

© Н. А. Майстренко, И. М. Самохвалов, Н. А. Тынянкин, 2015 г.
УДК 616-089-082«364»

Н. А. Майстренко, И. М. Самохвалов, Н. А. Тынянкин

ГЛАВНЫЕ ХИРУРГИ ФРОНТОВ (ФЛОТОВ) ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ И ИХ ВКЛАД В ПОБЕДУ

Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего профессионального образования Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации (нач. — проф. А. Н. Бельских), Санкт-Петербург

Ключевые слова: *военно-полевая хирургия, хирургическая помощь на войне, главный хирург фронта, главный хирург флота*

Организация оказания хирургической помощи в годы Великой Отечественной войны продемонстрировала выдающиеся возможности отечественной военно-полевой хирургии по вводу в строй раненых и пострадавших. В годы войны определились лидеры хирургической службы в лице главных хирургов фронтов (флотов), обеспечивших высокий уровень реализации организационных, методических и профессиональных аспектов, особенно в трудные периоды, характеризующиеся тяжелой оперативно-тактической обстановкой и массовым поступлением раненых.

Следует отметить, что еще опыт Первой мировой войны 1914–1918 гг. показал, что наступил век качественно новых войн. Столкновения многомиллионных армий сопровождались возникновением крупномасштабных санитарных потерь. Стало очевидным, что действенная медицинская помощь огромному числу раненых при ограниченных силах и средствах военно-медицинской службы возможна только при создании эффективной системы лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий войск.

Система этапного лечения раненых на войне, в основу которой легли идеи Н. И. Пирогова, В. А. Опеля и других видных российских военно-полевых хирургов, была разработана объединёнными усилиями ведущих учёных Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова. Суть её была изложена в официальном документе — «Указаниях по военно-полевой хирургии» (1941).

Основным идеологом этой системы стал начальник Главного военно-санитарного управления рабоче-крестьянской Красной Армии (ГВСУ РККА) Е. И. Смирнов.



Начальник ГВСУ РККА Е. И. Смирнов

Сведения об авторах:

Майстренко Николай Анатольевич (e-mail: nik.m.47@mail.ru), Самохвалов Игорь Маркеллович (e-mail: igor-samokhvalov@mail.ru), Тынянкин Николай Александрович (e-mail: tiniankin.na@mail.ru), Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, 6

Однако, как опытный организатор, он понимал, что для претворения даже самых совершенных идей в жизнь потребуются значительные усилия. Тем более с учётом масштабов этой работы нужен был большой круг единомышленников. Так возникла потребность в институте главных медицинских специалистов действующей армии. Основные трудности внедрения системы этапного лечения раненых были связаны со слабостью экономики страны, дефицитом хирургических кадров, их низкой профессиональной подготовкой, несоответствием материально-технической базы военно-медицинской службы тем задачам, которые ей предстояло решать в войне огромного масштаба, которая началась 22 июня 1941 г.

Состояние военно-медицинской службы РККА перед войной. Общий некомплект военно-медицинского состава к началу войны составлял около 20 000 человек. Особенно неблагоприятно было с врачами-специалистами. Некомплект хирургов составлял 48%, и этот показатель оставался неизменным в течение всей войны. Кроме того, в первые дни войны медицинская служба понесла колоссальные материальные и людские потери. Так, на Западном фронте из 26 гарнизонных госпиталей полностью выбыли из строя 14. Фронтовой склад материального имущества под Минском, где хранились 400 вагонов медикаментов, был захвачен немцами.

В приграничных округах западной части СССР находились 39,9% от общего числа врачей страны и 35,8% больничных коек. В первые месяцы войны военно-медицинская служба лишилась всех этих огромных резервов.

Трудность положения становится особенно очевидной, если учесть, что в 1940 г. в стране всего имелись 12 600 хирургов — 8,8% от общего числа врачей и весьма скудные материально-технические ресурсы. Поэтому развертывание учреждений медицинской службы в таких тяжелейших условиях диаметрально отличалось от оптимистичных предвоенных представлений. Как свидетельствовал позже Е. И. Смирнов: в 1941 г. было сформировано 3750 медицинских учреждений, каждое из которых должно было иметь от 3 до 7 хирургов. Если взять минимально среднюю цифру — 4 хирурга на учреждение, нам потребовалось бы 15 000 хирургов. В связи с этим для нас было недопустимой роскошью иметь даже 3 хирургов на учреждение.

Оказание хирургической помощи раненым в начале войны. Первые месяцы войны выявили полное неумение медицинских учреждений организовывать помощь раненым при отступлении.

Кроме того, усиливалось разочарование по одному из важнейших вопросов планирования медицинского обеспече-



Участники 6-го Пленума ученого медицинского совета при начальнике ГВСУ, 1942 г.

Сидят (слева направо): В. В. Гориневская — инспектор-хирург ГВСУ, В. Н. Шамов — зам. главного хирурга РККА, М. И. Редькин — зам. начальника ГВСУ по политической части, С. С. Гирголав — зам. главного хирурга РККА, главный хирург РККА академик Н. Н. Бурденко, Начальник ГВСУ Е. И. Смирнов, И. И. Джанелидзе — главный хирург ВМФ, В. Н. Шевкуненко — профессор-консультант ГВСУ, академик Н. Н. Аничков — начальник кафедры патанатомии ВМедА. Стоят (слева направо): Ю. В. Другов — главный токсиколог РККА, Д. А. Энтин — главный стоматолог РККА, В. С. Левит — зам. главного хирурга РККА, Б. С. Дойников — начальник кафедры нервных болезней ВМедА, Л. Г. Ратгауз — флагманский врач ВВС, Н. Н. Еланский — главный хирург Северо-Западного фронта, академик А. Д. Сперанский — зав. отделом Института экспериментальной медицины, М. Н. Ахутин — главный хирург 1-го Украинского фронта, С. И. Банайтис — главный хирург Западного фронта, П. А. Куприянов — главный хирург Ленинградского фронта, Ф. Г. Кротков — главный гигиенист РККА, И. А. Криворотов — главный хирург Калининского фронта, В. Н. Шейнис — секретарь УМС при начальнике ГВСУ

ния войск. Исходя из опыта предвоенных локальных боевых столкновений на Дальнем Востоке, был сделан вывод о том, что и в большой войне центром хирургической помощи раненым должны стать дивизионные медицинские пункты (по определению М.Н.Ахутина, ДМП — это «главная операционная войскового района»). В локальных войнах 30-х годов, где основу хирургических кадров медсанбатов составляли опытные сотрудники ВМедА и другие подготовленные хирурги, на этом этапе эвакуации действительно удалось прооперировать до 60–70% всех раненых. Однако стремительное отступление медсанбатов вместе с войсками летом 1941 г. сделало невозможным оказание в них какой-либо хирургической помощи и показало несостоятельность в условиях большой войны красивого, замечательного, как идеология, тезиса В.А.Оппеля: «...с точки зрения этапного лечения раненый получает хирургическое пособие там, где в этом пособии оказалась необходимость. Раненый эвакуируется тотчас же, как только позволяет его здоровье». Безусловно, в сложившейся на тот момент обстановке правильное оказалось вынужденное решение Е.И.Смирнова о том, что «...объем хирургической помощи зависит от боевой обстановки, но не прекращается вовсе».

В результате с учетом низкой квалификации хирургов медсанбатов и слабой материально-технической их оснащенности, несмотря на постоянное требование о повышении хирургической активности, оперируемость на дивизионных медицинских пунктах за все годы войны составила 19,2% [Зильберберг Л.Б., 1984].

Введение института главных хирургов фронтов (флотов). Отступающие армии, брошенные раненые, беспомощность тех медицинских работников, которые чем-то хотели помочь раненым, геройство одних, трусость других, безразличие третьих. И в этой огромной сумятице среди потоков крови, боли и смерти находятся силы, останавливающие бегущих людей, организуют их для вооруженной борьбы, а бесчисленное число медицинских работников заставляют слаженно работать по спасению жизни раненых. Вот эта динамика нарастания порядка в организации помощи раненым стала возможной благодаря титаническому труду коллектива талантливых людей — главных хирургов фронтов (флотов) и армий во главе с выдающимся деятелем отечественной военной медицины, начальником ГВСУ РККА Е.И.Смирновым.

Институт главных специалистов был введен непосредственно перед войной приказом Наркома обороны СССР от 21 мая 1941 г. С начала войны на плечи этих людей легли важнейшие задачи. Речь идет, прежде всего, о правильной расстановке хирургических кадров при их огромном дефиците. В боевых условиях на практической работе готовили хирургов из врачей других специальностей, а также из молодых людей, только что закончивших медицинские вузы по ускоренной программе.

Требования к хирургам, выдвигаемым на должность главных специалистов, были высоки. Прежде всего, это должны быть авторитетные ученые — клиницисты, хорошие организаторы с опытом военно-полевых хирургов. Как свидетельствовал Е.И.Смирнов, «...найти кандидата на должность начальника академии было легче, чем на должность главного хирурга фронта». С гордостью следует констатировать, что 60,4% среди фронтовых и армейских хирургов были представителями ВМедА.

В то же время, и сегодня актуален еще один очень важный вывод Е.И.Смирнова: «Специалистов ранга фронтового

и армейского уровня необходимо целенаправленно готовить в стране в мирное время». Действительно, рассчитывать на то, что даже опытный хирург с хорошей клинической подготовкой, но без навыков по военно-полевой хирургии может быстро и эффективно войти в должность хирурга фронта или хотя бы армии, — не приходится. Кадровый вопрос — постоянная проблема отечественной военно-полевой хирургии. Решать её необходимо настойчивой систематической работой, которая способна охватывать все категории обучаемых как в системе подготовки врачей-хирургов, так и при переподготовке хирургических кадров.

С первых дней войны на ответственные посты главных хирургических специалистов военно-медицинской службы РККА были назначены наиболее авторитетные люди: главным хирургом Красной Армии — Н.Н.Бурденко, его заместителями и помощниками (инспекторами-хирургами) — С.С.Гирголав, В.Н.Шамов, В.С.Левит, В.В.Гориневская, С.С.Юдин. Главными хирургами фронтов стали: Северо-Кавказского, Юго-Западного и 3-го Украинского фронтов — А.И.Арутюнов; Брянского, 2-го Прибалтийского, 1-го Украинских фронтов — М.Н.Ахутин; Резервного фронта — А.Н.Бакулев; Западного и 3-го Белорусского фронтов — С.И.Банайтис; Южного фронта — Ф.Ф.Березкин; Карельского и 3-го Украинского фронтов — Е.А.Бок; Брянского, Волховского, Карельского, Резервного и 1-го Дальневосточного фронтов — А.А.Вишневский; Крымского, Северо-Кавказского, Сталинградского, Южного и 1-го Прибалтийского фронтов — Г.М.Гуревич; Воронежского и 1-го Украинских фронтов — А.М.Гуревич; 4-го Украинского фронта — Б.Д.Добычин; Северо-Западного, 2-го Белорусского, 2-го Украинского и Забайкальского округов — Н.Н.Еланский; 3-го Прибалтийского и 4-го Украинского фронтов — И.А.Зворыкин; Юго-Западного, Сталинградского и Донского фронтов — И.Н.Ищенко; Карельского фронта — А.А.Казанский; Калининского и 1-го Прибалтийского фронтов — И.А.Криворотов; Закавказского, Кавказского и Крымского фронтов — Н.И.Кукуджанов; Ленинградского фронта — П.А.Куприянов (*фото 6*); 2-го Белорусского фронта — П.Н.Напалков; Закавказского, Донского, Центрального и 1-го Белорусского фронтов — В.И.Попов; 2-го Дальневосточного фронта — А.С.Ровнов; Северо-Кавказского фронта — П.Л.Сельцовский. Главным хирургом ВМФ был назначен проф. И.И.Джанелидзе, главными хирургами флотов: Северного флота — Д.А.Арапов; Каспийской флотилии и Черноморского флота — И.Д.Житнюк; Балтийского флота — М.С.Лисицын; Черноморского флота — Б.А.Петров; Балтийского флота — Б.В.Пунин; Каспийской флотилии — Е.В.Смирнов; Тихоокеанского флота — В.А.Суворов, затем — Г.М.Хайцис.

По ходу войны количество фронтов и армий изменялось, привлекались новые специалисты. По-разному складывалась служебная карьера этих людей. Различна их роль в развитии отечественной военно-полевой хирургии, но всем мы должны быть благодарны за огромный вклад в достижение Победы в Великой Отечественной войне.

Деятельность главных хирургов фронтов (флотов). Непосредственно перед войной была принята новая организационная структура медицинской службы Красной Армии, изложенная в «Сборнике положений об учреждении санитарной службы военного времени» (1941). К сожалению, этот сборник представлял собой чисто теоретический документ, составленный на перспективу, без учета малых материальных и кадровых возможностей страны. Так, одно из основных



Главный хирург РККА академик Н.Н.Бурденко

положений сборника об «эвакуации раненых по назначению» воспринималось абсолютно декларативно, так как не было ничем подкреплено организационно.

В то же время, в сборнике совсем не предусматривалось создание штатных сортировочных госпиталей и госпиталей для легкораненых, но именно эти учреждения оказались востребованы жизнью с первых месяцев войны. Уже в июле 1941 г. бессистемное заполнение ранеными госпитальной базы в Вязьме побудило руководство медицинской службы Западного фронта (нач. сан. упр. — М.М.Гурвич, главный хирург фронта — С.И.Банайтис) «на входе» в госпитальную базу развернуть «госпитали-перехватчики» — прообраз сортировочно-эвакуационных госпиталей (СЭГ).

В августе 1941 г. медицинская служба этого же фронта создает «госпитали-лагеря» для лечения легкораненых. Основным идеологом научно-методических принципов лечения этой категории раненых являлась инспектор-хирург проф. В.В.Гориневская. В целом, за годы войны легкораненые составили 11,4 млн от общего числа санитарных потерь хирургического профиля в 21,7 млн человек. С учетом того, что возвращены в строй были 72,3% раненых, абсолютное большинство из них составили именно легкораненые. К сожалению, следует напомнить, что в 1941 г. в строй были возвращены только 48,8% раненых. Руководство ГВСУ провело тщательный анализ работы медицинской службы за первый год войны и сделало ряд действенных шагов по совершенствованию своей работы.

Военно-полевая хирургия предполагает тесное и непрерывное взаимодействие организационных и лечебных мероприятий. Именно такой подход способствовал непрерыв-



Главный хирург 1-го Украинского фронта проф. М.Н.Ахутин

ному совершенствованию отечественной системы оказания помощи раненым. В труднейший период войны — в ходе битвы под Москвой (декабрь 1941 г. — февраль 1942 г.) — были созданы специализированные госпитали для раненных в голову. Необходимость в специализированной нейрохирургической помощи стала очевидной при первых поверхностных анализах результатов лечения этой категории раненых, количество которых составило 5,2–7% от общего числа. Причем, в 1-е сутки умирали 70% раненых с проникающими ранениями головы, уделом остальных были тяжелые инфекционные осложнения — менингит, менингоэнцефалит, абсцессы мозга и др. Вся тяжесть формирования нейрохирургической службы легла на плечи сотрудников акад. Н.Н.Бурденко, так как только они обладали опытом лечения нейротравмы. 22 специалиста под руководством В.Н.Шамова за короткий срок развернули 7000 нейрохирургических коек, из которых 3200 — находились в прифронтовой полосе. Приближение к войскам нейрохирургической помощи качественно улучшило результаты лечения раненных в голову.

Ранения конечностей с огнестрельными переломами костей — одна из наиболее частых патологий на войне. Из всех уволенных из рядов РККА 84,5% воинов имели повреждения конечностей. Особую проблему составили ранения бедра с переломом бедренной кости. Травматический шок у этих раненых достигал 30%, анаэробная инфекция возникала у 12%, ампутация конечностей проводилась у 18%, умирал каждый четвертый. И только у 4% раны заживали без осложнений. Причин тому было много: здесь и недостаточно радикально проводимые хирургические обработки, несовершенство иммобилизации переломов, частое отсут-



*Главный хирург Брянского, Волховского, Карельского, Резервного и 1-го Дальневосточного фронтов
проф. А. А. Вишневский*

ствие рентгенологического контроля. Решением этой задачи занимались видные хирурги — Н. Н. Еланский — главный хирург Северо-Западного, 2-го Белорусского, 2-го Украинского фронтов; С. С. Юдин, В. В. Гориневская, Н. Н. Приоров. Организация специализированных госпиталей для раненных в бедро и крупные суставы позволила спасти жизни многим десяткам тысяч раненых. Затем по этой же схеме были созданы госпитали для раненных в грудь и живот.

Становление специализированной хирургической помощи шло динамично в течение всей войны, и процесс этот руководство ГВСУ не форсировало, было понятно, что успехи военно-полевой хирургии зависят не только от количества, но и от качества подготовки хирургических кадров. Подготовка специалиста даже в военное время занимала не менее 1 года. В силу этого формирование специализированных госпиталей по фронтам шло неравномерно и имело свои особенности. Так, на Карельском фронте (главные хирурги фронта — Е. А. Бок, затем А. А. Казанский) возникла необходимость создания специализированного госпиталя для лечения отморожений. В условиях северного театра военных действий это был особый вид боевой травмы. Лечение глубоких отморожений занимало в 5–6 раз больше времени, чем лечение тяжелых ранений, при этом в строй возвращались не более 18% воинов.

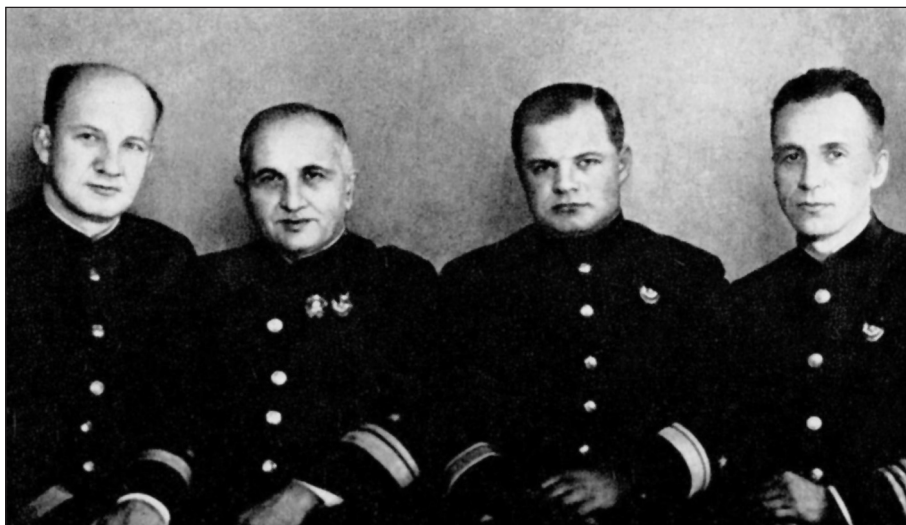
Ещё одна проблема, которую пришлось решать нашим соотечественникам с первых дней войны, — организация службы крови. Усилиями В. Н. Шамова, С. С. Юдина, С. И. Спасокукоцкого, А. Н. Филатова и других ученых в



*Главный хирург Ленинградского фронта
проф. П. А. Куприянов*

предвоенные годы удалось убедить медицинскую общественность страны в высокой эффективности гемотрансфузий при тяжелых травмах и ранениях. Н. Г. Карташевский в 30-е годы создал на Дальнем Востоке две станции переливания крови, работа которых сыграла видную роль в период боев у озера Хасан. Формирование и развертывание службы крови в действующей армии началось с первых дней войны. Главными учреждениями заготовки консервированной крови в начальный период войны стали Центральный институт переливания крови в Москве и Ленинградский институт переливания крови. При переходе институтов и станций к массовой заготовке консервированной крови выявились серьезные проблемы в их работе. Страдало качество заготовленной крови — до 20% банок содержали сгустки, в некоторых банках отмечался рост микрофлоры, не закладывались изогемагглютинирующие сыворотки и др. Доставка крови на фронт была весьма затруднительна и занимала продолжительное время.

В связи с этим в августе 1941 г. в 12-й армии Южного фронта (главный хирург фронта — Ф. Ф. Березкин) был сформирован первый полевой пункт переливания крови (из личного состава автохирургического отряда), который за короткое время заготовил на месте более 50 л консервированной крови. Уже к концу сентября 1941 г. на всех фронтах готовят резервных доноров. В октябре 1941 г. организуются практические курсы по переливанию крови. Если в июне 1941 г. для фронтов было заготовлено 211 л крови, то в октябре фронтовые службы крови получили уже 3050 л. Кроме того, по всей стране были сформированы передвиж-



*Слева направо: главный терапевт ВМФ А.Л. Мясников,
главный хирург ВМФ проф. И.И. Джанелидзе; начальник МСУ ВМФ Ф.Ф. Андреев,
флагманский хирург Черноморского флота Б.А. Петров*

ные станции забора и переливания крови Наркомздрава для обеспечения фронта. По данным проф. А.А. Багдасарова, возглавлявшего Центральный институт гематологии, всего за годы войны для армии и флота было направлено свыше 1,7 млн л консервированной крови.

Итоги работы по организации хирургической помощи раненым в Великой Отечественной войне. В целом пред-

принятые в 1941 г. колоссальные усилия руководства ГСВУ РККА по совершенствованию организации хирургической помощи раненым проявились положительными результатами уже через год: в 1942 г. было возвращено в строй 75,4% раненых против 48,8% в 1941 г.

Исторические заслуги отечественной медицины становятся еще более значимыми, если представить масштабы проделанной работы. По неполным данным медицинской службы Красной Армии за годы войны возвращено в строй около 17 млн раненых и больных. Если сопоставить эти цифры с общей численностью советских войск (4–6 млн человек), становится очевидным, что в значительной степени война была выиграна благодаря усилиям медицинской службы.

Организовали, объединили единой хирургической идеологией, руководили огромным числом специалистов группа талантливых людей — главных хирургов фронтов и флотов. По сути, их вклад в Великую Победу не менее значим, чем знаменитых полководцев.

Поступила в редакцию 08.04.2015 г.