагавшихся на полуостровах Рыбачий и Средний). Действия войск и сил флота поддерживало около 1000 самолетов 7-й воздушной армии и военно-воздушных сил Северного флота. Советские войска и силы флота превосходили противника в людях в 1,8; в артиллерии – в 2,8; в танках – в 2,5 и в самолетах – в 6,3 раза [48, 51].

Наступательную операцию планировалось провести в три этапа, что и было выполнено практически точно по плану. На первом этапе 7–15 октября 1944 г. соединения 14-й армии прорвали тактическую зону обороны противника и к исходу 9 октября вышли в район Луостари. В ночь на 10 октября Северный флот высадил десант – 63-ю бригаду морской пехоты в тылу противника, оборонявшегося

на перешейке, соединяющем полуостров Средний с материком, а перешедшая утром 10 октября в наступление 12-я бригада морской пехоты овладела вражескими позициями, запиравшими перешеек полуострова Средний со стороны материка, и совместно с десантом вынудила противника к отступлению. В ночь на 13 октября в порту Линахамари был высажен еще один десант, к исходу дня полностью овладевший этим городом-портом. Завершился первый этап операции взятием, после тяжелого уличного боя, порта Петсамо. В ходе второго этапа операции (16–22 октября) был освобожден поселок Никель и занят на норвежской территории населенный пункт Тарнет, что положило начало освобождению Норвегии от немецко-фашистских захватчиков. На третьем этапе (23–29 октября) при активном участии флота, высадившего на побережье Варангерфьорда три тактических морских десанта, советские войска после упорного боя 25 октября освободили Киркенес, 27 октября вышли на рубеж Нейден, Наутен и завершили операцию [48].

## Основоположники отечественной научной военно-полевой хирургии и лечебно-эвакуационного обеспечения



**Пирогов Николай Иванович**  
(1810 – 1881)

Основоположник топографической анатомии, госпитальной и военно-полевой хирургии в России



**Оппель Владимир Андреевич**  
(1872 – 1932)

Организатор первой кафедры военно-полевой хирургии в Военно-медицинской академии (Ленинград, 1931)



**Бурденко Николай Нилович**  
(1876 – 1946)

Генерал-полковник медицинской службы, главный хирург Красной армии в 1937–1946 гг.



**Джанелидзе Юстин Юлианович**  
(1883 – 1950)

Генерал-лейтенант медицинской службы, Герой Социалистического Труда, профессор, главный хирург ВМФ СССР в 1939–1950 гг.

**Руководители ГВСУ Красной армии и Медико-санитарного управления ВМФ СССР в период Великой Отечественной войны**



**Смирнов Ефим Иванович  
(1904 – 1989)**

Генерал-полковник медицинской службы, начальник ГВСУ Красной армии в 1939–1945 гг.



**Андреев Федор Федорович  
(1900 – 1950)**

Генерал-лейтенант медицинской службы, начальник Медико-санитарного управления ВМФ СССР в 1940–1946 гг.



**Завалишин Николай Иванович  
(1894 – 1969)**

Генерал-лейтенант медицинской службы, заместитель начальника ГВСУ Советской армии в 1944–1952 гг.



**Вовси Мирон Семенович  
(1897 – 1960)**

Генерал-майор медицинской службы, главный терапевт Советской армии в 1941–1950 гг.

## **Глава 2. Лечебно-эвакуационное обеспечение Вооруженных сил СССР во время Великой Отечественной войны**

### **2.1. Этапы лечебно-эвакуационного обеспечения. Виды медицинской помощи на этапах эвакуации**

Лечебно-эвакуационное обеспечение (ЛЭО) – система мероприятий по оказанию медицинской помощи пораженным и больным, их эвакуации, лечению и медицинской реабилитации в условиях боевых действий войск [23]. Основоположителем научной военно-полевой хирургии в России явился гениальный хирург и ученый Н.И. Пирогов, который участвовал в лечении раненых на Кавказе (1847), в Крыму (1854–1856), в Русско-турецкой войне (1877–1879). Он назвал войну «травматической эпидемией», дал ясное представление о размерах лечебно-эвакуационных мероприятий и потребности в огромном количестве сил и средств для оказания медицинской помощи раненым и больным. Заслуга Н.И. Пирогова заключается также в том, что он установил необходимость четкой организации работы при оказании медицинской помощи раненым. В качестве главного инструмента этой организации Николай Иванович ввёл медицинскую сортировку раненых с определённым объемом, очередности и места оказания медицинской помощи. Он предложил выделять 5 категорий раненых: безнадежные, смертельно раненые; тяжелораненые, которые нуждаются в неотложной хирургической помощи; тяжелораненые, хирургическая помощь которым может быть отложена на короткое время; нуждающиеся в мероприятиях с целью подготовки к эвакуации на следующий этап; легкораненые. Н.И. Пирогов предложил лечить легкораненых в ближайшем тылу действующей армии [26, 56].

Дальнейшее развитие организационных принципов военной хирургии связано с именем В.А. Оппеля, участника Первой мировой войны в качестве врача передового отряда Красного Креста, затем хирурга фронта. Итоги своего опыта военно-полевого хирурга В.А. Оппель опубликовал в 1917 г. в монографии «Организационные вопросы передового хирургического пояса действующей армии».

В данном научном труде он впервые изложил стройную теорию этапного лечения раненых на войне, с которой выступил как достойный преемник и разработчик идей Н.И. Пирогова. Лечение раненых, связанное с эвакуацией, он назвал этапным лечением: «Раненый получает такое хирургическое пособие, тогда и там, где и когда в таком пособии обнаружена необходимость. Раненый эвакуируется на такое расстояние от линии боя, которое наиболее выгодно для его здоровья» (цит. по В.С. Антипенко, Е.К. Гуманенко, 2001). В 1940 г. издана вторая монография В.А. Опделя «Очерки хирургии войны». Он обратил внимание на существенный недостаток организации хирургической помощи раненым Российской армии в Первую мировую войну: доля прооперированных в перевязочных отрядах дивизии и дивизионных отрядах в 1914 г. была менее 1 %. Этот показатель увеличивался от фронта к тылу и составил в армейских госпиталях 13 %, в тыловых госпиталях Красного Креста около 23 %. По глубокому убеждению В.А. Опделя, хирургическая помощь раненым оказывалась несвоевременно, что служило причиной высокой частоты тяжелых инфекционных осложнений, инвалидизации и летальных исходов. Смертельные исходы среди раненых составили 10–11 %. В неотложной операции нуждались не менее 26 %, в иммобилизации конечности – 20 % пострадавших в боях. Среди хирургов в период Первой мировой войны были распространены ошибочные представления о стерильности огнестрельных ран, поэтому консервативное лечение считалось ведущим лечебным методом. В.А. Оппель стоял на противоположной позиции. Он убеждал в необходимости ранней, в первые 12 часов, правильной первичной хирургической обработки огнестрельных ран любой локализации в войсковом районе. Он был инициатором создания в 1916 г. в армейском тылу первых специализированных госпиталей для раненных в живот, грудь, череп, кости и суставы. В.А. Оппель выделил три пояса хирургической работы с целью предупреждения и лечения инфекционных осложнений огнестрельных ран: передовой (ранняя операция), промежуточный (выявление и лечение возникших осложнений), тыловой (завершение лечения, восстановление боеспособности). В процессе сортировки раненых он предлагал использовать цветные марки, с помощью которых указывался порядок оказания медицинской помощи и эвакуации

ации. Предложил организовывать госпитали для легкораненых в войсковом районе. Был инициатором широкого привлечения женщин к работе в военно-медицинских учреждениях в качестве медицинских сестер. Прогрессивные замыслы военно-полевого хирурга В.А. Оппель были использованы в период Великой Отечественной войны [56].

Система этапного лечения определяет объём хирургической помощи для каждого этапа, средства и способы эвакуации раненых в сочетании с лечением. Параллельно в военно-полевой хирургии в 20–30-е годы XX века в СССР формировались военная медицина и тактика военно-медицинской службы. В 1931 г. В.А. Оппель организовал первую в мире кафедру военно-полевой хирургии в Военно-медицинской академии (г. Ленинград). Основные положения ЛЭО были закреплены в Уставе военно-санитарной службы РККА (1935) [28].

Приводим глубокое по содержанию высказывание Е.И. Смирнова (1976), характеризующее роль ЛЭО в военный период: *«В больших военных испытаниях здравоохранение страны и, в частности, военно-медицинская служба превращаются в службу боевого обеспечения, играющую большую роль в победоносном окончании войны»* [56]. Система лечебно-эвакуационного обеспечения войск включает проведение последовательных и преемственных лечебно-профилактических мероприятий раненым и пораженным на этапах медицинской эвакуации в сочетании с эвакуацией их по назначению в специализированные лечебные учреждения в соответствии с медицинскими показаниями и конкретными условиями обстановки. Система этапного лечения представляла собой единый процесс лечения и эвакуации раненых. Раненые последовательно доставлялись в медицинские подразделения, части и лечебные учреждения – этапы медицинской эвакуации. Под этапом медицинской эвакуации понимают силы и средства медицинской службы, развернутые на путях транспортировки с задачами приема, сортировки раненых, оказания им медицинской помощи, лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации нуждающихся в ней. Этапами медицинской эвакуации в годы Великой Отечественной войны являлись медицинский пункт полка, медико-санитарный батальон, полевые подвижные и стационарные госпитали войскового района, лечебные учреждения госпитальной базы фронта, тыловые госпитали страны. Организация медицинской

помощи раненым в системе ЛЭО характеризовалась вынужденным расчленением (эшелонированием) медицинской помощи и лечебных мероприятий. Иными словами, единый процесс оказания медицинской помощи и лечения, осуществляемый в мирное время в одном лечебном учреждении, в условиях действующей армии разделен на отдельные лечебно-профилактические мероприятия, проводимые в нескольких местах и в разное время, именуемые видами медицинской помощи [23, 26].

Военные конфликты 1930-х гг. показали необходимость модернизации ЛЭО. Б.В. Петровский<sup>15</sup> в научной статье в 1975 г. писал: *«Медицинское обеспечение боевых действий в районе реки Халхин-Гол (1938) подтвердило необходимость укомплектования дивизионного пункта медицинской помощи хирургами-клиницистами. Оно убедительно показало также, что лечебно-эвакуационное обеспечение боевых действий войск должно строиться на принципе строгой специализации коек, начиная с армейского района и заканчивая районом тыла страны... В советско-финляндском военном конфликте (1939–1940) выявилась неправомерность переноса опыта хирургической работы клиник и больниц в условия полевой медицинской службы. Оказалось, что первичный шов, наложенный в больнице или клинике непосредственно после хирургической обработки производственной, уличной или бытовой травмы, заканчивавшийся в 99 % случаев заживлением первичным натяжением, в условиях дивизионного пункта медицинской помощи с неизбежной последующей эвакуацией раненых давал, как правило, нагноение раны. Военно-санитарное управление в период советско-финляндского военного конфликта директивным письмом от 13 января 1940 г. было вынуждено запретить первичный шов в условиях дивизионного медицинского пункта и хирургического полевого подвижного госпиталя первой линии»* [41]. Система ЛЭО в ходе Великой Отечественной войны продолжала совершенствоваться. Важнейшим нововведением явилась единая военно-полевая медицинская доктрина (Е.И. Смирнов, 1942 г.). Суть доктрины составили 4 положения. 1. Единое понимание происхождения и развития военных повреждений и болезней.

---

<sup>15</sup> ПЕТРОВСКИЙ Борис Васильевич (14.06.1908 – 4.05.2004) – советский и российский хирург, доктор медицинских наук, профессор; организатор здравоохранения и общественный деятель, академик АН СССР и АМН СССР.

2. Единые взгляды на профилактику и лечение боевых поражений и болезней. 3. Преемственность и последовательность в проведении медицинских мероприятий на этапах эвакуации. 4. Обязательное заполнение краткой и четкой медицинской документации [56].

Выделяли следующие виды медицинской помощи на этапах ЛЭО: первая помощь, доврачебная, первая врачебная, квалифицированная и специализированная медицинская помощь.

Первая помощь – комплекс мероприятий, направленных на временное устранение причин, угрожающих жизни раненого, и предупреждение развития тяжелых осложнений. Она оказывалась в порядке само- и взаимопомощи, а также санитарями, санитарями-инструкторами и санитарями-носильщиками на поле боя или в ближайшем укрытии с использованием преимущественно индивидуальных средств оснащения. По обобщенным статистическим данным, в период Великой Отечественной войны первая помощь на поле боя оказана в течение первых 30 минут – 54 %, от получаса до 3-х часов – 24 % и позднее 3-х часов – 7,2 % раненых. Эту работу успешно выполняли обученные, физически крепкие и выносливые санитары и санитары-носильщики, однако безвозвратные потери среди них от плотного оружейно-пулемётного огня противника были велики. Отсутствовали транспортеры для вывоза раненых и низшего звена медицинской службы с поля боя. Вследствие повторного огнестрельного ранения погибла часть раненых после оказания первой медицинской помощи [56]. БМП, возглавляемый фельдшером, в условиях позиционной обороны находился в блиндаже в 800–900 м от переднего края, во время наступления перемещался на гужевой повозке или автомашине, не отставая от боевых частей. Первая и доврачебная помощь включала следующие основные мероприятия: остановка наружного кровотечения из раны – при профузных артериальных кровотечениях накладывался жгут, при умеренных венозных либо капиллярных кровотечениях накладывалась давящая повязка индивидуальным перевязочным пакетом первой помощи. Введение внутримышечно 1 мл 1% раствора морфина. Устранение открытого пневмоторакса проводили закрытием раны груди стерильной повязкой из индивидуального перевязочного пакета и прорезиненной оболочкой поверх повязки; закрытие ран всех локализаций асептической повязкой; транспортная иммо-

билизация конечности при переломах костей, ранениях суставов, повреждении магистральных сосудов, обширных ранах мягких тканей: верхняя конечность фиксировалась к туловищу ремнем, бинтом либо гимнастеркой, нижняя – к здоровой конечности.

Первая врачебная помощь — комплекс общеврачебных мероприятий, направленных на ослабление последствий ранений, угрожавших жизни раненого, предупреждение осложнений и уменьшение их тяжести, подготовку нуждающихся к дальнейшей эвакуации. Оказание первой врачебной помощи осуществлялось на полковом медицинском пункте (ПМП), который размещался в палатках, домах, редко в землянках. Расстояние от переднего края обороны до ПМП, в зависимости от характера боевых действий и условий местности, колебалось от 1,5–2 до 4 км. При стремительном наступательном движении войск передислокация ПМП осуществлялась до шести раз в сутки. По обобщенным статистическим данным, в течение первых двух часов после ранения на ПМП доставляли до 50 % раненых, спустя 4 часа – 85 % раненых. Однако часть раненых удавалось выносить из-под интенсивного обстрела только после наступления темноты. Объем медицинской помощи на ПМП существенно зависел от боевой обстановки. Расширение объема врачебной помощи происходило за счет более полной подготовки раненых к предстоящей операции на ДМП. Полковой медицинский пункт имел 3 основных отделения: сортировочное, перевязочное и эвакуационное. Хирургические инструменты и шприцы стерилизовались кипячением. Автоклав на ПМП отсутствовал, стерильное белье в биксах доставлялось из ДМП. Сортировка раненых на ПМП носила несложный характер. Прежде всего выделялись раненые, которые транспортировались дальше, на ДМП, реже в хирургический полевой подвижный госпиталь (ХППГ) первой линии, минуя перевязочную. Среди раненых, направленных в перевязочную, устанавливалась очередность: в первую очередь проводилась обработка тяжелых раненых, в частности с наружным кровотечением [31, 32].

Мероприятия первой врачебной помощи: устранение асфиксии при ранениях, травмах головы и шеи, ожогах лица и верхних дыхательных путей, включая коникотомию, либо трахеостомию; вагосимпатическая новокаиновая блокада при повреждениях груди,

паравертебральная или межреберная новокаиновая блокада при множественных переломах ребер; капиллярная пункция мочевого пузыря при повреждениях уретры и катетеризация мочевого пузыря при задержке мочи; новокаиновые блокады (проводниковые, футлярные, области перелома) и транспортная иммобилизация конечностей табельными средствами при переломах костей, ранениях суставов, повреждениях магистральных сосудов и нервов, обширных повреждениях мягких тканей, сопровождающихся или угрожающих развитием травматического шока; противошоковые мероприятия: введение морфина, противошоковых растворов (обычно раствора глюкозы с этиловым спиртом), переливание крови, наложение герметичной повязки при открытом пневмотораксе; отсечение сегментов конечностей при их неполных отрывах с последующей транспортной иммобилизацией. На ПМП заполнялась первичная медицинская карточка на каждого раненого.

Неотложная квалифицированная хирургическая помощь оказывалась хирургами общего профиля в полевых лечебных учреждениях передового района: ДМП (медсанбат) и ХППГ, развернутых на расстоянии 4–8 км от поля боя. Приближение хирургической помощи к переднему краю должно иметь разумный предел. Нахождение медицинских пунктов и госпиталей в зоне возможного артиллерийского и минометного огня, интенсивной авиабомбардировки опасно поражением личного состава и раненых, а также повреждением или уничтожением оборудования. Отделения данного этапа чаще развертывались в палатках с удобными подъездными путями. Приемно-сортировочное отделение размещали в двух палатках: одна из них оборудовалась рядом с шоковой для лежачих, другая – для ходячих раненых. Оборудовались две операционные с предоперационной: одна – для полостных, другая – для остальных операций, материально-стерилизационная, госпитальные палатки и эвакуоотделение для лежачих и ходячих раненых. Палатки операционно-перевязочного блока располагали параллельно или крестообразно по А.А. Вишневному: предоперационная, операционная, шоковая и перевязочная. Середину между палатками накрывали брезентом. Крестообразное расположение в сухую погоду было удобное, в дождливую – вода стекала между палатками, уличную грязь несли в операционную и перевязочную [47].

Для иллюстрации интенсивности работы хирургов ДМП и ХППГ приводим в сокращении документированные данные «обычных» суток работы 20 августа 1944 г. в условиях боевой операции из монографии ведущего хирурга МСБ В.И. Парменова<sup>16</sup> [40].

*«Рядовой К. Чревосечение под эфирным наркозом по поводу множественного осколочного ранения поясничной области со сквозным ранением поперечной ободочной кишки, правой почки, печени. Ушивание 2 ран кишки. Удаление почки. Тампонада раны печени. Рассечение ран. Длительность операции 35 минут.*

*Рядовой В. Множественные ранения тела. Чревосечение под эфирным наркозом, ушивание 3 ран нисходящей ободочной кишки. Рассечение огнестрельных ран. Длительность операции 20 минут.*

*Рядовой П. Чревосечение под эфирным наркозом. Ушивание 4 ран тонкой кишки. Длительность операции 20 минут.*

*Рядовой Н. Чревосечение под эфирным наркозом. Сквозное ранение большой кривизны желудка. В животе больше литра крови. Ушивание ран желудка. Лигатура сосудов. Рассечение раны брюшной стенки. Длительность операции 22 минуты.*

*Рядовой П. Чревосечение под эфирным наркозом. Ушивание ран восходящей ободочной, слепой кишок, тампонада раны печени. Рассечение раны в поясничной области справа по поводу внебрюшинного ранения толстой кишки. Длительность операции 23 минуты.*

*Ст. лейтенант Б. Множественные ранения поперечной ободочной и восходящей ободочной кишки. Эвентрация. Обильное кровотечение. Ушивание ран кишки. Пластика сальником. Длительность операции 36 минут, главным образом из-за плохого течения наркоза и неоднократного искусственного дыхания ввиду асфиксии.*

*Рядовой Г. Резекция 50 см тонкой кишки по поводу множественных (10) обширных ран тонкой кишки при наличии перитонита и ушивание раны слепой кишки. Длительность операции 30 минут.*

*Рядовой К. Доставлен в операционную без пульса. Слепое осколочное ранение левого подреберья, проникающее в живот. Противошоковые мероприятия без эффекта. Признан неоперабельным. Смерть на операционном столе.*

---

<sup>16</sup> ПАРМЕНОВ Василий Иванович (6.12.1905 – 13.03.1984), хирург, доктор медицинских наук, профессор. В 1941–1945 гг. ведущий хирург специализированных полевых госпиталей. После демобилизации главный хирург Белорусской железной дороги, заведующий кафедрой анатомии человека и животных Гомельского пединститута.

*Рядовой Г. Обширная эвентрация тяжело поврежденной тонкой кишки. Перелом лонной кости. Чревосечение. Резекция тонкой кишки в 2-х местах (30 см и 10 см) с ушиванием 4 ран в отдалении от первых. Рассечение раны правой подвздошно-паховой области. Длительность операции 40 минут.*

*Рядовой Р. Чревосечение. Резекция 35 см тонкой кишки по поводу множественных (9) тяжелых ранений, при наличии обильной кровопотери и массивного загрязнения. Длительность операции 40 минут.*

*Мл. сержант М. Множественные ранения тонкой кишки (6) и обширное ранение слепой кишки. Чревосечение. Ушивание ран. Длительность операции 28 минут.*

*Рядовой Р. Чревосечение. Ушивание нескольких ран слепой кишки. Рассечение входной и выходной ран. Длительность операции 18 минут.*

*Рядовой К. Чревосечение. Ушивание 3 ран тонкой кишки, вправление эвентрированных кишок. Вшивание раненной сигмовидной кишки в рану. Длительность операции 20 минут.*

*Сержант К. Чревосечение. Ушивание ран сигмовидной кишки. Длительность операции 30 минут.*

*Рядовой С. Чревосечение, ушивание ран и выведение нисходящей толстой кишки (ранение в области селезеночного угла). Длительность операции 35 минут.*

Таким образом, за 24 часа произведено 14 чревосечений, в большинстве своем потребовавших сложных мероприятий по поводу множественных тяжелых внутрибрюшинных повреждений. У всех этих раненых до операции проведены противошоковые мероприятия, 9 из них получили трансфузию крови, вливание кровезаменителей. Трем раненым кровь переливалась и во время операции. Восьми раненым после операции еще были проведены трансфузии крови и кровезаменителей. Кроме 14 лапаротомий, за тот же период было проведено ушивание открытого плевноторакса у 4 раненых, одна ампутация бедра в нижней трети по поводу раздробления колена, операция перевязки сосудов у двух раненых, несколько рассечений ран (точно не зафиксировано). Один из хирургов посетил госпитальную палатку, осмотрев с терапевтом тяжелых раненых; другой хирург два раза за сутки посетил сортировочную палатку и перевязочную для тяжелораненых. Наблюдение за ранеными в эвакуопалатке было

*возложено на хирурга, ответственного за перевязочную тяжелораненых. Наконец, в промежуток времени с 18 час. 10 мин. 20.VIII до 22 часов, в течение 3,5 часов, бригада спала. Примерно в таком же темпе и объеме работа продолжалась во все последующие дни по обслуживанию боевой операции». В цитируемом фрагменте монографии не указано время приема пищи хирургической бригадой.*

Раненные в живот и грудь лидировали по летальным исходам. В.И. Парменов (1957) провел анализ летальных исходов среди 608 раненных в живот, общая смертность при ранении живота составила 52,4 %:

*«Умерли без проведения оперативного вмешательства: БМП – 13 чел. (2,1 %), ПМП – 78 чел. (12,8 %), в пути следования в МСБ – 26 чел. (4,3 %); неоперабельные в МСБ (предельно тяжелый шок и острая кровопотеря) – 45 чел. (7,4 %); всего умерли без операции 162 (26,6 %) раненных в живот. Трое легкораненных не оперированы, они выжили. После лапаротомии в МСБ из 446 человек умерли 163 (36,5 %). Следовательно, почти 27 % из числа вынесенных с поля боя раненных в живот умерли на этапах войскового района, не дойдя до операционного стола. Если сюда включить умерших после операций, то общая смертность в войсковом районе на этапах медицинской эвакуации составила 53 % (из 611 человек умерли 325). В медсанбате умерло большинство – 208 (64 %) из 325 умерших в войсковом районе. Мы обследовали на полях сражений около 1000 трупов. Среди них ранения в живот отмечены не менее чем в 30 % случаев» [40].*

Советские хирурги вступили в Великую Отечественную войну неподготовленными по проблеме лечения проникающих огнестрельных ранений груди. Действовали неправильные установки по консервативному, не дренажному, выжидательному лечению гемоторакса и пневмогемоторакса. Это явилось причиной частых инфекционных осложнений: эмпиемы плевры, вторично открывшегося пневмоторакса, остеомиелита ребер и фибриноторакса (36–38 %) при проникающих огнестрельных ранениях. Торакотомия в госпиталях войскового района выполнялась исключительно редко и поздно. Лишь на заключительном этапе войны пришло понимание целесообразности экстренного дренирования плевральной полости по поводу огнестрельного пневмогемоторакса [38]. Приводим выдержки из

книги Н.М. Амосова<sup>17</sup>, ведущего хирурга ППГ-2266, окончившего Архангельский государственный медицинский институт в 1939 г. К началу войны Н.М. Амосов имел небогатую хирургическую практику в течение всего двух лет. В июле 1941 г., сразу после назначения на военную должность, он изучил «Указания по военно-полевой хирургии». Вот его первые размышления о прочитанном [47]:



**Н.М. Амосов,**  
военно-полевой  
хирург в годы  
Великой  
Отечественной  
войны

*«Можно и не иссекать, а только рассекать рану. И что самое главное – нельзя её зашивать. Ни в коем случае. Это подчеркнуто в «Указаниях» несколько раз. Практика войны показала: в медсанбате иссекут рану, зашьют, эвакуируют, а пока раненый придет в госпиталь, где перевязка – уже газовая [гангрена – прим. авт.], уже ампутировать нужно. А то и поздно... О ранениях живота – тоже ничего нового. Лечить, как и в мирное время. Сумею. Только оперировать нужно в первые шесть часов. Как их так быстро доставить, если армия отступает? Но не будет же отступить вечно... Череп должны оперировать нейрохирурги в спецгоспитале... Грудь – туманно. Главное новое – отсасывать гемоторакс. А насчет операции – осторожно. Только*

*грудную стенку. Да, ещё ушивать пневмоторакс. И то – до кожи! Не знаю, как» (с. 17–18).*

1943 год: *«Рана слева на боковой поверхности груди, обширная – видимо, крупным осколком. Снесен большой участок кожи и мышцы, пересечены пять ребер. Зияют серые дышащие легкие... Пришлось произвести операцию ушивания открытого пневмоторакса, затампонировать плевральную полость. Наложили тугую повязку, отнесли в соседнюю хату, положили на печку. Надежды почти никакой» (с. 116).*

<sup>17</sup> АМОСОВ Николай Михайлович (06.12.1913 – 13.12.2002), общий, военно-полевой, торакальный и сердечно-сосудистый хирург высшей квалификации, доктор медицинских наук, профессор (1954), член-корреспондент АМН СССР (1961), действительный член АН УССР (1969), член Союза писателей СССР (1974), один из основоположников отечественной грудной и сердечно-сосудистой хирургии, биокибернетики, выдающийся изобретатель и общественный деятель.

*«Открытые пневмотораксы, наряду с проникающими ранениями в живот, – главный объект больших операций в медсанбате. Установка: нужно защитить рану грудной стенки, не обращая внимания на раненное легкое... Три дня после операции было терпимо. Пунктировали, отсасывали кровь, экссудат – до литра в день... На восьмой день повязка стала обильно промокать, а на десятый – двенадцатый начал проходить воздух. Еще через пару дней вовсе развалились раны и открылись зияющие отверстия, через которые виднелось легкое. Пневмоторакс открылся вторично... Состояние раненых ухудшилось: прогрессировал сепсис. Он развивался куда быстрее, чем при ранениях конечностей... Естественно, пробовали ушивать разошедшиеся раны. Бессмысленно... Швы держали не более трех-четырёх дней, потом все повторялось» (с. 129).*

И только в августе 1944 г., за девять месяцев до окончания войны, Н.М. Амосов записал: *«Сделал операцию, о которой давно мечтал – радикально прооперировал ранение груди с обработкой раны легкого. Операция заняла два часа. Дрожал ужасно, когда отсекал по зажиму кусочек доли с осколком. А потом боялся, что не ушью. При кашле легкое страшно вытирало в рану, делали под местной анестезией. Раненый капитан вел себя отлично. В конце, когда воздух отсасывали, совсем повеселел и свободно сидел на столе. И губы уже не синие, а просто бледные... На другой день воздух перестал выходить из дренажа, и мы наладили отсос нашей системой из трех ампул. В общем, очень понравилась операция, только много времени требует и страшно. Вся другая хирургия была обычная» [47].*

С.Л. Либов<sup>18</sup> (1950) изучил 194 протокола вскрытия тел умерших в первые четверо суток после проникающего ранения груди. Сроки наступления летального исхода: первые сутки – 78 (40,2 %), вторые сутки – 77 (39,7 %), третьи – 27 (13,9 %), четвертые – 12 (6,2 %). Оперированы из числа умерших 84,6 %, защиты раны грудной стенки в 76,7 % случаев. Причины смерти: большой гемоторакс объемом 1750–3000 мл – 18,8 %, гемоторакс меньшего объема и плевропульмональный шок – 51 %, напряженный пневмоторакс – 5,15 %, отек легких – 3,1 %, обширные разрушения внутренних органов – 6,2 %. Та-

<sup>18</sup> ЛИБОВ Сергей Леонидович (18.07.1910 – ?), хирург, доктор медицинских наук, профессор. С 1946 г. занимался грудной хирургией, трижды командировался в страны социалистического блока (Болгария, Вьетнам), где организовал отделения хирургии сердца и детской торакальной хирургии.

ким образом, не менее чем в 90 % аутопсий не обнаружено абсолютно смертельных повреждений груди. Закрытое дренирование плевральной полости в последний период войны привело к снижению частоты расхождения краев огнестрельной раны грудной стенки и вторичного пневмоторакса с 36,2 до 5,9 % (Н.Н. Еланский, 1950). Тампонада полости эмпиемы плевры по А.В. Вишневному через огнестрельную рану без дополнительного дренирования нижнего отдела плевральной полости явилась малоэффективным методом лечения. Цитируемые материалы военно-полевых хирургов позволяют утверждать, что раненные в грудь и живот чаще всего погибали в войсковом районе. В эвакогоспитали ГБФ эвакуировались не самые тяжелые раненые с незажившими ранами, флегмонами, абсцессами, торакальными и кишечными свищами, остеомиелитом ребер, грудины и других костей [30–32, 38].

Сроки эвакуации из МСБ и ХППГ зависели от санитарно-тактической обстановки и состояния раненых. При осложненном течении эвакуация в специализированные госпитали ГБА задерживалась на срок более 15–20 суток. Тяжелораненые и больные с осложненным длительным течением патологического процесса проходили следующие этапы стационарного лечения: ДМП или ХППГ войскового района; специализированные госпитали госпитальной базы армии; специализированные госпитали госпитальной базы фронта; госпитали глубокого тыла.

Госпитальная база – объединение эвакогоспиталей, вспомогательных частей и организаций под единым руководством, которая развертывалась на театре военных действий и в тылу страны для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи пораженным в боях и больным, их реабилитации. Во время Великой Отечественной войны госпитальные базы развертывались в составе действующих армий (ГБА) в виде одного или двух эшелонов, в составе фронтов (ГБФ) в виде двух-трех эшелонов. Сроки лечения в ГБА устанавливались до 30–45 суток, при благоприятной боевой и медицинской обстановке – до 60 суток. В эвакогоспиталях ГБФ пораженные и больные находились до выздоровления или до 90 суток. В госпитальной базе осуществлялась квалифицированная и специализированная помощь в профильных госпиталях, действовала военная врачебно-экспертная комиссия. Раненые и больные, нуждавшиеся в более продолжительном лечении, а также инвалиды эвакуировались в госпитали глубокого тыла страны [24].

Выбор административного района для развертывания ГБФ определялся рядом обстоятельств: достаточная удаленность от зоны боевых действий, наличие удобных круглогодичных (желательно железнодорожных) путей эвакуации, жилого фонда с крупными больничными учреждениями и общественными зданиями, в которых можно развернуть эвакогоспитали на несколько тысяч раненых и больных. Учитывалось наличие водоисточников, санитарно-эпидемиологическое состояние местности. В ГБФ развертывались сортировочный, специализированные и многопрофильные хирургические эвакогоспитали со специализированными отделениями: нейрохирургическим – для раненных в голову, шею и позвоночник, торакоабдоминальным – для раненных в туловище (грудь, живот и таз), травматологическим – для раненных с повреждением крупных трубчатых костей, суставов и сегментов конечностей, урологическим, кожно-венерологическим отделением; инфекционный, неврологический, терапевтический и туберкулезный эвакогоспитали. Структура ГБФ и отдельных эвакогоспиталей была динамичной; она изменялась соответственно медико-санитарной обстановке. Маршрутизацию эшелонов с ранеными и больными, прибывавших из войскового района, с целью равномерного заполнения специализированных эвакогоспиталей осуществлял фронтальной эвакуационный пункт (ФЭП). Для обеспечения бесперебойной работы ГБФ развертывался батальон материально-технического обеспечения. Неритмичное массовое поступление раненых и больных в ГБФ, в отличие от наполнения госпиталей тыла страны, требовало четкой организации их приема в любое время суток и в любом количестве. Разгрузка прибывших санитарных поездов и автотранспорта, учет и медицинская сортировка поступавших для организации специализированного лечения, поголовная санитарная обработка, дезинфекция обмундирования банно-прачечным подразделением, бесперебойное питание госпитализированных – всё это осуществлялось личным составом эвакогоспиталей [56].

На всех этапах эвакуации проводилась медицинская сортировка раненых. В процессе ее определялась нуждаемость и очередность поступления раненых в функциональные подразделения данного этапа (внутрипунктовая сортировка), способ, очередность, вид транспорта и направление дальнейшей эвакуации (эвакуационно-транспортная сортировка), а также оказывалась неотложная помощь. При этом сортировка, начиная с момента оказания первой врачебной помощи,

носила прогностический характер. В процессе сортировки решались следующие задачи: выделялись группы нуждающихся в неотложной помощи, в оказании помощи в порядке очереди, легкораненых, агонирующих (нуждающихся в симптоматической терапии) раненых. Определялись перспективы и ориентировочные сроки возвращения в строй раненных военнослужащих, вероятность развития осложнений в период их транспортировки и на последующих этапах.

Лечение раненых представляло сложный, длительный, нередко достаточно травматичный процесс. Большинству из них на этапе не могла быть оказана исчерпывающая помощь в ранние сроки и поэтому ее приходилось расчленять, то есть оказывать поэтапно в строго необходимом и возможном объеме с сохранением преемственности в ходе всего процесса лечения. В полевых условиях было ошибкой невыполнение объема медицинской помощи для устранения жизнеопасных синдромов и осложнений (шок, кровотечение, удушье и др.) и наоборот, выполнение излишних лечебных мероприятий, затруднявших дальнейшую транспортировку раненого и снижавших ее переносимость.

## **2.2. Медицинская документация на этапах эвакуации**

Успех лечения раненых и больных зависел от многих факторов: оптимальной структуры этапов эвакуации, укомплектования кадрами, оснащения и мобильности войсковых медицинских учреждений, строгого соблюдения преемственности в лечении, совершенствования лечебно-диагностических методов по мере накопления опыта оказания медицинской помощи. Контроль осуществлялся главными специалистами ГВСУ, а также фронтов и госпитальных баз на основе разработанных форм персонального учёта раненых и больных, статистической отчетности об их движении, хирургических операциях, переливаний крови и других лечебных методах, исходах лечения. Формы документации введены в действие приказом Наркома обороны 21 мая 1941 г. Организовано централизованное обеспечение бланками учета и отчетности всех медицинских учреждений. Этапное лечение раненого без надлежащей документации невозможно, поэтому ей придавалось большое значение в военно-полевой хирургии [56].

**СКОРАЯ ПОМОЩЬ:**

<p>Фамилия ..... имя .....</p> <p>отчество .....</p> <p>Рядовой, мл. командир, начсостав, пленный (подчеркнуть) .....</p> <p>Ранен: голова, грудь, живот, конечности; контужен, обморожен, обожжен, поражен БОВ, больной (подчеркнуть) .....</p> <p>диагноз .....</p> <p>Куда эвакуирован: .....</p> <p>..... 194 г. ..... дата заполнения карточки</p>	<p>Фамилия ..... имя ..... отчество ..... Рядовой, мл. командир, начальствующий состав, пленный (подчеркнуть) .....</p> <p>ДИАГНОЗ (подчеркнуть) .....</p> <p>А. РАНЕНИЕ: ..... пулевое, осколочное, хлзодн. оруд., Б. СЛЕПОЕ, сквозное, касательное, пронзающее, неэлектрическое, множественное. В. РАНА РВАННАЯ, не равная. ....</p> <p>Г. С ПОВРЕЖДЕНИЕМ груди, живота, таза, позвоночника, суставов, черепа, лица, челюсти, глаза, шеи.</p> <p>Д. РАНЕНИЕ: ..... конечности, правой, левой, верхней, нижней.</p> <p>точно обозначить анатомическую область .....</p> <p>диагноз заболевания, поражение: БОВ, контузии, ожог, обморожение .....</p>	<p>Дата и час ранения: .....</p> <p>МЕДПОМОЩЬ в рот..... ч..... м. е..... »</p> <p>ЖГУТ: дата и час наложения .....</p> <p>на БМП..... ч..... м. е..... »</p> <p>на ПМП..... ч..... м. е..... »</p> <p>Где и когда заполнена карточка .....</p> <p>ПМП..... поля е..... »</p> <p>ДМП..... дивиз. е..... »</p> <p>Фамилия врача: .....</p>	<p>ВВЕДЕНА СЫВОРОТКА: антистафиллококцидная е..... » доз</p> <p>антигаггерозная е..... » доз</p> <p>на ПМП..... ч..... м. е..... »</p> <p>Где и когда заполнена карточка .....</p> <p>ПМП..... поля е..... »</p> <p>ДМП..... дивиз. е..... »</p> <p>Фамилия врача: .....</p> <p>Как эвакуировать (пузырек оксигена)</p> <p>Пешком</p> <p>Сидя</p> <p>Лежа</p>
---	--	---	---

**СПЕЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ПОРАЖЕННОМУ ОВ!**

Рис. 2.1. Первичный медицинский документ пострадавшего в бою – карточка передового района (лицевая сторона). Иллюстрация из книги «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. Т.1»

ЗАПИСИ СЛЕДУЮЩИХ ЭТАПОВ ЭВАКУАЦИИ:						ОСОБЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ ВРАЧА:
Дата и час прибытия	Наименование этапа	Дата и час выбытия	Дата и час прибытия	Наименование этапа	Дата и час выбытия	
Оказанная помощь (название операции)			Оказанная помощь (название операции)			<p>Умер «.....» 194 г.</p> <p>от .....</p> <p>Погребен .....</p> <p>Фамилия врача: .....</p>
Куда направляется .....			Куда направляется .....			
<p>Фамилия врача: .....</p> <p>наименование леч. учреждения, где наступил исход</p> <p>Исход: возвращен в часть стрелковым, нестрелковым, направлен в батальон выздоравливающих, уволен в отпуск, уволен вовсе (подчеркнуть)</p>			<p>Фамилия врача: .....</p>			
Куда направляется .....			Куда направляется .....			

Рис. 2.2. Первичный медицинский документ пострадавшего в бою – карточка передового района (оборотная сторона). Иллюстрация из книги «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. Т.1»

*Медицинская карточка передового района.* Заполнялась при оказании первой врачебной помощи на ПМП или ДМП. Это важный документ, дающий возможность судить о времени ранения, времени и характере доврачебной и первой врачебной помощи, тяжести ранения и эффективности проведенных мероприятий. Оценка начального периода ранения основывалась на этом документе, сопровождавшем раненого в течение всего времени лечения. В данный первичный медицинский документ вносились формальные сведения, дата рождения, диагноз, оказанная доврачебная и первая врачебная помощь, пункт эвакуации, исход ранения: возвращение в воинскую часть строевым, нестроевым, направление в батальон выздоравливающих, увольнение в отпуск, увольнение из вооруженных сил.

*История болезни.* Являлась основным документом и сопровождала раненого и больного на всех этапах эвакуации. Единственная история болезни отражала течение раневого процесса или заболевания с момента его возникновения до исхода лечения на всех этапах эвакуации. В каждом госпитале, куда эвакуировали раненого или больного, заполнялась новая обложка истории болезни, в которую вкладывалась история болезни с предыдущего этапа, прибывшая вместе с раненым. Врач этапа делал записи о состоянии раненого и больного и проводимом лечении. Рентгенограммы, листки лабораторных исследований и другие документы составляли часть истории болезни. Конверт-эвакуационная карточка служила не только для упаковки, но и включала транспортную характеристику раненого. Историю болезни было положено заводить в приемно-сортировочном взводе МСБ, ХППГ, но рукописная работа отнимала много времени и вела к задержке оказания экстренной помощи раненым. Оформление истории болезни в операционной также резко тормозило выполнение операций. Более удобным оказалось заполнение этого документа врачами госпитального взвода. Оперировавшие хирурги немедленно после операции составляли или диктовали по возможности подробную запись хирургического вмешательства. История болезни военнослужащего представляла уникальный документ, в котором отражены возникновение, течение, осложнения, диагностика и лечение патологического процесса. Материалы истории болезни служили основой для принятия экспертного решения об исходе лечения, экспертной оценки квалификации лечащих врачей. История болезни выполняла образовательную, научно-исследовательскую и статистическую функции.



*Операционный журнал.* В него вносили формальные данные раненого, дату и время операции, операционную бригаду, название и детальное описание оперативного вмешательства, послеоперационный диагноз и сведения о ближайшем исходе операции в пределах данного этапа медицинской эвакуации.

*Книга записей хирурга.* В ней велась регистрация особенностей ранений, оперативных вмешательств и краткий анализ ранений, закончившихся летально. Ежедневные записи в книге являлись источником сведений при составлении месячных отчетов военно-полевого хирурга.

*Карточка аутопсии.* Этот документ заполнялся на умерших на любом этапе и имел важное значение для оценки характера ранения и лечебных мероприятий.

В каждом эвакогоспитале ежемесячно заполнялась секретная отчетная форма 11 ОВЗ в четырех экземплярах. Три экземпляра направляли начальникам санитарной службы по подчиненности, 4-й оставляли в госпитале. Сведения представляли 8-го числа следующего месяца. Учетной единицей являлся раненый, больной. Учитывалось только основное ранение или заболевание, которое превалировало в данный момент. К отчету прилагался список умерших в этом госпитале и по пути эвакуации к нему по следующей форме: фамилия, имя, отчество, год рождения, воинское звание, дата госпитализации, дата смерти, клинический и патолого-анатомический диагноз.

На лицевой стороне формы 11 ОВЗ представлены следующие разделы.

1. Локализация поражений огнестрельным и холодным оружием:
  - череп – с повреждением костей, без повреждения костей;
  - лицо – с повреждением костей, без повреждения костей;
  - глаза; шея – проникающие, непроникающие;
  - грудь – проникающие с открытым пневмотораксом, проникающие без открытого пневмоторакса, непроникающие;
  - живот – проникающие, непроникающие;
  - позвоночник; верхние конечности – 9 градаций сегментов (плечевой сустав, плечо, локтевой сустав, предплечье, лучезапястный сустав и т.д.) с повреждением костей, без повреждения костей;
  - нижние конечности – 10 градаций сегментов (бедро, коленный сустав, голень, голеностопный сустав и т.д.) с повреждением костей, без повреждения костей; таз; половые органы.

Поражение боевыми отравляющими веществами – градации по виду БОВ.

Отморожения – 3 градации по степени (I, II, III).

Ожоги – 3 градации по глубине ожога (I, II, III степени).

Контуженные.

2. Всего пораженных в боях – ..., раненых холодным оружием – ..., с множественными комбинированными ранениями – ..., со столбняком – ..., с газовой инфекцией – ..., с рожей – ... .

Миксты: раненые + СОВ – ..., раненые + НОВ – ..., раненые + отморожение – ..., раненые + ожог – ... .

3. Произведено операций – ...; переливаний крови – ... .

Всего случаев шока – ...; число переливаний крови при шоке – ... .

Число умерших от шока – ...; число умерших от кровопотери – ... .

4. Ампутации и вычленения конечностей.

В таблице «Локализация повреждений» имеются следующие вертикальные графы: всего на 1-е число отчетного месяца; поступило из воинских частей, лечебных учреждений; возвращено в часть; эвакуировано; направлено в батальон выздоравливающих и санаторий; признаны ограниченно годными; уволены в отпуск, в запас, вовсе из Красной армии; умерли всего, в том числе от газовой инфекции: осталось на 1-е число следующего месяца; умерли из числа оперированных на данном этапе; умерли из числа оперированных на предыдущем этапе.

5. В нижней части лицевой стороны размещена таблица «Состав раненых». В ней имеются следующие горизонтальные графы: Красная армия – рядовой состав, младший начальствующий состав, начальствующий состав; военнослужащие войск НКВД; военнослужащие Военно-морского флота; военнослужащие войск союзников; военнопленные; пенсионеры Красной армии; члены их семей и прочие.

На обратной стороне формы 11 ОВЗ размещены следующие разделы. Основной раздел в виде таблицы – движение больных. В нем имеются 50 горизонтальных граф с перечислением групп заболеваний и отдельных нозологических форм: острые желудочно-кишечные болезни, гемоколиты, пищевые токсикоинфекции, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, острый аппендицит,

хронический аппендицит, болезни печени и желчных путей, болезни зубов, болезни кожи и подкожной клетчатки, туберкулез легких: активный туберкулез, неактивный туберкулез; сифилис: первичный, вторичный, третичный; мягкий шанкр, гонорея, грипп, крупозная пневмония, плевриты, болезни сердца, небоевые травмы, другие болезни.

В таблице «Движение больных» имеются следующие вертикальные графы: всего на 1-е число отчетного месяца; поступили из воинских частей, лечебных учреждений; возвращены в часть; эвакуированы; направлены в батальон выздоравливающих и санаторий; признаны ограниченно годными; уволены в отпуск, в запас, вовсе из Красной армии; умерли всего, в том числе от газовой гангрены; осталось на 1-е число следующего месяца.

В нижней части обратной стороны размещена таблица «Состав больных», идентичная таблице «Состав раненых» на лицевой стороне. Кроме того, на обратной стороне размещали сведения о работе физиотерапевтического кабинета, рентгенокабинета, лаборатории и амбулаторном приеме больных. Таким образом, ежемесячная форма отчета содержала полные сведения о структуре раненых и больных, предоставляла возможность анализировать эффективность работы эвакуогоспиталей и госпитальной базы в целом.

Кроме перечисленных документов, вели и другие учетные документы – книгу учета раненых, алфавитную книгу, перевязочный журнал, журнал переливания крови, ведомости на эвакуированных и т.д.

Весьма важным документом являются отчеты хирургов. В первые годы войны эти отчеты составлялись по календарным датам, и лишь во вторую половину войны выявилась потребность не только выделять календарные сроки отдельных хирургических операций, но и составлять их применительно к данной боевой операции. Следует отметить, что отчеты не только фронтовых и армейских хирургов, но и ведущих хирургов отдельных госпитальных баз и госпиталей представляли большой научный интерес и требовали серьезного изучения.

Отчетные данные использовались для статистического анализа и служили основой для подготовки докладов на конференциях врачей

армий, фронтов и тыловых госпитальных баз. Эти отчеты оказали также большую помощь в изучении опыта лечения раненых и больных в годы Великой Отечественной войны. В последующем такие отчеты были использованы при составлении большинства работ, опубликованных в хирургических журналах и сборниках во время войны и в послевоенные годы. Был накоплен также большой иллюстративный материал: фотографии, рисунки, препараты и документальные фильмы. Перечисленные письменные и иллюстративные документы явились основой для написания монографий, докторских и кандидатских диссертаций в послевоенные годы.

Опыт лечения огнестрельных ранений груди представлен в материалах XXV Всесоюзного съезда хирургов (Москва, 1946), в 9-м томе многотомного издания «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» На съезде заслушаны следующие доклады: Линберг Б.Э.<sup>19</sup> Клиника плевроролечных нагноений военного и мирного времени (раневые осложнения возникли у 8400 (25,1 %) из 33500 раненых); Левит В.С. Послераневые хронические эмпиемы плевры (выздоровление достигнуто только в половине наблюдений); Джанелидзе Ю.Ю. Бронхиальные свищи огнестрельного происхождения; Колесников И.С.<sup>20</sup> Инородные тела сердца и перикарда.

Итоги деятельности медицинских учреждений в период Великой Отечественной войны свидетельствовали о неблагоприятном влиянии на исходы лечения большого числа этапов в ЛЭО пораженных в боях, в частности, двух-трех эшелонов ГБА и ГБФ. В составе неэшелонированной госпитальной базы должны находиться все специализированные госпитали или специализированные отделения в составе госпиталей, в которых обеспечивается оказание специализированной медицинской помощи при любых боевых поражениях и болезнях [23, 24].

---

<sup>19</sup> ЛИНБЕРГ Борис Эдмундович (16.04.1885 – 31.05.1965) – советский хирург, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РСФСР, лауреат Ленинской премии.

<sup>20</sup> КОЛЕСНИКОВ Иван Степанович (15.12.1901 – 18.05.1985) – советский хирург, доктор медицинских наук, профессор, академик АМН СССР, генерал-майор медицинской службы, заслуженный деятель науки РСФСР; Герой Социалистического Труда. Лауреат Ленинской и Государственной премии СССР.

## Руководители Военно-санитарного управления и главные специалисты Карельского фронта



**Клюсс И.А.**  
(1899–1948)

Генерал-майор м/с, начальник ВСУ  
23.08.1941 г. – 10.04.1944 г.



**Песис А.Е.**  
(1893–1964)

Полковник м/с, начальник ВСУ  
11.04.1944 г. – 1.09.1945 г.



**Арьев Т.Я.**  
(1907 – 1981)

Генерал-майор м/с,  
помощник начальника ВСУ  
Карельского фронта  
в 1941–1942 гг.



**Толкачёв И.А.**  
(1899 – 1982)

Полковник м/с,  
начальник медицинской службы  
Северного флота  
в 1941–1946 гг.



**Бок Е.А.**  
**(1896 – 1954)**

Полковник м/с, д.м.н., профессор,  
главный хирург Карельского фронта  
16.09.1941 г. – 08.04.1942 г.



**Колесников И.С.**  
**(1901 – 1985)**

Генерал-майор м/с, д.м.н., профессор,  
академик АМН СССР,  
Герой Социалистического Труда,  
главный хирург Карельского фронта  
19.05. – 08.09.1942 г.



**Казанский А.А.**  
**(1899 – 1991)**

Полковник м/с,  
главный хирург Карельского фронта  
08.09.1942 г. – 10.04.1944 г.



**Вишневский А.А.**  
**(1906 – 1975)**

Генерал-полковник м/с,  
д.м.н., профессор, главный хирург  
Карельского фронта  
10.09.1944 г. – 29.08.1945 г.



**Лясс М.А.**  
**(1899 – 1946)**

Полковник м/с, д.м.н., профессор,  
главный терапевт Карельского фронта  
16.09.1941 г. – 18.04.1944 г.



**Молчанов Н.С.**  
**(1899 – 1972)**

Генерал-лейтенант м/с,  
д.м.н., профессор,  
главный терапевт Карельского фронта  
10.04.1944 г. – 29.08.1945 г.



**Дилигенский В.Г.**  
**(1898–1976)**

Полковник м/с,  
главный эпидемиолог  
Карельского фронта  
23.08.1941 г. – 15.04.1944 г.

**Портных В.Л.**  
**(1905 – ?)**

Главный эпидемиолог  
Карельского фронта  
10.04.1944 г. – 29.08.1945 г.

**Семенов С.И.**

Начальник главного фронтового  
эвакопункта № 96  
08.03.1942 г. – 29.08.1945 г.

### Глава 3. Медицинское обеспечение Карельского фронта и Северного флота в обороне и наступлении

Военно-санитарное управление Карельского фронта с 23 августа 1941 г. по 10 апреля 1944 г. возглавлял генерал-майор И.А. Клюсс<sup>21</sup>; с 11 апреля 1944 г. по 1 сентября 1945 г. – полковник медицинской службы А.Е. Песис. Полковые медицинские пункты были развернуты в 3–8 км, медико-санитарные батальоны и полевые подвижные госпитали – в 10–20 км от переднего края. В декабре 1941 г. функционировал 31 ППГ. Основную часть неотложных операций в войсковом районе выполнили хирурги МСБ и ХППГ. Госпитали войскового района были профилированы по 12 специальностям: для раненных в грудь, живот, конечности, челюстно-лицевые, нейрохирургические, для пораженных с термическими повреждениями, легкораненных и др. Специализация госпиталей осуществлялась за счет придания им врачебно-сестринских групп из отдельных рот медицинского усиления. Коечная мощность госпиталей войскового района в сентябре 1941 г. составляла 17105. Создание в 1942 г. госпиталей для легкораненных в воинском районе позволило уменьшить нагрузку на транспорт, использованный для эвакуации раненых в госпитальную базу фронта, сформированную в Архангельской области.

Медико-санитарный отдел Северного флота перед Великой Отечественной войной располагался в Мурманске. Начальником являлся военврач 1 ранга И.А. Толкачев<sup>22</sup>, врачами-инструкторами: военврач 2 ранга И.П. Комаров и военврач 3 ранга А.А. Кривоненко. *Структура отдела.* Первое отделение – организационно-плановое: планирование и осуществление боевой подготовки в медицинских частях, соединениях и объединениях флота, начальник

<sup>21</sup> КЛЮСС Иван Александрович (24.06.1899 – 23.10.1948) — видный деятель советской военной медицины, участник Гражданской и Великой Отечественной войн, генерал-лейтенант медицинской службы, доктор медицинских наук, профессор. В 1941–1945 гг. – начальник Военно-санитарного управления Карельского, затем 3-го Украинского фронтов.

<sup>22</sup> ТОЛКАЧЕВ Иван Аверьянович (12.09.1899 – 1982), военно-морской хирург. С 1939 г. начальник медико-санитарного отдела Северного флота. После окончания Великой Отечественной войны возглавлял Кронштадтский военно-морской госпиталь. За свою службу удостоен орденом В.И. Ленина, двумя орденами Красного Знамени, орденами Отечественной войны I степени и многими медалями.

– военврач 3 ранга В.А. Красный, врач по организационно-мобилизационной работе – интендант 3 ранга П.С. Игнатьев. Второе отделение – лечебно-профилактическое: планирование и организация лечебно-профилактической работы, начальник – военврач 3 ранга В.П. Некрасов. Третье отделение – санитарно-гигиеническое, начальник – военврач 1 ранга И.А. Любарский, врач по поликлиническим учреждениям Н.М. Циулин. Четвертое отделение – отделение медицинского снабжения, начальник Г.Т. Орлов. Пятое отделение – санитарно-ветеринарное, начальник отделения интендант 3 ранга И.И. Файфер, фармацевт – старший интендант 2 ранга Н.Ф. Иванов. Шестое отделение – политическое, начальник – военврач 3 ранга В.А. Шмаков. Укомплектованность медицинской службы флота к началу войны была неполной и составляла: врачами 63 %, фельдшерами 47 %, зубными врачами 70 %. После мобилизации к сентябрю 1941 года укомплектованность флота врачами достигла 98 % (145 офицеров медицинской службы) [9].

В начале войны перед медицинской службой Северного флота были поставлены задачи лечебно-эвакуационного, противоэпидемического, санитарно-гигиенического обеспечения, снабжения медицинским имуществом, а также мероприятия по защите личного состава от воздействия поражающих факторов современных видов оружия. В распоряжении Медико-санитарного отдела флота к началу войны имелась сеть лечебных учреждений на 455 коек, которая обеспечивала оказание квалифицированной медицинской помощи личному составу и состояла из 3 военно-морских госпиталей и 5 базовых лазаретов. Мурманский военно-морской госпиталь перед войной был развернут на 200 коек; штатная численность начальствующего состава – 36, младшего начсостава – 28, вольнонаемных – 106 человек. Начальник госпиталя – военврач 2 ранга Н.И. Быстров. Северный флот имел дом отдыха на 100 мест в г. Сестрорецк Ленинградской области [9].

Снабжение медицинским имуществом проводилось через медицинские склады в Мурманске и Архангельске. В декабре 1940 г., за 6 месяцев до начала Великой Отечественной войны, введен в действие «Сборник комплектов медико-санитарного имущества для частей и учреждений Красной армии на военное время», описи ко-

торых были составлены в соответствии с новыми взглядами на медицинское обеспечение боевых действий войск. Внедрение в практику новых комплектов медицинского имущества способствовало улучшению функционирования системы медицинского снабжения. В частности, возможность использования одних и тех же комплектов для оснащения различных подразделений, частей, кораблей и учреждений позволяла оперативно вносить изменения в нормирующие документы. Для сил флота в 1940 г. был разработан и утвержден отдельный «Табель медицинского снабжения кораблей и подводных лодок ВМФ». В период Великой Отечественной войны войска действующей армии, корабли и части Северного флота обеспечивались медикаментами в плановом порядке один раз в месяц, а в периоды боёв – по потребности. В военное время сокращена номенклатура медицинского имущества и значительно увеличены нормы отпуска из расчёта на ожидаемые санитарные потери [9].

Система медицинского снабжения бригады подводных лодок СФ строилась по схеме: медицинский склад флота – береговая база соединения подводных лодок. Всё медицинское имущество с медицинского склада в Мурманске из-за угрозы уничтожения авиацией противника было перераспределено между Архангельском и Полярным. Эта система вполне себя оправдала в ходе медицинского обеспечения боевых действий и перестройки не потребовала.

Крупные боевые морские операции и маневренные сражения на береговой полосе потребовали разработки новых наставлений и инструкций. Медико-санитарное управление ВМФ СССР под руководством Ф.Ф. Андреева подготовило наставление по медицинскому обеспечению десантных операций, инструкции по санитарно-эпидемиологическому режиму ВМФ, об оборудовании кораблей морского и речного флота под госпитальные и санитарно-транспортные суда и др. Были согласованы вопросы взаимодействия медицинских служб Красной армии и ВМФ. 27 июня 1941 г. на все фронты и флоты (флотилии), в военные округа передано совместное распоряжение ВСУ Красной армии и МСУ ВМФ о полной согласованности действий в лечебно-эвакуационном обеспечении медицинских формирований армии и флота. Согласно данному распоряжению, раненых и больных моряков и летчиков с кораблей, частей береговой обороны и

морской авиации транспортировали в береговые морские госпитали силами и средствами флота. Специальных тыловых госпиталей Медико-санитарного управления ВМФ не формировало. Эвакуация из береговых морских госпиталей осуществлялась в армейские и фронтовые госпитальные базы. На Северном флоте созданы медицинские эвакуационные подразделения [22]. В период летней навигации, до ледостава, перевозка раненых и больных из военно-морских госпиталей Кольского полуострова велась по Белому морю и Северной Двине в Архангельск на госпитальном судне «Воронеж», санитарно-транспортном судне «Вятка» и на приспособленном речном пассажирском пароходе.

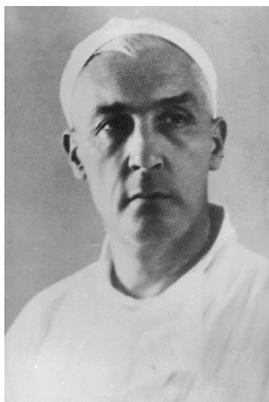
В 1943 г. Военно-санитарное управление ВМФ приняло решение о разработке новых норм снабжения медицинским имуществом кораблей, частей и учреждений флота с учетом опыта войны. В 1944 г. были подготовлены и введены в действие приказом Народного комиссара ВМФ СССР 1944 г. № 530 «Временные нормы медико-санитарного имущества кораблей и частей ВМФ». Этими нормами, для сокращения затрат времени на обеспечение кораблей и подводных лодок в период подготовки к походу или при срочном выходе их в море, предусматривалось содержание на медицинских складах флота и на береговых базах обменного фонда комплектов медицинского имущества. В комплектное оснащение подводных лодок были впервые включены высокоэффективные для того времени лекарственные средства: фенамин, сульфазол, сульфидин, противоожоговый порошок, раствор морфина в шприц-тюбиках.

Медицинская служба Северного флота к началу войны не имела в своем распоряжении резерва личного состава, поэтому при срочном формировании медицинских учреждений Йоканьгской военноморской базы они были укомплектованы офицерами Медико-санитарного отдела флота. Таким же образом был укомплектован МСО Беломорской военной флотилии, который возглавил начальник 3 отделения подполковник И.А. Любарский [9].

В начале Великой Отечественной войны главным хирургом Северного флота назначен к.м.н. Д.А. Арапов<sup>23</sup>. Он провел большую

---

<sup>23</sup> АРАПОВ Дмитрий Алексеевич (21.11.1897 – 14.06.1984) – советский хирург, член-корреспондент Академии медицинских наук СССР (1953), генерал-лейтенант медицинской службы (1961). Герой Социалистического Труда (1977).



**Д.А. Арапов,**  
главный хирург  
Северного флота

работу по организации хирургической помощи в госпитале. Под его руководством введена единая методика лечения раненых и поражённых, прежде всего изменена техника хирургической обработки огнестрельных ран. Перу Д.А. Арапова принадлежат более 200 научных работ. К наиболее выдающимся работам следует отнести его исследования по анаэробной инфекции, клиническому применению специфических сывороток в хирургической практике, ингаляционному наркозу. Первая в нашей стране монография о газовой гангрене, изданная им в 1940 г., стала настольной книгой хирургов на фронте и в тылу.



Рис. 3.1. Главный хирург Северного флота к.м.н. Д.А. Арапов (крайний слева в первом ряду) и главный хирург НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского профессор С.С. Юдин (справа от Д.А. Арапова) среди коллег. 1940-е гг.

Опыт ведения боевых действий первых месяцев войны показал, что не все необходимые медицинские подразделения были предусмотрены в мобилизационном плане. В срочном порядке были созданы медико-санитарные роты в бригадах морской пехоты, пункт переливания крови при ВМГ в Полярном. В 1941 г. сформированы базовые поликлиники в Архангельске, а в 1942 г. – в Мурманске. Особыми формированиями военного времени при флотских экипажах явились команды выздоравливающих, которые сыграли значительную роль в высвобождении коечной емкости госпиталей. Все эти предложения по оптимизации структуры и численности медицинских подразделений и учреждений подготовлены МСО Северного флота.



Рис. 3.2. Военно-морской госпиталь, г. Полярный

Перед войной госпиталь в Полярном на 100 коек располагался в двухэтажном деревянном доме барачного типа. По штату мирного времени он имел приёмный покой, палаты для больных, ординаторскую, операционную и перевязочную с хорошим оснащением, рентгеновский кабинет, продпищеблок и др. В первые дни войны стало очевидно, что небольшое госпитальное здание с ограниченным коечным фондом недостаточно для оказания стационарной квалифицированной медицинской помощи раненым и больным.



Рис. 3.3. Врачи военных госпиталей Полярного и Мурманска, 1943 г.

В июле 1941 г. число коек госпиталя увеличено до 200. Он размещен в двухэтажном каменном здании; под хирургическое отделение на 150 коек выделена часть четырёхэтажного дома. Госпиталь имел 4 санитарные машины, 2 санитарных катера на 8 мест каждый и был полностью обеспечен медицинским оборудованием, аппаратурой и хозяйственным инвентарём. Хирургическая работа соответствовала объему оказания квалифицированной помощи в эвакогоспитале. Раненые на санитарных автомобилях с причалов доставлялись в госпиталь, где оказывалась экстренная хирургическая помощь. После стабилизации состояния раненых транспортировали в Мурманский ВМГ или в Госпитальную базу Карельского фронта. При массовом поступлении раненых и больных, более 100 человек в день, после хирургической обработки около 80 человек эвакуировались в Мурманский ВМГ. На лечении оставались только раненые с подводных лодок, кораблей и частей, ведущих боевые операции в Баренцевом море с прогнозируемым непродолжительным сроком лечения. Эвакуация осуществлялась как автомобильным санитарным транспортом, так и санитарными катерами.

22 июля 1942 г. при 73 ВМГ в Полярном главным хирургом флота Д.А. Араповым был организован пункт переливания крови, который полностью удовлетворял потребности флота в крови. Пункт перели-

вания крови стал не только пунктом снабжения, но и учебной базой медицинского состава флота по вопросам трансфузиологии. В 1943 г. пункт переливания крови преобразован в маневренные группы по переливанию крови. До этого необходимое количество донорской крови медицинская служба СФ получала на Мурманской станции переливания крови, но в 1942 г. станция была повреждена при бомбежке.

Большой поток раненых и больных в 1943 г. потребовал увеличения мощности госпиталя до 300 штатных коек с фактическим развёртыванием 450–460 коек. В связи с частыми бомбардировками Полярного было открыто отделение госпиталя на 80 коек в скальной штольне. В нем имелось все необходимое для оказания помощи раненым и больным: хорошо оборудованная операционная, стерилизационная, перевязочная, комната дежурного врача, комнаты для персонала. В 1944 г. военно-морскому госпиталю в Полярном присвоено звание «Главный госпиталь Северного флота ВМФ СССР № 8020». К 1944 г. процент возвращения на корабли и подводные лодки раненых возрос с 60 до 80 %, больных – с 87 до 91 %. Военные врачи П.А. Павленко, П.А. Кульчицкий, П.И. Соколухо, В.Н. Соболев и др. кроме лечебной работы проводили научные исследования. При госпитале были созданы курсы усовершенствования врачей флота. Госпиталь в Полярном стал центром учебной, лечебной и научной работы на Северном флоте.

Медицинская служба бригады подводных лодок была представлена флагманским врачом бригады и начальниками медико-санитарной части – фельдшерами-офицерами медицинской службы подводных лодок всех типов, кроме «Малюток», где медицинских работников не было.

Бессменным флагманским врачом бригады подводных лодок Северного флота в годы войны был кандидат медицинских наук, полковник м/с З.С. Гусинский. Им была разработана и предложена более эффективная и менее шумная система регенерации воздуха на подводных лодках в виде регенерационной установки конвекционного типа с использованием оксилитов. Он также организовал изучение в боевых походах условий обитаемости, режима труда, отдыха и питания подводников. Являлся автором наставлений и руководств

по медицинскому обеспечению аварийно-спасательных работ и автономных походов подводных лодок. За свои разработки полковник З.С. Гусинский был удостоен Сталинской премии [9].

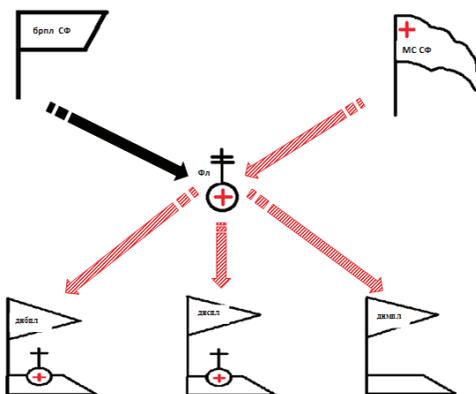


Рис. 3.4. Организация медицинской службы бригады подводных лодок. Сокращения: брпл – бригада подводных лодок; дибпл – дивизион больших подводных лодок; диспс – дивизион средних подводных лодок; димпл – дивизион малых подводных лодок; фл – флагманский врач



Рис. 3.5. Эвакуация раненых авиатранспортом с аэродрома Луостари



Рис. 3.6. Эвакуация раненого с подводной лодки после похода.  
г. Полярный, 1943 г.

Медицинская помощь на подводных лодках в походе оказывалась в объеме само- и взаимопомощи на боевых постах и фельдшером в объеме доврачебной помощи на посту медицинской помощи с использованием комплектно-табельного оснащения. Раненых и больных, по возможности, передавали на другие подводные лодки (корабли), следующие в базу. Но таких случаев описано немного. Квалифицированную и специализированную медицинскую помощь раненые и больные получали в госпитале лишь при возвращении подводной лодки в базу для ремонта или пополнения запасов топлива, продовольствия и боезапаса.

Факторами, негативно влиявшими на состояние здоровья личного состава подводных лодок на выходах в море в условиях Заполярья в годы войны, являлись: шум, вибрация, низкая температура в отсеках, гиподинамия в походе, скученность личного состава, отсутствие инсоляции. На подводных лодках СФ в период Великой Отечественной войны силами штатной медицинской службы проводились различные лечебно-профилактические мероприятия, направленные на снижение количества заболевших, недопущение вспышек инфекционных и неинфекционных заболеваний. Они включали в себя ежемесячные осмотры всего личного состава с целью своевременного

выявления лиц, нуждавшихся в укреплении здоровья или лечении, ежедневные осмотры коков и хлебопёков, барьерные осмотры лиц, прибывших на корабль из госпиталей, гауптвахт, отпусков и командировок. Больные направлялись на врачебный осмотр для решения вопроса об амбулаторном или стационарном лечении. Отметки об осмотрах, данные о лечении военнослужащих заносились в их личные лечебные книжки.

Руководящими документами, действовавшими в период 1941–1945 гг., предписывалось всем военнослужащим подводных лодок и надводных кораблей соблюдение правил личной гигиены, устанавливалась периодичность помывок в бане и смены нательного белья. Кроме того, регламентированы требования к питьевому режиму на кораблях, определены порядок и механизм проверки резервуаров для питьевой воды, правила приема воды на корабль, правила хранения шлангов для забора воды. Корабельным уставом личному составу кораблей запрещалось употребление в пищу некипячёной воды. В составлении ежедневного меню обязательно участвовал начальник санитарной службы подводной лодки. Он также следил за качеством и ассортиментом продовольствия, наличием аварийных запасов пищи и воды. Кокам указывалось на необходимость получения на продовольственном складе как можно более широкого ассортимента продуктов с целью разнообразить меню на выходе в море. Предъявлялись строгие требования к санитарному содержанию камбуза и посуды-камбузного имущества. Особое внимание было обращено на соблюдение режима службы и отдыха личным составом как на важнейшее условие сохранения боеспособности экипажа.

К санитарно-противоэпидемическим мероприятиям, проводимым на надводных и подводных кораблях СФ в годы Великой Отечественной войны, относились профилактические прививки против инфекционных болезней, которые выполнялись весной всему личному составу. Прививки также проводили вновь прибывшим военнослужащим при отсутствии в их лечебных книжках соответствующих отметок, прививки по эпидемическим показаниям. Медслужба осуществляла изоляцию и госпитализацию инфекционных больных с проведением эпидемического расследования. Всему личному составу корабля предписано проводить дезинсекцию под наблюдением медицинского состава.

### *Медицинское обеспечение наступательной операции в 1944 г.*

Стабильное в течение трех лет войны положение на северном участке Карельского фронта в полосе 14-й армии, отсутствие здесь боевых действий с большими санитарными потерями привело к сосредоточению на этом направлении сравнительно небольшого количества лечебных учреждений. По состоянию на 5 сентября 1944 г. 14-я армия (начальник МСО А.А. Великий) имела всего 9 эвакуогоспиталей на 3400 коек. Из других медицинских частей и учреждений 14-й армии в это время имелись автосанитарная рота, ОРМУ неполного состава, две ВСЛ, СЭО, ОДР.

Северный флот для обеспечения своих частей и соединений, непосредственно участвовавших в наступательной операции, располагал в районе предстоящих боевых действий одним ППГ-2215 мощностью 200 коек, уже длительное время работавшим на полуострове Рыбачий. Эвакуация из него велась в военно-морские госпитали Северного флота (Полярный, Мурманск, Грязная Губа).

Очевидно, что имея в своем распоряжении столь ограниченные средства, санитарный отдел 14-й армии был не в состоянии организовать и провести медицинское обеспечение предстоящей наступательной операции по освобождению Кольского полуострова. В связи с этим ВСУ Карельского фронта, используя предварительные расчеты СО 14-й армии, проводившиеся в учебно-тренировочном порядке, разработало план усиления медицинской службы армии для обеспечения войск в ходе предстоящих активных наступательных боевых действий. Основываясь на полученных указаниях об усилении медицинской службы, санитарный отдел 14-й армии к 9 сентября 1944 г. разработал план лечебно-эвакуационного и санитарно-противоэпидемического обеспечения войск в предстоящей операции.

Потребности в силах и средствах медицинской службы на операцию строились из расчета, что общие потери войск за операцию на направлении главного удара могут достигать 25 %, а на вспомогательных направлениях – 15 % численного состава наступающих частей и соединений. Исходя из опыта предшествовавших боевых действий, ожидалось, что доля санитарных потерь в структуре общих потерь войск составит 80 %. Такие высокие показатели потерь на направлении главного удара предполагались в связи с тем, что войскам предстояло прорвать сильно укрепленную, расположенную на высо-

тах и глубокоэшелонированную оборону противника. В абсолютных числах санитарные потери войск в операции могли составить около 16,5 тыс. человек (14 тыс. ранеными и 1,5 тыс. больными) [9].

Учитывая вероятные потери, особенности местности и погодных условий в это время года, начальник ВСУ фронта А.Е. Песис принял решение об организации в 14-й армии Госпитальной базы мощностью 8000 коек и о сосредоточении в полосе армии фронтового резерва полевых лечебных учреждений. Решено было также развернуть Головную госпитальную базу фронта в районе Кандалакши. Это обуславливалось необходимостью приближения специализированной медицинской помощи к войскам 14-й армии. Основная часть лечебных учреждений Карельского фронта после окончания Свирско-Петрозаводской операции (июль-август 1944 г.) находилась в полосе 7-й армии западнее и юго-западнее Петрозаводска, то есть в 1300 км от Мурманска, и была загружена ранеными и больными.

В осуществлении планируемого маневра лечебными учреждениями фронта возникли организационные трудности. Перед отправкой госпиталей на Кольский полуостров их освободили от раненых и больных, которых эвакуировали в Архангельск, в ГБФ. После этого госпитали нужно было сосредоточить на станциях Лодейное Поле и Петрозаводск. Для этого ряд учреждений совершили марш протяженностью 100–120 км до станции погрузки и затем доставлены железнодорожными эшелонами в районы Кандалакши и Мурманска. Значительная часть госпиталей после выгрузки из вагонов должна прибыть по грунтовым дорогам в полосу наступления 14-й армии.

Понимая сложность указанного маневра, руководство ВСУ фронта предприняло энергичные меры к его реализации. Во-первых, заблаговременно проведена переброска госпиталей и других медицинских частей и учреждений в район предстоящих боевых действий. Во-вторых, наряду с запланированными и выделяемыми железнодорожными эшелонами для перевозки сил и средств медицинской службы использовались военно-санитарные поезда и военно-санитарные летучки. Однако в ходе проведения перевозок выявилось, что даже использование для этой цели ВСП и ВСЛ не гарантирует своевременности прибытия учреждений в назначенные районы их сосредоточения и развертывания. Выход был найден в погрузке трех ХППГ в порожние машины автомобильных батальонов, следовавших по железной дороге на общую

для них и госпиталей станцию выгрузки. По прибытии на эту станцию госпитали, не разгружаясь, на тех же машинах за два часа были доставлены в нужные районы. Происшедшие изменения в составе лечебных учреждений к началу операции показаны в таблице 1.

*Таблица 1*

**Состав ГБА и количество штатных коек в 14-й армии при подготовке к Петсамо-Киркенесской наступательной операции**

Учреждение	По состоянию на 05.09.1944 г.		К началу операции 07.10.1944 г.	
	Количество учреждений	Наличие штатных коек	Количество учреждений	Наличие штатных коек
УГПЭП	1	500	1	500
ХППГ	1	200	9	1800
ТППГ	2	200	3	300
Инфекционный госпиталь	1	100	2	200
ГЛР	1	1000	1	1000
СЭГ	1	500	1	500
ЭГ	2	900	2	900
Итого	9	3400	19	5200

Благодаря усилиям медицинских служб армии и флота, активной помощи командования фронта, количество лечебных учреждений в армии возросло более чем в два раза. В полосу наступления армии в район станции Кола выдвинут резерв в составе 1700 коек (УГ-ПЭП-234 с ЭП, пять ХППГ, один ТППГ и один ИГ). Предусмотрена возможность использования военно-морских госпиталей Северного флота, ПППГ-2215 на полуострове Рыбачий. Кроме того, в подготовительный период в армию прибыло усиление в составе двух специализированных и двух рентгенологических групп усиления из ОРМУ-52, трех групп из ОРМУ-11 [9].

Лечебные учреждения к началу операции были распределены следующим образом. Четыре госпиталя развернулись в качестве ХППГ первой линии: ХППГ-356 для обеспечения боевых действий на правом фланге армии на 17-м километре дороги западнее Ура-Гу-

ба; ХППГ-2204 для обеспечения квалифицированной медицинской помощи раненым в полосах действий 10-й гвардейской и 14-й стрелковых дивизий в 6–7 км позади ДМП, развернутых на 22-м километре северного ответвления дороги на Луостари. В 7 км за ДМП 65-й стрелковой дивизии развернулся ХППГ-4314; ХППГ-2187 работал на одной площадке с ДМП 114-й стрелковой дивизии на 30-м километре южной дороги на Луостари, по которой должны были продвигаться в тыл противника стрелковые корпуса [9].

В составе второго эшелона ГБА к началу операции было 1600 штатных коек. В него входили СЭГ-2539 и ИГ-2221 (5-й километр дороги от мыса Мишуков), ЭГ-2310 и ЭГ-2219 (Мурманск) и продолжавший работать в Мончегорске ЭГ-1446.

Фактически к этому времени во втором эшелоне ГБА было развернуто 2950 коек: СЭГ-2539 развернул 1400 коек вместо штатных 500, ЭГ-2310 – 850 вместо 500 и ЭГ-1446 – 700 коек вместо 400. ИГ-2219 оставался в свернутом состоянии. Руководство вторым эшелоном ГБА возлагалось на прибывшую из 7-й армии оперативную группу. Передовой эвакуопункт-24 ВСУ Карельского фронта и Медико-санитарная служба Северного флота согласовали вопросы эвакуации раненых по морю и по железной дороге.

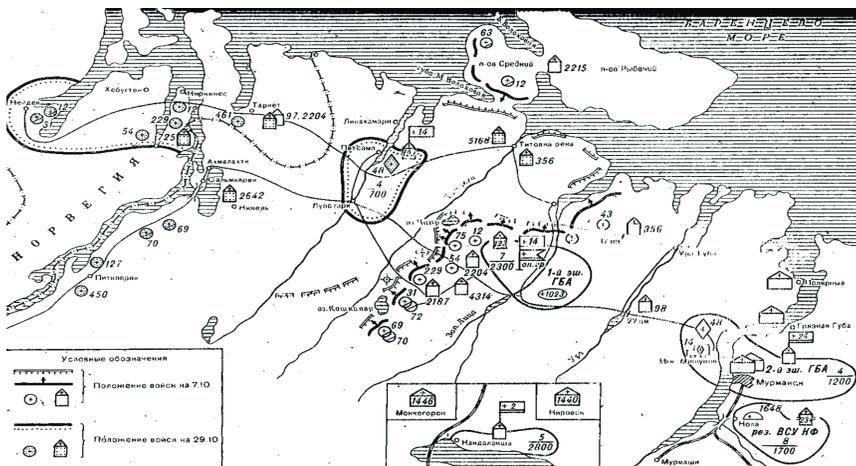


Рис. 3.7. Расположение медицинских частей и учреждений к началу Петсамо-Киркенесской наступательной операции и маневр ими в ходе наступательной операции 10.10. – 29.10.1944 г.

Величина санитарных потерь в ходе операции, благодаря приобретенному опыту боевых действий и превосходству советских войск в живой силе и технике, оказалась ниже ожидаемой и составила 12527 человек (11,6 % от численности войск), в т.ч. пораженных в бою – 9551 раненых. Значительная доля больных (24,2 %) объясняется прибытием пополнения и частей усиления в Заполярье из более южных районов Карельского фронта. Батальонные медицинские пункты работали с ходу, продвигаясь непосредственно за боевыми порядками своего батальона. Они использовали для оказания медицинской помощи блиндажи и естественные укрытия на расстоянии 300–400 м от линии соприкосновения с противником. Полковые медицинские пункты развертывались на удалении 2–4 км от линии фронта. Вследствие узкой полосы наступления ПМП полков располагались рядом друг с другом по единственному маршруту наступления дивизии [9].

Медико-санитарные батальоны дивизии в ходе боевых действий располагались также близко друг к другу и на расстоянии 5–10 км от линии фронта. Это способствовало ускорению транспортировки раненых и увеличению эффективности оказываемой помощи. Во время прорыва обороны противника 10-й и 65-й стрелковыми дивизиями на ДМП поступило большое число раненых. Для усиления ДМП были выдвинуты ХППГ-2204 и ХППГ-4314. В медико-санитарных батальонах ПХО ран проведена 4367 раненым (48,2 % от поступивших), полостные операции составили 506 (5,6 %) и общая оперируемость превысила 50 % [9].

Работа лечебных учреждений первого эшелона ГБА была организована таким образом: раненые, доставленные из ДМП, ХППГ первой линии и непосредственно из частей, проходили через эвакоприемник УГПЭП-123; нуждавшиеся в специализированной помощи (повреждение черепа, челюстей, ЛОР-органов, глаз, грудной клетки) направлялись в специализированные ХППГ-96 и ХППГ-372, усиленные группами ОРМУ. Раненые в состоянии шока, с анаэробной инфекцией, повреждением конечностей направлялись в ХППГ-677, усиленный общехирургическими группами ОРМУ. Все терапевтические больные госпитализированы в ТППГ-2184, легко раненые – в ГЛР-1023. Инфекционные больные помещены в ИГ-4263, в котором две трети из них завершили лечение.

19 октября 1944 г. первый эшелон ГБА вслед за наступающими войсками переместился в район г. Луостари и Петсамо. В связи с возникновением двух эвакуационных направлений во время наступательной операции на Луостари-Киркенес и Никель-Наутси были развернуты резервные ХППГ-725 и ХППГ-2642. Продолжалась эвакуация раненых и больных в прежний район размещения первого эшелона с большим напряжением работы ХППГ-4314, ХППГ-2187, ХППГ-2204, ТППГ-98, ГЛР-1023 и резервного ХППГ-100 [9].

Оказание медицинской помощи раненым и больным 12-й и 63-й бригад морской пехоты осуществлялось на бригадных медицинских пунктах с последующей эвакуацией в ППГ-2215, развернутый на полуострове Рыбачий. После оказания неотложной квалифицированной медицинской помощи раненые эвакуировались морем в ВМГ-73 г. Полярный и в ВМГ-79, дислоцированный в г. Мурманск. Перевозка раненых и больных морским путем производилась судами «Вятка» и «Сосновец», на которые приказом начальника ВСУ фронта были выделены 2 мобильные группы из находившегося в резерве ХППГ-1686, и парусно-моторными ботами, выделенными медицинской службой Северного флота. Всего за 11 рейсов суда перевезли 3091, парусно-моторные боты – 330 раненых и больных. Прием раненых на причале в Мурманске осуществлял ЭП-1787. Эвакуация воздушным транспортом стала возможной после занятия аэродрома Луостари, вокруг которого были развернуты ДМП и раненых направляли на аэродром Арктика в г. Кола.

Второй эшелон ГБА, развернутый в Кандалакше, принимал раненых из первого эшелона. Второй эшелон включал 850 коек ЭГ-2310 и оперативные койки Мурманской городской больницы и являлся эффективным регулятором эвакуации раненых и больных в ГБФ.

Наиболее грозными осложнениями ранений были шок и анаэробная инфекция. Согласно отчетам, в МСБ шок диагностирован у 5,1 % раненых, летальность составила 32,9 %, в ХППГ – 1,5 %, летальность – 15,5 %. Проявления анаэробной инфекции в МСБ зарегистрированы у 0,9 % от числа лечившихся, в госпитальном звене – у 1,5 %.

При подготовке и проведении Петсамо-Киркенесской операции осуществлен большой объем санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий. Осмотр прибывших войск проводил-

ся на развернутом санитарном отделе армии нештатным СКП на станции Кола. Всего за период наступательной операции проверено 90 железнодорожных эшелонов. Санитарно-эпидемиологическую разведку и санитарную обработку соединений, действовавших на направлениях главного удара, обеспечивали подвижные отделения СЗО – 48. Санитарная обработка войск проводилась силами ОДР-14. Всего за подготовительный период было помыто 90 тыс. военнослужащих и продезинфицировано 76 тыс. комплектов обмундирования. В ходе наступления ОДР-14 обеспечивал войска 99-го, 31-го и 126-го стрелковых корпусов. Подразделения ОДР-30, прибывшие к началу наступательной операции, действовали на направлении 127-го и 131-го стрелковых корпусов. За сентябрь и октябрь 1944 г., в ходе наступательной операции, ОДР-14 и ОДР-30 обеспечили помывку 182 тыс. человек, дезинфекцию более 177 тыс. комплектов обмундирования, что позволило предупредить вспышку инфекционных болезней [9].

Таким образом, медицинское обеспечение сил Северного флота и 14-й общевойсковой армии Карельского фронта в ходе Петсамо-Киркенесской наступательной операции осуществлено в условиях низких температур воздуха и морской воды, полярной ночи, на малонаселенной территории со слаборазвитой сетью дорог Заполярья. Успех медицинского обеспечения операции по освобождению Мурманской области обеспечили высокая организация совместной работы ВСУ Северного флота и Медико-санитарного управления Карельского фронта, усиление медицинской службы 14-й армии силами и средствами за счет армий центра и левого крыла фронта, организованная эвакуация раненых с приморских флангов госпитальными и санитарно-транспортными судами, развертывание головной ГБА в районе Кандалакши и ГБФ в Архангельской области.

Победа над врагом далась нелегко: потери советских войск в ходе Петсамо-Киркенесской операции превысили 21 тысячу человек убитыми и ранеными. Безвозвратные потери личного состава Северного ВМФ в 1941–1945 гг. были меньше по сравнению с Черноморским и Балтийским ВМФ. В ходе Первой мировой войны санитарные потери на подводных лодках составляли от 13 до 23 % личного состава от воздействия оружия противника и в результате внутрилодочных аварий. Разрушение прочного корпуса подводной лодки приводило к гибели

100% экипажа. Во время Великой Отечественной войны безвозвратные потери на подводных лодках составили 98,3 %, а санитарные – 1,5 % (соотношение безвозвратных потерь к санитарным составило 65:1, в то время как в сухопутных войсках соотношение было 3:1).

Фельдшеры подводных лодок во время боевых походов успешно оказывали медицинскую помощь раненым и поражённым, лечили больных. Нельзя забыть тех, кто вместе со своими экипажами навечно остался стоять в строю. Только в бригаде подводных лодок Северного ВМФ из боевых походов за годы войны не вернулись 13 фельдшеров. Перечислим их поименно.

Бабенко Пётр Алексеевич, начальник медико-санитарной части ПЛ «Щ-401». Погиб 23.04.1942 г.

Балашов Михаил Васильевич, старший лейтенант медицинской службы, старший военфельдшер. Погиб 21.09.1944 г. на ПЛ «Щ-402».

Жирнов Борис Николаевич, начальник медико-санитарной части ПЛ «К-1». Погиб 09.09.1943 г.

Каменский Алексей Николаевич, начальник медико-санитарной части ПЛ «К-2». Погиб 26.08.1942 г.

Куклев Константин Николаевич, начальник медико-санитарной части ПЛ «С-55». Погиб 04.12.1943 г.

Малычев Николай Алексеевич, начальник медико-санитарной части ПЛ «К-22». Погиб 05.02.1943 г.

Осаволук Фёдор Иванович, начальник медико-санитарной части ПЛ «Щ-403». Погиб 02.10.1943 г.

Разговоров Георгий Модестович, начальник медико-санитарной части ПЛ «Щ-402». Погиб 21.09.1944 г.

Савченко Василий Петрович, начальник медико-санитарной части ПЛ «В-1». Погиб 27.07.1944 г.

Скугарев Василий Илларионович, начальник медико-санитарной части ПЛ «Щ-422». Погиб 01.07.1943 г.

Тарасов Николай Зотович, начальник медико-санитарной части ПЛ «С-54». Погиб 05.03.1944 г.

Шибанов Вениамин Иванович, начальник медико-санитарной части ПЛ «Д-3». Погиб 10.06.1942 г.

Ярошук Леонид Федорович, старший военфельдшер. Погиб 12.05.1942 г. на ПЛ «К-23» в Баренцевом море [9].

Вечная память героям!

## Глава 4. Формирование, личный состав и материально-хозяйственное снабжение Госпитальной базы Карельского фронта

### 4.1. Формирование и реорганизация Госпитальной базы

Военно-медицинская служба перед Великой Отечественной войной имела медицинские подразделения в воинских частях, МСБ в дивизиях, полевые госпитали в армиях из расчета по одному на стрелковый корпус, гарнизонные и окружные госпитали, склады медико-санитарного имущества в округах. Все медицинские учреждения были укомплектованы по штатам мирного времени. С первых дней войны началось доукомплектование в соответствии со штатами военного времени и формирование многочисленных медицинских учреждений для лечения раненых и больных военнослужащих. В 1940 г. на территории Архангельского военного округа имелось 14100 стационарных коек и 1590 врачей преимущественно в гражданских больницах; в областном центре находился медицинский институт. Это позволило в 1941–1942 гг. развернуть большое число эвакуационных госпиталей [56].



**Г.Ф. Николаев,**  
ассистент, приват-  
доцент кафедры  
госпитальной  
хирургии АГМИ  
(1937–1939),  
военно-полевой хирург

Перед началом Великой Отечественной войны в Архангельске функционировал 191-й военный госпиталь, который был образован 15 апреля 1940 г. из Архангельского окружного военного госпиталя для лечения раненых и больных, эвакуированных из медучреждений в зоне Советско-финляндской войны. Он размещался в здании 14-й школы. Его возглавлял военврач 2 ранга М.И. Иванов; затем военврач 2 ранга П.Г. Самойлов [35]. Коечная мощность 191-го военного го-

спиталья в июле 1941 г. была увеличена вдвое – с 200 до 400 коек. Дополнительные койки развернуты в здании школы № 23, расположенной на углу проспекта Павлина Виноградова (в н. вр. – пр. Троицкий) и улицы Шубина. В конце 1941 г. 191-й военный госпиталь был переименован в ЭГ 2531 и размещен в здании школы № 19 напротив речного вокзала. Терапевтическим отделением госпиталя с августа 1940 г. руководил военврач 2-го ранга А.П. Петров. В 1935–1939 гг., до мобилизации в ряды РККА, он работал ассистентом кафедры факультетской терапии АГМИ. Начальником хирургического отделения являлся также мобилизованный сотрудник АГМИ, доцент кафедры госпитальной хирургии Г.Ф. Николаев<sup>24</sup> [2, 35]. При мобилизационном планировании перед войной была существенно занижена величина возможных санитарных потерь и числа необходимых эвакогоспиталей на северном фланге обороны СССР. Архангельским облздравотделом подготовлены документы на развертывание в областном центре двух эвакогоспиталей общей мощностью 1000 коек. С началом Великой Отечественной войны большой поток раненых и больных с Карельского фронта в Архангельск обусловил необходимость создания здесь в кратчайший срок крупной Госпитальной базы фронта в условиях дефицита медицинских кадров и больничных зданий. Распределительные функции на протяжении войны выполнял организованный в Архангельске фронтовой эвакопункт ФЭП-96.

Основными подразделениями ГБФ являлись эвакогоспитали. Эвакогоспиталь представлял собой специализированное или многопрофильное учреждение мощностью 300–1200 коек для лечения пострадавших в боях и больных бойцов и командиров с осложненным течением ранений, других повреждений и болезней. В качестве примера приводим паспорт эвакогоспиталя 2524 [13, Д. 47].

---

<sup>24</sup> НИКОЛАЕВ Георгий Фёдорович (3.06.1906 – 19.04.1955), общий и военно-полевой хирург, доктор медицинских наук, профессор (1948), участник Советско-финляндской и Великой Отечественной войн, полковник медицинской службы, ассистент кафедр факультетской и госпитальной хирургии АГМИ, начальник кафедры военно-полевой хирургии ВМА им. С.М. Кирова (1954–1955).

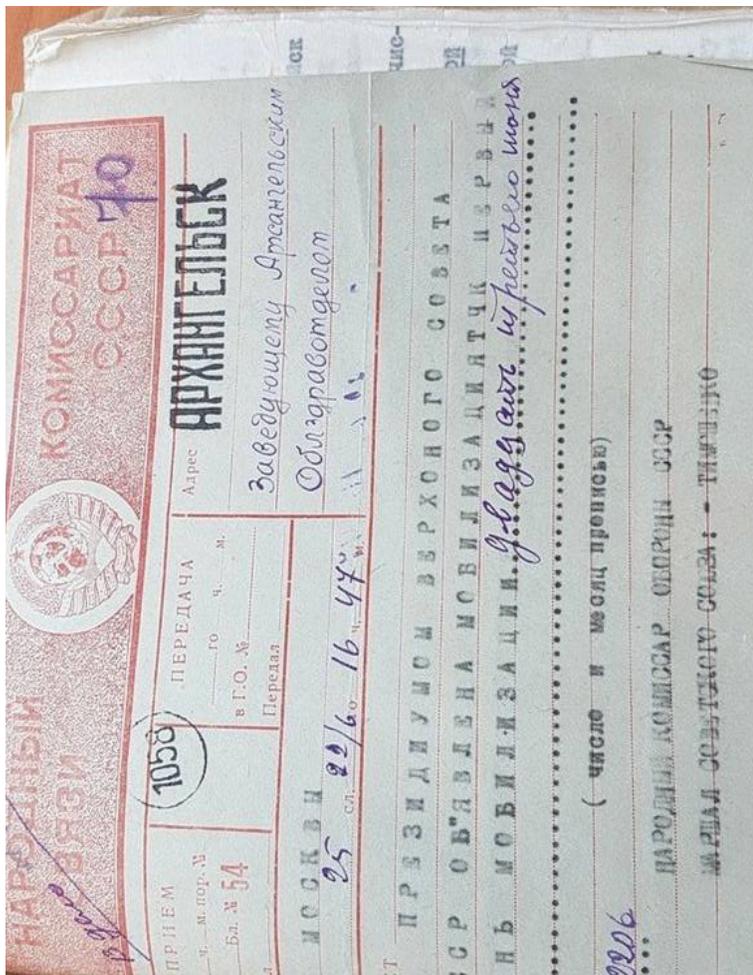


Рис. 4.1. Правительственная телеграмма Народного комиссара обороны СССР Маршала Советского Союза Тимошенко 22 июня 1941 г. руководству Архангельской области (копия – заведующему Архангельским ОЗО) о начале мобилизации в ряды Красной армии «Первый день мобилизации двадцать третьего июня».

# Народный Комиссариат Здравоохранения РСФСР

Утверждено  
Постановлением СНК РСФСР  
За № 83ме от 23 сентября 1941 г.

По заполнении  
совершенно секретно

*Рассекречено  
по акту от 11.05.93*

## П А С П О Р Т ЭВАКОГОСПИТАЛЯ № 2524

Местонахождение город Архангельск

Расстояние от пункта разгрузки \_\_\_\_\_ км  
Госпиталь сформирован 1 августа 1941 года  
Время составления паспорта 15 ноября 1942 года

### I. Характеристика принадлежащих госпиталю зданий

1.	Перечислить тип каждого здания (школа, клуб, дом отдыха и т.д.)	Главный корпус бывшей Архангельской областной больницы, 3–5-й этажи с полуподвальным этажом объемом ~ 31865 м <sup>3</sup> Общей площадью 6089 м <sup>2</sup>
2.	Основной материал стен (по каждому зданию)	Кирпич
3.	Количество коек, размещенных в каждом здании	300
4.	Площадь палат на одну госпитальную койку (по каждому зданию)	3 м <sup>2</sup>
5.	Отопление (центральное, печное)	Центрально-водяное – от отдельно стоящей центральной котельной больничного городка объемом 3500 м <sup>3</sup> в 5-этажной части здания; печное голландское отопление в 3-этажной части корпуса
6.	Освещение (электрическое, керосиновое)	Электрическое
7.	Водоснабжение (водопровод центр., местн., колодец)	Горводопровод со станцией подкачки
8.	Канализация (центр., местн., выгреб)	Канализация местная городского типа с биостанцией и очистными сооружениями

9.	Способ обеспечения горяч. водой (центр. водоснабжение, титан и др.)	Для горячего водоснабжения (для душевой и ванн) установлены в центральной котельной два котла. Для приготовления кипятка установлены в отделениях 6 титанов
----	---	---

## II. Подсобные помещения

Общежитие личного состава.....	220 м <sup>2</sup>
Ледник (врем.) .....	20 м <sup>2</sup>
Гараж (врем.) .....	105 м <sup>2</sup>
Сарай (врем.) .....	30 м <sup>2</sup>
Овощехранилище .....	отсутствует
Склады .....	260 м <sup>2</sup>
Прачечная (указать производительность кгр. в смену)....	отсутствует

## III. Количество коек и их специализация

Специализация	Количество коек по плану, установленному при формировании госпиталя	Фактически развернуто коек
Общехирургические	200	200
Костно-ортопедические		
Челюстно-лицевые		
Нейрохирургические		
Проникающие ранения грудной клетки		
Урологические		100
Болезни уха, горла, носа		
Глазные		
Общепрачечные		
Кожно-венерические		
Невропсихиатрические		
Инфекционные		

#### IV. Наличие специальных отделений и кабинетов

Наименование спецотделений и кабинетов	Разряды		
	I	II	III
Зубное			
Рентгеновское			
Физиотерапевтическое			
Клинико-диагностическое			
Патолого-анатомическое			
Зубопротезное			

#### V. Укомплектование личным составом

а) Старший медперсонал			б) Средний медперсонал		
Специализация	Положено по штату	Имеется в наличии	Специализация	Требуется по штату	Имеется в наличии
Помощник начальника госпиталя			Медсестры	20	20
Хирурги	4	2	Фармацевты	2	2
Глазники			Рентгено-техники	1	1
Отоларингологи		1	Лаборанты	1	1
Венерологи			Операционные сестры	1	1
Невропатологи			в) Младший медперсонал и обслуживающий состав		
Зубные врачи	1	1	Специализация	Требуется по штату	Имеется в наличии
Рентгенологи			Санитары	26	26
Физиотерапевты			Дезинфекторы	1	1
Лаборанты			Прочий состав	46	45
Патологоанатомы					

Врач по лечебной физкультуре		2			
Всего врачей:	5	6			

## VI. Оборудование госпиталя

### а) Санитарный пропускник:

Ожидальная – 27 м<sup>2</sup>

Регистратура – 26 м<sup>2</sup>

Раздевальная – 12 м<sup>2</sup>

Парикмахерская ... отсутствует

Смотровая – 44 м<sup>2</sup>

Душевая-ванная – 25 м<sup>2</sup>

Души (количество) – 5–7 шт.

Ванны – 5 шт.

Душ-лежанка ... отсутствует

Шланги для обмывания – 2 шт.

### б) Операционный блок:

Операционных – 1 на 39 м<sup>2</sup>

Перевязочных – 2 на 40 м<sup>2</sup>

Гипсовальных комнат – 1 на 20 м<sup>2</sup>

Операционных столов – 1 шт.

Перевязочных столов – 4 шт.

Автоклавов – 1 шт.

### в) Рентгеновское отделение:

Рентгеноаппараты: 1) стационарных – 1 шт.

Московский г. р-н завод, 1937 г.

2) переносных – 1 шт.

г. Ленинград, завод «Буревестник», 1937 г.

### г) Клиническая лаборатория:

Микроскопы – 1 шт.

Наличие отделений лабораторий

Клиническое ... отсутствует

Биохимическое ... отсутствует  
Бактериологическое ... отсутствует  
Серологическое ... отсутствует

д) Физиотерапевтический отдел:  
Диатермия стационарная – 1 шт.  
Д'Арсанваль общий – 1 шт.; местный – 1 шт.  
Стат-душ ... отсутствует  
Соллюкс стационарный – 1 шт.;  
переносный – 2 шт.  
Кварц стационарный – 2 шт.;  
переносный – 1 шт.  
Аппарат для гальванизации  
стационарный – 1 шт.  
УВЧ – 1 шт.  
Светолечение. Ваннные общие  
(лампы Минина) – 1 шт.;  
ваннные местные (прожектор) – 1 шт.  
Водолечение. 4-камерная ванная  
(неисправная) – 1 шт.  
Грязелечение ... отсутствует  
Торфолечение ... отсутствует

## VII. Пищевой блок

	К-во	Всего кв. м
Варочный зал	1	78
Мясная заготовочная	–	–
Рыбная заготовочная	1	13
Овощная заготовочная	1	14
Гард манже	–	
Моечная	1	11
Столовая	1	33
Помещения для подогрева пищи в отделениях	1	70
Душ для персонала пищевого блока	–	Общий
Количество плит	2	

Количество пищеварочных котлов	2	250 л
Количество титанов, установленных в помещениях для подогрева пищи	6	

### VIII. Прочее оборудование

	К-во	Всего кв. м
1. Ленинские комнаты	–	–
2. Клуб	1	77
3. Библиотека	1	14
4. Зрительный зал	–	–
5. Физкультурный зал	1	29
6. Бомбоубежище	–	
7. Щели	–	
8. Газоубежище (не закончено)	–	320

### IX. Транспорт госпиталя

Наименование	Требуется по штату	Имеется в наличии
Автомобили легковые	–	–
Автомобили грузовые	1	2
Автомобили санитарные	1	1
Автоприцепы	–	–
Повозки одноконные	–	2
Повозки пароконные	1	1
Двуколки хозяйственные	–	–
Лошади	6	6

Начальник госпиталя  
Военный комиссар

/ подпись  
/ подпись



Рис. 4.2. Выздоровливающие слушают музыкальные записи в госпитале АГМИ. Фонд Архангельского краеведческого музея, КП-28508



Рис. 4.3. Обход врача в ЭГ 2531.  
Фонд Архангельского краеведческого музея, КП-33644

С объявлением войны мобилизационный сектор Архангельского ОЗО приступил к формированию госпиталей. Энергичную организационную работу по созданию эвакуогоспиталей и руководству ГБФ выполнили заведующий Архангельским ОЗО М.Ф. Седов и заместитель заведующего М.А. Копейкин. В начале июля развернуты госпитали 1601 и 1603, предусмотренные мобилизационным планом общей мощностью 1000 коек. Уже на второй день после объявления войны они были укомплектованы персоналом и снабжены необходимым имуществом, готовы к приёму раненых на 10-й и 15-й день. Постановлением СНК СССР от 7 июля 1941 г. руководству Архангельской области дано задание дополнительно развернуть эвакуогоспитали на 6700 коек. 12 июля 1941 г. объединенное заседание Бюро обкома ВКП(б) и облисполкома обязало Архангельский ОЗО развернуть указанные койки на базе существовавших больниц, домов отдыха, санаториев и в приспособленных зданиях городов и районов области. Постановлением установлены жесткие сроки выполнения задания (табл. 2).

В июле 1941 г. развертывание дополнительных госпиталей происходило медленно, план был выполнен лишь на 26,4 %. Большим тормозом в этой работе явилось невыполнение руководителями ведомственных организаций, в основном Управлением лагерей НКВД (Онегалаг, Севжелдорлаг), НКПС, решений областного и районного исполнительных комитетов Советов депутатов трудящихся. Руководители перечисленных организаций обжаловали решения областного и районного исполкомов в наркоматы (г. Москва). Затрачено время на согласования и принятие окончательных решений. В 1941–1942 гг. на территории Архангельской области сформирован 31 эвакуогоспиталь на 13700 коек (табл. 3).

Таблица 2

**Развертывание госпитальной коечной сети в 1941 г.  
(дополнительной к довоенному мобилизационному плану)**

База развертывания	Задание	
	койки	срок
Городские и районные больницы	1320	20.07.1941 г.
Дома отдыха и санатории	350	20.07.1941 г.
Приспособленные помещения	1850	1.08
	1250	1.09
	950	1.11
	950	31.12
Итого	6670	31.12.1941 г.

Таблица 3

**Формирование эвакогоспиталей  
в Архангельской области в 1941–1942 гг.**

Распорядительный документ	Число эвакогоспиталей	Число коек
Мобилизационный план облздравотдела	2	1000
Постановление СНК СССР от 7 июля 1941 г.	21	6700
Распоряжение заместителя председателя Совнаркома РС. Землячки от 3 сентября 1941 г.	3	3000
Распоряжение ГКО от 23 апреля 1942 г.	5	3000
Итого	31	13700

Кроме этого на территорию Архангельской области в 1941 г. передислоцированы 4 госпиталя: ЭГ 1770 на 600 коек и ЭГ 1771 на 800 коек из Сумской области; ЭГ 2754 на 900 коек и ЭГ 1489 на 800 коек из Сясьстроя и Лодейного Поля Ленинградской области.

16 сформированных госпиталей не принимали раненых и больных на территории Архангельской области, так как они перешли в распоряжение НКО и выбыли в другие районы страны. В декабре 1941 г. отправлены на фронт эвакогоспитали 2519 из Вельска и 2536 из Коноши, в 1942 г. – ЭГ 2520 из Котласа и 2514 из Плесецкого района. ЭГ 2519, образованный в Вельске, менял дислокацию более

30 раз, развертывался в войсковом районе в Карелии, на Центральном фронте, в Польше, Восточной Пруссии и на Дальнем Востоке. Медсестра этого госпиталя З.Д. Микшина вспоминала: *«Иногда принимали до 1500 раненых. За 4 года пришлось всё делать: кроме медсестринских обязанностей, стирать белье, копать землянки; особенно много рыли земли в Белоруссии и Польше».*

ЭГ 1770 и 1771 развернуты в Архангельске в помещении механического техникума и городской гостинице; ЭГ 2754 увеличен до 1200 коек и развернут в Онеге, ЭГ 1489 – в Няндоме. Все 23 эвакуогоспиталя на 10620 коек, созданные в Архангельской области в 1941 г., переданы НКО согласно приказу НКЗ СССР от 19.10.1941 г.

В 1942 г. потребовалось увеличение коечной мощности эвакуогоспиталей. Решение исполкома Архангельского городского Совета депутатов от 24 января 1942 г. *«Во исполнение заявки УРЭП-96 от 24/1-42 года исполком Архангельского городского Совета депутатов трудящихся решил: 1. Передать в распоряжение ЭГ 1771 для дополнительного развертывания коек помещение центрального универмага Архторга № 1 по улице П. Виноградова, дом 38 – низ».*

Решение исполкома Архангельского городского Совета депутатов от 31 января 1942 г.: *«1. Обязать заведующего ГорОНО тов. Титова в срок до 5 февраля 1942 г. освободить и передать на период военного времени помещение школы № 6 под госпиталь. Школьный инвентарь и оборудование разместить на хранение в складе ТЮЗа. 2. Предоставить для размещения учащихся школ № 5 и 6 следующие здания: а) Павлина Виноградова, 100, флигель № 1 – музей Революции, б) Петроградский, 58, 2-й этаж – Педагогическое училище».*

Решением исполкома Архангельского городского Совета депутатов от 5 февраля 1942 г. установлен перечень зданий, переданных для развертывания госпиталей общим числом 4250 коек. Уже 11 февраля 1942 г. потребовалось новое решение исполкома Архангельского городского Совета депутатов *«О развертывании госпиталей в Архангельске»:*

*«...передать на период военного времени для развертывания госпиталей следующие здания:*

- школ: № 1 – на 360 коек, № 24 – на 240 коек, № 34 – на 360 коек, № 39 – на 240 коек;*
- клуб лесозавода № 3 им. Ленина – на 240 коек;*

- *жилой дом по проспекту Сталинских ударников №16 (УРЭП) – на 240 коек;*
- *одну половину здания учебного корпуса АЛТИ (2, 3 и 4-й этаж, северную часть и весь 5-й этаж) – на 1500 коек;*
- *здание «Северолеса» (П. Виноградова, д. 61) – на 500 коек;*
- *интендантское управление Архангельского военного округа – на 300 коек» [13, 14, 18].*

На основании постановления исполкома Архангельского областного Совета депутатов трудящихся от 18.10.1941 г. в ОЗО создан отдел эвакуогоспиталей со штатом 6 должностей. Начальник отдела – заместитель заведующего ОЗО М.А. Копейкин. Сотрудники отдела – главный хирург (он же заместитель начальника отдела), инспектор по кадрам, бухгалтер, статистик и секретарь-машинистка (приказ № 470 от 24.10.1941 г.) [10].

В связи с увеличением объема работы и усложнением задач в составе отдела эвакуогоспиталей Архангельского ОЗО в дальнейшем созданы секторы кадров, лечебный с группой инспекторов, финансово-экономический, материально-технический и сектор статистики. Первоначально отдел располагал всего четырьмя эвакуогоспиталями, сформированными в последнюю очередь и оснащенными значительно слабее госпиталей, созданных в июле–августе 1941 г. Большинство эвакуогоспиталей ГБФ до августа 1942 г. находилось в ведении НКО. В сентябре 1942 г. от НКО принято 20 эвакуогоспиталей на 10300 коек; в этот же период сформировано еще 3 эвакуогоспиталья. Таким образом, Госпитальная больничная база Карельского фронта перешла в полное подчинение отделу эвакуогоспиталей ОЗО. Передача эвакуогоспиталей НКО в систему НКЗ и значительное сокращение общего числа эвакуогоспиталей НКЗ осуществлено в 1942 г. решением ГКО с целью удешевить их содержание. Штаты эвакуогоспиталя НКО больше штатов эвакуогоспиталя НКЗ; например, в 400-коечных госпиталях это различие составляло 36 человек. Приводим выдержку из книги Е.И. Смирнова «Война и военная медицина» (с. 183): *«Приказано сократить число коек и удешевить их содержание, для чего:*

*а) 310 (из 746) эвакуационных госпиталей НКО, расположенных в прифронтовой полосе – Архангельской, Вологодской, Ярославской, Московской, Ивановской, Рязанской и Горьковской областях – с общим количеством 197740 коек, передать из НКО в НКЗ. Это позволит*

*сократить по НКО 35567 военнослужащих и 44820 вольнонаемных;*

*б) из 340500 свободных коек по ЭГ НКЗ 150 тыс. коек свернуть, оставив в каждом госпитале начальника, военного комиссара и 20 вольнонаемных (врачей и административно-хозяйственного персонала) для обеспечения быстрого развертывания в случае необходимости;*

*в) расформировать 321000 коек госпиталей НКЗ, что сократит 1604 военнослужащих и 19000 вольнонаемных» [56].*

Частая передача эвакогоспиталей из системы Наркомздрава в НКО и обратно (некоторые госпитали переходили из системы в систему и передислоцировались 4–5 раз) отрицательно влияла на организацию лечебно-диагностической работы и исходы лечения раненых и больных.

Специализация коек Госпитальной базы завершилась во втором полугодии 1942 г. Отделения травматологического и хирургического профиля составили 64 %, терапевтические и туберкулезные отделения – 22,8 %, глазные, оториноларингологические, неврологические, гинекологические и дерматовенерологические отделения – 13,2 %. Структура коечного фонда эвакогоспиталей в 1943 г. выглядела следующим образом: общехирургические койки – 23,3 %, травматологические (ранение конечностей) – 28,6 %, с выделением коек для перелома бедра и голени – 4,9 %, торакоабдоминальные, изолированные ранения груди и живота – 4,9 %, термические поражения, преимущественно холодовая травма – 5,8 %, глазные – 2,4 %, урологические – 1,4 %, ЛОР-койки – 1 %. Таким образом, удельный вес коек хирургического профиля составил 67,4 %. Доля терапевтических коек – 20,9 %, других – 9,8 % и для больных туберкулезом – 1,9 % (табл. 4) [13, 17, 18].

Для совершенствования диагностики и лечения раненых и больных в эвакогоспиталях было принято решение о создании госпитального совета в составе 23 членов. Приводим текст приказа Архангельского ОЗО № 172 от 8.04.1943 г.: *«Согласно указаниям НКЗ СССР, для методического руководства и контроля за научно-практической и лечебной работой в эвакогоспиталях области создать госпитальный совет под моим председательством в составе следующих членов: Власов – секретарь обкома ВКП(б), председатель областной комиссии помощи раненым; Токанова А.Д. – заместитель председателя облисполкома, заместитель председателя областной ко-*

*миссии помощи раненым; Рудакова – секретарь областной комиссии помощи раненым; Кобрин А.Л. – начальник отдела эвакуогоспиталей; Казьмин В.А. – главный хирург отдела эвакуогоспиталей; Шарапова Ф.И. – начальник лечебного сектора отдела эвакуогоспиталей; Семенов – начальник РЭП-96. Ануфриев – начальник санитарного отдела эвакуогоспиталей; Зверев Е.М. – главный терапевт отдела эвакуогоспиталей; профессор Ерофеев П.П. – директор АГМИ; профессор Давыдов Г.М. – завкафедрой госпитальной хирургии. Заславский Л.Д. – завкафедрой; профессор Никитин Д.В. – завкафедрой инфекционных болезней; Жаркова В.И. – начальник ЭГ 2533; Баранов – начальник ЭГ 1026; Липский – начальник ЭГ 4870; Красносельский Г.И. – инспектор ЛФК ЭГ; профессор Михеев В.В. – инспектор по нервным болезням; Вайндрук – начальник рентгенокабинета ЭГ 1026; Ступников С.Я. – старший хирург ЭГ 2524; Добровенский В.Л. – старший терапевт ЭГ 2532.*

*Зав. Архангельским ОЗО Седов».*

**Сотрудники АГМИ – ведущие организаторы  
и специалисты-консультанты Госпитальной базы  
Карельского фронта**



**Седов М.Ф.**  
(1904 – ?)

Заведующий Архангельским  
облздравотделом



**Шарапова Ф.И.**  
(1898 – 1968)

Начальник лечебного сектора  
отдела эвакуогоспиталей



**Давыдов Г.М.**  
**(1894 – 1959)**

Профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии АГМИ, консультант АОСПК и ЭГ 2524



**Орлов Г.А.**  
**(1910 – 1986)**

Доцент, профессор (1944), зав. кафедрой оперативной хирургии и топ. анатомии АГМИ; старший инспектор-хирург, главный хирург эвакогоспиталей в 1942–1945 гг.



**Елизаровский С.И.**  
**(1910 – 1995)**

Доцент кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии АГМИ, хирург-консультант отдела эвакогоспиталей



**Красносельский Г.И.**  
**(1900 – 1969)**

Доцент, инспектор лечебной физкультуры отдела эвакогоспиталей, заведующий курсом физической культуры АГМИ



**Миркин А.И.**  
(1892 – 1975)

Главный терапевт Архангельского  
военного округа, зав. кафедрой факуль-  
тетской терапии АГМИ



**Зверев Е.М.**

Главный терапевт Госпитальной базы  
в 1942–1945 гг., ассистент кафедры  
госпитальной терапии АГМИ



**Гаврилова К.М.**  
(1915 – 1991)

Заведующая отделом медицинской  
статистики и лечебным сектором  
отдела эвакогоспиталей  
с 8.08.1944 г.



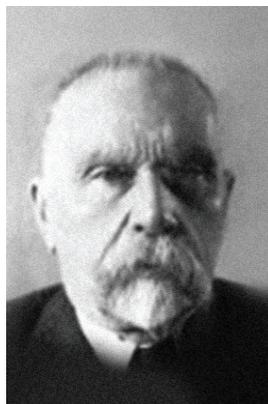
**Петров А.П.**

Главный терапевт отдела  
эвакогоспиталей с 19.09.1942 г.,  
ассистент кафедры факультетской  
терапии АГМИ



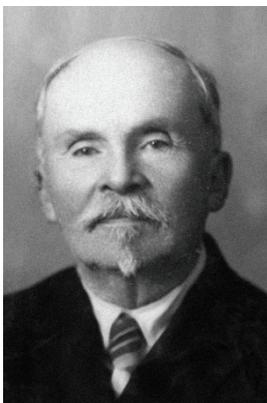
**Сычев Н.А.**  
**(1901 – 1965)**

Главный токсиколог Архангельского  
военного округа, доцент кафедры  
фармакологии АГМИ



**Никитин Д.В.**  
**(1874 – 1960)**

Доцент, зав. кафедрой инфекционных  
болезней АГМИ,  
консультант-инфекционист



**Дьяков Н.Н.**  
**(1875 – 1954)**

Профессор, зав. кафедрой  
госпитальной терапии АГМИ,  
консультант-терапевт эвакогоспиталей



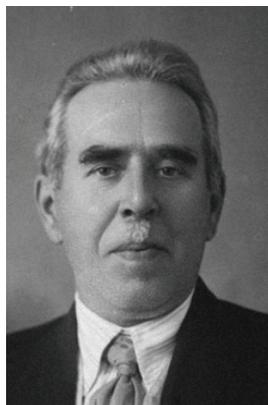
**Михеев В.В.**  
**(1874 – 1944)**

Профессор, зав. кафедрой нервных  
болезней АГМИ, консультант отдела  
эвакогоспиталей



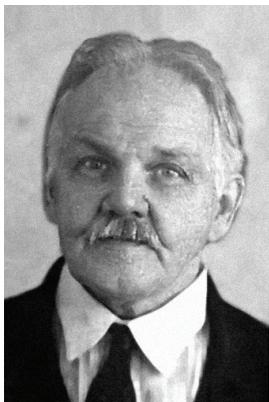
**Туркельтауб М.С.**  
(1898 – ?)

Профессор, зав. кафедрой  
пропедевтики внутренних болезней  
АГМИ, консультант эвакогоспиталей



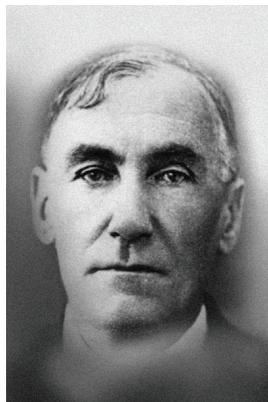
**Логинов Г.Г.**  
(1892 – 1975)

Доцент, зав. кафедрой глазных  
болезней, консультант отдела  
эвакогоспиталей



**Преображенский В.В.**  
(1874 – 1944)

Профессор, зав. кафедрой акушерства  
и гинекологии АГМИ, консультант  
отдела эвакогоспиталей



**Вечтомов А.А.**  
(1886 – 1954)

К.м.н., профессор, зав. кафедрой  
общей хирургии АГМИ, консультант  
отдела эвакогоспиталей

**Специализация эвакуооспиталей госпитальной базы Карельского фронта  
в октябре–декабре 1942 г. (согласно данным паспортов)**

№	№ ЭГ	Место развертывания	Специализация коечного фонда																		
			Грудь, живот	Нижняя конечн.	Перелом бедр, голени	Верхняя конечн.	Урология	Холодовая травма	Общая хирургия	Глазное отд.	ЛОР-отд.	Терапевт. отд.	Туберкулезное отделение	Невролог. отд.	Пнемолог. отд.	Дерматовенеролог. отд.					
1	1026	Архангельск	100	250	100						100	100			250	200	150				
2	2532	Архангельск													400						
3	2533	Архангельск								400											
4	2527	Архангельск													100						
5	2524	Архангельск	100					100											50		
6	1603	Архангельск					600														
7	3433	Архангельск														200	100				150
8	1755	Архангельск																			
9	2530	Архангельск															100				



От налетов вражеской авиации в августе и сентябре 1942 г. в Архангельске пострадала часть госпитальных зданий. Пришлось переместить несколько госпиталей из областного центра в районы Архангельской области на расстояние от 100 до 450 км. Лишь 1700 госпитальных коек было размещено в городских и районных больницах, домах отдыха и санаториях. Преобладающее большинство коек развернуто в приспособленных помещениях: школах, училищах, лесотехническом институте, прочих учреждениях.



Рис. 4.4. и 4.5. Главный корпус Архангельского лесотехнического института, в котором находился ЭГ 1026. Разрушен в результате бомбардировки 1942 г.

Фото проекта  
«Старый Архангельск»,  
[pastar.ru](http://pastar.ru)



**Расположение эвакогоспиталей  
в городах Архангельской области в 1943 г.**

ЭГ	Город, населенный пункт	Койки	Здания	ЭГ	Населенный пункт	Койки	Здания
1603	Архангельск	600	2	2522	Молотовск	300	1
2527	Архангельск	400	2	4870	Молотовск	400	1
2524	Архангельск	300	1	4871	Молотовск	250	2
3433	Архангельск	600	2	1142	Молотовск	600	3
2532	Архангельск	400	2	2515	Няндомы	500	3
2533	Архангельск	400	1	2526	Няндомы	400	3
1755	Архангельск	400	4	1601	Коноша	500	5
2530	Архангельск	400	2	2754	Онега	1300	9
1026	Архангельск	900	4	1771	Плесецк	500	4
2525	Архангельск	500	2	2513	Сольвычегодск	405	5
				2512	Шалакуша	300	5

Большинство госпиталей было развернуто в Архангельске и Молотовске. При подготовке Свирско-Петрозаводской наступательной операции по освобождению Карелии в мае-июне 1944 г. одиннадцать эвакогоспиталей, базировавшихся в Архангельске и Молотовске, были переданы НКО и выдвинуты к линии боевых действий. В дальнейшем некоторые из них перемещены на Дальний Восток и участвовали в войне с Японией в 1945 г.

**Реорганизация госпитальной базы Карельского фронта в 1941–1945 гг.**

Эвакогоспитали	Число госпиталей	Число коек
Всего сформировано на территории Архангельской области	31	13760
Передислоцировано в Архангельскую область из других регионов СССР	4	3100

*Продолжение таблицы 6*

Принято от НКО в систему НКЗ в 1942 г.	20	10300
Передислоцировано за пределы Архангельской области в 1943 – 1944 гг.	3	1200
Расформировано в 1943–1945 гг.	7	4300
Передано в систему ВЦСПС в 1944–1945 гг.	2	400
Передано в санаторий для инвалидов Великой Отечественной войны	1	400

В I квартале 1945 г. количество раненых и больных значительно сократилось, изменился состав пациентов. Выписаны легкораненые. Преобладали больные с затяжным течением патологических процессов: остеомиелитом, свищами, незажившими ранами и трофическими язвами культей конечностей. В ноябре 1945 г. на территории Архангельской области завершили работу последние три эвакогоспиталя: ЭГ 2515 на 400 коек в Няндоме занимался лечением военнопленных; ЭГ 1601 на 600 коек в Коноше – лечением репатриантов; ЭГ 1771 на 400 коек в Плесецке реорганизован в госпиталь для инвалидов Великой Отечественной войны. В соответствии с решением Государственной штатной комиссии при Совнаркомом СССР от 2 ноября 1945 г. отдел эвакогоспиталей Архангельского ОЗО реорганизован 1 января 1946 г. в отдел госпиталей для инвалидов Великой Отечественной войны (приказ Архангельского ОЗО от 8.12.1945 г. № 626) [10].

## **4.2. Личный состав эвакогоспиталей**

В гражданском здравоохранении СССР и в медицинских учреждениях Красной армии накануне Великой Отечественной войны работали 13 тыс. хирургов и 40 тыс. терапевтов. Некомплект кадровых военных врачей, главным образом войскового звена медицинской службы, перед войной составлял 28 %. Половина военных врачей имела опыт практической работы менее 5 лет. Врачи, окончившие военно-медицинскую академию и военный факультет медицинского института, составляли всего 23 %. Большинство полковых врачей

окончили гражданские медицинские вузы. В учебном плане 1939 г. на изучение военно-медицинских предметов в мединституте было отведено 200 часов: общественная подготовка – 42, санитарно-химическая защита – 72, медико-санитарная служба МПВО – 30 и медицинская тактика – 56. Военно-медицинская подготовка в гражданских медицинских вузах носила теоретический характер [28, 56].

В 1941 г. потребность в медицинских кадрах по сравнению с мирным временем многократно возросла. Наибольшей была нужда в военно-полевых хирургах, травматологах-ортопедах, инфекционистах и эпидемиологах. Срок обучения в мединститутах в 1941–1942 гг. сокращен до трех с половиной лет. Только за первые десять месяцев войны медицинские институты и институты усовершенствования врачей страны подготовили более 9 тыс. хирургов из выпускников двух последних курсов и врачей нехирургических специальностей. Конечно, им еще предстояло освоить на практике сложную, трудоемкую, ответственную хирургическую работу с ранеными. Для подготовки хирурга требуется не менее двух лет после окончания медицинского вуза. К сожалению, многие врачи и медицинские сестры погибли от вражеских бомб, снарядов и пуль [41, 56].

Руководящий состав эвакуогоспиталя ГБФ состоял из трех должностных лиц: начальника госпиталя – врача, начальника медицинской части – врача и военного комиссара. Штат госпиталя утверждался из расчета 34 должности на 100 коек. Структура штатных должностей: врачи и средний медицинский персонал – 30 %, санитары – 25 %, хозяйственный состав – 45 %. Комплектование руководства, врачебного и среднего медицинского состава эвакуогоспиталей осуществлялось в основном за счет мобилизованных врачей и средних медицинских работников гражданских лечебных учреждений. Мобилизованные врачи среди врачебного состава многих эвакуогоспиталей ГБФ составляли более 80 %. Штатная нагрузка на хирурга варьировала от 55 до 70 больных. Острейший дефицит хирургов не позволил укомплектовать специалистами все хирургические должности. В октябре 1942 г. на 69 штатных должностях хирургов восьми эвакуогоспиталей работали всего 38 врачей. Таким образом, на плечах каждого хирурга лежала чрезмерная ежедневная нагрузка [13].

# АРХАНГЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ О Б Ъ Я В Л Я Е Т,

**что с 1 июня по 1 августа 1942 года будет производиться  
ПРИЕМ ЗАЯВЛЕНИЙ о поступлении на 1 курс Института**

На 1-й курс принимаются все граждане в возрасте от 17 до 35 лет, имеющие законченное среднее образование.

Поступающие подают заявление на имя директора института с приложением подробной автобиографии, указавшим точного адреса и следующих документов (в подлинниках): 1) аттестата об окончании среднего учебного заведения; 2) паспорта и справки об отнесении к воинской обязанности (предъявляются лично); 3) трех фотокарточек.

Окончившие среднюю школу с дипломом ОТЛИЧНИКА и все граждане, окончившие среднюю школу или соответствующее учебное заведение в 1941—1942 г.г., а также лица, окончившие ОТЛИЧНО средние медицинские школы и включенные в 3-й процент выпуска, принимаются без приемных испытаний.

Все остальные граждане подвергаются письменным испытаниям по русскому языку и литературе, физике и химии.

**Приемные испытания будут производиться с 1 августа по 20 августа с. г., зачисление в число студентов — с 21 по 25 августа с. г. Начало занятий — 1 сентября.**

**Зачисленные в институт обеспечиваются общежитием и стипендией на общих основаниях.**

**Срок обучения 3 $\frac{1}{2}$  года.**

**Заявления о приеме с документами подаются лично или направляются заказным письмом по почте по адресу: Архангельск, пр. П. Виноградова, 84, Медицинский институт директору.**

*Дирекция.*

Рис. 4.6. Объявление о приеме на 1-й курс АГМИ. 1942 г. Архив СГМУ

21.

Директору *Архангельского Медицинского Института*

Прошу к 10 августа с/г выслать в Облвоенкомат сведения о количестве студентов по следующей форме:

	Из них отдельно по курсам:					Всего
	1 курс	2	3	4	5	
Мужчин	10	2	4	4	12	32
Женщин	296	187	61	146	144	834
<b>Всего</b>	<b>306</b>	<b>189</b>	<b>65</b>	<b>150</b>	<b>156</b>	<b>866</b>

Одновременно указать когда будет очередной выпуск последнего курса. *15/VIII 44 г.*

Архоблвоенком  
Полковник *Шрибинин* / *Кашков* /

Нач. 3 части  
Капитан а/с *Шорохов* / *Шорохов* /

Рис. 4.7. Информация о составе студентов АГМИ, направленная в Архангельский облвоенкомат 15 августа 1944 г. На всех курсах обучалось 866 студентов, мужчин среди них было всего 32 (3,7%). Переход срока обучения в АГМИ с 3-х с половиной лет до 5 лет осуществлен в 1943 г. Архив СГМУ

В начальном периоде войны в эвакуогоспиталях ГБФ направляли участковых терапевтов, педиатров и других врачей нехирургических специальностей после обучения на кратковременных хирургических курсах АГМИ. В 1941 г. и 1942 г. профессорами и ассистентами проведены два цикла обучения хирургии врачей нехирургических специальностей. Численность группы составила 20–25 человек, продолжительность обучения – полтора-два месяца. Примером служит профессиональный путь педиатра З.А. Пожитковой. После окончания Смоленского медицинского института в 1929 г. она в течение 12 лет работала в педиатрической службе. Последняя должность перед Великой Отечественной войной – главный врач городской больницы для недоношенных детей в Ленинграде. В июле 1941 г.

мобилизована в РККА и после обучения на двухмесячных хирургических курсах в АГМИ назначена ординатором хирургического отделения ЭГ 2754 ГБФ. Через 10 месяцев, в июле 1942 г., Зинаида Александровна – начальник хирургического отделения, через год – начальник медицинской части, с августа 1943 г. по июнь 1947 г. – начальник военного госпиталя 1771, позднее – госпиталя для лечения инвалидов Великой Отечественной войны. С 1947 г. З.А. Пожиткова работала начальником лечебного сектора Архангельского облздравотдела и областной станции санитарной авиации.

Укомплектование эвакуогоспиталей врачами и средними медицинскими кадрами в 1941–1942 гг. представляло острейшую проблему. На должность начальника госпиталя в основном назначались женщины, работавшие до Великой Отечественной войны в больницах Архангельской области. Приводим ряд приказов заведующего АОЗО [10].

Приказ № 352 от 8 августа 1941 г.

*«Состоящая в запасе военврач 3-го ранга т. Сомова Екатерина Александровна допускается к временному исполнению должности начальника госпиталя 2515 [Няндомы, прим. автора] с 28.VII.1941 г.; 1896 года рождения, русская, беспартийная, служащая. Образование: военного не имеет, общее – высшее. В РККА не служила, на фронтах не участвовала. Т. Сомовой предоставляется право распоряжаться кредитами в пределах сметы, утвержденной госпиталю».*

Приказ № 355 от 8 августа 1941 г.

«Врача Махалеву М.М. от работы в Ровдинском районе освободить и направить с 21.VIII.1941 г. на курсы специализации по хирургии с последующим использованием для работы в госпитале. Зарплату установить 313 руб. в месяц. Расходы, связанные со специализацией врача Махалевой, оплатить за счет областного бюджета».

Приказ № 362 от 11 августа 1941 г.

*«Состоявшая в запасе Шенкурского райвоенкомата военврач III ранга т. Цодокович Мария Ифимовна допускается к временному исполнению должности начальника госпиталя 2525 [Архангельск, прим. авторов] с правом распоряжения кредитами, еврей, кандидат ВКП(б) с 1939 г.»*



### Личный листок по учету кадров

2  
 Место для  
фотографии

1. Фамилия Пожиткова Зинаида  
 и.м. Александровна

2. Пол Женщина. Год, число и месяц рождения 1906-24 марта

4. Место рождения с. Гуайце Смоленской губ. Смоленской области

3. Национальность русская 6. Сод. происхождение дочь священника

7. Партийность член КПСР партия Апрель 1994 партийный № 0070748  
(дата вступления) (номер)

8. Состоит ли членом ВЛКСМ, с какого времени и № билета

9. Образование Высшее - медицинское

Название учебного заведения и его местонахождение	Факультет или отделение	Год поступления	Год окончания	Единица обучения	Курс, специальность, получена ли дипломная работа, уровень № диплома или удостоверения
<u>Учестская школа с. Красном Смолен. обл.</u>		<u>1919</u>	<u>1924</u>	<u>оконч.</u>	<u>Общая средняя образование</u>
<u>Смоленский Государственный университет - медицинский факультет</u>	<u>исполн.</u>	<u>1924</u>	<u>1929</u>	<u>Оконч.</u>	<u>Врач</u>

10. Какими иностранными языками и языками народов СССР владеете некоторые  
(языки и национальн. группы, часть из которых выучены, владеете свободно)

11. Ученая степень, ученое звание не имеет

12. Какие имеете научные труды и изобретения не имеет

Рис. 4.8, 4.9, 4.10. Личный листок по учету кадров педиатра, военно-полевого хирурга, начальника эвакогоспиталя 2754/1771 З.А. Пожитковой.

Архив СГМУ

13. Выполненная работа с начала трудовой деятельности (включая учебу в высших и средних специальных учебных заведениях, военную службу, учебу в партизанских отрядах и работу за границей)

При выполнении данного пункта упрощены, организованы и проведены необходимо упомянуть тех, кем они выполнялись в свое время, коим при работе выполнялись с указанием должности

Месяц и год вступления в работу	Должность с указанием учреждения, предприятия, а также Министерства (ведомства)	Местонахождение учреждения, организации, предприятия
<u>сентябрь 1920</u>	<u>сестра детского-участковой больницы - Кировский госпиталь</u>	<u>Казань Вятской губернии Кировский госпиталь</u>
<u>март 1928</u>	<u>ординатор детского отделения госпитальной больницы</u>	<u>г. Великий Новгород Казанская губерния Кировский госпиталь</u>
<u>сентябрь 1938</u>	<u>инструктор детского отделения</u>	<u>г. Смоленск Кировский госпиталь</u>
<u>июль 1940</u>	<u>инструктор больницы госпитальной</u>	<u>г. Ленинград</u>
<u>июль 1941</u>	<u>ординатор хирургического отделения эвако-больницы №2754</u>	<u>Ленинград</u>
<u>сентябрь 1941</u>	<u>капитан хирургического отделения эвако-больницы №2754</u>	<u>Кировский госпиталь</u>
<u>июль 1941</u>	<u>капитан эвако-больницы №2754</u>	<u>Кировский госпиталь</u>
<u>сентябрь 1942</u>	<u>капитан госпитальной больницы госпитальной №1771 Кировский госпиталь</u>	<u>Ленинград</u>
	<u>капитан госпитальной больницы госпитальной №1771 Кировский госпиталь</u>	<u>Ленинград</u>
<u>июль 1947</u>	<u>стационарный медик госпитальной больницы №2754</u>	<u>Архангельская область</u>

Приказ № 372 от 18 августа 1941 г.

*«Состоявшую в запасе Плесецкого РВК врача Каменко Аллу Константиновну допустить к временному исполнению обязанностей начальника госпиталя 2512 [Шалакуша, прим. авторов] с правом распоряжением кредитами. 1907 г. рождения, русская, кандидат ВКП(б) с 1939 г., служащая, военного образования не имеет, в РККА не служила, в боях не участвовала».*

Приказ № 399 от 1 сентября 1941 г.

*«Состоявшую в запасе Плесецкого РВК врача Мохнаткину Ольгу Павловну допускаю к временному исполнению должности начальника госпиталя 2514. Русская, член ВЛКСМ, образование общее высшее, военного не имеет, в РККА не служила. Служащая».*

Массовая мобилизация врачей и средних медицинских работников в РККА в 1941 г. привела к «кадровому голоду» в гражданских ЛПУ. В отчете Архангельского горздравотдела о сети, деятельности и кадрах медицинских учреждений приведены следующие данные. В ЛПУ Архангельска на 31.12.1941 г. из 454 врачебных должностей были заняты только 289 (63,6 %). На городской станции скорой медицинской помощи из 10,75 врачебной должности заняты 1,5 должности, из 42 штатных должностей среднего медперсонала заняты 18,5. Из 19 штатных должностей рентгенологов в ЛПУ заняты 3,5 [4].

Задачей руководства было рациональное назначение специалистов на штатные должности в эвакогоспитале. Выдержка из приказа заведующего Архангельским ОЗО от 23 октября 1942 г. № 366:

*«§4. В ряде госпиталей имеет место назначение хирургов на должность начальника медчасти госпиталя, что противоречит указаниям Управления эвакогоспиталей СССР как неправильное использование кадров и снижение качества полноценного хирургического обслуживания раненых и... больных. Проверкой установлено, что назначение хирургов на эти должности проводится распоряжением самих начальников госпиталей без разрешения и утверждения ОЗО (ЭГ 1771, 1603 и др.). Приказываю: 1. Впредь все перемещения по службе производить только с разрешения отдела эвакогоспиталей ОЗО. 2. Начальникам эвакогоспиталей представить кандидату-*

ры на должности начальника медицинской части госпиталя в отдел эвакуогоспиталей» [10].

Представленный ниже документ свидетельствует о кризисной ситуации с кадрами врачей в госпитальных базах других фронтов и гражданских лечебных учреждениях.

Приказ заведующего АОЗО от 10 мая 1943 г. № 238:

*«На основании приказов НКЗ РСФСР № 1-0 от 18.02.1943 г. и Уполномоченного ГКО № 21 приказываю: начальнику отдела эвакуогоспиталей полковнику медицинской службы тов. Кобрину А.Л. обязать врачей эвакуогоспиталей иметь совместительство внутри госпиталя до двух ставок, а остальным врачам, не имеющим совместительства по госпиталю, дать совместительство в гражданских лечебных учреждениях. Начальнику отдела кадров тов. Вайгачевой в двухнедельный срок составить списки вакантных врачебных должностей и передать их начальнику отдела врачебных эвакуогоспиталей тов. Кобрину А.Л. для замещения врачами» [10].*

Начальники эвакуогоспиталей и отдела эвакуогоспиталей ОЗО назначались и освобождались от должности приказом по Главному военно-санитарному управлению Красной армии и дублирующим приказом по фронтовому эвакуационному пункту. Начальника отдела эвакуогоспиталей М.А. Копейкина в ноябре 1942 г. сменил полковник м/с А.Л. Кобрин, который занимал эту должность более года. 22 марта 1944 г. он направлен в распоряжение начальника Военно-санитарного управления Ленинградского фронта (приказ по Архангельскому ОЗО № 170 от 21.03.1944 г.). С марта по август 1944 г. обязанности начальника отдела эвакуогоспиталей исполнял главный хирург полковник м/с В.А. Казьмин; 11.08.1944 г. он откомандирован в распоряжение Управления эвакуогоспиталей НКЗ РСФСР (приказ по ОЗО № 434 от 8.08.1944 г.). Этим же приказом исполняющим обязанности начальника отдела эвакуогоспиталей ОЗО назначена Ф.И. Шарапова, начальник лечебного сектора отдела. В послевоенные годы к.м.н. Ф.И. Шарапова работала на кафедре акушерства и гинекологии АГМИ.

Главным хирургом отдела эвакуогоспиталей ОЗО 11 мая 1942 г. назначен доцент АГМИ Г.А. Орлов (приказ № 220). 1 ноября 1942 г. доцент Г.А. Орлов переведен на должность старшего инспектора-хирурга, эти обязанности он исполнял до 10 августа 1944 г.



Рис. 4.11. Выписка из приказа НКЗ РСФСР об утверждении д.м.н. Г.А. Орлова главным хирургом отдела эвакогоспиталей АрхОЗО. Фонд Архангельского краеведческого музея, КП-33036-32

Доцента Г.А. Орлова на посту главного хирурга эвакогоспиталей сменил старший инспектор отдела госпиталей по травматологии В.А. Казьмин. После его перевода на новую должность в НКЗ РСФСР 11.08.1944 г. главным хирургом вновь назначен Г.А. Орлов, теперь уже профессор (приказ по ОЗО № 434 от 8.08.1944 г.) Этим же приказом начальником лечебного сектора назначена К.М. Гаврилова; за ней оставлено также руководство медицинской статистикой. После войны Клавдия Михайловна защитила докторскую диссертацию, стала профессором и заведовала кафедрой рентгенологии АГМИ с 1960 по 1984 г. Старшим инспектором терапевтической службы и главным терапевтом отдела эвакогоспиталей в сентябре 1942 г. был И.Я. Шапиро. 19.09.1942 г. на эту должность назначен А.П. Петров, отозванный из эвакогоспиталя 2532 (приказ № 483 от 19.09.1942 г.).

Врачи эвакогоспиталей, работая без отпусков, несли колоссальную нагрузку. В качестве примера приводим врачебный состав ЭГ 2515 (Няндомы) на 22.08.1942 г. Мощность госпиталя – 500 коек, из них 200 хирургических и 300 терапевтических (табл. 7).

## Врачебный состав эвакогоспиталя 2515 на 22.08.1942 г.

Фамилия, инициалы	Должность	Дата окончания вуза	Трудовой стаж	Партийность
Рябкова Е.О.	Начальник медицинской части	Ленинградский мединститут в 1938 г.	4 года	Беспартийная
Бабинский Х.Н.	Старший хирург	Казанский мединститут в 1934 г.	Врачебный стаж – 8 лет, хирургический – 3 года	Беспартийный
Викулов А.В.	Хирург	МГУ, медицинский факультет в 1916 г.	26 лет	Беспартийный
Антипина Е.Г.	Начальник отделения	АГМИ в 1940 г	2 года	Член ВЛКСМ
Киселёва А.М.	Начальник отделения	АГМИ в 1940 г	2 года	Беспартийная
Кувакина Е.Д.	Ординатор	АГМИ в 1937 г	5 лет	Беспартийная
Илгач Г.Ф.	Ординатор	АГМИ в 1940 г	2 года	Беспартийная
Пономарева А.В.	Начальник отделения	АГМИ в 1939 г	3 года	Беспартийная
Котлов А.Г.	Начальник рентгеноотделения	Куйбышевский мединститут в 1925 г.	17 лет	Беспартийный
Сколоухов Е.И.	Начальник лаборатории	Харьковский мединститут в 1930 г.	12 лет	Беспартийный

Таким образом, в лечебных отделениях 500-кочного госпиталя работали всего 7 хирургов и терапевтов, причем 4 из них имели трудовой стаж до 3 лет. Пять из семи врачей-лечебников окончили АГМИ в 1937–1940 гг.

С целью совершенствования качества лечебно-диагностической работы в эвакогоспиталях в должности консультантов привлекались профессора и ассистенты клинических кафедр АГМИ.

Приказ по Архангельскому ОЗО № 718 от 30.XII.1942 г.

*«В соответствии с приказом НКЗ СССР № 77 «О привлечении профессорско-преподавательского состава Медвузов к работе в эвакуогоспиталях» и на основании приказа № 162 по АГМИ прикрепить профессорско-преподавательский состав к следующим госпиталям (табл. 8).*

Таблица 8

**Сотрудники Госпитальной базы Карельского фронта  
и Архангельского государственного медицинского института**

Ф.И.О. ученое звание	Облздравотдел, должность / Госпитальная база, должность	АГМИ, должность, период
Седов М.Ф.	Заведующий Архангельским облздравотделом	Заведующий учебной частью АГМИ в предвоенный период
Орлов Г.А., доцент (5.02.1940 г. – 19.05.1944 г.), профессор с 20.05.1944 г.	Октябрь–ноябрь 1941 г., май–ноябрь 1942 г., 11.08.1944 – 31.12.1945 г. – главный хирург, декабрь 1942–июль 1944 г. – старший инспектор – хирург отдела эвакуогоспиталей	Завкафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии (17.01.1940 – 16.11.1944 г.); завкафедрой общей хирургии (17.11.1944 – 30.06.1981 г.)
Рыбкина Н.А., к.м.н. (1954)	Начальник хирургического отделения в/ч 176 / ЭГ 2524	Ассистент кафедры госпитальной хирургии (1937–1961)
Дьяков Н.Н., д.м.н., профессор	Консультант эвакуогоспиталя в/ч 184	Завкафедрой пропедевтики внутренних болезней (17.08.1934 г. – 1936 г.). Завкафедрой госпитальной терапии (1936 г. – 30.08.1953 г.)
Михеев В.В., профессор	Инспектор по невропатологии отдела эвакуогоспиталей (7.09.1942 – 1945 г.)	Завкафедрой нервных болезней в 1936–1945 гг.
Липский И.А.	Начальник эвакуогоспиталя 2532	Завкафедрой кожных и венерических болезней в 1962–1964 гг.

Марголин А.Г.	Начальник лечебного сектора отдела эвакогоспиталей (1945 г.)	Завкафедрой нервных болезней в 1960–1968 гг.
Красносельский Г.И., к.м.н., доцент	Инспектор по лечебной физкультуре отдела эвакогоспиталей (7.09.1942 г. – 24.12.1945 г.)	Доцент, зав. курсом лечебной физкультуры
Туркельтауб М.С., д.м.н., профессор	Консультант эвакогоспиталя в/ч 182	Завкафедрой пропедевтики внутренних болезней (21.07.1941 – 11.10.1955 г.)
Елизаровский С.И., к.м.н. (1939 г.), д.м.н., профессор (1946 г.)	Старший инспектор – хирург отдела эвакогоспиталей (август 1944 – 24.12.1945 г.)	Ассистент (1936–1944 гг.), завкафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии (1944–1981 гг.)
Давыдов Г.М., д.м.н., профессор	Консультант областной станции переливания крови и эвакогоспиталя в/ч 176 / ЭГ 2524	Завкафедрой госпитальной хирургии 28.06.1942–20.04.1959 г.
Крайзельбурд Л.П., уролог, к.м.н.	Начальник урологического отделения эвакогоспиталя 2524 в 1943 – 1945 гг.	Заведующий курсом урологии (8.09.1938 – 10.01.1947 г.)
Баранова А.С., к.м.н. (1956)	Ординатор (07.1941 – 15.12.1942 г.), начальник хирургического отделения эвакогоспиталя 2524 (16.12.1942 – 1944 г.)	Ассистент кафедры госпитальной хирургии (1944–1947), заведующая хирургическим отделением АОКБ (1954–1973)
Вечтомов А.А., к.м.н., профессор	Консультант эвакогоспиталя в/ч 178	Завкафедрой общей хирургии (2.06.1936 –1944 г.
Петров А.П., врач	Начальник терапевтического отделения эвакогоспиталя 2532 (1941 г. – 18.09.1942 г.), старший инспектор (19.09.1942 г.), главный терапевт отдела эвакогоспиталей (с октября 1942 г.)	Ассистент кафедры факультетской терапии (1935–1939 гг.)

Преображенский В.В., профессор	Консультант эвакуогоспиталя в/ч 178	Завкафедрой акушерства и гинекологии (21.12.1934 г. – 28.09.1944 г.)
Никитин Д.В., доцент	Консультант эвакуогоспиталя в/ч 182	Завкафедрой инфекционных болезней (1936–1953 г.)
Талалов И.З., д.м.н.	Консультант эвакуогоспиталя в/ч 181	Завкафедрой кожных и венерических болезней (25.10.1935 – 14.1.1944 г.)
Ведерников В.А., к.м.н. (1937 г.), д.м.н. (1950 г.), профессор (1951 г.)	Консультант эвакуогоспиталей в/ч 173, 176, 178, 184, 196	Ассистент (10.12.1936 – 1944 г.), завкафедрой кожных и венерических болезней (1944 – 3.08.1962 г.)

Острейший дефицит врачей и среднего медицинского персонала явился основанием для издания приказа № 381 от 15 августа 1942 г. по Архангельскому ОЗО:

*«Во исполнение приказа Народного комиссара СССР тов. Митерева приказываю. Обеспечить исчерпывающий повседневный учет всех врачебных и медицинских кадров, находящихся на территории района. На врачей и средний медперсонал к 01.10.1942 г. завести личные дела. Обязательную регистрацию врачей и средних медработников, фармацевтов провести через райисполкомы, кроме работающих в НКО. Всех неработающих врачей и медсестер назначить на работу, создав необходимые условия для многодетных матерей путем первоочередного обеспечения местами в яслях и детских садиках. Строго в установленный срок сообщать обо всех выбывших и прибывших в районы на 1-е число нового месяца.*

*Довести совместительство врачей до полутора-двух ставок. Разъяснить врачам, что работа по совместительству в условиях военного времени является патриотическим оборонным делом. Использовать следующие виды совместительства:*

- совмещение врачебных должностей в одной и той же амбулатории, поликлинике;
- совмещение на участке работы терапевта и педиатра;
- совмещение по широкой и узкой специальности: терапевт – по туберкулезу, хирург – по ушным, глазным болезням и т.д.;
- совмещение по стационару и амбулатории в одной больнице;
- совмещение заведования больницей с лечебной работой;
- совмещение в поликлинике с работой в лаборатории, рентгеновском кабинете.

Привлечь к работе на условиях совместительства в поликлиниках и амбулаториях системы ОЗО врачей других ведомств: водного транспорта, НКПС, НКВД, решая этот вопрос, в случае необходимости, в районных партийных и советских органах. Привлечь к работе в ЛПУ врачей эвакогоспиталей, в 1-ю очередь наиболее дефицитных специальностей. Разрешить совместительство до 0,5 ставки врачам системы управления здравоохранением. Привлекать к работе пенсионеров, инвалидов Великой Отечественной войны, допуская сокращенный рабочий день с почасовой оплатой.

Запрещаю освобождают врачей из района, переводить их с сельских врачебных участков в районный центр, с одного участка на другой, а также изменять место работы врача, прибывшего в район с путевой ОЗО, без разрешения отдела кадров ОЗО.

Заполнить все вакансии средним медперсоналом до 01.09.1942 г., используя для этих целей прибывших по эвакуации, работающих не по специальности, закончивших РОККовские курсы медсестер. Выдвигать на руководящую работу молодых врачей, проявивших организаторские способности. Проводить политическую работу в коллективах».

Ряд врачей Госпитальной базы участвовал в научно-практических конференциях и прошел кратковременное обучение на клинических базах Москвы. В декабре 1942 г. проведена первая аттестация врачей эвакогоспиталей комиссией АОЗО, которую возглавил начальник отдела А.Л. Кобрин. Комиссия отметила повышение профессионального уровня врачей. Утверждены в занимаемых должностях 194 человека, из них в должности ординатора – 77, начальника меди-

цинского отделения – 65, помощника начальника эвакогоспиталя по медицинской части – 6, начальника рентгенокабинета – 10, врачей ЛФК и физиотерапевтического кабинета – 10, заведующего лабораторией – 11, врача-лаборанта – 1, заведующего зубоучастком кабинетом – 6, зубных врачей – 4, начальника приемного покоя – 2, врача по питанию – 1, начальника патолого-анатомического кабинета – 1. За хорошие показатели в работе и профессиональный рост выдвинуты на более высокие должности: З.А. Пожиткова – на должность начальника ЭГ 2754, М.И. Медведовский – на должность старшего хирурга ЭГ 1026; ординатора ЭГ 2524 А.С. Баранову и ординатора ЭГ 2533 С.О. Мельникову – на должность начальника медицинского отделения. Понижены в должности 8 начальников отделений, их перевели на должность ординатора. В финансовом плане отдела эвакогоспиталей ОЗО на 1943 г. были предусмотрены средства на повышение квалификации врачей в клиниках Москвы, приобретение учебных пособий и медицинской учебно-научной литературы.

Подготовкой фельдшеров, акушерок, медсестер и лаборантов в Архангельской области перед Великой Отечественной войной занимались 6 медицинских школ в крупных городах. С началом войны потребность в медицинских работниках среднего звена резко возросла и не могла быть удовлетворена действовавшими учебными заведениями. Вынужденно сокращен срок обучения в медицинских школах.

Свидетельством резкого дефицита кадров средних медработников на фронте служит приказ заведующего ОЗО № 401 от 30 августа 1941 г. *«Предлагаю директору Архангельской фельдшерской школы произвести выпуск фельдшеров III курса мужского контингента, подлежащих призыву в РККА. Выдать диплом об окончании по годовым оценкам. Выпуск произвести 2 сентября 1941 г. Фельдшеров направить в распоряжение Октябрьского РВК»* [10].

Приняты меры по массовой ускоренной подготовке медицинских сестер запаса и санитарных дружинниц в учебных центрах РОКК и КП, профсоюзных организаций и непосредственно в эвакогоспиталях.

**Подготовка средних и младших медицинских работников  
по линии РОКК в Архангельской области за годы  
Великой Отечественной войны (1941 – 1945 гг.)**

№ п/п	Медицинские работники	Количество подготовленных
1	Медицинские сестры запаса	4815
2	Санинструкторы	664
3	Санитарные дружинницы	9266
4	Санитары/санитарки	134
5	Лаборанты	63
6	Рентгенолаборанты	37
ВСЕГО		14979

Из подготовленных 4815 медицинских сестер 1492 (31 %) были мобилизованы и направлены в действующую армию на Карельский фронт, остальные работали в эвакогоспиталях ГБФ, санитарных частях Беломорской военной флотилии и гражданских ЛПУ. Укомплектованность эвакогоспиталей средним медицинским персоналом в первые годы войны достигла 98 %.

Качество практической подготовки молодых врачей, фельдшеров и медицинских сестер явно страдало. Сохранились воспоминания хирурга А.П. Тюкиной: «... При организации эвакогоспиталя № 2525 на 300 коек в Архангельской школе № 82 было много трудностей. Поскольку ни врачи, ни медсестры, а тем более санитарки не имели опыта работы в хирургических госпиталях и не были знакомы с вопросами военно-полевой хирургии, наряду с подготовкой помещений проводилось обучение персонала элементам ухода за ранеными. Чтобы приобщить персонал к военно-полевой хирургии, пока не было поступления раненых, врачи и медсестры на две недели были временно направлены в ЭГ 1601, где раненые находились с начала июля. Первых раненых ЭГ 2525 принял 25 августа 1941 года. К госпиталю подошел санитарный поезд с ранеными в количестве 283 человека. Трое суток, не выходя из госпиталя, медики обрабатывали первый эшелон. Прием первой партии ране-

ных явился яркой демонстрацией ужасов войны и нечеловеческих жертв, которые выпали на долю поколения. Мы вдвойне страдали от нехватки умений. Отношение персонала к делу стало еще более серьезным, стали упорно учиться, учитывая ошибки и неудачи первых дней работы» [2].



Рис. 4.12. Военное удостоверение хирурга ЭГ 2526 А.П. Тюкиной.  
Фонд Архангельского краеведческого музея, КП-29447-5\_1



4.13. Почетная грамота старшего хирурга А.П. Тюкиной с подписью Народного комиссара здравоохранения СССР Г. Митерева. Москва, 1946 г. Фонд Архангельского краеведческого музея, КП-29447-4

Еще одно свидетельство о работе военной поры – воспоминания медсестры ЭГ 4870 (Молотовск) А. Тетеревлевой: *«В госпитале работали сменами по 12 часов. Целые эшелоны раненых приходили. Мы их встречали без суматохи – знали свое дело. Мыли солдатиков, перевязывали. Потом врач осмотрит и снова нам, медсестрам, работа. Как воздушную тревогу объявят, мы всех раненых перетаскивали в бомбоубежище. Стихнет все – снова наверх. Постоянно хотелось есть. В 1943 году эвакуогоспиталь был направлен на фронт в Карелию. Раненых доставляли поездом. Размещались в деревенских клубах, школах, избах. Матрасы и подушки для раненых набивали соломой. Сами спали, где придется. При большом поступлении раненых работали сутками без сна и отдыха»* [20].

### **4.3. Материально-хозяйственное снабжение**

Медицинские подразделения войскового, армейского и фронтового районов выполняли различные задачи и в разных условиях, поэтому нуждались в определенном наборе медицинского имущества и сроке его получения. Сюда входили медикаменты, хирургические инструменты и врачебно-медицинские предметы. Главное содержание табеля медицинского снабжения – комплекты и их различная комбинация, обеспечивающая выполнение задач медицинским подразделением. Первая система комплектного снабжения введена в действие в 1934 г., до Великой Отечественной войны она дважды пересмотрена. В частности, исключены редко применявшиеся медикаменты с коротким сроком хранения. Перечень лекарств для эвакуогоспиталей в первый год войны включал 118 наименований. Центральный склад ВСУ, получая от 240 заводов-производителей медико-санитарное имущество, накопил перед войной значительные его запасы. Табельное имущество направлялось на головные армейские склады в объеме до 30–33 вагонов и на окружные склады в объеме годового запаса на мирное время. Окружные склады в военное время становились фронтовыми [56].

Эвакуогоспитали Госпитальной базы Карельского фронта в 1941 г. были оснащены соответственно установленным нормам. Табельное медицинское имущество получено на окружном складе. Мягкий инвентарь, столовая и кухонная посуда переданы эвакуогоспиталям со

складов ОЗО. Твёрдым инвентарем, предметами для культурно-массовой работы госпитали оснащены по разнарядкам райисполкомов и шефскими организациями.

Существенную шефскую помощь эвакуогоспиталям оказали местные организации и жители Архангельской области. Госпиталям Архангельска безвозмездно передано около 500 предметов хозяйственного инвентаря, около 400 предметов для культурно-массовой работы, в т. ч. рояли, пианино, другие музыкальные инструменты, киноаппаратура, художественная литература. Получено от шефов 400 предметов мягкого инвентаря (простыни, одеяла, подушки, шторы и др.), 2000 предметов столовой посуды, 24 тонны продуктов питания и 19000 других предметов.



Рис. 4.14. Кухня эвакуогоспиталя 2531, расположенного в здании школы № 19. Фонд Архангельского краеведческого музея, КП-33644

Не хватало столовой посуды заводского производства. Пользовались мисками местного гончарного производства, деревянными ложками местной промышленности, кружками из железных консервных банок. Выдержка из приказа ОЗО № 25 от 11 января 1944 г.: *«Заведующему Архангельским горздравотделом определить потребность каждой больницы в посуде и дать Архторгу разнарядку на отпуск для больниц города 1500 штук глиняных мисок и 1500 штук глиняных кружечек, изготавливаемых местной промышленностью»* [10].

## **Распоряжение интенданта Архангельского военного округа начальникам госпиталей системы Наркомздрава СССР**

*Продовольствие для обеспечения больных и раненых госпиталя получают со складов НКО и от поставщиков по разнарядкам Отдела ПФС ОИУ Архангельского военного округа бесплатно по нормам госпитального пайка с дополнительной выдачей ежедневно каждому по 25 штук папирос 3-го сорта и по 3 коробки спичек на месяц.*

*Постоянный состав эвакогоспиталей довольствоваться:*

*А) Рядовой и мл. начсостав, а также вольнонаемных, призванных по мобилизации и получающих заработную плату, как рядовой и младший начсостав срочной службы, по нормам тылового пайка бесплатно.*

*Б) Начсостав кадра, начсостав запаса и военнообязанных, призванных из запаса и получающих заработную плату по ставкам, установленным для среднего и высшего начсостава, через столовые военторга или через гражданские столовые общественного питания.*

*При невозможности организовать питание указанным лицам разрешается довольствоваться их с котла по нормам тылового пайка – за плату. Стоимость тылового пайка – 110 руб.; в сутки – 3 руб. 67 коп.*

*Фураж для штатных лошадей отпускается по нормам приказа НКО СССР № 55-1939 года – бесплатно.*

*Кредитам на оплату продовольствия и фуража, получаемого непосредственно эвакогоспиталями по § 2 ст. 6 и 7, обеспечиваются распоряжением Округа.*

*Столовой и кухонной посудой, а также денежными средствами на ремонт эвакогоспиталя обеспечиваются распоряжением и за счет фондов Наркомздрава СССР.*

*Зам. окружного интенданта Архангельского  
военного округа подполковник Высоцкий  
1 августа 1941 г.*

Продовольственное снабжение эвакогоспиталей было удовлетворительное. Оно осуществлялось со складов НКО, где имелся неснижаемый запас продуктов достаточного ассортимента на 20–30 дней. Картофель и молоко получали из местных колхозов по нарядам

НКО. Отсутствовали свежие фрукты и овощи. Для предупреждения массовой заболеваемости цингой употребляли местные природные ресурсы.

Использовали дополнительные каналы увеличения запасов продовольствия: подсобные хозяйства при госпиталях, заготовка дикорастущих, децентрализованные закупки мяса и рыбы в районах области. В 1944 г. введено дополнительное горячее питание сотрудников во время круглосуточного дежурства. Большинство работников эвакуогоспиталей в 1943–1944 гг. имели собственные огороды.

*Таблица 10*

**Посевные площади подсобных хозяйств  
эвакогоспиталей (гектары)**

Выращиваемые культуры	1942 г.	1943 г.	1944 г.	1945 г.
Общий план посевов	22,39	32,58	38,86	49,0
Выполнение плана посевов (%)	90	100	100	47
Картофель	8,59	21,21	29,2	35,0
Капуста	3,01	Нет данных	3,0	4,45
Прочие овощи	3,34	6,13	4,04	3,7
Зерновые культуры	7,45	5,24	2,62	5,85

*Таблица 11*

**Объемы продукции, выращенной в подсобных хозяйствах  
эвакогоспиталей (в центнерах)**

Продукция	1942 г.	1943 г.	1944 г.	1945 г.
Картофель	300	376	500	506
Капуста	330	167	70	Нет данных
Прочие овощи	90	70	60	54
Зерно	90	112	Нет данных	Нет данных
Заготовлено сена (тонны)	Нет данных	88	112	86

Таблица 12

## Содержание скота и птицы в подсобных хозяйствах

Домашние животные	1942 г.	1943 г.	1944 г.	1945 г.
Свины	12	100	150	43
Овцы	–	–	5	9
Коровы	–	5	3	–
Куры	–	–	25	–

Госпитальная база фронта в 1943 г. занимала 63 здания: 25 (39,7 %) кирпичных и 38 (60,3 %) деревянных. Госпитали в основном развергивались в школьных зданиях; 13 из 20 занятых школьных зданий были кирпичными, все имели электроснабжение, 15 – централизованное водяное отопление, 5 – печное отопление. В 1942–1943 гг. наблюдались перебои в электроснабжении эвакуогоспиталей Архангельска из-за повреждения уличных электросетей при вражеских авианалетах. В госпитали 2515, 2754, 1771 воду возили в бочках, а также брали из колодцев на территории госпиталя. Эвакуогоспиталями занято 11 больничных и 11 жилых зданий; остальные занятые эвакуогоспиталями здания принадлежали медицинским организациям и учреждениям. Централизованное водоснабжение и канализацию имели 17, печное отопление – 11 госпиталей. Серьезную проблему представляла заготовка, разделка и доставка дров эвакуогоспиталям с печным отоплением. Лес на дровобиржу Архангельска доставляли в плотках и на баржах. Эвакуогоспитали своими силами выкатывали и складывали бревна в штабеля. В 1943–1944 гг. эвакуогоспитали осваивали также аварийную древесину на берегах рек и сплавляли с помощью буксиров на дровобиржи. В 1945 г. проводили заготовку дров в лесу. Пилку, колку и доставку дров на территорию госпиталей также осуществлял личный состав госпиталей; к этим работам привлекались выздоравливающие раненые и больные. Заготовлено дров в 1943 г. – 200 000 м<sup>3</sup>, в 1944 г. – 80 000 м<sup>3</sup>, в 1945 г. – 25 000 м<sup>3</sup>.

Косметический и другой ремонт помещений выполнялся ежегодно. На эти цели израсходовано в 1942 г. – 210 000, в 1943 г. – 250 000, в 1944 г. – 227 000 и в 1945 г. – 53 000 рублей. Таким обра-

зом, суммарно на ремонтно-восстановительные работы в госпиталях за 1941–1945 гг. израсходовано 1 069 000 (58, 8 %) из 1 819 000 рублей, выделенных на эти цели. Выделенные средства израсходованы не полностью, так как большой объем работ выполнен безвозмездно личным составом эвакуогоспиталей, больными и ранеными в порядке трудотерапии. Объемные задачи своевременного и достаточного материального снабжения госпитальной базы обусловили создание в ОЗО новой организационной структуры. Сектор материально-технического обеспечения эвакуогоспиталей организован 01.12.1943 г. из пяти сотрудников: начальник, инструкторы по продовольственному и вещевому снабжению, фарминспектор и агроном.

Морские суда, перевозившие раненых и больных из госпиталей Беломорска, Кеми, Кандалакши в Архангельск, швартовались у Красной пристани. В октябре 1941 г. в Вологде сформировали военно-санитарный поезд ВСП-163. С января по 21 августа 1942 г. на ВСП-163 эвакуировали раненых и больных с Карельского фронта в Архангельск и Молотовск. Личный состав поезда состоял из 59 медицинских работников и 17 железнодорожников. Раненых и больных перевозили в 10 вагонах, тяжелораненые занимали 4 вагона.

Большие трудности представляла переправа раненых с левого берега Северной Двины. В годы войны не было авто- и железнодорожного моста через широкую реку. Железнодорожные эшелоны, прибывавшие в город, чаще всего разгружались на станции Бакарица, раненых на носилках или в автомашинах перевозили паромным буксиром или пароходом через реку. Затем – вновь перенос раненых на носилках в автомашины или гужевые повозки. Только после этого раненые попадали в госпиталь. Переправа в город была очень сложной и трудоемкой, особенно в период ледохода и осеннего ледостава. При переноске раненых с одного транспорта на другой надо было сохранить повязку и шины, уберечь раненого от болезненного напряжения. Людям приходилось переносить из поезда на машину, из машины по шатким обледенелым мосткам через реку, затем снова грузить их в машину или в повозку и выгружать в госпитале. Во время приема военно-санитарного поезда с ранеными медики работали сутками без отдыха.

**Транспортные средства эвакуогоспиталей**

Транспортные средства	1942 г.	1943 г.	1944 г.	1945 г.
Автомашины, всего:	44	50	47	16
В том числе: грузовые	33	34	34	12
санитарные	7	11	7	2
легковые	4	5	6	2
лошади	нет данных	86	81	32

Автомашины были сильно изношены и ремонтировались собственными силами. Испытывался большой дефицит запасных частей, резиновых камер и покрышек для колес, бензина; обеспечение последним не превышало 50 %. Транспорт в первую очередь использовался для перевозки раненых и больных, доставленных из госпиталей войскового района. Транспортировку в населенных пунктах усложняли разбитые грунтовые дороги, особенно в период дождей. Большой объем перевозок материальных ресурсов для эвакуогоспиталей выполнялся гужевым транспортом. Гибель лошадей в результате бомбардировок и пожаров обострила транспортную проблему. Приводим обращение в руководящие инстанции начальника эвакуогоспиталя 1026 в августе 1943 г.:

*Секретарю Архангельского Обкома ВКП(б) тов. Власову*

*Копия: зав. Архангельским облздравотделом*

*Госпиталь 1026 размещается в 4 корпусах, которые разбросаны в разных концах города, что представляет большие трудности в его использовании транспортом, особенно после того, как 25 августа разрывом фугасной бомбы при налете вражеской авиации было убито 15 лошадей, принадлежавших госпиталю. На сегодняшний день госпиталь располагает 6 лошадьми и 3 грузовыми автомашинами, одна из которых требует большого капитального ремонта и одна среднего ремонта, а одна – на ходу, которая за отсутствием горючего до 1.01.1943 года не работала. Наличным транспортом госпиталь должен ежедневно для обеспечения раненых подвозить в склад, а из него в разные корпуса 3,5 тонны продуктов, вывозить*

*сено из колхозов... на расстояние 15–20 км и ежедневно подвозить к корпусам госпиталя 30 кубометров дров с биржи АЛТИ на Варавино. Совершенно очевидно, что имеющийся транспорт с вывозом указанных грузов справиться не может.*

*Наши неоднократные ходатайства перед Облздравотделом о выделении дополнительно 8 лошадей и смене автотранспорта на газогенераторный не были удовлетворены.*

*(...) Считая положение с топливом крайне критическим, прошу Вашего вмешательства и помощи госпиталю в увеличении автотранспорта и воздействии на руководителей, не выполнивших решений Облисполкома и Ломоносовского Райисполкома.*

*Август 1943 г.*

Перевозка раненых и больных в период навигации по Северной Двине между Архангельском, Котласом и Сольвычегодском осуществлялась на оборудованном санитарном пароходе.

Жестким и мягким инвентарем госпиталя были обеспечены в достаточном количестве. Ремонт инвентаря проводили в мастерских госпиталей, местной промышленности и кооперации. Во всех эвакогоспиталях были организованы пошивочные мастерские, в некоторых – сапожные, слесарно-кузнечные и столярные мастерские. Всего в госпиталях действовали 36 мастерских. Ручная стирка белья проводилась в прачечных эвакогоспиталей.

Напряженная хозяйственная деятельность, организованная в эвакогоспиталях Архангельской ГБФ, позволила уменьшить остроту возникавших материальных, продовольственных и хозяйственных проблем.

#### **4.4. Противоэпидемический режим**

Санитарно-эпидемиологическая обстановка в Архангельске и области в 1930-х гг. и во время Великой Отечественной войны была неблагоприятной. Брюшной тиф и дизентерия регистрировались на довольно высоком уровне еще с дореволюционного периода, особенно в крупных городах – Архангельске и Котласе [8].

Таблица 14

**Инфекционные заболевания на 10 000 населения  
в Северном крае (1926–1931 гг.)**

Год	Брюшной тиф	Сыпной тиф	Дифтерия
1926	8,1	5,0	6,0
1927	8,4	4,0	0,8
1928	4,0	2,0	1,0
1929	7,9	4,0	1,9
1930	13,6	10,5	2,3
1931	37,6	38,5	5,1

Такая ситуация объяснялась некачественной водопроводной водой, плохой канализацией, слабой санитарно-эпидемиологической службой и малым числом бактериологических лабораторий. Недостаток мыла и хлорной извести для обработки туалетов и эпидочагов, малое число общественных бань в городах, высокая завшивленность гражданского населения, особенно беспризорных больных и спецпереселенцев, создавали благоприятные условия для распространения инфекционных болезней. Великая Отечественная война обострила эпидемическую обстановку из-за массового приезда эвакуированных и стесненных условий их размещения, недостатка дезинфицирующих средств и бань, ослабления санэпиднадзора вследствие мобилизации специалистов в РККА. В 1941–1943 гг. наблюдались вспышки сыпного тифа в шести районах Архангельской области, число заболевших варьировалось от 12 до 77, в остальных наблюдали единичные заболевания [5, 7, 10].

Таблица 15

**Инфекционная заболеваемость в Архангельской области  
в 1940–1945 гг. (на 10 000 населения)**

Болезни	1940 г.	1941 г.	1942 г.	1943 г.	1944 г.	1945 г.
Дизентерия	61,1	54,5	65,9	33,3	19,2	8,0
Брюшной тиф	3,1	3,4	8,8	6,2	6,5	6,9
Сыпной тиф	3,6	3,4	32,8	2,5	12,2	11,1

Санитарно-эпидемическая ситуация в Архангельской области осложнилась тем, что в целях оказания помощи раненым к РЭП-96 отошли не только больницы, но и некоторые общественные бани, в связи с чем в районах ухудшилась санитарная обстановка среди населения. Крайне неблагоприятная эпидемическая ситуация к ноябрю 1942 г. сложилась в Плесецком районе. Одной из ведущих причин роста инфекционной заболеваемости было то, что Плесецк являлся узловой железнодорожной станцией для сотен эшелонов со спецпереселенцами и эвакуированными, идущих в Архангельск. Особенно возросла заболеваемость сыпным тифом. Мероприятия по профилактике сыпного тифа развертывались крайне медленно, так как дезкамеры имелись только в трети лесопунктов и промышленных предприятий.

В декабре 1942 г. зафиксированы вспышки сыпного тифа в Каргопольском и Няндомском районах. Заболели 40 воспитанников детского дома и учащиеся средней школы. В Каргопольском районе отсутствовал госсанинспектор, который был мобилизован в истребительный батальон. В Няндомском районе из 33 сельских врачебных участков только 4 возглавляли врачи. В обоих районах некачественно проводилась санобработка инфекционных очагов. Имело место антисанитарное содержание общежитий, детских домов, школ. За 1942 г. в районах области было зарегистрировано 230 случаев брюшного тифа, 3884 случая дизентерии и 2333 – сыпного тифа [5].

Руководство Архангельского облздравотдела на протяжении войны принимало самые энергичные меры по профилактике и ликвидации очагов инфекционных болезней. Приводим ряд приказов по ОЗО.

Приказ № 396 от 29.08.1941 г.

*В связи с увеличением инфекционных заболеваний, связанных с притоком эвакуированных, предлагаю проверить работу прачечной 1-й горбольницы, обеспечить бесперебойное снабжение инфекционного корпуса чистым бельем.*

Приказ № 8 от 5 января 1942 г.

*На основании приказа НКЗ СССР № 81 от 29 ноября 1941 г. назначаю 10-часовые курсы для врачей – выпускников 1942 г., направ-*

*ленных на работу в Архангельскую область и г. Архангельск, на тему «сыпной тиф». Занятия проводятся в аудитории 1-й городской больницы Архангельска в следующие часы: 6 января 1942 г. с 16 до 21 часа; 7 января 1942 г. с 16 до 21 часа. Лекции читают профессор Д.В. Никитин, военврач 2-го ранга Надеждин.*

Приказ № 9 от 5 января 1942 г.

*Заведующим Окружным здравотделом, городским и районным здравотделами провести кратковременные курсы по вышеупомянутому приказу НКЗ СССР до 15 января 1942 г. Исполнение донести телеграфом 16 января 1942 г.*

Приказ № 13 от 8 января 1942 г.

*На основании телеграммы НКЗ СССР от 3 января 1942 г. организовать при Архангельском ОЗО пять противоэпидемических отрядов в составе 1–2 врачей (руководитель и эпидемиолог) и 2–3 фельдшеров. За время нахождения в командировке выплачивать 15 % к зарплате за вредность.*

В январе–феврале 1942 г. противоэпидемические отряды работали в Сольвычегодском, Котласском, Шенкурском, Устьянском, Онежском и Черевковском районах. Для проведения профилактических мероприятий в сентябре 1942 г. во все районы Архангельской области направлены 63 студента 4-го курса АГМИ.

Приказ № 364 от 6 августа 1942 г.

*На основании телеграммы Уполномоченного ГКО от 4.08.1942 г. «О медико-санитарном обслуживании рабочих, мобилизованных на лесозаготовки», приказываю: медицинское обеспечение лесозаготовок возложить на ближайшие медицинские учреждения. Для непосредственного обслуживания рабочих выделить медицинских работников из расчета: до 300 рабочих – медицинскую сестру; от 300 до 800 – фельдшера и медицинскую сестру; больше 1000 работников – врача и два средних медицинских работника. Снабдить все лесозаготовки аптечками, дизентерийными бактериофагами, расходными медикаментами. Проводить на лесозаготовках санитарную обработку всех*

*прибывающих и рабочих не реже 1 раза в 15 дней. При отсутствии бань и дезкамер строить простейшие вошебойки. Контроль за выполнением возложить на заместителя заведующего ОЗО А.А. Кирова.*

Приказ № 7 от 4 января 1943 г.

*Медицинские работники страны, как и весь наш советский народ, самоотверженно работают на своих постах. Обстановка жестокой войны требует, чтобы в зимнее время работники здравоохранения удвоили свои силы, трудились подлинно фронтовыми военными темпами. Одна из наших основных задач – сохранить эпидемическое благополучие страны. Это правильно поняли работники областного эпидемического отряда, работавшие в Черевковском районе, не отступившие перед трудностями и давшие прекрасные результаты своего труда. За отлично проведенную работу по ликвидации эпидемической вспышки в Черевковском районе товарищам Логиновой А.М., Прокушевой Н.Н., Соколовой А.М. и Шваковой К.Е. объявляю благодарность. Приказ разослать по всем горздравотделам.*

Борьбу с инфекционными болезнями затрудняло отсутствие дезинфекторов в ряде районов и дефицит материальных ресурсов.

Приказ № 46 от 24 января 1943 г.

*Имеется прямая связь между эпидемическими вспышками и недостатками в организации дезинфекционного дела. Дезинфекционная станция Архангельска прошлую зиму 1941–1942 гг. бездействовала из-за отсутствия топлива. В районах недостаточно дезинфекторов. Имели место вспышки внутрибольничного сыпного тифа с заболеванием медработников. Приказываю: дезобработку очага в городе проводить не позднее 12, на селе – не позднее 24 часов с момента госпитализации больного. Экономить дезсредства: мыло, лизол, хлорную известь. При недостатке дезсредств шире использовать кипячение, проглаживание, русскую печь и другие простейшие устройства. В городах создать отряды профилактической дезинфекции.*

Приказ № 241 от 11 мая 1943 г.

*Серьезную угрозу для эпидемиологического благополучия в Архан-*

*гельске представляют расплодившиеся крысы, которые пожирают трупы в патолого-анатомическом отделении 1-й городской больницы и судмедэкспертизе. Направить силы отдела дезинфекции на уничтожение крыс!*

Массовая мобилизация гражданского населения в 1941–1942 гг. создала условия для заноса инфекционных заболеваний в действующую армию. Медицинские комиссии райвоенкоматов в тот период оказались неспособными ни выявлять инфекционных больных среди мобилизованных, ни проводить профилактические прививки против брюшного тифа, паратифа и столбняка, ни заниматься санитарной обработкой мобилизованного пополнения. Инфекционная заболеваемость в войсках, начиная с 1942 г., увеличивалась. ГВСУ подготовило проект постановления «О мероприятиях по предупреждению эпидемических заболеваний в стране и Красной армии», который утвержден ГКО 2 февраля 1942 г. В неотложные противоэпидемические мероприятия включены своевременная диагностика и изоляция инфекционных больных, лечение их на месте в инфекционном отделении или госпитале, банно-прачечное и дезинфекционное обеспечение войск и мирного населения против острых желудочно-кишечных заболеваний по методикам, принятым в Красной армии. Для укрепления противоэпидемической службы военной медицины образованы 50 санитарно-контрольных пунктов, 24 санитарно-эпидемиологических отряда военных округов и армий, 58 инфекционных ППГ, 29 обмывочно-дезинфекционных рот, 30 прачечно-дезинфекционных отрядов и эвакуационных пунктов, 137 гарнизонных банно-дезинфекционно-прачечных отрядов в тылу. За годы войны инфекционная заболеваемость в действующей армии колебалась от 6.1 до 13.7, составив в год в среднем 9 на 10000 военнослужащих, в том числе: дизентерия и гемоколиты – 4.4, сыпной тиф – 2.7, остальные инфекции – менее 1 [56].

Благодаря энергичным профилактическим мерам удалось обеспечить спокойную эпидемиологическую обстановку всех эвакуационных госпиталей Госпитальной базы Карельского фронта. В каждом госпитале работал санитарный врач. Система противоэпидемических мероприятий была тщательно продумана и жестко исполнялась.

1. Санитарная обработка всех поступавших в эвакуогоспиталь, стрижка волос на голове и бритьё лобка, дезинфекция одежды.

2. Регулярная, не реже одного раза в десять дней, кольцевая санитарная обработка всех находившихся на лечении со сменой постельного и нательного белья.

3. Строгая изоляция всех больных с лихорадкой неясного генеза.

4. Поголовный ежедневный осмотр всех больных и медицинского персонала на педикулёз. При обнаружении педикулёза – немедленная санобработка и дезинсекция белья, постельных принадлежностей, одежды.

5. Питьё только кипячёной воды.

6. Систематический бактериологический контроль работников пищеблока.

7. Запрет на общение раненых и больных с населением, особенно при наличии инфекционных заболеваний в населённом пункте.

8. Своевременная уборка уборных, помойных ям с заливкой раствором хлорной извести.

9. Ежегодная вакцинация личного состава против брюшного тифа.

10. Санитарно-просветительная работа с ранеными и больными.

Безусловная заслуга персонала эвакуогоспиталей – недопущение в ГБФ вспышек инфекционных болезней, несмотря на неблагоприятную эпидемическую обстановку в Архангельской области. С июля 1942 г. до расформирования ГБФ в эвакуогоспиталях зарегистрировано всего 339 случаев инфекционных заболеваний, в том числе малярии – 179, гриппа – 65, гемоколита и дизентерии – 77, инфекционного гепатита – 14, брюшного и сыпного тифа – 4. Доля инфекционных больных, исключая туберкулезных с бацилловыделением, составила 2,5 % от общего числа терапевтических пациентов. Большинство из инфекционных больных заразилось на предыдущем этапе медицинской эвакуации.

## **Глава 5. Лечение раненых и больных. Исходы боевых повреждений и болезней**

### **5.1. Хирургическая служба Госпитальной базы**

#### **5.1.1. Оперативное лечение осложнений огнестрельных ранений**

В распоряжении ВСУ «Указания по военно-полевой хирургии» (июль 1941 г.) изложено основное предназначение военной медицинской службы – своевременное максимальное возвращение в строй советских воинов, выбывших временно вследствие ранений или болезней. Показателями эффективности ее работы служит также низкая летальность и инвалидизация пораженных в боях. В сентябре 1941 г. введены в действие «Инструкции по методам хирургического лечения в тыловых госпиталях», составленные Ученым медицинским советом НКЗ СССР и ГВСУ при деятельном участии главного хирурга Красной армии профессора Н.Н. Бурденко [56].

На протяжении четырех военных лет структура боевых повреждающих факторов у раненых, эвакуированных в Госпитальную базу Карельского фронта, существенно не менялась. В качестве примера приводим данные из отчета главного хирурга эвакогоспиталей за октябрь–декабрь 1944 г. [11].

Осколочные ранения составили более половины – 58,2 %; соотношение числа раненых осколками и пулями – 1,6:1,0. Минно-взрывные ранения среди осколочных ранений установленным видом боевого взрывного оружия составили 71,3 %. Удельный вес раненных осколками авиабомб, артиллерийских снарядов и ручных гранат, лечившихся в госпитальной базе фронта, невелик. Отморожения и ожоги суммарно оставляли 3,9 %. Эти показатели значительно не отличаются от данных госпитальных баз других фронтов.

Таблица 16

**Боевые повреждающие факторы по данным  
Госпитальной базы Карельского фронта (октябрь – декабрь 1944 г.)**

Повреждающие факторы	Число раненых	
	абс.	%
Осколки боевого взрывного оружия	932	58,2
В том числе: мин	392	24,5
авиабомб	59	3,7
артиллерийских снарядов	56	3,5
ручных гранат	11	0,7
комбинированные осколки	32	2,0
неустановленное взрывное оружие (осколки не извлечены)	382	23,9
Пули	598	37,3
Холодовая травма (отморожение)	48	3,0
Термическая травма (ожоги)	14	0,9
Контузии	9	0,6
<b>Всего</b>	<b>1601</b>	<b>100</b>

Таблица 17

**Локализация огнестрельных ранений по данным ГБФ  
(октябрь – декабрь 1944 г.)**

Раненные части тела	Проникающие в полости, с повреждением кости		Непроникающие в полости и без повреждения кости		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Голова и шея	9	0,3	25	0,8	34	1,1
Грудь	290	9,5	129	4,2	419	13,7
Живот	52	1,7	21	0,7	73	2,4
Позвоночник и таз	52	1,7	142	4,6	194	6,3
Верхние конечности	620	20,2	142	4,6	762	24,8
Нижние конечности	1060	34,6	523	17,1	1583	51,7
Итого	2083	68,0	982	32,0	3065	100,0

Удельный вес огнестрельных ранений верхних и нижних конечностей в сумме составил 76,5 %, что обусловлено взрывами мин; количество раненных нижних конечностей в 2 раза превысило число раненных верхних конечностей. Далее в порядке убывания следовали повреждения груди – 13,7%, позвоночника и таза – 6,3 %, живота – 2,4 %, головы и шеи – 1,1 %. Низкий удельный вес раненных в голову, шею и живот в эвакогоспиталях Госпитальной базы фронта объясняется их гибелью в медицинских формированиях на предыдущих этапах.

В 1941–1942 гг. имелись крупные недостатки в подготовке помещений для хирургических отделений, их материальном обеспечении. На мобилизационных складах хранились ненужные предметы, например, носилки устаревшего образца, малоупотребляемые медикаменты. Остро не хватало резиновых перчаток, хороших шприцев, инструментов для операций на костях и суставах, перевязочных материалов, рентгеновских пленок и химических препаратов для их проявления, глюкозы, нашатырного спирта, камфары. Перечень медикаментов для лечения огнестрельных и термических повреждений был ограничен: противостолбнячная и противогангренозная сыворотки, белый стрептоцид, сульфидин и сульфазол, йодоформ, марганцовокислый калий в растворе, хлорамин, хлорид натрия и серноокислая магнезия в виде гипертонических растворов, мази Вишневского и Микулича, водный раствор йода и соляной кислоты, ацидофильная паста, растительные масла и животные жиры, хлорно-масляные, парафиновые и гемоповязки. Использовалась оксигенотерапия [17].

**Совершенствование хирургической службы.** Положительную роль сыграла специализация хирургических отделений, завершенная к концу 1942 года. Ниже представлена структура коечного фонда хирургической службы Госпитальной базы в 1943 г.: общехирургические койки – 23,3 %, ранение конечностей – 28,6 % (с выделением коек для переломов бедра и голени – 4,9 %), торакоабдоминальные и изолированные ранения груди и живота – 4,9 %, термические поражения, преимущественно холодовая травма – 5,8 %, глазные – 2,4 %, урологические – 1,4 %, ЛОР-койки – 1 %. Суммарная доля коек хирургического профиля в коечном фонде ГБФ составила 67,4 %. Ней-

рохиургические и челюстно-лицевые отделения отсутствовали, раненых с указанными повреждениями лечили в общехирургических отделениях. Начиная с февраля 1942 г., в эвакогоспитали Архангельска стали поступать раненые и больные, эвакуированные из блокадного Ленинграда. Они нуждались в повышенном внимании врачей, так как нужно было лечить не только раны, но и бороться с авитаминозами, тяжелой дистрофией и душевной депрессией.

В 1942 г. для госпитализации иностранных моряков с общей холдовой травмой и термическими ожогами с транспортов северных конвоев PQ-17 и PQ-18, потопленных фашистами в Белом и Баренцевом морях, были развернуты дополнительные отделения термической травмы в ряде госпиталей Архангельска. Американский атташе в июле 1942 г. сообщил из Архангельска президенту США Рузвельту: *«Сейчас здесь 1200 пострадавших моряков всех национальностей, 500 из них американцы»* [52, с.187]. В большом деревянном здании Северолеса (теперь на этом месте построен кинотеатр «Мир») был организован специальный эвакогоспиталь (начальник Ф.И. Шарапова) для моряков союзных конвоев, спасенных с горящих и тонущих судов, атакованных немецкими подводными лодками и авиацией. Пациентами этого госпиталя были иностранные моряки – американцы, шведы, французы, поляки, датчане, индусы, латиноамериканцы. Часть из них находилась в других эвакогоспиталях Архангельска. Спасенные нередко имели тяжелую комбинированную травму. После охлаждения в ледяной морской воде состояние многих из них было крайне тяжелое. Иностранные моряки были молчаливыми, угрюмыми, все лечебные манипуляции врачей и персонала встречались ими с недоверием. Тяжелая душевная депрессия продолжалась много дней, а иногда и недель. Приходилось разрабатывать новые, индивидуальные методы лечения этих сложных больных. Совместно с главным хирургом Северного флота профессором Д.А. Араповым вырабатывали планы оказания первой медицинской помощи и лечения больных, спасенных из морской воды. Английский хирург майор Энгли и лейтенант Гудвин, которые работали в Архангельском гарнизоне при Представительстве Союзного штаба, выражали свое восхищение самоотверженной и умелой работой всего персонала госпиталя при лечении моряков конвоя [17].



Рис. 5.1. Операция в ЭГ 1026.  
Фонд Архангельского краеведческого музея, КП-28509

Таблица 18

**Основные данные о хирургической работе  
в Госпитальной базе Карельского фронта в 1942 – 1945 гг.**

	1942 г.	1943 г.		1944 г.		1945 г.
	Июль–декабрь	Январь–июнь	Июль–декабрь	Январь–июнь	Июль–декабрь	Январь–май
Общее число раненых в эвакуогоспиталях	8597	13.273	11.237	14.087	7.602	3905
Выполнено операций	1480	9548	8928	7872	4122	2945
Хирургическая активность (%)	17,2	71,9	79,4	55,9	54,2	75,4
Проведено гемотрансфузий	791	2177	2500	2645	1332	1278
Удельный вес раненых, которым проведена гемотрансфузия (%)	9,2	17,1	22,2	18	18,8	20,6
Выписано в воинские части	2433	4650	3634	5823	3994	818

Удельный вес выписанных в воинские части от числа лечившихся (%)	28,3	35,0	32,3	41,3	52,5	20,9
Умерли (летальность) абс. / %	3/0,03	14/0,1	18/0,16	19/0,13	7/0,09	8/0,2

Наибольший поток пораженных и раненых в ГБФ наблюдался в 1943 г. и в первом полугодии 1944 г. – от 1500 до 1700 человек в месяц. Хирургическая активность к концу 1943 г. по сравнению с 1942 г. увеличилась с 17,8 до 79,4 %, то есть в четыре с половиной раза! За этот же период в 2,4 раза увеличилось число раненых, которым проведена гемотрансфузия. Наблюдался стабильный рост удельного веса выздоровевших раненых, возвращенных в воинские части: с 28,3 % во втором полугодии 1942 г. до 52,5 % – во втором полугодии 1944 г. Этот показатель объективно свидетельствовал о повышении эффективности работы хирургической службы.

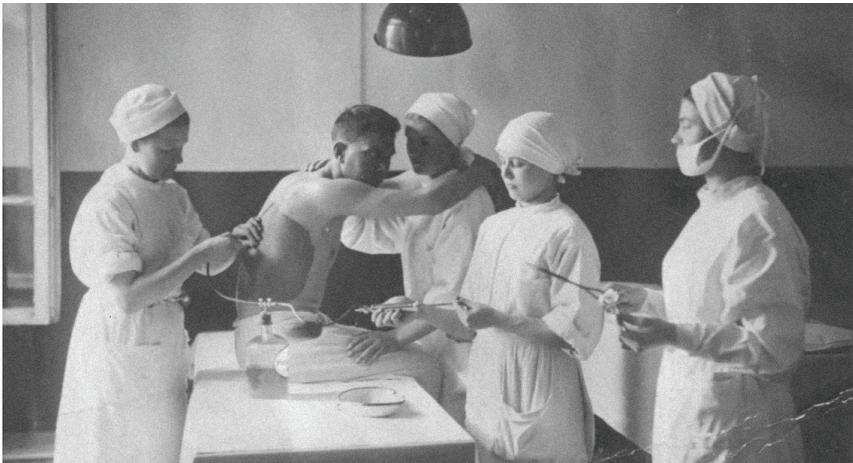


Рис. 5.2. Хирургическая перевязочная ЭГ 2531, расположенного в здании школы № 19. Фонд Архангельского краеведческого музея, КП-33644

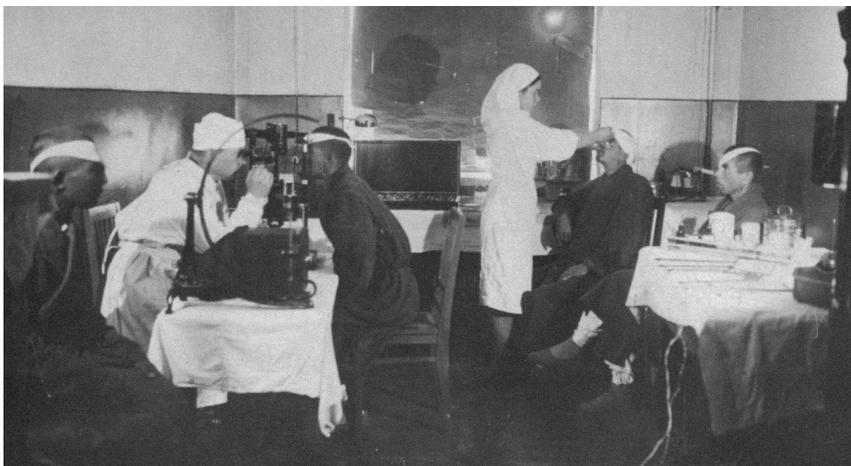


Рис. 5.3. Офтальмологическая перевязочная ЭГ 2531.  
Фонд Архангельского краеведческого музея, КП-33644

Отсутствие у хирургов эвакогоспиталей опыта оперативного лечения осложнений боевых огнестрельных ранений в 1941–1942 гг. явилось причиной низкой хирургической активности, длительного лечения в эвакогоспиталях и малого удельного веса выздоровевших раненых, возвращенных в боевые части. Врачи, работавшие до войны в гражданских лечебных учреждениях, особенно терапевты и педиатры, направленные в хирургические госпитали после кратковременной подготовки, предпочитали консервативные лечебные мероприятия, что дало плохие показатели исхода лечения раненых в начальном периоде войны. Хирургические вмешательства в 1941 и 1942 гг. в основном выполнялись в виде ограниченных разрезов по поводу флегмон и абсцессов. Оперативная техника при огнестрельном остеомиелите была несовершенной: проводили кюретаж свищей и малые разрезы даже при наличии крупных костных секвестров и значительном разрушении кости. Хирургическая служба в эвакогоспиталях в 1942 г. только «становилась на ноги». Результаты работы эвакогоспиталей, развернутых на базе клинических больниц (например, ЭГ 2524 на базе областной клинической больницы), были лучше по сравнению с эвакогоспиталями, укомплектованными медицинским персоналом, ранее не работавшим в хирургической

клинике. Положительный эффект оказывал также фактор совместной работы коллектива в довоенный период. Преподавание военно-полевой хирургии в вузах и медицинских училищах перед войной, по мнению главного хирурга отдела эвакуогоспиталей профессора Г.А. Орлова (1945), было поставлено неудовлетворительно. Оно проводилось абстрактно, в отрыве от практики. Имел место острый дефицит травматологов-ортопедов. Хирургов пришлось «переучивать» в эвакуогоспиталях и направлять на 1–2-месячные циклы обучения в научно-исследовательские институты Москвы. В основном кадры хирургов начали стабильно работать по правилам военно-полевой хирургии в 1943 г. Положительную роль в повышении квалификации хирургов ГБФ сыграли главные хирурги-травматологи полковник м/с В.А. Казьмин и профессор Г.А. Орлов, консультанты-профессора АГМИ подполковник м/с Г.М. Давыдов<sup>25</sup> и А.А. Вечтомов<sup>26</sup> [17].

В начальном периоде войны ученые АГМИ подготовили два учебных пособия: Орлов Г.А., Елизаровский С.И. Доврачебная медицинская помощь раненым. – Архангельское издательство, 1941. – 40 с.; Елизаровский С.И. Гигиена похода. – Архангельское издательство, 1942. – 40 с. Пособия изданы общим тиражом 10 000 экземпляров. Существенным вкладом в теорию и практику военной медицины явился VII выпуск сборника научных трудов АГМИ, вышедший из печати в 1943 г. В нем помещены оригинальные статьи: доцента Г.А. Орлова «Пластика периферических нервов при их ранении», «Лечение травматологической сосудистой аневризмы», к.м.н. С.И. Елизаровского «Сберегающая хирургия ранений селезёнки путем подшивания к париетальной брюшине», военных хирургов Н.А. Рыбкиной и О.А. Соколова «Применение целлюлозы как заменителя ваты», к.м.н. А.И. Ведринского «Лечение ожогов альготаном». Основу мази альготан составляли альгинат натрия – препарат из беломорской водоросли; к мазевой основе добавляли танин и фенол. Клинические испытания мази альготан показали её высокую эффективность по

---

<sup>25</sup> ДАВЫДОВ Гавриил Михайлович (19.02.1894 – 21.04.1959), хирург, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии АГМИ в 1942–1959 гг.

<sup>26</sup> ВЕЧТОМОВ Андрей Александрович (30.6.1886 – 15.1.1954), хирург, кандидат медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии АГМИ в 1936–1944 гг. Один из основоположников пластической хирургии на Севере.

сравнению с существовавшими препаратами для лечения термических ожогов кожи II степени.

В 1943 г. заметно возрос хирургический опыт. Исходы лечения улучшились также благодаря профилизации хирургических коек. Отделения «грудь, живот» общей мощностью 500 коек функционировали в четырех госпиталях (1026, 2524 – Архангельск, 4870 – Молотовск, 1771 – Плесецк); «нижняя конечность» общей мощностью 850 коек – в четырех госпиталях (1026, 2525 – Архангельск, 1771 – Плесецк, 2754 – Онега); «огнестрельные переломы бедра и костей голени» общей мощностью 500 коек в трех госпиталях (1026 – Архангельск, 2522 – Молотовск, 1771 – Плесецк); «верхняя конечность» общей мощностью 1600 коек в семи госпиталях (1603, 2530 – Архангельск, 1142, 4870 – Молотовск, 2526 – Няндама, 1601 – Коноша, 2754 – Онега); «термическая травма» общей мощностью 600 коек в двух госпиталях (2533 – Архангельск, 2526 – Няндама). Специализированные нейрохирургические и челюстно-лицевые койки были развернуты в общехирургических отделениях.

Таблица 19

**Некоторые показатели работы  
эвакогоспиталей ряда областей во 2-м полугодии 1944 г.  
(по данным Управления эвакогоспиталей НКЗ РСФСР)**

Показатель	Архангельская	Калининская	Калужская	Московская	Рязанская	Тульская	Костромская
Хирургическая активность	54,2	34,1	36,5	45,0	39,7	51,8	32,6
Гемотрансфузии	12,5	21,9	7,0	9,3	11,5	20,8	9,3
Возвращено в армию	52,5	69,8	86,0	75,4	65,2	74,3	53,7
Уволено в запас	14,7	29,2	12,6	23,4	32,6	24,2	45,9
Госпитальная летальность	0,1	0,6	0,4	0,2	0,7	0,6	0,1

Таким образом, госпитали Архангельской области имели низкий показатель госпитальной летальности. Отдельные эвакогоспитали

достигли отличных результатов; например, гладкое заживление ран после наложения вторичных швов в эвакуогоспитале 2526 (старший хирург Поварнина) достигнуто в 86–90 % наблюдений.

В 1941–1942 гг. большая часть операций выполнена под местной инфильтрационной анестезией. Недостаточный обезболивающий эффект этого вида анестезии при тяжелой осложненной огнестрельной травме явился основанием для более частого использования в дальнейшем общей анестезии, как правило, масочного наркоза. В четвертом квартале 1944 г. более половины (59,5 %) операций проведено под наркозом и смешанном обезболивании. В качестве наркотического препарата для общей анестезии чаще использовали эфир, реже гексенал, хлорэтил и хлороформ. В конце войны хлороформ применяли очень редко из-за малой терапевтической широты и опасности токсических поражений. В отчете главного хирурга за четвертый квартал 1944 г. имеются сведения об единичных наблюдениях спинномозговой анестезии [11].

Таблица 20

**Структура оперативных вмешательств  
в Госпитальной базе Карельского фронта в октябре–декабре 1944 г.**

Операции	Число операций	
	абс.	%
Наложение вторичных швов	452	35,0
Секвестрэктомия	285	22,0
Удаление инородных тел	132	10,2
Ампутация сегментов конечности, экзартикуляции пальцев кисти и стоп	60	4,6
Аутодермопластика	64	4,9
Разрезы, дренирование гнойных затеков	57	4,4
Операции на желудке по поводу язвенной болезни	11	0,9
Другие операции: урологические, устранение кишечных и лигатурных свищей, резекция ребер, тампонада плевральной полости по поводу эмпиемы	233	18,0
Всего	1294	100

В структуре операций в конце 1944 г. восстановительные вмешательства (наложение вторичных кожных швов, аутодермопластика по Девису) составили 40 %. Перед наложением вторичных швов, как правило, иссекали края раны. Секвестрэктомия в основном выполнена на длинных трубчатых костях. Подробный достоверный анализ осложнений ранений и оперативных вмешательств в эвакогоспиталях невозможно представить из-за отсутствия полных архивных материалов.

Частота осложнений огнестрельных ранений составила 4,7 % за 2-е полугодие 1942 г. и 9,3 % за 1-е полугодие 1943 г. Структура осложнений в 1942–1943 гг. представлена в таблице 21.

Таблица 21

**Структура осложнений огнестрельных ранений  
по данным эвакогоспиталей (июль 1942 г. – июнь 1943 г.)**

Осложнения	Число осложнений	
	абс.	%
Огнестрельный остеомиелит	1485	91,1
Сепсис	16	1,0
Газовая гангрена	1	0,1
Столбняк	1	
Вторичное кровотечение	2	0,1
Послеоперационная пневмония	10	0,6
Другие осложнения (абсцессы, флегмоны, свищи, эмпиема плевры, перитонит)	115	7,1
Всего	1630	100

В представленном перечне осложнений можно считать достоверными сведения об огнестрельном остеомиелите, который преимущественно поражал плечо, бедро, большеберцовую и малоберцовую кости, а также об анаэробной инфекции, вторичном кровотечении и гнойных процессах мягких тканей. Очень сомнительны данные об исключительной редкости сепсиса (1,0 %) и послеоперационной пневмонии (0,6 %). Следует полагать, что частота этих «редких» осложнений

была во много раз выше. Об этом косвенно свидетельствует структура причин летальных исходов: первое место среди них занимал сепсис.

Наблюдались три группы осложнений огнестрельных ранений груди и живота, которые с трудом излечивались в госпитале. Первая группа – остеомиелит ребер, особенно хрящей, лопатки и грудины. Пораженную часть ребра с окружающими рубцами и кожным свищом иссекали в пределах здоровых тканей, рану засыпали стрептоцидом и зашивали наглухо. Рецидив болезни наступил у 38 % раненых, некоторые из них оперированы до четырех раз. Вторая группа – эмпиема плевры. Это осложнение лечили тампонадой по методу А.В. Вишневого [30]. Процесс имел торпидное течение, вследствие чего формировалась хроническая эмпиема плевры с кожно-плевральным свищом, в отдаленном периоде – фиброторакс и плеврогенный цирроз легкого. Сведений о выполнении плеврэктомии и декорткации легкого, торакомиопластики по поводу хронической эмпиемы плевры в эвакогоспиталях Архангельской области мы не обнаружили. Третья группа – последствия огнестрельных проникающих ранений живота: спаечная болезнь, ventральная грыжа, кишечные и лигатурные свищи. Лигатурные свищи оперировали многократно, прежде чем наступало выздоровление. Средний срок стационарного лечения со дня ранения до выписки в воинскую часть или батальон выздоравливающих в первом полугодии 1943 г. составил 101 день, во втором полугодии – 152 дня. Лечение в ЭГ 2524 продолжалось, соответственно, 63 и 99 дней. Средняя продолжительность стационарного лечения проникающего ранения груди колебалась от 99 до 102 дней, в том числе в эвакогоспитале 2524 – от 62 до 72 дней; проникающего ранения живота от 108 до 120 дней от момента получения травмы, в том числе в ЭГ 2524 – от 60 до 88 дней [17].

### **5.1.2. Клинические исходы лечения пострадавших в боях**

С 1 июля 1942 г. по 30 июня 1945 г. из хирургических отделений Госпитальной базы вернулись в действующую армию более 21300 опытных бойцов и командиров. Сведения о работе военно-врачебных комиссий по форме 16-ОВВ обнаружены в ГААО только со 2-го полугодия 1943 г. Всего за этот период уволены из армии по инвалидности 4969 (16,45 %) из 30211 лечившихся с хирургической патологией.

Таблица 22

**Увольнение из армии пораженных в боях по причине инвалидности**

		За 2-е полугодие 1943 г.	За 1-е полугодие 1944 г.	За 2-е полугодие 1944 г.	За 1-е полугодие 1945 г.	Всего
Признаны инвалидами	абс.	1427	2194	598	750	4969
	% от числа лечившихся	12,8	15,5	7,8	19,2	16,45

Инвалиды III группы составили 53 %, II группы – 45 %, I группы – 2 %.

Таблица 23

**Вид и локализация инвалидизирующего повреждения**

Локализация и характер поражения в бою	Число инвалидов	%
Череп	20	0,4
Лицо	4	0,1
Глаза	40	0,8
Шея	9	0,2
Грудь	118	2,4
Живот	41	0,8
Позвоночник	34	0,7
Верхние конечности	1994	40,0
Нижние конечности	2555	51,6
Таз	105	2,1
<b>Итого огнестрельных ранений</b>	<b>4920</b>	<b>99</b>
Термические ожоги	8	0,2
Отморожения	31	0,6
Контузии	10	0,2
<b>Всего пораженных в боях</b>	<b>4969</b>	<b>100</b>

Основными инвалидизирующими причинами явились огнестрельные повреждения нижних и верхних конечностей (91 %); редкими – ранения груди (2,4 %), таза (2,1 %), живота (0,8 %) и глаз (0,8 %). Последствия термических повреждений были причиной инвалидности 0,8 % раненых.

Инвалидизирующие последствия ранений на фронте: анкилозы и контрактуры суставов конечностей – 23,4 %, ампутационные культы конечностей – 10,8 %, ложные суставы и неправильно сросшиеся переломы длинных трубчатых костей – 5,1 %, парезы и параличи конечности или ее сегментов вследствие повреждения крупных нервов – 3,8 %, сочетанные расстройства функции конечности / конечностей – 19 %. В 1944 г. и первом полугодии 1945 г. протезная мастерская Архангельска изготовила 2213 протезов конечностей и 484 пары ортопедической обуви для инвалидов Великой Отечественной войны [17, 18].

Умерли от осложнений огнестрельных ранений во 2-м полугодии 1942 г. – 3, в 1943 г. – 32, в 1944 г. – 26 и в январе–мае 1945 г. – 8 человек. Всего умерло 69 раненых. Летальность в хирургических отделениях ГБФ в 1942–1945 гг. составила 0,12 %.

*Таблица 24*

**Структура причин летальных исходов от осложнений огнестрельных ранений в Госпитальной базе (июль 1942 – май 1945 г.)**

Причина	Летальный исход	
	абс.	%
Сепсис	29	42,0
Раневое истощение	17	24,6
Газовая гангрена	7	10,2
Аррозионное кровотечение	6	8,7
Гнойный перитонит	3	4,35
Послеоперационная пневмония	3	4,35
Гемотрансфузионный шок	2	2,9
Другие причины	2	2,9
Всего	69	100

Основными причинами смерти раненых в эвакуогоспиталях явились сепсис и раневое истощение; их суммарная доля составила 66,6 %, то есть две трети. Далее среди причин следовали газовая гангрена – 10,2 % и аррозионные кровотечения – 8,7 %. Доля каждой из последующих причин летального исхода (гнойный перитонит, послеоперационная пневмония, гемотрансфузионный шок и др.) была менее 5 %.

Приводим клинико-патолого-анатомический эпикриз одного летального исхода: *Сержант Р., 24 лет, доставлен в ЭГ 2524 11.04.1944 г. с диагнозом: каловый свищ после слепого пулевого ранения левой поясничной области. Переведен с предыдущего этапа в тяжелом состоянии. Диагностирован огромный гнойно-каловый затек в предбрюшинном и забрюшинном клетчаточном пространстве от диафрагмы до левого паха. 15.04. под эфирным оглушением гнойная полость широко вскрыта поясничным разрезом через свищ и дополнительным разрезом в левом паху. В глубине гнойной полости обнаружен оголенный край поясничного позвонка. Выполнена тампонада с мазью Вишневского. После операции состояние раненого не улучшилось. Сохранялась лихорадка. На рентгенограмме 11.05.1944 г. обнаружены автоматная пуля на уровне III поясничного позвонка и остеомиелит двух поясничных позвонков. Продолжено консервативное лечение и перевязки. 17.05. возникли паралич ног и тазовые нарушения, аррозионное кровотечение. 21.05. раненый умер. Патолого-анатомический диагноз. Слепое пулевое ранение левой поясничной области с повреждением II поясничного позвонка. Каловый свищ нисходящей части ободочной кишки. Остеомиелит II и III поясничных позвонков. Гнойный менингит. Дегенерация внутренних органов, истощение.*

Комментируя изложенный документ, следует сказать, что проведенное лечение не давало ни малейшего шанса на спасение жизни раненого Р. Несформированный каловый свищ являлся показанием к срочному отключению нисходящей ободочной кишки двуствольной трансверзостомией и повторным saniрующим операциям на пораженных клетчаточных пространствах и позвонках.



Рис. 5.4. Опириует Г.А. Орлов. Архангельск, 1945 г.  
Архив музейного комплекса СГМУ



Рис. 5.5. Доцент В.Ф. Цель в перевязочной. Архангельск,  
середина 1940-х гг. Архив музейного комплекса СГМУ

## 5.2. Терапевтическая служба Госпитальной базы

### 5.2.1. Структура терапевтических заболеваний

Диагностика и лечение внутренних болезней у солдат и офицеров РККА, в том числе у раненых, составляла значительный объем деятельности военной медицинской службы в годы Великой Отечественной войны. Заболевших военнослужащих лечили, как правило, на дивизионных медицинских пунктах, в армейских и фронтовых терапевтических госпиталях. Пациентов с затяжным течением заболеваний и тяжелой хронической болезнью эвакуировали в госпитальную базу фронта и в госпитали глубокого тыла. По данным, опубликованным в многотомном издании «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.», из солдат и офицеров, госпитализированных по поводу заболеваний внутренних органов в 1941–1945 гг., выздоровели и возвращены в строй 90,6 %. Неблагоприятные климатические условия Севера создавали предпосылки для более частого возникновения и тяжёлого течения болезней сердечно-сосудистой и дыхательной систем, нарушений обмена веществ среди участников боевых действий в Заполярье.

Во втором полугодии 1942 г. в Архангельске, Молотовске и районах области функционировал 21 эвакуогоспиталь общей коечной мощностью 10600; терапевтических коек было развёрнуто 2150, что составило 20,3 % от коечного фонда. Эвакуогоспитали 2532 (Архангельск) на 400 коек и 1142 (Молотовск) на 600 коек были полностью терапевтические, а в шести эвакуогоспиталях (1026, 3433, 2530 – Архангельск, 2515 – Няндомы, 1601 – Коноша и 2754 – Онега), организованы терапевтические отделения от 200 до 400 коек. Эвакуогоспиталь 3433 (Архангельск) на 400 коек в 1943 г. преобразован для больных туберкулезом легких.

Главными терапевтами госпитальной базы были И.Я. Шапиро (1942), А.П. Петров и Е.М. Зверев<sup>27</sup> (1942–1945). Консультантами в терапевтических эвакуогоспиталях работали сотрудни-

---

<sup>27</sup> ЗВЕРЕВ Евгений Михайлович (15.01.1903 – ?), главный терапевт Госпитальной базы Карельского фронта в 1942–1945 гг., терапевт-консультант, ассистент госпитальной терапевтической клиники АГМИ.

ки АГМИ: профессора Н.Н. Дьяков, М.С. Туркельтауб<sup>28</sup>, доцент Д.В. Никитин<sup>29</sup>, ассистенты терапевтических кафедр М.Е. Егорова и Е.М. Зверев.

Таблица 25

**Терапевтические больные в Госпитальной базе  
Карельского фронта**

Период	Всего лечилось в госпиталях	Из них терапевтических больных	
		абс.	%
2-е полугодие 1942 г.	13350	3275	24,5
1-е полугодие 1943 г.	20.638	4317	20,9
2-е полугодие 1943 г.	16.364	2293	14
1-е полугодие 1944 г.	20.939	3031	14,5
2-е полугодие 1944 г.	9.458	627	6,6
1-е полугодие 1945 г.	4.655	249	5,3

Следует учесть, что значительная часть раненых и хирургических больных также нуждалась в терапевтической помощи.

Во втором полугодии 1942 г. и первом полугодии 1943 г. в эвакогоспиталях работали 249 врачей, из них 28 (11,2 %) терапевтов. В втором полугодии 1944 г. в оставшихся эвакогоспиталях Архангельска и области осталось 47 врачей, из них 7 (14,9 %) терапевтов. Нагрузка на терапевта была чрезмерной и приближалась к 80 курируемым стационарным больным. Кроме того, выполнялись терапевтические консультации в хирургических отделениях. В случае временного отсутствия врача из-за болезни и командировки нагрузка увеличивалась. Ежегодные трудовые отпуска в годы войны отсутствовали.

<sup>28</sup> ТУРКЕЛЬТАУБ Мирон Самуилович (23.03.1898 – ?), терапевт, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней АГМИ в 1941–1955 гг.

<sup>29</sup> НИКИТИН Дмитрий Васильевич (14.09.1874 – 09.01.1960), основатель (1936) и первый заведующий кафедрой инфекционных болезней АГМИ, домашний врач и друг семьи Льва Николаевича Толстого.

Таблица 26

**Структура терапевтических болезней  
в Госпитальной базе Карельского фронта\***

Заболевания	Июль– декабрь 1942 г.	1943 г.		1944 г.		Январь– июнь 1945 г.	Всего	
		Январь– июнь	Июль– декабрь	Январь– июнь	Июль– декабрь		абс.	%
Гемоколиты и дизентерия	49	5	11	4	6	2	77	0,6
Язвенная болезнь	327	468	239	366	144	60	1604	11,6
Малярия	24	23	39	59	31	3	179	1,3
Туберкулез легких с бацилловы- делениями	284	814	525	1187	18	13	2841	20,6
Туберкулез легких не- активный	179	483	484	140	27	12	1325	9,6
Туберкулез других орга- нов	96	244	186	189	22	9	746	5,4
Грипп и его осложнения	23	5	12	17	6	2	65	0,5
Крупозная пневмония	35	29	30	78	9	2	183	1,3
Бронхит острый	20	7	12	10	8	2	59	0,4
Плеврит сухой	34	42	11	39	13	4	143	1,0
Плеврит экс- судативный	259	411	183	254	76	31	1214	8,8
Ревматизм острый	48	91	40	48	12	6	245	1,8
Ревматизм хронический	51	45	40	61	50	22	269	2,0

Продолжение таблицы 26

Болезни сердца органические	266	219	198	245	33	17	978	7,1
Авитаминозы	825	374	81	75	26	10	1391	10,1
Катаральная желтуха (болезнь Боткина)	3	11	–	–	–	–	14	0,1
Алиментарная дистрофия	660	939	202	198	117	48	2164	15,7
Хронические нефрозы и нефриты	35	32	–	32	12	3	114	0,8
Острые нефриты	39	41	–	29	17	3	129	0,9
Бронхопневмония	15	34	–	9	–	–	58	0,4
Брюшной и сыпной тиф	3	–	–	1	–	–	4	
Всего терапевтических больных	3275	4317	2293	3041	627	249	13802	100

*\*Примечание:* структура терапевтической патологии представлена по основному заболеванию.

Интерпретировать показатели, представленные в таблице 26, следует с осторожностью из-за минимума дополнительных исследований, применявшихся в терапевтической практике более 70 лет назад. Речь идет о небольшом числе лабораторных, рентгеновских и функциональных исследований. Для постановки диагноза туберкулеза, как наиболее часто встречавшегося заболевания, не применялись культуральные методы, качество микроскопических исследований было низким, что могло приводить как к гипердиагностике, так и

пропуску инфекционной болезни на основе лабораторных и рентгеновских данных невысокого качества. Не применялись инструментальные методы диагностики, такие как бронхоскопия, торакоскопия и эзофагогастродуоденоскопия. Кроме того, за истекший более чем полувековой послевоенный период радикально изменилось понимание сущности и классификации многих болезней и стали иными способы лечения. Учитывая сделанные оговорки, сделаем попытку провести анализ структуры самой большой группы терапевтических болезней – поражения легких и плевры, удельный вес которых составил 42,2 %.

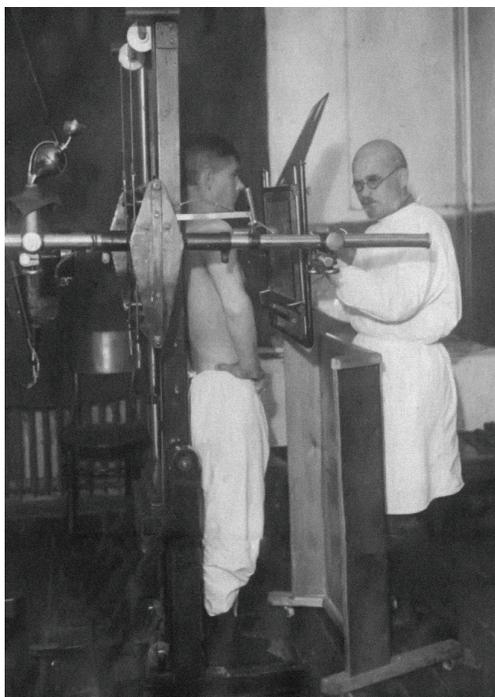


Рис. 5.6. Рентгеновский кабинет  
ЭГ 2531. Фонд Архангельского краеведческого музея,  
КП-33644

**Структура болезней органов дыхания, включая туберкулез,  
у пациентов Госпитальной базы (1942–1945 гг.)**

Нозологическая форма	Число больных	
	абс.	%
Туберкулез легких в фазе инфильтрации (активный, прогрессирующий туберкулез)	2841	48,8
Туберкулез легких в фазе ремиссии (неактивный туберкулез)	1325	22,8
Плеврит экссудативный неуточненной этиологии	1214	20,8
Плеврит сухой, фибринозный	143	2,5
Пневмония крупозная	183	3,1
Бронхопневмония	58	1,0
Бронхит острый	59	1,0
Всего	5823	100

Перечень нозологических форм болезней легких невелик. Отсутствуют целые группы заболеваний: легочные нагноения, хронические неспецифические болезни, диффузные интерстициальные болезни, опухоли и другие. Следует предположить, что они «растворились» в 7 нозологических формах, представленных в таблице. В сводном отчете о работе эвакогоспиталей Архангельской области имеется любопытный комментарий: *«Этиология плевритов, особенно экссудативных, в огромном большинстве случаев была туберкулезная. Тем не менее, больных плевритом лечили в общетерапевтическом отделении»* [18]. Вероятно, можно отчасти согласиться с данным утверждением эпидемического распространения туберкулеза в период войны, но, тем не менее, вызывает дискуссию достоверность данного диагноза, не подтверждённого посевами экссудата на микобактерии туберкулеза и гистологическим исследованием биоптата плевры. Если руководствоваться данными таблицы 27 и цитируемым комментарием, доля туберкулезных поражений легких и плевры в структуре болезней органов дыхания превышает 90 %. Этот показатель представляется завышенным.

С.И. Таланов, И.Н. Иванов сообщили: *«Пораженность туберкулезом в Советской действующей армии была значительно ниже, чем в ряде зарубежных армий. В немецкой армии, по материалам крупнейшей немецкой флюорографической станции Грасса, обследовавшего в 1943 г. 546 581 военнослужащего, пораженность туберкулезом составила 4,4 %. В английском воздушном флоте при сплошном обследовании во время войны выявлено 8,3 % рентгеноположительных случаев туберкулеза. В нашей же армии количество больных активным туберкулезом, как показывают сводные данные, было значительно меньше 1 %»* [46; Т. 25, с. 48]. Разница в 5–8 раз между заболеваемостью туберкулезом в Советской армии, английских и немецких военнослужащих вызывает недоумение. Не приведены «сводные данные» отечественной военной медицины, на основании которых выведен показатель заболеваемости туберкулезом менее 1 %.

*«Структура легочных форм туберкулеза в советском военном гарнизоне на основе флюорографического исследования в 1942 г.: бронхоаденит – 16,0 %, диссеминированный туберкулез – 11,0 %, очаговый – 11,0 %, инфильтративный – 35,0 %, казеозная пневмония – 2,5 %, хронический кавернозный туберкулез – 13,0 %, цирротический – 2,5 %, экссудативный плеврит – 9,0 %. Флюорографическое обследование выявило самые различные формы туберкулеза, за исключением милиарного. Почти все обнаруженные случаи туберкулеза протекали бессимптомно»* (там же, с. 63). С последним предложением невозможно согласиться, принимая во внимание структуру легочного туберкулеза. Нам не удалось обнаружить в архивных материалах ГААО структуру легочных форм туберкулеза в эвакуогоспиталях Архангельска.

Очень краткая информация содержится в отчете об острых легочных нагноениях. Абсцессы и гангрена легких включены в группу «прочие болезни». Об этих заболеваниях буквально написано так: *«Абсцессов легких было много, и они дали высокую летальность»* [18]. Высокая заболеваемость туберкулезом легких и легочными нагноениями объясняется суровыми климатическими условиями Заполярья, неполноценным питанием и гиповитаминозами, особенно в первые два года войны. Не исключался призыв в армию и направле-

ние на фронт не диагностированных больных туберкулезом, особенно в кризисные периоды войны. Тесный бытовой контакт в траншеях, землянках, блиндажах вполне мог привести к инфицированию туберкулезом здоровых бойцов. На значительную долю туберкулеза среди терапевтических больных в Госпитальной базе фронта влиял организационный фактор: лечение острой пневмонии в основном проводилось в армейских госпиталях фронтового района, а лечение легочного туберкулеза с длительным течением – в госпиталях ГБФ и глубокого тыла страны.

Четвертую часть терапевтической патологии составили болезни обмена веществ: алиментарная дистрофия и гиповитаминозы С, В1, В2, А. Алиментарная дистрофия, в основном неотёчная форма, диагностирована у 2164 военнослужащих, что составило 15,7 % среди внутренних болезней; гиповитаминозы имели место у 1391 (10,1 %). Вследствие гиповитаминозов возникали заболевания глаз, нервной системы, психозы, кровоточивость слизистых оболочек, выпадали зубы. Замедлялось заживление ран, сращение переломов, появлялись аррозионные кровотечения и трофические язвы. Приобретенный опыт профилактики гиповитаминозов привел к значительному снижению их доли в структуре внутренних болезней – с 25,2 % в первом полугодии 1942 г. до 4 % в конце войны. Доля алиментарной дистрофии не изменилась: 20,2 и 19,3 %.

### **5.2.2. Лечение и клинические исходы терапевтических заболеваний**

Назначали диету 1, 2, 4, 5, 7, 9, 15. Четвертая часть больных получала дополнительное питание в виде 200,0 хлеба или в редких случаях в виде добавки первого блюда. В пищевой рацион из овощей входили только картофель и капуста, которые осенью завозили в овоще-хранилища госпиталей на весь год. Свежие фрукты отсутствовали; имелись сухофрукты. Суточная калорийность пищевого рациона составляла от 3100 до 3600 ккал. Раненые с алиментарной дистрофией и гиповитаминозами дополнительно получали творог, дрожжи, печеночный экстракт и гематоген. Пивные и пекарские дрожжи назначали от 90 до 180 грамм в день. Использовали настой хвой, шиповника и рыбий жир. Хвойный настой по способу профессора

И.И. Матусиса и доцента А.И. Ведринского (1941) приготавливали в каждом госпитале. Капусту использовали осенью в свежем виде, в остальные времена года в основном квашеную. В пищу включали северные ягоды – клюкву, бруснику, голубику и чернику. Витамины А, В, С в виде драже появились в середине 1944 г., позднее – аскорбиновая и никотиновая кислота, тиаминбромит в виде стерильных инъекционных форм. В качестве источника лекарственных веществ и витаминов использовались лечебные травы и плоды растений. Архангельский облисполком поручил аптекоуправлению организовать прием лекарственных растений от населения и организаций, за сбор отвечали облпотребсоюз, облпищепром и облесхимпромсоюз. Ежегодно определялся план сбора трав и плодов. К этой работе привлекались пенсионеры и учащиеся школ.

Перечень медикаментов для лечения внутренних болезней был минимальный. При крупозной пневмонии, ангине, диарее применяли стрептоцид и сульфидин. При алиментарной дистрофии, абсцессах легких, гиповитаминозах повторно переливали донорскую кровь по 50–100 мл; применяли питательные гемоклизмы. При активном туберкулезе легкого накладывали искусственный пневмоторакс, проводили френикоэкзерес (выкручивание диафрагмального нерва через шейный доступ). Использовали физиотерапевтические методы, лечебную физкультуру и дозированную трудотерапию.

*Таблица 28*

**Средняя продолжительность стационарного лечения  
терапевтического больного в эвакогоспитале (в днях)**

Заболевания	Архангельские эвакогоспитали	Рекомендации Наркомздрава
Крупозная пневмония	86,6	75
Бронхопневмония	88,3	65
Эксудативные плеврит	69,0	90
Болезни сердца	86,6	90
Авитаминозы	98,3	Нет рекомендаций
Алиментарная дистрофия	111,1	Нет рекомендаций

Обращает внимание значительная продолжительность стационарного лечения пневмоний и экссудативного плеврита в рекомендациях НКЗ. Средняя продолжительность стационарного лечения крупозной пневмонии в эвакогоспиталях превысило рекомендации НКЗ на 11,6, бронхопневмонии – на 23,3 дня; в то же время средняя длительность стационарного лечения экссудативного плеврита оказалась на 21 день меньше срока, рекомендованного НКЗ. Превышение показателей при лечении пневмонии можно объяснить рядом факторов – отсутствием эффективных противомикробных препаратов, экстремальными природными факторами Крайнего Севера, гиповитаминозами, недостатками питания. Короткая продолжительность стационарного лечения экссудативных плевритов, большинство из которых были туберкулёзной этиологии, не имеет внятного объяснения.

Таблица 29

**Клинические исходы лечения внутренних болезней в эвакогоспиталях (%)**

Заболевания	Возвращены в армию	Умерли
Туберкулез легких в фазе инфильтрации (активный туберкулез)	3,1	10,9
Туберкулез легких в фазе уплотнения (неактивный туберкулез)	34,5	2,4
Туберкулез других органов	44,6	1,8
Экссудативный плеврит	52	0,6
Фибринозный (сухой) плеврит	72,3	0
Крупозная пневмония	57,8	2,1
Бронхопневмония	49	8,2
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	30,3	0,85
Ревматизм	48	0
Болезни сердца	37,1	5,5
Гипо- и авитаминозы	60	1,8
Алиментарная дистрофия	68	2,7
Все терапевтические больные	46,5	2,94

Таким образом, наибольшая госпитальная летальность – 10,9 % – среди терапевтических больных наблюдалась при туберкулезе легких в фазе инфильтрации. Вызывают недоумение показатели летальности при бронхопневмонии и крупозной пневмонии: первый в четыре раза превысил второй.

Сведения об инвалидизации при внутренних болезнях содержатся в сводном отчете за два последних года войны, то есть со второго полугодия 1943 г. Частота наступления инвалидности больных в Госпитальной базе Карельского фронта, начиная с указанного полугодия, составила 20,6 % – 21,2 % – 9,5 % – 5,3 %. Существенное уменьшение инвалидизации во 2-м полугодии 1944 г. и в 1945 г. (9,5 и 5,3 %) объясняется выводом туберкулезного эвакогоспиталя 3433 за пределы Госпитальной базы в глубокий тыл страны и улучшением лекарственного снабжения [18].

Таблица 30

**Наступление инвалидности при различных болезнях  
в Госпитальной базе Карельского фронта в 1943–1945 гг.**

Заболевания	Общее число больных	Признаны инвалидами	
		абс.	%
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	1277	660	51,7
Болезни почек	169	64	37,9
Болезни сердца и сосудов	712	262	36,8
Туберкулез легких	3555	761	21,4
Неспецифические болезни костно-суставной и мышечной системы	415	37	8,9
Авитаминозы	566	37	6,5

Тяжелое осложненное течение патологического процесса, переход в хроническую форму с инвалидизацией пациента чаще наблюдалось при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, болезнях почек, сердца и сосудов, туберкулезе легких (табл. 30).

Таблица 31

**Структура причин инвалидизации терапевтических больных  
в Госпитальной базе Карельского фронта в 1943–1945 гг.**

Нозологические формы и группы болезней	Больные, признанные инвалидами	
	абс.	%
Туберкулез легких	761	27,8
Язвенная болезнь желудка и двенадцати-перстной кишки	660	24,1
Неспецифические болезни органов дыхания	386	14,1
Болезни сердца и сосудов	262	9,6
Болезни центральной и периферической нервной системы	107	3,9
Другие болезни органов пищеварения	88	3,2
Болезни почек	64	2,3
Неспецифические болезни костно-суставной и мышечной системы	37	1,4
Авитаминозы	37	1,4
Туберкулез костей и суставов	32	1,2
Болезни кожи и подкожной клетчатки	21	0,8
Болезни глаз	17	0,6
Другие болезни	261	9,6
Всего	2733	100

Таким образом, в структуре болезней, которые явились причиной инвалидизации, наиболее высокий был удельный вес туберкулеза легких – 27,8 % и язвенной болезни – 24,1 %. Суммарный удельный вес инвалидизировавших болезней органов дыхания, включая туберкулез, составил 41,9 %. Он превысил суммарный удельный вес инвалидизировавших болезней пищеварительной системы – 27,3 %, болезней сердечно-сосудистой системы – 9,6 %.

Выздоровели и возвращены в строй 46,5 % командиров и бойцов, признаны инвалидами 19,8 %. Госпитальная летальность среди те-

рапевтических больных составила 2,94 %, она в 24 раза превысила летальность среди хирургических пациентов ГБФ.

### **5.3. Физиотерапевтическое и бальнеогрязевое лечение. Физическая реабилитация**

**Физиотерапевтическое лечение.** Физиотерапевтическую службу в каждом эвакуогоспитале возглавлял терапевт, имевший соответствующую подготовку. Квалифицированные физиотерапевты работали в контакте с хирургами, наблюдали за динамикой заживления ран, делали записи в историях болезни. Использовали аппараты диатермии, д'Арсанваль, УВЧ, лампы Баха и соллюкс, гальванизацию, аппараты Линдемана. Общее число стационарных физиотерапевтических аппаратов в эвакуогоспиталях достигало 180–200, переносных – 280–290. Таким образом, среднее число аппаратов на 100 коек составляло 5,0–5,5. К сожалению, на протяжении военных лет новая физиотерапевтическая аппаратура не поступала, имевшаяся выходила из строя. К 1945 г. число аппаратов в рабочем состоянии сократилось в 4 раза по сравнению с 1941 г. На охват раненых и больных физиотерапевтическими процедурами влияло рассредоточение эвакуогоспиталей по корпусам. В среднем один эвакуогоспиталь располагался в 3 зданиях. Физиотерапевтический кабинет обычно находился в одном из зданий, поэтому в осенне-зимний период пациенты, лечившиеся в других зданиях, не получали физиотерапевтические процедуры. Далеко не во всех перевязочных в каждом хирургическом корпусе имелись лампы Баха для ультрафиолетового облучения. В госпитале 2527 применялась рентгенотерапия при псевдотуморозных воспалительных процессах после операции и туберкулезном лимфадените. Широко назначались местные тепловые процедуры; в 1941–1942 гг. это были парафиновые аппликации. Когда запасы парафина иссякли, начали использовать местные природные ресурсы: сапропелевую грязь, торф и глину. В 1943 г. их применяли в 14 эвакуогоспиталях.

**Структура физиотерапевтических процедур при лечении раненых\***

Физиотерапевтические процедуры	Частота назначения %	Среднее число процедур у раненого
Электротерапия	9,3	8,4
Светотерапия	45,6	11,4
Прочие аппаратные процедуры	1,0	13,4
Механотерапия	20,4	14,0
Гидротерапия	18,0	12,2
Пелоидотерапия	6,4	7,7
Трудотерапия	4,8	16,6
Всего	100	12,1

\*Примечание: ряд раненых получили физиотерапию двух видов.

Опыт физиотерапевтического лечения различных осложнений огнестрельных ранений представлен в 10 научно-исследовательских работах, выполненных врачами эвакогоспиталей. Ряд из них доложен на межгоспитальных и республиканских научных конференциях в 1943–1945 гг.:

- Болотникова Б.Б., ЭГ 2515. Глинолечение последствий огнестрельных ранений;
- Боровский В.Б., ЭГ 2513. Пелоидотерапия травматических невритов;
- Зарубина Е.С., ЭГ 1601. Лечение вялогранулирующих ран ультрафиолетовым облучением;
- Марголин А.Г., ЭГ 3433. Физиотерапия контрактур военного времени по материалам госпиталей Архангельской области;
- Марголин А.Г., ЭГ 3433. Общие ультрафиолетовые облучения поправляющихся больных закрытыми формами легочного туберкулеза;
- Мельникова Е.Л., ЭГ 1771. Физические методы лечения каузалгии;
- Пономарева, ЭГ 2515, Торфолечение тугоподвижности суставов;
- Пышкина А.А., ЭГ 2533. Пелоидотерапия в госпиталях Архангельской области;
- Рыбкина Н.А., ЭГ 2525. Опыт применения парафинотерапии при тугоподвижности суставов и ранениях периферических нервов;

- Сомова, ЭГ 2532. Лечение язвенных больных диатермией области желудка.

**Бальнеогрязевая терапия.** Лечение природными минеральными водами и сульфидной иловой грязью озера Солёное осуществлялось в эвакуогоспитале 2513 (220 общехирургических и 80 терапевтических коек), развернутом на базе санатория Сольвычегодск. Указанный бальнеогрязевой санаторий функционировал с 1923 г. Углубленная геологическая разведка его минеральных ресурсов проведена в 1937 г., за четыре года до войны. Были определены глубина залегания и объемы сульфидной грязи. Лабораторное исследование проб минеральной воды и пелоида выполнено в Государственном центральном институте курортологии (Москва). Установлено, что хлоридно-сульфатно-натриевая вода содержит иод и бром, она пригодна для лечебных ванн при ряде заболеваний. Иловая сульфидная грязь, залегающая на глубине 6–8 метров, является исключительно ценной лечебной грязью. По физико-химическим показателям она не уступает пелоиду Тамбуканского озера курорта Кавказские минеральные воды.

В 1930-е гг. сотрудниками АГМИ начаты исследования по научному обоснованию бальнеопелоидотерапии местными природными ресурсами. Опубликованы монография Кальченко И.И. Курорты Северного края, 1934; статьи: Кутын С.И. Минеральные источники Сольвычегодска, 1939; Дьяков Н.Н. Сольвычегодский курорт Северного края, 1936; Мациевский С.А. Лечение сольвычегодской грязью костно-мышечно-суставных заболеваний в Архангельской областной лечебнице физиотерапии и нервных болезней, 1942. Установлена высокая эффективность бальнеогрязелечения при травматических артритах, тугоподвижности суставов после гипсовой иммобилизации, рубцовых контрактурах, хроническом радикулите, посттравматических невритах и других болезнях. В военный период количество пациентов с перечисленными заболеваниями многократно возросло, особенно с последствиями огнестрельных ранений конечностей.

Лечебная грязь оказывала выраженный лечебный эффект при огнестрельном остеомиелите трубчатых костей. После ряда аппли-

каций пелоида, подогретого до +41+43 °С, активизировались воспалительные и протеолитические реакции. Кожный рубец над остеомиелитической полостью лизировался. Через возникший свищ с гноем отходили костные секвестры, после чего в ряде наблюдений наступало выздоровление. Под воздействием сульфидной грязи рубцы мягких тканей становились менее плотными, объем движений в суставах увеличивался. Лучший эффект достигался при раннем, в первые 4 месяца, начале пелоидотерапии рубцовой контрактуры сустава в сочетании с массажем конечности и лечебной физкультурой.

Обеспечить всех нуждавшихся в бальнеолечении в Госпитальной базе было невозможно из-за удаленности Сольвычегодска от областного центра, отсутствия в тот период надежных круглогодичных путей сообщения, недостатка зданий для размещения дополнительных коек. В 1945 г. коечная мощность ЭГ 2513 возросла до 400 коек, и он был преобразован в санаторий для инвалидов Великой Отечественной войны.

**Физическая реабилитация.** Лечебная физкультура и трудовая терапия в эвакогоспиталях имели важное значение как составная часть комплексной лечебной и реабилитационной программы. Организационные принципы и содержание ЛФК и трудотерапии регламентированы в 1943 г. приказами НКЗ СССР № 5 и 112, а также дублирующими приказами НКЗ РСФСР № 67 и 69. Лечебную физкультуру в эвакогоспиталях Госпитальной базы Карельского фронта начали применять с декабря 1941 г. Выделены 3 периода восстановительного лечения: острый, неполное выздоровление и полное выздоровление, в зависимости от которых назначали комплексы лечебной физкультуры. Согласно приказу НКЗ СССР, в 1943 г. в эвакогоспиталях организованы отделения выздоравливающих в различных вариантах: 1) обычные лечебные отделения; 2) хозяйственные команды; 3) госпитальные спортивные школы – команды. Выздоравливающих делили на две группы: 1) с незаконченным анатомическим восстановлением; 2) процесс анатомического восстановления завершен, остались функциональные нарушения.



Рис. 5.7. Физические занятия пациентов ЭГ 2531 на спортивной площадке около школы № 19. Фонд Архангельского краеведческого музея, КП-33644

В распорядке дня в эвакуогоспиталях было предусмотрено достаточно времени для проведения ЛФК и трудотерапии.

7 часов утра – подъём.

7 – 10 часов – утренняя гимнастика, туалет и завтрак, обход врача, перевязки, лечебные процедуры.

10 – 14 часов – трудовая терапия.

14 – 16 часов – обед и послеобеденный отдых.

16 – 18 часов – физическая подготовка: спортивные занятия, пешая ходьба, лыжи.

18 – 19 часов – свободное время.

19 – 23 часа – ужин, свободное время.

23.00 – отбой.

В помещении эвакуогоспиталей и на госпитальной территории развешивали кабинеты лечебной физкультуры, спортивные залы и площадки, оборудованные баскетбольными щитами, волейбольными площадками, площадками для игры в городки, гимнастический городок (турник, шесты, канаты, наклонная лестница, бревно и другие приспособления; полосы препятствий: барьеры, ров, забор). Оборудовали также солярий, территории для приема воздушных ванн.



Рис. 5.8. Утреннюю зарядку с выздоравливающими проводит медсестра В.П. Бик. Архангельск, эвакогоспиталь № 1603.  
Фонд Архангельского краеведческого музея, КП-45636\_8

Двух–трехмесячное лечение в госпитале приводило к растренированности бойцов. В начальном периоде физических нагрузок они неуверенно выполняли ходьбу, бег, прыжки, передвижение на лыжах, ползание, преодоление препятствий, метание гранаты. С целью повышения физической выносливости и боеспособности применяли различные методики.

1. Закаливание с помощью природных факторов – свежего воздуха, воды и солнца. Воздушные ванны продолжительностью до 2–3 часов при температуре не ниже +14 °С; водные процедуры – обливания и влажные обтирания с постепенным снижением температуры воды от +30 °С до +10 °С. Весной и летом – солнечные ванны; осенью и зимой использовали общее ультрафиолетовое облучение, начиная с половины биодозы.

2. Ходьба в строю на свежем воздухе, особенно при ранении нижней конечности, на расстояние от 100 метров до 1 км; при ранении груди и верхней конечности дистанцию ходьбы увеличивали до 2–5 км и включали пробежки.

3. Ходьба на лыжах: при температуре наружного воздуха до -20 °С без ветра и до -15 °С при наличии ветра на дистанцию от 1 до 4 км, ежедневно дистанцию увеличивали на 250–300 метров.

4. Элементы рукопашного боя, метание мяча и гранаты, преодоление полосы препятствий. Такими физическими нагрузками выздоравливающих в госпиталях готовили к возвращению в суровую боевую обстановку.

Трудовая терапия назначалась с учетом перенесенного ранения и болезни. Например, раненым с травмой кисти делали ежедневный «заказ»: лепку фигур людей, животных, предметов из глины и пластилина, вырезание из бумаги разных форм. Задание – «заказ» в конце дня раненый сдавал методисту лечебной физкультуры. Для оценки восстановления функции конечности использовали следующие показатели: амплитуда движений в суставах, мышечная сила, выносливость, скорость и координация движений.

Раненые и больные привлекались к работе в столярных, слесарных, сапожных и других мастерских, организованных в эвакогоспиталях, к сельскохозяйственным работам (сенокос, посадка овощей, уход за посадками, уборка урожая), заготовке дров и топке печей. Продолжительность труда составляла 6–7 часов в день, продолжительность трудотерапии варьировалась от 5 до 30 суток, затем раненые и больные переводились в батальон выздоравливающих. Контроль за организацией ЛФК и трудотерапии, методическое руководство осуществлял старший инспектор отдела эвакогоспиталей доцент АГМИ Г.И. Красносельский<sup>30</sup>.

Было разработано положение о переходящем Красном Знамени Архангельского облздравотдела и областного комитета по делам физкультуры и спорта, которое вручалось за лучшую постановку лечебной физкультуры в эвакогоспитале. Оценочная таблица положения включала 17 показателей (% охвата больных и раненых лечебной физкультурой, гигиеническая гимнастика, оснащение кабинетов лечебной физкультуры и др.), оценка каждого показателя проводилась по 5-балльной шкале.

За период Великой Отечественной войны сотрудниками ГБФ выполнено и издано 10 научно-методических работ по лечебной физкультуре. За отличную организацию ЛФК и трудотерапии старший инспектор доцент Г.И. Красносельский награжден значком НКЗ

---

<sup>30</sup> КРАСНОСЕЛЬСКИЙ Глеб Иосифович (11.07.1900 – 1969), специалист в области спортивной медицины, доктор медицинских наук, профессор, организатор и первый заведующий кафедрой физической культуры АГМИ в 1935–1952 гг.

СССР «Отличнику здравоохранения»; Почетной грамотой НКЗ СССР награждены врачи эвакогоспиталей Поварнина, Мельникова, Кондратьева, методисты ЛФК Кожевникова и Шакурова. Таким образом, лечебная физкультура и трудотерапия в Госпитальной базе Карельского фронта были организованы на высоком методическом уровне и способствовали улучшению исходов лечения раненых и больных.

## **Глава 6. Донорство и переливание крови в медицинских учреждениях Архангельской области**

### **6.1. Организация и развитие службы переливания крови в гражданской и военной медицине в предвоенное десятилетие**

Первый опыт переливания донорской крови во время военных действий во второй половине XIX века не был удачным вследствие незнания групп крови системы АВО, технических трудностей забора крови у донора и гемотрансфузии реципиенту. Развитие учения о группах крови и разработка стабилизаторов-антикоагулянтов позволили провести успешное переливание крови сотням раненых в госпиталях стран Антанты в 1914–1918 гг. В германской и русской армиях гемотрансфузии в Первую мировую войну не проводили. Первое в нашей стране переливание крови осуществил В.Н. Шамов<sup>31</sup> в 1919 г.; он же вместе с Н.Н. Еланским<sup>32</sup> выделил изогемагглютинирующие сыворотки, что создало условия для внедрения гемотрансфузии в клиническую практику. В 1926 г. в Москве был образован первый в мире Институт переливания крови. Аналогичные институты созданы в 1930 г. в Харькове и в 1931 г. в Ленинграде.

Проблема переливания крови впервые обсуждена на XXII Всесоюзном съезде хирургов (22–29 мая 1932 г., Москва). Программные доклады по данной проблеме сделали А.А. Багдасаров<sup>33</sup> и

---

<sup>31</sup> ШАМОВ Владимир Николаевич (22.05.1882 – 30.03.1962), советский хирург, академик, действительный член АМН СССР, заслуженный деятель науки РСФСР и УССР, генерал-лейтенант медицинской службы. Лауреат Ленинской премии. Стоял у истоков переливания крови и трансплантологии в СССР.

<sup>32</sup> ЕЛАНСКИЙ Николай Николаевич (2.05.1894 – 31.08.1964), советский хирург, доктор медицинских наук, профессор. Герой Социалистического Труда. Заслуженный деятель науки РСФСР. Лауреат Сталинской премии третьей степени. Генерал-лейтенант медицинской службы.

<sup>33</sup> БАГДАСАРОВ (Багдасарян) Андрей Аркадьевич (04.02.1897– 26.08.1961), действительный член Академии медицинских наук СССР, доктор медицинских наук, профессор, главный гематолог МЗ СССР. Дважды лауреат Сталинской премии за разработку новых методов консервирования крови и лечебных препаратов из крови (1946, 1952).

С.И. Спасокукоцкий<sup>34</sup>. В резолюции съезда записано: *«Переливание крови – один из видов неотложной помощи в хирургии. Первым делом следует подготовить врачей-хирургов, затем всех остальных врачей... Переливание крови – действенный метод помощи в условиях военного травматизма»*. На XXIII Всесоюзном съезде хирургов (25–30 июня 1935 г., Ленинград) вновь обсуждена проблема донорства и гемотрансфузии. С основным докладом «Переливание крови в войсковом районе» выступил Н.Н. Еланский. Обсуждение на двух представительных хирургических форумах в 1930-х годах стимулировало внедрение переливания крови в качестве лечебного метода в гражданской и военной медицине.

С целью активизации переливания донорской крови в гражданских лечебных учреждениях издан приказ НКЗ РСФСР № 128 от 5 февраля 1936 г. (в сокращении): *«1. Организовать обучение хирургов, акушеров-гинекологов крупных больниц по операциям переливания крови. 2. При центральных краевых областных и республиканских больницах организовать круглосуточное дежурство врачей, ответственных за переливание крови с тем, чтобы по первому требованию любого лечебного учреждения города мог явиться дежурный врач с консервированной кровью для производства операции переливания крови. Заместитель НКЗ Гуревич»*.

Издание данного приказа было обусловлено низкими темпами создания службы крови в областях и краях нашей страны, крайне медленным внедрением гемотрансфузий в лечебную практику. В 1930 г. в СССР было выполнено всего 3995 переливаний крови, через 7 лет – 72000, за предвоенный 1940 г. – 220 000 гемотрансфузий. Таким образом, число переливаний крови в течение десяти лет перед Великой Отечественной войной увеличилось в 55 раз! В 1940 г. около 17 тыс. врачей и 11 тыс. средних медицинских работников были ознакомлены с показаниями и противопоказаниями, а также с методикой забора, консервирования и переливания донорской крови [41].

В 1932 г. в Архангельске был создан Северный филиал Центрального института переливания крови. Организовал и возглавил

<sup>34</sup> СПАСОКУКОЦКИЙ Сергей Иванович (10.06.1870 – 17.11.1943), русский и советский учёный, хирург. Внёс выдающийся вклад в области желудочно-кишечной и лёгочной хирургии, решению проблемы переливания крови. Академик АН СССР. Лауреат Сталинской премии первой степени в области науки.

его хирург М.В. Алферов<sup>35</sup>, в дальнейшем профессор, основатель и первый заведующий кафедрой госпитальной хирургии АГМИ (1936–1941). Северный филиал ЦИПК вначале располагался во 2-м хирургическом отделении губернской советской больницы (в настоящее время – 1-я городская клиническая больница скорой помощи им. Е.Е. Волосевич), имел 4,5 штатных должности сотрудников. В 1938 г. штат филиала увеличен до 7,5 единицы. В 1939 г. Северный филиал ЦИПК был перемещен во 2-ю городскую клиническую больницу (в настоящее время – Архангельская областная клиническая больница) и реорганизован в Архангельскую областную станцию переливания крови.

Профессор М.В. Алферов разработал научные вопросы донорства и переливания крови в условиях Севера. Он организовал обучение консервации и переливанию крови 130 врачей городских и сельских больниц. Опыт проведения 900 гемотрансфузий в лечебных учреждениях Архангельской области доложен М.В. Алферовым на научной конференции АГМИ в 1939 г. Научным сотрудником Северного филиала ЦИПК работал хирург кандидат медицинских наук Г.Ф. Николаев. Он провел актуальные научные исследования по консервации донорской крови и ее транспортировке в условиях Севера. Николаев Г.Ф. осуществил гемотрансфузии в больницах отдаленных населенных пунктов при вылетах в качестве бортирурга Архангельской областной санавиастанции для оказания неотложной хирургической помощи. Он вел приват-доцентский курс переливания крови на кафедре госпитальной хирургии АГМИ в 1938–1939 г. Перед началом Великой Отечественной войны в 1941 г. в Архангельске был издан первый научный сборник по гемотрансфузиологии, подготовленный сотрудниками АОСПК и кафедры госпитальной хирургии [55].

Гемотрансфузии в военных условиях проводились при боевых действиях на озере Хасан, реке Халхин-Гол, во время Советско-финской войны 1939–1940 гг. Впервые в военно-полевых условиях переливалась консервированная кровь в стеклянных ампулах Центрального института переливания крови. Ленинградский НИИ

---

<sup>35</sup> АЛФЕРОВ Михаил Васильевич (2.11.1883 – 14.10.1941), общий и военный хирург, доктор медицинских наук, профессор (1940). Основатель хирургических кафедр АГМИ и организатор службы крови в Архангельской области.

гематологии и переливания крови за 100 дней войны с белофиннами передал военным медицинским учреждениям, действовавшим на Карельском перешейке, около 24000 ампул с консервированной кровью. Продуманная организация донорства позволила успешно выполнить эту работу. Опыт заготовки, транспортировки и переливания консервированной крови раненым в войсковом районе, приобретенный перед Великой Отечественной войной, помог широко развернуть службу донорской крови в 1941–1945 гг.

До 1941 г. в системе медицинского обеспечения сухопутных войск страны не было отдельной службы переливания крови. Во время войны с белофиннами организацией гемотрансфузий в госпиталях действующих армейских соединений занимались главные хирурги армий. Снабжение донорской кровью осуществлялось из тыла через эвакуационные пункты. После войны с белофиннами в войсках перешли на переливание 0(I) группы универсального донора, однако реализация этого решения была сопряжена с определенными трудностями. Первую группу крови имеют примерно 35 % населения. Для заготовки достаточного объема консервированной крови 0(I) группы приходилось определять группу крови у большого числа потенциальных доноров, что было сопряжено с тратой времени и гемагглютинирующих сывороток. Служба переливания крови на военно-морских флотах была создана перед войной в 1940 г. и состояла из пунктов гемотрансфузии флота и при госпиталях отдельных военно-морских баз. Пункты переливания донорской крови при флотских госпиталях обеспечивали заготовку и переливание крови в госпиталях и лазаретах [9, 37].

## **6.2. Заготовка и переливание консервированной крови в годы войны**

В начале Великой Отечественной войны отсутствовала эффективная система обеспечения лечебно-эвакуационных этапов воюющих войск донорской кровью, потребность в которой была колоссальной. Главные хирурги армий и фронтов по-своему решали эту проблему. Например, Н.Н. Еланский в сентябре 1941 г. на Северо-Западном фронте создал первые внештатные «группы службы крови» [37, Т. 3, с. 257].



Рис. 6.1. Переливание крови в ЭГ 2531.  
Фонд Архангельского краеведческого музея, КП-33644

Главное военно-санитарное управление Красной армии в I полугодии 1942 г. почти на всех фронтах организовывало фронтные и армейские станции переливания крови. Передвижные станции явились новой организационной формой заготовки крови и гемотрансфузии во фронтовых условиях. Первая передвижная станция создана 10 февраля 1942 г. на Центральном фронте. Отступая с войсками на восток через Калугу, Москву до Ярославля, а затем наступая на запад через Калугу, Смоленск, Каунас до Восточной Пруссии, она ежедневно заготавливала от 50 до 100 литров консервированной крови. Донорами были военнослужащие частей ближнего тыла, запасных полков и в меньшей степени население освобожденных от оккупации городов. Организация армейских станций переливания крови оказалась непростым делом. Работа затруднялась частой переменной дислокации и сложностью комплектования донорских кадров в армейском районе. На передвижных станциях не удалось организовать постановку реакции Вассермана на сифилис, использовали только осадочные реакции Кана и Закс-Витебского. Успешно армейские станции работали в период стабильной обороны и подготовки к наступлению [37, Т. 3, С. 256–258]. Первые месяцы новой организации заготовки крови показали, что полностью обеспечить боевые опера-

ции донорской кровью из собственных фронтowych станций не представлялось возможным. Доставка крови из тыла по-прежнему имела главенствующее значение.

В конце 1942 г. в Наркомздраве РСФСР создан Отдел заготовки крови для действующей армии. Одним из первых мероприятий Отдела НКЗ было распределение всех станций переливания крови на фронтowe, станции ближайшего тыла, тыловые и резервные. Были определены точные функции всех станций переливания крови в военное время и обязанности местных органов здравоохранения в отношении помощи станциям. Поставлены задачи перед 7 имевшимися в стране Институтами переливания крови по разработке противошоковых растворов, новых эффективных консервантов и комплекса мер профилактики бактериального загрязнения донорской крови, конструированию флаконов и ампул для крови, защитных приспособлений для сбрасывания консервированной крови с самолетов на сушу и воду. Установлено, что оптимальным транспортом для перевозки крови на дальнее расстояние является авиация. Флаконы и ампулы с кровью должны находиться в вертикальном положении; в горизонтальном положении сосуда происходит непрерывное взбалтывание и гемолиз эритроцитов.

В первые дни войны перед коллективом АОСПК встала конкретная задача многократного увеличения объёмов заготовки донорской крови, требовалось заготавливать тонны крови. Одновременно возникло много препятствий: отсутствие опыта массовой заготовки крови, значительная часть населения не была знакома с вопросами донорства, не хватало штатного обученного персонала, помещений, оборудования и стеклотары. В здании станции заготовки крови было холодно из-за отсутствия дров. В сентябре–ноябре 1941 г. Архангельский ОЗО осуществил ряд экстренных мер по организации работы станции в соответствии с жесткими требованиями военного времени. В связи с развертыванием на базе 2-й городской клинической больницы крупного эвакогоспиталя 2524 потребовалось освободить помещения, которые занимала служба крови. Приводим выдержки из приказов ОЗО.

**Руководители Архангельской областной станции  
переливания крови в 1941–1945 гг.**



**Алферов М.В.**

Профессор, зав. кафедрой  
госпитальной хирургии АГМИ.  
Организатор службы крови  
в Архангельской области



**Ступников С.Я.**

Начальник АОСПК  
в 1941–1942 гг.



**Вайнберг М.Е.**

Главный врач АОСПК  
в 1942–1946 гг.



**Заславский Л.Д.**

Профессор, зав. кафедрой  
факультетской хирургии АГМИ.  
Начальник АОСПК в 1942 г.



**Анфимова Н.Д.**  
Заведующая донорским  
отделом АОСПК



**Маствшлишкер Ф.И.**  
Врач донорского отдела АОСПК  
в 1941–1970 гг.

Приказ № 442 от 27 сентября 1941 г.: «Областную станцию переливания крови из помещения госпиталя 2524 перевести в помещение Центральной поликлиники им. Ленина, а освобожденное станцией помещение занять операционными койками... На период переезда обязываю начальника станции переливания крови д-ра Ступникова обеспечить работу станции, не нарушая выполнения плана».

Предстояло срочно укомплектовать станцию новыми медицинскими кадрами за счет периферийных ЛПУ. Приказ от 1 октября 1941 г. № 446: «Врача Маствшлишкер Фаину Иосифовну освободить от заведования Хмельницкой больницей Коношского района и перевести на работу в областную станцию переливания крови. Врача Ерёмину Е.П. освободить от заведования Веркольской амбулаторией Карпогорского района и перевести на областную станцию переливания крови. Врача Шварц-Заборскую Н.В. освободить от заведования больницей Ровдинского района и перевести для работы на областную станцию переливания крови» [10].

В сентябре 1941 г. переведены в областную станцию переливания крови врач Г.М. Кудрявцева из больницы Емецка, лаборанты З.П. Суханова из городской инфекционной больницы и М.С. Мельник из венерологического диспансера Архангельска. Перед на-

чалом Великой Отечественной войны коллектив АОСПК состоял лишь из 6 сотрудников. В октябре 1941 г. он увеличился до 44, а к началу 1942 г. – до 80. Таким образом, за первые 6 месяцев войны произошел рост кадрового состава в 13 раз! Массовое прибытие в коллектив новых сотрудников из разных непрофильных лечебных учреждений Архангельской области потребовало ускоренного обучения их на рабочем месте. Эта задача была успешно решена. Руководителями АОСПК, достойно пронесшими колоссальный груз ответственности во время войны, были хирург С.Я. Ступников (28.06.1941 г. – 24.04.1942 г.), хирург Н.Д. Анфимова (25.04.1942 г. – 5.05.1942 г.), заведующий кафедрой факультетской хирургии АГМИ профессор Л.Д. Заславский (6.05.1942 г. – 2.12.1942 г.), врач М.Е. Вайнберг (1942–1946 гг.). Приказом ОЗО от 16.10 1942 г. № 544 главному хирургу отдела эвакогоспиталей В.А. Казьмину поручен «контроль за центральной станцией переливания крови и доброкачественностью выпускаемой продукции». 3.12. 1942 г. научным консультантом областной станции переливания крови назначен заведующий кафедрой госпитальной хирургии доктор медицинских наук, профессор Г.М. Давыдов. Необходимость усиления контроля за работой АОСПК и оказания ей более действенной консультативной помощи обусловили издание приказа ОЗО от 18.06. 1943 г. «Об организации Ученого совета в составе: профессор Г.М. Давыдов – председатель, члены совета: А.Д. Токанова – заместитель председателя облисполкома, А.Л. Кобрин – полковник м/с, начальник отдела эвакогоспиталей, В.А. Казьмин – подполковник м/с, главный хирург отдела эвакогоспиталей, Е.А. Бок – главный хирург фронтового эвакопункта-96, А.А. Вечтомов – кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой общей хирургии АГМИ, М.Е. Вайнберг – начальник станции переливания крови» [10].



Рис. 6.2. Забор донорской крови в операционном боксе АОСПК. Февраль 1943 г. Фонд Архангельского краеведческого музея, КП-33620оф

23 октября 1941 г. издан приказ ОЗО № 469 по совершенствованию донорства: *«В соответствии с приказом НКЗ СССР № 454 от 16.09. 1941 г. и в целях улучшения организации работы по донорству приказываю:*

*1. Райздравотделам, комитетам Красного Креста и Красного Полумесяца принять меры по укреплению донорских кадров. Обеспечить первоочередное медицинское обследование доноров, сдающих кровь безвозмездно.*

*2. В пятидневный срок назначить заведующих донорскими пунктами и врачей донорских комиссий. Обеспечить четкую работу донорских пунктов.*

*3. Тов. Ступникову обеспечить методическое руководство работой районных донорских пунктов г. Архангельска. Обеспечить четкий прием доноров на станции переливания, чтобы продолжительность их пребывания на станции не превышала 2–2,5 часа» [10].*

С июля 1942 г. донорский отдела АОСПК возглавляла хирург Н.Д. Анфимова. Работой по вовлечению в ряды доноров занимались медицинские работники и активисты общества Красного Креста, внесшие большой вклад в развитие донорства. В 1942 г. ассистент кафедры оперативной хирургии, кандидат медицинских наук С.И. Елизаровский подготовил для населения и пропагандистов донорства научно-популярную брошюру «О переливании крови», которая вышла тиражом 3000

экземпляров. Для пропаганды донорства проводились слёты и вечера доноров, где зачитывали благодарственные письма с фронта от бойцов, вернувшихся в строй, и выступали активные доноры. В годы войны донорское движение интенсивно развивалось. В 1941 г. в поликлиниках города были созданы специальные комиссии и донорские пункты, которые занимались организационной, разъяснительной работой и первичным обследованием доноров. В госпиталях донорами становились врачи, медицинские сестры и санитарки. Сотрудники АОСПК тоже вступили в ряды доноров. Проблема донорских кадров была решена: в 1941–1945 гг. 17 000 жителей Архангельска и области стали донорами, было заготовлено 18 410 литров крови. Однократная доза забора крови (кроводача) в период войны была различной. Максимальная доза, установленная инструкцией НКЗ, составляла 450 мл, средняя доза – 200–250 мл. У доноров, сдававших кровь первый раз, доза не превышала 200 мл. Большая часть доноров сдавала кровь безвозмездно. За годы войны ими в фонд обороны было перечислено 100 000 рублей. Донор, сдавший кровь, получал право на донорский обед из следующих продуктов (в граммах): хлеб – 400, мясо или рыба – 130, масло – 30, сахар – 30, чай – 0,3, крупа – 40, овощи (морковь, свекла, картофель) – 400, молоко – 200 и мука – 10. Как следует из акта финансово-хозяйственной ревизии АОСПК, проведенной 5–21 мая 1945 г., имел место недорасход средств на питание доноров. Торгующие организации из-за отсутствия продуктов на складах нередко заменяли мясо более дешевой рыбой, масло – салом; овощей вместо положенных 400 г. выдавали 200 г. [12].



Рис. 6.3. Стандартная справка донора, выдаваемая в областной станции переливания крови. Фонд Архангельского краеведческого музея, КП-5468

Для переливания заготавливали кровь только 0(I) группы, поэтому счастливы были доноры, имевшие данную группу крови. Людям с другой группой отказывали в даче крови, и лишь немногие из них могли дать кровь для изготовления изогемагглютинирующих сывороток АВО и питательных сред, используемых в бактериологическом контроле крови на стерильность. Доноры могли обратиться для дачи крови также в Архангельский химико-бактериологический институт, который занимался заготовкой донорской крови в научных целях и для производства бактериальных препаратов. На АОСПК и в химико-бактериологическом институте продовольственные пайки были одинаковые. Сроки кроводач не выдерживались: сдав кровь на станции, доноры спешили на дачу крови в институт, так как у каждого донора дома была семья, страдавшая от голода (из воспоминаний сотрудников Е.С. Спасоломской, А.А. Подмятниковой, работавших в годы войны на АОСПК) [55].

Объем заготовки крови в военный период зависел от обстановки на фронтах. Сотрудники работали в 2–3 смены с небольшими перерывами на отдых, чтобы обеспечить в достаточном количестве кровью раненых в госпиталях Карельского, Волховского и других фронтов, а также в эвакуогоспиталях, развернутых в Архангельске и области. Кровь заготавливали в четырехгранные стеклянные ампулы, позднее в цилиндрические сосуды емкостью по 500 мл, при их отсутствии – в бутылки из-под водки. В очень тяжелых условиях проводилась обработка посуды для взятия крови. Теплой воды и специальных ванн для мытья посуды не было. Ампулы мыли ершами вручную в тазах с мыльно-содовым раствором или в растворе древесной золы – щелоке, если не было соды и мыла. Для приготовления щелока собирали древесную золу в домашних печах. Стеклянную посуду после мытья замачивали в 2% раствор двуххромовокислого калия (хромпика) для удаления белковых субстратов крови, фиксированных на стекле, после чего следовало тщательное прополаскивание холодной водопроводной водой. Работали в слабо отапливаемом холодном помещении. Бригадиром по обработке посуды была С.И. Габаева, которая требовательно относилась к себе и работавшим с ней сотрудникам. По воспоминаниям А.Д. Елохиной, для обеспечения станции готовой посудой бригада иногда не уходила домой круглые сутки. Кроме заготовки крови на станции готовились консервирующие без антисептиков растворы, поэтому были случаи роста микрофлоры в заготовленной донорской крови. Труд был ручной и

очень тяжелый. Заготовка крови производилась в стеклянные ампулы. Герметизация их выполнялась резиновыми трубками, которые легко соскальзывали со стекла, доза крови становилась нестерильной и браковалась. Возврат тары из-под крови с фронтов и из эвакогоспиталей был низкий. Наблюдался большой бой стеклянной тары. Все, что возвращалось на АОСПК (ампулы, резиновые трубки, из которых монтировали системы для взятия крови, инъекционные иглы, металлический и другой инструментарий), тщательно обрабатывалось. Специальная одежда, маски для работы в операционных боксах, перчатки после донорского дня подвергались стирке и стерилизации. Лекарственное обеспечение лечебных учреждений оставляло желать лучшего, поэтому на станции производили кровезаменители по специальной рецептуре – противошоковый, плазмозамещающий растворы, лечебную противовоспалительную сыворотку по рецепту А.Н. Филатова, сотрудника Ленинградского НИИ гематологии и переливания крови [55].



Рис. 6.4, 6.5, 6.6. Личная книжка донора Красного Креста и Красного Полумесяца И.М. Сосновской, 1942–1946 гг. Фонд Архангельского краеведческого музея, КП-13800-2

Архангельск в августе 1942 г. подвергся налетам немецкой авиации и бомбежкам. С объявлением сигнала «Воздушная тревога» сотрудники станции собирались на сборном пункте, брали с собой перевязочный материал, стерильный инструментарий, небольшое количество заготовленной донорской крови в специальных изотермических ящиках (сколько можно было унести) и укрывались в бомбоубежище.

Представление о распределении заготовленной донорской крови дают следующие цифры. В 1944 г. прошло 15 305 доноров, заготовлено 4 716,5 л крови. Средний объем кроводачи составил 300 мл. Отправлено в действующую Советскую армию 2399,0 л (50,9 %), эвакуогоспиталям Госпитальной базы Карельского фронта 1141,0 л (24,2 %), отпущено гражданским лечебным учреждениям 712,2 л (15,1 %), передано для изготовления агглютинирующих сывороток 265,0 л (5,6 %), лечебных сывороток 299,0 л (6,3 %), на бактериологический контроль 92,0 л (2,0 %), списано по браку 5,0 л (0,1 %).

С 1 января по 30 апреля 1945 г. заготовлено 2 665,1 л крови. Отправлено в действующую Советскую армию 1911,1 л (71,7 %), эвакуогоспиталям 245,7 л (9,2 %), отпущено гражданским лечебным учреждениям 268,4 л (10,1 %), передано на изготовление сывороток 196,7 л (7,4 %), на бактериологический контроль 35,3 л (1,3 %), списано по браку) 0,7 л (0,03 %). Таким образом, в медицинские учреждения сражавшейся армии и эвакуогоспитали АОСПК направляла 75–81 % заготовленной крови, в гражданские лечебные учреждения Архангельской области лишь 10–15 %. Обращает внимание предельно низкая доля бракованной крови (0,03–0,1 %), что свидетельствовало о высоком качестве работы коллектива АОСПК [16]. По данным В.Н. Шамова, выбраковка крови, доставленной на все этапы медицинской эвакуации Красной армии, была выше и составляла в среднем до 5 % [37, с. 271].



Рис. 6.7 Справка Станции переливания крови донору Меркуль В.М. о сдаче 7 августа 1943 г. 460 грамм крови на сумму 115 руб. в Фонд обороны. Фонд Архангельского краеведческого музея, КП-31603-3

Требования фронтов и госпиталей на кровь всегда удовлетворялись в срок. За кровью приезжали специальные экспедиторы, но иногда кровь приходилось транспортировать силами сотрудников АОСПК, об этом вспоминали А.А. Подмятникова и Е.С. Спасоломская. Перевозка донорской крови осуществлялась железнодорожным транспортом по линиям Архангельск–Москва и Архангельск–Обозерская–Сорокская (Беломорск). Ящики с упакованной в них кровью грузили и выгружали грузчики и носильщики [55].

Донор З.Г. Ерофеева в своих воспоминаниях писала: «*В тяжёлые военные годы и капля крови была важна и нужна. Многие доноры давали кровь до 40 раз и более. Донор своей кровью защищал от врага свою Родину*». Роль доноров была высоко оценена. Указом Президиума Верховного Совета СССР от 17.09.1943 г. за многократную и систематическую дачу крови для спасения раненых бойцов и командиров 48 доноров Архангельска были награждены орденами и медалями. В 1944 г. Совнаркомом был учрежден нагрудный знак «Почетный донор СССР». В годы войны 559 наших земляков были награждены этим знаком, среди них и сотрудники АОСПК С.И. Рябьева, А.М. Едемская, Е.Р. Криницкая. В 1997 г.

92 донора периода Великой Отечественной войны были награждены нагрудным знаком «Почетный донор России», в том числе Т.А. Орехова, отработавшая на станции санитаркой почти 50 лет. Она стала донором во время войны и за все время донорства сдала кровь более 100 раз [55].

Память о донорах военных лет увековечена в 2005 г. мемориальным знаком, установленным перед зданием АОСПК.



Рис. 6.8. Встреча доноров военной поры, сотрудников АОСПК, руководителей Архангельского регионального отдела Красного Креста и студентов СГМУ у мемориального знака «Донорам военных лет посвящается». 6 мая 2015 г. Фото из архива музейного комплекса СГМУ

# СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

## I. Исторические источники

### 1.1. Архивные документы

1. Акты по приему госпиталя 2524 из системы НКЗ в систему НКО (июнь 1944 г.) Ведомости личного состава ЭГ 2524. – ГААО. Ф. 1932. Оп. 3. Д. 111, 112, 113.

2. Архив Северного государственного медицинского университета. Личные дела профессоров Давыдова Г.М., Елизаровского С.И., Кирова А.А., Орлова Г.А., Пиккель М.В., к.м.н. Барановой А.С., Николаева Г.Ф., Рыбкиной Н.А., Тюкиной А.П.

3. Выписки из решений Архоблисполкома и райисполкомов об отводе неиспользованных земель колхозов под подсобные хозяйства больницам. 1942. – ГААО. Ф. 2063 Архангельского областного Совета трудящихся и его исполкома. Оп. 1. Д. 1374.

4. Годовой отчет (форма 90) о сети, деятельности и кадрах медицинских учреждений Архангельского горздравотдела за 1941 год. – ГААО. Ф. 32. Оп. 1. Д. 53.

5. Годовые отчеты о движении острозаразных заболеваний в городах и районах Архангельской области за 1942 год. – ГААО. Ф. 1932. Оп. 1. Д. 470.

6. Докладная записка о приготовлении витамина «С» из хвои. 1942. – ГААО. Ф. 2063 Архангельского областного Совета трудящихся и его исполкома. Оп. 1. Д. 1354.

7. Инструкции Архангельского облздравотдела 1942–1944 гг. – ГААО. Ф. 32. Оп. 1. Д. 59.

8. Инфекционные заболевания в Северном крае (1926–1931 гг.). – ГААО. Ф. 621. Оп. 1. Д. 529. Л. 2.

9. Исторический журнал медико-санитарного отдела Северного флота. Начат 22.06.1941 г. Окончен 9.05.1945 г.

10. Книги приказов по Архангельскому облздравотделу с 29.07.1941 г. по 31.12.1945 г. – ГААО. Ф. 1734. Оп. 3. Д. 178, 179, 180, 183, 185, 187.

11. Отчет главного хирурга отдела эвакогоспиталей Архангельского облздравотдела профессора Г.А. Орлова за октябрь–декабрь

1944 г., I, II и III кварталы 1945 г. – ГААО. Ф. 1932. Оп. 3. Д. 241. Л. 3–9, 42–45, 74–76.

12. Отчеты по переливанию донорской крови. Акт ревизии деятельности Архангельской областной станции переливания крови. 1945 г. – ГААО. Ф. 1932. Оп. 3. Д. 263.

13. Паспорта эвакуогоспиталей Госпитальной базы Карельского фронта, составленные в 1942 г.: 1026, 1142, 1601, 1603, 1755, 1771, 2572, 2513, 2575, 2522, 2524-2527, 2530, 2533, 3433, 4871. – ГААО. Ф. 1932. Оп. 3. Д. 44, 46, 48, 49, 51–54, 56–58, 60, 62, 64, 65.

14. Паспорта эвакуогоспиталей Госпитальной базы Карельского фронта, составленные в 1945 г.: 2526, 2754, 1601, 2513. – ГААО. Ф. 1932. Оп. 3. Д. 59, 61–63.

15. Сводки о движении раненых по эвакуогоспиталю 2524 в 1943 г. – ГААО. Ф. 1932. Оп. 3. Д. 158, 187.

16. Сводки о движении раненых по эвакуогоспиталю 2524 в 1944 г. – ГААО. Ф. 1932. Оп. 3. Д. 216.

17. Сводные медицинские статистические отчеты главного хирурга по эвакуогоспиталям Архангельской области 1941–1945 гг. – ГААО. Ф. 1932. Оп. 3. Д. 241.

18. Сводный отчет о работе эвакуогоспиталей Архангельской области за годы Великой Отечественной войны с 21.06.41 г. по 1.07.45 г. – ГААО. Ф. 1932. Оп. 3. Д. 231. Л. 1–97.

## **1.2. Периодическая печать**

19. Глянцев С.П., Орлова Е.В. «Нашу хирургическую эпоху и работу хирургов можно назвать героической». Страницы дневника профессора Г.А. Орлова (1940-1950-е гг.) / Медик Севера. – 2015. – № 3 (1222) март-апрель. – С. 4–6.

20. Калинина А. Знала одно: людей надо лечить // Наше здоровье: медицинская газета Архангельской области. – № 2 (20) март 2015. – С. 12.

21. Оловянный В.Е. Хроника одного года из жизни профессора Орлова // Медик Севера. – 2015. – № 3 (1222) март-апрель. – С. 6–7.

## **1.3. Справочные издания**

22. Алексанян И.В., Кнопов М.Ш. Руководители медицинской

службы фронтов и флотов в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. – М.: Медицина, 1992. – 288 с.

23. Георгиевский А.С., Лобастов О.С. Лечебно-эвакуационное обеспечение // Малая медицинская энциклопедия: в 6-ти т. Гл. ред. В.И. Покровский. – М., 1992. – Т.3. – С. 98–100.

24. Лидов И.П., Лобастов О.С. Госпитальная база // Малая медицинская энциклопедия: в 6-ти т. Гл. ред. В.И. Покровский. – М., 1991. – Т. 3. – С. 559.

25. Медицинская служба ВМС СССР в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. Л.: ВММА, 1955. – 543 с.

26. Медицинское обеспечение Советской Армии в операциях Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. Т. 1. – М.: Военное издательство, 1991. – 343 с.

## **II. Научная литература**

27. Амосов Н.М. Очерки торакальной хирургии. – Киев: Госмедиздат УССР, 1958. – 727 с.

28. Антипенко В.С. Первая самостоятельная кафедра военно-полевой хирургии / В.С. Антипенко, Е.К. Гуманенко. – СПб.: ВМедА, 2001. – 48 с.

29. Архангельская областная клиническая больница. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2019. – 300 с.

30. Вишневский А.В., Кряжева В.И. Опыт лечения гнойных осложнений огнестрельных ранений грудной клетки по нашему методу // А.В. Вишневский. Собрание трудов. Т. 3. – М.: Изд-во Академии медицинских наук СССР, 1950. – С. 90–176.

31. Гирголав С.С., Либов Л.Л. Лечение огнестрельных ран... Исходы и заключение // Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. – М.: Медгиз, 1951. – Т. 1. С. 78–122; 182–190.

32. Гирголав С.С., Либов Л.Л. Осложнения в лечении ранений // Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. – М.: Медгиз, 1951. – Т. 1. – С. 126–138.

33. Гладких П.Ф., Локтев А.Е.. Служба здоровья в Великой Отечественной войне 1941–1945гг. – СПб.: Дмитрий Буланин, 2005. – 718 с.

34. Защитники Отечества: Материалы XIX региональных общественно-научных чтений по военно-исторической тематике / сост. и отв. редактор А.Д. Попова. – Архангельск: Правда Севера, 2006. – 261 с.

35. Здыбко С.А. Военный госпиталь и развитие больничного дела на Архангельском Севере / С.А. Здыбко. – Архангельск: Архангельский военный госпиталь, 2008. – 148 с.

36. Локтев А.Е. Противозидемическое обеспечение некоторых крупных наступательных операций конца Великой Отечественной войны // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2002. – № 4. – С. 59–60.

37. Общие вопросы военно-полевой хирургии (сепсис, инородные тела, кровотечения, переливание крови, шок, обезболивание) / редактор раздела С.С. Гирголав // Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. Т. 3. – М.: Медгиз, 1951. – 548 с.

38. Огнестрельные ранения и повреждения груди / редактор раздела П.А. Куприянов // Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. Т. 9. – М.: Медгиз, 1950. – 368 с.

39. Огнестрельные ранения и повреждения живота / редактор раздела С.И. Банайтис / Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. Т. 12. – М.: Медгиз, 1949. – 568 с.

40. Парменов В.И. Оперативное лечение огнестрельных проникающих ранений живота в войсковом районе (по материалам МСБ и ХППГ в Великую Отечественную войну 1941–1945 гг.) // Гомельский гос. педагог. институт им. В.П. Чкалова. Ученые записки: выпуск VI. – Гомель, 1957. – 373 с.

41. Петровский Б.В. Советское здравоохранение в годы Великой Отечественной войны / Б.В. Петровский. Избранные труды: М., Изд-во «Весть», 2008. – С. 537–551.

42. Санников А.Л. Развитие сестринского дела в Архангельской области в годы Великой Отечественной войны / А.Л. Санников, А.В. Андреева, Л.А. Заросликова // Экология человека. – 2007. – № 3. – С. 51–54.

43. Санников А.Л. Сестринское образование в Архангельской области в годы Великой Отечественной войны (1941–1945) / А.Л. Санников, А.В. Андреева // Экология человека. – 2005. – № 5. – С. 45–48.

44. Северные конвои: исследования, воспоминания, документы. – Выпуск 4 / сост. М.Н. Супрун. – Архангельск, 2000. – 339 с.

45. Трунин М.А. В.А. Оппель / М.А. Трунин, В.А. Елизаров. – М.: Медицина, 1973. – 53 с.

46. Туберкулез легких (особенности его возникновения, течения, предупреждения и лечения во время войны) / редактор раздела В.А. Равич-Щербо // Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. Т. 25. – М.: Медгиз, 1951. – 264 с.

### **III. Художественная и политическая литература**

47. Амосов Н.М. ППГ-2266. Записки военного хирурга / Н.А. Амосов. – Киев: Радянський письменник, 1975. – 192 с.

48. Карельский фронт в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. – М.: Наука, 1964. – 395 с.

49. Корякин В.И., Белогурцев Б.Н., Грибанов О.Л. Историческая хроника Военно-морского флота России. – СПб., ЦКФ ВМФ. 2006. – 508 с.

50. Лубченков Ю.Н., Попов Ю.А. 7 великих побед и еще 42 подвига в Великой Отечественной войне. – М.: ЭКСМО, 2010. – 251 с.

51. Мерещков К.А. Карельский фронт. Дальневосточный фронт / В кн.: На службе народу. – М.: Изд-во политической литературы, 1969. – С. 365–462.

52. Пикуль В. Реквием каравану PQ-17. Документальная трагедия. – Архангельское отделение международного фонда конверсии. – Архангельск, 1991. – 230 с.

53. Салищев В.Э. Записки хирурга. – М.: Изд-во 1-го МОЛМИ им. И.М. Сеченова, 1959. – 96 с.

54. Сидоров П.И. Всё для победы! / П.И. Сидоров, Г.С. Щуров, Л.Г. Доморощенова Северная медицинская школа. К 75-летию АГМИ–АГМА–СГМУ. – Архангельск: Издательский центр СГМУ, 2007. – 328 с.

55. Служба крови Архангельской области (1932–2012 гг.). – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2014. – 176 с.

56. Смирнов Е.И. Война и военная медицина. 1939–1945 годы (Мысли и воспоминания) / Е.И. Смирнов. – М.: Медицина, 1976. – 462 с.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

*Приложение 1*

### Размещение и дальнейший путь эвакуационных госпиталей Карельского фронта в 1941–1945 гг.

№	№ ЭГ и место дислокации	Начальники госпиталя	Размещение	Период дислокации в данном районе	Дальнейший путь
1.	ЭГ 191, с ноября 1942 г. – ЭГ 2531 Архангельск	М.И. Иванов, П.Г. Самойлов	Школы № 14 и 23, Октябрьский район	1940 – 03.1944	Карельский фронт 01.04.1944 – 01.12.1944 2-й Белорусский фронт 12.1944 – 02.1945 Последняя дислокация – Кёзлин, Германия 15.04.1945 – 31.05.1945 Расформирован в июле 1945 г.
2.	2531, с ноября 1942 г. – ЭГ 191 Архангельск	Светоносов, П.И. Таратин	Школа № 19, Ломоносовский район	28.10.1941 – 1946	В марте 1946 г. вошел в состав Архангельского военного округа в качестве ЭГ 191
3.	1026 Архангельск	Баранов	АЛТИ до августа 1942 г.; затем – школы № 9, 19, 21, Ломоносовский район	01.06.1942 – 14.06.1944	Ленинградский фронт 19.06.1944 – 03.03.1945; 1-й Дальневосточный фронт 04.07.1945 – 28.10.1945
4.	1601 Архангельск	Н.В. Плотников, Д.И. Городецкий	Школа № 9, 21, Ломоносовский район	23.06.1941 – 1.09.1942	пос. Коноша, Архангельская область 20.09.1942 – 15.11.1944; В 1945–1946 гг. – госпиталь для репатрированных советских военнопленных
5.	1603 Архангельск	Кокин	Школы № 50, 51 и 39, Соломбальский район	23.06.1941 – 15.06.1944	Карельский фронт 15.07.1944 – 15.11.1944 1-й Дальневосточный фронт по 01.09.1945

6.	1770 Архангельск	Кремер, Дейчман	Механический техникум, Октябрьский район; Архангельский педагогический институт, Ломоносовский район	15.09.1941 – 21.06.1944	Ленинградский фронт 21.06.1944 – 09.09.1944; Карельский фронт 21.09.1944 – 09.02.1945; 1-й Дальневосточный фронт 01.07.1945 по 31.12.1945
7.	1771 Архангельск	Цельшев, З.А. Пожиткова	Гостиница «Интурист» (в наст. вр. «Двина»), Октябрьский район	17.09.1941 – 01.09.1942	Пос. Плесецк, Архангельская область 20.09.1942 – 01.10.1945
8.	1755 Архангельск пос. Ворошиловский (с 1977 г. – Новодвинск)	Информация отсутствует	Май-июнь 1942 г. – в здании Архангельского медицинского института. Пос. Ворошиловский – школа № 80, два рабочих общежития	04.06.1942 – 01.10.1943	Карельский фронт 15.10.1943 – 01.10.1945
9.	2524 Архангельск	В.Р. Падорина	Областная клиническая больница	1.08.1941 – 28.06.1944	Карельский фронт 15.09.1944 – 26.02.1945; 1-й Дальневосточный фронт 10.07.1945 – 02.11.1945; расформирован в январе 1946 г.
10.	2525 Архангельск	М.Е. Цодокович	Школа № 82, Исакогорский район	26.07.1941 – 01.06.1944	Ленинградский фронт 16.06.1944 – 27.02.1945; Рыбинск Ярославской области 02.03.1945 – 22.08.1945
11.	2526 Архангельск	К.П. Бычихина	Школа № 95, Ломоносовский район	4.07.1941 – 16.12.1941	Пос. Няндомы, Архангельская область 18.12.1941 – 10.09.1945

12.	2527 Архангельск	Гончаров	Центральная клиническая бассейновая больница им. Н.А. Семашко, Октябрьский район	27.06.1941 – 06.12.1945	с 1.01.1945 г. – госпиталь для инвалидов Отечественной войны
13.	2528 Архангельск	М.М. Анисимов	Дом пионеров, Маймаксанский район	16.09.1941 – 15.08.1944	Нет информации
14.	2529 Архангельск	Левин, Ракманин	Архангельский педагогический институт, Ломоносовский район	09.09.1941 – 29.08.1943	Брянский и другие фронты в Белоруссии, Польше, Восточной Пруссии и Германии. Последняя дислокация – госпиталь для легкораненых Эркнер, Германия 10.09.1943 – 15.06.1945
15.	2530 Архангельск	В.И. Денежников	Школа № 37, больница № 6, пос. Первых пятилеток	11.07.1941 – 01.04.1943	Передан медицинской службе Северного флота. Находился в Мурманске по 01.08.1945
16.	2532 Архангельск	И.А. Липский	Дом пионеров, клуб моряков, Ломоносовский район	01.09.1941 – 15.06.1944	Ленинградский фронт 01.07.1944 – 01.09.1944; Карельский фронт 15.09.1944 – 01.10.1945
17.	2533 Архангельск	В.И. Жаркова	Школа № 22, Октябрьский район	01.08.1941 – 01.06.1944	Ленинградский фронт 15.06.1944 – 01.07.1944; Рыбинск Ярославской области 01.03.1945 – 01.08.1945
18.	3433 Архангельск	Драпкин	Л/з № 3, школа № 95, Ломоносовский район	04.06.1942 – 10.11.1943	Ленинградский фронт 15.07.1944 – 15.11.1944; Рыбинск Ярославской области 03.03.1945 – 07.06.1945; 1-й Дальневосточный фронт 09.08.1945 – 15.09.1945

19.	1142 Мологовск (с 1957 г. – Северод- винск)	Информация отсутствует	2 корпуса: городской роддом и бывш. зда- ние госпиталя	09.06.1942 – 20.06.1944	Ленинградский фронт 01.07.1944 – 15.10.1944; Карельский фронт 16.10.1944 – 01.03.1945; Ярославская область 28.03.1945 – 05.06.1945; 1-й Дальневосточный фронт 29.06.1945 – 15.11.1945
20.	2522 Мологовск	А.И. Меньшикова	Школа № 7 (в наст. вр. – гимназия № 8)	01.08.1942 – 15.06.1944	Ленинградский фронт 01.07.1944 – 01.09.1944; Карельский фронт 01.10.1944 – 15.11.1944; 1-й Дальневосточный фронт 09.08.1945 – 01.09.1945
21.	4870 Мологовск	И.А. Липский	Школа № 1	01.07.1942 – 01.08.1943	Карельский фронт 15.08.1943 – 01.04.1945
22.	4871 Мологовск	Брушгунов	Гостиница, клуб	20.05.1942 – 22.06.1944	Карельский фронт 02.07.1944 – 24.02.1945; 1-й Дальневосточный фронт 29.06.1945 – 24.07.1945
23.	2512 пос. Плесецкий; пос. Шалакуша, Няндомский район	Каменко	Административное здание	28.10.1941 – 01.05.1943	Карельский фронт 01.08.1944 – 01.10.1945
24.	2513 Сольвычегодск	О.Я. Калинина, В.В. Боровский	Санаторий бальнео- грязевого курорта	15.08.1941 – 01.04.1945	С 1945 г. – госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны
25.	2514 пос. Самодел, Плесецкий район	Мохнаткина	Участковая больница, техническое училище, клуб	16.08.1941 – 05.1942	Фронты – Украина, Белоруссия, Польша, Германия 1942 – 1945

26.	2515 Нядома	Сомова, Контун, А.П. Тюкина	Школа им. Пушкина, клуб им. Ленина, рай- онная больница	01.09.1941 – 01.10.1945	С августа 1945 г. – госпиталь для репатрированных военнопленных
27.	2517 Емца, Плесецкий район	Шестакова	Санаторий для боль- ных туберкулезом им. Я.А. Гимме	01.08.1941 – 10.03.1945	Расформирован в 1945 г.
28.	2519 Вельск Каргополь	Л.М. Попова	Информация отсут- ствует	25.08.1941 – 29.12.1941	Реорганизован в Армейский поле- вой госпиталь для легкораненых № 2519. Карельский фронт 29.12.1941 – 28.01.1943 Фронты – Украина, Белоруссия, Польша, Германия 1943 – 1945 1-й Дальневосточный фронт 01.07.1945 – 1.11.1945
29.	2520 Коглас	А.Ю. Мушин	Госпиталь и его служ- бы занимали 7 зданий, в т.ч. городской больницы, больницы Севводздравоотдела и школы	05.10.1941 – 14.08.1942	Выбыл в Кировскую область, дальнейшая информация отсутствует
30.	2536 Каргополь	Р.А. Сербул	Райбольница и сред- няя школа № 2	11.1941 – 12.02.1942	Карельский фронт 20.02.1942 – 01.12.1944; 1-й Дальневосточный фронт 01.07.1945 – 15.08.1945
31.	2754 Онега	Шептунов	Здание военного госпиталя	10.09.1941 – 06.1945	Расформирован в 1945 г.

\* Справочник дислокации госпиталей РККА в 1941–1945 гг.

ГАОО. Фонд 1932. Оп. 3. Д. 53

### Эвакогоспиталь 2524

Согласно довоенному мобилизационному плану, в конце июня 1941 г. на базе 2-й ГКБ Архангельска развернут ЭГ 2524. Медицинская стационарная помощь гражданскому населению во 2-й ГКБ была прекращена. Большая часть стационарных больных выписана на амбулаторное лечение. Хирургическое, травматологическое и гинекологическое отделения переведены в 1-ю ГКБ. ЭГ 2524 занимал двух-четырёхэтажное кирпичное здание лечебного корпуса, которое имело смешанное отопление – водяное от отдельно расположенной котельной и печное, питьевой и пожарный водопровод, ванны и душевые установки, титаны и канализацию. Лифт отсутствовал. Состояние кровли здания было неудовлетворительное, крыша протекала. Дефекты строительства наружной канализации обусловили обратный ток нечистот в здание в случае переполнения канализационных колодцев. Подъездные пути к зданию находились в неудовлетворительном состоянии. Наружные электросети и временная трансформаторная будка были в ветхом состоянии. Перечисленные дефекты крайне затрудняли работу госпиталя. Кроме главного лечебного корпуса эвакогоспиталь имел котельную, столовую, гараж и конюшню, 3 автомашины ГАЗ-АА. В 1942–1943 гг. госпиталь 2524 содержал крупное подсобное хозяйство. Сотрудники обрабатывали 7 га пахотной земли: 2,7 га в Приморском, 1,5 га в Устьянском районе, 2,8 га на территории госпиталя и в совхозе № 1. На территории госпиталя были оборудованы 12 парников с рассадой капусты и огурцов. Госпиталь содержал 5 лошадей и 13 голов свиней. В Приморском районе госпиталю были выделены сенокосные угодья. К сельскохозяйственным и ремонтным работам в зданиях госпиталя широко привлекались выздоравливающие. Обеспеченность кроватями и бельем была достаточной – по 3 комплекта белья на койку. Механические приспособления для стирки и глаженья белья отсутствовали. Изнурительную ручную стирку прачки проводили в 10 лотках в помещении котельной.

Штатное расписание ЭГ 2524, согласно мобилизационному плану, предусматривало размещение 380 коек. Фактически с конца дека-

бря 1941 г. по май 1942 г. в связи с большим потоком раненых было развернуто 700 коек. В 1941–1942 гг. ЭГ 2524 имел общехирургический профиль, госпитализировались в основном бойцы и командиры с ранениями мягких тканей. Несмотря на большое число раненых, укомплектованность медицинскими кадрами до мая 1942 г. оставалась из расчета 380 штатных коек: 5 врачей и 25 медицинских сестер. Нагрузка на одного врача была чрезмерной и достигала 140 больных. Лишь в мае 1942 г. по распоряжению РЭП-96 в госпиталь было командировано дополнительное медицинское отделение в составе 2 врачей и 20 лиц среднего и младшего медицинского персонала. Списочный состав ЭГ 2524 на 23.08.1942 г. составлял 155 человек, в том числе администрация – 7, врачи (включая начальника госпиталя) – 6, средний медицинский персонал (включая зубных врачей) – 34, обслуживающий технический персонал (санитарки, прачки, шоферы, буфетчицы и др.) – 108. Преобладала молодежь, не успевшая создать собственную семью. К 01.06.1944 г. число врачей увеличилось до 9.

В 1942 г. в ЭГ 2524 организовано отделение для лечения иностранных моряков с конвоев, доставлявших в Архангельск грузы по ленд-лизу. В конце 1942 г. – в начале 1943 г. профиль госпиталя был изменен: развернуты отделения «грудь–живот» на 100, урологическое на 100 и гинекологическое на 50 коек. Госпиталь имел следующее медицинское оснащение: 7 операционных столов, 2 переносных и 1 стационарный рентгеновских аппарата, 3 аппарата Боброва, 1 аппарат Пакелена, 1 микроскоп. Хирургических инструментов было достаточно. Не хватало резиновых перчаток, шприцев и медикаментов.

Мы не располагаем архивными данными о движении раненых и больных в эвакуогоспитале 2524 в течение первых 10 месяцев работы. Можем лишь процитировать абзац из монографии С.А. Здыбко «Военный госпиталь и развитие больничного дела на Архангельском Севере» (Архангельск, 2008. – С. 103): «...в ЭГ 2524, где насчитывалось 700 коек и работало 7 врачей, за 10 месяцев (с 1 августа 1941 г. до 1 июня 1942 г.) было проведено 296 операций на крупных суставах и органах брюшной полости, сделано 340 переливаний крови, наложено 2158 гипсовых повязок».

В связи с начавшимися бомбардировками Архангельска вражеской авиацией в августе 1942 г. распределение раненых и больных среди эвакуогоспиталей Госпитальной базы изменилось в сторону значительного, на 40 %, уменьшения госпитализаций в эвакуогоспитали областного центра, в т. ч. в эвакуогоспиталь 2524. На 1.09.1942 г. в госпитале находилось 450 раненых. Структура ранений была следующей: огнестрельные, преимущественно осколочные проникающие ранения груди – 134 (29,8 %), проникающие ранения живота – 13 (2,9 %), непроникающие ранения груди и живота – 59 (13,1 %), ранения верхней и нижней конечностей – 219 (48,6 %), ранения таза и наружных половых органов – 25 (5,6 %). Число штатных общехирургических коек в сентябре 1942 г. уменьшилось с 400 до 200; к госпиталю прикомандировано урологическое отделение на 100 коек.



Военнослужащие эвакуогоспиталя 2524 в 1941 г.

*В первом ряду:* (в центре) начальник госпиталя В.Р. Подорина, (слева от нее) хирург Н.А. Рыбкина. *Во втором ряду:* (вторая справа) хирург А.С. Баранова.

21.09.1942 г. издан приказ 030 № 487: «В связи с сокращением коек в эвакуогоспиталях Архангельска приказываю: 1. Начальнику ЭГ 2524 передать в ведение Архангельского горздравотдела 200 коек... с полным оснащением для обслуживания гражданского населения. 2. Заведующему Архангельским горздравотделом т. Су-

етину обеспечить развертывание 200 коек в областной больнице... и обеспечить финансирование. 3. Разрешить заведующему Архангельским горздравотделом т. Суетину использовать главным врачом областной клинической больницы начальника ЭГ 2524 Подорину». В соответствии с этим распоряжением на первом этаже четырехэтажного здания ЭГ 2524 развернуты хирургическое отделение на 100 и отделение костно-суставного туберкулеза на 50 коек для гражданского населения. В этих отделениях в военные годы работали врачи Н.А. Рыбкина<sup>36</sup>, А.А. Киров<sup>37</sup>, В.Ф. Цель<sup>38</sup>, Н.С. Антонова, К.С. Непогодьева, О.А. Бачуринская. Возобновлена деятельность кафедры госпитальной хирургии АГМИ. Заведующий кафедрой профессор Г.М. Давыдов назначен научным консультантом госпиталя. В.Р. Подорина с сентября 1942 г. по 15 июня 1944 г. была одновременно начальником ЭГ 2524 и главным врачом 2-й ГКБ (в приказе № 487 – областная клиническая больница). ЭГ 2524 служил учебной базой для курсантов – военно-полевых хирургов по разделам: огнестрельные ранения груди, живота и урология, а также базой практики по хирургии для студентов АГМИ и учащихся фельдшерско-акушерской школы.

Хирургическая работа эвакогоспиталя в 1943 г. значительно увеличилась. Госпиталь занимал 2–4-й этажи здания, на которых располагались 4 медицинских отделения: урологическое на 100 коек и три 100-коечных хирургических отделения. 1-й этаж занимала 2-я городская клиническая больница на 150 коек и рентгеновский кабинет. За январь – июнь 1943 г. через госпиталь прошли 560, за июль–декабрь – 1742 раненых и больных. Доля больных составила 38 %; в основном среди больных были пациенты с урологической патологией. Во 2-м полугодии 1943 г. проведено 537 операций. Старший хирург С.Я. Ступников выполнил 226 (42,1 %), заведующий урологическим отделением Л.П. Крайзельбурд – 94 (17,5 %), А.С. Бара-

---

<sup>36</sup> РЫБКИНА Нина Антиповна (25.03.1900 – 19.12.1987), общий, военный и фтизиохирург, кандидат медицинских наук (1954). Ассистент кафедры общей хирургии, ассистент кафедры госпитальной хирургии АГМИ в 1937–1961 гг., по совместительству – ведущий хирург ЭГ 2524.

<sup>37</sup> КИРОВ Александр Андреевич (21.10.1913 – 6.06.1977), общий хирург, нейрохирург, доктор медицинских наук, профессор, директор АГМИ в 1953–1961 гг.

<sup>38</sup> ЦЕЛЬ Владимир Федорович (14.03.1898 – 19.02.1974), хирург, травматолог-ортопед, доктор медицинских наук (1953), проф. (1956). Заведующий кафедрой госпитальной хирургии в 1959–1971 гг., кафедрой травматологии, ортопедии и военно-морской хирургии в 1971–1974 гг.

нова – 69 (12,8 %), Н.В. Садовская – 59 (11,0 %), В.М. Евдокимова – 49 (9,1 %), М.П. Ильина – 40 (7,5 %) операций. Среди операций преобладали некротизирующие абсцессы по поводу остеомиелита ребер, грудины, лопатки и тазовых костей, ушивание гранулирующих ран, иссечение изъязвленных рубцов и удаление металлических осколков и пуль из мягких тканей. В эвакогоспитале выполняли весь объем урологических исследований: уретроскопия, хромоцистоскопия, катетеризация мочеточников, уретрография, цистография, восходящая пиелография. Проводились урологические операции, включая ликвидацию мочевых свищей и восстановление уретры. Уролог Л.П. Крайзельбурд консультировал больных в других эвакогоспиталях: во 2-м полугодии 1943 г. он принял 500 амбулаторных больных. Урологическое отделение остро нуждалось в резиновых катетерах Нелатона, мочеточниковых катетерах, операционном цистоскопе, камнедробителе, нитевидном и эластическом бужах. В 1943 г. в ЭГ 2524 умерли 14 больных и раненых; летальных исходов в урологическом отделении не было.

С 1.01.1944 по 31.05.1944 г. госпитализированы 685 человек, из них 295 (43,1 %) раненых и 390 (56,9 %) больных. Преобладали ранения грудной клетки, соотношение числа раненых с торакальной и абдоминальной травмой составило 3:1. В мае 1944 г. умерли двое раненых.

В июне 1944 г. ЭГ 2524 передан из системы НКЗ в систему НКО, что зафиксировано десятью актами (ГААО. Ф. 1932. Оп. 3. Д. 215. Л. 1–73). Перед отправкой на фронт в июне 1944 г. ЭГ 2524 был полностью укомплектован медицинскими кадрами, средним и младшим медицинским персоналом. Административный аппарат – 7 сотрудников, начальники медицинских отделений – 3, ординаторы – 3, заведующий рентгеновским кабинетом – 1, медицинские сестры – 31 (старшие – 4, операционные – 2, перевязочные – 3, палатные – 20, массажистка – 1, диетсестра – 1), санитарки – 37, прочий персонал – 101.

### **Врачебные кадры ЭГ 2524 на 1.06.1944 г.**

**Подорина Виктория Ростиславовна**, майор м/с, начальник госпиталя с 16.07.1941 г. Уроженка Люблинской губернии Польши. Замужем, имела двух дочерей в возрасте 8 и 4 года. Член ВКП(б). Образование высшее. Врачебный стаж 9 лет, в том числе хирургический – 7 лет.

**Баранова Антонина Семеновна**, начальник хирургического отделения. Замужем, сыну 4 года. Выпускница АГМИ. Врачебный стаж – 6 лет, хирургический стаж – 5 лет.

**Крайзельбурд Леонид Петрович**, начальник урологического отделения. Уроженец Бессарабской губернии. Воевал на Польском фронте в армии М.Н. Тухачевского в 1920–1921 гг. Стаж по специальности – 20 лет.

**Ильина Мария Петровна**, начальник хирургического отделения, родилась в Саратове в 1908 г. Замужем, сыну 16 и дочери 13 лет. Основная врачебная специальность – гинеколог. Вторая врачебная специальность – хирург, хирургический стаж 3 года.

**Ступников Степан Яковлевич**, старший хирург госпиталя. Родился в Кировской области. Кандидат в члены ВКП(б). Женат, два сына в возрасте 7 лет и 2 года. Общий врачебный стаж – 15, хирургический – 13 лет.

**Евдокимова Вера Михайловна**, ординатор урологического отделения. Родилась в Москве. Замужем, детей не имела. Общий врачебный стаж – 4 года, стаж уролога – 3 года.

**Садовская Надежда Васильевна**, ординатор хирургического отделения. Родилась в Вологде. Кандидат в члены ВКП(б). Не замужем. Общий врачебный стаж 7 лет, основная врачебная специальность – оториноларинголог. Вторая специальность – хирург. Хирургический стаж – 3 года.

**Посаженкова Таисья Ивановна**, ординатор хирургического отделения. Родилась в Новосибирске. Не замужем. Основная врачебная специальность – терапевт. Стаж – 11 лет. Вторая врачебная специальность – хирург, стаж – 1,5 года.

**Отсинг Елизавета Адольфовна**, начальник рентгеновского кабинета. Родилась в Орловской губернии. Врачебный стаж 3 года.

Приведенные анкетные данные свидетельствуют о том, что ЭГ 2524 был укомплектован врачами с различным профессиональным стажем: пятеро из них в 1944 г. имели хирургический стаж до пяти лет, у троих стаж хирурга от 7 до 20 лет.

В связи с тем что в 1944 г. началось выдвижение ЭГ 2524 из Архангельска к линии боевых действий (он получил статус мобильного хирургического госпиталя системы ГКО), в его собственности осталась преобладающая часть материальных и технических средств. Лишь мизерная часть оборудования, инструментов и мягкого инвентаря передана 2-й ГКБ. В акте передачи лечебного корпуса констатировано его неудовлетворительное состояние: отсутствие электропроводки, дверей, стекол в оконных рамах, вентиляции в подвале и др. После отъезда ЭГ 2524 требовались объемные ремонтно-восстановительные и строительные работы в лечебном корпусе.

**Распределение материально-технических средств  
между ЭГ 2524 и 2-й ГКБ в июне 1944 года (выборочные данные)**

Материально-технические средства	ЭГ 2524		2-я ГКБ	
	абс.	%	абс.	%
Кровати	410	78,8	110	21,2
Стулья	244	62,9	144	37,1
Тумбочки	261	76,3	81	23,7
Столы письменные	16	84,2	3	15,8
Титаны	5	100	0	
Рубахи нательные	849	100	0	
Кальсоны	900	80,0	225	20,0
Полотенца	682	100	0	
Простыни	588	100	0	
Тарелки	226	100	0	
Поильники	7		2	
Стаканы чайные	38	100	0	

Вилки столовые	370	84,1	70	15,6
Ложки деревянные	260	61,9	160	38,1
Ложки столовые металлические	103	100	0	
Ложки чайные	195	86,7	30	13,3
Кастрюли	17	70,8	7	29,2
Лошади	4		1	
Телеги и сани	8		2	

Передано 2-й ГKB 2 плуга для вспашки земли, 10 железных заступов, 50 мотыг, 4 косы-стойки. Вместе с перечисленными допотопными орудиями сельскохозяйственного труда 2-я ГKB получила 15 портретов и 4 бюста вождей ВКП(б).

Перечисленные факты свидетельствуют о том, что коллектив ЭГ 2524, как, впрочем, и коллективы других эвакуогоспиталей Госпитальной базы Карельского фронта, помимо прямых медицинских обязанностей, был вынужден заниматься производством сельскохозяйственной продукции. Острый дефицит продуктов питания явился следствием малопроизводительного ручного колхозного труда.

Дорогой читатель, взгляните в цифры, приведенные выше. Освободить цивилизованный мир от фашистской чумы в составе советских войск направлялся ЭГ 2524, который в 1944 г. на 300–400 раненых и 185 сотрудников имел 226 тарелок, 103 металлические столовые ложки, 38 чайных стаканов и всего 7 поильников! Великую Отечественную войну выиграл великий народ, пользовавшийся во время еды деревянными ложками, глиняными мисками и примитивными кружками, изготовленными из консервных банок американской тушенки.

Передислокация ряда госпиталей Госпитальной базы Карельского фронта была связана с наступательными операциями советских войск в июне–августе 1944 г. на Карельском перешейке и в Южной Карелии. В первой половине июня советское командование закончило подготовку Выборгско-Петрозаводской наступательной операции войск Ленинградского и Карельского фронтов. Освободительная операция началась 10 июня с наступления войск Ленинградского фронта. Войска Карельского фронта перешли в наступление 21 июня.

К 9 августа немецкие и финские войска в Южной Карелии были отброшены на 200–250 км. Освобождены от врага большая часть Карелии и ее столица Петрозаводск, Кировская железная дорога и Беломорско-Балтийский канал.

Эвакогоспиталь 2524, прибывший из Архангельска, был развернут в г. Лодейное Поле в условиях активных боевых действий и при большом потоке раненых. По воспоминаниям Н.В. Лукьянчиковой (с 1938 г. – санитарка ГKB № 2, в годы войны санитарка ЭГ 2524), на разгрузку госпиталя из железнодорожных вагонов было отведено всего 40 минут. Спешная выгрузка привела к утрате части госпитального оснащения.

Лодейное Поле – районный центр, расположенный в 244 км от Санкт-Петербурга на старинном Архангельском тракте, на трассе Волго-Балтийского водного пути. Имеет железнодорожную станцию на линии Волхов-Петрозаводск. Госпиталь 2524 функционировал в Лодейном Поле до января 1945 г., затем был перемещен в Вологду. В Вологде госпиталь для приема раненых и больных не развертывался. Персонал госпиталя размещался в холодном здании на окраине города и в палатках, оборудованных трехъярусными нарами. Сотрудники госпиталя выполняли различные работы в госпиталях Вологды. Затем последовал месячный переезд на Дальний Восток, в Приморский край, в район г. Спасск-Дальний. Город расположен в 2543 км от Владивостока, на железнодорожной линии Хабаровск–Владивосток. До января 1946 г. госпиталь принимал раненых и больных с 1-го Дальневосточного фронта, эвакуированных из Маньчжурии. Среди них были также военнопленные японцы. В январе 1946 г. ЭГ 2524 расформирован: часть персонала демобилизована, а часть направлена для продолжения военной службы в другие военные госпитали. Упомянутая выше санитарка Н.В. Лукьянчикова в группе из 8 медицинских сестер и санитарок служила в медико-санитарной части советского авиационного полка в Северной Корее и вернулась в Архангельск только в 1948 г. Героический труд коллектива ЭГ 2524 увековечен мемориальной доской на здании Архангельской областной клинической больницы, установленной в 1975 г. к 30-летию Победы, и памятным знаком «Сотрудникам госпиталя 2524 посвящается...», открытым на территории АОКБ 26 мая 2016 г.



На открытии памятного знака «Сотрудникам госпиталя 2524 посвящается...».

Слева направо: В.Е. Оловянный, С.П. Боковой, И.В. Петчин, Ю.Е. Барачевский, А.В. Преловский, А.В. Андреева, Н.В. Кузнецова. Фото из книги «Архангельская областная клиническая больница», 2019 г.

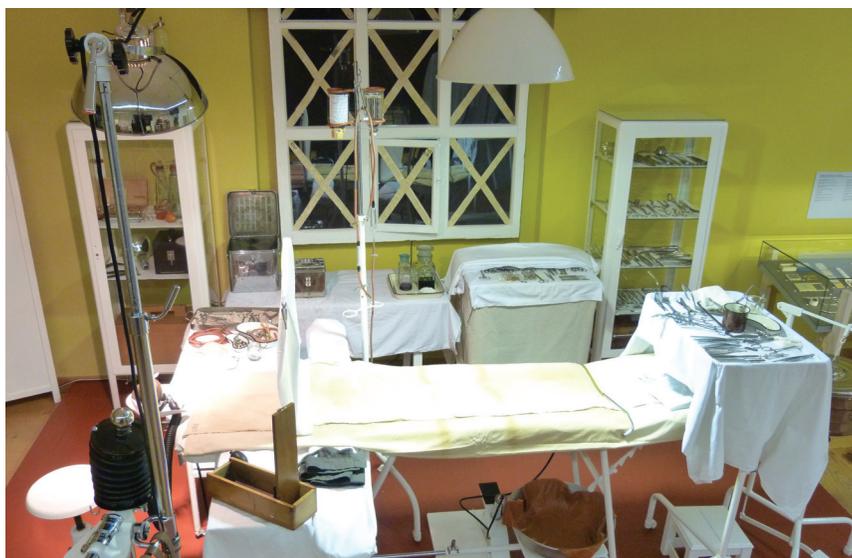
**Реконструкция этапа лечебно-эвакуационного обеспечения  
раненых. Областной выставочный проект в Архангельском  
краеведческом музее в честь 75-летия Победы  
«Мы шли к любви и милосердию...» Архангельск. 2020 г.**



Экспозиционный зал № 1



Отделение железнодорожного вагона для транспортировки раненых



Операционная хирургического госпиталя. У головного конца операционного стола слева находятся передвижная осветительная лампа, аппараты для ингаляционного наркоза и измерения артериального давления



Набор хирургических инструментов



Бактериологическая лаборатория госпиталя



Палата стационарного отделения госпиталя. Слева на стойке находится аппарат для капельного переливания крови конструкции Титова–Беркутова, на правой кровати – шина Беллера для скелетного вытяжения

### **Публикации о Госпитальной базе Карельского фронта**

1. Андреева А.В. Госпитальная база Карельского фронта в Архангельской области // История медицины в собраниях архивов, библиотек и музеев: материалы II межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 80-летию Волгоградского государственного медицинского университета. Волгоград, 2015. С. 149–154.

2. Андреева А.В., Чирцова М.Г. Архангельский государственный медицинский институт – научно-практический центр госпитальной базы Карельского фронта // История медицины в собраниях архивов, библиотек и музеев : материалы II межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 80-летию Волгоградского государственного медицинского университета. Волгоград, 2015. С. 114–120.

3. Андреева А.В. Госпитальная база Карельского фронта (Архангельская область) // Защитники Отечества : общественно-научные чтения по военно-исторической тематике : материалы научных конференций: XXXIII и XXXIV общественно-научных чтений. Архангельск. 2016. С. 277–286.

4. Андреева А.В., Быков В.П., Глянцев С.П. Медицинское обеспечение Карельского фронта и его тыла в Великую Отечественную войну 1941–1945 гг. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2016. Т. 24, № 3. С. 186–190.

5. Андреева А.В., Самбуров Г.О. 75-летию союзных морских конвоев посвящается. Вклад архангельских медиков в победу // Морская медицина. 2017. Т. 3, № 1. С. 95–100.

6. Бринюк Н.Ю., Смекалов А.В., Щербак Ю.А., Юрко В.И. Деятельность госпиталей Северного флота в годы Великой Отечественной войны // Карельский фронт и Европейский Север в годы Великой Отечественной войны : сборник статей международной научно-практической конференции, посвященной 70-летию Победы советского народа в Великой Отечественной войне. Петрозаводск, 2015. С. 79–83.

7. Быков В.П. Госпитальная база Карельского фронта (70 лет со дня организации в Архангельской области) // Юбилейные и памятные даты медицины и здравоохранения Архангельской области. Архангельск, 2011. С. 131–134.

8. Военное лихолетье. Госпитальная база Карельского фронта. Эвакогоспиталь 2524. Гражданское здравоохранение в документах и фактах в 1941–1945 годах // Архангельская областная клиническая больница / В.П. Быков [и др.]. Архангельск, 2012. С. 33–50.

9. Быков В.П. Хирург, ученый, наставник : [100 лет Барановой А.С.] // Медик Севера. 2013. 8 мая. С. 5.

10. Быков В.П., Солдатенко Н.В., Сидоренко Е.М. Служба крови в годы Великой Отечественной войны // Служба крови Архангельской области (1932–2012 гг.). Архангельск, 2014. С. 21–32.

11. Быков В.П. Хирургическая служба госпитальной базы Карельского фронта в 1941–1945 гг. // Экология человека. 2015. № 2. С. 57–60.

12. Быков В.П., Андреева А.В. Госпитальная база Карельского фронта // Юбилейные и памятные даты медицины и здравоохранения Архангельской области на 2015 год. Архангельск, 2015. С. 133–137.

13. Быков В.П., Андреева А.В. Госпитальная база Карельского фронта в 1941–1945 гг. // Экология человека. 2015. № 1. С. 61–64.

14. Быков В.П., Андреева А.В., Самбуров Г.О. Служба крови Архангельской области – исторический экскурс в 1930–1940-е гг. // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2020. № 1. С. 64–69.

15. Быков В.П., Андреева А.В., Самбуров Г.О. Медицинские кадры Госпитальной базы Карельского фронта и клиник Архангельска в 1941–1944 гг. // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2020. № 2. С. 84–91.

16. Быков В.П., Андреева А.В., Самбуров Г.О. Эвакогоспитали Карельского фронта на территории Архангельской области в 1941–1945 гг. // Гуманитарные проблемы военного дела. Военно-научный журнал. Новосибирск, 2020. № 1 (22). С. 55–59.

17. Военное лихолетье. Госпитальная база Карельского фронта. Эвакогоспиталь 2524. Гражданское здравоохранение в документах и фактах в 1941–1945 годах // Архангельская областная клиническая больница / В.П. Быков [и др.]. 2-е изд., перераб. и доп. Архангельск, 2019. С. 35–52.

18. Калягин А.Н., Горяев Ю.А. Профессор Мирон Акимович Лясс

– заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Иркутского государственного медицинского института в 1934–1938 годы (К 95–летию ИГМУ) // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2014. Т. 131, № 8. С. 135–138. В годы Великой Отечественной войны М.А. Лясс был главным терапевтом Карельского, а затем – Прибалтийского фронтов, начальником отдела НИИ питания Красной Армии.

19. Мартюшов С.И., Быков В.П., Марьяндышев А.О. Терапевтическая служба госпитальной базы Карельского фронта в 1942–1945 гг. // Экология человека. 2015. № 3. С. 58–61.

20. Трошина Т.И. Оказание помощи военным инвалидам во время Великой Отечественной войны и в первые годы после ее окончания (на материалах Архангельской области) // Наследие веков. 2015. № 1 (1). С. 37–40.

21. Хорева Е.А. Медицинская служба в приполярной зоне в годы Великой Отечественной войны (Эвакогоспиталь 2524) // Бюллетень Северного государственного медицинского университета. 2017. Т. 1, № 1 (37). С. 172–173.

Составитель – **Г.Б. Чецкая**,  
главный библиотекарь по обеспечению научно-информационными  
ресурсами научной библиотеки СГМУ

## Послесловие

Минуло 75 лет после описанных событий. Восприятие их, безусловно, различное врачами-практиками разных специальностей, студентами-медиками и читателями, которые профессионально не связаны с медициной. Изучая архивные материалы 1941–1945 гг. и научные публикации первого послевоенного десятилетия, написанные по свежим следам медицинскими специалистами – непосредственными участниками тех героических событий, мы, авторы книги, порой интуитивно становились на их место: в приемно-сортировочное или госпитальное отделение эвакогоспиталя, за операционный стол в МСБ и ХППГ. Но это были не современный операционный блок с анестезиологическим обеспечением, оснащенный высокотехнологичным оборудованием, не реанимационная палата современной больницы. Тогда было иначе: хирургические инструменты и медицинская аппаратура нередко начала XX века, обработка рук хирургами в тазиках щетками с мылом, скудное медикаментозное обеспечение, скверные бытовые условия и непрерывный поток раненных в голову, лицо, грудь, живот, конечности; стоны, кровь, агония умирающих. Колоссальное физическое и эмоциональное напряжение продолжалось дни, недели, месяцы, годы... По образному выражению старшего инспектора-хирурга и главного хирурга Госпитальной базы Карельского фронта профессора Г.А. Орлова: «Нашу хирургическую эпоху и работу хирургов можно назвать героической».

Героями в годы войны были не только хирурги, терапевты, трансфузиологи и врачи других специальностей. Ими были фельдшера, медицинские сестры и санитары на поле боя, полуголодные доноры, в подавляющем большинстве женщины, безвозмездно сдававшие кровь для спасения раненых и больных. Героем был весь Народ нашей страны – Союза Советских Социалистических Республик, граждане любого пола, возраста и национальности. Сейчас о подвиге военных и гражданских медиков напоминаютobelisks и памятные доски на зданиях, в которых были развернуты эвакогоспитали, где продолжалась битва за жизнь и здоровье защитников Родины.

Надеемся, что наш скромный труд о Госпитальной базе Карель-

ского фронта в 1941 – 1945 гг. побудит новых исследователей к изучению военных медицинских архивов с целью публикации неизвестных фактов и событий тех, без преувеличения, трагических и героических лет.

Научное издание

**Быков** Виталий Петрович  
**Андреева** Анна Владимировна  
**Самбуров** Глеб Олегович

**ГОСПИТАЛЬНАЯ БАЗА  
КАРЕЛЬСКОГО ФРОНТА  
1941 – 1945**

Монография

На обложке: барельеф обелиска «Архангельск – город воинской славы».  
Фотография из архива отдела истории медицины СГМУ

Редактор *В.А. Белова*  
Компьютерная верстка *О.Е. Чернецовой*

---

Подписано в печать 03.12.2020.  
Формат 60×84<sup>1/16</sup>. Бумага офсетная.  
Гарнитура Times New Roman. Печать цифровая.  
Усл. печ. л. 11,9. Уч.-изд. л. 7,9.  
Тираж 100 экз. Заказ № 2302

---

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»  
163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51  
Телефон (8182) 20-61-90. E-mail: izdatelnsmu@yandex.ru