

А.Д. Закиров, Р.Р. Салахиев

**Сборник документов
о работе эвакогоспиталей
Татарской АССР в 1941–1945 годы**

Издательство «Отечество»
Казань – 2020

УДК 94(47).084.8:61(091)"1941/1945"

ББК 63.3(2)62:5г(2)

3-18

Закиров А.Д., Салахиев Р.Р.

- 3-18 Сборник документов о работе эвакогоспиталей Татарской АССР в 1941–1945 годы. – Казань: Отечество, 2020. – 100 с.
ISBN 978-5-9222-1410-0

В сборнике на основе документов Филиала Центрального архива Министерства обороны РФ (военно-медицинских документов, г.Санкт-Петербург) представлена организационная и лечебная работа эвакуационных госпиталей Татарской АССР во время Великой Отечественной войны 1941–1945 годов.

Адресован специалистам по истории медицины, читателям, интересующимся историей Великой Отечественной войны.

УДК 94(47).084.8:61(091)"1941/1945"

ББК 63.3(2)62:5г(2)

ISBN 978-5-9222-1410-0

© Закиров А.Д., исследования в
ФЦАМО (ВМД, г. Санкт-Петербург),
2020

ПРЕДИСЛОВИЕ

В годы Великой Отечественной войны советская медицина накопила огромный практический опыт и теоретические знания. Изложенный после войны в отчетах медицинских служб разного уровня и в научных трудах врачей, он представляет интерес для специалистов и сегодня.

Публикуемые в настоящем сборнике архивные документы содержат отчеты о работе госпиталей в Татарской АССР, написанные сразу после войны, в 1945–1946 годы. Они хранятся в Филиале Центрального архива Министерства обороны Российской Федерации (военно-медицинских документов, г. Санкт-Петербург), в свое время считались секретными и были доступны только научным работникам. По прошествии 75 лет после Победы советского народа над фашизмом представляем эти отчеты широкому кругу читателей с целью доведения информации о наличии документов, которые могут использоваться специалистами по истории медицины.

Из общего «Отчета отдела эвакогоспиталей Народного комиссариата здравоохранения ТАССР за 4 года Великой Отечественной войны 1941–1945 годов» в данном издании публикуются три отчета: по хирургической работе, рентгеновской помощи и физиотерапии. Остаются неопубликованными отчеты по терапевтической помощи, ЛОР-заболеваниям, глазным болезням, неврологии, ЛФК и др. Документ объемный, большого формата, содержит множество статистических таблиц по каждому разделу. Весь этот материал я не имел права переписывать полностью, да и физически это было бы не под силу, поэтому в настоящем издании объемные таблицы из отчетов пропущены. Дополнительно к отчету, с целью более подробной характеристики научной и лечебной деятельности авторов, здесь приводятся их краткие биографические данные и списки научных работ.

Следующий документ, включенный в книгу, – «Отчет о работе челюстно-лицевого эвакуогоспиталя НКЗ ТАССР за период Великой Отечественной войны». Его автор – ведущий хирург эвакуогоспиталя № 2783 К.А.Корчагина. Во время Великой Отечественной войны челюстно-лицевые госпитали республики и ближайших областей были укомплектованы, главным образом, сотрудниками Казанского стоматологического института и его воспитанниками. Коллектив института, принимая активное участие в лечении военнослужащих с челюстно-лицевыми ранениями, способствовал возвращению их в строй. Специалисты, работавшие в этих госпиталях: доцент И.М.Утробин, профессор И.М.Оксман, доцент Е.А.Домрачева, К.А.Корчагина, А.А.Погодина, А.Н.Френкель, М.С.Фридберг и др. Необходимо отметить, что К.А.Корчагина еще в 1939–1940 годы, во время советско-финляндской войны, активно работала в эвакуогоспиталях г.Казани как ведущий специалист – челюстно-лицевой хирург. Но ее имя редко упоминается в истории стоматологии г.Казани.

История эвакуогоспиталя № 996, также написанная его руководителями в 1945 году, уже была опубликована нами в сокращенном виде, здесь она дается в полном объеме. Нами этот документ переработан для публикации, сверен с документами НКЗ ТАССР, добавлены биографические сведения о некоторых врачах госпиталя.

В целях предоставления общей справочной информации об эвакуогоспиталях Татарской АССР вниманию читателей также предлагается исследование ведущего научного сотрудника Института татарской энциклопедии и регионоведения Академии наук Республики Татарстан Р.Р.Салахиева, в котором приводятся уточненные адреса размещения эвакуационных госпиталей в Татарской АССР и краткие сведения об их начальниках.

А.Д.Закиров

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РАБОТА

Из отчета Отдела эвакуогоспиталей Народного Комиссариата Здравоохранения ТАССР за 4 года Великой Отечественной войны с 1941 по 1945 годы. Автор: главный хирург Отдела эвакуогоспиталей НКЗ ТАССР профессор Л.И.Шулутко.

Шулутко Лазарь Ильич родился 24 июня 1897 году в городе Севастополе (в Учетно-послужной карте капитана медицинской службы, хранящейся в ЦАМО РФ — в с. Веселые Терны Днепропетровской области Украинской ССР).

В 1922 году успешно закончил обучение на медицинском факультете Новороссийского университета в г.Одессе и более 10 лет работал в Севастопольской больнице, Духовщинской больнице, ординатором Института туберкулеза в г.Харькове, главным врачом и консультантом ортопедических костнотуберкулезных санаториев в Евпатории. В 1932 г. Лазарь Ильич переехал в город Казань, работал хирургом, а затем преподавателем на кафедре ортопедии и травматологии Казанского ГИДУВа, в 1936 году стал кандидатом медицинских наук, в конце 1936 года он был избран на должность заведующего этой кафедры, которую бессменно и возглавлял до конца своей жизни.

С апреля 1936 года Л.И.Шулутко назначается начальником санчасти АХО НКВД ТАССР. Только в ноябре 1945 года, полковник внутренней службы Л.И.Шулутко был освобожден от этой должности в связи с перегрузкой на руководящих должностях в медицинских и учебных учреждениях города.

Как известно, казанская школа ортопедов-травматологов была основана профессором Михаилом Осиповичем Фридландом, а под руководством Лазарь Ильича Шулутко она выросла и окрепла.



Неистощимая энергия, широкая эрудиция, организаторские способности позволили Л.И.Шулутко не только упрочить, но и успешно развивать и совершенствовать традиции отечественной школы травматологов-ортопедов.

В 1940 году Лазарю Ильичу Шулутко было присвоено почетное звание «Заслуженный врач РСФСР», он становится доктором медицинских наук и профессором.

В первые дни Великой Отечественной войны он ведет большую работу по организации лечения раненых в госпиталях, в 1942–1947 годы Лазарь Ильич — главный хирург эвакогоспиталей г.Казани. Во время войны его научные исследования были направлены на совершенствование методов лечения огнестрельных повреждений. В отечественной медицине известна «шина Шулутко» — профессором Л.И.Шулутко была сконструирована функциональная шина, предназначенная для лечения переломов костей нижних конечностей, которая обеспечивала наиболее функциональное положение последней для скелетного вытяжения поврежденных сегментов конечности. Лазарем Ильичем Шулутко была предложена костнонадкостничная декортикация отломков при гипертрофических ложных суставах.

Война не обошла Лазарь Ильича в личном плане, пропал без вести родной брат, Шулутко Лев Ильич, 1905 года рождения, майор медицинской службы, военврач Военного госпиталя г.Бреста.

В 1945 году Л.И.Шулутко становится директором вновь созданного Казанского научно-исследовательского института травматологии, ортопедии и восстановительной хирургии, в этом же году ему присваивают почетное звание «Заслуженный деятель науки ТАССР».

Благодаря организаторским способностям Лазаря Ильича Шулутко, институт вскоре стал одним из ведущих учреждений этого профиля в стране. В послевоенные годы он с большой энергией разрабатывал и внедрял в практики травматизма в различных отраслях народного хозяйства. Под руководством Лазаря Ильича Шулутко было выполнено 11 докторских и 41 кандидатская диссертация. Многие его ученики являлись руководителями кафедр, научных учреждений и преподавателями вузов. За 40 лет педагогической деятельности Л.И.Шулутко обучил тысячи квалифицированных специалистов ортопедов-травматологов. Его насыщенные и

убедительные лекции вызывали большой интерес со стороны слушателей.

Перу Лазаря Ильича принадлежит ряд монографий. Основные темы научных исследований: лечение переломов трубчатых костей, вопросы лечения костных опухолей, классификация, диагностика, и лечение сколиоза. Л.И.Шулутко разработал аппарат для лечения переломов костей нижних конечности. Автор 210 научных работ, в том числе монографий «Боковые искривления позвоночника у детей (сколиоз)» (Казань, 1963), «Вопросы клинико-рентгенологической диагностики закрытых переломов костей» (Казань, 1965, в соавторстве с Д.Е.Гольдштейном).

В 1961 году он был избран членом Всемирной организации (международного общества) ортопедов-травматологов и выступал с докладом на конгрессах в различных странах и достойно представлял отечественную науку за рубежом. Л.И.Шулутко организовал и бессменно возглавлял Общество травматологов и ортопедов ТАССР, был постоянным членом правления Всесоюзного и Всероссийского общества травматологов-ортопедов заместителем председателя общества хирургов ТАССР. Он был членом редакционной коллегии журнала «Ортопедия, травматология и протезирование» и «Казанского медицинского журнала», неоднократно избирался депутатом местных Советов.

Л.И.Шулутко — заслуженный врач РСФСР (1940), заслуженный деятель науки ТАССР (1945), заслуженный деятель науки РСФСР (1970). Среди его наград — орден Красной Звезды, медали, он был награжден почетными грамотами Президиумов Верховных Советов РСФСР, ТАССР, Мордовской АССР.

Лазарь Ильич Шулутко, по отзывам современников, был жизнерадостным, общительным, обаятельным человеком, любил жизнь и людей, пользовался исключительным уважением многочисленных своих учеников, сотрудников и больных. Дети его Шулутко М.Л. и Шулутко И.Л. стали врачами.

Лазарь Ильич Шулутко умер 2 ноября 1971 года. Его могила находится в мемориальной зоне Арского кладбища г.Казани.

Источники:

1. Латыпов А.Л. Шулутко Лазарь Ильич. Казанский медицинский журнал. 1997. №2.

2. Нуштаев И.А. Профессор Лазарь Ильич Шулутко (1897–1971) / Ортопедия, травматология и протезирование. — 2007. — № 2. — С. 101–102.

3. Хисамиев Р.Ш., Шаймарданов Р.Р. На рубеже 70-летия поликлиники МСЧ МВД по РТ / Вестник современной клинической медицины. Том 1, выпуск 1. — Казань, 2008. С. 10–14.

4. Татарская энциклопедия. В 6 т. — Казань: Институт Татарской энциклопедии АН РТ. — Т.6: У–Я. — 2014. — 720 с.

В годы войны Отдел эвакуационных госпиталей НКЗ Татарской АССР выпускал серию брошюр «В помощь госпитальному врачу». Эти издания давали врачам эвакуационных госпиталей актуальное освещение вопросов диагностики и лечения некоторых видов огнестрельных ранений и заболеваний. Учитывая, что авторы в издаваемых брошюрах отражали большой опыт, накопленный за истекший период войны, брошюры оказались полезными широким кругам врачей, особенно не хирургической специальности, привлеченным к лечению раненых во время Великой Отечественной войны.



На рисунке — брошюра «Диагностическая ценность фистулографии в клинике травм военного времени» профессора Л.И.Шулутко и доцента Д.Е.Гольдитейна, изданная Татгосиздатом в 1943 году в серии «В помощь госпитальному врачу».

Хирургическая работа

Организация эвакуационных госпиталей по Татарии пережила 4 этапа своего развития.

1-й этап, который следует считать с начала Великой Отечественной войны до сентября 1941 года – это этап, когда развертывание ЭГ шло по линии Наркомата Обороны. Руководство работой эвакогоспиталей лежало на эвакопункте. Этот период работы госпиталей характеризуется созданием общехирургических и общетерапевтических госпиталей. Врачи, привлекаемые для работы в госпиталях, в большинстве своем не имели хирургического опыта. Среди врачей этого состава имелись терапевты, педиатры, инфекционисты, санитарные врачи, и прочие, наряду с тем, были привлечены так и ассистенты различных хирургических клиник.

Параллельно с созданием госпиталей, в Казани шло укомплектование фронтовых санитарных учреждений. Совершенно естественно, что для работы на фронте отбирались наиболее сильные хирургические кадры, а менее подготовленные оставались в наших тыловых учреждениях. Кроме того, стабильности в сохранении кадров не наблюдалась. Было немало случаев когда спустя месяца–двух после начала работы большая группа врачей, уже освоившихся с хирургической работой, мобилизовались и направлялись на фронт. Таким образом первый период организации госпиталей характеризовался отсутствием профилизации госпиталей с одной стороны и отсутствием стабильных подготовленных врачебных кадров с другой стороны. Во главе отдела госпиталей с сентября месяца стал доктор Казаков, а главным хирургом состоял профессор Алексеев С.М.

2-й этап развития наших госпиталей характеризуется тем, что квалификация врачей была несколько поднята. Создавались специальные курсы по повышению квалификации врачей. Проведено было ряд научных конференций, на которых обсуждалась ошибки в лечении раненых и были указаны правильные пути для достижения успеха в этом ответственном деле.

В этом периоде отмечалась большой недостаток в руководстве хирургической работой по госпиталям. Руководство лежало в основном на начальнике госпиталя и начальнике медицинской части. Эти руководя-

щие сотрудники не имели специальной подготовки по хирургии и поэтому основное руководство, которое не являлась систематическим, лежало на консультантах.

Необходимо здесь же сразу отметить, что с первых дней Великой Отечественной войны в качестве консультантов были привлечены все профессора Казанских медицинских вузов, которые до последнего дня работы госпиталей принимали активное участие в этом деле. Этот период характеризуется тем, что в главе хирургической работы всего отдела эвакогоспиталей НКЗ ТАССР был поставлен профессор Фридланд М.О.

Начиная с марта 1942 года, отмечается улучшение профилирования госпиталей.

3-м этапом в работе госпиталей Татарии мы считаем решение пленума Госпитального Совета НКЗ СССР. Этот пленум, созданный с участием всех ведущих работников госпитальной системы СССР, сыграл важную роль в организационных изменениях структуры госпитальной системы, а также в улучшении лечебной работы в них.

Решением пленума мобилизовали всех работников госпиталей на улучшение асептики во всех звеньях своей работы. В докладе профессора Руфанова были указаны серьезные недочеты по лечению ран, он обратил внимание на важность учета двухфазности течения раневого процесса и соответствующего подхода при решении терапевтических задач. Не вполне удовлетворительны результаты лечения переломов костей и суставов, а также основные установки в терапии их.

На этом же пленуме Госпитального Совета был обсужден, тщательно изучен вопрос о наиболее часто встречающихся осложнениях при огнестрельных ранениях – об остеомиелитах. Вопросы хирургической активности и комплексности в лечении раненых также были заострены на этом пленуме. Наконец, были даны серьезные указания в отношении улучшения и пересмотра профилизации госпитальной системы. В этот период и до осени 1942 года главным хирургом госпиталей Татарии состоял профессор В.А.Гусынин, а начальником отдела госпиталей Я.М.Базаревич. Осенью из Управления ЭГ НКЗ РСФСР прибыла комиссия, которая при обследовании госпиталей выявила дефекты в их работе. Результатом этого обследования был приказ Народного Комиссара Здравоохранения РСФСР тов. Третьякова А.Ф. в котором были отмечены обнаруженные дефекты в работе госпиталей и указаны пути их лик-

видации. Главным хирургом с ноября месяца 1942 года был назначен профессор Шулутко Л.И. и с 1 ноября 1943 года начальником отела госпиталей назначается тов. Бикчурин Ш.В.

Основным планом работы отдела ЭГ, начиная с этого периода было:

1. Довести до каждого работника госпиталя приказ наркома Здравоохранения тов. Третьякова А.Ф.

2. Внедрить в сознание каждого сотрудника госпиталя, что основным показателем работы является возвращение в строй.

3. Что сроки пребывания на койке решают два вопроса:

а) более быстрое возвращение в Красную Армию излечившегося бойца и тем самым пополнение рядов Красной Армии за счет уже имевших опыт обстрелянных бойцов.

б) увеличение оборачиваемости коек.

4. Ставится вопрос о борьбе за жизнь каждого раненого бойца.

5. Профилизации госпиталей уточнялись и углублялись.

6. Были указаны следующие методы улучшения диагностической и лечебной работы:

а) требовалось обеспечить в первые дни пребывания раненого комплексной диагностикой,

б) в первые дни пребывания раненого требовалось обеспечить тщательный осмотр, назначение плана лечения и перспективного исхода,

в) совершенно обязательным считалось проведение комплексного лечения, не в последовательном порядке, а одновременно. Хирургическое вмешательство, физиотерапия лечебная физкультура являются основными компонентами этого лечения.

7. Каждая отчетность должна быть подвергнута тщательному анализу. В данных по исходам определялись слабые участки в лечебной работе. В соответствии с этим анализом проводились и организационно-лечебные мероприятия.

8. Анализ смертности с полным и тщательным изучением причин является обязательным. Эти анализы проводились на специальных патологоанатомических конференциях в соответствующих госпиталях под руководством профессора И.П.Васильева.

9. Проводились систематические заседания госпитальных Советов, на которых обсуждались итоговые результаты госпиталей в квартал, полугодие, год. Подводились итоги соцсоревнования. Ставились доклады переродовых госпиталей, лучших руководителей хирургической работы и т.д.

10. Для установления непосредственных контактов со всеми врачами, включая и ординатуру, проводились кустовые сборы групп госпиталей, на которых обсуждались итоговые результаты работы зав. отделений в период времени (квартал) с анализом исходов, выявлением дефектов и указанием путей ликвидации недочетов.

11. Во всех госпиталях были выделены ведущие хирурги, которые являлись основными организаторами и руководителями хирургической лечебной работы.

12. Наконец, были созданы базы восстановительной хирургии, которые должны были являться с одной стороны учреждениями имеющими квалифицированные возможности для восстановления боеспособности раненого бойца и офицера, с другой стороны – методическим центром руководства всеми остальными госпиталями в вопросах восстановительной хирургии.

В результате проведенных мероприятий в конце 1942 года в системе госпиталей Татарии имелись специализированные госпитали по всем разделам, так: челюстно-лицевой, нейро-хирургический, для ранений грудной клетки, для урологических больных, для ампутированных, по восстановительной хирургии и группа госпиталей общехирургического профиля.

Для целей оказания неотложной хирургической помощи и обеспечения этих контингентов квалифицированным вмешательством, организованной на базе бывших вузовских клиник были выделены отделения для оказания неотложной хирургической помощи. Эта хирургическая помощь проводилась дежурившими по очереди в данном отделении наиболее квалифицированными ведущими хирургами.

В разделе о профилизации госпиталей следует указать на то, что профилизация госпиталей по локализации не было проведено.

Наряду с профилированными госпиталями существовал и сортировочный госпиталь.

Врачебными кадрами в комплексном отношении в начале госпитали были обеспечены удовлетворительно. Затруднения в этом вопросе возникли в период осени 1943 года, когда по постановлению ГКО из города Казани было передислоцирована большая группа госпиталей с полным оборудованием и укомплектованием медицинских кадров. Это создавало серьезный недостаток во врачебных кадрах с одной стороны, а с другой стороны создавало резкое переуплотнение в оставшихся

госпиталях. Вновь организованные, вместо ушедших, госпитали создавались без всякого пополнения, как в кадрах, так и в оборудовании. Эти факты не могли, не отразится на не доукомплектованности госпиталей, а также на недостаточном их оборудовании.

За четыре года Великой Отечественной войны получили лечение в наших госпиталях 333575 раненых*.

При анализе количественного поступления можно отметить, что поступление по полугодиям было неравномерным (см. таблицы 1.1 и 1.2).

Наибольшее количество раненых поступало в первом полугодии и во втором полугодии 1942 года. Наименьшее количество поступало в первом полугодии 1945 года.

Такая динамика поступлений объясняется тем, что в 1942 году значительное поступление имело место из Сталинграда, в то время, как в 1945 году, т.е. к концу войны, Казань являлась глубочайшим тылом и поступление в связи с этим значительно уменьшалось.

Что касается характеристики поступивших по локализации на первом месте оказываются ранения голени с повреждениями костей. По отношению к общему количеству эта группа ранений за годы наблюдалась 8,22%. На втором месте — без повреждения костей 8,12%. Третье место дают кисти в количестве 6,86%. Однако ранения с повреждением кисти в большом количестве к нам поступали лишь в 1941 и 1942 годах, в дальнейшем количество этого контингента резко снизилась и уже в 1944 и в 1945 годах довольно небольшие цифры. Надо думать, что такое снижение количества поступивших раненых с поражением кисти объясняется тем, что были созданы близкие к фронту специальные госпитали для этого профиля раненых. На пятом месте по количеству поступивших стоят бедро с повреждением костей — 5,96%. шестое место занимает стопа — 5,34%. седьмое — голень с повреждением 5,04%. Плечо с повреждением костей наблюдалась в 4,83%. Раненые поступали к нам в самих разнообразных состояниях. Наиболее тяжелые наблюдались в 1942 году. Здесь мы имели подъем количества осложненных ранений столбняком и газовой гангреной.

* Филиал Центрального архива Министерства обороны Российской Федерации (военно-медицинских документов, г.Санкт-Петербург). Ф. 6526. Оп. 61923. Д.4. Л.5. (Имеется в виду только в госпиталях в системе НКЗ и только раненые в боях. — А.З).

Таблица 1.1.

Сведения о поступлении раненых и больных в эвакогоспитали НКЗ Татарской АССР
за 4 года Отечественной войны с 22.07.1942 по 1.07.1945.

Раненые в боях.

		1941 2-е пол.	1942 1-е пол.	1942 2-е пол.	1943 1-е пол.	1943 2-е пол.	1944 1-е пол.	1944 2-е пол.	1945 1-е пол.	Всего
Военнослужа- щие (в/с) РККА	ряд.	43844	52250	42589	23546	29286	18497	15893	11303	237208
	мнс	8664	11033	11636	7561	10849	6143	5414	3483	64783
	нс	4938	4678	5740	3740	4390	2818	2551	2201	31056
в/с НКВД		141	57	6	1	3	6	–	–	214
в/с ВМФ		17	20	1	2	5	1	3	1	50
народное опол- чение		25	11	5	9	13	24	23	2	118
партизаны		–	–	–	–	–	–	–	–	–
в/с войск союз- ников		–	–	–	12	4	18	1		35
курсанты		–			1	1	–	–		2
военнопленные		2	–	–	2	–	–	2		6
прочие		24	15	9	8	4	7	27	9	103
Всего		57655	68064	59986	34882	44555	27514	23920	16999	333575

Таблица 1.2.

Сведения о поступлении раненых и больных в эвакогоспитали НКЗ Татарской АССР за 4 года Отечественной войны с 22.07.1942 по 1.07.1945.

Больные.

		1941 2-е пол.	1942 1-е пол.	1942 2-е пол.	1943 1-е пол.	1943 2-е пол.	1944 1-е пол.	1944 2-е пол.	1945 1-е пол.	Всего
Военнослужащие (в/с) РККА	ряд.	3488	5052	4965	3382	3493	3387	2131	1961	27859
	мнс	551	713	711	497	614	481	472	495	4534
	нс	361	474	264	278	370	222	222	199	2390
в/с НКВД		9	7	1	2	–	1	–	2	22
в/с ВМФ		1	1	–	–	–	–	6	–	8
народное ополчение		3		1	–	1	–			5
партизаны		–				–	–			
в/с войск союзников		–				–	2			2
курсанты		–				1	–			1
военнопленные		–				–	–			
прочие		–	2	–	265	47	1	1	8	324
Всего		4413	6249	5942	4424	4526	4094	2832	2665	35145

Общее число поступивших раненых и больных – 368720.

Утяжеление контингентов и отмеченные осложнения мы объясняем тем, что раненые прибывающие со Сталинградского участка фронта в большинстве случаев не обрабатывались и в редком случае обрабатывались, но плохо. Многие из них прибывали без всякой фиксации Основным видом иммобилизации в этот период являлась Краммеровская шина.

В дальнейшем тяжесть контингента в смысле осложнений несколько уменьшалась, однако в 1943 и 1944 году раненые к нам в госпитали поступали в достаточно в тяжелом положении.

Достаточной характеристикой для повреждения указанных данных может служить то, что средний срок лечения раненых на предыдущих этапах длилась более 60 дней. Это значить, что раненые в течении 2 месяцев уже подвергались лечению на предыдущих этапах и отсутствие перспектив на хороший исход требовало их эвакуации в более глубокий тыл.

С другой стороны позднее прибывание в наши госпитали представляло серьезные трудности для восстановления функции поврежденных органов. Если учесть то обстоятельство, что ранения опорно-двигательного аппарата с повреждением костей составляли подавляющий процент, то становится очевидным, что большинство пребывающих имели консолидацию отломков в том положении, в каком фиксировали их на предыдущих этапах.

С другой стороны, к этому времени уже выявились различного рода осложнения и незаживающие раневые поверхности.

Что касается оценки обработки раненых на предыдущих этапах следовало бы отметить с одной стороны первичную обработку и с другой стороны иммобилизацию. Первичная обработка по нашим материалам охватывала 60–65% всех раненых. Этот процент несомненно является недостаточным.

Что касается качества первичной обработки, то тот большой процент осложнений, которые мы наблюдали, говорит о недостаточности качества первичной обработки во многих случаях. Иммобилизация в большинстве случаев, среди направленных к нам раненых, была в виде гипсовых повязок, шин Краммера.

Совершенно очевидно, что доставка раненого с нарушением целостности костей в глубокий тыл в шине Краммера является абсолютно недопустимой. С другой стороны, гипсовая иммобилизация во многих случаях проводилась там, где предварительно не было обеспеченная репозиция отломков. Указанные обстоятельства несомненно влияли на течение ог-

нестрельных переломов и если к этому прибавить ряд недостатков в работе наших госпиталей, то они безусловно ухудшали исходы лечения

Хирургическая активность в наших госпиталях в первые два года Великой Отечественной войны была еще на недостаточном высоком уровне. За 1941 год эта активность выразилась в 15,6%. В первое полугодие 1942 года 9,9%, второе полугодие 1942 года 16,7%. Эта низкая хирургическая активность по-видимому и отразилась на исходах лечения раненых. К концу 1942 года мы имели снижение в процентах возвращения раненых в армию.

После проведения ряда организационных мероприятий, после того, как были укомплектованы все госпитали ведущими хирургами, начиная с 1 полугодия 1943 года, хирургическая активность заметно повысилась. Уже в 1943 году процент повысился до 28%. В 1944 году доходит до 39% а в последнее полугодие войны дошла до 40%.

Всего было проведено 86011 операций, из них общехирургических 73106, нейрохирургических 4916, и челюстно-лицевых 4646.

Анализ характера оперативного вмешательства указывает на то, что подавляющий процент общехирургических вмешательств около 60% попал на остеомиелиты. Начиная с 1943 года заметное место среди оперативных вмешательств занимали вторичные обработки ран с наложением швов.

В связи с созданием госпиталей восстановительной хирургии в 1943 и 1944 годах значительно увеличился процент восстановительных ортопедических операций. Для лучшего обслуживания раненых с незаживающими раневыми поверхностями, которых в 1943 году скопилось исключительно большое количество, нами были выделено большое отделение на 200 коек в эвакогоспитале № 1671 по восстановительной хирургии. В этом отделении применялись все современные методы лечения незаживающих ран и такое сосредоточение этой группы значительно улучшило исходы.

Что касается методов обезболивания, то на первом месте у нас стоит инфильтрационная местная анестезия. Под этим обезболиванием было проведено более половины всех операций. В 13% проводились под общим эфирным наркозом. Под хлороформом было произведено 4,75% операций.

Остеомиелиты подвергались оперативному вмешательству в периоде когда уже заканчивался для данного сегмента скелета срок консолида-

ции. Мы не требовали немедленного производства операции по поводу остеомиелита, а исходили из соображений дать возможность в области нарушения целостности костей сформироваться костной мозоли, а нежизнеспособным отломкам выявится как некротическим участкам.

В связи с этим мы установили дифференцированные сроки для различных отделов скелета. Мы считали возможным производить операции по поводу нагноительного процесса в костях при повреждении костей кисти, ключицы, ребра в срок от 3-х до 4-х недель с момента ранения. Для костей предплечья и голени этот срок увеличивался до 6 недель, для плеча 8–10 недель, а для бедра 10–12 недель.

Мы считали, что в эти сроки окончательно может быть сформирована мозоль, если нет никаких причин для нарушения этого образования, а также выявится омертвившие участки костей, которые требуют своего удаления.

В отношении оперативного вмешательства по поводу остеомиелитов, нами довались установки в смысле применения метода Орра, который показал себя с самой лучшей стороны.

Наиболее опытные ведущие хирурги применяли метод секвестротомии с наложением швов — закрытый метод. Метод Орра, а также упомянутый закрытый метод в наших госпиталях давали успех и на основании анализа исходов этого вида оперативного вмешательства, можно сказать, что повторных операций по поводу остеомиелита в наших госпиталях было проведено менее 10%.

Что касается группы незаживающих раневых поверхностей, то здесь широко применялся методика иссечений, с наложением вторичных швов. Однако, в некоторых случаях особенно на опорных участках конечностей эта методика не всегда обеспечивала успех.

В связи с этим практиковали кожно-пластические операции по Филатову, итальянскую пластику, а иногда и замещающие свободным лоскутом.

Из консервативных методов лечения незаживающих раневых поверхностей с достаточным успехом применялись глухая гипсовая повязка, липко-пластырная повязка, высокой температуры парафин, орошение по Печникову, тканевая терапия по Филатову, Краузе и другие. Указанные методы резко улучшают исходы при лечении незаживающих раневых поверхностей и заметно сокращали сроки их лечения.

Поражение крупных суставов встречались на нашем материале не очень часто. Первое место было отведено коленному суставу, который наблюдался в 1,4% случаев по отношению к общему количеству поступивших раненых. Плечевой сустав наблюдался в 1,1% случаях, локтевой – в 0,96%, тазобедренный – в 0,34% по отношению по всем поступившим в госпитали раненым.

Тактика при лечении раненых в области коленного сустава у нас сводилась к уточнению характера нагноения в суставах и к радикальным мероприятиям. Если выявился незначительный процесс в области сустава и остеомиелитических изменений эпифизов, ставили вопрос о резекции сустава. Такие решения принимались как по отношению к коленному, тазобедренному, так и плечевому суставу.

Особые трудности встречались при осложнениях в тазобедренном суставе. Глубокое расположение этого сустава, мощность мышц прикрывающих сустав, не всегда позволяли в ранние сроки определить скопление гноя в области сустава. Однако, при уточнении этого вопроса и выявлении очагов в головке или шейке бедра, как уже было указано, применялась резекция. К нам немало поступало раненых с резекцией, произведенной на предыдущих этапах.

Анализ состояния этих раненых позволяет отметить, что большинство из них имели болтающиеся суставы. Культи бедра не устанавливались в полость вертлужной впадины и это приводило к крайне тяжелым последствиям, неустойчивой конечности и очень тягостному состоянию самих раненых.

В нашей практике при резекции головки и шейки бедра мы руководствовались принципами:

По возможности производить экономную резекцию. Во вторых для лучшего оттока в послеоперационном периоде, образование контрактуры и в третях свободные концы бедра обстоятельно устанавливали в положение значительного отведения в вертлужную впадину.

Такой план мог обеспечить анкилозирование в тазобедренном суставе и возможность в дальнейшем пользоваться данной конечностью.

При нагноительных процессах в области коленного сустава в 1941 и 1942 годах в наших госпиталях проявился чрезвычайно консервативный подход. При нагноениях производились парапателлярные разрезы. Нередко в подколенной ямке не делались контрапертуры. При операции делалась недостаточная фиксация. Все это не приводило к ликвидации

осложнения, а ухудшало состояние раненого, вызывало картину общего сепсиса и ампутация в этих случаях нередко не спасала жизнь раненого.

Выявление этих факторов потребовали широкого обсуждения данного вопроса среди хирургов и принятия более решительных мер спасения жизни раненого с осложнениями в области коленного сустава.

В дальнейшем тактика сводилась к следующему:

1. При наличии нагноительного процесса сумочного происхождения рекомендовались вскрытие коленного сустава Тексоровским разрезом. Этот разрез позволял не только дать полный отток гноя из сустава, но и также обривизовать суставные поверхности и при необходимости дополнить эту операцию с резекцией. В тех случаях, когда операция ограничивалась только лишь вскрытием сустава без нарушения связок и эпифизов, часть раненых получала в той или иной степени восстановление функции коленного сустава.

2. Где имелась изменения в суставе и эпифизах, но общее состояние раненого было удовлетворительное, производилась достаточное для улучшения пораженных участков костей резекции.

3. Там, где наряду со значительными изменениями в области сустава имелись угрожающие общие явления, предпочиталось производить ампутацию.

Нагноительные процессы в области плечевого сустава без нарушения эпифизов, лечились артротомией, с фиксацией конечности в положении отведения. Там где имелись наряду с нагноительным процессом сумки и очаговые изменения в головке, производилась резекция с установкой свободного конца плечевой кости в сочленовную ямку, также в положение отведения.

Резекции в области локтевого и голеностопного сустава было произведена в незначительном количестве. Здесь большей частью обходились полиативными вмешательствами.

Операции по поводу ранения периферических нервов производились у нас в основном в госпиталях № 1667, 3643. Анализ ближайших результатов операций на периферических нервах в тех случаях, когда имелся в них дефект на протяжении, не давал одобряющих результатов. Мало хороших результатов наблюдалась после нарушении целостности периферических нервов и лишь удовлетворительные результаты наблюдались там, где нарушение проводимости объяснялась спаечным процессом вокруг нерва. Выделение нервов из спаек, укладывание его

на новое, последующее физиотерапевтическое лечение и гимнастика позволяли хорошие результаты. В связи с тем, что параличи лучевого и берцового нервов являлись наиболее частыми и вызывали стойкие нарушения функции кисти и стопы, воспалительные операции при дефектах нервов не обеспечивали успеха, мы предлагали более широко применять ортопедические операции для восстановления функции кисти и стопы. При параличе лучевого нерва, нами применялась пересадка сгибателей на тыльную поверхность предплечья. При повреждении берцового нерва применялся тенолиз с последующим применением ортопедической обуви. Эти операции приносили в кратчайшие сроки заметное улучшение в функции конечности.

Реампутация в наших госпиталях, где имелось около 2000 раненых, производилось в 30–35% случаях. Основными показателями являлись: незаживающие раневые поверхности, конические культы, контрактуры, неподдающиеся консервативному лечению, экзостозы, мешающиеся протезированию и другие дефекты. Операции проходили весьма успешно и вызывали исключительно меньше осложнений. Нагноение после реампутаций наблюдалась в 5–6% случаев.

Из методов оперативного вмешательства отдавалась предпочтение способу Бунге. Косто-пластические реампутации применялись как в области голени, так на бедре, если впечатление от операции по Гритти–Альбрехту оставались вполне положительным, то не всегда успех был от операций Бира.

Проведенное обследование 300 случаев реампутаций, проведенных по Биру и Бунге показывает, что отдельные результаты обычной костной реампутации не уступают костно-пластической.

При наличии коротких культей голени нередко больные отказываются от реампутаций на бедре и в наших госпиталях в этих случаях мы применяли либо пересадку кожи по Филатову, либо при наличии возможности производили продолжительное вытягивание кожи с тем, чтобы, после иссечения незаживающей раны, прикрыть ее собственной кожей короткой культы.

Серьезную роль для быстрого созревания культы играют как известные лечебные протезы. Эти протезы, нужно признаться, применялись у нас не в должной мере, однако, там где они применялись, они являлись исключительно эффективными. Наблюдались случаи, когда ампутиро-

ванные хорошо приспособившиеся к пользованию лечебным протезом, не дожидаясь постоянного протеза уезжали во временном.

Что касается восстановительной хирургии при последствиях огнестрельных ранений опорно-двигательного аппарата, то опыт в этом вопросе у нас имеется вполне достаточный и тактика при различных формах этих последствий вполне определилась.

1. При правильно сросшихся переломах с нарушением функции конечности, главным образом на нижней, мы производили кровавые разделение отломков, если одновременно по ходу операции удается репозировать отломки, это продлевается, и далее исправленное положение фиксируем гипсовой повязкой.

Если репозиция по ходу операции не удается, если же можно произвести лишь жертвуя длиной конечности, рана после освобождения отломков заканчивается и репозиция производится скелетным вытяжением по правилам, существующим для лечения закрытых переломов бедра.

2. При ложных суставах мы выявляем сроки с момента закрытия ран, он должен быть минимально равен 6 месяцам, проводим предварительное провокационное лечение теплом для выявления наличия инфекции в ране и в случаях отсутствия обострения производим операцию.

При ложных суставах, как правило, мы пользуемся аутоотрансплантацией с надкостницы, что касается болтающихся суставов, которые мы наблюдали главным образом в области коленного и тазобедренных суставов, мы используем аутоотрансплантацию, но уже берем более массивный участок кости.

Из нашего опыта в области замещения дефектов при болтающихся суставах, мы можем отметить как трудность нежелание больных длительно носить фиксирующую повязку. Как известно, в этих случаях фиксация должна продолжиться не менее 10–12 месяцев, больные же не всегда согласны на этот срок. Этот факт нередко влияет на успешный исход данного оперативного вмешательства.

3. Оперативное исправление анкилозов мы производили лишь при функционально невыгодном положении конечности. Причем в нашем материале артропластик мы не проводили и вообще считаем в принципе для больших суставов эту операцию редко применяемой.

В лечении анкилоза в правильных положениях применялась остеотомия или клиновидная резекция, которые позволяли придать конечности функционально-выгодное положение.

4. Контрактуры в основном лечились консервативными методами (тепловые процедуры). Контрактуры мелких суставов подвергались лечению по методу Скосогоренко. Во многих случаях этот метод приносил успех.

Контрактуры больших суставов в редких случаях вызывали необходимость применения пластических операций на сухожилиях, в других, после иссечения глубоких рубцов, пластическое замещение дефекта.

Терапевтическая помощь в хирургических госпиталях обеспечивалась выделенным терапевтом, а также консультантами-терапевтами.

Терапевты хирургических госпиталей участвовали во всех научных конференциях, имели тесную связь с терапевтическими госпиталями и в достаточной мере обеспечивали эту помощь в хирургических госпиталях.

По вопросу осложнений ранений и смертности при них, глубокий анализ будет дан в разделе патологоанатома.

Переливание крови производилось в наших госпиталях довольно широко. Однако наибольшее развитие переливание крови получило в 1944–1945 годах. В 1941–42 годах количество переливаний было незначительно и охватывало от 2 до 3%, в то время, как в 1945 году этот процент увеличился до 18%.

Снабжение кровью шло из станции по переливанию крови. Кровь получали бесперебойно и в нужных количествах. Показания были общие. Наши госпиталя нередко пользовались кровью для септических больных, когда было известно, что паренхиматозные органы еще этим процессом не затронуты.

Значение и эффективность переливания крови чрезвычайно велики и во многих сотнях случаев спасали жизнь нашим раненым. Осложнения у нас по переливанию крови за все 4 года наблюдались единичные и после принятия соответствующих мер заканчивалась благополучно.

Что касается длительности лечения раненых, то эти сроки в отдельные годы были различными, в 1941–1942 годах общая длительность лечения раненых находилась в пределах 115–120 дней. Начиная с 1943 года эти сроки увеличиваются и уже в 1945 году равняются 151 дню. Пребывание в наших госпиталях также постоянно увеличивается. Если в первый год войны срок равнялся 56, то к концу войны он доведен до 88 дней.

Наряду с этим также увеличивались и сроки пребывания раненых на предыдущих этапах до поступления в госпитали Татарии. В 1942 году к

нам доставлялись раненые на 28 дней после ранения, а в 1944–45 годах на 63-й день. Для иллюстрации я позволю себе привести длительность лечения по отдельным позициям.

Бедро с повреждением костей – общее количество койко-дней со дня ранения доходила до 160. Из них 60 дней эти раненые лечились на предыдущих этапах, а около 100 – в наших госпиталях.

По исходам наибольшее количество дают с огнестрельными ранениями бедра: уволенные вовсе из армии и запас провели 173 дня. Возвращение в армию заканчивалось за весь срок лечения в 136 дней. А группа умерших с момента ранения до смерти лечились в течении 105 дней.

При огнестрельных ранениях бедра без повреждения костей сроки заметно изменяются. С дня ранения в среднем проходило 120 дней, на предыдущих этапах эти раненые лечились 44 дня, в наших госпиталях – 75 дней. И в этой группе уволенных вовсе из Армии и уволенных в запас, со дня ранения довели 143 дней, возвращаемые в армию – 115 дней, а умершие 60 дней.

Почти аналогичные данные представляют огнестрельные ранения плеча с повреждением костей. Раненый лечился всего 135 дней, из них на предыдущем этапе – 67 дней, в наших госпиталях – 68.

Без повреждения костей раненые лечились 102 дня, на предыдущих этапах 36, а в наших госпиталях 66 дней.

За четыре года Великой Отечественной войны госпиталями Татарстана всего возвращено в Красную Армию 59,2% лечившихся. Наибольший подъем дает 1943 и 1944 годы. Некоторое снижение мы наблюдали во 2-й половине 1944 года и в первом полугодии 1945 года. Это снижение объясняется, с одной стороны, за счет более глубокого расположения Казани к этому времени по отношению к фронту, с другой, вследствие эвакуации в Казань наиболее тяжелых групп раненых и, в третьих, вследствие того, что дальнейшая эвакуация на восток в 1944–45 годах совершенно не производилась.

Что касается исходов по локализации, то на первое место в наших госпиталях вышли бедро без повреждения костей. Из общего количества возвращенных в армию с этой локализацией вернулись 6,3%. Дальше, кисть, который дала 4,9% возвращений в армию. 3 и 4 место занимают голень и стопа 3,65%. Затем идет предплечье с повреждением

костей, которое дало 3,11% возвращения в армию. По отношению ко всем локализациям.

По смертности на первом месте стоит бедро с повреждением костей, которое дало 18% по отношению к общей смертности. На втором месте находится череп с повреждениями костей, который дал около 15% смертности.

Смертность при прочих локализациях несколько раз меньше указанных. Так, коленный сустав – 5,7%, грудь с открытым пневмотораксом – 5,25%, голень с повреждением костей 5,3%.

На основании опыта лечения раненых в Великой Отечественной войне можно сделать выводы:

1. Необходимо обеспечить больше полный охват раненых первичной обработкой на передовых этапах.

2. Основным методом иммобилизации при ранении опорно-двигательного аппарата с нарушением целостности кости, следует считать гипсовую повязку (не лангету) начиная с медсанбата. Доставку раненых в тыловой госпиталь обязательно проводить в гипсовой повязке.

3. Обязать хирургов направляющих раненых с огнестрельным переломом бедер в тыл, перед гипсовой иммобилизацией произвести репозицию отломков.

4. В тыловом госпитале до решения вопроса об оставлении гипсовой повязки на больном, произвести рентгенографию для уточнения положения отломков.

5. При выяснении неправильного расположения отломков гипс необходимо удалить и произвести репозицию.

6. При смещенных переломах и благоприятном общем состоянии больного и раны необходимо шире применять скелетное вытяжение.

7. Следует отметить, что подготовка врачей в смысле знакомства с техникой гипсования, недостаточная. На Курсах Усовершенствования врачей необходимо этот раздел ортопедии более широко проводить.

8. Оперативные вмешательства при остеомиелитах нужно проводить в сроки дифференцированно установленные.

9. При поражениях суставов необходимо раннее вмешательство и более радикальное для предупреждения септических осложнений и ампутаций.

10. При резекции тазобедренного сустава необходимо обеспечить установку бедра в вертлужной впадине с тем, чтобы это привело к анкилозированию в функционально выгодном положении.

11. В госпиталях для ампутированных необходимо обеспечить всем ампутированным в ближайшие сроки после реампутаций временный протез.

12. При развертывании госпитальной системы нужно проводить профилизацию не только по характеру ранения, но и выделить локализацию и выделить госпитали для бедер, плеча, суставов с соответствующим оснащенным оборудованием и обеспечением ортопедических кадров.

13. Необходимо учесть недостаточное количество ортопедических кадров, в которых будет большая необходимость ближайшие 10–12 лет и крайне нужно в военное время.

14. Необходимо отметить, что имелось затруднения в госпиталях в отношении марли, жиров, обезболивающих средств. Также дефицит в рентгеновских трубках.

15. Для улучшения работы госпиталей, необходимо проводить систематический анализ систематических материалов, обсуждение дефектов в лечебной работе, а также изучению каждого случая с летальным исходом.

16. Вполне себя оправдали и могут быть рекомендованы составление индивидуальных планов лечения и перспективы исхода.

*Главный хирург Отдела эвакуогоспиталей НКЗ ТАССР
Профессор Л.И.Шулутко*

Источник:

Филиал Центрального архива Министерства обороны Российской Федерации (военно-медицинских документов, г.Санкт-Петербург). Ф. 6526. Оп. 61923. Д. 4.

РЕНТГЕНОВСКАЯ ПОМОЩЬ В ЭВАКОГОСПИТАЛЯХ НАРКОМЗДРАВА ТАССР

Из отчета Отдела эвакуогоспиталей Народного Комиссариата Здравоохранения ТАССР за 4 года Великой Отечественной войны с 1941 по 1945 годы. Автор: главный рентгенолог отдела эвакуогоспиталей НКЗ ТАССР Д.Е.Гольдштейн.

Гольдштейн Дмитрий Ефимович (Мовша Хаимович). Родился 21 ноября 1897 года в г. Белостоке в Польше. Окончил Казанский университет в 1924 году, работал там же. С 1928 по 1967 годы в Казанском ГИДУВе. Ученик А.В.Вишневого. 1935 году защитил кандидатскую диссертацию по совокупности работ «Значение метросальпингографии в гинекологии», «Метросальпингография в диагностике опухолей женской половой сферы». В период Великой Отечественной войны основная работа была направлена на подготовку военных рентгенологов, обслуживание раненых в эвакуогоспиталях Казани, совершенствовании рентгенологических методов диагностики травм различных органов. С 1941–1945 годы инспектор по рентгенологии Управления эвакуогоспиталей Наркомздрава РСФСР. В 1942 по 1953 заведующий кафедрой рентгенологии № 1. Во время Великой Отечественной войны главный рентгенолог отдела эвакуогоспиталей НКЗ ТАССР. В 1945 году защитил докторскую диссертацию на тему «Диагностическая ценность и методика фистулографии в клинике боевых травм». С 1946 года профессор. С 1956 года организатор и заведующий кафедры рентгенологии №2 ГИДУВа, которая стала одним из первых радиологических центров в стране. Особое значение имеют труды о болезни Кашина-Бека, остеохондропатиях, ги-



гантоклеточных опухолях. Д.Е.Гольдштейном доказана роль амниона и его аномалий в патогенезе уродств конечностей.

Член правления Всесоюзного и Всероссийского научного обществ рентгенологов и радиологов. Заслуженный врач Татарской АССР (1945). Заслуженный деятель науки Татарской АССР (1958). Награжден орденом Трудового Красного Знамени. Умер 6 марта 1967 года, похоронен на Арском кладбище г.Казани.

Труды по патологии и диагностике травм костной системы, лимфографии.

1. Диагностическая ценность и методика фистулографии в клинике военных травм. Казань, 1943.

2. Материалы к изучению лимфатической системы методом прижизненной лимфографии. Казань, 1949.

3. Вопросы клинико-рентгенологической диагностики закрытых переломов костей. Казань, 1965.

4. Ведение педагогических курсов: «Рентгенодиагностика заболеваний костей, суставов», «Контрастные методы исследования в хирургии и гинекологии», «Вопросы клинико-рентгенологической диагностики закрытых переломов трубчатых костей».

Рентгеновская помощь в эвакогоспиталях Наркомздрава ТАССР за период Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.

Рентгеновский метод исследования в условиях военного времени приобретает особо важное значение, как один из наиболее прогрессивных методов диагностики и лечения. Вполне понятна та ответственность, которая ложится на рентгенолога, и те вполне обоснованные требования, которые предъявляются к рентгенологу в обстановке военного времени.

Роль рентгеновского метода характеризуется тем, что он является нередко решающим в выборе метода лечения – оперативного или консервативного. Рентгеновский метод исследования приобретает особую ценность, когда помимо диагноза, определяется динамика процесса, дается, когда это возможно, прогноз и по серийным снимкам прослеживается эффект лечения и определяется наступило ли излечение.

Работа хирурга, да и терапевта, не мыслится в настоящее время без самого тесного общения с рентгенологом, и положительный результат рентгенологического исследования зависит, в значительной степени, от этого контакта.

В свете этих положений рентгеновская помощь в эвакуогоспиталях системы Татнаркомздрава за период Отечественной войны 1941–1945 годов была обеспечена достаточно широко.

Так, по полугодиям, начиная со второй половины 1942 года рентгеновская сеть госпиталей ТАССР представляются в следующем виде.

Количество рентгеновских кабинетов:

Период	В городе	В районах	Всего
1 й пол. 1943 г.	27	6	33
2 й пол. 1943 г.	25	7	32
1 й пол. 1944 г.	19	7	26
2 й пол. 1944 г.	15	7	22
1 й пол. 1945 г.	14	5	19

Некоторые эвакуогоспитали, не имевшие собственных рентген-установок, прикреплялись для рентгеновского обслуживания к близрасположенным эвакуогоспиталям и обеспечивались последними рентгеновской помощью полностью.

Уменьшение количества рентген-кабинетов объясняется соответствующим уменьшением количества эвакуогоспиталей, вследствие их передислокации вместе с рентген-кабинетом или ликвидацией их и передачей рентген-кабинетов в гражданскую сеть.

Врачей-рентгенологов соответственно работало в эвакуогоспиталях НКЗ ТАССР:

Период	Врачей	Рентген лаборантов
К концу 2-пол. 1942 г.	36	41
1-пол. 1943 г.	27	35
2-пол. 1943 г.	27	30
1-пол. 1944 г.	22	26
2-пол. 1944 г.	21	24
1-пол. 1945 г.	16	19

Эвакогоспитали, не имеющие собственных установок, обслуживались, не менее частично, отдельными рентгенологами и рентгенлаборантами.

Некоторые рентгенологи и рентген лаборанты работали в 2-х эвакогоспиталях – по совместительству.

Уменьшение количества рентгенологов и рентген-лаборантов объясняется отъездом части из них с передислоцируемыми эвакогоспиталями, отчасти реэвакуацией их с разрешения Наркомздрава в связи с ликвидацией эвакогоспиталей.

Недостаток их пополнялся непрерывной подготовкой необходимого количества рентгенологов и рентген-лаборантов на курсах при кафедре рентгенологии Казанского ГИДУВа. Так, за период Отечественной войны было подготовлено 12 рентгенологов и 18 рентген-лаборантов. При кафедре рентгенологии проводились также курсы повышения квалификации уже работающих рентгенологов, на которых прослушивали цикл лекций 23 человека без отрыва от работы.

Общее количество произведенных рентгеновских снимков:

Период	Количество	Что составляет на каждого обследованного рентгенологически
За 2 пол. 1942 г.	180267	114,0 %
1 пол. 1943 г.	61089	110,2 %
2 пол. 1943 г.	61274	102,6 %
1 пол. 1944 г.	55351	106,9 %
2 пол. 1944 г.	36800	99,8 %
1 пол. 1945 г.	29362	100,2 %

Период	Что составляет на каждого обследованного	
	человек	снимков
За 2 пол. 1942 г.	123470	1,5
1 пол. 1943 г.	43344	1,4
2 пол. 1943 г.	59706	1,4
1 пол. 1944 г.	39649	1,4
2 пол. 1944 г.	26013	1,4
1 пол. 1945 г.	18602	1,6

Общее количество произведенных рентгеновских просвечиваний

Период	Количество	Что составляет по отношению ко всем лечившимся
За 2 пол. 1942 г.	65795	49%
1 пол. 1943 г.	28107	50,7%
2 пол. 1943 г.	29470	49,3%
1 пол. 1944 г.	25602	49,4%
2 пол. 1944 г.	19468	43,1%
1 пол. 1945 г.	18061	62,9%

Период	Что составляет на каждого обследованного рентгенологически	
	человек	просвечиваний
За 2 пол. 1942 г.	62537	1,1
1 пол. 1943 г.	26046	1,1
2 пол. 1943 г.	26582	1,1
1 пол. 1944 г.	22853	1,1
2 пол. 1944 г.	16010	1,2
1 пол. 1945 г.	15610	1,2

В практику работ некоторых рентгенологов в зависимости от необходимости и профиля эвакогоспиталя, была включена рентгенотерапия. Так, например, были проведены рентгенотерапевтические процедуры.

	Человек	Процедур
В 1 пол. 1944 г.	453	906
Во 2 пол. 1944 г.	110	517
В 1 пол. 1945 г.	7	349

В ряде эвакогоспиталей Татарской АССР наравне с обычными методами исследования применялась стереорентгенография (ЭГ № 3643, 3996, 1669, 2780, 4493, 4497, 1958, 4642), удаление инородных тел под контролем рентгеновских лучей (ЭГ № 1673, 3643 и др.), определение локализации инородных тел по Пертесу (ЭГ № 1667, 3645, 4490) и т.д. Широко была внедрена в практику работы эвакогоспиталей фистулография (ЭГ № 4490, 2775, 4642, 3652, 1671, 1665, 1667, 3643) и другие.

В отношении оснащенности рентген кабинетов следует сказать следующее. Пленками рентген кабинеты были обеспечены полностью. Ощущался дефицит в некоторых химикалиях, особенно в метоле, которым ТАССР почти совершенно не снабжалась. Перебоев, благодаря проявленной на месте инициативе, в работе рентген кабинетов по указанной причине, однако, в основном не было. Сульфит, поташ и гипосульфит ТР сумела получать от Бондюжского химического завода. Серноокислый барий также производился на месте.

Ощущалось напряженное положение с рентгеновскими трубками и кенотронами, которыми ТР в течении войны не снабжалась, имелась лишь возможность восстановить некоторые выбывшие рентгентрубки (с железным антикатодом, при целой спирали накала и целом стекле). В этом отношении ценную помощь оказал Центральный Институт рентгенологии им. Молотова.

Несмотря на вышеуказанные трудности, все рентгеновские кабинеты эвакогоспиталей Татарской Республики работали бесперебойно, хотя периодически с большим напряжением.

На базе эвакогоспиталей Татарской Республики была проведена большая научно-исследовательская работа в области рентгенологии.

Так, за период с 1943 по 1945 год включительно были сделаны следующие доклады:

1. Доктор Маянская — Рентгенодиагностика травматических повреждений гортани.
2. Доцент Д.Е.Гольдштейн — Значение фистулографии в клинике военной травмы грудной клетки.
3. Доцент А.Н.Кревер — Механизм формирования хронической эмпиемы при травме грудной клетки в рентгеновском отображении.
4. Профессор М.И.Гольдштейн и доктор Ф.Ф.Муртази — Рентгенотерапия длительно незаживающих ран мягких тканей.
5. Профессор Я.Л.Шик — Рентгенологическое исследование огнестрельных ранений с помощью косоугольной проекции.
6. Доктор Л.С.Тябина — Стереорентгенография, как метод определения глубины залегания инородных тел.
7. Доцент М.С.Перлин — Рентгенотерапия боевой травмы в условиях эвакогоспиталя.

8. Доктор Л.С.Тябина — Опыт применения контрастной рентгенодиагностики при остаточных плевральных полостях.
9. Профессор Я.Л.Шик — К миграции металлических осколков.
10. Доктор П.Я.Неговский — Рентгенодиагностика инородных тел в связи с их баллистическими свойствами (2 сообщения).
11. Профессор Мурзин, профессор Лозанов и доктор Файзуллин — Комбинированные ранения орбиты, носа и его придаточных полостей (клинико-рентгенологическое исследование).
12. Доцент Д.Е.Гольдштейн и доктор Н.И.Любина — Уретра-пиелофистулография в клинике военной травмы мочеполовой системы.
13. Доцент М.И.Шалагин и доцент А.Н.Кревер — Клинико-рентгенологические формы закрытого пневмо-гематорокса.
14. Доцент Д.Е.Гольдштейн — Значение фистулографии в диагностике огнестрельных ранений лицевого скелета.
15. Доктор М.Х.Файзуллин — Рентгенодиагностика огнестрельных повреждений орбиты.
16. Доцент Кревер — Некоторые вопросы рентгенодиагностики при ранениях грудной клетки.
17. Доцент Д.Е.Гольдштейн — Фистулография в клике кишечно-каловых свищей при огнестрельных ранениях кишечника и таза.
18. Профессор Л.И.Шулутко и доцент Д.Е.Гольдштейн — Фистулография в клинике травм военного времени.
19. Доцент Д.Е.Гольдштейн — Организация рентгеновской помощи и методика работы рентгенолога в условиях эвакуогоспиталя.
20. Доцент Д.Е.Гольдштейн — Фистулография. Современное положение вопроса.
21. Доцент Д.Е.Гольдштейн и профессор М.И.Гольдштейн — Итоги первого совещания главных рентгенологов в г.Москве и задачи рентгено-радиологической помощи в Татарии.
22. Доктор М.Х.Файзуллин — Ошибки в рентгенодиагностике инородных тел, залегающих в глазу, орбите и смежных областях.
23. В.И.Новиков — Режим рентгеновской диагностической трубки.
24. Доцент Д.Е.Гольдштейн и профессор Г.С.Циммерман — Фистулография в клинике свищей и абсцессов мозга после огнестрельных, черепно-мозговых ранений.
25. Доктор М.Х.Файзуллин — Рентгенологическая характеристика орбитально-черепных ранений.

26. Доцент А.Н.Кревер, доцент М.И.Шалагин – Диагностика легочно-плевральных осложнений при ранениях груди в клинико-рентгенологическом освещении.

27. Доцент М.С.Перлин – Рентгенотерапия паратравматической экземы 28. Ряд демонстраций.

Некоторые доклады были сделаны на объединенных заседаниях Общества рентгенологов с обществами хирургов, терапевтов, офтальмологов и на пленумах Совета эвакогоспиталей ТНКЗ.

Доклад № 19 Д.Е.Гольдштейн был сделан на 1-м Всесоюзном Пленуме Госпитального Совета в 1941 году.

Доклад №20 Д.Е.Гольдштейн был сделан на Всероссийском совещании главных рентгенологов в г.Москве в июне 1944 года.

Доклад №2 Д.Е.Гольдштейн был сделан на Всероссийском Совещании по воспалительным осложнениям огнестрельных ранений органов грудной клетки в г.Москве в июне 1944 года.

Кроме того, в июне 1945 года, доцентом Д.Е.Гольдштейном была защищена докторская диссертация, проведенного на материале Эвакогоспиталей на тему «Диагностическая ценность и методика фистулографии в клинике боевых травм».

Часть докладов, сделанных в Обществе рентгенологов, напечатаны, некоторые находятся в печати.

Эвакогоспитали были обеспечены высококвалифицированной консультацией профессоров и доцентов рентгенологов-преподавателей кафедры рентгенологии ГИДУВа и Мединститута.

Общее руководство обеспечивалось главным рентгенологом ТНКЗ доктором медицинских наук Д.Е.Гольдштейном.

*Главный рентгенолог отдела эвакогоспиталей НКЗ ТАССР
Д.Гольдштейн.*

Источник:

Филиал Центрального архива Министерства обороны Российской Федерации (военно-медицинских документов, г.Санкт-Петербург). Ф. 6526. Оп. 61923. Д. 4.

ФИЗИОТЕРАПИЯ В ЭВАКУАЦИОННЫХ ГОСПИТАЛЯХ НАРОДНОГО КОМИССАРИАТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАТАРСКОЙ АССР

Из отчета Отдела эвакуогоспиталей Народного Комиссариата Здравоохранения ТАССР за 4 года Великой Отечественной войны с 1941 по 1945 годы. Автор: старший инспектор-консультант по физиотерапии отдела эвакуогоспиталей НКЗ ТАССР Я.В.Хорош.

Хорош Яков Владимирович, родился 21 ноября 1896 года в г. Самара. Окончил медицинский факультет Казанского университета в 1923 году. До Великой Отечественной войны работал ассистентом кафедры физиотерапии Казанского ГИДУВа. Во время войны был назначен начальником ФТО эвакуогоспиталя № 996. С мая 1942 года старший инспектор-консультант по физиотерапии отдела эвакуогоспиталей НКЗ ТАССР. После войны продолжил работу на кафедре Казанского ГИДУВа, доцент.



Физиотерапия в эвакуационных госпиталях НКЗ ТАССР

Первые десять эвакуогоспиталей, развернутых в начале войны, получили хорошее оснащение, аппаратуру преимущественно из мобилизационных запасов. В этих же эвакуогоспиталях одновременно с организацией электро-свето-кабинетов начали функционировать торфолечебницы и несколько позднее стали применять парафин.

Следующая группа эвакуогоспиталей получила часть аппаратуры со складов НКЗ, часть приобрела в магазине ГАПУ и некоторые аппараты из лечебных учреждений города.

Последующие формирования (3–4 очереди) строили свои физиотерапевтические кабинеты постепенно собирая аппаратуру за аппаратом из разных источников. Начальник эвакуогоспиталя 3995 тов. Юрина собирала брошенные неработающие аппараты, части аппаратов и с помощью квалифицированного физiotехника исправив их организовала неплохой кабинет. В этом небольшом, на 200 коек, госпитале, был неплохо оснащен всем необходимым электро-свето-кабинет, скоро развернулось и парафинолечение.

В госпиталях 996, 1667, 1671, 1311, 2780, 2782, 2778, 3656 было организовано лечение кварцем и соллюксом в перевязочных. В этих же эвакуогоспиталях и в эвакуогоспиталях 3643, 3645, 3651, 3995 переносная аппаратура использовалась для отпуска процедур тяжелым больным в палатах. В перечисленных эвакуогоспиталях проводилась парафинотерапия у постели раненого.

Однако в ряде эвакуогоспиталей 1907, 1908, 2784, 2785, 3646, 3647, 3652, 3652, 3654, 3655, 3992, 4492, 4494 было лишь по одному аппарату или совсем не было физиотерапевтической аппаратуры в первый год войны.

Таким образом, ко второму году войны наряду с многообразной, полноценной физиотерапевтической помощью в госпиталях 1–2-й очереди формирования, мы имели и почти полное отсутствие физиотерапии в ряде госпиталей Казани и особенно в госпиталях, расположенных в районных центрах ТАССР.

В конце первого года войны специальная комиссия (профессор Шулутко – ортопед, доцент Клячкин, ассистент Хорош – физиотерапевты и доктор Казаков – специалист по ЛФК) по заданию НКЗ ТАССР и ЭП 48 обследовали состояние функциональной терапии в эвакуогоспиталях г.Казани. Оказалась, что наряду с эвакуогоспиталями 1667, 996, 1668, 1671, 1678, 1665, 1669, 1670, 1311, 3643, 2778, 2780, 2782, и др. мы имели в то время ряд госпиталей, где несвоевременная ортопедическая помощь сочеталась с чрезвычайно слабым использованием лечебной физкультуры и физиотерапии. Доклад комиссии с выступлением всех членов комиссии на объединенном заседании научных обществ г. Казани совместно с врачами эвакуогоспиталей привлек внимание всей аудитории и вызвал оживленные прения.

В результате обследования, заключения комиссии и предложений на докладе комиссии последовали указания руководства ОЭГ по вопросу улучшения функциональной терапии.

В мае 1942 года была учреждена специальная должность старшего инспектора-консультанта по физиотерапии при ОЭГ, до этого времени ни в ОЭГ НКЗ ни в ЭП 48 специального руководства этим разделом не было. Лишь при эвакуации НКЗ РСФСР и Управления ЭГ НКЗ РСФСР в г.Казань популяризацией и внедрением физиотерапии, и особенно неаппаратной, в работу эвакогоспиталей, занимался старший инспектор-консультант Управления ЭГ НКЗ РСФСР Томазов.

Доктор Томазов особенно продвинул использование парафинотерапии в ЭГ ТНКЗ.

В результате указанных мероприятий на второй год войны физиотерапевтическая помощь в ЭГ ТНКЗ возросла количественно (в 1-й год войны общее количество физиотерапевтических процедур составляло 2383809, во второй год 3673680) и повысилась качественно. За второй год войны увеличилась вдвое охват раненых видами неаппаратной физиотерапии (торфолечение, парафинотерапия и др.), с 10% неаппаратной физиотерапии первого года войны вырос на 2-й год до 20%. На специальных конференциях, созываемых инспектором ОЭГ совместно с методическим физиотерапевтическим центром, были заслушаны доклады врачей-физиотерапевтов эвакогоспиталей на тему «Физиотерапия вялозаживляющих ран и трофических язв».

Докладчики: начальник ФТО ЭГ 2782 – Хорошева, ЭГ 1667 – Плетнева, ЭГ 4497 – Слуцкая, ЭГ 1671 – Дук сообщили о результатах наблюдений парафина высокой температуры (80–120 градусов).

Результаты – большой процент заживления со значительным сокращением койко-дня. Начальник ФТО ЭГ 4496 Иванцова доложила о действиях больших доз УФ (15–20 био) при ранах после отморожения 3–4 степени. На материале 70 случаев докладчица показала хорошие результаты этой методики.

Доктор Слуцкая доложила о хорошем результате применения ионофореза физиологическим раствором при вялотекущих ранах. Доктор Белоусова с ЭГ 3644 поделилась опытом лечения трофических язв цинк-ионофорезом.

После этой конференции методика лечения указанной боевой травмы, опубликованная и опробованная, нашла свое применение во всех

ЭГ нашей системы. Особенно широко начали применять лечение парафином высокой температуры. В нескольких ЭГ применяли парафин по методу доктора Носкова (закрытие раны парафином 60 градусов на 6 дней).

Результаты лечения парафином были более благоприятны, что было нами (доктор Хорош Я.В.) отмечено в сообщении на Республиканской конференции в 1943 году в г. Казани и на межобластной конференции по физиотерапии в г. Горьком в конце 1943 года. Вслед за конференцией врачей-физиотерапевтов была проведена межгоспитальная конференция медсестер ФТО.

В ряде докладов и демонстраций больных были освещены вопросы современной методики и техники лечения боевых травм.

На следующей конференции врачей-физиотерапевтов совместно с медсестрами ФТО были освещены вопросы ошибок физиотерапевтической практики и даны установки организационного порядка по вопросу о более целесообразном правильном обслуживании физиотерапевтическими методами раненых и больных госпиталей, об улучшении документации (систематические записи в истории болезни, специальных процедурных картах) и наконец по вопросу о правильной статистике и учете. Было предложено учитывать физические лица лечившихся, а не процедура-лица, предложено выводить показатели охвата процента раненых физическими методами и количества процедур на одного лечившегося.

Врачам физиотерапевтам предложено было участвовать в комплексных обходах, начиная с момента прибытия раненого или в первые дни обсервационных палат.

Конференции с обменом опыта лечения, инструктивные совещания создавали новый подъем качества обслуживания физическими методами. Сроки назначения на лечение физическими методами снизились до 3–10 дней, процент охвата раненых физическими методами: с 40% – 1-го года войны, 64,2% – 2-го года войны, поднялся до 68,2 % в 3-й год войны.

Количество процедур на одного лечившегося: 1-го года войны – 8,8 увеличилось на 2-й год до 14,6 и в 3-й год до 22,3.

Неаппаратная физиотерапия дала 22,4% видов лечения в 3-й год войны.

В районах (эвакогоспитали 2784, 2785, 3652, 3653, 3654, 3655) было организовано глинолечение. В районном эвакогоспитале 3656 начальником ФТО – врачом Шуман было проведено наблюдение о действии торфолечения при контрактурах. Доклад на эту тему был сделан ею на межгоспитальной конференции врачей физиотерапевтов г.Казани и на межобластной конференции в г.Горьком.

Начальник ФТО районного ЭГ 3652 доктор Ровня сделала сообщение о своеобразной зигзагообразной диатермии при некоторых формах поражения периферической нервной системы на межгоспитальной конференции районных эвакогоспиталей. Она же поделилась опытом организации солнцелечения при ранениях мягких тканей. Там же доктор Белоусова сообщила о благоприятных результатах новокаин-ионофореза при алгическом и каузалгическом синдромах после травм периферической нервной системы.

В ФТО ЭГ 3643 и 2778, работавших на базе клиник ГИДУВа (ЭГ 3643) и мед. института (ЭГ 2778), продолжались наблюдения о действиях УВЧ (ЭГ 2778, доцент Гринберг) и КУФШ (ЭГ 3643, профессор Франк и доцент Клячкин) при каузалгиях. Доцент Гринберг в сообщении на конференции на базе ЭГ 2778 поделился хорошими результатами при указанном синдроме УВЧ-терапии. Автор получил, в большом проценте случаев, исчезновение и снижение боли и отметил благополучные сдвиги вегетативной нервной системы. Короткие УФ лучи (КУФЛ) биологически очень активные оказались эффективными при каузалгическом синдроме, преимущественно на почве контузии нерва, менее действительными при перерыве нерва и нахождении в рубцах.

Авторы (Франк, Клячкин) устанавливают диагностическое значение КУФЛ при контузионном поражении периферической нервной системы.

В сообщении ст. инспектора доктора Хорош на межгоспитальной конференции и общества хирургов по вопросу об отморожениях был освещен вопрос физиотерапии отморожения и продемонстрирован метод открытого лечения отморожения под каркасом с лампочкой в чередовании с облучением кварцем.

В работе по вопросу о действии УВЧ при каузалгиях доктор Иорданская (ЭГ 2780) вновь подтверждает эффективность этого метода. Она же на материале в ... (в документе пропуск. – А.З.) случаях остеомиелита показывает ценность этого метода. В ... случаях получали благоприятный эффект, в ... случаях произошло отхождение секвестров,

свищи закрылись и динамические рентген-снимки показали хорошую картину восстановления кости.

Работа доцента Клячкина, докторов Михлиной и Лангерман о действии УВЧ при проникающих ранениях грудной клетки устанавливают высокую ценность этого метода при ... (далее в документе пропуск. — А.З.).

...

Четвертый год войны характеризуется использованием в практике физиотерапевтических кабинетов наших госпиталей углубленных методов лечения, ранних сроков назначения на физиолечение (3–5 дней) с момента поступления, более правильным учетом процедур. Повышению качества работы способствовало использование накопленного и полученного в результате обмена опытом лечения физическими методами и проводимое соц. соревнование ФТО госпиталей на лучшие кабинеты и лучших работников.

На специальной конференции, посвященной соц. соревнованию, были оглашены требования и показатели работ.

Специально выделенными комиссиями врачей физиотерапевтов и мед. сестер ФТО проверялась работа всех ФТО эвакогоспиталей в начале и в конце его.

1 мая 1945 года мы могли отметить грамотами врача ЭГ 3651 Малкину и врача ЭГ 5866 Меголовскую и мед. сестру ЭГ 1671 Лукошину за хорошую постановку работы и высокие показатели.

На конференции врачей ФТО доктор ЭГ 1908 Рейнус поделилась опытом лечения некоторых поражений глаз парафином с весьма благоприятным результатом.

Доктор Меголовская (ЭГ 5866) сообщила о хороших результатах торфолечения при контрактурах и доктор Ларионова (ЭГ 1669), об эффективности применения УФ лучей в сочетании с соллюксом при некоторых последствиях ранений грудной клетки.

Перечисленные выше научно-практические наблюдения, сообщения на конференциях врачей-физиотерапевтов на госпитальных и общих межгоспитальных конференциях значительно повысили интерес к физиотерапии как у физиотерапевтов, так и у врачей других специальностей, и повысили качество обслуживания физиотерапией. Росту количественному и качественному физиотерапии способствовала постоянная наша забота о подготовке кадров. За 4 года войны курсы специализа-

ции по физиотерапии ГИДУВа прошло ... (в документе пропуск. – А.З.) врачей и ... медсестер.

Все начальники ФТО эвакогоспиталей прошли курсы и ряд врачей другой специальности также прошли курсы.

Это дало нам возможность при передислокации эвакогоспиталей из Казани и размещении эвакогоспиталей вместо ушедших, быстро заполнить место ушедших с госпиталем физиотерапевтов и медсестер и удерживать на достаточной высоте обслуживание физиотерапией.

Передислокация из Казани крупнейших эвакогоспиталей (1668, 1667, 1673 и др.) в первое полугодие 4-го года войны, свертывание ряда эвакогоспиталей во 2-е полугодие 4-го года войны привело к снижению количества процедур в этом году до 2 миллионов.

Однако качественные показатели работы дали рост по сравнению с предыдущими годами – процент охвата количества процедур вырос до 38,4% на одного лечившегося. Сохранение такого высокого уровня работы достигнуто было большим напряжением сил сотрудников врачей и медсестер.

В ряде эвакогоспиталей хорошему состоянию физиотерапевтической помощи способствовали руководители госпитального дела ТАССР и руководство госпиталя. Считаю необходимым здесь отметить большую работу в деле развертывания физиотерапевтических учреждений в системе ЭГ ТНКЗ доцента Л.И.Клячкина. Главный хирург ТНКЗ профессор Л.И.Шулутко во всех своих выступлениях, при инспектировании ЭГ, уделял чрезвычайно большое внимание физиотерапии. Активно способствовали хорошей организации ФТО и постановки физиотерапевтической работы следующие эвакогоспиталей:

ЭГ 1311 – бывший начальник госпиталя, ныне начальник ОЭГ Бикчурин Ш.В., ведущий хирург Шубин В.Н.,

ЭГ 1667 – начальник ФТО Плетнева, начальник ЭГ Нисенбаум И.М.,

ЭГ 3651 – начальник ФТО Малкина ,

ЭГ 2782 – начальник ФТО Хорошева, начмед Бекжанова,

ЭГ 3656 – начальник ФТО Шуман (она же начмед), начальник ЭГ Кагановская,

ЭГ 3995 – начальник ФТО Трейман, начальник ЭГ Юрина,

ЭГ 996 – начальник ФТО Хорош, начальник ЭГ Шухман,

ЭГ 2780 – начальник ФТО Иорданская, начальник ЭГ Горшенин,

ЭГ4642 – начальник ФТО Соломонова, медсестра ФТО Краснянская,

ЭГ 1671 – начальник ФТО Юдкеевич, медсестра ФТО Луконина,

ЭГ 5873 – начальник ФТО Иванцева,

ЭГ 5867 – начальник ФТО Дубровина, медсестра Лифтина, начальник ЭГ Свержинская Б.Я.,

ЭГ 4494 медсестра ФТО Тинарская.

Говоря выше о трудностях, которые приходилась преодолевать ФТО госпиталей, я не конкретизировал, остановлюсь на них. Во все годы войны ощущался недостаток не только в аппаратах (гальванических, диатермий, дАрсонваля и УВЧ), в главном образом в запчастях и деталях к аппаратам. Из-за отсутствия горелок кварцевых (за время войны было получено 130 горелок ПРК-2, ПРК-4 низкого качества) ламп для соллюксов, для полусветовых кенотронных ламп, часто бездействовала аппаратура. Отсутствие вольфрамовых контактов диатермий, конденсаторов, останавливало эту аппаратуру. Лишь на рынке по чрезвычайно высоким ценам можно было приобрести необходимые вещи. Кустарь физиотехник ремонтировал аппаратуру по произвольным расценкам. Отделение ГАПУ так и не выполнило приказов НКЗ СССР об организации мастерской по ремонту аппаратуры. Работа ФТО госпиталей не останавливалась. Но аппаратура свернутых после победы над фашистами госпиталей, сдаваемая на склады НКЗ ТАССР, требует значительного ремонта, некомплектны.

Для обеспечения бесперебойной работы ФТО госпиталей для инвалидов Отечественной войны и гражданской сети срочно требуется пополнение вышеперечисленными дефицитными деталями. Требуется также категорическое указание Наркома Здравоохранения РСФСР местным отделам ГАПУ об организации мастерской по ремонту физиоаппаратуры.

В заключении хотелось бы указать, что для правильной постановки физиотерапевтической помощи, для возможности получения учета результатов работы и обобщения опыта работы колоссальной сети физиотерапевтических учреждений, необходимо создать единую легализованную апробированную форму отчетности и документации.

Существующая форма отчетности и документации в военно-санитарных и гражданских учреждениях не дает возможности правильной оценки работы отдельных физиотерапевтических учреждений, тем более сети их.

Правильная форма учета деятельности ФТО, намеченная в инструктивном Указании Управления эвакуогоспиталей НКЗ РСФСР от 28.08.1944 года должна быть оформлена, проведена через соответствующие инстанции, как обязательная.

Это значительно обогатит и создаст возможности широких обобщений – соответствующих выводов.

Старший инспектор-консультант по физиотерапии отдела эвакуогоспиталей Минздрава ТАССР

Я.Хорош.

Источник:

Филиал Центрального архива Министерства обороны Российской Федерации (военно-медицинских документов, г.Санкт-Петербург). Ф. 6526. Оп. 61923. Д. 4.

ОТЧЕТ О РАБОТЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО ГОСПИТАЛЯ НАРОДНОГО КОМИССАРИАТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАССР

Автор: ведущий хирург эвакогоспиталя № 2783 К.А.Корчагина.

Корчагина Клавдия Александровна родилась в 1904 году. Мордовка. Окончила Казанский стоматологический институт. В 1940 году во время Советско-финляндской войны работала ведущим челюстно-лицевым хирургом в эвакогоспиталях Казани. Во время Великой Отечественной войны была ведущим хирургом челюстно-лицевого госпиталя в г.Казани. Работала ассистентом на кафедре хирургической стоматологии Казанского стоматологического института.

С созданием в 1945 году Казанского Государственного научно-исследовательского института травматологии и ортопедии работала в челюстно-лицевой клинике этого института. В 1948 году защитила кандидатскую диссертацию на тему «Материалы к вопросу о замещении дефектов нижней челюсти огнестрельного происхождения свободным аутотрансплантантом».

О кандидате медицинских наук, челюстно-лицевом хирурге Корчагиной Клавдии Александровне мы знаем мало. В истории стоматологии г.Казани имя Корчагиной К.А. почти не упоминается, безусловно этот недостаток должен будет исправлен.

Опубликованные научные работы:

1. Остеопластика дефектов нижней челюсти. Казанский научно-исследовательский институт ортопедии и восстановительной хирургии // Труды института. Том 1. 1947.

2. Травматизм челюстно-лицевого отдела в условиях мирного времени // Труды КНИИТИВХ. Том 3. 1949.

3. Рентгенологическая оценка состояния костного трансплантата, примененного при огнестрельных дефектах нижней челюсти // Сборник рефератов научных работ. КНИИВХО. 1957.

4. Отдаленные результаты лечения инвалидов Отечественной войны с последствиями травм челюстно-лицевой области // Труды КНИИТВХ. Том 3 .1949.

5. Причина продолжительного существования огнестрельных слюнных свищей. Труды КНИИТВХ. Том 3. 1949.

6. К вопросу о пластике носа и остеопластике нижней челюсти. Тезисы докладов итоговой научной сессии, посвященной 15-летию института. 1960.

7. Транспортный травматизм челюстно-лицевого отдела по материалам Казанского научно-исследовательского института ортопедии и восстановительной хирургии и Республиканской стоматологической больницы // Сборник рефератов научных работ КНИИТО. 1961.

8. Отдаленные результаты хирургического лечения больных челюстно-лицевого профиля // Сборник рефератов научных работ КНИИТО. 1961.

9. Применение комбинаций антибиотиков в челюстно-лицевой хирургии // Сборник рефератов научных работ КНИИТО. 1961.

10. Корчагина К.А., Еселевич А.Я. К вопросу о применении пенициллина в практике челюстно-лицевой хирургии // Сборник рефератов научных работ. КНИИТО. 1961.

Источники:

1. Филиал Центрального архива Министерства обороны Российской Федерации (военно-медицинских документов, г.Санкт-Петербург). Ф. 7357. Оп. 63054. Д. 1.

2. Диссертации, выполненные в Казанском государственном научно-исследовательском институте травматологии и ортопедии в 1948–1959 гг.: Краткие аннотации / М-во здравоохранения РСФСР. Казан. гос. науч.-исслед. ин-т травматологии и ортопедии. — Казань: Изд-во Казан. ун-та, 1960. — 70 с.

Отчет о работе челюстно-лицевого госпиталя
Народного Комиссариата здравоохранения ТАССР
за период Великой Отечественной войны

Работа специализированного челюстно-лицевого госпиталя г. Казани за период Отечественной войны в зависимости от близости расположения линии фронта и характера контингентов поступающих челюстно-лицевых раненых (ЧЛР) можно подразделить на несколько этапов,

так как в зависимости от вида ранений, от характера регенеративных и воспалительных изменений в ране, количества пройденных этапов и характера специализированной помощи в пути следования или отсутствия её менялся состав обслуживающего профиля и изменялся характер работы госпиталя.

1 этап работы госпиталя протекал в условиях приближающейся линии фронта и охватывает период 1941–1942 годов. Данный период характеризовался нарастанием количества ЧЛР и увеличением коечного фонда. В этот период работы госпиталя пришлось встретиться с весьма неравномерным (количественным и в смысле времени) поступлением ЧЛР. Эта неравномерность была обусловлена особенностями военной обстановки и расположением госпиталя. Наряду с поступлением раненых сроком до 10 дней (13,3%) например, осенью 1942 года, когда эвакуация была возможна водным транспортом, раненые поступали непосредственно с фронта, большое количество раненых поступало в сроки свыше 20 дней (57,3%) и даже в сроки свыше 60 суток (13,5%). Единственные случаи поступления наблюдались и в сроки свыше 110 дней.

Количество проведенных этапов также колебалось. Большая часть раненых прошли от 1 до 5 этапов эвакуации (56,6%), в этот период работы госпиталя выписано 2451 человек.

По характеру ранения распределялись:

1. С повреждением челюстно-лицевых костей 34,2% 2059 человека, из них:

а) с повреждением челюстей 77,9% 1906 человека.

б) с повреждением скуловой кости 2,4% 32 человека.

в) с повреждением верхней челюсти и скуловой кости 2,9% 71 человек.

2. Изолированные ранения мягких тканей 0 человек.

3. Другие локализации 1% 25 человек

4. Стоматологические заболевания 1,1% 27 человек.

Детализируя повреждения челюстей, имели:

а) с дефектами верхней челюсти 5,9% 119 человек.

б) с дефектами нижней челюсти 9,9% 247 человек

По степени тяжести повреждения ЧЛР распределялись следующим образом: легкие 19%, средне тяжести 56%, тяжелые 25%.

К группе легких ранений отнесены небольшие ранения наружных покровов лица с односторонним повреждением тела нижней челюсти, линейным или крупнооскольчатым, с повреждением альвеолярных отростков и зубов. Эта группа раненых характеризовалась малым обезображиванием с небольшими функциональными расстройствами.

К группе с ранениями средней тяжести отнесены ранения с повреждениями мягких тканей лица (носа, щек, губ) с повреждением скуловой кости и другие с переломами тела верхней и нижней челюсти без больших дефектов костного вещества с повреждением гайморовой пазухи.

При этом у части раненых были повреждены также и те отделы, которые указаны для группы легко раненых, а именно: альвеолярные отростки и зубы. Встречались также повреждения лицевого нерва. Часть группы раненых характеризовалась довольно значительным обезображиванием и небольшими функциональными расстройствами, а другая — значительными функциональными расстройствами и небольшим обезображиванием.

К группе тяжелых ранений отнесены раненые с переломами нижней челюсти сопровождаемыми обширными дефектами костного вещества, с дефектами носа или с полным разрушением, с дефектами альвеолярного отростка и зубов, с повреждением обеих челюстей. Эта группа раненых отличалась значительным обезображиванием и значительными функциональными расстройствами.

Имелись единичные случаи поступления раненых с полным отрывом дна полости рта с полным отсутствием нижней челюсти, а также случаи с обширным ранением лица, когда полость носа, пазух и рта сливались в одно общую полость широко раскрытую спереди.

Первый период работы госпиталя характеризовался большим количеством раненых, не получивших в пути следования, ни на передовых этапах, ни в госпиталях внутренних районов, ортопедической помощи. В 42,1% случаях поступивших наблюдались невообразимое сближение краев раны и неправильная фиксация отломков.

У раненых, поступивших с не оказанной специальной помощью на передовых этапах, ни в госпиталях внутренних районов ортопедической помощи, в 42,1% случаях раненые поступали не шинированными, в 10% случаях несвоевременное сближение краев раны и неправильная фиксация отломков.

У раненых, поступивших с не оказанной специальной помощью на предыдущих этапах эвакуации, имелась при поступлении в госпиталь в 70% случаях клиническая картина стойких деформаций, выразившихся в случаях позднего поступления в наличии:

- а) под острого или хронически протекающих остеомиелитических процессов челюстно-лицевых костей,
- б) воспалительных изменений в мягких тканях раневой поверхности,
- в) обезображивающих рубцов,
- г) выраженных контрактур,
- д) неправильно сросшихся переломов,
- е) несросшихся переломов.

В случае более раннего поступления с наличием:

- а) остро протекающих остеомиелитических процессов челюстно-лицевых костей,
- б) зияющих ран приротовой области, с отрезанными, висящими на ножках частях губ, носа, и подвижными костными фрагментами.

При таком значительном объеме несвоевременно обработанных раненых и вызванных данным обстоятельством большого количества осложнений у них – работа специального госпиталя представлялись исключительно сложной и трудной, особенно если учесть недопоставок подготовленных кадров челюстно-лицевых хирургов и ортопедов и ограниченности специального оборудования.

Тем не менее, основное ядро коллектива госпиталя составляющих из квалифицированных работников кафедры хирургической и ортопедической стоматологии Казанского Государственного Стоматологического Института провело исключительную большую организаторскую и лечебную работу по восстановлению здоровья и возвращения в строй доблестных бойцов и офицеров Красной Армии.

За первый период работы госпиталя было возвращено в строй 74,4% – 1823 человека, уволено в запас 6–12 месяцев и вовсе из Красной Армии – 24,3 % – 609 человек, умерло 0,3% – 29 человека.

Такой положительный результат в работе достигнут благодаря налаженной работе коллектива, курсовыми мероприятиями по усовершенствованию врачей и среднего медицинского персонала и широкому применению современных методов хирургического и ортопедического лечения, хотя, как много будет указано, позже были и некоторые недос-

татки, в местах работы, которые были в следующие этапы заменены другими методами, дающими более быстрый положительный эффект.

Лечебная работа определялась характером ранения и была довольно разнообразна.

Являлось обязательным в диагностике всех описанных ранений рентген обследование, за исключением легких случаев, где не было никаких оснований думать об инородных телах, и подозревать поражение костей или воспалений придаточных пазух носа. На каждого раненого в среднем приходилась 2,2 снимка.

Диагностическая лаборатория, как правило, исследовала всем раненым кровь, мочу и проводила другие анализы по назначению врачей.

Всего проведено 2122 операций. Хирургическая активность составляла 56,7%. Из числа произведенных операций – пластические операции составляли 23,3% – 489 операций, секвестротомия челюстно-лицевых костей 24,0% – 793 операций. Операция вскрытия поднадкостничных гнойников, околочелюстных флегмон и гнойных затеков 15,1% и 28,6% 279 операций. Прочих операций 147, куда вошли операции по поводу закрытия слюнных свищей 1,6%, радикальной операции гайморовых пазух 1,5%, энуклеация глаз 1,7%, перевязка наружных сонных артерий 0,4%, удаление инородных тел 414 операций.

Из пластических операций в 45% случаях были проведены операции на мягких тканях, приротовой области для восстановления частично разрушенных органов лица, губ, щек и носа за счет использования остатков губ и мускульной стенки щеки.

В 27,0% случаях был наложен вторичный шов, при отсутствии первичной и целесообразной обработки челюстно-лицевых ранений в войсковом районе и других этапах эвакуации в госпитале производилась накладывание вторичного отсроченного шва. При большом количестве раненых вторично отсроченный шов в наших условиях является одним из эффективных способов ускорения заживления раны. Вторичный шов накладывается на разных сроках в зависимости от времени поступления от 8-го до 30 дня, с лучшими результатами в раннее сроки.

Наложение вторичного шва производилось с предварительным освежением краев раны под местной анестезией. Края раны освежались во всю толщину и затем на ткани послойно накладывались швы из кетгута, а на кожу из шелка и волос добавлением нескольких ситуационных проволочных швов для большой прочности фиксации.

В 78% имелось полное заживление ран тонким линейным рубцом и только в 22% случаях наблюдалось частичное прорезывание швов, не оказавшее однако влияние на получение хорошего анатомического и функционального результата.

Нами проводились наложение вторичных швов и в условиях инфицированной раны с повреждением костного лицевого скелета и сопутствующего остеомиелита. В этих случаях края раны сближаясь ситуационными швами с маленьким количеством швов из шелка и из волос с обязательным введением дренажа, обеспечивающего отток раневого секрета.

При тотальных и субтотальных дефектах верхней и нижней губы были использованы лоскуты взятые из щек и с шеи. Эти методы давали хороший функциональный результат и косметический эффект при значительной меньшей затрате времени, нежели с Филатовским стеблем. Применялись способы Дифенбаха, Омбредана, Брупса, Седилло, Израэля и другие, но чаще всего пользовались модификациями этих способов, в зависимости от анатомических изменений в каждом отдельном случае. Такого рода операции встречались в 18% случаях.

При обширных дефектах мягких тканей подбородка с потерей всей нижней губы и значительной части одной или обеих щек, отсутствием носа или его дефектом, пользовались Филатовским стеблем (в 10%), как способом дающим в этих случаях анатомический результат и условия для костной пластики и последующего свободного протезирования.

Во всех случаях пластики местными тканями, или Филатовским стеблем, им до производства операции проводили предварительное протезирование.

При оперативных вмешательствах по поводу инородных тел, до 20% из них находилась на поверхности лицевого скелета, не представляли больших затруднений в диагностике и топографии и могли быть удалены на предыдущих этапах.

Секвестротомия челюстно-лицевых костей проведена в 69% случаев к общему количеству проведенных операций. Нужно отметить, что в этот период мы придерживались консервативного метода лечения и ранее 2-х месяцев, а иногда и дольше не приступали к секвестрэктомии и ревизии свищевого хода, особенно если процесс с самого начала протекал спокойно без обострений.

Ортопедическое лечение проводилась в большом проценте случаев (96%) проволочными алюминиевыми шинами, преимущественно биметаллическими шинами, а также алюминиевыми шинами съёмными каучуковыми шинами в 22%, что подтверждает ранее отмеченное положение о значительном проценте повреждение челюстей с дефектами костей.

Наряду с широким применением хирургических методов лечения и оказание ортопедической помощи были широко использованы и консервативные методы лечения, как электросветовое лечение, механотерапия, диетпитание.

Питание челюстно-лицевых раненых было организовано под руководством врача по питанию Велисовой Ю.В. В целях рациональной организации питания челюстные раненые распределялись на 4 группы.

В организации питания учитывались специфичность ранения рта, наличие шин, дефектов мягких и костных тканей приротовой области и языка, лишаящих возможность захвата пищи ртом, нарушение функции жевания, передвижения пищи в глотку и глотания, и также общее состояние раненого.

Учитывая все эти особенности, раненым назначались диетпитание, при этом стол разделяется на 4 категории (группы).

1. стол трубчатый – составлял 5%,
2. стол тоже жидкий, но преобладанием плотных веществ, составлял 32,0%,
3. стол мягкий составлял 50%,
4. стол 15, стол по Повзнеру.

Общий стол давался при наличии хорошей консолидации, в период привыкания раненых к зубным протезам, при достаточном раскрытии полости рта или при наличии небольших остеомиелитических процессах.

2-й период работы госпиталя прошел в условиях удаления линии фронта в период наступательных боев и охватывает 1943 год. Количество ЧЛР уменьшалось, сократилось и количество штатных коек против второй половины 1942 года на 25%.

Ранения с повреждением костной системы увеличились на 4,9% с 84,1% до 89%, главным образом за счет увеличения процента ранений с дефектами челюстей от 35,9% до 54,4%, т.е. на 15,5% (с дефектами верхней челюсти – 6,5%, с дефектами нижней челюсти 47,9%). Тогда

как процент ранений в мягкие ткани снизилась на 3,8% — с 13,4% до 9,6%.

В госпиталь поступал контингент раненых, получивших специальную помощь на предыдущих этапах эвакуации, в большом процентном отношении, так как процент шинированных увеличился на 20,4% — до 78,3%, с 57,9% 1942 года.

В лечении раненых произошли изменения в сторону:

1. Активной хирургической терапии травматических остеомиелитов челюстей (процент оперативной активности увеличился на 14,2% с 39,0% до 52,2%) на возможно ранних сроках его проявления с целью укорочения периода заживления. Это мероприятие благотворно отзывалось на исходах и уменьшало процент комиссованных по этой статье до 5,1% с 22,7% до 17,6%.

2. Принятие профилактических мер в отношении контрактур жевательного аппарата и рубцовых состояний мягких тканей путем переключения на одночелюстную шину и раннюю лечебную гимнастику. Межчелюстная фиксация снизилась на 16%, а смешанный способ, то есть переход с межчелюстного на одночелюстное шинирование увеличился на 13%.

3. Большое внимание на современное и ранее проведение санации полости рта с обращением особого внимания на остатки осколков зубов, что благоприятно отзывалась на процессе заживления и на скорейшей возможности протезирования.

4. Освоение в теории рубцовых образований покровов лица — массажа.

5. Устройство протезов из пластмассы, как жевательных, так и лицевых, различных ортопедических приспособлений и приборов для механотерапии челюстей.

6. Содружественного участия представителей нескольких специальностей как-то: хирурга, стоматолога, ортопеда, оториноларинголога, офтальмолога и рентгенолога. Наличие комплексных отделений давало возможность к изобретательству.

В глазном отделении было большое количество раненых, нуждающихся в глазных протезах. Отсутствие стеклянных глазных протезов ставило госпиталь в затруднительное положение. Ортопедическое отделение госпиталя, где было освоено изготовление пластмассы для зубных протезов из пластмассы, освоило также изготовление глазных

протезов из пластмассы, что оказывало большую услугу главному отделению.

Выписано из госпиталя 2141 человека во второй период. За второй период работы госпиталя возвращено в армию 71,1 % – 1522 человека, уволено в запас на 6–12 месяцев и вовсе из Красной Армии 23,1% – 602 человека, умерло 0,8% – 16 человека.

Среди уволенных из Красной Армии увеличился на 5,4% контингент снятых по костным дефектам (с 53,7% до 59,1%), что указывает на увеличение в группе тяжелораненых на этом этапе.

Таким образом, во 2-м периоде работы госпиталя, не взирая то, что методы лечения значительно улучшились (хирургическая активность по остеомиелитам челюстей повысилась на 14,2%, одночелюстное шинирование повысилось на 13%, в ортопедическом лечении более широко применялись ранняя пластика и ЛФК) имеем снижение выписки в часть на 3,3%.

Сопоставление данных 2-го и 1-го этапов работы госпиталя, увеличения числа тяжело раненых с костными дефектами на 15,5% и уменьшение группы с изолированными ранениями мягких тканей на 3,8%, мы видим, что данные обстоятельства, несомненно отразились на исходах увеличив на 3,3% снижение выписки в часть.

3-й период работы протекал в условиях отдаления линии фронта. Госпиталь являлся последним этапом эвакуации, госпиталем глубокого тыла, куда направлялись раненые со стойкими клиническими изменениями, требующими длительного пребывания в госпитале. Этот период охватывает 1944 и первую половину 1945 годов. Контингент раненых резко изменился по своему составу. Ранения мягких тканей, составили лишь 6,4%, ранения с повреждением челюстно-лицевых костей изменилась в сторону повышения процента с обширными дефектами челюстей, что отразилось на увеличении группы комиссованных по костным дефектам по сравнению с 1941–1942 годами на 21,2% (с 53,7% до 74,9%) и по сравнению с 1943 годом на 15,3% (с 43,8% до 59,1%)

Процент осложнений повысился до 91%.

...

(В документе отсутствует 7-я страница. – А.3.)

1. Ранний способ наложения вторичного шва.

2 Ранняя пластика местными тканями в подавляющем большинстве случаев с хорошими исходами.

3. Активное хирургическое лечение травматических остеомиелитов челюстных костей возможно на ранних сроках его возникновения.

4. Широкое применение Филатовского стебля при обширных дефектах мягких тканей челюстно-лицевой области.

5. Большая хирургическая активность, составлявшая 56,7% (1941–1942 гг.) и достигшая 65% в последний период работы.

6. Новый метод функционального ортопедического лечения переломов челюстно-лицевых костей и ранняя челюстно-лицевая диагностика.

7. В области заменителей особенно и широко внедрялись в практику пластмасса для всех видов простого и сложного протезирования, как челюстей, так и лица.

8. Освоение из пластмассы глазных протезов.

9. За период Великой Отечественной войны в госпитале выросли и стали специалистами по челюстно-лицевой хирургии бывшие начальники и ординаторы отделения.

Анализ работы составлен ведущим хирургом челюстно-лицевого госпиталя, ассистентом Казанского Стоматологического института Корчагиной К.А.

За период Великой Отечественной войны из специализированного госпиталя выписались с законченным лечением всего 6462 человека, из них в строй – 4511 человек. Умерло – 39 человек. В запас на 6–12 месяцев 1913 человек.

Всего произведено 6251 операция.

Из них:

Пластических – 1265,

Секвестротомия – 3223,

Удаление инородных тел – 736,

Прочих – 1027.

Ведущий хирург ЭГ 2783 К.А.Корчагина.

Источник:

Филиал Центрального архива Министерства обороны Российской Федерации (военно-медицинских документов, г.Санкт-Петербург). Ф. 6526. Оп. 61923. Д. 1.

ИСТОРИЯ ЭВАКУАЦИОННОГО ГОСПИТАЛЯ № 996

При изучении деятельности эвакуогоспиталей г.Казани и Татарской АССР во время Великой Отечественной войны в Филиале Центрального архива Министерства обороны Российской Федерации (военно-медицинских документов, г.Санкт-Петербург) был найден ценный документ с изложением истории эвакуогоспиталя № 996 [7]. Она написана в 1945 году начальником госпиталя подполковником медицинской службы Любарским Я.В., заместителем начальника по политической части капитаном Закировым К.З. и начальником медицинской части госпиталя Яковлевой З.А. Не претендуя на авторство, нами этот документ был переработан для публикации, по возможности сверен с документами из фонда Народного комиссариата здравоохранения Татарской АССР в Государственном архиве Республики Татарстан [3], добавлены биографические сведения о некоторых врачах.

Эвакуационный госпиталь № 996 впервые был развернут в г.Казани во время советско-финляндской войны 1939–1940 годов на 400 коек и проработал с 20 февраля по 6 июля 1940 года [1, с. 20].

С началом Великой Отечественной войны, по мобилизационному плану, 24 июня 1941 года ЭГ № 996 был вновь сформирован как эвакуогоспиталь Народного комиссариата обороны с дислокацией в г.Казани и подчинением Управлению местного эвакуационного пункта № 48. ЭГ № 996 был сформирован Казанским гарнизонным военным госпиталем № 361, начальником был назначен военврач 2 ранга Шухман И.В., работавший до этого в Казанском военном госпитале. Военкомом госпиталя был назначен призванный из запаса батальонный комиссар Чистяков И.В. Политобслуживание проводилось политотделом Казанского танкового училища. Медицинские кадры, политработники и хозяйственные работники были укомплектованы из военнослужащих, призванных из запаса. Госпиталю было предоставлено в г.Казани здание Дома пионеров по ул. Лево-Булачная, дом 44 [6, с. 18].

Основное помещение госпиталя состояло из двухэтажного каменного здания с печным отоплением и палатами большой площади. Помещения здания были приспособлены для госпиталя путем организации санпропускника и прачечной в подвальном этаже и в пристройках.

Госпиталь был организован на 600 коек, с 4 медицинскими отделениями, всего имелись 23 палаты. Медицинское оборудование и медицинский инструментарий, оборудование аптеки, автоклав и другой инвентарь были получены из неприкосновенных запасов в Казанском военном госпитале. Жесткий инвентарь (мебель) был получен из Дома Пионеров и из Театра юных зрителей.

Сформирован госпиталь был за сравнительно короткий срок – 10–12 дней. Большую роль в формировании сыграл опыт развертывания во время зимней кампании 1940 года. Приписной состав госпиталя мало изменился, в штате было 236 человек, из них 15 врачей.

Первые раненые поступили с 17 июля 1941 года в количестве 50 человек. Затем раненые поступали равномерными партиями и к августу загрузка составила 550 человек.

В начальном периоде своей работы госпиталь имел общехирургический профиль и был достаточно полно оснащен для лечения раненых. Имелся прекрасно оснащенный рентген-кабинет, хорошо оборудованный физиотерапевтический кабинет, клиническая и бактериологическая лаборатории, операционный блок. Количество врачей было доведено до 28 человек, ведущим хирургом была Авдеичева В.М.

По приказу НКО № 0382/474–41 госпиталь 6 ноября 1941 года был передан из состава НКО в систему НКЗ со штатным количеством 600 коек [4]. Почти все работники госпиталя были переведены на положение вольнонаемных, должности политработников были сокращены. Начальником госпиталя был назначен военврач 2 ранга Поликарпов Н.В. Сплоченный коллектив врачей и персонал самоотверженно работали, ЭГ 996 занимал ведущую роль среди казанских госпиталей НКЗ.

За период работы с июля до конца 1941 года поступление раненых в госпиталь было незначительным, было принято 1372 человека.

Приказом Татарского НКЗ № 237 от 17.06.1942 года госпиталь был преобразован в сортировочный госпиталь [5], что создавало дополнительные сложности в организации работы госпиталя. Госпиталю был

передан пристанционный эвакуоприемник на станции Казань, а в навигационный период также речной эвакуоприемник на пристани Казань на реке Волга. Стали поступать наиболее тяжелые ранения, чем можно объяснить высокую смертность в этот период.

Наибольшее напряжение в работе госпиталь испытывал с сентября 1942 года, когда фронт приблизился к Сталинграду и по реке Волга в Казань стали поступать большие потоки раненых. В этот период через Казань шла большая эвакуация раненых в тыловые госпитали. За 1942 год через ЭГ 996 прошли 4038 человек, из них 2380 были эвакуированы в глубокий тыл.

В 1942 году, когда госпиталь стал сортировочным, показатели работы ухудшились. Воинская дисциплина среди раненых снизилась, отмечались случаи пьянки, картежной игры, дебош, порча имущества. Начальнику госпиталя майору мед. службы Поликарпову Н.В. и заместителю начальника госпиталя по политической части гвардии капитану Инкеевичу Б.С. не удалось поддержать порядок в госпитале и организовать нормальное хозяйственное снабжение, особенно топливом. Вследствие недостаточно четкой работы хозяйственного аппарата, госпиталь в зимние периоды своей работы испытывал большие затруднения (холодно в палатах, редкая санитарная обработка и т.д.). Зимние периоды работы 1942–1943 и 1943–1944 годов были особенно тяжелыми в связи с недостаточным обеспечением топливом. Запасы топлива отсутствовали, заготовленное топливо (дрова) завозилось с перебоями из-за отсутствия достаточного количества транспорта. Приходилось закрывать ряд палат из-за холода.

15 февраля 1944 года для укрепления госпиталя Татарский НКЗ освободил начальника госпиталя военврача 2 ранга Поликарпова и замполита гвардии капитана Инкеевича от работы и начальником госпиталя была назначена капитан мед. службы Магницкая В.А., а заместителем начальника по политической части — капитан Закиров К.З. Смена руководства произошла в разгар зимы, когда в госпитале не было топлива и овощей. Подсобным хозяйством, по вине начальника материально-технического обеспечения Матюхина и начпрода Жогина, ничего не было заготовлено. Новому руководству пришлось проводить большую работу по поднятию дисциплины среди сотрудников и раненых, преодолеть хозяйственные трудности. Был смещен начальник МТО, новым начмедом назначена Девятова Н.Б. Были установлены

дежурства из выздоравливающих больных по отделениям и дневальство в палатах.

После проведенной работы повысилась хирургическая активность в отделениях госпиталя. Была проведена работа по выписке из госпиталя залежавшихся больных.

Начальником клуба была принята Бадыкина и была налажена работа художественной самодеятельности в госпитале. Были организованы многочисленные концертные выступления артистов Драматического театра, Филармонии, Оперетты, Театра юного зрителя и кружков самодеятельности шефов. Кинокартины демонстрировались 4 раза в неделю, также и в палатах для лежащих больных.

Улучшение работы в госпитале было отмечено НКЗ Татарской АССР, приказом которого была объявлена благодарность начальнику госпиталя Магницкой В.А., замполиту Закирову К.З. и другим работникам госпиталя, знаком отличника здравоохранения были награждены ведущий хирург Авдеичева, операционная сестра Челышева, старшая медсестра Тихина.

Магницкая Валентина Александровна, родилась в 1905 году в г.Казани. Окончила Казанский медицинский институт в 1931 году, беспартийная. До войны работала директором Республиканской малярной станции. Стаж работы к 1941 году – 7 лет. Мобилизована Бауманским РВК Казани 24 июня 1941 года как медицинский работник и направлена в ЭГ 1669. Во время Великой Отечественной войны назначалась начальником эвакуационных госпиталей № 1669, 3657, 996, 3651 в г.Казани. Профессиональные и организаторские качества позволяли ей успешно решать поставленные задачи и выполнять возложенные на нее обязанности. Уволена из Красной Армии 29.05.1945 г. по ст. 43 с откомандированием на работу в органы здравоохранения ТАССР. 25.01.1946 г. назначена начальником лечебного отдела Наркомздрава ТАССР. Награждена медалью «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.»

Так как госпиталь работал как сортировочный, из всего количества поступивших раненых и больных военнослужащих 50,9% были переведены в другие госпитали или эвакуированы в глубокий тыл. Выписаны в часть и выздоровели 25,5%, признаны инвалидами 22,3%, умерло 1,3%.

Движение больных по годам

Год	Поступили	Выписаны в часть	Инвалиды	Умерли	Переведены в другие госпитали
1941	1372	467	76	13	261
1942	4038	714	975	88	2380
1943	3137	899	445	35	1630
1944	1533	531	483	23	1513
1945	1864	586	787	–	491
Всего	11944	3048 (25,5%)	2657 (22,3%)	159 (1,3%)	6080 (50,9%)

В настоящее время известны сведения о 113 воинах, умерших в 1941–1944 годах в ЭГ 996 в Казани [2].

Шефскими организациями госпиталя являлись: Управление Казанской железной дороги, Хлебозавод №1, Контора заготзерно, Управление автотранспорта, Росснабсбыт, Парфюмерная фабрика №1, ОСМУ-5. Из граждан в шефской работе особенно отмечались: Юдина, Садыкова, Мухарская, Загорская, Шарипова.

В июле 1944 года вместе с шефскими организациями (Казанская железная дорога) приступили к капитальному ремонту госпиталя, подготовке к зиме, начали заготовливать топливо. Было организовано подсобное хозяйство. Но к концу июля все эти мероприятия пришлось остановить, так как пришел приказ о свертывании и передислокации госпиталя. Татарский НКЗ, в лице начальника отдела эвакогоспиталей майора мед. службы Бикчурина, начал передавать медицинские кадры и оборудование в другие госпитали Казани. Перед передислокацией были назначены: начмедом Яковлева, главбухом Булатов, начальником МТО Винников, начпродом Шатров.

Бикчурин Шафигулла Валиулович, родился 17.09.1893 г. в деревне Средние Тиганы Алексеевского района ТАССР. Член ВКП(б) с 1920 года. Участник Гражданской войны в составе Татбригады, в 1920 году воевал против генерала Дутова. Уволен из Красной армии в 1922 году. Окончил Казанский мединститут в 1933 году. Невропатолог, работал врачом, главным врачом в 5-й рабочей больнице г.Казани. С 1933 заместитель наркома здравоохранения ТАССР, одновременно Главный государственный санитарный инспектор рес-

публики. Во время Великой Отечественной войны был назначен начальником ЭГ №1311, начальником отдела эвакуогоспиталей Татарского НКЗ. Уволен в запас в 1945 году. С 1955 года главный врач Республиканской клинической больницы Татарской АССР. Награжден орденами Ленина, Красной Звезды, «Знак Почёта». Умер 30.4.1961.

Так, постепенно, из госпиталя были переведены почти все врачи вместе с начальником медицинской части Девятовой Н.Б. и ведущим хирургом Авдеичевой В.М. Этому способствовала начальник госпиталя Магницкая, ввиду оставления ее в г.Казани начальником другого госпиталя. Новым начальником ЭГ 996 был назначен подполковник мед. службы Любарский Я.В.

Любарский Яков Вульфович. Родился 7.03.1901 г. в г.Одесса. Член ВКП(б) с 1937 года. Окончил Одесский медицинский институт в 1923 году. ЛОР врач. Был призван в Красную армию 2.02.1924 года. Служил младшим врачом в Кавалерийском полку 1-й Туркестанской кавалерийской бригады и младшим врачом 10-го Кавалерийского полка 2-й Кавалерийской дивизии Туркестанского фронта. Уволен из Красной армии в 1926 году. Призван РККА 22.06.1941 года Сталинским военкоматом г.Одессы. Участник Великой Отечественной войны. Был начальником ХППГ-601 Северокавказского фронта, служил на должностях в ЭГ 4494, 5873, 996. С 12.1945 по 11.1946 в резерве Военно-медицинского управления. С 11.1946 года служил в Московском военном округе. С 19.07.1952 врач-специалист группы медицинского усиления 1586-го Окружного военного госпиталя. 6.10.1954 году зачислен в распоряжение Московского военного округа. Полковник мед. службы с 26.06.1950 года. Награжден орденом Красной Звезды (18.07.1943), медалями «За боевые заслуги», «За оборону Кавказа», «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.».

До этого подполковник мед. службы Любарский был начальником ЭГ № 5873 в г.Казани. К работе в госпитале 996 смог приступить лишь 8 августа 1944 года, когда откомандирование кадров из госпиталя и передача имущества уже шла полным ходом, из общего числа 28 врачей, расставленных в госпиталь приказом свертывания, осталась лишь один врач Мушрикова Н.Н., которую Тат. НКЗ милостиво оставил в

госпитале. Для придания дела законченности, Тат. НКЗ своим приказом назначил в ЭГ 996 из других госпиталей 10 врачей, заведомо немобильных для передислокации в другой город. Из имущества к 8 августа 1944 года Тат. НКЗ успел изъять санитарную машину, часть медицинского инструментария, часть физиотерапевтического оборудования, а также рентген-оборудование, взамен которого дал госпиталю весьма поношенный рентген-аппарат устаревшей конструкции без рентген-трубок. Подсобное хозяйство в полном составе было передано госпиталю, в который была переведена на работу бывший начальник ЭГ 996 Магницкая. Из руководителей хозяйственных служб и работников большинство были оставлены в г.Казани и переведены на работу в другие госпиталы (главбух, начмед, начпрод, нач. ОВС, шеф-повар, бухгалтера, казначей и т.д.).

В таком плачевном состоянии новое руководство застало госпиталь. 7 августа начальником медчасти была назначена Яковлева З.А., ранее работавшая ординатором в другом ЭГ.

Следует упомянуть о многочисленных претензиях бывших шефов госпиталя, особенно Дома Пионеров, на возврат шефского имущества.

Первоначальный срок отправки госпиталя 12 августа 1944 года не мог быть выполнен, так как без врачей, без работников хозяйственного аппарата, начальник госпиталя Любарский не считал возможным выезжать. Для наблюдения за ходом подготовки к передислокации в Казань прибыли старший инструктор Управления РЭП № 33 майор мед. службы Ульяницкий Я.И. и инструктор Калининского облздравотдела тов. Журавлев. После их вмешательства, а также указаний Управления эвакуационных госпиталей НКЗ РСФСР, Тат. НКЗ направил на работу в ЭГ № 996 врачей Оловянникову Л.Р., Назарову В.Л., Дунаеву Н.Н. На должность ведущего хирурга назначили молодого врача Лейзерсона Б.С. Таким образом количество врачей дошло до 6 вместе с начмедом. Также были присланы несколько медсестер. Передача имущества другим госпиталям была прекращена, удалось сохранить часть жесткого инвентаря (стулья, столы, шкафы).

К моменту свертывания госпиталь имел 11 лошадей. Причем большинство этих лошадей Магницкая держала в подсобном хозяйстве и не желала возвращать госпиталю. После воздействия через Тат. НКЗ 8 лошадей было возвращено. И лишь после угрозы суда Магницкая направила

вила в Калинин с эшелоном ЭГ № 1668 еще двух лошадей, причем одна оказалась истощенной и была сразу забракована.

Назначенные в госпиталь для работы главный бухгалтер Булатов И.С., начальник МТО Винников прибыли в распоряжение начальника госпиталя лишь в день отправки эшелона.

Погрузка в вагоны началась 17 августа 1944 года на военной рампе ж.д. станции Казань и продолжалась 5 дней, так как железная дорога не предоставила сразу все необходимые вагоны. 22 августа погрузка была закончена. Эшелон составил 22 вагонов, из них для перевозки людей – 4. Личный состав госпиталя насчитывал 118 человек. В пути следования питание личного состава производилась путем выдачи сухого пайка, а также горячего питания на военпродовских путях крупных станций.

Отъезд из Казани состоялся 22 августа 1944 года в 22 часа, и к месту новой дислокации в Калинин эшелон прибыл в ночь с 26 на 27 августа. По прибытию на ст. Калинин, по требованию командира госпиталя, эшелон был подан на санитарную рампу – Волжский дебаркадер, находящийся от предназначенного для госпиталя здания всего в 400 метрах, что в дальнейшем значительно облегчило перевозку имущества госпиталя с рампы. Разгрузку имущества госпиталя на рампу произвели сотрудники госпиталя за 3,5 часа.

В результате мероприятий Тат. НКЗ эвакуогоспиталь № 996, имевший до передислокации полный штат врачей, высококвалифицированных хирургов, врача-лаборанта, работоспособный рентген-кабинет, транспортные средства, к прибытию имел 6 врачей, 50% медсестер, не имел квалифицированного хирурга, потерял часть своего транспорта и, по существу, представлял из себя новый госпиталь с сохранением старого номера. В сентябре 1944 года Управление ЭГ НКЗ РСФСР разбирало вопрос о деятельности Начальника отдела эвакуогоспиталей Татарского НКЗ тов. Бикчурина, по вине которого ЭГ 996 при передислокации лишился врачебных кадров, и обязал Тат. НКЗ вернуть госпиталю врачей, но это решение не было выполнено. В г.Калинине предстояла большая работа по доукомплектованию штатов, сплочиванию коллектива для работы на новом месте.

Работа в г.Калинин с 27.08.1944 по 11.1945 г.

Коллективу госпиталя пришлось проделать большую работу по подготовке к зиме, ремонту здания, заготовке овощей и топлива. Пришлось вновь сколотить коллектив, по существу состоящий на 75% из вновь набранных работников.

В г.Калинине госпиталю для размещения было предоставлено здание бывшей школы № 10 по ул. Большая Самара, 61, построенное в 1937 году по индивидуальному проекту. До июля 1944 года в этом здании помещался госпиталь № 3882, передислоцировавшийся на запад. Здание школы имело три этажа, с центральным отоплением. Имелся пищеблок, санпропускник с теплой водой от бойлера. Здание требовало значительного ремонта, отсутствовало большое количество стекол. Водопровод и канализация были не исправны, кухня требовала ремонта, центральное отопление давно не проверялось.

На сегодняшний день здесь, уже по адресу улица Московская, 61, находится Муниципальное общеобразовательное учреждение средняя общеобразовательная школа № 11.

По прибытию в г.Калинин командование госпиталя тотчас же связалось с местными организациями и райкомом партии. От Облздравотдела было получено некоторое количество строительных материалов (стекло, гвозди, известь, олифа) и приступили к ремонту помещений госпиталя.

Была проведена перепланировка здания. На 1-м этаже разместили санпропускники с отдельным входом. Санпропускник имел приемную, парикмахерскую, три душевых точки и 2 ванны. На 1-м этаже разместились также пищеблок, состоящей из варочной комнаты (плита с 2 котлами), разделочную для полуфабрикатов, помещения для обработки овощей, моечной и гарманже. Столовой для раненых не было. В дальнейшем, к ноябрю 1944 года, она была оборудована в смежной с кухней комнате. Вместимость столовой 80–90 человек, что вынуждало производить выдачу пищи в 3 смены. На 1-м этаже разместились титан, в одной из комнат – перегонный куб. На 1-м этаже также были размещены: бельевой и продуктовый склады, канцелярия, клуб с оборудованной сценой, кабинет начальника госпиталя и заместителя по политчасти.

На 2-м этаже размещался операционный блок, в котором было 2 операционных стола. В предоперационной был установлен электрический автоклав Пензенского завода. На 2-м этаже были размещены

рентген-кабинет, кабинет физиотерапии, перевязочная на 2 стола, кабинет начальника мед. части и ординаторская. На 2-м этаже размещались также 6 палат на 90–100 коек. Палата №1 – для послеоперационных больных, №№ 2 и 3 – для офицерского состава. Все койки имели сетки, у каждой кровати стояла прикроватная тумбочка. На 2-м этаже для раненых имелся туалет на 5 мест и умывальник на 3 крана.

На 3-м этаже были размещены кабинеты ЛФК, клиническая лаборатория, большая перевязочная на 3 стола, ординаторская и 8 палат (100–120 коек). Таким образом, в госпитале размещались не более 200 коек. В связи этим пришлось использовать 2 ярусные койки фабричного производства на сетках, привезенные госпиталем из Казани в количестве 208 штук. Это дало возможность увеличить коечные мощности в палатах до 350 коек. В коридорах 2 и 3 этажей размещались дополнительно 150 коек. Всего было развернуто 500 коек, при штатном количестве 600 коек. Из подсобных помещений во дворе имелись сарай-овощехранилище, требующий ремонта, а также сухожаровая камера на 50 комплектов. Для размещения лошадей Центральный горвоенкомат предоставил конюшню, находящуюся вблизи госпиталя.

К 20 сентября госпиталь в основном был подготовлен к приему раненых. Были исправлены и опробованы центральное отопление, водопровод и канализация, электропроводка. Проведена радиофикация палат для раненых. Произведены остекление и замазка окон на зиму, побелка. Отремонтирована кухня, производилась полуда кухонной посуды, отремонтированы койки и мебель, установлен электрический автоклав, оборудовано овощехранилище.

Местные органы не смогли обеспечить сотрудников квартирами. Весь прибывший личный состав был размещен в помещениях госпиталя, а затем постепенно нашли частные квартиры. В большинстве случаев вместо квартплаты для этих сотрудников приходилось выделить дрова. Расселение сотрудников по квартирам в основном закончилось в двухнедельный срок.

Коллектив с возложенной на него задачей по подготовке к зиме и к приемке раненых вполне справился. Наркомздрав РСФСР за успешное развертывание госпиталя и подготовке к зиме объявил своим приказом благодарность начальнику госпиталя Любарскому с выдачей ему денежной премии в 1000 рублей. К приему раненых госпиталь в хозяйственно-бытовом отношении был вполне подготовлен. Имелось топливо,

на весь период были заготовлены картофель, овощи. В госпитале был создан достаточный уют. Шефы подарили госпиталю занавески, салфетки на прикроватные тумбочки. В палатах имелась радио. В госпитале было тепло и светло. Облздравотдел выделил постельное белье. Из г.Конаково с фаянсового завода была привезена столовая посуда. Военпродсклад № 815 снабжал госпиталь продуктами достаточного ассортимента, после его ликвидации получали со склада № 235. Продукты выдавались по норме № 10 Приказа НКО № 312 1941 года. Продсклад размещался в здании госпиталя на первом этаже в большой комнате с цементным полом. Продукты хранились в ларях, а мешки с продуктами – на стеллажах. Выдача продуктов со склада производилась 3 раза в день. Продукты получались шеф-поваром в присутствии дежурного офицера от раненых. Закладка продуктов в котел производилась также в присутствии дежурного офицера. Овощные склады были оборудованы в подвальном помещении дома, принадлежащего заводу резиновой подошвы. Общая емкость складов была до 120 т. Овощехранилища были оборудованы деревянными полами, разделены на отдельные клетки. В зимнее время хранилище отапливалось. Пищеблок помещался на 1-м этаже здания и состоял из кухни, разделочной и мочечной, был полностью обеспечен посудой и инвентарем, кроме картофелечистки. Меню-раскладка составлялась ежедневно диет-сестрой и утверждался начальником госпиталя. Было несколько диет-столов.

В г.Казани госпиталь имел одну грузовую машину, полторку и одну санитарную машину, а также 11 лошадей. В г.Калинин госпиталь прибыл с одной полторкой и 9 лошадьми. Автотранспорт требовал капитально-го ремонта и в 1945 году был заменен на отремонтированную. Для перевозки грузов иногда приходилось использовать санитарную машину ЗИС-5.

В Казани госпиталь топливом снабжался с перебоями. В Калининне топливо поступало со 2-го торфоболота, с Дмитрово-Черкесского торфоболота и вагонами из п.Калашниково. Дрова получали с городских складов, а также подвозили с лесоразработок, находящихся от госпиталя в 40–60 км. Летом 1945 года госпиталь посылал бригаду сотрудников для заготовки торфа. КЭЧ Калининского гарнизона по распоряжению Начальника Гарнизона генерал-лейтенанта Давыдова отпустил госпиталю 480 куб. м дров, а также небольшое количество стройматериалов.

Помимо ремонта и подготовки к зиме, за этот короткий период удалось доукомплектовать личный состав госпиталя. Были приняты на работу 3 врача, более 10 медсестер и санитарок. В госпитале работали 7 врачей, в том числе ведущий хирург, начальник мед. части, зубной врач. Такое количество врачей было недостаточно и поэтому лечащим врачам приходилось вести до 100 человек. В декабре 1944 года на должность начальника физиотерапевтического кабинета прибыл врач Беркер С.В.

К моменту передислокации ЭГ 996, в Калинин уже имелся ЭГ 4927, принадлежащий НКО, в скором времени прибыли и другие госпитали НКЗ, так что здесь была организована госпитальная база НКЗ и НКО с общим количеством коек более 4000. Номера госпиталей: 996, 1668 (оба из Казани), 1237, 2816, 4927, 5778. В конце сентября 1944 года в г.Калинин для определения готовности госпиталей к приему раненых прибыл инспектор РЭП № 33 полковник мед. службы Гурвич.

Начальником всей Калининской группы госпиталей был назначен начальник ЭГ 4927 майор мед. службы Торопышко.

Начальник Управления РЭП 33 генерал-майор Коноплев своим приказом от 16 октября 1944 года за № 415 уполномочил начальника ЭГ 996 подполковника мед. службы Любарского Я.В. руководить эвакуацией и распределением раненых по Калининскому кусту госпиталей. Для перевозки раненых госпиталю была передана из ЭГ 4927 одна санитарная машина (ЗИС-44), которая могла перевозить 6 лежащих больных и раненых. Кроме того, был заключен договор с Калининским городским трамвайным депо, который для перевозки раненых за определенную плату обязался предоставлять пассажирские трамваи, а также один трамвайный прицеп с оборудованием для подвески носилок.

Санитарные поезда, прибывающие на станцию Калинин, подавались на санитарную рампу в сотне метров от здания прирельсового эвакоприемника. Это здание было передано ЭГ 996 и представляло из себя 2-хэтажное каменное помещение с большим зрительным залом (бывший клуб железнодорожников «Октябрь»). Здание было принято в полуразрушенном состоянии, 90% оконных проемов было заложено кирпичом, отопление, канализация, водоснабжение испорчены. В этом здании раненые могли находиться несколько часов. На 1-м этаже имелись 2 печи-временки. Было получено 100 коек и 100 ватных одеял. Было организовано круглосуточное дежурство медицинских сестер. Имелся

телефон. Это здание сохранилось и на сегодняшний день. Бывшая железнодорожная казарма, построена в 1849–1851 годах. В 1924 году здесь был открыт Узловой дом культуры железнодорожников. Со слов местных жителей, немцы во время оккупации использовали здание как конюшню. После освобождения города, в здании с 26 февраля 1942 года находился госпиталь или эвакуприемник. После войны здесь располагался музей тверских железнодорожников, библиотека, студия звукозаписи. Здание перестраивалось, ныне оно 3-этажное.

По прибытии военно-санитарного поезда (ВСП) на станцию для приема раненых госпитали высылали бригаду из санитаров-носильщиков во главе с врачом или медсестрой. Сортировку раненых по профилю производил по историям болезни сам начальник ЭГ 996. Представители госпиталей, получив разнарядку, приступали к разгрузке раненых своими силами. Трамваи перевозили ходячих раненых и часть лежачих. Наиболее тяжелый контингент перевозился санитарной машиной. Расстояние от санитарной ramпы до госпиталей было от 2,5 км (до ЭГ 1668) до 6 км (до ЭГ 1237). Областной комитет Красного Креста помогал присылая на санитарную ramпу санитарные дружины. Работе мешало отсутствие бензина для санитарной машины, в некоторых случаях санитарные поезда разгружались до 8 часов. ЭГ 996 работал как головной госпиталь с 16-го октября 1944 года до 9-го августа 1945 года. За период работы в Калинин прибыло и перевезено в госпитали 10493 раненых и больных.

С переездом в г.Калинин, госпиталь из подчинения МЭП №48 (г.Казань) перешел в подчинение РЭП №33 (г.Москва). О готовности госпиталя к приемке раненых было сообщено в Управление РЭП и Калининскому Облздравотделу.

Первую партию раненых в количестве 298 человек госпиталь получил 2 октября 1944 года военно-санитарным поездом № 129 из г.Москвы.

Во время приема раненых присутствовал начальник мед. части госпиталя, которая сортировала раненых по профилю, а также зам. начальника госпиталя по полит. части, следивший за сдачей обмундирования, партийных документов, орденов и медалей. К приему раненых освобождали целиком 1–2 палаты, куда направлялись вновь поступившие раненые и выдерживались здесь на карантине до 10 дней. Прием раненых производился достаточно быстро. Тщательная обработка

обеспечивала исключение возникновения завшивленности. Поступившие с ранеными вещи и белье отправляли в дезкамеры при городской бане, затем стирали и приводили в порядок.

В 1-м отделении размещались раненые в голень и стопу. 2–3 отделения принимали с ранениями мягких тканей и верхних конечностей. Во 2-м отделении находился изолятор на 4 койки. В этот изолятор направлялись больные с лихорадкой, с невыясненным диагнозом и с рожистым воспалением.

В каждой палате имелась своя палатная сестра, в ночное время на каждом отделении оставалась одна дежурная медсестра.

Начальник 1-го отделения – врач Оловянникова Л.Ф. Окончила медицинский институт в 1940 году, педиатр. Самостоятельно не оперировала, ассистировала при операциях своих больных. Вела 3 палаты (60 человек).

Ординатором 1-го отделения была врач Дунаева Н.Н.

Начальник 2-го отделения – врач Мушрикова Н.Н. Выпускница медицинского института 1931 года, педиатр, не оперировала, кроме руководства отделением, прошла курсы лечебно-физкультурного комплекса (ЛФК) и работала как врач ЛФК.

Начальник 3-го отделения – врач Назарова В.Л. Выпускница медицинского института 1937 года, до войны работала терапевтом, делала типичные операции, ассистировала при сложных операциях.

Ординатором 3-го отделения была врач Добрикова. Выпускница медицинского института 1940 года. Вела до 100 коек.

Госпиталю был установлен общехирургический профиль. Операционные и перевязочные были хорошо оснащены инструментами, за время работы в Калининне перебоев с перевязочным материалом не было. Наличие мощного электрического автоклава давало возможность стерилизовать не только материал для операционных, но и все бинты и серую вату.

Рентген-кабинет. Рентген-техник Торопов за 2 месяца установил аппарат, но отсутствие рентген-трубок не давало возможности работать. В октябре-ноябре 1944 года обследование проводилось в других учреждениях, с декабря 1944 года при помощи отдела ЭГ Калининского Облздравотдела были получены рентген-трубки и растворы из Москвы, и рентгеноскопию проводили в госпитале. Рентген-установка находилась на 2-м этаже. А рентген-трубка, полученная в мае 1945 года, дала

возможность делать рентгенографию. Начальником рентген-кабинета с декабря 1944 года работал врач Малиновский М. И. (основное место работы в ЭГ 5778). Рентгеноскопия проводилась ежедневно в присутствии лечащего врача. Рентгенография – через день. За время работы в г.Калинине проведено 1027 рентгеноскопий у 613 лиц, 1264 снимков рентгенографий у 985 лиц. Рентген-снимки были достаточно качественные.

Раненные поступали с ранениями голени и верхних конечностей. Однако в первые 3–4 месяца работы поступали и раненые в грудную клетку, проникающие ранения живота, ранения таза, бедра. В дальнейшем сортировка при разгрузке санитарных поездов была более аккуратной и профилизация направлений выдерживалась.

Аптека. Начальник аптеки Гурьянова Н.Н., помощник начальника – Антонова. Снабжение происходило через Аптечное управление Калининского отделения. Медикаментов было вполне достаточно и госпиталь нужду не испытывал. Затруднения были только с марлей и гипсом.

Контингент поступивших раненых был общехирургическим, с ранениями верхних и нижних конечностей. Были затруднения в лечебной работе, так как не было квалифицированного ведущего хирурга. Ведущим хирургом в госпитале вначале работала врач Лейзерзон Б.С. Медицинский институт она окончила в 1940 году. С начала войны работала в хирургических госпиталях, а с 1943 года ведущим хирургом. На работу в ЭГ 996 переведена при его передислокации в г.Калинин в августе 1944 года. Врач Лейзерзон владела техникой наложения вторичного шва, производила секвестротомии. Но она страдала заболеванием щитовидной железы, вследствие чего ее работоспособность была понижена, часто находилась на больничном листе. В январе 1945 года была откомандирована для лечения в г.Москву.

Существенную помощь оказывал Главный хирург отдела эвакуогоспиталей, заслуженный врач РСФСР Любовский М.А., который 2 раза в неделю посещал госпиталь и оперировал, в экстренных случаях всегда являлся по вызову. По глазным болезням консультировал профессор Лютин, по неврологии – врач Плятова, по терапии – врач Перникова, по ЛОР-болезням – врач Яковлев З.А., по урологии – врач Гольдзам Б.А., по дерматологии и психиатрии – по мере надобности местные, городские специалисты.

Лечебная работа в госпитале была организована следующим образом: утренний обход с 10.00 до 12.00 часов. С 12.00 до 16.00 часов производили перевязки с непосредственным участием врачей. После 16.00 врачи обрабатывали истории болезни. Ведущий хирург госпиталя раз в неделю осматривал раненых и отбирал на операцию. Операционные дни назначались 3 раза в неделю. После отъезда хирурга Лейзерзон Б.С., начмед части Яковлева З.А. взяла на себя эту работу.

Переливание крови применялось с целью стимуляции при пониженном содержании гемоглобина, а также с целью замещения. Консервированную кровь получали бесперебойно из Областной станции переливания крови. Врач Оловянная Л.Ф. была выделена ответственной для переливания крови. За период работы в г.Калинине было сделано 245 переливаний крови.

Лечение длительно незаживающих ран и язв: где не представлялось возможным наложение вторичного шва, незаживающие язвы лечились консервативными методами: блокада по Вишневскому, заливка парафином (температура 60 градусов) и мобилизация гипсовой повязкой, липким пластырем, присыпка стрептоцидом, сульфидиновой эмульсией, гемоповязки, облучение эритемной дозой кварца, ежедневные повязки с раствором хлорамина.

Загрузка госпиталя ранеными происходила равномерно. Наибольшее количество не превышало 480 человек.

Физиотерапевтический кабинет помещался на 2-м этаже в одной большой комнате. Кабинет обслуживался врачом Беркер С.В., старшей медсестрой Евдокимовой, медицинской сестрой Сорокиной и массажисткой Низамовой. Кабинет имел следующую аппаратуру: 2 кварца стационарных, один переносной кварц, 3 лампы соллюкс, одна диатермия, одна световая ванна, один аппарат Низионик, один местный дарсонваль, один аппарат гальванизации. В начале работы в г.Калинине вся аппаратура требовала ремонта, после проведенного ремонта работали бесперебойно. Физиотерапевтическим кабинетом проведена значительная работа, особенно с организацией торфолечебницы и парафинолечения.

Кабинет лечебной физкультуры был размещен во 2-м отделении, в маленькой комнате и имел небольшое количество приспособлений и аппаратуры. В феврале 1945 года кабинет ЛФК был переведен в большую комнату и оснащен новой аппаратурой, сделанной столяром госпи-

тая по чертежам. В кабинете работу вела врач Мумрикова Н.Н., а инструктором-методистом была медсестра Большакова. Кабинет работал с 9 утра до 6 вечера.

Клиническая лаборатория. Лабораторией руководила врач-лаборант Смирнова Е.И., окончившая медицинский институт в 1938 году, эпидемиолог. Кроме врача, в лаборатории работали старший лаборант Тябина и лаборант Самсонова. Клиническая лаборатория была хорошо оснащена, имела 2 микроскопа с иммерсионной системой, достаточное количество лабораторного имущества и реактивов. В лаборатории производились полные клинические анализы крови, мочи, желчного сока. Также проводились исследования на ТБЦ. Всем раненым обязательно проводились исследования крови и анализ мочи.

В госпитале было проведено 6 **врачебных конференций**, на которых были заслушаны 6 докладов:

1. Лечение глухой гипсовой повязкой огнестрельных переломов. Врач Добрикова.
2. Лечение сульфаниламидными препаратами. Врач Яковлева.
3. Вторичное кровотечение. Врач Назарова.
4. Антиретиккулярная сыворотка Богомольца и ее применение. Врач Любарский.
5. Аноэробные инфекции. Врач Оловянникова.
6. Применение физиотерапевтических методов при лечении переломов. Врач Беркер.

При госпитале работала военно-врачебная комиссия (ГВБК). Ее председателем был начмед Яковлева З.А., членами комиссии – врач Назарова В.А. и врач Оловянникова Л.Ф. Всего было прокомиссовано 965 человек. Комиссия ВТЭК в том же составе заседала после комиссии ГВБК и определяла группу инвалидности. Через ВТЭК прошли 754 человек.

Движение раненых в г.Калинине: поступили – 1864, выписаны в часть – 586, инвалиды – 787, отправлены в санаторий – 6, в отпуск – 3, переведены в другие госпитали – 482.

Отдел эвакуогоспиталей и Обком партии уделяли нуждам госпиталя достаточное внимание и оказывали повседневную помощь. К госпиталю были прикреплены шефские организации. Для раненых было выделены около 100 газет и журналов, как местных, так и центральных.

Культмассовая работа среди раненых была разнообразна и насыщена. Ежедневно в клубе госпиталя давали 2 сеанса кинокартины и кроме того, для лежащих больных показывали в палатах. Число сеансов в месяц доходило до 62. Ежемесячно давали много концертов, в которых принимали участие артисты Драмтеатра, Госцирка, Филармонии, Дома Красной Армии и художественные коллективы самодеятельности шефов госпиталя (Госбанк, ФЗО №4, ФЗО №9). Так, например, в ноябре было дано 16 концертов, в декабре 1944 года – 15, в январе 1945 года – 11. Несколько концертов были организованы сотрудниками госпиталя вместе с ранеными.

Госпиталь не имел начальника клуба – массовика. За время работы сменились 4 начальника клуба, из которых последний, Дмитриев, как художник, хорошо оформил клуб и наглядную агитацию госпиталя. Клуб был оборудован в помещении вестибюля, вмещал до 150 человек. В первые месяцы работы клуба не хватало скамеек, в дальнейшем скамейки были изготовлены в достаточном количестве. В клубе демонстрировали кино узкоплечным аппаратом. Имелись пианино, 2 бильярдных стола, разные музыкальные инструменты, в достаточном количестве шашки и шахматы, домино. Особенно торжественно проходили в госпитале празднования годовщины Октябрьской революции, дня Красной Армии, 1-е Мая, дня Победы над Германией. Госпиталь художественно оформлялся, проводились торжественные собрания с докладами, художественной частью и товарищеским ужином. Шефы приносили праздничные подарки раненым.

В госпитале имелась библиотека с художественной литературой, литературными журналами и политмассовой литературой. Шефами госпиталя являлись такие организации как завод резиновой подошвы, коззавод «Красный Октябрь», Мельстрой, конторы Главмука, Заготзерно. Кроме этого, к госпиталю был прикреплен Горницкий район Калининской области, собравший для раненых значительное количество продуктов (мяса – 317 кг, яиц – 2466 шт., сливочного масла 66,6 кг, овощей более 3 т). Летом 1945 года были организованы индивидуальные огороды для сотрудников.

За период работы госпиталя в г.Калинине его неоднократно инспектировали представители РЭП № 33, МЭП № 48, МЭП № 47, управление эвакогоспиталей НКЗ РСФСР, обком и райком партии, начальник гарни-

зона. В ноябре 1944 года госпиталь посетил начальник Управления РЭП-33 генерал-майор мед. службы Коноплев.

После окончания Великой Отечественной войны, до середины августа 1945 года, госпиталь продолжал свою работу и принимал раненых с западных фронтовых госпиталей.

14 августа 1945 года НКЗ СССР и ГВСУ приказали использовать ЭГ 996 для лечения репатриированных советских граждан, больных открытой формой туберкулеза и венерическими заболеваниями. Во исполнение этого решения госпиталь полностью освободили от раненых военнослужащих. Приступили к ремонту госпиталя и приспособлению его к приему нового контингента. В середине сентября госпиталь был готов к приему больных. Причем, учитывая недостаточность помещений, было разрешено принять только больных с открытой формой туберкулеза. О готовности госпиталя к приему было сообщено в Москву, однако больные не поступали.

В конце сентября было получено решение Совнаркома СССР от 14 августа 1945 года о расформировании госпиталя. Во исполнение этого решения 25 августа Калининский облздравотдел издал свой приказ о расформировании. Медицинские кадры были переведены в ЭГ 1668, а приехавшие из Казани сотрудники отправлены домой. Имущество госпиталя передали в ЭГ 1668, 5778, 1237, 3051 и небольшую часть – городским больницам г.Калинина. Расформирование госпиталя было завершено к 15 ноября 1945 года.

За время своего функционирования ЭГ № 996 до 7 ноября 1941 года подчинялся НКО, до августа 1944 года – отделу эвакогоспиталей Наркомздрава Татарской АССР, затем – отделу эвакогоспиталей Калининского облздравотдела. Одновременно по линии НКО до августа 1944 года подчинялся МЭП 48 (г.Казань), с августа до февраля 1945 года – РЭП 33 (г.Москва), с февраля до августа 1945 года – МЭП 49 (г.Смоленск), с августа 1945 года – МЭП 42 (г.Ярославль).

Командование ЭГ № 996 за период его функционирования с 1941 по 1945 годы.

Начальники госпиталя:

1. Шухман И.В., военврач 2 ранга – 23.06.1941– 7.07.1941
2. Поликарпов Н.В., военврач 2 ранга – 17.09.1941–15.02.1944
3. Магницкая В.А., капитан мед. службы – 15.02.1944–8.08.1944

4. Любарский Я.В., подполковник мед. службы – 8.08.1944–25.11.1945

Заместители начальника госпиталя по политической части:

1. Чистяков И.В., старший политрук – 24.06.1941–28.03.1942

2. Камалетдинов, батальонный комиссар – 30.03.1942–25.04.1943

3. Селиванов, майор – 25.04.1943–2.08.1943

4. Инкеевич Б.С., гвардии капитан – 19.08.1943–9.02.1944

5. Закиров К.З., капитан – 9.02.1944–25.11.1945

Заместители начальника госпиталя по медицинской части:

1. Кавязин Н.Н. – 23.06.1941–3.09.1941

2. Перлин М.С. – 3.09.1941–6.09.1941

3. Авдеичева В.М. – 6.09.1941–14.09.1942

4. Ситникова – 15.11.1942–15.04.1943

5. Белый А.Н. – 14.04.1943–26.06.1943

6. Авдеичева В.М. – 29.06.1943–1.01.1944

7. Белый А.Н. – 1.01.1944–18.03.1944

8. Девятова Н.Б. – 18.03.1944–28.08.1944

9. Яковлева З.А. – 7.08.1944–28.10.1945

Литература

1. Закиров А.Д., Салахиев Р.Р. Работа эвакопункта № 48 и эвакогоспиталей г.Казани во время советско-финляндской войны 1939–1940 годов. – Казань: Отечество, 2017. – 44 с.

2. Коноплев А.Ю., Салахиева М.Ю., Салахиев Р.Р. Реестр воинских захоронений периода Великой Отечественной войны на территории Республики Татарстан. – Казань: Отечество, 2015. – 592 с., ил.

3. Государственный архив Республики Татарстан (ГА РТ). Ф. Р-3959. Народный комиссариат здравоохранения Татарской АССР.

4. ГА РТ. Ф. Р-3959. Оп. 3. Ед. хр. 18. Л. 56.

5. ГА РТ. Ф. Р-3959. Оп. 3. Ед. хр. 26. Л. 29.

6. Салахиев Р.Р., Салахиева М.Ю., Александров А.А. Здания эвакогоспиталей в Татарстане (1941–1945): Фотоальбом. – Казань: Отечество, 2015. – 164 с., ил.

7. Филиал ЦАМО РФ (военно-медицинских документов, г.Санкт-Петербург). Ф. 717. Оп. 4683. Д. 2.

УДК 94(47).084.8:61(091)

ЭВАКОГОСПИТАЛИ ТАТАРСТАНА В 1941–1945 ГОДЫ: ДИСЛОКАЦИЯ, СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ, НАЧАЛЬНИКИ

*Салахиев Р.Р.,
ведущий научный сотрудник ИТЭР АН РТ*

В годы Великой Отечественной войны Татарстан, благодаря удобному географическому положению на пересечении транспортных магистралей, наличию хорошо оснащенных клинических баз и высококвалифицированных медицинских кадров, стал одним из крупных военно-лечебных центров страны. В 1941–1945 гг. на территории республики были сформированы более 80 госпиталей разного вида, часть из них (подвижные госпитали) после набора в короткие сроки штата медицинских специалистов направлялась во фронтовые районы, а 75 эвакуационных госпиталей в разные периоды войны работали в 15 населенных пунктах Татарской АССР. В период максимального развертывания госпиталей, на 27.4.1942, в республике одновременно работали 53 эвакуационных госпиталя [6; 7], из них 41 госпиталь размещался в Казани, 12 – в районах Татарстана.

В ходе наших многолетних исследований собран справочный материал по истории эвакуационных госпиталей Татарской АССР в годы Великой Отечественной войны, который постоянно уточнялся при изучении новых источников разного плана [1–5; 8]. В настоящем издании названия и адреса учреждений, в зданиях которых размещались госпитали, даются согласно документам 1941–1945 годов. Изменившиеся ныне адреса указаны в квадратных скобках, современные названия учреждений и фотографии их зданий представлены в фотоальбоме «Здания эвакуогоспиталей в Татарстане (1941–1945)» [7]. В случаях, когда периоды работы начальников госпиталей не удалось определить точно, указаны также упоминания их в документах на конкретную дату. Даты реального размещения госпиталя в здании могут отличаться от дат в документах, так как от принятия решения до его практической реализации проходило разное время.

Эвакогоспитали Татарстана в 1941-1945 годы: дислокация, специализация, начальники

№ ЭГ	Дислокация (названия и адреса учреждений *)	Период действия	Профиль, число коек (наибольшее, дата)	Начальники госпиталя в разные годы
1	2	3	4	5
361	г.Казань, 1) основной военный госпиталь, ул.К.Маркса, 76; 2) Казанский педагогический институт, ул.К.Маркса, 74; 3) Татарский коммунистический университет, Поле Ершова, 2/1 [ныне ул. Николая Ершова, 2]	15.3.1809 – 2012	все специализации, 1000 (30.6.1942)	военврач 1 ранга А.Р.Романов (до 30.6.1941 и с 22.11.1945); военврач 2 ранга И.Я.Дешевило (30.6.1941–22.11.1945)
996	г.Казань, Дом Пионеров, ул.Левобулачная, 44	24.6.1941 – 22.8.1944	общехирург., 710 (30.6.1942)	военврач 2 ранга И.В.Шухман (24.06.–12.1941); военврач 2 ранга Н.В.Поликарпов (12.1941–15.2.1944); В.М.Авдейчева (врио на 21.9.1943); капитан мед. службы В.А.Магницкая (15.2.1944–08.1944); подполковник мед. службы Я.В.Любарский (с 2.8.1944)
1310	г.Казань, школа №2, ул.Левобулачная, 48	25.6.1941 – 10.9.1942	хирург., инфекц., 300 (1.7.1942)	военврач 2 ранга В.И.Боговаров (на 7.2.1942)

* Названия и адреса учреждений, в зданиях которых размещались госпитали, даются по документам 1941–1945 гг. Современные (изменившиеся) адреса указаны в квадратных скобках.

Эвакогоспитали Татарстана в 1941-1945 годы: дислокация, специализация, начальники

1	2	3	4	5
1311	г.Казань, 1) Клуб Меховщиков, ул.Тукаевская, 91 [ул. Габдуллы Тукая, 91]; 2) школа №90, ул.Тукаевская, 73 [ул. Габдуллы Тукая, 73]	26.6.1941 – 15.11.1945	хирург., 1200 (30.6.1942)	военврач 2 ранга И.М.Иванов-Райло (24.06–7.7.1941); военврач 2 ранга М.Н.Ксенократов (7.07–12.11.1941); военврач 2 ранга Ш.В.Бикчурин (12.11.1941–1.10.1943); военврач 2 ранга С.С.Герштейн (1.10.1943–1.12.1943); майор мед. службы Х.З.Гизатуллин (1.12.1943–21.2.1944); военврач 3 ранга, капитан мед. службы А.И.Попкова (25.02.–15.5.1944), гв. подполковник мед. службы Н.Д.Силин (15.5.1944–15.11.1945)
1665	г.Казань, 1) школа №41, ул.Лобачевского, 2/33; 2) школа №7, ул.Бутлерова, 7	26.6.1941 – 13.9.1945	челюстн., общехирург., 700 (9.1942)	военврач 2 ранга Н.Е.Сидоров (с 24.6.1941); военврач 3 ранга И.М.Лифшиц (с 9.8.1941); капитан мед. службы Д.Т.Бадикова (с 25.5.1942); майор мед. службы А.И.Сержанин (16.5.1944–13.9.1945)
1667	г.Казань, 1) Казанский сельскохозяйственный институт, ул.К.Маркса, 65; 2) школа № 18, ул.К.Маркса, 63/25	23.6.1941 – 12.1944	нейрохирург., ушные, психоневр., восст. хирургии, 1300 (1.1.1944)	военврач 3 ранга И.В.Данилов; военврач 2 ранга Т.М.Юринов (на 03.1942 – до 20.6.1942); военврач 2 ранга А.Я.Гриншпан (с 20.6.1942); Майоров (10.1942 и врио на 25.11.1943); майор мед. службы И.М.Нисенбаум (11.1942–1944).
1668	г.Казань, Казанский педагогический институт, учебное здание и общежитие, ул.Толстого, 14	23.6.1941 – 9.8.1944	лицевые, глазные, ушные, уролог., психоневр., 1800 (30.6.1942)	военврач 2 ранга Б.С.Левин (с 23.6.1941); военврач 2 ранга Н.М.Зефиоров (с 20.7.1941); военврач 1 ранга, подполковник мед. службы, профессор Б.С.Гинзбург (с 15.3.1942 – на 31.3.1943); майор мед. службы А.С.Виноградов (2.9.1943–5.8.1944); капитан мед. службы Л.М.Цыпин (на 2.8.1944)

Сборник документов о работе эвакогоспиталей Татарской АССР в 1941–1945 годы

1	2	3	4	5
1669	г.Казань, 1) Казанский юридический институт, ул.К.Маркса, 31; 2) школа №4, ул.Пушкина, 1 [ул.Пушкина, 31]	1) 24.6.1941 – 10.7.1942; 2) 24.6.1941 – 6.6.1942	общехирург., челюстно- лицевые, 1450 (5.1942)	военврач 2 ранга Х.З.Гизатуллин (с 1.7.1941); военврач 2 ранга Я.И.Ульяницкий (с 9.8.1941); военврач 3 ранга В.А.Магницкая (с 23.8.1941–10.1942)
1669	г.Чистополь, 1) ул.Октябрьская, 77; 2) ул.Нариманова, 41; 3) ул.Нариманова, 45 (46)	10.7.1942 – 11.10.1942	общехирург., 1100 (1.7.1942)	
1670	г.Казань, 1) гостиница «Казань», ул.Баумана, 9/10; 2) Татстройтрест №12, ул.Профсоюзная, 8	5.7.1941 – 10.7.1942	хирург., терапевт., 1350 (5.1942)	военврач 2 ранга И.П.Попов (с 24.6.1941); военврач 1 ранга И.С.Качурец (с 6.7.1941 до расформирования)
1670	г.Чистополь, 1) горсовет, ул.Ленина, 2а; 2) гостиница, ул.Ленина, 35; 3) ул.Володарского, 63; 4) ул.Володарского, 69; 5) ул.Театральная, 5	10.7.1942 – 5.11.1942	общехирург., терапевт., 1150 (1.7.1942)	
1671	г.Казань, Казанский институт инженеров коммунального строительства, ул.К.Маркса, 70	24.6.1941 – 13.6.1945	восст. хирург., 600 (30.6.1942)	военврач 2 ранга И.П.Фадеев (10.1941–8.4.1943); военврач 1 ранга Н.Е.Сидоров (8.4.1943–1945).

Эвакогоспитали Татарстана в 1941-1945 годы: дислокация, специализация, начальники

1	2	3	4	5
1673	г.Казань, 1) общежитие медицинского института, ул.Маяковского, 11; 2) школа №20, ул.Школьная, 1	3.7.1941 – 13.9.1944	общехирург., глазные, челюстн., ЛОР, 900 (30.6.1942)	военврач 2 ранга И.А.Кугушев (на 10.1941 – на 2.2.1942); военврач 2 ранга С.Г.Гордеев (на 26.1.1943 – на 26.6.1943); майор мед. службы Дж.Б.Дунаев (на 14.8.1943 – на 13.1.1944); капитан мед. службы А.Д.Васильева (врио на 21.8.1944)
1879	г.Казань, 1) школа №3, ул.Бол. Галактионовская, 16 [ул. М.Горького, 16]; 2) школа №19, ул.Бол. Галактионовская, 29 [ул. М.Горького, 29]	30.12.1941 – 7.9.1943	терапевт, хирург., неврол., общехирург., 500 (9.1942)	военврач 1 ранга, майор мед. службы Я.Г.Злотников (24.06.1941–23.11.1945)
1907	г.Казань, 1) Дом Учителя, ул.Профсоюзная, 15; 2) школа № 28, ул.Достоевского, 79; 3) Татстройтрест №12, ул.Профсоюзная, 8	1) 14.1.1942 – 8.1943; 2) 8.1943 – 11.10.1945; 3) с 28.6.1942	инфекц., терапевт, 250 (30.6.1942)	военврач 2 ранга А.И.Ильич (с 14.1.1942); военврач 1 ранга Е.Д.Погосянц (с 27.3.1943); военврач 3.Г.Василькова (на 16.8.1943); капитан мед. службы И.П.Попов (с 3.9.1943 – на 5.3.1945)
1908	г.Казань, школа №4, ул.Пушкина, 1 [ул.Пушкина, 31]	9.3.1943 – 1.8.1945	общехирург., челюстн., глазные, ушные, 325 (1.1945)	военврач 3 ранга Т.Г.Файзуллина (на 6.7.1943), военврач 3 ранга П.Т.Рубцова (на 15.10.1943 – на 5.3.1945)
1958	г.Казань, школа №4, ул.Пушкина, 1 [ул.Пушкина, 31]	18.6.1942 – 9.3.1943	общехирург., челюстн., глазные, ушные, 350 (30.6.1942)	военврач 3 ранга О.И.Туктанова (с 6.6.1942); военврач 3 ранга Т.Г.Файзуллина (на 7.10.1942 и на 26.1.1943)

Сборник документов о работе эвакогоспиталей Татарской АССР в 1941–1945 годы

1	2	3	4	5
2778	г.Казань, старая клиника Казанского мединститута, ул. Университетская, 17 [ул. Профессора Нужина, 1/37]	20.7.1941 – 6.10.1945	общехирург., нейрохирург., неврол., восст. хирург., 785 (30.6.1942)	военврач 2 ранга А.С.Биккенин (19.7.1941–21.7.1942); майор мед. службы И.Я.Морейнис (21.7.1942–22.8.1943); майор мед. службы М.Филатова (23.8.1943–28.10.1943), капитан мед. службы Л.М.Цыпин (28.10.1943–7.8.1944); майор мед. службы В.Н.Мурат (8.8.1944–6.10.1945).
2779	г.Казань, 5 городская клиническая больница, ул. Старо-Вахитовская, 10 [ул. Шарифа Камала, 12]	20.7.1941 – 10.1942	общехирург., 750 (30.6.1942)	майор мед. службы И.М.Нисенбаум (на 7.2.1942)
2780	г.Казань, 1) Дом Красной Армии, ул.Пушкина, 24 [ул. К.Маркса, 33/62]; 2) общежитие Казанского финансово- экономического института, ул.Дзержинского, 22; 3) кожно-венерическая больница ГИДУВа, ул. Большая Красная, 11	2.8.1941 – 20.5.1944	общехирург., нейрохирург., кожно-вен., 700 (9.1942)	военврач 2 ранга Б.С.Левин (1941); военврач 2 ранга Д.И.Горшенин (1.1942–7.1942); военврач 3 ранга Л.К.Бородина (7.1942–10.1943); гв. подполковник мед. службы Н.Д.Силин (10.1943–4.1944); военврач М.И.Мазитова (до 1.6.1944); военврач 3 ранга, капитан мед. службы А.И.Попкова (с 1.6.1944)
2781	г.Казань, 1) Татпромсовет, ул.Левобулачная, 34/2; 2) клуб им. М.Горького комбината «Спар- так», ул.Баумана, 62; 3) школа №39, ул.Банковская, 5 [ул. Мусы Джалиля, 5]	2.8.1941 – 6.9.1943	общехирург. (костные), 700 (30.6.1942)	Рифман; профессор А.М.Заблудовский; Лебедева; военврач 2 ранга А.И.Смирнов (на 12.1941–1.3.1943); майор мед. службы К.Г.Ащина (с 1.3.1943 и на 6.7.1943)

Эвакогоспитали Татарстана в 1941-1945 годы: дислокация, специализация, начальники

1	2	3	4	5
2782	г.Казань, 1) школа №100, Соцгородок завода №124 [ул.Социалистическая, 5]; 2) школа №37, ул.Лядова, 7	1) 18.8.1941 – 30.1.1944 2) 1.10.1941 – 08.1943	общехирург., 750 (30.6.1942)	военврач 1 ранга, майор мед. службы И.Я.Тарнопольский (до 27.4.1942); военврач 2 ранга Р.К.Ахмадуллина (27.4.1942 – 19.8.1943); капитан мед. службы Е.Ф.Хорошева (19.8.1943 – 31.12.1945)
2783	г.Казань, 1) школа №85, ул.Галиаскара Камала, 24; 2) школа №51, ул.Тукаевская [ул. Габдуллы Тукая, 34]	1) 25.7.1941 – 5.1945; 2) 25.7.1941 – 12.1942	общехирург., терапевт., 675 (7.1942)	военврач П.В.Дезидерьев (2.8.1941 – 24.12.1941); военврач 2 ранга Г.А.Григорьев (24.12.1941 – 6.1942); военврач 1 ранга М.А.Романов (6.1942 – 2.11.1945); майор мед. службы А.Л.Сорока (с 2.11.1945)
2784	г.Бугульма, до октября 1942 г. размещался в 8 зданиях, позже в трех: 1) школа №1 [ул.Герцена, 91]; 2) школа №56 [ул.Оршанская, 61]; 3) педагогический техникум [ул.Гоголя, 21]	20.7.1941 – 16.9.1945	общехирург., 700 (30.6.1942)	военврач 3 ранга, майор мед. службы И.И.Лапшин (27.7.1941 – 09.1945)
2785	г.Агрыз, 1) железнодорожная школа №10 [ул.Октябрьская, 25]; 2) железнодорожная больница [Гоголя, 10]	27.7.1941 – 9.1945	общехирург., 300 (1.1.1944)	военврач 2 ранга, майор мед. службы М.М.Розенцвайг (27.7.1941 – 09.1945)
2786	г.Кукмор, 1) школа №1 [ул. Мусы Джалиля, 35]; 2) школа №2 [ул. Майская, 4]; 3) ясли [ул. Вахитова, 27]	20.7.1941 – 12.1942	общехирург., 600 (9.1942)	военврач 2 ранга Н.А.Лаптев (20.7.1941 – 5.11.1942); военврач 1 ранга Е.Д.Погосянц (с 6.11.1942)

Сборник документов о работе эвакогоспиталей Татарской АССР в 1941–1945 годы

1	2	3	4	5
3643	г.Казань, ГИДУВ, ул.Комлева, 11/40 [ул.Муштары, 11/40]	21.7.1941 – 30.9.1945	нейрохирург., невролог., полост- ные, челюстно- лицевые, 550 (30.6.1942)	ст. лейтенант мед. службы Н.Ф.Цуканов; военврач 1 ранга Б.С.Гинзбург (23.7.1941–14.3.1942), военврач 3 ранга, майор мед. службы Л.А.Юрьева (15.3.1942– 30.9.1945)
3644	г.Казань, Диетсанаторий, ул.К.Маркса, 71	21.7.1941 – 12.12.1945	общехирург., терапевт., туберкулез., 300 (11.1941)	военврач 3 ранга А.Н.Муратов (21.7.1941–03.1943); военврач 1 ранга Я.И.Розенблит (03.1943–12.1943); подполковник мед. службы Б.С.Гинзбург (01.1944–12.1945)
3645	г.Казань, 1) гостиница «Совет», ул.Университетская, 7/80; 2) Казанский меховой техникум, ул.Островского, 37/8 [ул.Университетская, 6/39]; 3) общежитие мединститута, ул.Островского, 53	29.7.1941 – 23.10.1945	общехирург., терапевт., 960 (30.6.1942)	военврач 2 ранга С.З.Самойлов (1.08.–16.9.1941); военврач 3 ранга Т.И.Добровольская (16.9.1941–14.3.1942); военврач 2 ранга В.Ф.Кудрин (15.3.1942–06.11.1945); гв. подполковник мед. службы Н.Д.Силин
3646	г.Казань, 1) школа №81, ул.Гладилова, 24; 2) клуб Лынокомбината, ул.Гладилова, 49	1.7.1941 – 1.9.1943	общехирург., 900 (30.6.1942)	военврач 2 ранга Е.М.Журавлев (8.1941–4.3.1942); военврач 3 ранга Т.И.Добровольская (на 4.3.1942); военврач 1 ранга, майор мед. службы И.Я.Тарнопольский (2.4.1942–9.1943).

Эвакогоспитали Татарстана в 1941-1945 годы: дислокация, специализация, начальники

1	2	3	4	5
3647	г.Казань, 1) Казанский ветеринарный техникум, ул.Поле Ершова, 2/5 [ул. Н.Ершова, 26]; 2) школа №29, Мамадышский тракт, 14 [ул. Патриса Лумумбы, 20]	1) 24.7.1941 – 2.9.1943; 2) 24.7.1941 – 13.10.1941	хирург. (конечности), 500 (30.6.1942)	военврач И.К.Коган (на 13.10.1941); военврач 2 ранга Г.А.Невраев (на 7.2.1942); военврач 2 ранга Н.М.Зефирова (до 3.9.1942); военврач 3 ранга А.Д.Васильева (09.1942 – 10.1942); военврач 2 ранга М.А.Зайцев (врио до 8.1.1943); военврач 1 ранга И.С.Качурец (8.1.1943 – 18.8.1943); военврач 1 ранга Е.Д.Погосянц (18.8.1943 – 7.10.1944)
3648	г.Казань, школа № 24, ул.Пушкина, 15 [ул.Пушкина, 37]	20.7.1941 – 1.11.1942	общехирург. (конечности), 600 (12.8.1942)	военврач 2 ранга В.И.Боговаров (1.10.1941 – 2.1943)
3649	г.Казань, школа №12, ул.Комсомольская, 38 [ул. Шигабутдина Марджани, 38]	23.7.1941 – 1.9.1943	общехирург., 450 (30.6.1942)	военврач 3 ранга Г.Х.Фахретдинов (29.7.1941 – 30.8.1941); военврач 3 ранга Э.М.Сареток (31.8.1941 – 29.8.1943); военврач 2 ранга С.Г.Гордеев
3650	г.Казань, Торгово-учрежденческое здание (кроме музея), ул.Чернышевского, 2 [ул.Кремлевская, 2]	10.7.1941 – 1.5.1942	общехирург. (конечности), 1300 (3.1942)	военврач 3 ранга С.С.Шакараев (29.7.1941 – 06.1942)
3651	г.Казань, Казанский жировой техникум, ул.Тукаевская, 113 [ул. Габдуллы Тукая, 113]	19.7.1941 – 8.6.1946	общехирург., 700 (30.6.1942)	военврач 2 ранга В.Н.Мурат (26.7.1941 – 8.8.1944); капитан мед. службы В.А.Магницкая (8.8.1944 – 22.2.1945); капитан мед. службы М.А.Ерзин (22.2.1945 – 2.6.1945); капитан мед. службы Е.В.Хмелевцева (2.6.1945 – 12.7.1945); капитан мед.службы Р.К.Ахмадуллина (12.7.1945 – 8.6.1946); капитан мед. службы Я.М.Базаревич

Сборник документов о работе эвакогоспиталей Татарской АССР в 1941–1945 годы

1	2	3	4	5
3652	Юдинский р-н, пос.Васильево, 1) средняя школа, ул.Школьная, 23 [ул.Праздничная, 9]; 2) неполная средняя школа; 3) клуб лесокombината	21.7.1941 – 6.1946	общехирург., 600 (1.1.1945)	военврач 2 ранга, майор Е.А.Смирнов (21.7.1941–6.1946)
3653	пос. Юдино, 1) школа №30; 2) железнодорожная школа №41 [ул.Бирюзовая, 2а]; 3) клуб	21.7.1941 – 30.9.1945	общехирург., 450 (1.1.1945)	военврач 2 ранга, капитан мед. службы А.А.Столяр (с июля 1941 г. и на 26.1.–7.8.1943); Захаров; военврач 2 ранга Б.С.Левин (в 1942 г.); капитан мед. службы Ю.М.Краснопольская (с 16.8.1943 года до расформирования)
3654	Октябрьский р-н, ст.Нурлат, 1) районная средняя школа [ул.Школьная, 9], 2) железнодорожная школа №28	23.7.1941 – 31.7.1945	общехирург. (конечности) 450 (30.6.1945)	военврач 3 ранга М.А.Ерзин (08.1941–12.1944); подполковник мед. службы А.И.Баудер (12.1944–07.1945); капитан мед. службы М.С.Галимов (на 1.3.1945); Е.М.Щепеткова (на 5.3.1945)
3655	г.Арск, 1) районная больница, ул.Комсомольская, 32; 2) педагогическое училище, ул.Галактионова, 28; 3) общежитие педагогического училища	24.7.1941 – 15.10.1946; с 7.3.1943 – госпиталь для военнопленных	общехирург., 550 (30.6.1942) 1200 (1.1.1945)	военврач 2 ранга В.И.Эмдин (24.07.–24.11.1941); военврач 2 ранга А.Я.Гриншпан (24.11.1941–06.1942); военврач 2 ранга В.И.Морозов (06.1942–11.1942); военврач 3 ранга Х.Г.Ибрагимов (11.1942–15.11.1946)

Эвакогоспитали Татарстана в 1941-1945 годы: дислокация, специализация, начальники

1	2	3	4	5
3656	г.Зеленодольск, 1) школа №1 [ул.Первомайская]; 2) школа №2 [ул.Первомайская]	20.7.1941 – 10.1946, с кон. 1944 г. – госпиталь для военнопленных	общехирург., 500 (30.6.1942) 800 (1.1.1945)	Алхан; военврач 1 ранга С.М.Липец; военврач 3 ранга Э.Л.Кагановская (на 16.1.1943–22.2.1944); Ситникова (на 5.3.1945)
3657	г.Казань, 1) школа №32, ул.Мало-Московская, 16; 2) школа №49, ул.Красного Химика, 19	1) 30.8.1941 – 1.10.1942; 2) 30.8.1941 – 25.10.1945	общехирург., 650 (30.6.1942)	военврач 2 ранга Н.В.Бусыгин (29.7.–25.10.1941); военврач 3 ранга П.В.Покровский (25.10.1941–22.5.1942); вольнонаемная З.С.Казановская (23.5.1942–29.10.1942); капитан мед. службы В.А.Магницкая (30.10.1942–10.2.1944); капитан мед. службы В.М.Лопуховский (11.2.1944–10.8.1944); майор мед. службы Л.М.Гутерман (3.11.1944–25.10.1945)
3992	г.Казань, школа №80, ул.Татарстан, 40	1.9.1941 – 1.10.1945	общехирург. (протезно- ортопед.), 475 (30.6.1942)	военврач 3 ранга С.В.Сокол; военврач 2 ранга А.А.Кокурин (на 7.2.1943–26.2.1943); военврач 3 ранга А.И.Анахова (на 6.7.1943–5.3.1945); военврач 3 ранга А.П.Стребкова; майор мед. службы Деражне; майор мед. службы А.С.Виноградов
3993	г.Казань, школа №1, ул.Окольная, 25	1.9.1941 – 10.7.1942	общехирург., 500 (4.1942)	военврач 3 ранга Д.Ф.Андриановский (на 11.1941); военврач 2 ранга А.Ф.Герштейн (на 7.2.1942 и до расформирования 1.6.1942)
3994	г.Казань, 1) школа №82 ул.Эсперанто, 48 [ул.Назарбаева, 48]; 2) школа №88, ул.Спартакoвская, 82	1.9.1941 – 1.11.1942	общехирург., 500 (30.6.1942)	военврач 2 ранга И.Г.Брон (в 1941 г. и на 21.4.1942)

Сборник документов о работе эвакогоспиталей Татарской АССР в 1941–1945 годы

1	2	3	4	5
3995	г.Казань, железнодорожная школа №1, ул.Кирова, 6 [ул.Московская]	12.9.1941 – 1.9.1945	общехирург. для легкоранен., 300 (30.6.1942)	военврач 3 ранга М.Г.Юрина (до 10.5.1943); военврач 3 ранга, капитан мед. службы Н.С.Валеев (на 7.2.1943–1.4.1944, с 8.4.1944); капитан мед. службы К.С.Дятков (на 5.3.1945)
3996	г.Казань, школа №98, ул.Калинина, 85 [ул. Амирхана Еники, 23]	24.8.1941 – 8.1943	общехирург. для легкоранен., 450 (30.6.1942)	Голицын; военврач, капитан мед. службы Б.Я.Свержинская (на 7.2.1942–19.8.1943)
3997	г.Казань, Дворец культуры завода им.Ленина, Слобода Восстания, ул.1 Мая, завод №40 [ул. 1-го Мая, 26]	8.1941 – 7.9.1943	общехирург., 750 (30.6.1942)	Дегтярев; военврач 2 ранга Г.Г.Кондратьев
4088	Юдинский р-н, пос. Васильево, Васильевский дом отдыха	11.9.1941 – 28.1.1946	общехирург., туберкулез, 600 (30.6.1942)	военврач 1 ранга Я.И.Розенбит (11.9.1941–02.1943); военврач 3 ранга, майор мед. службы А.Н.Муратов (9.3.1943– 28.1.1946)
4089	Челнинский р-н, с.Черный Ключ, санаторий «Тарловский»	7.10.1941 – 10-12.1945	туберкулез, ранения в груд- ную клетку 400 (1.1.1944)	военврач 3 ранга Е.А.Кочина (7.10.–12.1941); военврач 3 ранга А.В.Трошанина (на 1.8.1942); капитан мед. службы А.И.Уварова (01.1943–14.7.1944); майор мед. службы В.И.Пиньковский (14.7.1944–13.12.1944); лейтенант А.Ф.Ялунин (врио 13.12.1944–3.3.1945); майор мед. службы А.Г.Евдокимов (3.3.1945–12.1945)
4147	Бугульминский р-н, д.Петровка, Дом отдыха «Петровский»	25.9.1941 – 1.10.1942	100 (11.1941)	капитан мед. службы С.Ф.Дворникова

Эвакогоспитали Татарстана в 1941-1945 годы: дислокация, специализация, начальники

1	2	3	4	5
4490	г.Казань, Дом Казанской железной дороги, ул.Большая Галактионовская, 3 [ул.Горького, 3]	14.12.1941 – 8.1943	общехирург. (конечности), 650 (30.6.1942)	военврач 2 ранга Х.З.Гизатуллин (в 1941 г., на 7.2.1942 и на 26.1.1943, 8.4.1943); Яницкая (на 22.6.1942); военврач 2 ранга А.И.Ильич
4491	г.Казань, 2-й Дом Советов, ул.Чернышевского, 21 [ул.Кремлевская, 21]	1.12.1941 – 8.1943	общехирург., 650 (30.6.1942)	военврач 2 ранга Г.Я.Новик (на 7.2.1942 и до 26.6.1943); военврач Белый (на 8.1943)
4492	г.Казань, 1) общежитие пединститута, ул.Большая Красная, 5; 2) школа №33, ул. Большая Красная, 12	9.1941 – 11.1945	терапевт., туберкулез., кожные, 600 (30.6.1942)	военврач 3 ранга П.Е.Красильников (26.9.1941 – 2.4.1942); А.С.Невраева (врио 3.1942 – 10.4.1942); военврач 3 ранга В.В.Пименова (врио 10 – 14.04.1942); военврач 1 ранга С.М.Липец (15.4.1942 – 17.8.1942); военврач 3 ранга А.С.Виноградов (17.8.1942 – 20.9.1943); капитан Б.С.Лоторейчик (20.9.1943 – 24.10.1945)
4493	г.Казань, школа №83, ул.Бехтерева, 6/11	9.1941 – 12.1942	общехирург., 440 (30.6.1942)	военврач 3 ранга М.С.Александрова (26.9.1941 – 5.8.1942); майор мед. службы К.Г.Ащина (5.8.1942 – 25.3.1943)
4494	г.Казань, школа №5, ул.Волкова, 3	9.1941 – 1947	общехирург., 470 (30.6.1942)	военврач 2 ранга М.И.Добросмыслов (10.1941 – 5.11.1942); военврач 3 ранга З.П.Остроумова (с 5.11.1942); военврач И.Н.Котелов (на 12.1942 и на 26.1.1943, 7.8.1943); подполковник мед. службы Я.В.Любарский; капитан К.П.Тихонова (10.1943 – 1945); подполковник мед. службы К.С.Дятков (на 29.11.1946)
4495	г.Казань, школа №91, ул.Декабристов, 74 [ул.Декабристов, 172]	26.9.1941 – 5.5.1942	общехирург., 450 (03.1942)	военврач 3 ранга А.И.Анахова (09.1941 – 11.1941); военврач 2 ранга Добкин (11.1941); военврач 2 ранга В.И.Эмдин (11.1941 – 25.6.1942)

Сборник документов о работе эвакогоспиталей Татарской АССР в 1941–1945 годы

1	2	3	4	5
4496	г.Казань, школа №84, ул.Большая Красная, 45	26.9.1941 – 10.12.1942	общехирург., 500 (30.6.1942)	военврач 1 ранга Н.С.Охотин (12.1941–7.9.1942); военврач 3 ранга П.Т.Рубцова (с 7.9.1942)
4497	г.Казань, школа №28, ул.Достоевского, 79	10.1941 – 19.8.1943	общехирург., 250 (30.6.1942)	военврач 3 ранга И.Б.Гуревич (до 19.8.1942); капитан мед. службы И.П.Попов (19.8.1942 – на 7.8.1943)
4498	г.Казань, школа №29, Мамадышский тракт, 14 [ул. Патриса Лумумбы, 20]	13.10.1941 – 9.1943	общехирург., 475 (30.6.1942)	военврач 3 ранга Г.Ю.Мансуров (17.10.1941–19.4.1944)
4575	Верхнеуслонский р-н, пос. Пустые Мор- кваши, дом отдыха (пионерсанаторий)	11.1941 – 30.6.1945	общехирург., 300 (9.1942)	военврач 3 ранга, капитан мед. службы О.Т.Волкова (весь период)
4638	г.Чистополь, фельдшерская школа, ул.К.Маркса, 78	7.1942 – 12.1942	общехирург., 400 (9.1942)	военврач Х.З.Гизатуллин, военврач 3 ранга Мордвинов (на 23.9.1942)
4639	Бондюжский р-н, с.Ижевка, санаторий «Ижминводы»	5.42–12.1942, 3.1943 – 5.1944	общехирург., 250 (9.1942)	военврач 3 ранга Х.Г.Ибрагимов (на 19.7.1942, 25.11.1942); военврач 3 ранга Р.Г.Бакиева (5.1943–10.1943); А.Г.Ситницкий (10.1943–5.1944)
4642	г.Казань, школа № 15, ул.Комлева, 6 [ул.Муштары, 6]	3.1942 – 11.1946	ампутац. (про- тезные), 600 (30.6.1942)	военврач 2 ранга М.Ф.Милославский (18.3.–26.3.1942); военврач 2 ранга М.С.Гинзбург (28.3.–25.11.1942); майор мед. службы М.Ю.Финн (25.11.1942–21.8.1945); подполковник мед. службы Н.Е.Федоров (21.8.–1.12.1945); подполковник мед. службы М.А.Долкарт (1.12.1945 – 2.11.1946)
4914	Шугуровский р-н, курорт «Бакирово»	1.6.1942 – 1.11.1942	общехирург., 100 (9.1942)	военврач 3 ранга Р.Г.Бакиева

Эвакогоспитали Татарстана в 1941-1945 годы: дислокация, специализация, начальники

1	2	3	4	5
5864	г.Казань, 1) школа №3, ул.Бол. Галактионовская, 16 [ул.М.Горького, 16]; 2) школа №19, ул.Бол. Галактионовская, 29 [ул.М.Горького, 29]	7.9.1943 – 20.5.1944	общехирург., 500 (1.1.1944)	военврач 2 ранга А.И.Ильич (на 15.10.1943); капитан мед. службы А.И.Савкин (1943 – до 1.6.1944)
5865	г.Казань, Казанский ветеринарный техникум, ул.Поле Ершова, 2/5 [ул.Н.Ершова, 26]	8.1943 – 31.3.1944	общехирург., 400 (1.1.1944)	военврач 1 ранга, майор мед. службы И.С.Качурец (с 16.8.1943 – на 22.2.1944); майор мед. службы Дж.Б.Дунаев (на 5.3.1944)
5866	г.Казань, школа №12, ул.Комсомольская, 38 [ул. Шигабутдина Марджани, 38]	1.9.1943 – 15.9.1945	общехирург., 400 (1.1.1944)	военврач 3 ранга Э.М.Сареток (с 08.1943 – на 13.1.1944); капитан мед. службы А.П.Стребкова (на 30.12.1944)
5867	г.Казань, школа №98, ул.Калинина, 85 [ул. Амирхана Еники, 23]	9.1943 – 8.1945	общехирург., 400 (1.1.1944)	капитан мед. службы Б.Я.Свержинская (8.1943 – 23.5.1944); майор мед. службы В.И.Пиньковский (23.5.1944 – 21.6.1944); капитан мед. службы М.И.Мазитова (21.6.1944 – 8.1945)
5868	г.Казань, школа №29, Мамадышский тракт, 14 [ул. Патриса Лумумбы, 20]	30.8.1943 – 1946	общехирург., 400 (1.1.1944)	М.М.Хакимов; военврач 2 ранга В.И.Эмдин; военврач 2 ранга, майор мед. службы Н.С.Валеев (14.7.1943 – 7.4.1944, на 15.9.1944, на 29.11.1946)
5869	г.Казань, Татпромсовет, ул.Лево-Булачная, 34/2	22.9.1943 – 4.3.1945	общехирург., 300 (1.1.1944)	военврач 3 ранга М.А.Ерзин (на 15.10.1943, 5.3.1945)
5870	г.Казань, 2-й Дом Советов, ул.Чернышевского, 21 [ул.Кремлевская, 21]	8.9.1943 – 9.1945	общехирург., челюстно-лицев., 500 (1.1.1944)	капитан мед. службы Т.Г.Файзуллина (весь период)

Сборник документов о работе эвакогоспиталей Татарской АССР в 1941–1945 годы

1	2	3	4	5
5871	г.Казань, Дворец культуры завода им.Ленина, Слобода Восстания, ул.1 Мая, завод №40 [ул. 1-го Мая, 26]	9.1943 – 8.1945	общехирург., общетерапевт., невролог., 600 (1.1.1944)	капитан мед. службы Р.К.Ахмадуллина (весь период)
5872	г.Казань, школа №7, ул.Бутлерова, 7	7.9.1943 – 8.1945	общехирург., 200 (1.1.1944)	Р.А.Дивеева (на 15.10.1943); капитан мед. службы В.И.Боговаров (на 13.1.1944); капитан мед. службы А.И.Савкин (на 5.3.1945)
5873	г.Казань, 1) школа №81, ул.Гладилова, 24; 2) клуб Лынокомбината, ул.Гладилова, 49	7.9.1943 – 7.1.1945	общехирург., 700 (1.1.1944)	военврач 1 ранга, майор мед. службы И.Я.Тарнопольский (на 13.1.1944); подполковник мед. службы Я.В.Любарский (до 1.8.1944); майор мед. службы А.С.Виноградов (не ранее 5.8.1944)
	Оперативное отделение при Казанской психиатрической больнице. г.Казань, ул.Поле Ершова [ул.Н.Ершова, 49]	1942 – 4.1945	психоневрол., 160 (1942)	А.А.Вологин
28 обв	28 отдельный батальон выздоровливающих. г.Казань, кожевенный техникум, ул.Комсомольская, 22 [ул. Шигабутдина Марджани, 26]	с 15.2.1942	1500 (6.1942)	

Подвижные госпитали, сформированные в Казани и отправленные на фронт**

- 86 КПГ – сформирован на базе 66 КВГ 22.6.1941–26.6.1941.
- 87 КПГ – сформирован на базе 66 КВГ 06.1941–20.7.1941.
- 364 ППГ – сформирован на базе 361 ВГ в сентябре 1941 г.
- 365 ППГ – сформирован на базе 361 ВГ 04.08.1941–27.09.1941.
- 518 ППГ – сформирован на базе 361 ВГ в августе–сентябре 1941 г.
- 519 ППГ – сформирован на базе 361 ВГ 20.08.1941–09.1941.
- 624 ППГ – сформирован на базе 361 ВГ 15.7.1941–28.2.1942.
- 625 ППГ – сформирован на базе 361 ВГ 15.7.1941–28.2.1942.
- 626 ППГ – сформирован на базе 361 ВГ 14.7.1941–28.2.1942.
- 1162 ППГ – сформирован на базе 361 ВГ 23.6.1941–16.7.1941.
- 1163 ППГ – сформирован на базе 361 ВГ 23.6.1941–8.8.1941.
- 1164 ППГ – сформирован на базе 361 ВГ 23.6.1941–07.1941.
- 4265 ИГ – сформирован на базе 361 ВГ 1.4.1942–15.6.1942.

Также в 1941 году были сформированы и отправлены на фронт 118, 129, 130, 131 автомобильные санитарные роты, 35 отдельная рота медицинского усиления, Управления 122 и 124 полевых эвакуационных пунктов и ряд других подразделений медико-санитарного назначения [9, с. 272–275].

В августе–сентябре 1941 были сформированы батальоны выздоравливающих 17 и 25 запасных полков.

06.1945–22.9.1945 в Казани размещался 2306 ТППГ, прибывший для расформирования из г.Алленштайн (Восточная Пруссия). Начальник госпиталя С.Ф.Якубович.

** Филиал Центрального архива Министерства обороны Российской Федерации (военно-медицинских документов, г.Санкт-Петербург). Справочник дислокации и специализации госпиталей в г.Казани в период Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. – Ленинград, 1969. – 36 с.

Начальники эвакуационных госпиталей Татарской АССР

Эффективность работы госпиталя в немалой степени зависела от степени профессионализма и организаторских качеств его непосредственного руководителя – начальника госпиталя. Он являлся прямым руководителем всего личного состава госпиталя и находившихся на лечении больных, отвечал буквально за всё: мобилизационную готовность госпиталя, специальную подготовку персонала, воинскую и трудовую дисциплину, состояние медицинского имущества и других материальных средств, материально-техническое, бытовое и финансовое обеспечение госпиталя и др. К сожалению, в архивах нам не удалось найти документы, в которых были бы собраны полные сведения об этих людях, внесших большой вклад в важную работу по сохранению жизни и восстановлению здоровья военнослужащих. В документах военных лет, как в донесениях и отчетах военного ведомства, так и в приказах Народного комиссариата здравоохранения, было принято писать только фамилии должностных лиц, изредка с инициалами. К тому же в них часто встречаются ошибки в написании, опечатки и другие искажения. В настоящей работе приводятся фамилии, имена, отчества всех начальников госпиталей, размещенных на территории Татарстана в годы Великой Отечественной войны, которые были упомянуты в различных документах и уточнены по архивным материалам в ходе наших исследований.

Фамилия, имя, отчество	№ эвакуогоспиталя
1. Авдейчева Валентина Митрофановна	996
2. Александрова Мария Сергеевна	4493
3. Алхан	3656
4. Анахова Анна Илларионовна	3992, 4495
5. Андриановский Дмитрий Федорович	3993
6. Ахмадуллина Роза Кабировна	2782, 3651, 5871
7. Ащина Клара Григорьевна	2781, 4493
8. Бадикова Дина Тимофеевна	1665
9. Базаревич Яков Муратович	3651
10. Бакиева Рауза Гатаевна	4639, 4914
11. Баудер Антон Иванович	3654

Фамилия, имя, отчество	№ эвакогоспиталя
12. Белый	4491
13. Биккенин Абдулбари Сафич	2778
14. Бикчурин Шафигулла Валиулович	1311
15. Боговаров Василий Исаакович	1310, 3648, 5872
16. Бородина Л.К.	2780
17. Брон Исак Григорьевич	3994
18. Бусыгин Николай Васильевич	3657
19. Валеев Нигмат Сафович	3995, 5868
20. Васильева Анна Демьяновна	1673, 3647
21. Василькова Зинаида Григорьевна	1907
22. Виноградов Арон Самуилович	1668, 3992, 4492, 5873
23. Вологин Алексей Алексеевич	оперотделение при КПБ
24. Волкова Ольга Титовна	4575
25. Галимов Малик Садыкович	3654
26. Герштейн Александр Феликсович	3993
27. Герштейн С.С.	1311
28. Гизатуллин Халиулла Зайнуллович	1311, 1669, 4490, 4638
29. Гинзбург Борис Соломонович	1668, 3643, 3644
30. Гинзбург Михаил Соломонович	4642
31. Голицын	3996
32. Гордеев Сергей Григорьевич	1673, 3649
33. Горшенин Дмитрий Иванович	2780
34. Григорьев Григорий Афанасьевич	2783
35. Гриншпан Александр Яковлевич	1667, 3655
36. Гуревич Ида Борисовна	4497
37. Гутерман Лев Максимович	3657
38. Данилов Иван Васильевич	1667
39. Дворникова Серафима Федоровна	4147
40. Дегтярев	3997
41. Дезидерьев Петр Васильевич	2783
42. Деражне	3992
43. Дешевило Исидор Яковлевич	361
44. Дивеева Рабига Абдуловна	5872
45. Добкин	4495
46. Добровольская Татьяна Ивановна	3645, 3646

Фамилия, имя, отчество	№ эвакогоспиталя
47. Добросмыслов Михаил Иванович	4494
48. Долкарт Моисей Аронович	4642
49. Дунаев Джиганша Багаутдинович	1673, 5865
50. Дятков Константин Степанович	3995, 4494
51. Евдокимов Алексей Георгиевич	4089
52. Ерзин Мухамед Абдуллаевич	3651, 3654, 5869
53. Журавлев Евгений Матвеевич	3646
54. Заблудовский Антон Мартынович	2781
55. Зайцев Марк Александрович	3647
56. Зефилов Николай Михайлович	1668, 3647
57. Злотников Яков Григорьевич	1879
58. Ибрагимов Хабибрахман Гатаулович	3655, 4639
59. Иванов-Райло Иван Михайлович	1311
60. Ильич Анна Ивановна	1907, 4490, 5864
61. Кагановская Эсфирь Львовна	3656
62. Казановская Зинаида Сергеевна	3657
63. Качурец Иван Степанович	1670, 3647, 5865
64. Коган Исаак Константинович	3647
65. Кокурин Александр Алексеевич	3992
66. Кондратьев Гавриил Григорьевич	3997
67. Котелов Иван Николаевич	4494
68. Кочина Екатерина Алексеевна	4089
69. Красильников Павел Евгеньевич	4492
70. Краснопольская Юлия Михайловна	3653
71. Ксенократов Михаил Николаевич	1311
72. Кугушев Исмагил Абдуллович	1673
73. Кудрин Виктор Федорович	3645
74. Лаптев Николай Ананьевич	2786
75. Лапшин Иван Иванович	2784
76. Левин Борис Соломонович	1668, 2780, 3653
77. Липец Сергей Максимович	3656, 4492
78. Лифшиц Илья Михайлович	1665
79. Лопуховский Всеволод Михайлович	3657
80. Лоторейчик Берта Семеновна	4492
81. Любарский Яков Вольфович	996, 4494, 5873

Фамилия, имя, отчество	№ эвакогоспиталя
82. Магницкая Валентина Александровна	996, 1669, 3651, 3657
83. Мазитова Муза Ибрагимовна	2780, 5867
84. Майоров	1667
85. Мансуров Габидулла Юсупович	4498
86. Милославский М.Ф.	4642
87. Мордвинов	4638
88. Морейнис Израиль Яковлевич	2778
89. Морозов Виктор Иванович	3655
90. Мурат Валерий Николаевич	2778, 3651,
91. Муратов Абдерахман Насыхович	3644, 4088
92. Невраев Глеб Александрович	3647
93. Невраева Анна Сергеевна	4492
94. Нисенбаум Исаак Моисеевич	1667, 2779
95. Новик Г.Я.	4491
96. Остроумова Зоя Петровна	4494
97. Охотин Николай Семенович	4496
98. Пименова Вера Владимировна	4492
99. Пиньковский В.И.	4089, 5867
100. Погосянц Ерванд Джавадович	1907, 2786, 3647
101. Покровский Петр Василевич	3657
102. Поликарпов Николай Валентинович	996
103. Попкова Антонина Ивановна	1311, 2780
104. Попов Иван Петрович	1670, 1907, 4497
105. Рифман	2781
106. Розенблит Яков Израилевич	3644, 4088
107. Розенцвайг Моисей Маркович	2785
108. Романов Александр Романович	361, МЭП 48
109. Романов Михаил Алексеевич	2783
110. Рубцова Прасковья Тихоновна	1908, 4496
111. Савкин А.И.	5864, 5872
112. Самойлов Самуил Зиновьевич	3645
113. Сареток Эмилия Магнусовна	3649, 5866
114. Сержинская Берта Яковлевна	3996, 5867
115. Сержанин Андрей Иванович	1665
116. Сидоров Николай Емельянович	1665, 1671

Фамилия, имя, отчество	№ эвакогоспиталя
117. Силин Николай Дмитриевич	1311, 2780, 3645
118. Ситникова	3656
119. Ситницкий Аркадий Гаврилович	4639
120. Смирнов Андрей Иванович	2781
121. Смирнов Евгений Алексеевич	3652
122. Сокол Софья Владимировна	3992
123. Сорока Абрам Львович	2783
124. Столляр Аким Абрамович	3653
125. Стребкова Ангелина Пименовна	3992, 5866
126. Тарнопольский Исаак Яковлевич	2782, 3646, 5873
127. Тихонова Клавдия Петровна	4494
128. Трошанина (Матюшина) Анна Васильевна	4089
129. Туктанова О.И.	1958
130. Уварова Анна Ивановна	4089
131. Ульяницкий Яков Исаевич (Исаакович)	1669
132. Фадеев Иван Платонович	1671
133. Файзуллина Татьяна Григорьевна	1908, 1958, 5870
134. Фахретдинов Галей Харисович	3649
135. Федоров Николай Емельянович	4642
136. Филатова М.	2778
137. Финн Марк Юльевич	4642
138. Хакимов М.М.	5868
139. Хмелевцева Евгения Владимировна	3651
140. Хорошева Елизавета Федоровна	2782
141. Цуканов Никанор Федорович	3643
142. Цыпин Лев Маркович	1668, 2778
143. Шакараев Султан Самигович	3650
144. Шухман Исаак Вениаминович	996
145. Щепеткова Елизавета Михайловна	3654
146. Эмдин Вениамин Иосифович	3655, 4495, 5868
147. Юрина Мария Гавриловна	3995
148. Юринов Трофим Михайлович	1667
149. Юрьева Лидия Анатольевна	3643
150. Ялунин Андрей Федорович	4089
151. Яницкая	4490

Источники и литература

1. Центральный архив Министерства обороны РФ. Фонды 13, 41, 67. Исторические справки госпиталей; Ф. 135. Оп. 12767. Санитарное управление Московского военного округа; Ф. 157. Оп. 12788. Санитарное управление Приволжского военного округа.

2. Филиал Центрального архива Министерства обороны Российской Федерации (военно-медицинских документов, г.Санкт-Петербург). Фонды эвакуационных госпиталей. Справочник дислокации и специализации госпиталей в г.Казани.

3. Портал «Память народа» Министерства обороны РФ. Электронный ресурс. URL: <https://pamyat-naroda.ru>. Учетно-послужная картотека офицерского состава. Наградные документы. Дата обращения: 15.5.2020.

4. Государственный архив РТ. Ф. Р-3959. Народный Комиссариат Здравоохранения ТАССР.

5. Закиров А.Д. Эвакуационные госпитали ВЦСПС Татарской и Удмуртской АССР в годы Великой Отечественной войны. – Казань: Отечество, 2015. – 68 с.

6. Коноплев А.Ю., Салахиева М.Ю., Салахиев Р.Р. Я вечно помню призываю: Каталог госпитальных воинских захоронений периода Великой Отечественной войны на территории Республики Татарстан. Казань: Отечество, 2009. – 320 с.

7. Салахиев Р.Р., Салахиева М.Ю., Александров А.А. Здания эвакогоспиталей в Татарстане (1941–1945): Фотоальбом. Казань: Отечество, 2015. – 164 с.: ил.

8. Худякова Р.А. Коммунистическая партия – организатор всенародной борьбы за здоровье воинов Советской Армии в тылу в годы Великой Отечественной войны. (На материалах Татарии). Дисс.... канд. ист. наук. Казань, 1970.

9. Савченко Р.А. Специальные воинские части РККА, сформированные в годы Великой Отечественной войны в ТАССР: Дис. ... канд. ист. наук – Казань, 2015. – 306 с.

СОКРАЩЕНИЯ И АББРЕВИАТУРЫ

- ВГ – военный госпиталь
в/с – военнослужащий
ВТЭК – врачебно-трудовая экспертная комиссия
ГВВК – госпитальная военно-врачебная комиссия
ГИДУВ – Государственный институт для усовершенствования врачей
ИГ – инфекционный госпиталь
КВГ – корпусной военный госпиталь
КПГ – корпусной подвижной госпиталь
ЛОР – ларингооторинология (оториноларингология)
ЛФК – лечебно-физкультурный комплекс
мед. – медицинский
МО – Министерство обороны
МТО – материально-техническое обеспечение
МЭП – местный эвакуационный пункт
НКЗ – Народный комиссариат здравоохранения
НКО – Народный комиссариат обороны
ОЭГ – отдел эвакуационных госпиталей
ППГ – полевой подвижной госпиталь
РСФСР – Российская Советская Федеративная Социалистическая Республика
СССР – Союз Советских Социалистических Республик
ТАССР – Татарская Автономная Советская Социалистическая Республика
Тат. – Татарская
ТППГ – терапевтический полевой подвижной госпиталь
УВЧ – ультравысокочастотная (терапия)
УФ – ультрафиолет
ФТО – физиотерапевтическое отделение
ХППГ – хирургический полевой подвижной госпиталь
ЦАМО – Центральный архив Министерства обороны
ЧЛР – челюстно-лицевые раненые
ЭГ – эвакуационный госпиталь
ЭП – эвакуационный пункт

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	3
<i>Шулутко Л.И.</i> Хирургическая работа	5
<i>Гольдштейн Д.Е.</i> Рентгеновская помощь	27
<i>Хорош Я.В.</i> Физиотерапия	35
<i>Корчагина К.А.</i> Отчет о работе челюстно-лицевого госпиталя ..	44
История эвакуационного госпиталя № 996	55
<i>Салахиев Р.Р.</i> Эвакогоспитали Татарстана в 1941-1945 годы: дислокация, специализация, начальники	75
Сокращения и аббревиатуры	98

Закиров Анас Давлиевич
Салахиев Рафик Рашитович

**Сборник документов о работе эвакогоспиталей
Татарской АССР в 1941–1945 годы**

Компьютерная вёрстка: *Р.Р.Салахиев*

Подписано в печать 22.06.2020 г.
Формат 60×84/16. Усл. печ. л. 5,81. Уч.-изд. л. 4,33.
Тираж 100. Заказ 0307|1.

Издательство «Отечество»
420032, г.Казань, ул. Шоссейная, 22А
Тел./факс: +7-(843)-554-37-22
E-mail: otechestvo_poisk@mail.ru
www.otechestvort.ru

Отпечатано с готового оригинал-макета
в ООО «Отечество»
420126, г.Казань, ул. Чистопольская, 27А