



© И.В.СИНОПАЛЬНИКОВ, 2016
УДК [61:355] «1941–1945»

Организация лечебно-эвакуационного обеспечения Красной армии в годы Великой Отечественной войны: уроки и выводы

СИНОПАЛЬНИКОВ И.В., заслуженный врач Узбекской ССР, доктор медицинских наук,
доцент, генерал-лейтенант медицинской службы в отставке (givn_to@mail.ru)

Филиал Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Москва

Статья посвящена анализу опыта медицинского обеспечения войск в годы Великой Отечественной войны. Приведены данные, характеризующие особенности форм и методов работы медицинской службы различных фронтов в динамике осуществления операций в разные периоды войны. Принятые в Красной армии принципы медицинского обеспечения войск и организационно-штатная структура медицинской службы в целом проявили свою жизнеспособность в различных условиях оборонительных и наступательных операций. В то же время в деятельность медицинской службы потребовалось внести коррективы на основе положений единой военно-полевой медицинской доктрины. Была создана успешно действовавшая и совершенствовавшаяся в ходе войны система лечебно-эвакуационного и противозидемического обеспечения войск. Уроки и опыт медицинского обеспечения войск в Великой Отечественной войне, их сопоставление с современными проблемами военной медицины дают возможность наметить направления и задачи дальнейшего совершенствования медицинского обеспечения Вооруженных Сил.

К л ю ч е в ы е с л о в а: Великая Отечественная война, операции Красной армии на разных этапах войны, деятельность медицинской службы фронтов, опыт лечебно-эвакуационного обеспечения войск.

Sinopalnikov I.V. – Organization of medical evacuation support of the Red Army during the Great Patriotic war: lessons and conclusions. The article analyses the experience of medical support of the Red Army troops during the Great Patriotic War. The data characterizing particular forms and methods of work of the medical service of different fronts in the dynamics of the operations in different periods of the war is given. Taken in the Red Army's principles of medical support and the organizational and staff structure of the health service as a whole showed its viability in various conditions of defensive and offensive operations. At the same time, the activities of the medical service needed to make adjustments on the basis of the provisions of the unified military field medical doctrine. A system of medical and evacuation support was created, successfully operated and was improved during the war. The lessons and experiences of medical support in the Great Patriotic War, its comparison with modern problems of the military medicine make it possible to identify the direction of improvement of activities of the medical service in the performance of modern problems by the Armed Forces.

К е у в о р д s: The Great Patriotic War, the Red Army's operations at various stages of the war, the activities of the medical service of the fronts, the experience of the medical and evacuation support.

Изучение опыта организации медицинского обеспечения войск в годы Великой Отечественной войны имеет не только познавательное, но и большое практическое значение для повышения уровня боевой готовности медицинской службы. Е.И.Смирнов в книге «Война и военная медицина» (1979) писал: «История для того и изучается, чтобы облегчить управление настоящим и ближайшим будущим».

Рассмотрение наиболее поучительных с точки зрения медицинского обеспечения операций Великой Отечественной войны в их хронологической последовательности, критический анализ и сопоставление опыта медицинской службы различных фронтов позволяют проследить динамику развития, процесс совершенствования форм и методов организации медицинского обеспечения



войск, наращивания сил и средств медицинской службы в ходе войны, улучшения показателей ее деятельности, а также выявить наиболее существенные ошибки и трудности в медицинском обеспечении войск, особенно в начальный период войны. Причиной последних был целый ряд факторов объективного и субъективного характера.

Опыт войны показал, что, несмотря на то что принятые в Красной армии принципы и организационно-штатная структура медицинской службы в целом проявили жизнеспособность в различных условиях оборонительных и наступательных операций, в ходе войны потребовалось внести коррективы как в состав формирований медицинской службы, так и в организацию медицинского обеспечения войск.

Организация лечебно-эвакуационного обеспечения в первый период Великой Отечественной войны (22 июня 1941 – 19 ноября 1942 г.)

Медицинская служба всех фронтов вступила в войну, имея организационную структуру мирного времени и небольшое количество лечебных учреждений, что явно не соответствовало объему и характеру предстоящих задач. Развертывание частей и учреждений медицинской службы началось и протекало в тяжелой обстановке внезапного начала военных действий, крайне неблагоприятно сложившейся для Красной армии. На направлениях главных ударов противника – Северо-Западном и Западном – большая часть формирований медицинской службы не была отмобилизована. Полностью удалось сформировать части и учреждения медицинской службы на фронтах Северного и Юго-Западного направлений, где наступление противника вначале развивалось не столь стремительно.

Ожесточенные военные действия на всем советско-германском фронте и отход наших войск серьезно затрудняли, а в ряде случаев сорвали необходимое комплектование медицинских частей и учреждений. Значительная их часть оказалась утраченной, уничтоженной или в связи с отходом войск не могла быть развернута. Медицинская служба лишилась большей части запасов медицинс-

кого имущества, предназначенного для формируемых учреждений и размещенного в приграничных военных округах, но при отходе войск в первые недели и месяцы войны захваченного или уничтоженного врагом.

Около половины гарнизонных госпиталей Прибалтийского, Западного Особого и Киевского Особого военных округов были вынуждены срочно эвакуироваться в тыл, не имея возможности вывезти необходимые запасы имущества. К 1 июля 1941 г. на Западном и Юго-Западном фронтах было развернуто (укомплектовано) лишь 15% предусмотренных ранее частей и учреждений медицинской службы. Даже на 1 августа в действующей армии в сравнении с предусмотренным ранее составом лечебных учреждений не хватало 40,1% полевых подвижных госпиталей, 52,2% автохирургических отрядов, 48,8% автосанитарных рот, 44,8% управлений полевых эвакуационных пунктов.

Медицинская служба уже в первые месяцы войны потеряла значительную часть своих сил и средств, поскольку 39,9% всех врачей и 35,8% больничных коек, т. е. более $\frac{1}{3}$ общего их ресурса, которым советское здравоохранение располагало в 1940 г., находилось в западной части страны вблизи государственной границы.

Из-за быстрого продвижения немецко-фашистских войск медицинские учреждения пришлось срочно вывозить (нередко даже в процессе формирования) на Урал, в Сибирь и Среднюю Азию. На 20 декабря 1941 г. в тыл страны было перемещено около 35% госпитального коечного фонда Красной армии и гражданского здравоохранения. По состоянию на указанную дату бездействовало 175 тыс. коек, из них 66 тыс. находилось в пути, а 109 тыс., хотя и прибыли к новому месту назначения, не могли быть использованы из-за отсутствия пригодных помещений.

Некомплект врачебного состава (по штатам мирного времени) на 1 января 1940 г., т. е. за полгода до начала войны, составлял 35,8% его штатной численности, в т. ч. общих хирургов – 41,4, нейрохирургов – 64, окулистов – 24,2, челюстно-лицевых хирургов – 43,7%.



Структура врачебного состава в системе гражданского здравоохранения по специальностям отнюдь не способствовала укомплектованию при мобилизации медицинской службы Красной армии наиболее дефицитными в военное время специалистами – хирургами, эпидемиологами, нейрохирургами, офтальмологами, оториноларингологами, рентгенологами. Так, на конец 1940 г. из общего числа имевшихся в стране врачей 66,7% составляли представители трех отраслей клинической медицины – терапии, педиатрии, акушерства и гинекологии. Доля хирургов составляла всего 8,8%. Удельный вес представителей профилактического направления в медицине (гигиенисты, эпидемиологи, бактериологи, вирусологи, дезинфекционисты, паразитологи) также составлял 8,8%.

Одной из важнейших задач, которые нужно было решать при развертывании медицинской службы, являлось укомплектование формируемых частей и учреждений медицинским составом. Для этого, кроме призыва на военную службу находившихся в запасе работников гражданского здравоохранения, были произведены досрочные выпуски двух последних курсов военно-медицинских академий и ускоренные выпуски слушателей трех военных факультетов при медицинских институтах без проведения государственных экзаменов. Такие же досрочные выпуски студентов производились и в гражданских медицинских институтах.

Сроки подготовки фельдшеров в военно-медицинских училищах сократились с двух лет до одного года. К тому же в октябре 1941 г. были дополнительно учреждены 5 школ младших военфельдшеров с 7-месячным сроком обучения. По данным Е.И.Смирнова (1989), основную массу фельдшеров-командиров санитарных взводов батальонов составляли выпускники военно-медицинских училищ: в 1941 г. их было 21 406, в 1942 г. – 30 640 человек.

Опыт организации медицинского обеспечения операций первого периода войны выявил также существенный дефект предвоенной системы военно-врачебного образования – отсутствие планомерной целенаправленной подготов-

ки руководящих медицинских кадров. Этот важный урок послужил основанием для принятия постановления Государственного комитета обороны СССР от 25 ноября 1941 г. о реорганизации Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, в соответствии с которым в ее составе были созданы командно-медицинский и лечебно-профилактический факультеты.

Приняты Главным военно-санитарным управлением Красной армии (ГВСУ КА) и Народным комиссариатом здравоохранения СССР (НКЗ СССР) совместные меры по укомплектованию Красной армии медицинским составом принесли свои плоды. По данным ГВСУ КА, укомплектованность через год войны составляла: врачами – 91, фельдшерами – 97,8, операционными сестрами – 88,9, санитарными инструкторами – 91,8, фармацевтами – 89,5%. Но вместе с тем отчетливо определился дефицит врачей-специалистов. Степень укомплектованности их штатных должностей составляла: хирургов – 50, токсикологов – 57,7, эпидемиологов – 84,2%.

В связи с призывом в армию большого числа врачей из запаса стало настоятельно необходимым конкретизировать и официально определить требования, которые обеспечивали бы преемственность в оказании медицинской помощи раненым и больным на различных этапах медицинской эвакуации. Поэтому одним из наиболее важных результатов работы V пленума Ученого медицинского совета (УМС) при начальнике ГВСУ КА (26–28.02.1942 г.) надо считать официальную регламентацию сформулированной Е.И.Смирновым единой военно-полевой медицинской доктрины.

Ее суть составляли следующие положения:

– единое понимание происхождения и развития болезни, принципов хирургической и терапевтической работы в военно-полевых условиях;

– наличие единых взглядов на методы профилактики и лечения поражений и заболеваний;

– преемственность в выполнении медицинских мероприятий на различных этапах медицинской эвакуации;



— обязательное наличие краткой, четкой медицинской документации, позволяющей производить полноценную сортировку пораженных (больных) и обеспечивающей преемственность и последовательность выполнения лечебно-эвакуационных мероприятий.

Значимость указанных принципов для военной медицины в наши дни еще больше увеличилась в связи с дальнейшей дифференциацией медицинских специальностей, ростом числа научных и клинических школ, развитием многообразных методов профилактики и лечения.

Опыт медицинского обеспечения Красной армии в операциях первого периода войны выявил также необходимость совершенствования системы лечебно-эвакуационного обеспечения и включения в состав медицинской службы новых, ранее отсутствовавших медицинских формирований или подразделений для лечения легкораненых и больных. Нештатные госпитали такого профиля были впервые сформированы в августе 1941 г. на Западном фронте по инициативе начальника ВСУ фронта М.М.Гурвича под названием «госпитали-лагеря» на 1000 мест. Они послужили прообразом созданного в декабре 1941 г. штата лечебного учреждения нового типа — *госпиталя для лечения легкораненых* (ГЛР) с таким расчетом, чтобы «каждая армия имела по одному ГЛР на 1000 мест».

В апреле 1942 г. ГЛР были включены также в состав *госпитальной базы фронта* (ГБФ), а общее их число во фронте устанавливалось из расчета по четыре ГЛР на каждую армию, входящую в его состав. В 1942 г. в каждый медико-санитарный батальон были официально введены «команды выздоравливающих» для содержания и амбулаторного лечения на срок не более 10–12 дней легкораненых и легкобольных, которые не нуждались в направлении в ГЛР.

В том же 1942 г. были созданы полевые подвижные госпитали — *хирургический* (ХППГ) и *терапевтический* (ТППГ), а также *сортировочно-эвакуационные госпитали* (СЭГ) на 500, 1000 и 2000 коек, которые вскоре стали играть ведущую

роль в распределении раненых и больных, прибывающих в госпитальные базы фронтов, по их специализированным лечебным учреждениям.

Исключительно трудные, очень часто крайне неблагоприятные условия, в которых приходилось действовать медицинской службе Красной армии на всем протяжении первого периода войны, во многом определили содержание ее работы и организацию медицинского обеспечения войск.

Во время отхода Красной армии на первый план выступала задача быстрейшей эвакуации раненых и больных в сочетании с выводом сил и средств медицинской службы из-под ударов противника. В телеграфном распоряжении ГВСУ КА от 10 июля 1941 г. медицинской службе войсковых частей и соединений предписывалось сосредоточить внимание на обеспечении быстрого выноса и вывоза раненых с поля боя, своевременного оказания им, а также больным медицинским помощи по жизненным показаниям и немедленной эвакуации всех раненых и больных в армейские госпитали.

В сложившейся тогда обстановке подписанный И.В.Сталиным приказ народного комиссара обороны СССР № 281 от 23.08.1941 г. «О порядке представления к правительственной награде военных санитаров и носильщиков за хорошую боевую работу» имел огромное значение. В нем высоко оценивался труд санитаров и носильщиков, предусматривалось награждение правительственными наградами за вынос раненых с поля боя.

Характерной особенностью лечебно-эвакуационных мероприятий первого периода войны было резкое сокращение объема медицинской помощи практически на всех этапах медицинской эвакуации в войсковом, армейском и фронтовых звеньях из-за недостатка сил и средств медицинской службы.

Полковые медицинские пункты (ПМП) при отходе войск, как правило, были свернуты и работали «с ходу», во время коротких остановок, оказывая первую врачебную помощь преимущественно по жизненным показаниям. ПМП в ходе битвы



за Москву чаще всего развертывались в населенных пунктах в 3–5 км от линии фронта, поскольку отсутствие палаток исключало возможность их размещения в полевых условиях. Объем медицинской помощи ограничивался лишь перевязками, транспортной иммобилизацией и элементарными противошоковыми мероприятиями. Переливание крови на ПМП проводилось в единичных случаях.

Резко был сокращен объем квалифицированной медицинской помощи. Так, во время Московской битвы оперируемость в декабре на *дивизионных медицинских пунктах* (ДМП) составила: в 5-й армии – 13,8, в 43-й – 18,7, в 50-й – 29, а в 20-й армии только 3,5%. Из всех видов квалифицированной хирургической помощи преобладала хирургическая обработка ран, тогда как раненых, нуждавшихся в хирургической помощи по жизненным показаниям, далеко не всегда удавалось своевременно оперировать.

Во время Сталинградской битвы из общего числа поступивших на ДМП соединений 62-й армии в сентябре 1942 г. было прооперировано лишь 3,9, в октябре 11,9% раненых.

Следовательно, квалифицированная медицинская помощь даже по жизненным показаниям оказывалась в это время далеко не всем нуждающимся в ней.

Взаимодействие между войсковым и армейским звеньями медицинской службы нередко нарушалось из-за отсутствия надежной связи между ними, а также вследствие частых, иногда внезапных перемещений медицинских пунктов и ППГ во избежание захвата их противником. Эвакуация раненых и больных из ДПМ по назначению в армейские лечебные учреждения практически отсутствовала. Она носила отчетливо выраженный «дренажный» характер, т. е. эвакуируемых направляли с этапа на этап общим потоком без учета нуждаемости в том или ином виде специализированной медицинской помощи. При этом подавляющее большинство раненых и больных эвакуировали в армейские, а нередко и во фронтовые лечебные учреждения не на санитарном, а на попутном транспорте общего назначения.

Трудности в работе и перегрузка лечебных учреждений из-за их большого некомплекта еще более осложнялись необходимостью частых перемещений госпиталей в связи с отходом войск. Это сильно сокращало продолжительность работы по оказанию медицинской помощи раненым и больным. К тому же в ряде случаев огромный объем работы приходился на долю неприиспособленных к ней военных госпиталей мирного времени. Например, Тернопольский гарнизонный госпиталь, имевший по штату 200 коек, за неделю боевых действий (22–27 июля 1941 г.) принял около 5 тыс. раненых. Армейские и фронтовые госпитали работали в основном как госпитали общего профиля с нагрузкой, превышающей в 3 раза и более их штатные возможности.

Значительные потери личного состава войск в тяжелых боях лета 1941 г. и одновременно с этим отсутствие возможности развертывания необходимого количества госпиталей в зоне боевых действий вызвали потребность эвакуации большого числа раненых и больных в тыловые лечебные учреждения. Средства для решения этой задачи в начале войны были крайне ограниченными. Некоторые армии вовсе не имели положенных им санитарно-транспортных подразделений, а средняя укомплектованность действующих фронтов санитарными автомобилями составляла всего 40–50%. Ограниченным было также число военно-санитарных поездов и санитарных самолетов. Все это требовало привлечения дополнительных средств для эвакуации раненых и больных (обратные рейсы транспорта подвоза, автомобильный и конный транспорт общего назначения, формирование военно-санитарных летучек и др.). Острый недостаток санитарных автомобилей в известной степени восполнялся созданными в первый период войны отдельными конно-санитарными ротами армий.

Уже на третий день войны, 24 июня 1941 г., Народный комиссариат путей сообщения дал указание железным дорогам сформировать 288 военно-санитарных поездов (150 постоянных и 138 временных). Для них выделили 6000 вагонов и определили штат железнодорожников.



Считалось, что такого количества будет вполне достаточно, чтобы успешно справиться с эвакуацией раненых из фронтовых районов. Однако расчет на то, что интенсивной эвакуации пострадавших в тыл не потребуется, не оправдался. К декабрю 1941 г. пришлось ввести в эксплуатацию 424 санитарных поезда. Общий объем эвакуационных перевозок за два года Великой Отечественной войны составил 727 183 человека.

Важную роль в лечебно-эвакуационном обеспечении войск сыграли организованные ГВСУ КА на стыке фронтового тылового района и тыла страны так называемые приемно-сортировочные базы Центра. Они были развернуты на

северо-западном, западном и юго-западном направлениях с задачами: обеспечить массовый прием раненых и больных, их медицинскую сортировку, оказание всем нуждающимся квалифицированной и некоторых видов специализированной медицинской помощи в сочетании с подготовкой большей части поступивших к скорейшей эвакуации в госпитальные базы тыла страны (рис. 1).

Во время битвы за Москву в столице были развернуты 4 сортировочно-эвакуационных госпиталя, в т. ч. на базе Московского коммунистического красноармейского военного госпиталя (ныне ГВКГ им. Н.Н.Бурденко) и Сельскохозяйственной академии им. К.А.Тимирязева.

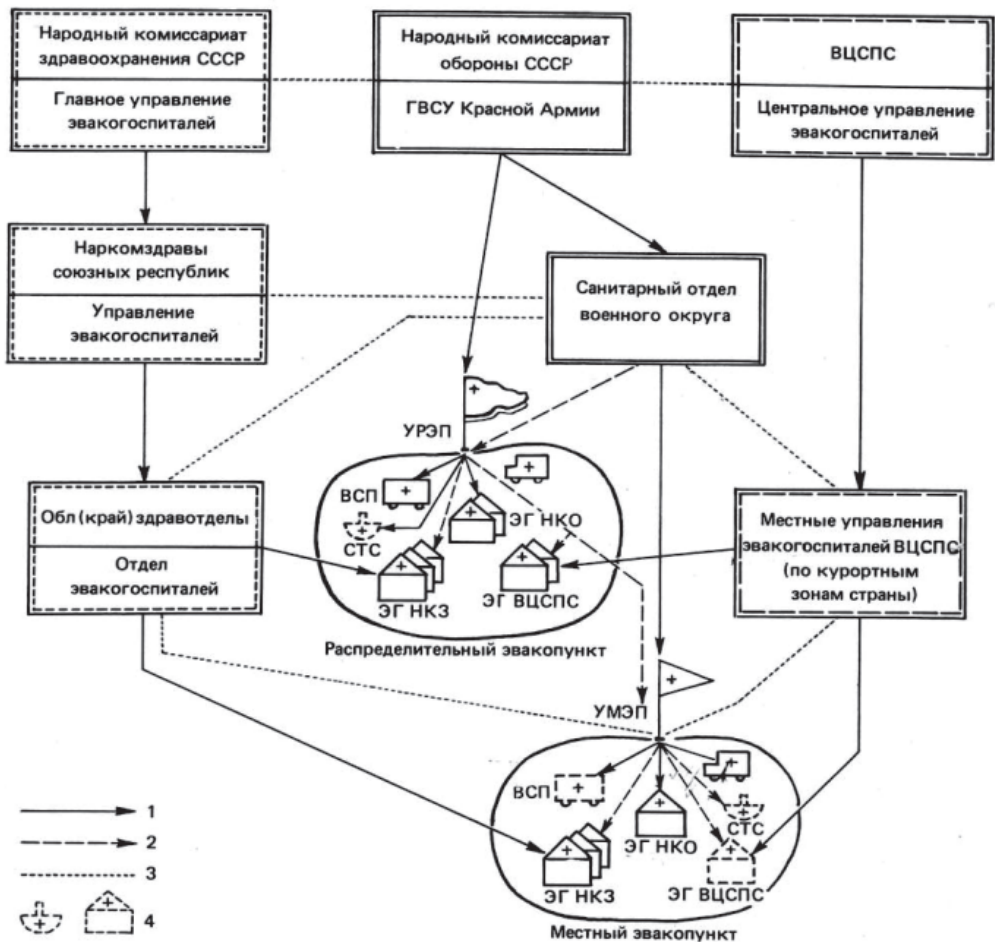


Рис. 1. Схема организационной структуры госпитальной базы тыла страны и управления ею (основной вариант): 1 – подчинение во всех отношениях; 2 – оперативное подчинение; 3 – взаимодействие; 4 – имеются непостоянно



В условиях продолжающегося отхода советских войск как приемно-сортировочные базы Центра, так и госпитальные базы действующей армии не могли задерживать раненых и больных для более или менее длительного планомерного лечения в своих лечебных учреждениях. Здесь госпитализировались лишь нетранспортабельные, а также раненые и больные, нуждавшиеся в непродолжительных сроках лечения.

В тылу страны был выполнен громадный объем работы по формированию новых *эвакогоспиталей* (ЭГ) и размещению прибывших с запада ЭГ, медицинских учебных и научно-исследовательских институтов. Кроме размещения ЭГ на 395 635 коек, прибывших из прифронтовых районов, Наркомздрав СССР и Совнаркомы союзных и автономных республик, краевые, областные, городские Советы депутатов трудящихся должны были сформировать ЭГ на 1 млн 700 тыс. коек. Работу такого масштаба нельзя было осуществить без активного участия советской общественности, в первую очередь медицинской. Было налажено хорошее взаимодействие ГВСУ КА и Наркомздрава СССР в решении этой проблемы.

Тыловые ЭГ объединялись под руководством военных органов — *управлений местных и распределительных эвакуационных пунктов* (УМЭП, УРЭП).

Местный эвакуационный пункт представлял собой объединение эвакуационных госпиталей в административном районе или области, располагавшее лечебными учреждениями различного профиля, количество, структура и специализация коек в которых обеспечивали прием, сортировку, оказание медицинской помощи и лечение поступающих раненых и больных всех категорий.

Соответственно начертанию основных коммуникаций, плотности коечной сети на том или ином эвакуационном направлении и другим условиям несколько местных эвакуационных пунктов могли быть объединены под руководством УРЭП. Последний, таким образом, представлял собою орган руководства эвакуацией раненых и больных из действующей армии в местные эвакуационные пункты, а также орган оперативного руководства госпитальными базами (местными эвакуационными пунктами) тыла страны.

Представленные в табл. 1 данные показывают ведущую роль тыловых госпиталей в системе медицинского обеспечения войск в первый период войны.

Таким образом, медицинское обеспечение Красной армии в первый период Великой Отечественной войны характеризовалось тем, что за это время завершилось развертывание медицинской службы по штатам и табелям военного времени и утвердились научно обоснованные формы и методы организации медицинского обеспечения советских войск (рис. 2).

Опыт медицинской службы позволил выявить слабые стороны ее работы и определить пути и конкретные задачи дальнейшего развития и совершенствования системы и методов медицинского обеспечения войск.

Второй период Великой Отечественной войны (19 ноября 1941 — 1 января 1944 г.)

Определяющее влияние на организацию медицинского обеспечения войск в операциях второго периода войны и на задачи медицинской службы оказали, прежде всего, изменившийся характер боевых действий, преобладание фронтовых и стратегических наступательных

Таблица 1

Распределение коечного фонда в госпиталях в первый период войны, %

Дата	Армейский район	Фронтовой район	Внутренний тыловой район
На 01.08.1941 г.	9,1	22,8	68,1
Январь 1942 г.	7,4	28,4	64,2
Сентябрь 1942 г.	16,4	35,3	48,3

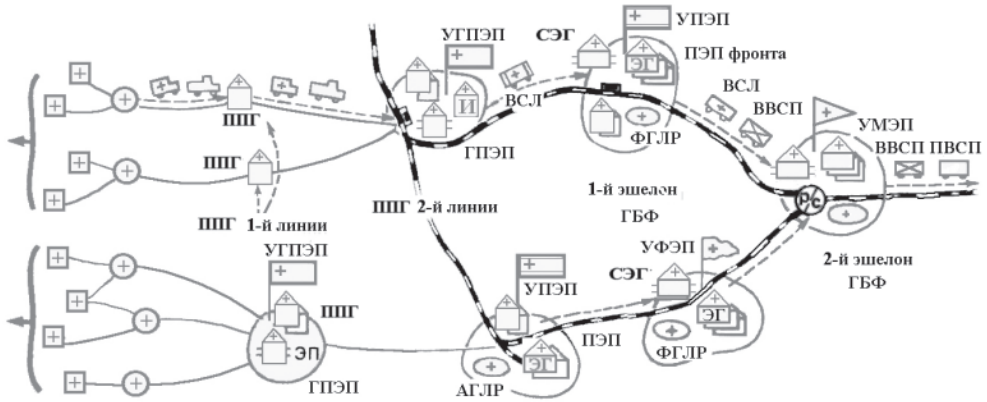


Рис. 2. Схема лечебно-эвакуационного обеспечения Красной армии к концу первого периода Великой Отечественной войны

операций, проводившихся советскими войсками на значительную глубину, на широком фронте, как правило, с высокими темпами наступления.

Во второй период все более и более преобладали задачи оказания раненым и больным специализированной медицинской помощи, их лечения (в т. ч. восстановительного) в госпитальных базах армий и фронтов, организации маневра армейскими и фронтовыми силами и средствами медицинской службы в интересах обеспечения наступающих соединений и объединений.

Продолжалось увеличение коечной сети, особенно госпитальных баз армий и фронтов, за счет формирования новых лечебных учреждений, а также перемещения эвакуогоспиталей из внутреннего района страны в состав сил и средств медицинской службы действующей армии.

К концу 1943-го по сравнению с концом 1942 г. из общего числа госпитальных коек в стране было развернуто: в госпитальных базах армий 30,1 вместо 27,6%, в госпитальных базах фронтов 35,1 вместо 27,5% и в лечебных учреждениях внутреннего района страны 34,8 вместо 44,9%. Во второй период войны существенно возрос удельный вес коек в полевых подвижных госпиталях. Так, в начале 1942 г. он составлял всего 9,1%, а в конце 1943 г. повысился до 25,1% общей емкости коечной сети госпитальных баз.

Большую роль в повышении уровня лечебной работы сыграл VII пленум

УМС при начальнике ГВСУ КА, состоявшийся 26–30 апреля 1943 г. На нем обсуждался ряд важных вопросов – восстановительная хирургия, применение вторичного шва, методики лечения огнестрельных ранений суставов, показания к ампутации, лечение нефритов военного времени и пневмоний у раненых. По каждому из них были приняты конкретные практические рекомендации.

О характере деятельности медицинской службы во второй период войны можно судить по основным показателям лечебно-эвакуационного обеспечения в Курской битве. Укомплектованность действующих фронтов медицинским составом основных категорий составляла 92–98%. Фронты располагали достаточным количеством лечебных учреждений и санитарно-транспортных средств. В табл. 2 и 3 приведены данные об обеспеченности фронтов госпиталями и транспортными средствами.

Большинство раненых (80–85%) поступали на ПМП в первые 4–5 ч после ранения. Этому способствовало широкое использование собачьих нартовых упряжек. Так, по сведениям санитарного отдела 13-й армии, за период оборонительного сражения с использованием санитарного транспорта этого вида было вывезено с поля боя 6 тыс. раненых.

По обобщенным данным, на ДМП раненые были доставлены в следующие сроки: до 6 ч – 50, 6–12 ч – 35, 12–16 ч – 10, свыше 16 ч – 5% общего числа поступивших.



Оперлируемость на ДМП достигала 50–55, транспортная иммобилизация – 32–35, переливания крови и кровезамещающих жидкостей – 6–7% к общему числу поступивших раненых. Достаточно высокой была оперлируемость тяжелораненых. Так, при проникающих ранениях груди оперировалось 70–75, при проникающих ранениях живота – 65–70, при ранениях бедра с повреждением кости – 70–77% к числу поступивших на ДМП раненых данного профиля.

В среднем армии Центрального и Воронежского фронтов имели соответственно по 4550 и 4725 коек. Соотношение типов лечебных учреждений в различных армиях обоих фронтов было почти одинаковым. Около 35% штатной коечной емкости ГБА составляли ХППГ и 38% – ГЛР.

До 70% штатной коечной емкости госпитальных баз обоих фронтов составляли сортировочно-эвакуационные и эвакуационные госпитали. Из общего

Таблица 2

Состав и штатная коечная емкость госпитальных баз армий и фронтов к началу оборонительного сражения под Курском

Коечная емкость	ХППГ	ТППГ	ИППГ	ГЛР	ЭП	СЭГ	ЭГ	Всего госпиталей	Штатное количество коек
Центральный фронт									
Всего	70	13	14	23	8	3	64	195	84 600
Воронежский фронт									
Всего	75	16	18	27	14	8	91	247	100 100
ИТОГО	145	29	32	50	22	11	155	442	184 700

Таблица 3

Наличие санитарно-транспортных частей и подразделений в составе медицинской службы армий и фронтов

Санитарно-транспортные части и подразделения	Военно-санитарный поезд	Военно-санитарная летучка	Отдельный санитарный авиационный полк	Отдельная санитарная авиационная эскадрилья	Автосанитарная рота	Конно-санитарная рота	Отдельный отряд санитарно-нарговых упряжек
Центральный фронт							
Всего	17	14	1	–	9	7	1
Воронежский фронт							
Всего	17	26	1	1	11	8	1
ИТОГО	34	40	2	1	20	15	2



числа коек в госпитальных базах фронтов 75–80% составляли койки хирургические и 20–25% — терапевтические. Среди всех терапевтических коек одну четверть составляли койки для лечения инфекционных больных, что было обусловлено сложной эпидемической обстановкой.

В госпитальных базах практически всех армий оказывалась специализированная медицинская помощь раненым в голову, шею и позвоночник, легко раненым со сроком лечения до 30–45 дней, терапевтическим и инфекционным больным. В некоторых армиях делались попытки выделить отдельные госпитали для раненных в бедро и крупные суставы (6-я гв. армия), для раненных в грудь и живот (69-я армия). Специализация армейских госпиталей проводилась с использованием соответствующих групп отдельных рот медицинского усиления (ОРМУ).

Общая оперируемость в госпитальных базах армий (ГБА) колебалась в значительных пределах (от 20,8 до 38,0%), что объяснялось различными условиями боевой и медицинской обстановки.

В отличие от ГБА в ГБФ специализированное лечение было организовано для всех основных категорий раненых и больных (по 16–17 специальностям). Оно осуществлялось в специализированных эвакуационных госпиталях, а также в эвакуационных и полевых подвижных госпиталях, усиленных группами ОРМУ.

За июль–август 1943 г. возвращено в строй (без учета армейских и фронтовых госпиталей Юго-Западного фронта) около 180 000 человек.

Завершая рассмотрение лечебно-эвакуационного обеспечения Красной армии во второй период войны, следует указать, что в течение этого времени его уровень существенно повысился. Возросла обеспеченность медицинской службы необходимыми силами и средствами. Улучшились такие показатели ее деятельности, как сроки доставки раненых и больных на этапы медицинской эвакуации, оперируемость на ДМП и в ХППГ первой линии. Необходимо подчеркнуть, что только в конце этого периода практически стало возможным организовать

оказание специализированной медицинской помощи для всех категорий раненых и больных (в госпитальных базах армий по 2–3, фронтов по 16–17 специальностям). Следует также отметить и возросший возврат в строй военнослужащих после их излечения. Так, в 1943 г. в строй вернулось 76,4% общего числа раненых и больных за этот год, в 1942 г. — 75,4%.

Третий период Великой Отечественной войны (1 января 1944 — 9 мая 1945 г.)

В этот период войны в Красной армии сложились единые взгляды на организацию и содержание медицинской помощи и лечение раненых и больных, окончательно сформировалась система этапного лечения с эвакуацией по назначению. При этом большую роль в соблюдении единых принципов оказания хирургической помощи раненым и их лечения в действующей армии сыграли переработанные и изданные в 1944 г. Указания по военно-полевой хирургии.

В третий период войны возросла укомплектованность медицинской службы врачебным составом. В июле 1944 г. она составила в целом по Красной армии 94,3%. Пополнение кадров медицинской службы производилось за счет выпускников медицинских и военно-медицинских учебных заведений страны.

Проведенные в предшествующие годы мероприятия по совершенствованию организационно-штатной структуры формирований медицинской службы обеспечивали в целом их соответствие задачам, которые должна была решать служба в операциях третьего периода войны.

Большинство армий имело в своем составе по 6–8 тыс. коек, а в армиях, действовавших на направлении главного удара, было, как правило, не менее 8500–9000 коек. Емкость госпитальных баз фронтов достигала 70–85 тыс. коек. Следует отметить, что в третий период войны не только возросло абсолютное число коек, но и улучшилась относительная обеспеченность ими: на одну армию (включая армейские и фронтовые госпитали) обычно приходилось от 13 до 17 тыс. коек.

Для размещения сил и средств медицинской службы в исходном положении перед наступлением было характер-



но стремление максимально приблизить их к линии фронта. Это относится как к войсковым, так и к армейским фронтovým подразделениям, частям и учреждениям медицинской службы. Так, ПМП в большинстве случаев развертывались на удалении 2–3 км, ДМП и ХППГ первой линии – в 6–8 км от линии фронта.

Госпитальные базы армий нередко располагались в войсковом, а первые эшелоны ГБФ – в армейском тыловых районах. Несомненно, такое размещение сил и средств медицинской службы в исходном положении создавало наиболее благоприятные условия для медицинского обеспечения войск на всю глубину операции.

Характерно для этого периода создание и функционирование госпитальных баз перегрузочных районов на стыке узкой (западной) и широкой (союзной) железнодорожной колеи. Развертывание и работа госпитальных баз перегрузочных районов обеспечивались силами и средствами медицинской службы фронтов.

Так как операции третьего периода носили завершающий характер, была резко сокращена эвакуация за пределы фронтов и организовано лечение большинства раненых и больных на месте до конечного исхода в госпитальных базах армий и фронтов, с максимальным приближением к линии фронта госпитальных баз армий и первых эшелонов ГБФ в исходном положении и отказ на 1-м Белорусском и 1-м Украинском фронтах от развертывания госпитальных баз в ходе операции (рис. 3).

Операции третьего периода войны сопровождалась пленением сотен тысяч солдат и офицеров противника, освобождением из лагерей и репатриацией большого числа советских людей и граждан союзных государств. Медицинская служба армий и фронтов должна была взять на себя их медицинское обслуживание, т. к. специальные органы, ведающие репатриацией, еще не располагали для этого достаточными силами и средствами. Был установлен тщательный эпидемиологический контроль над военнопленными и репатриантами, проведена большая лечебная и противоэпидемиологическая работа.

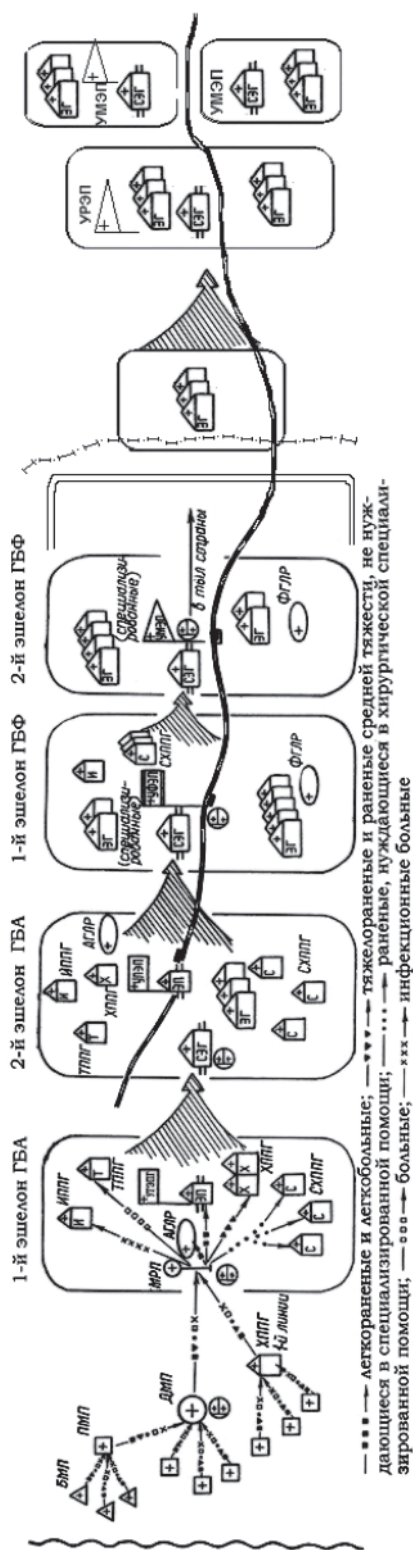


Рис. 3. Схема лечебно-эвакуационного обеспечения Красной армии к концу Великой Отечественной войны



Этим же был обусловлен огромный объем работы медицинской службы по обеспечению репатриантов, военнопленных и немецкого населения, по восстановлению гражданского здравоохранения в освобожденной от фашизма Германии, по улучшению санитарно-эпидемиологического состояния (было выделено 5 госпиталей на 1800 коек).

В третий период Великой Отечественной войны медицинская служба Красной армии приобрела огромный опыт решения сложнейших задач медицинского обеспечения войск в больших наступательных операциях стратегического масштаба. В их ходе окончательно сложилась и четко оформилась прогрессивная система лечебно-эвакуационного обеспечения войск – система этапного лечения с эвакуацией по назначению. Успешно действовавшая система санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий

исключила большие эпидемические вспышки и высокую инфекционную заболеваемость личного состава войск, что было присуще всем воюющим армиям в прошлом.

Основные итоги, уроки и выводы. Военно-медицинская статистика показывает, что из более 22 млн раненых и больных, поступивших за всю войну на лечение в медицинские учреждения, около 76,9% было возвращено в строй, 20,8% признано негодными к службе и уволено из армии или получило долгосрочные отпуска по болезни, около 6,1% умерло. При этом число умерших в госпиталях учтено как в санитарных, так и в общих безвозвратных потерях (табл. 4).

Одним из самых больших, не потерявших до сих пор своего теоретического и практического значения достижений советской военной медицины является успешно действовавшая и совершенствовавшаяся в ходе Великой

Таблица 4

Санитарные потери и исходы лечения раненых, пораженных и больных за период с 1941 по 1945 г. (с учетом войны с Японией)

Виды потерь и исходы лечения	Абс. число	%
Потери вследствие ранений, контузий, ожогов и отморожений	14 685 593	100
Исходы лечения:		
возвращено в строй	10 530 750	71,7
уволено с исключением с учета или отправлено в отпуск по ранению	3 050 733	20,8
умерло	1 104 110	7,5
Потери вследствие болезней	7 641 312	100
Исходы лечения:		
возвращено в строй	6 626 493	86,7
уволено с исключением с учета или отправлено в отпуск по ранению	747 425	9,8
умерло	267 394	3,5
Всего санитарных потерь	22 326 905	100
Исходы лечения:		
возвращено в строй	17 157 243	76,9
уволено с исключением с учета или отправлено в отпуск по ранению	3 798 158	17
умерло	1 371 504	6,1



Отечественной войны система лечебно-эвакуационного обеспечения войск — система этапного лечения раненых и больных с их эвакуацией по назначению. В сравнении со всеми лечебно-эвакуационными системами войн прошлого она представляла собой единственный пример столь тесной связи и органического единства мероприятий по оказанию различных видов медицинской помощи раненым и больным, их лечения с медицинской эвакуацией. Она соответствовала как уровню развития, которого достигла в то время медицинская наука, так и средствам, материальной базе, имевшимся в распоряжении медицинской службы. Научные представления, лежащие в основе системы этапного лечения с эвакуацией по назначению, и организационная структура медицинской службы претерпели существенное развитие в ходе войны, что позволяло применять различные методы медицинского обеспечения войск в соответствии с непрерывно меняющимися боевой, тыловой и медицинской обстановками.

Лечебно-эвакуационное обеспечение войск во время Великой Отечественной войны представляло собой сложную высокоорганизованную систему. Ее создание и успешное функционирование были возможны, как свидетельствует опыт, только на основе развитой материально-технической базы военного и гражданского здравоохранения при наличии достаточного ресурса подготовленных специалистов, руководящих кадров и принятых на военное время общих принципов и методов руководства. Система этапного лечения с эвакуацией по назначению состоит из ряда взаимодействующих подсистем, прежде всего — лечебных и эвакуационных мероприятий, полнота и качество проведения которых в годы войны определяли успех функционирования системы в целом.

Наиболее характерной особенностью лечебно-эвакуационной системы Красной армии во время Великой Отечественной войны, отличающей ее от всех предшествующих систем, являлась широкая специализация медицинской помощи и обеспечивающая ее эвакуация

раненых и больных по назначению. Значение специализированной медицинской помощи состояло прежде всего в том, что она позволяла наиболее эффективно использовать передовые достижения всех основных отраслей клинической медицины и специалистов соответствующих категорий в интересах успешного лечения раненых и больных.

Развитая система специализированной медицинской помощи, созданная и действовавшая во время Великой Отечественной войны, несомненно, являлась крупным достижением отечественного военного и гражданского здравоохранения и одним из важнейших условий, обеспечивших высокий уровень возвращения раненых и больных в строй и к трудовой деятельности. Вместе с тем сама по себе возможность создания и планомерной работы такой системы в труднейших условиях тяжелой и кровопролитной войны свидетельствовала об успехах советского здравоохранения.

Опыт войны показал, что многообразная профилактическая и лечебно-эвакуационная деятельность советского военного и гражданского здравоохранения имела выраженный системный характер. Лечебно-эвакуационные и профилактические мероприятия в годы войны находились в живом и непосредственном единстве, составляя в целом единую систему советского здравоохранения. Очень важно, чтобы и в настоящее время было обеспечено функционирование единой системы военного и гражданского здравоохранения России.

Несомненно, главный вклад медицинской службы в Победу — это возвращение в строй более 17 млн человек, 10,5 млн из них после излечения продолжили сражаться с врагом, а это соответствует укомплектованию 10 фронтов Красной армии на завершающем этапе Великой Отечественной войны. Успехи, достигнутые в лечении раненых и больных, в возвращении их в строй и к труду, по своему значению и объему равны выигрышу крупнейших стратегических сражений.

Один из выдающихся полководцев Великой Отечественной войны Маршал



Советского Союза Г.К.Жуков так оценивал задачи медицинской службы (1969): «Особенно ответственные задачи стояли во время войны перед медицинской службой. Быстрейшая эвакуация раненых с поля боя, своевременное оказание им квалифицированной помощи, максимальное число возвращенных в строй после излечения — этими показателями измерялся успех медицинского обеспечения войск на фронте. Конечно, и все другие службы тыла активно помогали медикам в решении их трудных и благородных задач».

Непрерывному напряженному труду личного состава медицинской службы на фронте и работников здравоохранения в тылу в крайне неблагоприятных, подчас, казалось бы, невыносимо тяжелых условиях, их самоотверженности при выполнении профессионального и патриотического долга обязаны своей жизнью и здоровьем многие наши воины и работники трудового фронта.

Родина высоко оценила самоотверженный труд работников военного и гражданского здравоохранения. Более 116 тыс. человек личного состава медицинской службы Вооруженных Сил СССР и 30 тыс. тружеников гражданского здравоохранения в годы Великой Отечественной войны награждены орденами и медалями Советского Союза. 50 особо отличившихся медицинских работников удостоены высших государственных наград — присвоения званий Героя Советского Союза и Героя Социалистического Труда.

Полководческими орденами награждены 13 представителей военной медицины, в т. ч. ордена Кутузова I степени удостоен начальник ГВСУ КА Е.И.Смирнов.

Уроки и опыт медицинского обеспечения войск в Великой Отечественной войне, их сопоставление с современными проблемами военной медицины дают возможность наметить направления и задачи дальнейшего совершенствования медицинского обеспечения Вооруженных Сил Российской Федерации. Главные из них:

— углубленная теоретическая разработка в свете новой военной доктрины

проблем медицинского обеспечения войск в начальный период войны при отражении агрессии противника, в оборонительных и контрнаступательных операциях;

— создание официальных руководств, регламентирующих работу органов управления, деятельность медицинской службы не только в войсковом, но и в оперативно-стратегическом звене;

— дальнейшее совершенствование организационно-штатной структуры подразделений, частей, учреждений и органов управления медицинской службы. Создание таких штатов госпиталей и табелей к ним, которые бы обеспечивали увеличение их коечной емкости в 1,5–2 раза без существенного ущерба для пораженных и больных;

— создание штатного резерва сил и средств ГВМУ на военное и мирное время, состоящего из медицинских аэромобильных частей и учреждений, авиационных санитарно-транспортных частей;

— техническое перевооружение медицинской службы;

— повышение уровня знаний и приобретение практических навыков всем личным составом Вооруженных Сил РФ по оказанию первой медицинской помощи в военное время, при стихийных бедствиях и катастрофах;

— совершенствование системы управления медицинской службы в военное время с использованием современных методов и средств управления;

— дальнейшее улучшение подготовки и усовершенствования руководящих кадров медицинской службы (организаторов, клиницистов, профилактиков), которое должно обеспечить сочетание высокого профессионального уровня в области своей специальности с организационно-методическими знаниями и практическими навыками, позволяющими осуществлять руководство соответствующими направлениями деятельности медицинской службы в мирное и военное время. Совершенствование системы подготовки среднего медицинского персонала и врачей запаса к работе в экстремальных условиях мирного и военного времени.



Литература

1. Вторая мировая война. Т. 2. — М.: Наука, 1966.

2. *Георгиевский А.С., Иванов Н.Г., Лобастов О.С.* Великая Отечественная война и развитие организационных основ советской военной медицины. — *Воен.-мед. журн.* — 1982. — № 10. — С. 62–66.

3. Гриф секретности снят. Потери Вооруженных Сил СССР в войнах, боевых действиях и военных конфликтах: Статистическое исследование / Под ред. *Г.Ф. Кривошеева*. М.: Воениздат. — 1993. — 409 с.

4. Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.: Сборник документов и материалов / Под ред. *М.И. Барсукова* и *Д.Д. Кувшинского*. — М.: Медицина, 1977. — 575 с.

5. *Иванов Н.Г., Георгиевский А.С., Лобастов О.С.* Советское здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. — Л.: Медицина, 1985. — 271 с.

6. *Иванов Н.Г.* Значение опыта Великой Отечественной войны для подготовки военно-медицинских кадров. — *Воен.-мед. журн.* — 1980. — № 5. — С. 21–24.

7. *Иванов Н.Г., Румянцев В.Н.* Вклад Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в медицинское обеспечение Вооруженных Сил во время Великой Отечественной

войны. — *Воен.-мед. журн.* — 1957. — № 5. — С. 25–31.

8. *Иванкович Ф.А.* Опыт эвакуации раненых и больных военно-санитарными летучками во время Сталинградской битвы. — *Воен.-мед. журн.* — 1943. — № 2. — С. 68–70.

9. *Лобастов О.С.* Организация медицинского обеспечения войск в битве за Берлин. — *Воен.-мед. журн.* — 1965. — № 5. — С. 25–28.

10. *Смирнов Е.И.* Война и военная медицина. — М.: Медицина, 1979. — 524 с.

11. *Смирнов Е.И.* Военная медицина и здравоохранение. — М.: Медицина, 1989. — 420 с.

12. *Смирнов Е.И.* Вопросы организации и тактики санитарной службы. — М.: Медгиз, 1942. — 88 с.

13. Труды V пленума Ученого медицинского совета при начальнике ГВСУ Красной армии 26–28 февраля 1942 г. — М.: Медгиз, 1942. — 246 с.

14. Труды VII пленума Ученого медицинского совета при начальнике ГВСУ Красной армии 26–30 апреля 1943 г. — М.: Медгиз, 1944. — 460 с.

15. *Шелепов А.М., Леонов И.Т., Веселов Е.И.* Маршал военной медицины. — СПб: Изд. «Ъ», 2008. — 423 с.

16. Юбилейная научная сессия, посвященная 30-летию со дня Победы советского народа в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. Тезисы и рефераты докладов. — Л.: Изд. ВМедА, 1975. — 185 с.

© *М.Ш.КНОПОВ, В.К.ТАРАНУХА, 2016*
УДК [61:355] (091)

Военные медики — кавалеры полководческих орденов

КНОПОВ М.Ш., профессор, полковник медицинской службы в отставке¹
ТАРАНУХА В.К., заслуженный врач РФ, доцент, полковник медицинской службы в отставке²

¹Российская медицинская академия последиplomного образования, Москва; ²Филиал № 8 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневского, Москва

В статье представлены характеристики видных деятелей отечественной медицины, награжденных полководческими орденами. Прослежен их боевой путь. Акцентировано внимание на заслугах в организации и проведении мероприятий медицинского обеспечения войск в операциях.

К л ю ч е в ы е с л о в а: Великая Отечественная война, медицинское обеспечение войск, полководческий орден.

Knopov M.Sh., Taranukha V.K. — Military physicians — holders of commanders' orders. The article presents the characteristics of prominent figures of the Russian medicine awarded by commander orders. Traced their combat path. Attention is paid to the merits of the organization and conduct of activities of medical support in operations.

К е у в о р д с: The Great Patriotic War, medical support troops, military leadership award.

Народы нашей страны и все прогрессивное человечество отметили 70-летие Победы в Великой Отечественной войне. Для нас этот юбилей осо-

бенно дорог, потому что именно наши солдаты и офицеры приняли на себя главный удар гитлеровских орд и разгромили их в жестоких боях. Более семи