

УДК 616.89(091)

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ КРАСНОЙ АРМИИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

В. К. Шамрей, Г. П. Костюк, А. Г. Чудиновских, А. Г. Синенченко

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Изучению клинических аспектов боевой психической патологии, организации психиатрической помощи личному составу, величины и структуры санитарных потерь психиатрического профиля всегда отводилось особое место в многочисленных трудах отечественных и зарубежных авторов. Однако по этой проблеме и в настоящее время не существует единой системы взглядов. С одной стороны, в последние десятилетия резко возросло число вооруженных конфликтов и локальных войн, с другой – существенно изменилась структура санитарных потерь в сторону увеличения расстройств пограничного уровня (при значительном уменьшении реактивных психозов), что повлекло за собой необходимость внесения корректив как в организацию оказания психиатрической помощи, так и в подготовку военных психиатров. В то же время, организация психиатрической помощи определяется не только структурой санитарных потерь, но и характером боевых действий, задействованных медицинских сил и средств (особенно, в передовом районе), а также политическими целями вооруженного конфликта, непосредственно отражающимися на морально-психологическом состоянии личного состава воюющих сторон. Успешное решение задачи создания концептуальной модели организации психиатрической помощи в локальных войнах и вооруженных конфликтах невозможно без анализа опыта ее оказания в войнах XX века, прежде всего в Великой Отечественной войне.

Результаты исследования

Впервые в мировой практике именно отечественные психиатры организовали структурированную психиатрическую помощь военнослужащим воюющей армии во время Русско-японской войны (1904–1905 гг.) [32]. Основное внимание, при этом, уделялось не столько совершенствованию стационарной помощи в психиатрических учреждениях тыла страны, сколько оказанию помощи

душевнобольным воинам непосредственно в районе боевых действий. Боевые действия в этот период рассматривались в качестве особого патогенного фактора, сочетающего психическую и физическую травматизацию, что в последующем закрепило понятие «контуженный» и позволило обосновать необходимость создания штата психоневрологов в действующей армии. Таким образом, был сформулирован основной организационный принцип, сохраняющий свою актуальность и в настоящее время, – приближение психиатрической помощи к передовому району [2, 5, 32].

Вместе с тем, полученный в годы Русско-японской войны опыт организации психиатрической помощи военнослужащим воюющей армии в последующих войнах, в том числе и во время Великой Отечественной войны, использован не был, в основном вследствие того, что к началу Великой Отечественной войны в Красной Армии отмечался острый дефицит военных врачей-психиатров, а также отсутствовали специализированные лечебные психоневрологические учреждения. Во многом это было обусловлено «особым» отношением к военной психиатрии в предвоенный период, когда приказами Наркомздрава психиатрическая служба в армии была практически ликвидирована, так как по представлениям политического руководства того времени «психических заболеваний в армейском коллективе в эпоху великих преобразований быть не должно», соответственно, и не виделось перспектив «в лечении психически больных и сохранении их для военной службы» [24]. Не случайно, что наличие психических нарушений среди военнослужащих всячески нивелировалось, либо они рассматривались как симулятивное поведение, нередко обсуждались вопросы дисциплинарной и даже уголовной ответственности «невротиков-военнослужащих». Подобное отношение и стало причиной сложившейся кадровой ситуации, когда подготовка военных психиатров фактически прекратилась. Научные исследования в области военной психиат-

рии также считались не актуальными и были, по сути, свернуты. Тем не менее, в 1934 году вышел коллективный труд сотрудников кафедры «Психозы и психоневрозы войны» (под ред. В.П.Осипова), который к моменту Великой Отечественной войны был практически единственным руководством подобного рода. Затем, уже в самом ее начале (1941), в приоритетном порядке был выпущен новый кафедральный труд «Вопросы психиатрической практики военного времени», сыгравший основную роль в подготовке психиатров в годы войны [14, 15].

Все вышеизложенное крайне негативно отразилось уже на начальном этапе войны. Так, например, на Западном фронте (впоследствии разделенном на 1-й, 2-й и 3-й Белорусские фронты) было всего два психиатра (А.М.Свядоц и А.А.Портнов), а на 1-м Украинском – один (В.Е.Макаров), который одновременно являлся и главным невропатологом фронта. Именно они и армейские психиатры взяли на себя основную тяжесть организационно-методической работы в войсках. В этих условиях особое значение приобретали труды кафедры психиатрии Военно-медицинской академии, ориентированные на войсковых врачей: «Вопросы психиатрической практики военного времени» (1941), «Основы распознавания психозов и психотических состояний в практике военного врача» (1943) и другие [14, 16]. Подводя итоги начального периода войны, Николай Николаевич Тимофеев (главный психиатр Красной армии в годы Великой Отечественной войны), выделил следующие основные проблемы [28]: при острой нехватке военных психиатров, многие из них (как из числа кадрового состава, так и призванные из запаса) не использовались по специальности; подавляющая часть больных психиатрического профиля эвакуировались в глубокий тыл, многие из которых по своему состоянию могли лечиться в армейском или, в крайнем случае, во фронтовом районе; значительная категория этих больных после прохождения через ряд этапов эвакуации поступала на лечение в общехирургические и общетерапевтические госпитали, в которых отсутствовала специальная организованная психиатрическая помощь. Вследствие отсутствия такой помощи больные хронизировались и задерживались в госпиталях значительно больше необходимого времени; по тем же причинам негативными являлись исходы лечения (до 45% военнослужащих снимались с воинского учета, до 30% – переводилось на нестроевую службу).

Таким образом, основным недостатком начального периода войны явилось отсутствие необходимого количества кадров и специализированных психиатрических отделений. Это привело к тому, что практическая психиатрическая помощь в действующих частях ограничивалась, в основном, эвакуацией больных из армейского и фронтового районов в тыловые госпитали страны. В связи с этим, важнейшей задачей стало скорейшее штатно-орга-

низационное формирование психиатрических (психоневрологических) подразделений с максимальным приближением их к передовому району. Благодаря активной деятельности сотрудников кафедры психиатрии Военно-медицинской академии (В.П.Осипов, С.П.Рончевский, В.А.Горовой-Шалтан, В.А.Макаров, М.Ш.Глекель), в приоритетном порядке также развивалась научно-теоретическая база психиатрии военного времени.

Психиатры и невропатологи с первых дней войны приняли активное участие в работе госпиталей фронта и тыла; спешно создавались неврологические («невропсихиатрические») отделения военных госпиталей, специализированные госпитали для «контуженных». В ряде случаев, психиатрические (психоневрологические) отделения были развернуты в сортировочно-эвакуационных госпиталях (с 1943 г.), а также на базе других медицинских и немедицинских (к примеру, на острове Валаам в монастыре было открыто психиатрическое отделение на 100 коек) лечебных учреждений [3, 11]. Вместе с тем, от дивизии и ниже психиатрическая помощь, как правило, не оказывалась. Лишь в одной из частей Ленинградского фронта войсковым врачом, имеющим доверенную психиатрическую подготовку, инициативно был развернут «стационар для контуженных», результаты работы которого «превышали все ожидания» – военнослужащие через 10–14 дней возвращались в строй [31]. Исключением являлся и Первый Прибалтийский фронт, где в каждом медико-санитарном батальоне выделялись врачи, ответственные за медицинскую сортировку, лечение «контуженных» и «невротиков». Однако принятые меры все же не решали основной проблемы – оказания полноценной психиатрической помощи в передовом районе.

В целом, за первые месяцы Великой Отечественной войны в тыловые медицинские учреждения было эвакуировано до 70% пострадавших психиатрического профиля, которые, как правило, оказывались в различных общехирургических и терапевтических госпиталях без адекватной психиатрической помощи, что, с одной стороны, приводило к перегрузке этапов медицинской эвакуации и затрудняло оказание помощи раненым, с другой стороны, приводило к инвалидизации больных с психическими расстройствами. Так по данным И.В.Ребельского, около 50% военнослужащих с психическими расстройствами в дальнейшем были признаны негодными к военной службе и сняты с воинского учета [23].

Наиболее значительную категорию пострадавших психиатрического профиля, при этом, составляли так называемые «контуженные», включавшие самые разнородные контингенты больных: «перенесших коммоцию, контузию, эмоциогенный шок, реакцию страха, реактивное состояние; декомпенсированные психопаты, невротики и т.д.». Следует отметить, что термин «контузия» являлся на

тот период широким, обобщающим и, скорее не столько клиническим, сколько организационным понятием, применявшимся только в Красной Армии. Многообразие клинических проявлений у «контуженных» вызвало существенные диагностические трудности у войсковых врачей и справедливые сомнения в целесообразности использования данного термина у специалистов. Так, в частности, известные военные невропатологи М.И.Аствацатуров и С.И.Карчикян высказывались о нежелательности его употребления, как «лишенного четкого клинко-анатомического содержания» [17]. Аналогичного мнения придерживались и некоторые военные психиатры (С.П.Рончевский), иронически называя таких больных «skonфуженными» [22]. Вместе с тем, использование данной диагностической категории имело все же некоторое обоснование, так как определяло направление эвакуации и объем медицинской помощи на ранних этапах ее оказания. Возможно, что при более детальной дифференцировке данных расстройств военнослужащие с различными проявлениями «боевого стресса» (паническими, истерическими реакциями и т.д.) могли легко оказаться в сфере внимания немедицинских органов. Маскируя различные по своей природе психические расстройства единым лечебно-организационным понятием («контузия»), отечественные военные психиатры проявляли высочайший гуманизм (спасая значительное число лиц с «боевым стрессом» от возможных репрессивных мер) и обеспечивали, при этом, функционирование этапной системы оказания психиатрической помощи нуждавшимся. Так, в частности, Н.Н.Тимофеев указывал, что лица, перенесшие отдельные виды «контузий» (в современном понимании – кратковременные реакции боевого стресса), впоследствии, в своем подавляющем большинстве, возвращались в строй, составляя наиболее боеспособный контингент [29].

Развитие структурированной системы оказания психиатрической помощи в Красной армии относится к началу 1942 года, в связи с необходимостью решения медицинской службой главной задачи войны – возвращения в строй возможно большего числа раненых и больных. Именно в этот период особенно обострилась проблема нехватки призывного контингента для фронта. В этом же году была введена должность главного психиатра Красной Армии (Н.Н.Тимофеев), под руководством которого стали последовательно (армия, фронт, тыл страны) организовываться учреждения психоневрологического профиля. В медицинской службе фронтов, начиная с 1942 года, стали формироваться специализированные госпитали для «контуженных». Созданные позднее психоневрологические отделения в армейских госпиталях для легкораненых, будучи наиболее приближенными к линии фронта, приняли на себя основной поток таких больных, став (по выражению В.Е.Макарова) «фильтром для больных с нервными и психи-

ческими заболеваниями в армейском районе» [14]. При этом следует отметить, что характер организации психиатрической помощи существенно отличался не только в разные периоды Великой Отечественной войны, но и на различных фронтах, в зависимости от специфики театра военных действий, оперативной обстановки, наличия кадрового состава и т.д. Система оказания психиатрической помощи не являлась застывшей, унифицированной для всех фронтов, и на весь период войны она динамично менялась, исходя из текущих возможностей и потребности в ней, в том числе – приобретенного опыта. Для иллюстрации этого положения можно привести пример Западного и Первого Прибалтийского фронтов.

На Западном фронте впервое возникли госпитали для «контуженных», подлежащих лечению на месте. К середине 1943 года во всех армиях появились нештатные армейские психиатры. Армейские терапевтические полевые подвижные госпитали рассматривались, при этом, как «...сортировочно-диагностические учреждения, не только для терапевтических, но и для нервных больных» (имелись специальные палаты на 20–30 коек для больных психиатрического профиля). В армейских и фронтовых госпиталях для лечения легкораненых были созданы психоневрологические отделения, а в армейском терапевтическом эвакогоспитале предусматривалось развертывание «нервного отделения», являющегося «основным армейским стационаром» для лечения лиц с пограничными психическими состояниями [23]. Центральное место занимал специализированный «невро-психиатрический эвакогоспиталь» первого эшелона фронта (со сроками лечения 30–60 суток), являющийся как бы завершающим звеном сети лечебных учреждений, оказывающих медицинскую помощь психически больным. Психиатры, входящие в состав военноврачебных комиссий фронтовых эвакопунктов, осуществляли, помимо прочего, контроль лечебной работы в подведомственных лечебных учреждениях.

На Первом Прибалтийском фронте до второй половины 1942 года организация психоневрологической помощи осуществлялась бессистемно (обычно психически больные помещались в терапевтические отделения армейских госпиталей, где их лечением занимались невропатологи либо терапевты). В последующем, когда для общего руководства психоневрологической работой были назначены лица, исполнявшие обязанности фронтовых невропатолога и психиатра, в госпитальной базе фронта появились «три рода психоневрологических стационаров»: «невро-психиатрическое» отделение при фронтовом госпитале для лечения легкораненых, фронтовой психоневрологической госпиталь (на 600 коек) в системе фронтового эвакуационного пункта и второй психоневрологической госпиталь (на 600 коек) в системе местного эвакуационного пункта [12].

Таким образом, в войсках Красной Армии отмечалась профилизация «невро-психиатрических» учреждений армейской и фронтовой госпитальных баз, что сказывалось не только на общей системе организации психиатрической помощи, но и на достоверности учета психических заболеваний среди военнослужащих. Во многом это было обусловлено уже упомянутым ранее кадровым дефицитом начального периода войны, последствия которого ощущались вплоть до ее окончания. Так, при изучении данных о структуре психических расстройств у военнослужащих Красной Армии в годы Великой Отечественной войны, зачастую сталкиваешься с отсутствием полноценных данных даже об их общей распространенности среди личного состава по фронтам, родам войск и видам сил. Не менее показательно разнообразие формулировок диагнозов в разных лечебных учреждениях. Вот далеко неполный их перечень, применявшихся в отношении только психогенных расстройств: «экзогенная реакция», «реактивное состояние», «реактивный психоз», «реактоз», «реактивная неврастения», «неврастеническая реакция», «истероневрастения», «истеро-травма», «реактивный невроз», «функциональный невроз», «персононевроз», «амбитимойдный невроз», «истеро-амбитимойдный невроз», «истеропатия», «травматическая неврастения», «травматическая психастения», «невротические психогенные реактивные состояния» и некоторые другие. Обращают на себя внимание смешанные диагнозы: «травматическая истерия» и другие, позволяющие произвольно толковать генез болезненных состояний (психогенный или травматический) [10].

Сведения, представленные в доступной отчетной медицинской литературе, являются крайне разрозненными и, как правило, затрагивают лишь отдельные воинские формирования, короткие временные периоды (как правило, ведения боевых действий), порой ограничиваются только анализом трудопотерь и сроков пребывания на больничной койке военнослужащих и так далее. Достаточно сказать, что в основном обобщающем многом томном труде «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.», изданном в 1949 году, психические расстройства были включены в раздел «Нервные болезни (особенности возникновения, течения, предупреждения и лечения во время войны)», в котором первая глава посвящена проблеме неврозов, в других главах упоминаются отдельные симптоматические и органические психические расстройства, возникающие при неврологических и некоторых соматических заболеваниях. Что же касается «психических заболеваний», к которым, наряду с шизофренией и маниакально-депрессивным психозом, были отнесены также и реактивные психозы, то они были включены в группу «Прочие болезни нервной системы» и отдельно подробно не анализировались (табл. 1).

При сопоставлении частоты случаев по отдельным формам «нервных болезней» в отношении ко всему количеству «нервнобольных» в армии (без травматических поражений нервной системы) обращает на себя внимание то, что «неврозы» по отношению ко всей «неврологической заболеваемости» составили все же значительную группу (26,6%), следующую по численности за заболеваниями периферической нервной системы. К этому следует прибавить еще сборную группу так называемых «вегетативных неврозов», составившую 4,8%. Среди неврозов чаще всего встречалась истерия (11,9%), несколько реже – неврастения (7,8%) и еще реже – другие «острые реактивные неврозы» (6,2%). Психастения, при этом, наблюдалась исключительно редко (0,5%). Внутри самой группы неврозов, отдельные их формы распределялись следующим образом: истерия – 45,1%, неврастения – 29,6%, другие «острые реактивные неврозы» – 23,4% и психастения – 1,9%. Особую категорию, как уже отмечалось, составили «контузенные» с преобладанием в клинической картине сурдомутизма (37%), мутизма (2%), глухоты (2,2%), «с припадками» (19%), «с дрожанием головы и конечностей» (3%) [6]. Что же касается собственно психических заболеваний, то их число было значительно меньше. Они составляли всего 4,3% от всех «нервных и психических заболеваний» [8], чуть меньше половины из них (44,8%) составляли больные маниакально-депрессивным психозом, шизофренией и олигофренией. Удельный вес остальных групп был незначительным. Так, психозы инфекционной этиологии составляли всего 5,8% от всех психических болезней, токсической этиологии – 4,0%, травматического генеза – 3,7%. Незначительным было и число психозов, развившихся на почве дистрофии или авитаминоза (1,7%), еще более редкими были психозы инволюционной или сосудистой этиологии (1,1%). Реактивные же психозы составили 3,2% от всех психических заболеваний в армии [8].

Как указывалось ранее [8, 13], «неврозы военного времени» были в основном представлены истерией (45,1%). Вместе с тем, соотношение различных форм невротических расстройств существенно

Таблица 1
Структура неврологической заболеваемости
военнослужащих Красной Армии (1941–1945 гг.)

Формы нервных болезней*	Частота встречаемости, %
Болезни периферической нервной системы	50,0
Неврозы	26,6
Инфекционные болезни нервной системы	3,4
Болезни сосудистого происхождения	1,6
Прочие болезни нервной системы	18,4
ИТОГО	100

Примечание: * – здесь и далее использована авторская терминология.

Таблица 2

**Распределение неврозов по возрастным группам (%)
военнослужащих Красной Армии (1941–1945 гг.)**

Формы невроза	Возраст					Всего
	До 20 лет	20–29 лет	30–39 лет	40–49 лет	50 лет и старше	
Неврастения	5,0	40,6	40,5	13,2	0,7	100,0
Психастения	2,9	70,6	17,7	8,8	-	100,0
Истерия	14,1	46,9	26,8	11,5	0,7	100,0
Реактивные неврозы	7,7	41,3	32,7	17,8	0,5	100,0

отличалось в разных возрастных группах (табл. 2), отчетливо преобладая у лиц молодого возраста (20–29 лет).

Таким образом, в официальной медицинской отчетности психические расстройства, как правило, рассматривались в рамках «заболеваемости нервной системы» и, соответственно, анализировались врачами-невропатологами. В то же время, по данным психиатров, принимавших участие в организации психиатрической помощи в годы Великой Отечественной войны, военнослужащие с нервно-психическими заболеваниями, включая «контуженных», составили 3–4% от общего числа санитарных боевых потерь Красной Армии. Вместе с тем, и эти сведения также носят весьма разрозненный (вследствие дефицита кадров) и противоречивый (как в терминологическом, так и количественном отношении) характер. Во многом это было обусловлено тем, что данные сведения не носили системного характера и, как правило, отражали различные условия их профессиональной деятельности (передовой район, госпитальное звено, тыл; профиль госпиталя; период войны и т.д.).

Так, например, А.М.Святош, анализируя данные по военнослужащим с психогенными заболеваниями (включая пострадавших от минно-взрывной травмы), госпитализированных в «невро-психиатрические» отделения, установил, что в 1942 году их число составило 8,6% от всех поступивших, в 1943 году – 13,8%, в 1944 – 10,5%. При этом, острые психогенные заболевания, наблюдавшиеся

на этапах полкового и дивизионного пунктов медицинской помощи и «невро-психиатрического» отделения армейского госпиталя в период с 1943–1945 год, по его сведениям распределились следующим образом: шоковые психозы (ступор, сумеречное состояние, фуга) – 4,7%, истерические психозы (сумеречные состояния, истерический ступор) – 4,5%, психогенные реакции (псевдодеменция, псевдокататонический ступор, фасцинация, параноидные реакции, элементарное возбуждение) – 3,85%, шоковые неврозы – 8,0%, истерические реакции – 78%. В целом, больные с реактивными психозами по его данным составили 13,05% от числа всех больных [25].

И.В.Павловский, на основе данных фронтового «невро-психиатрического» госпиталя за 3 года войны, указывал, что в 1942 году в структуре больных психоневрологического профиля на реактивные психозы приходилось 10,9%, на острые психогенные реакции (истерические, сумеречные состояния, фуги, психогенный ступор, острый параноид) – 24,1%, в 1943 году – 5,6% и 16,7% соответственно, а в 1944–1945 годах – 7,4% и 10,2% соответственно [18].

Согласно данным Н.И.Бондарева, полученным при изучении клинического материала двух Военно-медицинских академий, реактивные психозы и состояния (за период с 1939 по 1942 год) распределились следующим образом: шоковые эмоциогенные реакции – 18,3%, психогенные расстройства сознания – 16,6%, реактивная депрессия – 36,6%, реактивный параноид – 3,3%, ипохондрический синдром – 2,5%, истерические реактивные состояния – 20,8%, эксплозивные реакции на фоне незначительных психических травм – 1,6% [4].

Не менее противоречивы сведения «невро-психиатрических» учреждений армии, фронта и оперативных коек некоторых психиатрических больниц. Так, по данным санитарного управления Западного фронта (табл. 3) за первые годы войны в структуре психической заболеваемости по всем учреждениям армейского района преобладали реактивные психозы и «психоневрозы» (46,7%), а также психозы и психические нарушения, обусловленные травмой головного мозга (18,3%), тогда

Таблица 3

Структура больных невро-психиатрических госпиталей Западного фронта (1941–1943 гг.)

Характер психических расстройств	Вид госпиталей		
	Армейский район	Фронтной район	Психиатрические больницы
Реактивные психозы и психоневрозы	46,7	42,3	30,4
Психические расстройства травматического генеза	18,3	16,1	14,9
Экзогенные психозы	3,5	4,3	5,4
Эпилепсия	15,1	13,7	12,9
Психопатии	3,7	4,1	4,6
Эндогенные психозы	3,1	4,6	16,2
Прочие психические заболевания	9,6	14,9	15,6
Итого	100	100	100

как «прочие» психические расстройства отмечались значительно реже [23].

Из сведений гражданских психиатрических больниц представляют интерес данные больницы им. П.П.Кащенко, полнее других отразившие состояние психической заболеваемости (1941–1943 гг.) в армиях Западного фронта (вплотную приблизившихся к Москве), согласно которым больные с психогенными заболеваниями составили 30,4% к общему числу душевнобольных, в том числе невротические (астенические, ипохондрические) и реактивные (психогенный параноид) состояния – 19,8%, истерия и истерические реакции (псевдодеменция, ступор, припадки, сурдомутизм) – 10,6%. На травматические психозы и иные психические нарушения травматического генеза приходилось 14,9%, на психопатии – 4,6%, на экзогенные психозы – 5,4%, на эндогенные состояния – 16,2% [27].

Попытка обобщенного анализа приведенных выше сведений позволяет сделать следующее заключение: все психотические формы психогенных заболеваний (включая так называемые «реакции эмоциогенного шока») составляли в «невро-психиатрических» отделениях армейских лечебных учреждений 10–12% к числу госпитализированных; в «невро-психиатрических» госпиталях фронта 12–15% к общему числу больных с психогенными заболеваниями; в «оперативных отделениях» психиатрических больниц – 12–15% к общему числу душевнобольных [10].

Характеризуя психическую заболеваемость на флоте, следует отметить, что, несмотря на исключительно «боевое напряжение личного состава» соединений кораблей, морской авиации и береговых частей Военно-Морского Флота в Великой Отечественной войне, число психических заболеваний на флоте было относительно невелико. Так, количество военнослужащих с психическими расстройствами на Северном флоте составило: в 1941 году – 6 человек, в 1942 году – 29, в 1943 году – 39, а в 1944 году – 54 и в 1945 году – 32 человека; на Балтийском флоте: в 1941 году – 87 человек, в 1942 году – 93, в 1943 году – 109, а в 1944 году – 122 и в 1945 году – 101 человек. При этом в структуре пси-

хической заболеваемости военнослужащих Балтийского флота (табл. 4), находившихся на оперативных койках ленинградских психиатрических больниц, преобладали психические нарушения травматического генеза [9].

Следует при этом указать, что в основном оказание психиатрической помощи в Военно-Морском Флоте как в предвоенный период, так и в годы войны осуществлялось на оперативных койках психиатрических больниц гражданского здравоохранения. При тесном взаимодействии Военно-Морского Флота с частями Красной Армии эвакуация психически больных также нередко производилась в армейские «невро-психиатрические» отделения.

Необходимо отметить, что помимо вышеуказанных расстройств, психиатрами было изучено значение другой, специфичной для военного времени, психической патологии: интоксикационно-раневые психические расстройства [26], психозы при огнестрельных остеомиелитах [20, 30] и огнестрельном сепсисе [7], общесоматических заболеваниях и экстрацеребральных ранениях [27], а также при травматическом истощении и других септических заболеваниях [1]. Несмотря на свою малочисленность, известную новизну представляли психозы, возникавшие после отравления тетраэтилсвинцом [21]. Наконец, традиционно описываемые ранее, как «весьма распространенные», алкогольные психозы составляли ничтожно малую величину (менее 1%) в структуре общей психической заболеваемости в годы войны [19].

Анализ средней продолжительности лечения «нервно и психически больных» в различные годы войны выявил отчетливую тенденцию к постепенному ее сокращению. Так, например, если средняя длительность лечения в течение первого года войны для всех нервно и психически больных составила 42,6 дня, то в течение второго года – 41,9 дня, третьего года – 39,3 дня, четвертого года – 37,9 дня. При этом большинство «нервнобольных» (74,0%) заканчивало лечение в эвакогоспиталях и на более передовых (нежели в начальном периоде войны) этапах [8].

Таблица 4

Санитарные потери психиатрического профиля личного состава Балтийского Флота (1941–1945 гг.)

Характер психического расстройства	Число больных, абс.					
	1941	1942	1943	1944	1945	Всего
Психические нарушения реактивного генеза	19	20	23	10	10	82
Психические нарушения при травмах головного мозга	6	10	19	37	38	110
Экзогенные психозы	17	20	22	15	12	86
Эпилепсия	4	9	7	8	5	33
Психопатии и олигофрении	15	12	21	15	15	78
Эндогенные психозы	22	21	16	29	18	106
Прочие психические заболевания	4	1	1	8	3	17
Всего	87	93	109	122	101	512

Таким образом, обобщение опыта организации психиатрической помощи в Великой Отечественной войне показало, что основные ее доктринальные положения были сформулированы отечественными психиатрами еще в период Русско-японской войны, однако должным образом не были использованы, что потребовало реформирования сложившейся довоенной системы, с созданием соответствующих организационно-штатных структур, максимально приближенных к войсковому этапу, и выделением психиатрической помощи в самостоятельную систему лечебно-эвакуационных мероприятий.

Все «организационные издержки» начального периода войны нашли свое отражение в качестве отчетных материалов по распространенности, структуре и динамике психических расстройств, в основном глазами военных невропатологов. Следует, однако, признать, что и материалы, подготовленные психиатрами, принимавшими участие в оказании психиатрической помощи военнослужащим Красной Армии в годы Великой Отечественной войны, из-за кадрового дефицита, отсутствия единой систе-

мы взглядов на боевые психические расстройства и организационной разобщенности также не отличались терминологическим единством и полнотой. Вместе с тем, даже имеющиеся в нашем распоряжении сведения, несмотря на все указанные недостатки, представляют значительный научно-практический интерес. В целом, опыт по изучению психических расстройств в условиях Великой Отечественной войны позволил сформулировать и решить ряд важнейших теоретических, клинко-методологических и организационных проблем военной психиатрии, включая вопросы военно-врачебной и судебно-психиатрической экспертиз. Анализ же имеющихся статистических данных о структуре санитарных потерь психиатрического профиля свидетельствует о преобладании среди психических расстройств у военнопленных Красной Армии травматических психозов и других психических нарушений, возникших в связи с травмой мозга, реактивных «психогенных» психозов и «психоневрозов», наряду с которыми особое место занимали психические расстройства, обусловленные раневым процессом, соматическими заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авербух Е.С. Астенический психоз // Труды 3-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров в 1948 г. М., 1950. С. 26.
2. Автократов П.М. Признание душевно-больных во время русско-японской войны // Труды 3-го съезда отечественных психиатров. СПб., 1911. С. 495–507.
3. Акимов Г.А. Некоторые вопросы организации психоневрологической помощи во время Великой Отечественной войны // Воен.-мед. журн. 1985. № 11. С. 18–21.
4. Бондарев В.В. Условия возникновения и развития реактивных состояний // Тр. Воен.-мор. мед. акад. Л., 1944. Т. 3, Ч. 1. С. 46–52.
5. Боришпольский Е.С. Об организации психиатрической помощи на театре военных действий в будущие войны // Тр. 3-го съезда отечественных психиатров. СПб., 1911. С. 507–523.
6. Гиляровский В.А. Психореактивные состояния и нервно-вегетативные реакции военного времени // Военная медицина на Западном фронте в Великой Отечественной войне. М., 1944. № 8. С. 76–81.
7. Гольдовская Т.И. Психопатологические и неврологические синдромы в клинике общих инфекций // Журн. невропатол. и психиатрии. М., 1950. Т. 19, Вып. 2. С. 52.
8. Давиденков С.Н. Нервные болезни (особенности возникновения, течения, предупреждения и лечения во время войны) // Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. М., 1949. Т. 26. С. 1–38.
9. Естафьев Д.А. Психиатрическая помощь // Медицинская служба Военно-Морских Сил СССР в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. / Под ред. генерал-лейтенанта медицинской службы В.И. Кудинова. М., 1956. С. 147–148.
10. Иванов Ф.И. Реактивные психозы в войну 1941–1945 гг. // Реактивные психозы в военное время. Л., 1970. 168 с.
11. Краснушкин Е.К. Психогении военного времени // Нервные и психические заболевания военного времени: Сб. науч. работ. М., 1948. С. 245–252.
12. Лобастов О.С. Организация психоневрологической помощи во время Великой Отечественной войны // Советская психиатрия в годы Великой Отечественной войны: Сб. науч. тр. Л., 1985. С. 7–14.
13. Лобастов О.С. Организация психиатрической (психоневрологической) помощи в Советской Армии в военное время // Военная психиатрия / Под ред. Ф.И. Иванова. Л., 1974. С. 386–411.
14. Осипов В.П. Вопросы психиатрической практики военного времени / Под ред. В.П.Осипова. Л.: Медгиз, 1941. 220 с.
15. Осипов В.П. Психозы и психоневрозы войны. М.- Л., 1934. 150 с.
16. Осипов В.П. Основы распознавания психозов и психотических состояний в практике военного врача. Ташкент, 1943. 24 с.
17. Одинак М.М. Военная неврология: Основные вехи развития, уроки Великой Отечественной войны // Материалы Всероссийской науч. практич. конф. Вклад военной медицины в победу советского народа в Великой Отечественной войне. 2010. С. 108.
18. Павловский И.С. Анализ психиатрического материала фронтового психоневрологического госпиталя 3466 за период Великой Отечественной войны // Психиатрия и невропатология в Великой Отечественной войне. М., 1945. С. 106–119.
19. Портнов А.А. Хронический алкоголизм или алкогольная болезнь // Алкоголизм. М., 1959. С. 53–61.
20. Посвянский П.Б. Основные закономерности патогенеза затяжных экзогенно-органических психозов // Тр. центрального института психиатрии. М., 1947. С. 260–270.
21. Равкин И.Г. Нервно-психические нарушения при отравлении тетраэтилсвинцом. М., 1941. 46 с.
22. Рончевский С.П. Вопросы психиатрической практики военного времени / Сборник трудов. М., 1941. С. 38–91.
23. Ребельский И.В. Состояние психиатрической помощи на Западном фронте ко второй годовщине Отечественной войны и ее очередные задачи // Военная медицина на Западном фронте в Великой Отечественной войне. М., 1944. № 8. С. 18–40.
24. Сборник Приказов РВСР 1919 г. Приказ Революционного Военного Совета Республики № 1069 от 28 июня 1919 г.
25. Святощ А.М. Опыт работы психиатра в армейском районе // Проблемы современной психиатрии. М., 1948. С. 445–453.
26. Случевский И.Ф. О некоторых наблюдениях над течением душевных заболеваний во время Отечественной войны // Проблемы психиатрии и невропатологии. Уфа, 1946. Вып. 6. С. 8–14.
27. Толстоухова Л.И. Основные вопросы военной психиатрии в районе глубокого тыла // Вопросы психиатрии военного времени. Свердловск, 1947. С. 16–117.
28. Тимофеев Н.Н. Организация психиатрической помощи в полевой санитарной службе // Воен.- сан. дело. 1943. № 1. С. 25–34.
29. Тимофеев Н.Н. Очерки военной психиатрии. Л.: ВМА, 1962. 280 с.
30. Чистович А.С. Психозы при огнестрельных остеомиелитах // Труды ВММА. Л., 1944. Т. 3, Вып. 1. С. 37–44.
31. Язгур Я.И. Психиатрическая служба 42-й армии Ленинградского фронта // Советская психиатрия в годы Великой Отечественной войны. Л., 1985. С. 19–21.
32. Якубович Л.Ф. Психиатрическая помощь на Дальнем Востоке в русско-японскую войну (1904–1905) // Журн. невропатол. и психиатрии. 1907. Т. 7, № 5. С. 819–874.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ КРАСНОЙ АРМИИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

В. К. Шамрей, Г. П. Костюк, А. Г. Чудиновских, А. Г. Синенченко

На основании изучения архивных материалов и литературных источников получены новые данные и обобщены имеющиеся сведения об организации психиатрической помощи и структуре санитарных потерь психиатрического профиля среди военнослужащих Красной Армии в годы Великой Отечественной войны. Показана этапность оказания психиатрической помощи

военнослужащим, принимавшим участие в боевых действиях в разные периоды войны. Уточнены сведения о продолжительности и исходах лечения пострадавших с боевой психической патологией.

Ключевые слова: Великая Отечественная война, Красная Армия, боевые психические расстройства, контузия.

ORGANIZATION OF PSYCHIATRIC CARE AND THE STRUCTURE OF MENTAL DISORDERS IN THE RED ARMY SOLDIERS DURING WORLD WAR II

V. K. Shamrei, G. P. Kostyuk, A. G. Choudinovskikh, A. G. Sinenchenko

The authors have analyzed the archive materials and literature concerning organization of psychiatric care and the structure of medical discharges due to psychiatric reasons among the combat personnel of the Red Army during World War II. They describe the stages of psychiatric care for the Russians in combat in different periods of World War II.

They provide more precise information concerning duration and outcome of treatment in war veterans with mental pathology due to military combat.

Key words: World War II, the Red Army, mental disorders due to military combat, shell-shock.

Шамрей Владислав Казимирович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова

Костюк Георгий Петрович – доктор медицинских наук, доцент, заместитель начальника кафедры психиатрии Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова; e-mail: kgr@yandex.ru

Чудиновских Анатолий Геннадьевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова

Синенченко Андрей Георгиевич – кандидат медицинских наук, преподаватель кафедры психиатрии Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова; e-mail: docsinenchenko@rambler.ru