



# РОЛЬ МЕДИКОВ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ

РОЛЬ МЕДИКОВ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ



Издание выпущено при поддержке  
Российского общества историков медицины



[www.historymed.ru](http://www.historymed.ru)

Минздрав России  
Российский университет медицины  
Центр развития историко - медицинских музеев  
Российской Федерации  
Российское общество историков медицины

# **РОЛЬ МЕДИКОВ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ**

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

*Лекция для студентов медицинских  
и фармацевтических специальностей*

Рекомендовано Министерством здравоохранения  
Российской Федерации для использования  
в качестве методического пособия

Москва 2025

Военно-медицинская доктрина, противоэпидемическая работа, создание пенициллина, службы крови, блокадный хлеб и детское питание, создание Академии медицинских наук СССР, научные открытия, уверенная работа гражданского здравоохранения, не прерывавшаяся подготовка кадров – в каждом из этих фактов – титанический труд, по крупицам приближавший долгожданную Победу!

Министр здравоохранения Российской Федерации  
**М.А. Мурашко**



## ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ РАНеным И БОльНЫм КРАСНОАРМЕЙЦАм В ГОды ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 1941–1945 ГОДОВ

*То, что сделано советской военной медициной в годы минувшей войны, по всей справедливости может быть названо подвигом. Для нас, ветеранов Великой Отечественной войны, образ военного медика остается олицетворением высокого гуманизма, мужества и самоотверженности.*

*Маршал Советского Союза  
Баграмян И.Х.*

*Баграмян И.Х. Всемерно повышать боеготовность медицинской службы // Военно-медицинский журнал. 1963. № 5. С. 5*

**Е**ще до начала Великой Отечественной войны, на 1-м пленуме Ученого медицинского совета при начальнике Главного военно-санитарного управления Рабоче-крестьянской Красной армии (ГВСУ РККА) в сентябре 1940 г. генерал-полковник Ефим Иванович Смирнов говорил о том, что в военное время медицинская служба должна стать основным поставщиком резервов для действующей армии. В феврале 1942 г. на заседании 5-го пленума Ученого медицинского совета при начальнике ГВСУ Е.И. Смирнов конкретизировал задачи военно-медицинской службы:

- возвращение в строй не менее 75% раненых;
- сведение к минимуму летальности на этапах эвакуации;
- сведение к минимуму инвалидности среди раненых;
- недопущение эпидемических вспышек в войсках.

Достичь поставленных задач военным медикам позволила разработанная система этапного лечения раненых и больных с эвакуацией их по назначению. Основные элементы этой системы включали в себя четкое и последовательное оказание раненым и больным медицинской помощи специальными подразделениями и учреждениями на всех этапах пути с места ранения в тыл, начиная с первой медицинской на поле боя и заканчивая специализированной в госпитальных базах фронта и тыла страны. Теоретическое обоснование этой системы стало возможным благодаря тру-

дам Н.И. Пирогова, В.А. Оппеля, Б.К. Леонардова; основная заслуга в создании действенной системы оказания медицинской помощи в годы войны принадлежит начальнику ГВСУ РККА Ефиму Ивановичу Смирнову – блестящему теоретику и практику отечественной медицины, выпускнику Военно-медицинской академии.

Система медицинской помощи РККА в годы Великой Отечественной войны включала первичную медицинскую базу в подразделениях и соединениях (санинструкторы, полковые медицинские пункты и медсанбаты) и госпитальные базы тыла армии, фронта и страны. Борьба за жизнь раненого начиналась на поле боя. Поскольку главной причиной гибели раненых на поле боя, помимо несовместимых с жизнью травм, становятся шок и кровопотеря, важнейшим условием успеха были сроки и качество оказания первой медицинской помощи, первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи.

1. На поле боя помощь раненым оказывали бойцы санитарных отделений под руководством санинструктора (в 1941 г. - пятеро на восемь десятков красноармейцев). Наблюдая за полем боя, они запоминали место падения красноармейца, приближались к нему (часто — под огнем противника), ориентировочно оценивали вид ранения и его тяжесть, оказывали первую медицинскую, а в ротном и батальонном медицинском пункте доврачебную помощь (обезболивание, остановка кровотечения с помощью повязок и жгутов, наложение шин) и эвакуировали раненого с передовой в так называемые «гнезда раненых». Требование приказа 1941 года «ни один раненый не должен остаться на поле боя» сохранялось на протяжении всей Великой Отечественной войны.

Согласно подведенным после войны итогам, 84% раненых получили первичную помощь на поле боя, 93% — в течение трех часов с момента ранения (из них треть —

немедленно и еще треть – в течение получаса). 23 августа 1941 г. И.В. Сталин подписал приказ №281 «О порядке представления к правительственной награде военных санитаров и носильщиков за хорошую боевую работу», согласно которому вынос раненых с их оружием с поля боя приравнивался к боевому подвигу. Медицинских работников, вынесших с поля боя 15 раненых, награждали медалями «За боевые заслуги» или «За отвагу», 25 раненых — орденом Красной Звезды, 40 – орденом Красного Знамени, 80 – орденом Ленина. Отметим, что учитывались только раненые, вынесенные с поля боя с оружием.

2. Санитары-носильщики доставляли раненых в батальонный, а иногда и в полковой медпункт. Батальонный медпункт располагался в 0,5—1,5 км от передовой. В задачи бойцов санитарного взвода батальона (в 1941 г. — три санинструктора и четыре санитары под командованием офицера-военфельдшера) входило оказание доврачебной медицинской помощи (в том числе проверка и исправление ранее наложенных повязок и транспортных шин, простейшие противошоковые мероприятия, согревание раненых химическими грелками и теплыми одеялами) и экстренная отправка раненых в тыл. В первую очередь эвакуировали бойцов с повреждениями крупных кровеносных сосудов, брюшной и грудной полости, а также раненых с наложенными жгутами. Кроме того, батальонный фельдшер был организатором всей медицинской помощи и всех санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, проводимых в батальоне.

3. Полковые медицинские пункты развертывали в палатках, реже – в домах, землянках на расстоянии в 1,5—5 км от передовой, не допуская отрыва от своего полка даже в условиях стремительного наступления. Здесь боец должен был оказаться не позднее, чем через 6 часов после ранения.

В полковом медицинском пункте помощь оказывали четыре врача-офицера, одиннадцать фельдшеров и четыре десятка санинструкторов и санитаров. Они проводили остановку кровотечения, первичную обработку ран, вводили противостолбнячные и противогангренозные сыворотки бойцам с инфицированными ранами, осуществляли переливание крови, транспортную иммобилизацию. Здесь раненых регистрировали и заполняли медицинские карточки передового района, следовавшие с раненым на всем последующем пути его эвакуации. Следует отметить, что с самого начала боевых действий большое значение организаторы военной медицины придавали преемственности в лечении раненых на всех этапах эвакуации. Это становилось возможным только в том случае, когда из медицинской документации можно было понять, что нашли у раненого (больного), что и как было сделано по этому поводу, на что следует обратить особое внимание и почему. В условиях военного времени для ведения медицинской документации использовали любую бумагу – от тетрадных листов до этикеток от банок тушенки.

Здесь же проводили первичную сортировку раненых. Бойцы с самыми легкими ранениями получали необходимую помощь и в течение 2—3 дней возвращались в свои части на передовую. Тех, кому была необходима квалифицированная помощь, эвакуировали в медико-санитарный батальон.

4. Дивизионный медицинский пункт — медсанбат — входил в состав дивизии и располагался в 6—10 км от передовой; время от получения раны до доставки бойца в медсанбат не должно было превышать 12 часов. Медсанбаты обычно разворачивали в домах, приспособленных для проведения операций, но иногда – в палатках или землянках. Медсанбат был центром активной хирургической деятель-

ности, «главной операционной войскового района» — здесь в полевых условиях оперировали три четверти раненых. Прооперированные на этом этапе красноармейцы, нуждавшиеся в лечении в условиях медсанбата в течение 10-12 дней, попадали в команды выздоравливающих и через две недели возвращались в свои подразделения; раненых, нуждавшихся в продолжении лечения, отправляли в полевые подвижные госпитали тыла армии. При высоких санитарных потерях (обычно – во время наступления) в медсанбат могло поступить 500—600 раненых. Всех нуждавшихся в экстренной хирургической помощи прооперировать не успевали, на стол попадал только каждый шестой или седьмой, остальных экстренно отправляли на следующий госпитальный этап — в армейские полевые подвижные госпитали. Для оперативной эвакуации раненых к концу 1941 г. в каждой дивизии был сформирован автосанитарный взвод.

5. Полевые подвижные госпитали на 200 коек располагались в 15—30 км от линии фронта, полевые эвакуационные пункты армий и армейские госпитальные базы – в 25—30 км. Здесь оказывали помощь тяжелораненым и бойцам, нуждавшимся в специализированном лечении, а также проводили окончательную сортировку раненых. В этих госпиталях оставались на долечивании раненые, которым на выздоровление и возвращение в строй требовалось 15—30 дней; красноармейцев с легкими ранениями отправляли в батальоны выздоравливающих. В начале войны в этих батальонах состояло одновременно до 50 тыс. легко раненных бойцов. Попытка расформирования этих батальонов с целью разгрузки запасных частей в октябре 1941 года (раненых было решено выписывать только после окончательного их выздоровления) привела к значительной перегрузке госпиталей людьми, уже не нуждавшимися в стационарном лечении. В апреле 1942 г. приказом НКО

№ 0261 «О сформировании батальонов и команд выздоравливающих» было предписано создать в каждой армии при запасном стрелковом полку батальон выздоравливающих численностью 500 человек из раненых, нуждавшихся в амбулаторном лечении сроком от 15 до 30 дней.

6. Красноармейцев с более тяжелыми ранениями, требовавших более длительного или специализированного лечения, бойцы автосанитарной роты эвакуировали в тыл фронта или в тыл страны, где заканчивалась цепочка этапов медицинской эвакуации, достигавшая к концу войны нескольких тысяч километров. В тыл страны – в госпитали Наркомздрава – направляли раненых и больных, не подлежащих возвращению в строй по окончании лечения; нуждавшихся в длительном лечении в специализированных госпиталях, реабилитации и санаторно-курортном лечении; нуждавшихся в сложных пластических вмешательствах, протезировании, ликвидации длительно текущих осложнений и последствий ранения.

Вопросами организации транспортировки раненых в тыл страны занимался начальник Главного управления тыла Красной армии, заместитель наркома обороны А.В. Хрулёв. Его усилиями для эвакуации раненых по назначению в начале войны было сформировано 286 постоянных и 138 временных военно-санитарных поездов, к концу 1942 г. перевозку раненых осуществляли уже 400 постоянных составов; общий объем железнодорожных перевозок из фронтового района в тыл страны за годы войны составил более 5 млн человек. В начале боевых действий перевозку раненых осуществляли всего 295 легких санитарных самолетов По-2, Ли-2 и Си-47. К концу войны в состав военно-санитарной авиации входили 9 полков и 10 эскадрилий, в которых насчитывалось до 600 самолетов. В годы войны были созданы новые модели санитарных воздушных судов: само-

лет С-4 для перевозки двух носилочных раненых, ЩЕ-2 на 9 носилочных мест и ЛИ-2 на 18 носилочных мест. Только на Западном фронте за весь период войны санитарной авиацией было перевезено 34,2 тыс. раненых, 27,6 тыс. кг медицинского имущества и 10,1 тыс. л. крови. С 1942 г. в период навигации перевозку осуществляли 127 судов, оборудованных для перевозки 32 750 раненых. Для транспортировки раненых по грунтовым и проселочным дорогам зимой и в период весенней и осенней распутицы были созданы конно-санитарные роты и подразделения санитарных собак и упряжек.

Для оказания квалифицированной помощи больным солдатам и офицерам в начале войны в тылу армии были созданы терапевтические полевые передвижные госпитали с клиническими лабораториями, рентгеновскими и физиотерапевтическими кабинетами; в конце 1942 г. начали организовывать терапевтические эвакуационные госпитали со специализированными отделениями – кардиологическими, пульмонологическими, гастроэнтерологическими. Также были созданы инфекционные полевые подвижные госпитали на 100 коек, на собственном санитарном транспорте вывозившие из изоляторов медико-санитарных батальонов и других медицинских учреждений инфекционных больных для лечения их у себя.

Система этапного лечения раненых совершенствовалась в ходе войны. Так, Е.И. Смирнов ликвидировал госпитальные роты, взводы сбора и хирургической обработки легкораненых в структуре медсанбатов дивизий, из-за дефицита кадров до минимума сократил количество хирургов в них. Поскольку автомобильный транспорт был востребован, прежде всего, в стрелковых частях, в начале войны были расформированы автохирургические отряды. В декабре 1942 г. унифицированные полевые подвижные госпи-

тали на 200 коек были переформированы в хирургические полевые подвижные госпитали на 200 коек и терапевтические полевые подвижные госпитали на 100 коек. в том же 1942 г. были созданы сортировочно-эвакуационные госпитали на 500, 1000 и 2000 человек, занимавшиеся распределением раненых и больных, прибывающих в госпитальные базы фронтов. С февраля 1943 г. в военных округах начали формировать госпитали восстановительной хирургии, а с марта 1943 г. — специальные нервно-психиатрические госпитали.

Очевидно, что чем раньше будет оказана специализированная помощь раненому, тем выше вероятность его выздоровления и возвращения, соответственно, менялась расстановка сил. Для реализации принципа этапного лечения раненых и больных с эвакуацией их по назначению было необходимо создать полноценные госпитальные базы армии, где раненые могли получить основные виды специализированной медицинской помощи и провести лечение раненых и больных со сроками выздоровления не более 20–30 суток. Поэтому если в начале войны 36% госпитальной коечной сети приходилось на армейские и фронтовые районы, а 64% — на глубокий тыл, то с начала 1944 года и до конца войны 65% всех коек были развернуты в армейских и фронтовых районах и только 35% — в глубоком тылу. Кроме того, усиление госпитальных баз армий и фронтов позволяло создать постоянные подвижные резервы, которыми можно было усилить медицинскую службу в районах ожесточенных боев.



*Отправка раненых с передовой позиции на самолетах. Август 1944 г.  
Из собрания Государственного центрального музея современной истории России*



*Транспортировка раненых на собачьих упряжках в медсанбат,  
Ленинградский фронт, 1941 г. Фотограф Кудояров Б.П.  
Из собрания Военно-медицинского музея Министерства обороны Российской Федерации*



*... В условиях большой войны достижение победы над врагом зависит в немалой степени и от успешной работы военно-медицинской службы, особенно военно-полевых хирургов.*

*Маршал Советского Союза  
Г.К. Жуков.*

*Предисловие к книге А. Вишневого «Дневник хирурга».  
М.: Родина, 2022. С. 9.*

## ЕДИНАЯ ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ДОКТРИНА

**И**сключительно важное значение для практической реализации системы лечебно-эвакуационных мероприятий имела единая военно-полевая доктрина. Основные ее принципы были разработаны Е.И. Смирновым еще до войны, а окончательно он сформулировал их на заседании 5-го пленума Ученого медицинского совета (УМС) при начальнике ГВСУ в феврале 1942 г. Эти принципы включали:

- единое понимание принципов хирургической и терапевтической работы в военно-полевых условиях;
- наличие единых взглядов на методы профилактики и лечения поражений и заболеваний;
- преемственность в выполнении медицинских мероприятий на различных этапах эвакуации;
- ведение краткой, четкой медицинской документации, обеспечивающей преемственность и последовательность в проведении лечебно-эвакуационных мероприятий.

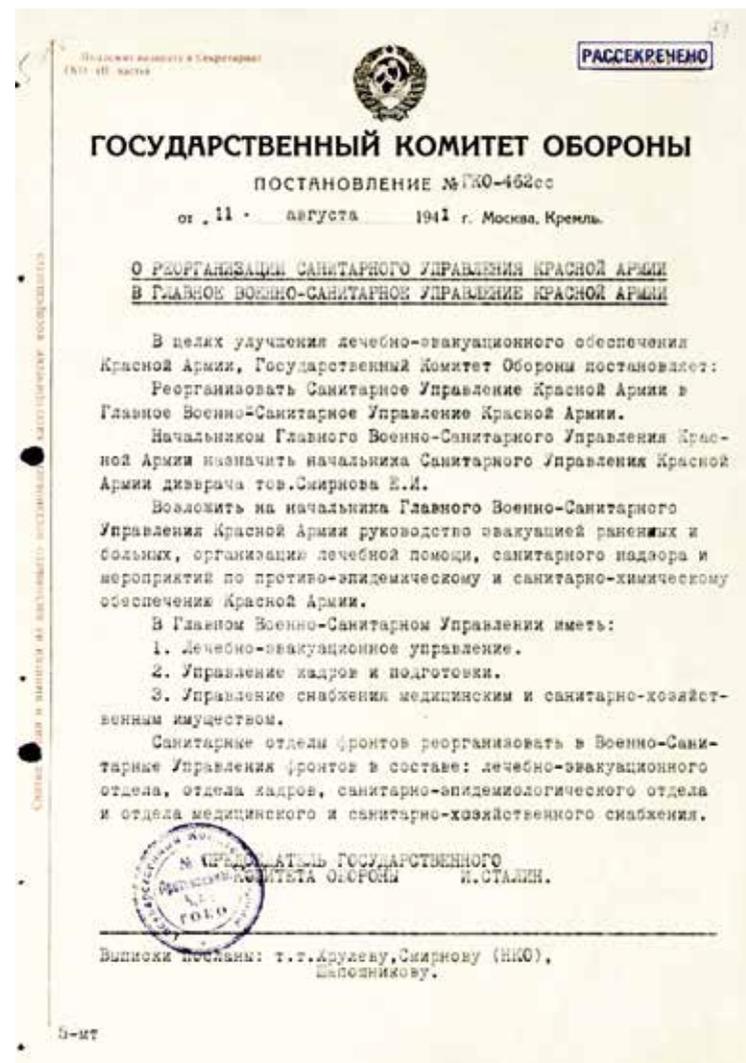
В августе того же года на следующем, 6-м пленуме УМС при начальнике ГВСУ были разработаны единые подходы к решению наиболее важных проблем военной медицины, обозначена необходимость специализированной медицинской помощи раненым и больным красноармейцам, реабилитации раненых. В апреле 1943 г. на 7-м пленуме УМС обсуждались вопросы восстановительной

хирургии, применения вторичного шва, лечения ранений суставов, показания к ампутации конечностей, лечение нефритов военного времени и пневмоний у раненых. Принятые на пленумах практические рекомендации становились руководством к действию для всех врачей медицинской службы ГВСУ.

Единство, последовательность и преемственность лечебных и эвакуационных мероприятий обеспечили единую врачебную тактику на всех этапах оказания медицинской помощи. Впервые в истории хирургическая помощь была унифицирована, на всех этапах эвакуации и в тылу применялись наиболее эффективные методы лечения, включая раннюю транспортную иммобилизацию, широкое применение новокаиновых блокад, наложение вторичного шва, сочетание первичной хирургической обработки ран с применением антимикробных препаратов и профилактическим введением вакцин, борьбу с травматическим шоком, неотложное ушивание открытого пневмоторакса и раннюю аспирацию крови при гемотораксе и др. Это было исключительно важно, поскольку в ряды военных медиков были мобилизованы представители различных школ и направлений, нередко незнакомых со спецификой лечения боевой хирургической и терапевтической патологии. Так, например, мобилизованные врачи нередко использовали способы мирной хирургии, в частности, накладывали после иссечения раны первичный шов, что приводило к развитию осложнений и увеличению продолжительности лечения (согласно военно-полевой доктрине все огнестрельные раны считались первично-инфицированными).

Следует отметить, что нечто подобное мы наблюдали совсем недавно, во время пандемии коронавирусной инфекции, когда врачи различных специальностей (терапевты, хирурги, гинекологи и др.), действуя по разработанным

стандартам и протоколам, успешно оказывали медицинскую помощь больным с вирусными пневмониями.



Постановление ГКО СССР № 462 сс о реорганизации Санитарного управления Красной армии в Главное военно-санитарное управление Красной армии. 11 августа 1941 г. РГАСПИ. Ф. 644. Оп. 1. Д. 6. Л. 159



*В структуре ГВСУ был создан институт главных специалистов и специалистов-инспекторов.. Можно утверждать, что среди них не было посредственных специалистов, с мнением которых не считались бы их коллеги, работавшие в армии и гражданском здравоохранении.*

*Генерал-полковник  
медицинской службы  
Е.И. Смирнов.*

*Смирнов Е.И. Фронтовое милосердие.  
М.: Воениздат, 1991. С. 128—129.*

## ОРГАНИЗАТОРЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ФРОНТЕ В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 1941–1945 ГОДОВ

Организацией специализированного лечения раненых и больных в армейском и фронтовом тылу занимались штатные и нештатные главные специалисты фронтов и армий, в число которых входили наиболее авторитетные ученые-медики.

Бурденко Николай Нилович (1876—1946) — академик АН и АМН СССР, генерал-полковник медицинской службы, участник Русско-японской, Первой мировой и Советско-финляндской войн, председатель УМС Наркомздрава СССР (с 1936 г.), главный хирург Красной армии (с 1937 г.), директор Центрального НИИ нейрохирургии Наркомздрава СССР. Под его руководством была разработана рациональная система лечения боевых травм на различных этапах медицинской эвакуации. Он обосновал необходимость специализированной нейрохирургической, торакоабдоминальной и ортопедотравматической помощи раненым; настоял на широком применении вторичного шва, что ускорило возвращение раненых в строй; разработал методы оперативного лечения огнестрельных ранений сосудов; создал инструкцию по профилактике и лечению травматического шока (1944); предложил лечить гнойные осложнения после ранений черепа и мозга с помощью введения в сонную артерию раствора белого стрептоцида (1942), сульфидина (1943), пенициллина (1944); одним из первых начал приме-

нять антибиотики – пенициллин и грамицидин – при раневых инфекциях. Несмотря на возраст и состояние здоровья, часто выезжал на фронт, проводил армейские и фронтовые конференции, обучал военных хирургов технике проведения экстренных и неотложных вмешательств, выполнил несколько тысяч операций в полевых госпиталях. Один из инициаторов создания и первый президент Академии медицинских наук СССР (1944). Автор монографий «Кровотечение и первая помощь в борьбе с ним» (1941—1942), «Ампутация как нейрохирургическая операция» (1942), «Основные установки современного учения об огнестрельных ранениях артерий» (1942) и др.

Джанелидзе Юстин Юлианович (1883—1950) — академик АМН СССР, генерал-лейтенант медицинской службы, главный хирург Военно-морского флота. Регулярно выезжал на фронт, занимался организацией и улучшением работы госпиталей, проводил сложнейшие операции в полевых условиях. Разрабатывал проблемы оперативного лечения при огнестрельных поражениях сердца, легких и плевры, предложил способ остеопластической ампутации бедра («способ Джанелидзе»). Автор монографии «Бронхиальные свищи огнестрельного происхождения» (1948).

Вовси Мирон Семенович (1897—1960) — академик АМН СССР, профессор, генерал-майор медицинской службы, главный терапевт Красной армии. Участвовал в разработке комплекса терапевтических мероприятий в действующей армии, изучал особенности заболеваний внутренних органов у военнослужащих. Под его руководством и при его участии создавались директивы ГВСУ, посвященные лечению крупозной пневмонии, ревматизма, острого нефрита и других заболеваний в условиях военного времени, под его руководством проводились многочисленные армейские и фронтовые научные конференции военных врачей-тера-

певтов. Изучал особенности патогенеза, клиники и лечения язвенной болезни, пневмонии и алиментарной дистрофии среди военнослужащих. Автор работ «Некоторые вопросы военно-полевой терапии» (1941), «Организация и принципы терапевтической помощи в тыловых эвакуогоспиталях» (1942), «Нефриты военного времени» (1943), «Об особенностях клинической патологии в период войны» (1944), «Органы дыхания и кровообращения при ранениях грудной клетки» (1947).

Мясников Александр Леонидович (1899—1965) — академик АМН СССР, профессор, полковник медицинской службы, главный терапевт Военно-морского флота. В первые месяцы блокады Ленинграда оказывал консультативную помощь в военно-морских Ленинградском и Кронштадтском госпиталях. Организатор военно-морской терапии, участвовал в создании системы оказания терапевтической помощи на кораблях и в лечебных учреждениях ВМФ, разрабатывал директивы ГВСУ по лечебному обеспечению ВМФ. Регулярно выезжал на корабли действующих флотов, разъясняя врачам особенности течения заболеваний внутренних органов в условиях военного времени, консультировал больных. Изучал военную электротравму, декомпрессионную болезнь, повреждения внутренних органов при взрывах в морской воде, токсикологические аспекты при боевых действиях на море. Автор работы «О работе терапевтов в военное время на флоте» (1943), свой опыт работы с больными из блокадного Ленинграда использовал при написании монографии «Клиника алиментарной дистрофии» (1945).

Болдырев Тихон Ефимович (1900—1984) – член-корреспондент АМН СССР, профессор, генерал-майор медицинской службы, главный эпидемиолог Красной армии в 1943—1947 гг. С января 1942 г. руководил Противоэпидемическим

и банно-прачечным управлением ГВСУ, участвовал в создании системы противоэпидемического обеспечения в действующих войсках; автор исследований по дезинфекционному и банно-прачечному делу; разработал учение о путях распространения инфекционных заболеваний в войсках и способах их предупреждения и лечения. Регулярно выезжал в действующую армию, проводил конференции и совещания в армиях и на фронтах, принимал личное участие в ликвидации эпидемических очагов и вспышек (Калининская область, Белоруссия, Померания); руководил системой санитарно-противоэпидемического контроля во время массовой репатриации населения, угнанного на Запад. Автор работ «Защита от эпидемических заболеваний в военное время», «Основные условия успеха противоэпидемической работы в наступательной операции», «Противоэпидемическая защита войск», «Основные принципы противоэпидемической работы среди населения и в войсках в период Великой Отечественной войны» (32-й том в многотомном издании «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941 — 1945 гг.», 1955) и др.



*Генерал-лейтенант Ю.Ю. Джанелидзе С.И., главный хирург Военно-морского флота, и полковник А.Л. Мясников, главный терапевт Военно-морского флота СССР. 1942 г.*

*Из собрания Государственного центрального музея современной истории России*



*...Нашу санитарную службу приходилось непрерывно совершенствовать... Нужна была большая четкость в деятельности всей сети эвакуогоспиталей, чем та, которая существовала.*

*Но что именно требовалось сделать?*

*Прежде всего передать их в руки одного хозяина... Или по крайней мере ясно разграничить, какие госпитали находятся в компетенции Главного военно-медицинского управления и какие – Наркомздрава СССР и подчиненных ему ведомств. Мы встретились с Е.И. Смирновым. Что же нам предпринять? – поставили мы себе вопрос.*

*Нарком здравоохранения СССР  
Г.А. Митерев.*

*В дни мира и войны. М.: Медицина, 1975. С. 114.*

## **НАЛАЖИВАНИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ НАРОДНОГО КОМИССАРИАТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ГЛАВНОГО ВОЕННО-САНИТАРНОГО УПРАВЛЕНИЯ КРАСНОЙ АРМИИ**

**О**дной из выявившихся в ходе Советско-финляндской войны 1939/1940 гг. проблем стала сложность взаимодействия Народного комиссариата здравоохранения (Наркомздрава) СССР под руководством Г.А. Митерева и ГВСУ РККА под руководством Е.И. Смирнова. В апреле 1941 г. во время обсуждения «Сборника положений об учреждениях военного времени» нарком здравоохранения СССР Г.А. Митерев изъявил готовность возглавить управление эвакуационными госпиталями, на которые легла основная нагрузка по возвращению в строй раненых в ходе финской кампании; комиссия, созданная по приказу начальника ГВСУ Е.И. Смирнова, посчитала, что такое решение может привести к нарушению «целостности и единства» руководства лечебно-эвакуационным делом в Красной армии. В итоге до начала Великой Отечественной войны ГВСУ и Наркомздрав разработали директивные документы, по-разному регулирующие вопросы организации и снабжения эвакуогоспиталей.

Эти проблемы усугубились с началом Великой Отечественной войны, когда сложилась сложная система соподчинения эвакуогоспиталей: органы здравоохранения развертывали и обеспечивали их согласно существовавшим нормативам, а затем передавали в систему ГВСУ. Иногда Наркомздраву приходилось курировать работу уже дей-

ствующих госпиталей: в условиях быстрого наступления немецко-фашистских войск зачастую было невозможно провести линию разграничения между фронтом и тылом; раненые в боях под Смоленском, Москвой, Ленинградом из медсанбатов сразу же поступали в городские стационары, превращенные в эвакуационные госпитали.

Осенью 1941 г. к решению вопроса о подчиненности тыловых госпиталей попытались привлечь И.В. Сталина, однако генералиссимус СССР потребовал от Митерева и Смирнова самим договориться о разграничении полномочий, создать совместный проект и внести его на рассмотрение Государственного комитета обороны (ГКО). После этого нарком здравоохранения СССР Г.А. Митерев и начальник ГВСУ РККА Е.И. Смирнов при личной встрече действительно смогли сначала договориться о разделении зон ответственности, а затем, 22 сентября 1941 г. эта договоренность была узаконена постановлением ГКО. Тыловые госпитали, в том числе сформированные после начала боевых действий, были подчинены Наркомздраву СССР, в задачи которого входила организация медицинской помощи раненым и больным солдатам и офицерам Красной армии, содержание личного состава и снабжение этих госпиталей всем необходимым хозяйственным и медицинским имуществом. Должности начальника и комиссара тыловых госпиталей должны были, однако, занимать офицеры Красной армии. В ведении ГВСУ находились армейские и фронтовые госпитали, а также созданные после начала войны эвакуационные пункты.



*Хирургическое отделение эвакуационного госпиталя.  
Западный фронт. 1943 г.*

*Из собрания Военно-медицинского музея Министерства обороны Российской Федерации*



## РАЗВЕРТЫВАНИЕ ЭВАКУАЦИОННЫХ ГОСПИТАЛЕЙ

*...Мне особенно хотелось бы выделить медиков, и не только потому, что другие службы значили меньше или больше; от каждой службы, от того, как она подготовлена и организована, зависело многое... Но труд медиков, призванный спасать самое дорогое — человеческие жизни, я бы сказал, наглядно, поистине, без всяких оговорок — благороден. А на войне, где смерть косит людей без разбора, — в особенности благороден.*

*Маршал Советского Союза  
И.С. Конев*

*И.С. Конев Сорок пятый. М.: Воениздат, 1966. С. 256*

**И**з-за вынужденного отступления Красной армии на Западном и Юго-Западном фронтах было потеряно огромное количество госпиталей, медицинских складов и учреждений, уничтожены запасы медицинского имущества. Так, начальник военно-санитарного управления Западного фронта М.М. Гурвич докладывал 30 июня 1941 г. «В процессе боевых действий все санитарные учреждения, дислоцированные на территории западной и частично восточной Белоруссии, не отобилизовались. В результате фронт лишился 32 хирургических и 12 инфекционных госпиталей, 13 эвакоприемников, 7 управлений эвакопунктов, 3 автосанитарных рот, 3 санитарных складов, 3 управлений госпитальных баз армий, эвакогоспиталей на 17 тыс. коек и 35 различных санитарных частей и учреждений. Имущество санитарных учреждений осталось в пунктах формирования и уничтожено пожарами и бомбардировками противника. Формируемые санитарные учреждения на территории восточной Белоруссии остались без имущества. В войсках и санитарных учреждениях фронта большой недостаток в перевязочном материале, наркотических средствах и сыворотках». Правда, благодаря усилиям начальника Главного управления тыла Красной армии генерала А.В. Хрулёва в условиях дефицита железнодорожных вагонов и перегруженности путей сообщения к концу 1941 г. все же удалось

перебазировать в тыл страны госпитали общей емкостью более чем 365 500 коек.

Тем не менее, уже 7 июля 1941 года Совет народных комиссаров СССР издал постановление «О дополнительном формировании эвакогоспиталей», согласно которому необходимо было расширить коечный фонд более чем вдвое – дополнительно развернуть эвакогоспитали на 750 000 коек. Наркомздраву СССР по согласованию с Наркоматом обороны к 20 июля 1941 года следовало подготовить к развертыванию под эвакогоспитали 126 705 коек в больницах и 92 295 коек в санаториях и домах отдыха и доукомплектовать их инвентарем и оборудованием в соответствии с нормами эвакогоспиталей. В госпитали преобразовывали областные и городские больницы, клиники научно-исследовательских институтов и институтов усовершенствования врачей, другие лечебные учреждения, оснащенные медицинским оборудованием. Использовали и помещения, изначально не приспособленные для медицинских целей: согласно подписанной И.В. Сталиным и В.М. Молотовым директиве Совнаркома Союза ССР и ЦК ВКП(б) партийным и советским организациям прифронтовых областей от 29 июня 1941 года, необходимо было обеспечить «широкую помощь раненым предоставлением под госпитали больниц, школ, клубов, учреждений».

Кроме того, в условиях нехватки людских и материальных ресурсов, к 1 декабря 1941 г. были сформированы 291 медико-санитарный батальон, 81 медико-санитарная рота, 380 подвижных полевых госпиталей, 12 госпиталей для лечения легкораненых.

В 1942 г. работа была направлена, с одной стороны, на улучшение качества сортировки и маршрутизации раненых, с другой — на повышение качества специализированной помощи. Для правильного распределения раненых

и больных солдат и офицеров Красной армии по эвакуационным госпиталям с учетом характера, локализации и тяжести ранения или заболевания приказом Наркомздраву СССР от 6 марта 1942 г. наркомздравам союзных республик было предписано организовать в течение месяца сортировочные эвакогоспитали во всех крупных городских и районных центрах, используя для этого общехирургические госпитали, наилучшим образом оснащенные и укомплектованные кадрами, расположенные неподалеку от железнодорожных или водных путей сообщения. Общехирургические госпитали продолжали оказывать помощь при ранениях опорно-двигательного аппарата, внутренних органов и мягких тканей, лечение других ранений и заболеваний там проводили при отсутствии в населенном пункте специализированных отделений (челюстно-лицевых, оториноларингологических, офтальмологических отделений). Созданы были также специализированные госпитали для лечения пациентов с ранениями легких, мочеполовой системы, больных соматическими заболеваниями.

В 1942 г. была предпринята попытка сократить количество развернутых в них коек без потери качества оказания помощи раненым воинам. В соответствии с решением Государственного Комитета Обороны от 28 июля 1942 года № 2119 Наркомздрав 5 сентября 1942 года издал приказ «Об улучшении качества лечения раненых, повышении процента возврата раненых в строй, сокращении сроков лечения, рациональном использовании коечной сети, медицинского и хозяйственного оснащения». В ведении Наркомздраву СССР ВЦСПС и НКО должно было остаться 1 200 000 госпитальных коек, в том числе 150 000 свернутых, остальные койки подлежали расформированию. По воспоминаниям начальника ГВСУ РККА Е.И. Смирнова, в 1942 г. заместитель наркома обороны Е.А. Щаденко доложил члену

Государственного комитета обороны (ГКО) А.И. Микояну и наркому обороны И.В. Сталину, что за год войны число раненых в госпиталях составило 1 081 222 человек, и, соответственно, 862 500 коек — достаточный резерв для обеспечения пораженных на фронте, т.е. уже развернутые койки можно сократить. Несогласного с этим планом Смирнова он обвинил в попытке оправдать растрату государственных средств, пайков и обмундирования на содержание ненужных коек и раздутых штатов госпиталей. На самом деле этот план оказался невыполнимым. Как докладывали И.В. Сталину в письме от 17 февраля 1942 г. А.И. Микоян, А.В. Хрулев и Е.И. Смирнов, большие санитарные потери во время наступления Красной армии привели к перегрузке фронтовых госпиталей. По инициативе Е.И. Смирнова 6 октября 1942 года начальник Генштаба А.М. Василевский и начальник тыла А.В. Хрулев обратились к И.В. Сталину с предложением прекратить свертывание и расформирование эвакогоспиталей и, более того, дополнительно развернуть 125 000 коек. Это предложение было одобрено ГКО, и к концу 1942 г. дополнительные койки были развернуты.

В связи с наступлением Красной армии потребность в армейских и фронтовых госпиталях постоянно увеличивалась. Постановлением ГКО от 27 февраля 1943 г. Наркомздрав обязали передать Народному комиссариату обороны к 3 марта полностью укомплектованные врачебным составом госпитали на 57 тысяч коек и вновь развернуть эвакогоспитали в областях на 84 тысячи коек. В августе 1943 года ГКО обязал передать армии госпитали с их кадрами и имуществом на 100 тысяч коек с передислокацией их во фронтовые и армейские районы по указанию ГВСУ и к сентябрю вновь сформировать эвакуационные госпитали на 75 тысяч коек в освободившихся помещениях. Следует отметить, что хотя доля коек тыловой госпиталь-

ной базы в общей коечной сети в ходе войны постепенно снижалась (68,1% на 1 августа 1941 года, 48,3% в сентябре 1942 года, 44,9% в январе 1943 года, 34,8% в 1944 году), абсолютная емкость эвакогоспиталей возрастала.

Всего за годы Великой Отечественной войны гражданским здравоохранением было развернуто 2990 эвакогоспиталей на 1 340 400 коек для лечения раненых и больных бойцов Красной армии. Следует особо отметить, что 76% всех действовавших во время войны госпиталей Наркомздрав развернул за первые 6 месяцев войны, 70% из них на территории РСФСР, остальные — в Казахстане, Закавказье и республиках Средней Азии, остальные 24% были развернуты в 1942—1944 гг.



*Врачи-сестры Ойгензихт Т.Л. и Е.Л. и их мать фельдшер Ф.М. Ойгензихт работают в госпитале с ранеными. 1941–1945 гг.*

*Из собрания Государственного центрального музея современной истории России*



*Первый год войны подтвердил положение..., что руководящий состав военно-медицинской службы, начиная с начальника медицинской службы дивизии и кончая начальником медицинской службы фронта, кроме специальных медицинских знаний должен обладать и военными знаниями, знать природу и характер общевойскового боя, методы и средства ведения армейских и фронтовых операций. Таких знаний наш руководящий медицинский состав не имел... К тому же большинство врачей окончили гражданские медицинские институты. Военно-оперативная подготовка их оставляла желать много лучшего.*

*Генерал-полковник  
медицинской службы  
Е.И. Смирнов.*

*Фронтное милосердие. М.: Воениздат, 1991. С. 77.*

## **ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ И ГРАЖДАНСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАДРАМИ В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 1941–1945 ГОДОВ**

**В** соответствии со сложившейся установкой о достижении победы малой кровью на чужой земле значительная часть ресурсов здравоохранения, в том числе людских (почти 40% от всего количества врачей) находилась в западных областях Советского Союза, захваченных в первые дни войны стремительно наступающими частями противника. Безвозвратные потери офицеров-медиков составили в 1941 г. почти 4,5 тысячи человек, к февралю 1942 г. численность личного состава медицинской службы была сокращена почти на 70%. Доля женщин среди всех медицинских работников составляла 46%, среди фронтовых врачей — 41%, среди военных хирургов — 43%, медицинских сестер — 100%, санитарных инструкторов и санитарок — 40%.

Хирургов к началу войны в стране насчитывалось лишь 12 560 человек, что удовлетворяло потребность во врачах этого профиля менее чем наполовину. Некомплект общих хирургов достигал 41%, нейрохирургов — 64%; челюстно-лицевых хирургов — 44%, хирургов-офтальмологов — 24%. Как справедливо отметил Е.И. Смирнов в феврале 1942 г. на заседании 5-го пленума Ученого медицинского совета при начальнике ГВСУ, ни одно государство не могло и никогда не сможет иметь в мирное время такое количество хирургов, которого хватило бы для нужд военного времени. Действительно, после начала боевых действий нужда

в хирургах общего профиля увеличилась в 7 раз, в нейрохирургах – в 15 раз, в хирургах-офтальмологах – в 7 раз.

Из гражданского здравоохранения было мобилизовано около 80 тысяч врачей, но и этого было недостаточно. Важнейшей задачей стала подготовка кадров для военно-медицинской службы. В Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова в ноябре 1942 г. было создано три факультета – командно-медицинский, лечебно-профилактический и факультет подготовки старших врачей полков. Военные врачи, прошедшие усовершенствование в академии, и слушатели, получившие в период обучения специальные военно-медицинские знания, составили костяк руководящего и лечебного состава медицинской службы армии; здесь были подготовлены 1829 военных врачей, отправившихся на фронт (в 1941 г. было произведено 2 досрочных выпуска); 532 воспитанника и работника академии погибли.

Медицинскими институтами за 1941—1944 годы было выпущено 57,3 тысячи врачей, из них в Красную армию из системы здравоохранения было передано до 30 тысяч. Выпуск 1941 г. — 15,8 тысяч врачей — пришелся на начало военных действий; осенью и зимой 1941 г., весной и в июне 1942 г. досрочно были выпущены 18,1 тысяч врачей, большая часть из них без законченного медицинского образования. В 1942 г. был проведен дополнительный набор 22 тысяч студентов в медицинские вузы страны. в 1942 и 1943 гг. по сокращенным учебным планам военного времени было выпущено 16,4 тысяч врачей. в 1944 г. 7,0 тысяч врачей были выпущены уже по нормальным учебным планам. По данным Г.А. Митерева, всего за 1941—1945 гг. из медицинских и стоматологических вузов было выпущено 65 тысяч врачей, большая часть которых сразу же отправилась в Красную армию.

В качестве примера самоотверженности молодых врачей Митерев вспоминал о том, как осенью 1941 г. замести-

тель председателя Совета по эвакуации поставил перед ним задачу: в связи с высоким риском развития эпидемий в окруженный Ленинград требовалось направить не менее 500—600 врачей. Нарком здравоохранения вызвал к себе директоров I и II Московских медицинских институтов; было решено привлечь оставшихся в институтах старшекурсниц, выдав им временные дипломы и права зауряд-врачей; через 6 месяцев работы планировалось заменить дипломы на постоянные. Добровольцами ехать в осажденный Ленинград вызвались более тысячи студенток 1-го ММИ, они были самолетами переправлены в окруженный город.

Студентов медицинских институтов привлекали к работе в эвакуационных госпиталях, начиная с первых лет обучения. Согласно приказу Наркомздрава СССР от 25 июля 1941 г., заведующие здравотделами должны были принимать студентов первого и второго курсов на должности санитаров, студентов третьего и четвертого курсов — на должности медсестер и фельдшеров, а руководители вузов должны были соответствующим образом подготовить их и организовать занятия так, чтобы они могли совмещать работу в госпиталях с обучением в институте. Студентов пятых курсов приказом Наркомздрава СССР от 18 августа 1943 г. можно было привлекать к врачебной работе в госпиталях с оплатой их труда по ставкам врачей со стажем до пяти лет.

В результате проведенной работы уже через год от начала боевых действий медицинская служба была укомплектована врачами на 91%, фельдшерами – на 98%, санитарными инструкторами – на 92%. Однако полностью решить проблему обеспечения медицинской службы врачами (прежде всего – хирургами) так и не удалось. Некомплект врачей хирургических специальностей составлял в среднем 48%, в том числе общих хирургов – 59%, нейрохирургов – 36%, челюстно-лицевых хирургов – 56%, хирургов-офтальмоло-

гов – 76%. Для решения проблемы 27 ноября 1941 г. Наркомздрав СССР издал приказ о повышении хирургической квалификации врачей эвакуогоспиталей: наркомздравы республик и заведующие здравотделами должны были организовать соответствующие курсы для врачей эвакуационных госпиталей, терапевтов, педиатров, венерологов и других врачей не хирургических специальностей. Обучение проходило у высококвалифицированных хирургов на базе наилучшим образом оборудованных эвакуогоспиталей, поначалу — без отрыва от основной работы. Врачей хирургических специальностей, фельдшеров и медсестер обучали военно-полевой хирургии, только за 1942 г. в городских больницах такие курсы прошли 10 000 хирургов и 30 000 человек среднего медицинского персонала. Согласно справке Наркомздрава СССР о работе органов здравоохранения в годы Великой Отечественной войны в области медицинских кадров, подготовленной в мае 1945 года, всего за 1942—1944 годы повышение квалификации по хирургии прошли 23,4 тысячи врачей эвакуогоспиталей, в том числе 7,4 тысячи с отрывом от производства; из них 70% было подготовлено по хирургии.

В 1944 г. при Центральном институте усовершенствования врачей Наркомздрава СССР был создан военный факультет. Прибывшие с фронта терапевты и эпидемиологи, хирурги и нейрохирурги, офтальмологи и оториноларингологи проходили обучение на кафедрах военно-полевой терапии, военно-полевой хирургии, организации и тактики медицинской службы Красной армии, военной гигиены и военной эпидемиологии и др. В преподавании принимали участие академик Н.Н. Бурденко, профессора, заслуженные деятели науки В.Р. Брайцев, А.А. Вишневский, Р.А. Лурия, Н.Н. Приоров, С.А. Рейнберг, А.Д. Сперанский и др. Первый выпуск военного факультета состоялся в октябре 1944 г.

Медицинским институтам и средним медицинским школам пришлось наладить ускоренный выпуск врачей и медсестер. по данным Наркомздрава СССР, в 1941 и 1942 гг. средними медицинскими школами было выпущено 86,7 тысяч человек, курсами сестер Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца – 202,2 тысяч человек, а всего к 1943 году выпущено 289 тысяч средних медицинских работников, что позволило обеспечить потребность Красной армии и эвакуогоспиталей в среднем медицинском персонале.

Всего в годы Великой Отечественной войны в составе военно-медицинской службы трудилось свыше 200 тысяч врачей и около 500 тысяч медицинских работников. Непосредственное участие в медицинском обеспечении действующей армии принимали более 300 академиков, заслуженных деятелей науки и профессоров, около трех тысяч докторов и кандидатов наук.

Смертность медицинских работников была на втором месте после стрелковых частей. Общие потери медицинской службы за годы войны составили 210 600 человек, в том числе безвозвратные – 84 793 (40,3%). Около 88% от общего числа всех санитарных потерь медицинской службы пришлось на санитаров, санитаров-носильщиков и санинструкторов, оказывавших помощь раненым красноармейцам на линии фронта; общие потери среди среднего медицинского персонала составили 17 141, из них 9198 – безвозвратные (53,7%), общие потери врачей – 7903, из них безвозвратные – 5139 (67,3%) .

Более 116 000 военных медиков за подвиги в годы войны были награждены орденами и медалями, 44 человека удостоены высшей степени отличия — звания Героя Советского Союза. Звание Героя Социалистического Труда было присвоено крупным ученым — военным медикам, в том числе главному хирургу Советской Армии Н. Н. Бурденко,

главному хирургу Военно-Морского Флота Ю. Ю. Джанелидзе, начальнику Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова Л.А. Орбели, начальнику Главного военно-санитарного управления генерал-полковнику медицинской службы Е. И. Смирнову.



*Досрочный выпуск врачей стоматологов Московского стоматологического института. 1941 г.  
Из собрания Музея истории медицины Российского университета медицины*



*Зорина Н. – бывшая студентка мединститута, оказывает медицинскую помощь раненому бойцу на поле боя под огнем противника. 1941-1943 гг.  
Из собрания Государственного центрального музея современной истории России*



*В восстановлении здоровья раненых и больных солдат и офицеров исключительно большую роль играет наличие необходимого перечня лекарственных и перевязочных средств, а также хирургического инструментария. Медицинские работники без них не могут сделать ни одного успешного шага в своей деятельности...*

*Генерал-полковник  
медицинской службы  
Е.И. Смирнов.*

*Смирнов Е.И. Фронтовое милосердие.  
М.: Воениздат, 1991. С. 124*

## **ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ И ГРАЖДАНСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МЕДИКАМЕНТАМИ И МЕДИЦИНСКИМИ ИНСТРУМЕНТАМИ**

**В** начале Великой Отечественной войны возникли значительные проблемы с обеспечением медицинской службы и гражданского здравоохранения медикаментами и медицинскими инструментами. Еще в довоенное время нарком здравоохранения Г.А. Митерев оценивал работу медицинской промышленности как неудовлетворительную: выполнив в 1939 г. план по валовой продукции на 100%, она «не справилась с программой по номенклатуре медаппаратуры и инструментария, сорвав тем самым нормальное снабжение аптек и больниц». В недостаточном количестве производились лекарственные средства (салицилаты, наркозный эфир), хирургические и зубоорудные инструменты, шприцы и др. В 1940 году химико-фармацевтическая промышленность не выполнила план по стрептоциду на 21%, аспирину на 30%, наркозному эфиру на 50%; медико-инструментальная промышленность выполнила план по производству хирургического инструментария на 60—70%, шприцам – на 45%, автоклавов на 42%, металлических стерилизаторов на 52%, дезинфекционных камер на 33%. В начале Великой Отечественной войны положение ухудшилось еще больше, поскольку наступающим противником были захвачены свыше 40 из 59 фармацевтических заводов (что снизило их количество на две трети); предприятия химико-фармацевтической и медико-инструмен-

тальной промышленности были эвакуированы из Москвы, Ленинграда, городов Украины и Белоруссии в тыл и им было необходимо время для разворачивания производства. Ситуацию усугублял недостаток сырья, необходимого для производства медикаментов, а также нехватка персонала – три четверти провизоров были мобилизованы в действующую армию. К концу 1941 г. объемы производства фармацевтической промышленности составляли около 8% от довоенного уровня.

Ситуацию с поставками лекарств удалось улучшить во втором квартале 1942 г., когда вошли в строй эвакуированные предприятия, а ряд заводов химической и пищевой промышленности был перепрофилирован на производство лекарств. Ввиду нехватки провизоров на фармацевтических фабриках работали старшекурсники фармучилищ; к заготовке лечебного сырья привлекали студентов и школьников. Тем не менее, 9 марта 1943 г. ГКО издал постановление 3015с о мерах по обеспечению работы медицинской промышленности Наркомздрава СССР, в котором были отмечены «крайне неудовлетворительное ее снабжение сырьем», «совершенно нетерпимая недооценка со стороны Наркохимпрома обеспечения химикатами производства медикаментов» и были установлены объемы веществ и соединений, которые промышленность Наркомздрава должна была получить в первом и втором кварталах 1943 г.

Фармацевтическая промышленность успешно осваивала производство новых препаратов, необходимых для лечения раненых и больных воинов и гражданского населения. В 1942 г. на Свердловском химфармзаводе было налажено промышленное производство эффективного сульфаниламидного препарата сульфидина, созданного в 1937 г. профессором И.Я. Постновским, и других сульфаниламидов. Производство советского антибиотика грамицидина было

налажено к 1944 г. в Центральном институте эпидемиологии и микробиологии, микробиологических институтах в Ростове, Ставрополе, Харькове, Ленинграде и Ярославле, а также на биофабрике № 11 Главбиопрома Наркомата земледелия СССР. На заводе им. Карпова и московском заводе эндокринных препаратов в 1944 г. было начато производство отечественного пенициллина, разработанного под руководством профессора ВИЭМ З.В. Ермольевой. Препарат сначала выпускали в жидком виде, в сухом виде его начали производить в 1945 г. на пенициллиновом заводе при мясокомбинате им. Микояна.

Для обеспечения здравоохранения медицинскими инструментами 5 августа 1941 г. Наркомздрав СССР издал приказ №379, «Об увеличении выпуска важнейших медицинских инструментов, аппаратуры и оборудования», согласно которому с производства были сняты 150 наименований медицинских изделий, не являющихся предметом первой необходимости в военное время, и за счет этого был увеличен выпуск наиболее востребованной продукции. Несмотря на сложности со снабжением сырьем и недостаток кадров, заводы Главка медицинской инструментальной промышленности (Главмединструментпром) выполнили план по выпуску медицинских инструментов в 1941 г. на 125–130%, в 1942 г. – на 109,2%.

В итоге, благодаря усилиям Наркомздрава и смежных ведомств, к 1945 г. согласно отчету Митерева, медицинская промышленность Наркомздрава по ряду важнейших медикаментов и медицинских инструментов превысила их выпуск в 1940 году: в 1945 г. было произведено сульфаниламидных препаратов 220 тонн, увеличилось производство новокаина с 3 до 5,5 тонн, наркозного эфира с 98 до 230 тонн. Расширился ассортимент антимикробных средств — кроме стрептоцида и сульфидина, выпускавшихся до войны, были



*Укомплектование санитарной сумки на Н-ском заводе. Февраль 1942 г.  
Из собрания Государственного центрального музея современной истории России*

выпущены и освоены сульфазол, неосульфазол, дисульфид; в 1944 году в практику вошел пенициллин. По данным П.Ф. Гладких (2015), всего за годы войны в Красную армию было направлено ампульных препаратов 160 млн 461 тыс., шприцов отечественного производства 488 000, перевязочных средств в пересчете на марлю – 812 500 000 метров, шин Крамера – свыше 3 423 000, шин Дитерихса – 814 620 штук, малых операционных наборов – 1303, больших операционных наборов – 622, автоклавов 4246, медицинских ножниц 118 9300, скальпелей 477 8000.



*Плакат «Все для фронта - все для победы!». 1942 г.*



*Войны всегда сопровождаются эпидемиями или значительными вспышками различных эпидемических заболеваний. Они распространяются по путям движения войск, которые создают их очаги в местах своего пребывания. В свою очередь наличие очагов среди гражданского населения в армейском и во фронтовом тылу представляет опасность для войск, среди которых заболевания могут широко распространиться. Только научная организация эвакуации и лечения раненых и больных из действующей армии, а также санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в стране и армии могут уберечь войска и население от страшной беды и быстро ликвидировать возникающие вспышки массовых инфекционных заболеваний.*

**Генерал-полковник  
медицинской службы  
Е.И. Смирнов.**

*Смирнов Е.И. Фронтовое милосердие.  
М.: Воениздат, 1991. С. 154*

## **ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ НА ФРОНТЕ И В ТЫЛУ**

**П**ротивоэпидемическую работу в армии организовывало ГВСУ, в штате которого были главный эпидемиолог и противоэпидемический и санитарно-эпидемический отделы, в ноябре 1941г. преобразованные в Противоэпидемическое и банно-прачечное управление с санитарно-эпидемиологическим и банно-прачечно-дезинфекционным отделами (руководитель – генерал-майор медицинской службы, профессор Т.Е. Болдырев). за организацию санитарно-противоэпидемической работы в войсках фронта отвечал главный эпидемиолог фронта, подчиненный начальнику военно-санитарного управления фронта; санитарно-эпидемической службой армии руководили армейский эпидемиолог, инспектор по питанию и водоснабжению, начальники эпидемиологического отделения санитарного отдела армии и санитарно-эпидемиологического отряда.

В войсковом звене противоэпидемическую деятельность проводил санитарный взвод дивизии. В состав санитарно-эпидемиологической службы армии входили санитарно-эпидемиологические отряды, инфекционные полевые подвижные госпитали, обмывочно-дезинфекционные роты, полевые прачечные и банные, прачечно-дезинфекционные отряды, санитарно-контрольные пункты. Санитарно-эпидемиологическая служба фронта включала санитарно-эпидемиологическую лабораторию, дезинфекционно-ин-

структорский отряд, обмывочно-дезинфекционные роты и полевые механизированные прачечные, банно-дезинфекционный и банно-прачечно-дезинфекционный поезда, инфекционные полевые подвижные госпитали и эвакуационные инфекционные госпитали, санитарно-контрольные пункты и др.

Постановлением ГКО № ГОКО-1382сс от 3 марта 1942 г. «Об усилении противоэпидемической работы в войсках Красной Армии» было предписано дополнительно сформировать на путях передвижения войск 50 санитарно-контрольных пунктов, 24 санитарно-эпидемиологических отряда округов и армий, 2 санитарно-эпидемиологические лаборатории округов и фронтов, 58 инфекционных полевых госпиталей, 29 обмывочно-дезинфекционных рот, 30 прачечно-дезинфекционных отрядов эвакуационных пунктов, 137 гарнизонных банно-дезинфекционно-прачечных отрядов в тылу, 5 дезинфекционно-инструкторских отрядов фронтов.

Проводимые в войсках профилактические санитарно-эпидемические мероприятия включали медицинский контроль за состоянием здоровья красноармейцев, гигиеной питания, водоснабжения и размещения войск, иммунизацию личного состава войск против угрожающих им инфекционных заболеваний, эшелонизированную эпидемиологическую разведку, предупреждение заноса инфекций, их возникновения и распространения от источников внутри войск.

Особое внимание уделялось личной гигиене бойцов. Банно-прачечное и дезинфекционное обслуживание войск в ведении военно-медицинской службы: помощник командира полка по материальному обеспечению отвечал за оборудование батальонных, иногда ротных полевых бань, стирка белья проводилась в полковых или дивизионных

прачечных. Если хозяйственной службе не удавалось обеспечить санитарную обработку бойцов наступающих подразделений, в войска выдвигались средства усиления армии, а иногда и фронта. За годы Великой Отечественной войны было вымыто около 5 398 680 человек, продезинфицировано 5 939 064 комплекта белья, построено 4554 примитивные бани и 3060 дезинфекционных камер.

Чтобы исключить проникновение инфекций в действующую армию, были созданы противоэпидемические барьеры между фронтом и тылом. Первым таким барьером служили тыловые запасные полки и бригады, в которых мобилизованные проходили обучение перед отправлением на фронт. Вторым барьером стали санитарно-контрольные пункты, организованные на крупных и узловых железнодорожных станциях и призванные выявлять и изолировать инфекционных больных; количество их к 1945 г. достигло 111. Об эффективности созданной защиты свидетельствует частота заноса инфекционных заболеваний в войска — в 1942 г. 66% выявленных в армии случаев инфекции пришлось на пополнение, в 1943 г. этот показатель составил 3%, в 1945 г. всего лишь 1,2%.

Санитарную разведку проводили «вперед войска» и «вслед за войсками». В первый эшелон разведки входили санинструктор роты, батальонный фельдшер и врач полка, во второй эшелон — дивизионный эпидемиолог, в третий — армейское звено, в четвертый — фронтовое; такая система позволяла многократно оценить санитарное благополучие фронтового района. В задачи санитарной разведки входило выявление эпидемических очагов, обнаружение пригодных к использованию источников водоснабжения, обследование трофейных продуктов и др. За годы войны было обследовано 44 696 населенных пунктов и выявлено 49 612 очагов сыпного тифа и 137 364 больных сыпным тифом. В связи

с вынужденной дислокацией войск в малообжитых местностях были впервые выявлены природные очаги инфекций – крымская геморрагическая лихорадка, новые очаги клещевого энцефалита на территории Калининской области.

Добытые санитарной разведкой сведения использовались, среди всего прочего, для эпидемиологического прогнозирования обстановки, проводившегося с учетом сезонности инфекционных заболеваний, эндемичности района по той или иной инфекции, наличия инфекционного заболевания в войсках и среди местного населения, санитарного состояния территории дислокации войск и района боевых действий. На основе такого прогноза составляли план конкретных противоэпидемических мероприятий в ходе наступления.

Для профилактики кишечных инфекций широко использовали разработанную в 1941 г. супругами Н.И. Александровым и Н.Е. Гэфен пентовакцину (антигены микробов брюшного тифа, паратифов А и В, холеры, дизентерий Шига и Флекснера, столбнячный анатоксин). Этой вакциной, эффективной при однократной инъекции, были привиты более 30 млн военнослужащих. В армии и среди населения освобожденных районов использовали живую противотуляремийную вакцину, при выявлении эпизоотий и очагов чумы использовали живую противочумную вакцину (эту прививку получили 8,5 миллионов человек).

В случае возникновения инфекционного заболевания в войсках заболевшего изолировали в месте заболевания, о случае инфекционного заболевания немедленно сообщали непосредственному медицинскому начальнику и командиру, затем больного эвакуировали и госпитализировали в специализированное лечебное учреждение или отделение в стороне от района дислокации войск и других госпиталей. Лечение таких больных в инфекционных полевых госпи-

талях без дальнейшей эвакуации позволяло предотвратить занос заразных болезней в тыл. По показаниям проводили дезинфекцию, дезинсекцию и дератизацию в очаге заболевания; устанавливали эпидемиологическое наблюдение за контактными лицами и за ликвидированными эпидемическими очагами.

Об эффективности созданной системы противоэпидемических мероприятий свидетельствует отсутствие массовых эпидемий в армии; только 9% от общего числа заболеваний приходилось на долю инфекционных, из них на дизентерию – 4,4%, сыпной тиф – 2,7%, брюшной тиф и паратифы – 0,6%.

Противоэпидемические мероприятия в тылу были прерогативой Наркомздрава. К основным санитарно-противоэпидемическим мероприятиям, позволившим в годы Великой Отечественной войны предупредить массовые эпидемии в стране, нарком здравоохранения СССР Г.А. Митерев относил следующие:

1. Подготовка медицинских работников (повышение их квалификации, специализация врачей) и обеспечение деятельности органов здравоохранения врачебными кадрами, несмотря на большой их недостаток. Согласно приказу Наркомздрава СССР от 29 ноября 1941 г. врачи и средний медицинский персонал в течение двух месяцев должны были ознакомиться с мерами профилактики сыпного тифа и организацией борьбы с ним на организованных республиканскими наркомздравами краткосрочных семинарах.

Сложности проведения противоэпидемической работы во многом были обусловлены нехваткой подготовленных специалистов. Как отмечал Г.А. Митерев, без учета врачей эвакуогоспиталей, в системе здравоохранения в среднем работало только 50% от того количества врачей, которые находились в системе Наркомздрава СССР до начала Отече-

ственной войны. Для обеспечения противоэпидемической деятельности медицинскими кадрами приказом Г.А. Митерева от 2 июля 1942 года наркомздравам республик и заведующим здравоохранения было предписано провести регистрацию всех врачей, привлечь их к совместительству (каждый врач должен был работать не менее, чем на полутора — две ставки, работу в эвакогоспиталях врачи должны были совмещать с приемом в поликлиниках); задействовать врачей, работавших не по врачебной специальности; привлечь к врачебной работе в вечернее и ночное время студентов выпускных курсов; использовать преподавателей медицинских и научно-исследовательских институтов для консультаций в поликлиниках и др.

2. Единый план санитарно-противоэпидемических мероприятий, обязательных для всех ведомств, и единое руководство всеми противоэпидемическими мероприятиями в стране, сосредоточенные в руках Уполномоченного ГКО Наркома здравоохранения СССР. 2 февраля 1942 г. было принято постановление ГКО «О мероприятиях по предупреждению эпидемических заболеваний в стране и Красной армии», которое стало, по выражению Митерева, программным документом для дальнейшей противоэпидемической работы Наркомздрава. Перед местными Советами депутатов трудящихся были поставлены задачи — обеспечить населенные пункты достаточным количеством бань и прачечных; во избежание перенаселенности городов отправить часть эвакуированного населения в сельскую местность; организовать регулярную дезинфекцию мест общественного пользования; увеличить лечебную коечную сеть из расчета 2 инфекционных койки на 1000 населения. Промышленные предприятия должны были организовать широкое производство мыла и его заменителей. Противоэпидемические мероприятия

на транспорте предусматривали разгрузку вокзалов путем отправки дополнительных поездов, запрещение проживания ожидающих отъезда пассажиров в помещениях вокзалов, устройство и содержание в надлежащем порядке туалетов на железнодорожных станциях и пристанях; обеспечение кипяченой водой проходящих эшелонов; организацию санитарно-контрольных пунктов на железнодорожных станциях и пристанях и др.

Задачами Наркомздрава стали: перераспределение имеющихся санитарных врачей, эпидемиологов и гигиенистов соответственно плотности населения; организация массовой иммунизации против желудочно-кишечных инфекций; создание подвижных эпидотрядов для быстрой санобработки людей и имущества в эпидемических очагах; обеспечение санитарного надзора за столовыми, детскими учреждениями, местами заключения и др.; создание института общественных санитарных инспекторов и т.д.

Тем же указом Г.А. Митерев был назначен уполномоченным ГКО по проведению противоэпидемических мероприятий. Проводить принятые решения в жизнь были призваны чрезвычайные полномочные противоэпидемические комиссии, наделенные правом привлекать нарушителей постановления к ответственности; в эти комиссии входили председатели местных Советов депутатов трудящихся, представители органов Наркомздрава, санитарной службы армии, НКВД, партийных органов.

3. Привлечение к борьбе с эпидемическими заболеваниями всей сети санитарно-противоэпидемических и лечебно-профилактических учреждений, научных институтов и многочисленных медицинских работников, активистов здравоохранения и Красного Креста. Приказом Наркомздрава СССР о противоэпидемической работе городских поликлиник и амбулаторий от 22 мая 1942 г. на народ-

ных комиссаров здравоохранения республик и заведующих областными и краевыми отделами здравоохранения была возложена ответственность за раннюю диагностику и срочную госпитализацию инфекционных больных, санитарную обработку контактных лиц и дезинфекцию очагов, наблюдение за контактными лицами, проведение профилактических прививок. Главным врачам поликлиник и амбулаторий следовало еженедельно проводить учет инфекционных заболеваний. С 1 июля 1942 г. в поликлиниках с посещаемостью 200 тысяч и больше была введена должность заместителя главного врача по противоэпидемической работе. В случае возникновения инфекционных заболеваний проводить подворовые обходы участковым терапевтам помогали общественные санитарные инспекторы и активисты Красного Креста и Красного Полумесяца; эти обходы позволяли выявить новые случаи инфекции в первый же день заболевания.

4. Единство действий государственной санитарной инспекции и противоэпидемической организации в деле предупреждения и борьбы с инфекционными заболеваниями. Должности государственных санитарных инспекторов республик, областей и краев были созданы приказом Наркомздрава СССР от 29 апреля 1943 г. в республиканских наркоматах здравоохранения и отделах здравоохранения.

5. Совместная работа гражданских органов здравоохранения с учреждениями и органами военно-санитарной службы Красной армии; организация и проведение специальных противоэпидемических мероприятий в освобожденных от временной немецкой оккупации районах, областях и республиках. В 1942 г. началось наступление Красной армии и перед Наркомздравом встала задача борьбы с инфекционными заболеваниями на освобожденных территориях. Так, например, в Ростове в 1943 г. за 2 месяца сыпным тифом переболело в 35 раз, в Калининне –

в 32 раза больше людей, чем за весь 1940 г. Сразу же после освобождения территорий ответственность за предупреждение инфекционных болезней среди бойцов Красной армии и гражданского населения принимала на себя санитарная служба армии, занимавшаяся выявлением и госпитализацией больных и подозрительных на тиф пациентов, организацией санитарной обработки жителей, проведением подворовых обходов; население привлекали к трудовой повинности по очистке улиц, площадей и дворов, при необходимости объявляли карантин неблагополучных мест. В это время органы гражданского здравоохранения изыскивали кадры и материальные ресурсы, находили помещения и оборудовали лечебные учреждения. По мере продвижения армии вперед административная власть переходила в руки советских органов, открывались больницы, поликлиники, аптеки; восстанавливали городские и сельские врачебные и фельдшерские участки; приводили в порядок источники водоснабжения и обрабатывали выявленные очаги заболеваний.

6. Организация и проведение специальных мероприятий на железнодорожном и водном транспорте, исторически являвшимися основными путями распространения сыпного тифа. Уже через 8 дней от начала боевых действий, 30 июня 1941 года Наркомздрав СССР совместно с Наркоматом путей сообщения издал «Положение о медико-санитарном обслуживании населения, эвакуируемого из угрожаемых районов», регламентирующее деятельность территориальных органов здравоохранения и врачебно-санитарной службы транспорта. Разумный комплекс противоэпидемических мер (по выражению наркома Г.А. Митерева) включал запрет перевозки в одном эшелоне температурающих (или контактировавших с ними) и здоровых людей; организацию в каждом эшелоне изоля-

тора; обязательное наличие в эвакуопунктах бань и помещений для термической дезинфекции на 250 человек в среднем.

Для осмотра пассажиров и их санитарной обработки на 198 железнодорожных узлах и станциях были созданы контрольные пункты (к концу войны их насчитывалось 435), при дебаркадерах на реках были организованы 75 пунктов дезинфекции судов, 112 врачебно-наблюдательных станций и контрольных пунктов, 136 изоляторов. на 12 важнейших железных дорогах Наркомздравом были назначены государственные санитарные инспекторы центрального подчинения. Для уборки мусора на всех крупных станциях были организованы постоянные бригады в количестве 418, в которых работали более четырех тысяч человек. Важную роль в нераспространении инфекций сыграло постановление, принятое правительством 28 марта 1942 г., об ограничении на военное время поездок по железнодорожным и водным путям сообщения граждан, не имеющих разрешения на такие поездки.

7. Широкий размах санитарной пропаганды. Для популяризации санитарно-гигиенических знаний в Наркомздраве СССР был создан отдел санитарного просвещения. С первых месяцев войны к противоэпидемической работе широко привлекались добровольные помощники – санитарные дружинницы, которые вели с населением санитарно-просветительскую работу. Только за 1942—1943 гг. в газетах было опубликовано более 7000 статей об охране здоровья, издано 1 265 000 плакатов, 42 645 166 экземпляров листовок, памяток и брошюр, посвященных санитарно-гигиеническим вопросам и профилактике инфекций, несмотря на трудности с бумагой. В 1942—1943 гг. в эфире прозвучали 11 328 радиолекций, посвященных профилактике инфекций; в те же годы было выпущено 12 санитарно-просветительских

короткометражных фильмов, а к 1945 г. фильмофонд насчитывал 35 санитарно-просветительских фильмов.

8. Разработка советскими учеными и применение на практике новых профилактических средств, полученных в институтах в годы Великой Отечественной войны (сыпнотифозная вакцина, подкожная дизентерийная вакцина, сухой дизентерийный фаг, брюшнотифозный фаг, сульфанилмиды и т. д.).

9. Выделение государством огромных денежных и материальных средств на проведение противоэпидемических мероприятий.

К числу специальных мероприятий, проводившихся органами здравоохранения против отдельных инфекционных заболеваний, Г.А. Митерев относил следующие мероприятия:

1. Внедрение в практику участковой системы обслуживания населения в городе и на селе с возложением на врача участка роли организатора всех санитарно-противоэпидемических мероприятий.

2. Обязательная и ранняя госпитализация не только больных, но и подозрительных на заболевания острыми инфекциями.

3. Внедрение в практику специфической профилактики против сыпного тифа для угрожаемых контингентов.

4. Решение правительства об ограничении внеплановых железнодорожных и водных пассажирских перевозок.

5. Разработка и применение простейших методов очистки населенных мест.

6. Организация систематического контроля за водоснабжением, учреждениями общественного питания, выявление и борьба с бациллоносительством.

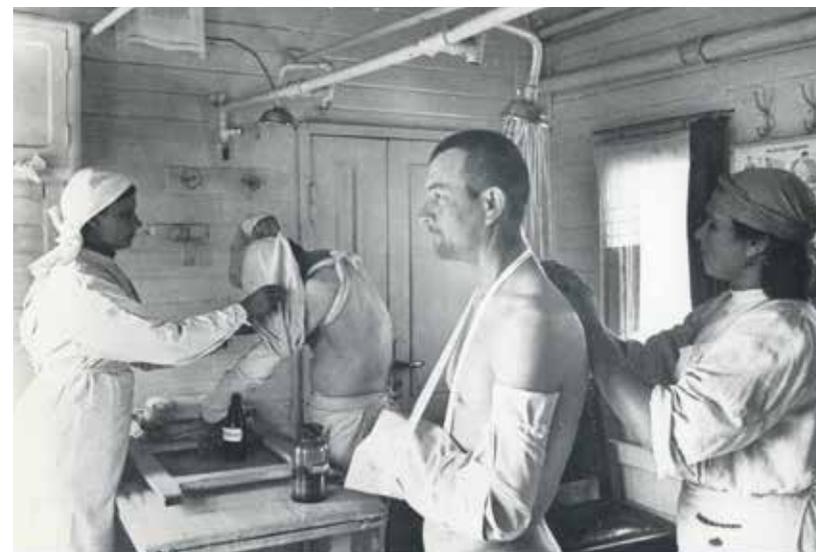
Согласно отчетам наркома здравоохранения, несмотря на принятые меры в 1945 г. заболеваемость паразитарными

тифами в среднем по стране составляла 25,9 на 10 тысяч населения, превышая показатель довоенного 1940 г. в 10 раз. Заболеваемость малярией в 1945 г. превышала довоенный уровень на 32,5%. Заболеваемость брюшным тифом к 1945 г. снизилась до 4,9 на 10 тысяч населения, что было на 14% ниже довоенного уровня, заболеваемость дизентерией снизилась с 45,8 в 1940 г. до 5,9 к концу войны.

Главным результатом проведенных противоэпидемических мероприятий стало отсутствие в годы Великой Отечественной войны массовых эпидемий на фронте и в тылу; впервые в истории войн число больных (16% от числа военнослужащих, поступивших в тыловые госпитали Наркомздрава) оказалось столь небольшим по сравнению с числом раненых (84%); доля инфекционных больных в структуре общей заболеваемости воинов Красной армии составила только 9%. Следует также отметить, что в годы Великой Отечественной войны в строй вернулось более 90% больных сыпным тифом, тогда как в Первую мировую войну в русских войсках летальность при этом заболевании в среднем составляла около 22%.



*Мытье головы раненому в вагоне военно-санитарного поезда.  
Из собрания Государственного центрального музея современной истории России*



*Санитарная обработка раненых  
в вагоне военно-санитарного поезда. 1943 г.  
Из собрания Государственного центрального музея современной истории России*



## МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ГРАЖДАНСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 1941–1945 ГОДОВ

*...Сложность дела заключалась в том, что не только Наркомздрав СССР и наркомздравы союзных республик, но и все обл(край)здравотделы были поглощены главным в тот момент делом – организацией и развертыванием эвакуогоспиталей. Поликлиники и амбулатории с их нуждами как бы отодвинулись на второй план.*

*Нарком здравоохранения СССР  
Г.А. Митерев.*

*В дни мира и войны. М.: Медицина, 1975. С. 196.*

**В** соответствии с лозунгом «Всё — для фронта, всё — для победы!» лучшие медицинские кадры находились в рядах Красной армии и в эвакуационных госпиталях (только в 1941 г. туда было призвано 69 600 врачей), бюджетные средства направлялись в первую очередь на нужды военной медицины и на организацию противоэпидемической деятельности.

В начале войны сильно пострадало больничное дело: было уничтожено и разрушено 6 000 поликлиник, диспансеров и амбулаторий, коечный фонд снизился в 1941 г. на 20%. Чтобы компенсировать нехватку коек для гражданского населения взамен крупных стационаров, преобразованных в эвакуационные госпитали, в городах стали открывать больницы меньшей мощности, три четверти составляли больницы на 11—150 коек преимущественно — терапевтических, инфекционных и для больных туберкулезом; с учетом падения рождаемости число родильных коек было уменьшено. В прифронтовых районах больничная сеть уменьшилась почти на треть; в Средней Азии и Сибири, куда эвакуировали гражданское население, она, наоборот, возросла.

В 1941 г. число врачей в гражданском здравоохранении сократилось по сравнению с 1940 г. на 54%, среднего медицинского персонала – на 48%. Недостаток персонала ком-

пенсировали увеличением объема и интенсивности труда медиков; как отмечал нарком Г.А. Митерев в июле 1942 г., «в условиях Отечественной войны работа по совместительству является патриотическим оборонным делом». Число фактически развернутых коек на одну занятую должность составило 17,1 в 1940 г, 18,8 в 1941 г., 19,2 в 1942 г., на средний медперсонал 4,4, 4,7 и 5,2 соответственно. Дефицит сотрудников на протяжении войны удалось немного уменьшить за счет выпускников медицинских вузов; гражданское здравоохранение получило в 1941 г. 7025, в 1942 г. – 3357, в 1943 г. – 1491 и 1944 г. – 2189 врачей. За годы Великой Отечественной войны врачебный состав заметно изменился: процент женщин увеличился с 62,2% до 74,4%, до 20% врачебного состава были выпущены вузами в военные годы и не получили полноценного медицинского образования, среди врачей-специалистов преобладали пожилые люди.

В начале войны было уничтожено и разрушено 6 000 поликлиник, диспансеров и амбулаторий. Из-за значительной нехватки медицинского персонала нарушилось функционирование поликлиник, в довоенное время работавших по участковому принципу; восстановить его путем укрупнения участков удалось только в 1943 г. Получить медицинскую помощь по месту жительства нередко не удавалось, врач мог добраться до больного только через 5–7 дней после вызова на дом (бывало и так, что на вызов пациент получал отказ), динамическое наблюдение амбулаторных больных проводили нерегулярно.

С целью улучшения качества медицинской помощи в поликлиниках 3 марта 1944 г. было издано Постановление СНК РСФСР № 177 от «Об улучшении медицинского обслуживания населения», в котором, среди всего прочего, наркомздраву РСФСР было предписано расширить сеть лечебно-профилактических и увеличить количество

штатных врачебных должностей в амбулаторно-поликлинических учреждениях, навести строгий порядок в больницах и поликлиниках, привлечь профессоров и научных работников медицинских и научно-исследовательских институтов к приему больных в поликлиниках, оказанию помощи на дому и консультациям в больницах. К концу войны в стране насчитывалось свыше 640 тысяч больничных коек, 18 500 сельских врачебных участков, свыше 27 тысяч фельдшерско-акушерских пунктов.

Немного времени спустя, 31 марта 1944 г., Наркомздрав СССР издал приказ № 28 «По улучшению качества медицинского обслуживания населения через больнично-поликлиническую сеть», обязавший главных врачей поликлиник и больниц регулярно сдавать отчетность о состоянии здоровья населения (что привело к увеличению их ответственности), и запретивший задействовать врачей узких специальностей на иных работах.

Для гражданского здравоохранения приоритетными направлениями деятельности стала охрана здоровья детей и подростков, матерей, а также работников тыла. Следует отметить, что охране здоровья женщин и детей в СССР всегда уделялось особое внимание, к 1941 г. на эти цели уходила четверть всех расходов на здравоохранение, каждый пятый врач в СССР работал в учреждениях охраны здоровья матери и ребенка.

С началом боевых действий в 1941 г. первоочередной задачей стала эвакуация детей из домов ребенка, яслей, детских домов, детских садов, школьных интернатов. в сопровождении врачей, медсестер, воспитателей и педагогов их специальными поездами отправляли в Среднее Поволжье, на Урал и в Западную Сибирь. По пути движения были организованы пункты питания, для грудных детей — молочные кухни. К 1942 г. в 1808 пунктах эвакуации содержались

204 648 детей. Нехватка медицинских работников в эвакуационных пунктах стала причиной массовых вирусных и инфекционных болезней. 24 марта 1942 г. Совнарком РСФСР принял Постановление «О мероприятиях по улучшению работы эвакуированных детских учреждений» — эти учреждения необходимо было укомплектовать медицинскими кадрами, медикаментами и выделить им земельные участки для организации подсобных хозяйств. К 1943 г. для эвакуированных детей было открыто 1835 учреждений на 192 000 мест, где работали 987 врачей и более 1900 медсестер. В январе 1943 г. коллегия Наркомздрава СССР издала постановление «Об обслуживании эвакуированных детских учреждений» — к 1 мая 1943 г. состояние здоровья эвакуированных детей необходимо было проверить, детей с кожными грибковыми заболеваниями и трахомой изолировать в специальные детские лечебные дома, а больных туберкулезом перевести в соответствующие санатории и стационары.

Нарком здравоохранения Г.А. Митерев в своих воспоминаниях (1975) посвятил охране здоровья матери и ребенка отдельную главу. «Забота о здоровье детей — писал он — это не только обеспечение им правильных санитарно-гигиенических условий жизни, лечения в случае болезни, ухода. Это еще и полноценное питание». По инициативе Наркомздрава СССР был решен вопрос о первоочередном отоваривании детских продовольственных карточек, о ежемесячной выдаче 12 л молока детям в возрасте до года, об обслуживании молочной кухней больных детей до 3 лет. Как отмечал Г.А. Митерев, за первые два года войны число молочных кухонь было увеличено на 27%.

Постановлением СНК СССР от 27 октября 1942 г. № 1739 «О мероприятиях по улучшению работы органов Наркомздрава и детских учреждений по медицинскому обслуживанию

детей и усилению питания нуждающихся детей» Наркомздрав обязали восстановить участковую систему обслуживания детей в городских детских консультациях, поликлиниках и в месячный срок укомплектовать детские консультации врачами; Наркомторгу было предписано организовать для ослабленных детей в возрасте 3—13 лет столовые усиленного питания.

В 1942 г. изменение характера военных действий и переход Красной армии в наступление потребовали восстановления детских медицинских учреждений на освобожденных территориях. 21 августа 1943 г. было принято Постановление ЦК ВКП(б) и СНК СССР «О неотложных мерах по восстановлению хозяйства в районах, освобожденных от немецкой оккупации». Наркомздрав СССР направлял в освобожденные районы бригады педиатров для организации работы детских лечебных и профилактических учреждений, а также для подготовки и повышения квалификации кадров.

В конце 1942 г. приказом Наркомздрава СССР была восстановлена участковая система обслуживания детей в городских консультациях, поликлиниках и отделениях общих поликлиник с обслуживанием больных детей на дому и обеспечением новорожденных патронажем; в каждом городе, районе была введена должность детского врача. Филиалы консультаций и поликлиник с соблюдением всех медико-санитарных норм организовывали в помещениях при крупных домах, общежитиях и т.п.

По данным наркома Г.А. Митерева, в оздоровительных учреждениях в 1943 г. побывало около 1,4 миллионов детей, в 1944 г. — 2,3 миллиона, в 1945 г. — 3,6 миллионов детей. После начала войны в 1941—1942 гг. детская смертность существенно возросла, но уже в 1943 г. ее уровень оказался в 1,5 раза ниже, чем в 1940 г., а в 1944 г. — вдвое

ниже довоенного уровня (7,8 на 100 родившихся). Снижение детской смертности было обусловлено уменьшением случаев детских инфекций, желудочно-кишечных заболеваний, преждевременных родов. Следует, однако, учитывать, что на показатели детской смертности влияет уровень рождаемости – к 1943 г. он снизился во многих регионах до 30% от довоенного уровня, а в Ленинграде в 1943 г. упал до нуля; только к 1945 г. рождаемость повысилась и достигла половины от довоенного уровня.

Следующим важным направлением деятельности Наркомздрава стала охрана материнства. В первые годы войны акушерско-гинекологическая служба пострадала вследствие мобилизации врачей-гинекологов, разрушения родильных домов в результате бомбардировок и переоборудования их в госпитали. Занятость женщин на тяжелых работах, неполноценное питание и хронический стресс способствовали росту недоношенности и мертворожденности. В начале войны число преждевременных родов и материнская смертность удвоились по сравнению с довоенным временем. Основными причинами материнской смертности были дистрофия, малокровие, кровоизлияние в мозг и токсикоз беременности, во время беременности часто развивались воспалительные заболевания легких и почек.

Наркомздрав неоднократно возвращался к теме охраны материнства и детства; существенно улучшить ситуацию удалось после 1944 г. после принятия Указа СНК РСФСР «Об улучшении медицинского обслуживания населения» — количество женских консультаций и отделений для новорожденных в роддомах увеличилось, рождаемость повысилась, а детская и материнская смертность существенно снизились.

В августе того же 1944 г. был принят Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об увеличении государственной

помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания «Мать-героиня» и учреждения ордена «Материнская слава» и медали «Медаль материнства» от 8 июля 1944 г. Матери, родившие и воспитавшие шесть детей и пять детей награждались «Медалью материнства» I и II степени; семь, восемь и девять детей — орденом «Материнская слава» I, II и III степени; десять и более детей — орденом «Мать-героиня», причем последнему из детей на момент награждения должен был исполниться год, а все остальные дети этой женщины должны были быть живы. Учитывались усыновленные дети, погибшие или пропавшие без вести при защите СССР либо при выполнении гражданского долга по спасению жизни, охране социалистической собственности и социалистического правопорядка.

В ноябре 1944 г. было принято Постановление Совнаркома СССР «О мероприятиях по расширению сети детских учреждений и улучшению медицинского и бытового обслуживания женщин и детей» — в каждом сельском районе должны были открыться женские и детские консультации, были введены должности районного педиатра и педиатра в родильных домах и отделениях. В роддомах были созданы палаты для недоношенных детей.

Как отмечал Г.А. Митерев (1975), «одной из крупнейших задач здравоохранения в те трудные годы было — обеспечить коллективы оборонных предприятий надлежащим медико-санитарным обслуживанием...». Неполноценное питание, ненадлежащее санитарное состояние пищеблоков, нехватка медицинского персонала в заводских здравпунктах приводили к росту заболеваемости на предприятиях, пустующие рабочие места снижали результативность производства. Заметно улучшить ситуацию позволил приказ Наркомздрав СССР № 393 от 29 июля 1942 г. «О создании

медсанчастей на крупных предприятиях оборонного значения», предписавший каждому предприятию оборонной промышленности в недельный срок организовать медсанчасть. Под медико-санитарные части отдавали лучшие из имеющихся зданий, там работали наиболее квалифицированные медицинские кадры, туда старались в первую очередь направить медикаменты и медицинское оборудование. Следует отметить, что развитие медико-санитарных частей позволило значительно расширить лечебную сеть за счет ведомственных капиталовложений: хотя медсанчасти подчинялись местным органам здравоохранения, они представляли собой структурные подразделения предприятий и потому получали от администрации финансовую и материально-техническую поддержку.

За военные годы количество заводских медико-санитарных частей только в РСФСР выросло с 30 до 265. Они работали по диспансерному принципу, наряду со стационаром в медсанчасти могли функционировать дневные и ночные санатории, профилактории, дома отдыха. Улучшение качества медицинской помощи привело к повышению трудоспособности рабочих и служащих: если в первый год войны количество выданных больничных листов и число дней нетрудоспособности вследствие плохого питания и тяжелой работы заметно выросли, то после 1942 г. заболеваемость с временной утратой трудоспособности значительно снизилась.



*Оказание медицинской помощи местному населению сотрудниками  
ППГ № 483. 1941–1944 гг.*

*Из собрания Военно-медицинского музея Министерства обороны Российской Федерации*



*Медсестра Патрикеева у постели раненого ребенка,  
пострадавшего от артобстрела. 1941–1944 гг.*

*Из собрания Государственного центрального музея современной истории России*



*В дни тяжелых для нашей Родины испытаний... наша наука воевала вместе со всем нашим великим народом, она помогла стране и Красной армии сражаться против врага.*

*Академик АН СССР,  
академик и первый президент  
АМН СССР, генерал-полковник  
медицинской службы  
Н.Н. Бурденко.*

*Бурденко Н.Н. Собрание сочинений. Т. 7.  
М. Издательство АМН СССР, 1952. С. 71.*

## **РАЗВИТИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 1941–1945 ГОДОВ**

**К**рупные успехи были достигнуты советскими учеными-медиками и научными коллективами институтов нейрохирургии, гематологии и переливания крови, травматологии и многих других в лечении ранений и ряда заболеваний. Приведем лишь некоторые яркие примеры достижений советских ученых в годы Великой Отечественной войны.

Одной из главных задач медицинской науки в годы Великой Отечественной войны стала разработка способов лечения огнестрельных ран. Профессор А.Н. Бакулев предложил радикальную хирургическую обработку черепно-мозговых ранений с наложением глухого шва независимо от сроков оперативного вмешательства, среди его научных работ военного времени «Тактика хирурга при ранениях с наличием инородных тел», «Лечение абсцессов мозга при огнестрельных ранениях черепа», «Лечение огнестрельных ранений позвоночника и спинного мозга» и ряд других.

Разработанный А.В. Вишневым метод местного обезболивания применялся в 85—90% случаев, он включал использование масляно-бальзамических повязок (мазь Вишневого, содержащая деготь, ксероформ и касторовое масло, обладала слабым бактерицидным действием), использование местного анестетика в подогретом виде и подачу его на значительное расстояние от места инъекции (т.н. «ползучий инфильтрат»).

Для лечения последствий ожогов и обморожений гнойных ран использовали винилин, успешно подавлявший гнойные процессы и предупреждавший развитие газовой гангрены; этот препарат более известен как бальзам Шостаковского, по имени разработавшего его в годы войны заведующего лабораторией виниловых эфиров Института органической химии АН СССР.

Для борьбы с кровотечениями применяли разработанный физиологом Б.А. Кудряшовым тромбин – препарат, способный за несколько минут превратить кровь в сгусток. Тромбин оказался весьма эффективным при паренхиматозных и капиллярных кровотечениях из печени, легких, мозга, селезенки и др. Первая промышленная партия тромбина была получена в 1942 г., его широко использовали при первичной обработке ран, а также при хирургических операциях и перевязках.

Одним из создателей системы службы крови в действующей армии стал В.Н. Шамов. Первую в мире передвижную станцию переливания крови организовал под Смоленском лейтенант медицинской службы, военный врач А.Е. Киселев. Эта инициатива легла в основу создания передвижных станций переливания крови, которые были у Красной армии на всех фронтах Великой Отечественной войны. Всего за годы войны было использовано около 1700 тонн консервированной крови.

Трое ученых из Московского института малярии и медицинской паразитологии — Г.Ф. Гаузе, М.Г. Бражникова и П.Г. Сергиев – в 1942 г. высеяли из образцов почвы Подмосковья штаммы бактерий, подавлявшие рост стафилококков. Из них был выделен первый советский антибиотик, получивший название грамицидин С. Из-за высокой токсичности его применяли только наружно. Препарат апробировала фронтовая бригада академика Н.Н. Бурденко, по их

данным профилактическое применение грамицидина снижало процент длительных нагноений в 2—3 раза, процент анаэробных инфекций – в 4—5 раз.

Поливакцина НИИСИ, разработанная в 1941 г. Н.Е. Гефен и Н.И. Александровым в Научно-исследовательском институте специфической иммунопрофилактики, обеспечивала выработку иммунитета от брюшного тифа, паратифов А и В, дизентерии, холеры и столбняка после однократной инъекции. 14 февраля 1943 г. начальник Главного управления тыла Красной армии генерал-лейтенант А.В. Хрулев распорядился вакцинировать весь личный состав войск в период с 1 апреля по 15 мая 1943 г. Всего за годы войны этой поливакциной было привито более 30 млн красноармейцев. Кроме того, за эти годы советскими микробиологами были созданы живые вакцины против сибирской язвы, чумы, туляремии, также эффективные при однократной прививке, что было особенно важно в условиях боевых действий.

Разработанный в 1941 г. руководителем химико-технологического отделения Витаминного института ВНИВИ (Ленинград) А. Д. Беззубовым витаминный настой из хвои и сосновых иголок предупредил развитие цинги в блокадном Ленинграде, а созданные им в 1941—1942 гг. белково-витаминные препараты на основе дрожжей, полученных из древесных опилок, помогли многим ленинградцам избежать голодной смерти.



*В дни Великой Отечественной войны <...> потребовались новые формы организации медицинской науки, которые дали бы возможность более эффективно руководить деятельностью армии научных работников и большого количества научных институтов, созданных за время Советской власти.*

*Нарком здравоохранения СССР  
Митерев Г.А.*

*Очередные задачи Академии медицинских наук СССР.  
Вступительное слово на учредительном собрании Академии  
медицинских наук СССР. М.: Медгиз, 1945. 20 с.*

## СОЗДАНИЕ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК СССР

**В**первые идею создания Академии медицинских наук выдвинул И.В. Сталин в октябре 1932 г. во время встречи с сотрудниками ведущего научного медицинского учреждения СССР на тот момент – Государственного института экспериментальной медицины (ГИЭМ). Ученые-медики эту идею не поддержали, вместо Академии на базе ГИЭМ был создан Всесоюзный институт экспериментальной медицины (ВИЭМ), ставший одним из основных научно-исследовательских учреждений страны.

В системе Наркомздрава с 1936 г. научными исследованиями руководил Учёный медицинский совет, возглавляемый академиком Н.Н. Бурденко. В начале 1941 г. была создана должность заместителя наркома здравоохранения по науке и образованию, которую занял профессор В.В. Парин. Согласно приводимым С.П. Глянцевым и А.А. Сточик (2020) данным, к 1940 г. в системе Наркомздрава функционировало более 200 научно-исследовательских институтов, решавших поставленные ведомством прикладные задачи; в исследовательской деятельности превалировала военно-медицинская тематика.

В системе Академии наук СССР 17 июля 1942 г. была создана военно-санитарная комиссия при Президиуме АН СССР, в состав которой входили Н.Н. Бурденко, Л.А. Орбели, А.И. Абрикосов, К.И. Скрыбин, А.Д. Сперан-

ский и другие. Ученый медицинский совет Наркомздрава и военно-санитарная комиссия при Президиуме АН СССР работали в тесном взаимодействии с ГВСУ и его Ученым медицинским советом.

В декабре 1942 г. на коллегии Наркомздрава Г.А. Митерев заявил, что его заместителю по науке необходим соответствующий аппарат. Нарком здравоохранения обсудил возможность создания Академии с заместителем председателя Комитета партийного контроля при ЦК ВКП(б) Р.С. Землячкой, председателем Президиума Верховного Совета СССР М.И. Калининым, и, наконец, с первым заместителем председателя Совнаркома В.М. Молотовым, который проект одобрил.

В июне 1943 г. цель и задачи Академии, её структуру обсуждали на заседаниях Ученого медицинского совета Наркомздрава СССР. По мнению Н.Н. Бурденко, АМН СССР должна была стать своеобразным министерством медицинской науки, независимым от Наркомздрава и подчинённым Совнаркому СССР; нарком Г.А. Митерев полагал, что в условиях военного времени наука должна в первую очередь решать практические вопросы спасения жизней раненых и больных, и их скорейшего возвращения в строй, поэтому, по его мнению, Академия должна была подчиняться Наркомздраву. Г.А. Митерев и В.В. Парин при участии председателя Ученого медицинского совета Наркомздрава Н.Н. Бурденко и начальника ГВСУ Красной армии Е.И. Смирнова подготовили окончательный проект постановления Совнаркома об учреждении при Наркомздраве АМН СССР, представленный на рассмотрение и утверждение И.В. Сталину 9 июня 1944 г.

Совет народных комиссаров (СНК) СССР принял решение об утверждении Академии 30 июня 1944 г. Председателем созданного оргбюро Академии был назначен народный

комиссар здравоохранения СССР Г.А. Митерев, в состав комитета вошли академики А.И. Абрикосов и Н.Н. Бурденко, член-корреспондент Академии наук СССР Н.И. Гращенков, заведующий отделом здравоохранения ЦК ВКП(б) Б.Д. Петров и заведующий отделом науки Управления пропаганды и агитации ЦК ВКП(б) С.Г. Суворов. Из предложенных в начале 1944 г. 290 кандидатур оргбюро отобрало 56 наиболее выдающихся представителей советской медицинской науки, 16 сентября 1944 г. Митерев представил список на рассмотрение В.М. Молотову. Окончательный список академиков — учредителей АМН СССР (60 человек) был утвержден правительством 14 ноября 1944 г. и подписан первым заместителем председателя СНК СССР В.М. Молотовым.

На 1-й Учредительной сессии АМН СССР, прошедшей в Москве 22–24 декабря 1944 г., председатель оргбюро нарком здравоохранения СССР Г.А. Митерев выступил с докладом «Очередные задачи Академии медицинских наук». Необходимость создания АМН СССР он обосновал чрезвычайной дифференциацией медицинской науки, вследствие чего научные работы в каждой из специальностей велись в некоторой степени изолированно, а также недостаточностью руководства Наркомздравом научной деятельности.

К числу важнейших задач АМН СССР Г.А. Митерев отнес:

— снижение летальности раненых и увеличение процента солдат и офицеров, вернувшихся в строй (в частности, разработку методов лечения газовой гангрены, сепсиса, шока и др.);

— организацию помощи инвалидам Великой Отечественной войны (совершенствование методов реконструктивной и восстановительной хирургии и др.);

— изучение инфекционных заболеваний (эпидемиологии, методов предупреждения, ранней диагностики, лече-

ния с помощью новых лекарственных средств, исследование вирусов);

— изучение туберкулеза (исследование биохимии и иммунохимии возбудителя, поиск эффективных способов лечения и оценка возможностей вакцинации, вопросы эпидемиологии);

— борьбу со злокачественными заболеваниями (изучение патогенеза рака, поиск средств диагностики заболевания на ранних стадиях и способов эффективного лечения и др.);

— разработку вопросов общей гигиены и гигиены питания;

— подготовку научных кадров.

Касательно двух концепций медицинской академии – Митерева и Бурденко – в области практического здравоохранения АМН СССР должна была сотрудничать с Наркомздравом СССР, в области военной медицины – с Главным военно-санитарным управлением РККА, в фундаментальных науках — с Академией наук СССР, в вопросах эпидемиологии — с Всесоюзной академией сельскохозяйственных наук (ВАСХНИЛ), в вопросах школьной санитарии и гигиены — с Академией педагогических наук СССР, в подготовке врачебных кадров — с медицинскими вузами.

В 1945 г. проходила организация структуры АМН, большая часть ее институтов стала функционировать в полную силу только в 1946–1947 гг., разрабатывая новые научно-обоснованные методы диагностики и лечения последствий боевых ранений и болезней послевоенного времени.

С конца 1945 г. при Президиуме АМН под председательством Николая Александровича Семашко работала комиссия по ликвидации санитарных последствий войны. Благодаря работе ученых АМН СССР, ВМА и Военно-медицинского музея вышли в свет фундаментальные труды «Опыт совет-

ской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» в 35 томах, «Медицинская служба Военно-морских Сил СССР в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» в 3 томах, «Энциклопедический словарь военной медицины» в 6 томах и другие. Тем самым был подведен итог деятельности советских медиков, а уникальный опыт советской медицины по возвращению в строй раненых и больных воинов приобрел мировое значение.



*А.И. Абрикосов и Н.Н. Аничков в Президиуме АМН СССР. 1944–1945 гг.  
Из собрания Российского музея медицины ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко»*



## МЕДИКО-САНИТАРНАЯ СТАТИСТИКА ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 1941—1945 ГОДОВ

*... Армии и отдельные соединения пополнялись в основном солдатами и офицерами, вернувшимися после излечения из фронтовых, армейских госпиталей и из медсанбатов. Поистине, наши медики были тружениками-героями. Они делали все, чтобы скорее поставить раненых на ноги, дать им возможность снова вернуться в строй. Низжайший поклон им за их заботу и доброту.*

*Маршал Советского Союза  
К.К. Рокоссовский.*

*Солдатский долг. М.: Воениздат, 1988. С. 292.*

**О**б эффективности созданной в годы Великой Отечественной войны системы оказания помощи раненым воинам свидетельствует статистика. Всего за годы войны было госпитализировано 22 326 905 солдат и офицеров Вооружённых сил. Согласно результатам исследования, проведенного в наше время сотрудниками Института военной истории Министерства обороны РФ Кривошеевым Г.Ф., Андрониковым В.М. и др. (1993), органам советского здравоохранения удалось вернуть в строй 76,9% раненых и больных солдат и офицеров Красной армии, летальность составила 6,1%. Таким образом, за годы Великой Отечественной войны было возвращено в строй около 17 млн раненых и больных красноармейцев. С учетом того, что численность наших войск в январе 1945 г. составила около 6 млн 700 тыс. человек, очевидно, что победа была одержана в значительной степени солдатами и офицерами, возвращенными в строй медицинской службой. Следует отметить, что, начиная с 1 января 1943 г. из 100 пораженных в боях красноармейцев 85 человек возвращались в строй из медицинских учреждений полкового, армейского и фронтового районов, и только 15 человек — из госпиталей тыла страны.



*Н.С. Зернова. «Медсестра». 1940-е гг.*

*Из собрания Музея истории медицины Российского университета медицины*

## СПИСОК АРХИВНЫХ МАТЕРИАЛОВ И ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ

Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ)

- Ф. Р-9609. Оп. 1. Д. 53. Л. 1–8.
- Ф. Р-8009. Оп. 1. Д. 382. Л. 14–27.
- Ф. Р-9609. Оп. 1. Д. 54. Л. 1–4.
- Ф. Р-8009. Оп. 1. Д. 382. Л. 203.
- Ф. Р-8009. Оп. 1. Д. 383. Л. 2.
- Ф. Р-9609. Оп. 1. Д. 58. Л. 1–10.
- Ф. Р-8009. Оп. 1. Д. 384. Л. 68–69, 91–92.
- Ф. Р-9609. Оп. 1. Д. 60. Л. 1–32.
- Ф. Р-8009. Оп. 1. Д. 388. Л. 112, 136, 153.

Российский государственный архив социально-политической истории (РГАСПИ)

- Ф. 17. Оп. 127. Д. 140. Л. 62–64.
- Ф. 644. Оп. 1. Д. 6. Л. 163.
- Ф. 17. Оп. 166. Д. 660. Л. 153–154.
- Ф. 644. Оп. 1. Д. 10. Л. 60–61; Оп. 2. Д. 18.
- Ф. 558. Оп. 11. Д. 462. Л. 35–36 об, 84, 199–205.
- Ф. 644. Оп. 1. Д. 6. Л. 159.

В штабах Победы. 1941–1945 : Документы в 5 кн. : кн. 1. 1941. «Вставай, страна огромная» / отв. ред. А.К. Сорокин. – М. : Научно-политическая книга, 2020. – 576 с.

Герои в белых халатах / Научное издание / О.О. Янушевич, К.А. Пашков, А.В. Тополянский, Д.И. Абрамкина, О.Р. Паренькова - М.: Полиграф Вектор, 2025. - 296 с.

Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны. 1941–1945 гг. : сб. документов и материалов / под ред. М.И. Барсукова, Д.Д. Кувшинского. – М. : Медицина, 1977. – 575 с.

Кнопов М.Ш. Военная медицина в годы Великой Отечественной войны (люди, события, итоги). – М. : Граница, 2014. – 855 с.

Медики на опаленных дорогах войны : к 60-летию Победы в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. / Н.Н. Мосолов, Н.Д. Ющук, К.А. Пашков. – М. : Вече, 2005. – 151 с.

Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. / Гл. ред. ген.-полк. мед. службы Е.И. Смирнов : в 35 т. – М. : Медгиз, 1949–1955.

Пашков К.А., Абрамкина Д.И. Деятельность наркома здравоохранения СССР Г.А. Митерева по налаживанию эффективного руководства эвакуационными госпиталями в годы Великой Отечественной войны // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2025. – 33 (1). – С. 125–128.

Подвиг медицинских работников в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 годов : справочные материалы / Сост. К.А. Пашков, Е.Е. Бергер, Е.И. Вагина, О.Р. Паренькова, Н.В. Чиж. – М. : Лакуэр Принт, 2020. – 40 с.

Сборник инструктивно-методических материалов по работе эвакуационных госпиталей / под общ. ред. С.И. Миловидова : вып. 1–20. – М. : Медгиз, 1942–1944.

Селиванов В.И., Селиванов Е.Ф. Роль эвакуационных госпиталей Народного комиссариата здравоохранения в лечении раненых и больных советских воинов // Советское здравоохранение. – 1975. – № 5. – С.21–26.

УДК 61 (092)  
ББК 5г + 63.3(2)622  
Р 68

## РОЛЬ МЕДИКОВ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ

Учебно-методическое пособие

### Авторы-составители:

**О.О. Янушевич** – ректор Российского университета медицины Минздрава России, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор

**К.А. Пашков** – заведующий кафедрой истории медицины Российского университета медицины Минздрава России, профессор РАН, доктор медицинских наук, профессор

### Рецензенты:

**В.И. Бородулин** – главный научный сотрудник Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко Минобрнауки России, доктор медицинских наук, профессор

**Г.А. Грибовская** – старший научный сотрудник Военно-медицинского музея Министерства обороны Российской Федерации, кандидат медицинских наук

**Г.Л. Микиртичан** – заведующая кафедрой гуманитарных дисциплин и биоэтики Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор

В подготовке методического пособия участвовали: А.Г. Жмака, О.Н. Конон.

Дизайн, верстка: А.Л. Липатов. Корректор: Е.А. Еремеева

На обложке изображена фотография: Гвардии санитарный инструктор О. Турчик оказывает первую медпомощь раненому гвардии мл. лейтенанту Н. Соловьеву.

Из собрания Государственного центрального музея современной истории России

**О.О. Янушевич, К.А. Пашков**

**Р 68** РОЛЬ МЕДИКОВ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ /  
ЛЕКЦИЯ / О.О. Янушевич, К.А. Пашков. М.: Росунимед, 2025. – 88 с.

УДК 61 (092)  
ББК 5г + 63.3(2)622  
Р 68

ISBN 978-5-6052370-6-8 © Российский университет медицины Минздрава России,  
Центр развития историко-медицинских музеев РФ, 2025

ISBN 978-5-6052370-6-8



Формат А5. Печать офсетная. Бумага офсетная. Тираж 500 шт.