



Женщины Камышина ухаживают за ранеными в госпитале. Май 1942 г.

ОГНЕННЫЕ СТРАНИЦЫ

ХРОНИКА СТАЛИНГРАДСКОЙ БИТВЫ

ГОСПИТАЛИ г. СТАЛИНГРАДА В 1941—1942 ГОДАХ

(По документам ГУ «Центр документации новейшей истории Волгоградской области»)

Сталинградская битва, как и вся Великая Отечественная война, стала суровым испытанием для русского народа.

С первых дней войны Сталинград рассматривался правительством как один из важнейших пунктов по развертыванию госпиталей.

22 сентября 1941 г. обком ВКП(б) постановил организовать областной комитет помощи раненым бойцам и командирам.

25 октября 1941 г. Сталинградский городской комитет обороны принял постановление об организации резервного коечного госпитального фонда на 4—5 тыс. коек для приема раненых путем разгрузки носилочных раненых и их эвакуации из госпиталей города Сталинграда.

На 11 декабря 1941 г. в Сталинграде были развернуты госпитали емкостью более 15000 коек. Для создания нормальных условий работы по эвакуации раненых бойцов и для разгрузки вокзала Сталинград — 12 декабря 1941 г. Сталинградским ГКО было принято постановление об организации сортировочного госпиталя. Областным комитетом помощи раненым проводилась большая работа по приему, размещению раненых.

Вместе с тем возникло множество

трудностей: не хватало врачей, обеспеченность хирургическим инструментом составляла 75%, ощущался острый недостаток в физиотерапевтической аппаратуре, медикаментах. Также было плохое снабжение госпиталей овощами; ограничены запасы топлива. Вследствие недостаточного количества прачечных серьезной проблемой оставался вопрос о стирке белья, снабжении госпиталей мылом.

Решением бюро обкома ВКП(б) № 151 от 16 февраля 1942 г. райкомом, горкомом партии было предложено усилить шефскую работу над госпиталями, а обкому ВЛКСМ увеличить количество комсомольцев, выделенных для постоянной работы в госпиталях, с 700 до 1200 человек.

Коллективы рабочих и служащих предприятий и учреждений, учащиеся школ и вузов, колхозники оказывали большую поддержку госпиталям. Но особенно ценная помощь оказывалась женщинами-общественницами в уходе за больными и ранеными.

Весной 1942 г. впервые сталинградские госпитали были поставлены в прифронтовые условия работы. Приходилось искать способы выхода из тяжелого положения. На Камышинском консервном заводе было начато производство из хвои витамина С и подготовка к производству этого же витамина из люцер-

ны. В Н. Баскунчаке было организовано производство гипса, выработанная первая партия в количестве 55 тонн.

Наибольшую сложность и трудность в работе сталинградских госпиталей представлял период, когда летом 1942 г. нависла угроза над Сталинградом.

Поставленные в непривычные условия сталинградские госпитали стали одновременно выполнять роль неподвижных полевых госпиталей, являясь в то же время эвакуогоспиталями.

На 1 июля 1942 г. госпитальная база Сталинградской области состояла из 96 госпиталей с общим фондом в 52840 коек. Основная масса госпиталей, наиболее мощных и хорошо оснащенных, располагалась в г. Сталинграде (32 госпиталя) и Астрахани (29 госпиталей). К 1 июля 10 госпиталей из общего количества полностью не закончили формирование.

Железнодорожные пути, идущие в Сталинград, были блокированы. Поступление раненых в город усилилось, вследствие резкого сокращения эвакуации госпитали были переполнены ранеными.

Была срочно необходима эвакуация сталинградских госпиталей. 16 июля 1942 г. обком партии совместно с облисполкомом приняли постановление № 175 передислоцировать эвакуогоспитали НКЗ со всеми больными и ранеными из г. Сталинграда за пределы области,

из районов области — в г. Астрахань.

С 28 июля была начата передислокация 18 госпиталей из г. Сталинграда и 13 из районов области в г. Астрахань и районы левого берега Волги.

Вспыхнувшие заболевания по форме № 30 (холера. — *Прим. авт.*), недостаточная сеть инфекционных гражданских учреждений, вызвали необходимость оставить ряд госпиталей, подлежащих передислокации, создав инфекционный фонд на случай дальнейшего распространения этого заболевания. Решением исполкома облсовета и чрезвычайной эпидемической тройкой было оставлено 6 госпиталей с общим количеством в 3000 коек.

Медработникам выезд из г. Сталинграда без особого разрешения областного здравоохранения, кроме случаев выезда в РККА, был запрещен.

К середине августа возможность оттока раненых из Сталинграда перестала существовать. Началось накопление огромного количества раненых.

Раненые доставлялись в госпитали города с линии фронта всеми видами транспорта. Притока доходил до 4 тыс. в день, в то время как отток был крайне незначителен. На 10.08.42 г. в Сталинграде было развернуто 17 госпиталей с общим количеством 10650 коек.

Начиная с 12 августа госпитали планово, эшелонами в 55—60 вагонов и парходами, начали убывать из Сталинграда в Саратов. Однако вследствие непрерывных бомбежек железной дороги и переправы выполнить полностью план эвакуации госпиталей не удалось.

К 15 августа «санитарная пробка» была в основном ликвидирована и в госпиталях города оставалось около 4000 раненых.

На 23 августа 1942 г. в городе оставалось 7 госпиталей и имущество некоторых эвакуированных госпиталей.

27 августа эвакуация раненых и имущества госпиталей была в основном закончена.

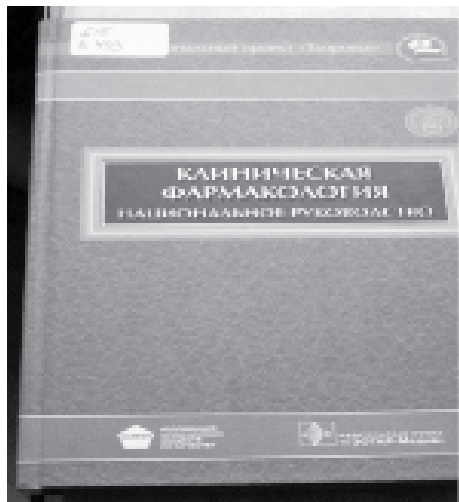
Елена СТУДЕНИКИНА,
главный специалист отдела
информационного обеспечения и
использования
документов
ГУ ЦДНВО.

БИБЛИОФИЛ

В МИРЕ НАУЧНОЙ

СОВРЕМЕННЫЕ ИЗДАНИЯ, ПОСТУПИВШИЕ В БИБЛИОТЕКУ ВолГМУ

2009 год еще только набирает силу, а в издательстве «ГЭОТАР-Медиа» (Москва) уже вышли два прекрасных издания, которые мы хотим представить Вашему вниманию.



Клиническая фармакология: национальное руководство / Под ред. Ю. Б. Белоусова, В. Г. Кукуса, В. К. Лепахина, В. И. Петрова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 976 с. — (Серия «Национальные руководства»).

Выход в свет нового национального руководства в рамках Национального проекта «Здоровье» — это исключительно важное событие.

Знаменательно, что оно разработано ведущими учеными нашего университета во главе с В. И. Петровым, ректором, академиком РАМН, главным фармакологом страны.

Издание подготовлено и рекомендовано известными отечественными специалистами в области клинической фармакологии различных городов России (Санкт-Петербурга, Москвы, Воронежа, Перми, Смоленска, Ярославля, Ставрополя и др.).

Это информационный базис не только для врачей-фармакологов, но и врачей различной специализации, студентов-выпускников медицинских и фармацевтических вузов, интернов, клинических ординаторов, аспирантов.

Руководство включает две части, объединяющих 37 глав. Имеется также электронное приложение на компакт-диске — «Консультант врача. Клиническая фармакология», содержащее дополнительные главы, приложения, а также МКБ-10, фармакологический справочник, ссылки на Internet-сайты, медицинские калькуляторы. Это во многом сэкономит время, избавив от необходимости постоянно держать под рукой многотомную документацию.

В первом разделе «Общие вопросы клинической фармакологии» детально раскрыты основные принципы организации и функционирования клиническо-фармакологической службы в лечебно-профилактических учреждениях и основные направления работы клинического фармаколога, приведены ссылки на руководящие материалы Минздравсоцразвития РФ.

Вторая глава посвящена клинической фармакокинетике, описанию основных фармакокинетических процессов, а также принципов организации и функционирования лаборатории клинической фармакокинетики в ЛПУ.

В следующей главе «Фармакодинамика лекарственных средств» описываются механизмы действия ЛС, мишени их действия, изменения их эффективности, объективные критерии клинической оценки их действия, а также влияние на качество жизни больных.

Важное прикладное значение для решения основных задач клинической практики представляет собой четвертая глава, посвященная разработке новых ЛС и созданию новых систем и средств их целенаправленной доставки.

Последующие два раздела раскрывают неблагоприятные побочные реакции на ЛС и последствия для жизни и здоровья пациентов в случаях передозировки ЛС.

Седьмая глава имеет очень важное значение, поскольку именно здесь читатель найдет описание механизмов (фармацевтического, фармакокинетического и фармакодинамического) взаимодействия лекарственных препаратов. Отдельные статьи информируют о взаимодействии ЛС с пищей, алкоголем, лекарственными растениями.

Восьмая глава «Клиническая фармакогенетика» дает

клиническую характеристику фармакокинетических и фармакодинамических полиморфизмов.

Особую ценность для врача-терапевта, и в частности семейного врача, представляют разделы, дающие описание особенностей применения ЛС у беременных, больных детского и пожилого возраста.

13-я глава «Регистрация и использование ЛС» раскрывает сложный и длительный процесс, задачей которого является недопущение применения малоэффективных и некачественных ЛС.

Отдельный раздел издания описывает сферу интересов, задачи такой специальной научной дисциплины, как фармаконадзор, деятельность которой, согласно определению ВОЗ, направлена на выявление, оценку, понимание и предупреждение неблагоприятных побочных эффектов и/или любых других возможных проблем, связанных с ЛС.

Глава «Фармакоэкономика» вооружает основными (стандартизированными) и дополнительными методами клиническо-экономического анализа.

Составной части медицины, основанной на доказательных данных, — фармакоэпидемиологии, использующей эпидемиологические методы исследования ЛС, посвящен следующий раздел руководства.

Наибольший интерес у читателей вызовет глава «Лекарство и пациент».

Здесь раскрыто понятие о комплаентности, прямых и косвенных методах ее оценки и повышения. А также стратегия и клиническо-фармакологические аспекты обучения в школах для пациентов; причины, появления, практика реализации и необходимость правового регулирования концепции самолечения в РФ.

18-й раздел поможет читателю разобраться в объективных закономерностях и проблемах (юридических, финансовых, научных, психологических) взаимоотношений врача и фармацевтического бизнеса.

Очень важную информацию содержит глава «Принципы рационального поиска клиническо-фармакологической информации и перспективы применения компьютерных программ в деятельности врача — клинического фармаколога».

Дано описание идеи создания автоматизированного рабочего места клинического фармаколога с мозаичной структурой, реализованной академиком РАМН