

ВОЕННО-ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ЭВАКУАЦИОННОГО ПУНКТА (МЕСТНОГО)

Ф. А. Хамитов¹, А. А. Жуков¹, В. В. Персиянцев¹, Е. Е. Редькин¹

¹ Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, г. Санкт-Петербург, Россия

MILITARY-HISTORICAL ASPECTS OF FORMATION AND ORGANIZATION OF WORK OF THE EVACUATION POINT (LOCAL)

F. A. Khamitov¹, A. A. Zhukov¹, V. V. Persiyantsev¹, E. E. Redkin¹

¹ S. M. Kirov Military Medical Academy, Saint Petersburg, Russia

Резюме. В результате анализа доступных материалов проанализирован исторический опыт деятельности органов управления в системе управления госпитальной базой тыла страны в рамках медицинского обеспечения фронтовых операций Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. Условия современной войны не позволяют заблаговременно сосредоточивать всех подлежащих эвакуации раненых и больных в местах погрузки и требуют организации быстрой выгрузки прибывающих раненых и больных и сосредоточения их вдали от мест стоянки транспортных средств. В связи с этим при организации массовой эвакуации раненых и больных силы и средства, выделяемые для ее обеспечения, должны находиться как в местах погрузки (выгрузки), так и в пункте, обеспечивающем сосредоточение эвакуируемых или прием прибывающих контингентов. Состав сил и средств в местах погрузки и пункте сосредоточения (приема) будет различным и может меняться в зависимости от обстановки и решаемых задач. Проведение эвакуации (и особенно массовой) требует обязательного соблюдения ряда общих требований, к числу которых, в первую очередь, следует отнести четкую организацию медицинской сортировки, подготовку раненых и больных к эвакуации, проведение неотложных медицинских мероприятий, погрузку и выгрузку раненых и больных, обеспечение, эвакуируемых всем необходимым и ведение медицинской документации.

Ключевые слова: медицинское обеспечение, коенная емкость, эвакуационные госпитали тыла страны, раненые и больные, медицинская помощь, Великая Отечественная войны 1941-1945 гг., орган управления, эвакуационный пункт (распределительный), эвакуационный пункт (местный).

Summary. As a result of the analysis of available materials, the historical experience of the management bodies in the management system of the hospital base of the rear of the country in the framework of medical support of front-line operations of the great Patriotic war of 1941–1945 is analyzed. The conditions of modern warfare do not allow to concentrate in advance all the wounded and sick to be evacuated at loading points and require the organization of quick unloading of arriving wounded and sick and concentrating them far from the parking lots of vehicles. In this regard, when organizing the mass evacuation of the wounded and sick, the forces and funds allocated for its support should be located both at the places of loading (unloading) and at a point that ensures the concentration of evacuees or reception of arriving contingents. The composition of forces and means at the loading points and at the concentration (reception) point will be different and may vary depending on the situation and the tasks being solved. The evacuation (and especially mass) requires mandatory compliance with a number of general requirements, which, first of all, include a clear organization of medical triage, preparation of the wounded and sick for evacuation, urgent medical measures, loading and unloading of the wounded and sick, evacuated with everything necessary and maintaining medical records.

Key words: medical support, bed capacity, evacuation hospitals of the rear of the country, wounded and sick, medical care, the Great Patriotic war of 1941-1945, management, evacuation point (distribution), evacuation point (local).

ВВЕДЕНИЕ

Эвакуационный пункт — объект (группа объектов) для приема и размещения населения, эвакуируемого из зоны чрезвычайной ситуации или боевых действий с единым органом управления.

В Советской военной энциклопедии эвакуационный пункт — совокупность медицинских учреждений, развертываемых в военное время для ока-

зания специализированной медицинской помощи и подготовки к эвакуации раненых и больных.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить военно-исторические аспекты формирования и организации работы эвакуационного пункта (местного).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

При проведении исследования использовались методы исторического сопоставления, системного анализа, логический.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Первые документы, позволяющие сделать вывод, о попытках создания системы и органов управления эвакуацией раненых и больных с театра военных действий в тыл страны в России относятся к семидесятым годам XIX в. Опыт войн конца XVIII и начала XIX вв. показал, что с началом боевых действий имевшиеся в войсках лечебные учреждения быстро заполнялись ранеными и больными. Это затрудняло передвижение войск, вело к большому отставанию от них госпиталей. Возникла необходимость эвакуации в тыл страны большого числа раненых и больных. Так, согласно плану медицинского обеспечения, разработанному лейб-медиком его Величества баронетом Виллие в августе 1812 г., раненые и больные 1-й Западной армии с продолжительными сроками лечения, а также «неспособные» должны были быть эвакуированы из Смоленска в Москву и Тверь.

В период Крымской войны 1853–1856 гг., несмотря на плохие дороги, из Крыма в ближайшие губернии (Екатеринославскую, Полтавскую, Харьковскую и Херсонскую) было эвакуировано более 12 000 раненых и больных, что составило 24,3% от общего числа санитарных потерь.

Вместе с тем эвакуация раненых и больных и их последующее лечение в тылу страны не были организованы. Удручающее состояние существовавшей организации эвакуации и лечения раненых и больных отмечал Н. И. Пирогов, подводя итоги лечебно-эвакуационного обеспечения русской армии в войне 1853–1856 гг. Вся система лечебно-эвакуационного обеспечения по определению Н. И. Пирогова строилась на принципе «эвакуация, во что бы то ни стало!». Лечение во время эвакуации не предусматривалось, поэтому летальность среди раненых и больных в этот период достигала 14,5%.

Разработанные в трудах Н. И. Пирогова основные принципы медицинской сортировки по нуждаемости в оказании медицинской помощи, опасности для окружающих и нуждаемости в эвакуации, а также руководства эвакуацией раненых и больных в тыл страны широко применялись в лечебно-эвакуационном обеспечении войск России, Пруссии, США и других государств, а затем были положены в основу «Проекта организации эвакуации», составленного Главным штабом России в 1876 г. Они явились теоре-

тической предпосылкой к возникновению органов управления эвакуацией раненых и больных и организацией их лечения в тылу страны.

Значительный рост санитарных потерь в войнах второй половины XIX в. вызвал необходимость массовой эвакуации раненых и больных в тыл страны, а развитие железнодорожного и водного транспорта способствовали ее обеспечению. В русско-турецкую войну 1877–1878 гг. в России впервые появились органы управления массовой эвакуацией раненых и больных в виде «эвакуационных комиссий», располагавшихся на узловых железнодорожных станциях, при которых развертывались группы госпиталей и лазаретов. Работа эвакуационных комиссий регламентировалась циркуляром Генерального Штаба Вооруженных сил 1877 г. «О правилах распределения и развозки раненых и больных с театра войны во внутрь империи». Эвакуационные комиссии обычно состояли из представителей военного командования, военно-санитарного ведомства, органов военных сообщений и общественных организаций.

Возглавляли эвакуационные комиссии строевые генералы (офицеры), которые не подчинялись медицинской службе и рассматривали эвакуацию раненых и больных как чисто военное мероприятие, направленное на освобождение войск от утративших боеспособность воинов.

Во время русско-турецкой войны 1877–1878 гг. эвакуация раненых и больных с театра военных действий проводилась в более широком масштабе и на большую территорию страны, чем в предыдущие войны. Только из Дунайской армии в период с апреля 1877 по март 1878 гг. перевезено в Россию по железной дороге более 125 000 и по морю более 81 000 раненых и больных.

Вместе с тем в эту войну мало что изменилось в лучшую сторону в организации эвакуации и лечения раненых и больных: врачи были отстранены от руководства эвакуацией раненых и больных, эвакуация же была оторвана от лечения. Возглавляли эвакуационные комиссии по-прежнему строевые генералы (офицеры), которые не подчинялись медицинской службе. В результате эвакуация раненых и больных теряла всякий медицинский смысл и часто носила нерациональный характер.

После окончания русско-турецкой войны Н. И. Пирогов обобщил опыт работы эвакуационных комиссий в своем труде «Военно-врачебное дело и частная помощь на театре войны в Болгарии и в тылу действующей армии в 1877–1878 гг.». На основе этого труда в 1890 г. было издано «Положение об эвакуации больных и раненых», однако важнейшие идеи Н. И. Пирогова о медицинской сущности эвакуации и подготовке еще в мирное время всей

системы медицинского обеспечения в нем были проигнорированы.

«Положение об эвакуации больных и раненых» 1890 г. действовало в русско-японскую войну 1904–1905 гг. Эвакуационные комиссии в этой войне получили свое дальнейшее развитие. Они были организованы во фронтовом районе (полевые и тыловые эвакуационные комиссии) и в тылу страны (внутренние эвакуационные комиссии). «Для содействия в перевозке, размещении и призраении больных и раненых...» создавались губернские и уездные «распорядительные по эвакуации комитеты», которые обеспечивали размещение, содержание и лечение раненых и больных в местных больницах.

Внутренние эвакуационные комиссии были значительно расширены, в их составе появились «врачи для сортировки» раненых и больных.

Деятельность полевой и тыловой эвакуационных комиссий в виду отступления наших войск, отсутствия медицинского руководства, неорганизованности сортировочной работы, резкого недостатка в лечебных учреждениях и санитарном транспорте была неудовлетворительной. Военно-санитарные поезда загружались в спешке, в них оказывались раненые и больные различной степени тяжести: от умирающих до почти здоровых. В связи с этим эвакуация продолжала оставаться беспорядочной, а сортировка поступающих в тыл страны раненых и больных проводилась поверхностно, прямо в вагонах. Так, по данным С. А. Семеки из 197790 раненых и больных, поступивших в Иркутскую эвакуационную комиссию за весь период русско-японской войны, было эвакуировано дальше в тыл страны 194 788 человек, или 92,9% от общего числа поступивших. Раненых и больных доставляли в тыловые госпитали часто в недопустимо поздние сроки, нередко они погибали от неудовлетворительных условий эвакуации, зимой у многих были отморожения конечностей. Положение усугублялось тем, что внутренние эвакуационные комиссии создавались с большим опозданием уже в ходе войны.

Тяжелое положение с сортировкой раненых и больных и маломощность эвакуационных комиссий вызвали необходимость создания сортировочно-контрольных подразделений медицинской службы. В связи с этим с ноября 1904 г. при внутренних эвакуационных комиссиях (кроме Челябинской) начали создаваться сборные эвакуационные пункты, которые явились прототипом современных сортировочных госпиталей. На них возлагались задачи по проведению сортировки поступающих раненых и больных, доставке их в местные госпитали и организации погрузки в ВСП, для чего при сборных эвакуационных пунктах содержались команды носиль-

щиков и необходимый санитарный транспорт. При эвакуационных комиссиях развертывались, кроме сборных эвакуационных пунктов, госпитали и лазареты военного ведомства, общества Красного Креста и различных благотворительных организаций, «слабосильные команды», военно-санитарные поезда и санитарные транспорты, дезинфекционные отряды, бани, прачечные, питательные пункты, различные склады медико-санитарного и хозяйственного имущества.

Таким образом, эвакуационные комиссии по своей организации все более приближались к современным эвакуационным пунктам.

Каких-либо изменений после окончания русско-японской войны 1904–1905 гг. и до 1914 г. в организацию лечебно-эвакуационного обеспечения русской армии внесено не было. Как указывает С. А. Семека, вплоть до первой мировой войны 1914–1918 годов никаких новых формирований в тылу страны на случай войны не предусматривалось, и эвакуация раненых и больных должна была производиться в постоянные военные госпитали мирного времени, общая коечная емкость которых в 1914 г. составляла всего 10 890 коек.

Согласно действовавшему до 1914 г. «Положению об эвакуации больных и раненых» 1890 г. для размещения раненых и больных должны были использоваться также гражданские больницы, лазареты, лечебные учреждения общества Красного Креста и других общественных организаций.

Дальнейшее развитие система эвакуации раненых и больных и лечения их в тылу страны получили в первую мировую войну 1914–1918 гг. С августа 1914 г. по 15 ноября 1916 г. с театра военных действий во внутренние районы страны было эвакуировано 4 154 493 раненых и больных, для лечения которых было сформировано значительное количество госпиталей, главным образом за счет общественных организаций — Союзов городов, общества Красного Креста, Земского общества и других. Общая коечная емкость госпиталей составляла 427 000 коек (43,5% от общего числа коек в тылу страны и на ТВД).

Эвакуационные комиссии, сформированные в начале войны по мобилизационным планам, не смогли обеспечить выполнение возложенных на них задач и были упразднены. Согласно «Временному положению об эвакуации раненых и больных», утвержденному в августе 1914 г., была создана система эвакуационных пунктов: на театре военных действий — головных и тыловых, а во внутреннем районе страны — распределительных и окружных. Переход к организации эвакуационных пунктов осуществлялся уже в ходе войны с большими затруднениями и формально был завершен к началу

1915 г. В период первой мировой войны в России было развернуто 8 распределительных и 25 окружных эвакуационных пунктов.

По сравнению с эвакуационными комиссиями, являвшимися по существу начальной формой организации управления сортировкой и эвакуацией раненых и больных, функции вновь созданных эвакуационных пунктов были значительно расширены. Кроме того, в тылу страны появились два органа управления эвакуацией раненых и больных, различных по своей организационно-штатной структуре и задачам.

Распределительные эвакуационные пункты (далее — ЭП(р)) развертывались во внутреннем районе на узловых железнодорожных станциях с таким расчетом, чтобы все раненые и больные, прибывающие с фронта, непременно проходили через них.

В состав ЭП(р), согласно «Временному положению об эвакуации раненых и больных», входили канцелярии и полевые запасные госпитали, предназначенные для временного размещения прибывших с фронта раненых и больных, которые по состоянию здоровья «не могут выдержать дальнейшей перевозки», оказания им медицинской помощи, а также для «обсервации и лечения острозаразных больных». При ЭП(р) содержались: санитарно-гигиенический отряд, дезинфекционные камеры, бани и прачечные; запасы интендантского имущества и продовольствия для обеспечения эвакуируемых с пункта.

Одной из главных задач ЭП(Р) являлось проведение медицинской сортировки, распределение и отправка раненых и больных «в зависимости от места их службы, родины или избранного места жительства по окружным эвакуационным пунктам».

Окружные эвакуационные пункты (далее — ОЭП) развертывались также на узловых железнодорожных станциях в каждом военном округе, куда осуществлялась эвакуация раненых и больных из ЭП(р). Распределение раненых и больных по их количеству и структуре, направляемых из ЭП(р) в ОЭП, осуществлялось по эвакуационным направлениям Генерального Штаба. В силу этого, распределительные и окружные эвакуационные пункты работали независимо друг от друга и не имели отношений подчиненности.

В состав ОЭП входили канцелярия и полевые запасные госпитали. Основной задачей ОЭП являлось распределение раненых и больных, требующих госпитального лечения, по лечебным учреждениям военного и гражданского ведомств и отправка «неспособных к службе» на родину или в избранные места жительства.

Как ЭП(р), так и ОЭП возглавлялись строевыми офицерами, поэтому изложенная во «Времен-

ном положении об эвакуации раненых и больных» 1914 г. стройная и в целом прогрессивная система эвакуации раненых и больных не была реализована.

Окружные эвакуационные пункты не только не имели своей задачей контроль за постановкой лечебной работы в этих учреждениях, но и в связи с отсутствием в их штатах врачей-специалистов не могли его осуществлять. Это обстоятельство, безусловно, отрицательно сказывалось на результатах лечения раненых и больных в тылу страны.

По определению Е. И. Смирнова санитарная служба царской армии почти ничего не извлекла из уроков русско-японской войны и вошла в первую мировую войну с системой развоза раненых и больных и принципами медицинского обеспечения, суть которых сводилась к оказанию первой медицинской помощи и сбору раненых и больных ночью (в периоды затишья), к хирургической бездеятельности в войсковом районе и к эвакуации «во что бы то ни стало».

Вышеуказанные причины обусловили сравнительно низкие показатели деятельности военно-санитарной службы русской армии в первой мировой войне 1914–1918 гг.: до 10% раненых и больных умирали, до 20% — становились инвалидами. Из общего числа эвакуированных в тыл страны раненых и больных в строй вернулось только 42%.

Во время иностранной военной интервенции и гражданской войны 1918–1920 годов и, особенно, в послевоенный период система эвакуации раненых и больных в тыл страны продолжала совершенствоваться. Были созданы условия для качественно нового подхода к организации лечебно-эвакуационных мероприятий в войсках, организован единый центр управления военно-санитарной службой Военно-санитарное управление РККА, в котором уже в первой половине 1918 года полностью сосредоточилось управление всем лечебно-эвакуационным обеспечением войск, как на фронте, так и в тылу страны. Это было закреплено во «Временной инструкции учреждениям и заведениям, ведающим эвакуацией».

№ 741. Постановление Народного Комиссариата по Военным Делах и Народного Комиссариата Здравоохранения. О реорганизации эвакуационных учреждений от 1918.09.10

«Общий ход эвакуации».

1. Главное Военно-Санитарное Управление Народного Комиссариата Здравоохранения совместно с Главным Управлением Военных Сообщений при Высшем Военном Совете по заданиям Начальника Снабжений устанавливает пути следования больных и раненых с фронта в тыл.

2. Все больные и раненые с определенного участка фронта или демаркационной линии посту-

пают из войсковых лечебных заведений распоряжением Начальника Санитарной Части на ближайший головной эвакуационный пункт.

3. Головные пункты эвакуируют установленные категории больных и раненых на районный эвакуационный пункт по общим указаниям Эвакуационного Отдела Окружного Военно-Санитарного Управления и руководясь соответствующими заданиями Начальника Штаба и Заведующего Санитарной Частью отряда, базирующегося на данный эвакуационный пункт.

4. При значительном расстоянии между головным и районным эвакуационными пунктами (не менее 150 200 верст), по возможности, на узловых или передаточных станциях, для облегчения работы Головных, Местных или Районных эвакуационных пунктов, по распоряжению Окружного Военно-Санитарного Управления, развертывается Вспомогательный эвакуационный пункт.

5. Районный эвакуационный пункт распределяет и эвакуирует больных и раненых на местные эвакуационные пункты для рассеивания.»

Таким образом, в тяжелых условиях гражданской войны удалось приступить к созданию системы медицинской эвакуации раненых и больных, в которой лечение и эвакуация составляли единый и неразрывный процесс.

В 1929 г. было введено в действие «Руководство по санитарной эвакуации в РККА», в котором законодательно закреплялись основные принципы лечебно-эвакуационного обеспечения войск Красной Армии. Общее руководство санитарной эвакуацией было сосредоточено в Военно-санитарном управлении РККА (далее — ВСУ РККА). Основными учреждениями санитарной эвакуации являлись: в армейском и фронтовом тыловых районах — полевые, фронтовые и вспомогательные эвакуационные пункты, а во внутреннем районе страны — распределительные (ЭП(р)) и местные (ЭП(м)) эвакуационные пункты.

Начальники ЭП(м) подчинялись «в отношении санитарной эвакуации» начальникам ЭП(р). Распоряжением ВСУ РККА за ЭП(р) закреплялись военно-санитарные поезда. В эвакуационные пункты внутреннего района страны планировались к эвакуации раненые и больные, нуждающиеся в длительных сроках лечения или в специальных видах помощи, которые не могли быть обеспечены на фронте. При всех ЭП(м) и приписанных к ним лечебных учреждениях предписывалось иметь военно-врачебные комиссии для проведения военно-врачебной экспертизы.

Таким образом, издание «Руководства по санитарной эвакуации в РККА» явилось крупным вкладом отечественной медицины в дело совершенст-

вования системы санитарной эвакуации и лечения раненых и больных в тылу страны.

Результаты медицинского обеспечения боевых действий в районе р. Халхин-Гол (май 1939 г.) потребовали решения вопроса о специализации коечной сети в армейском, фронтовом и тыловом районах с учетом наличия врачей-специалистов в стране и местных средств населенных пунктов в которых планируется развертывать госпитали. К сожалению, эта работа не была доведена до логического конца.

В ходе советско-финляндской войны, несмотря на ее непродолжительный характер (с 30.11.1939 по 12.03.1940 гг.), Красная Армия понесла значительные потери. С ноября 1939 г. по август 1940 г. из госпитальной базы Северо-Западного фронта было эвакуировано в эвакогоспитали тыла страны 142 925 раненых и больных, причем из них 11 200 человек — транзитом без оказания медицинской помощи в ГБФ из-за ее большой перегрузки.

Для лечения раненых и больных, поступающих с фронта, в восьми военных округах (Киевском, Московском, Орловском, Приволжском, Уральском, Белорусском, Харьковском и Северо-Кавказском) было развернуто 214 эвакуационных госпиталей Наркомздрава СССР (ЭГ НКЗ), приписанных к восемнадцати ЭП(М). Общая емкость эвакогоспиталей на 1.08.1940 г. составляла 81 412 коек. Кроме того, в составе госпитальной базы Северо-Западного фронта было развернуто 14 ЭГ НКЗ на 4083 койки.

Очень образно описаны изменения в работе здравоохранения г. Ленинграда в работе Д. А. Журавлева. «...Изменения в обычном течении городской жизни стали происходить незадолго до начала боевых действий, осенью 1939 г., а именно, в период военных сборов, которые начались в Ленинградском военном округе 7 сентября 1939 г. В городе прошла частичная мобилизация военно-обязанных, значительная часть которых, вместе с тем, так и оставалась в своих частях до начала советско-финляндской войны. В Ленинграде в данное время активно проводились мероприятия по развертыванию различных воинских формирований, где военно-медицинская служба принимала действительное участие: начинали свою работу эвакуационные госпитали, организовывались призывные пункты, для обеспечения которых были задействованы местные материальные и людские ресурсы. Уже на данной стадии городское здравоохранение начало испытывать ощутимые проблемы, так как значительная часть врачебного состава, состоявшая на воинском учете, была либо призвана для прохождения службы в войсках, либо привлекалась для обеспечения проводимой мобилизации.

Начинают разворачиваться эвакуационные госпитали, создается фонд оперативных коек в лечебных учреждениях города. При этом наблюдалась вполне отчетливая тенденция, при которой расширение военного сектора сопровождалось практически сопоставимым сокращением ресурсов в гражданской сфере, что определялось ограниченными возможностями данного сектора.

Многие учреждения и организации были вынуждены перестраивать свою деятельность в соответствии с новыми условиями. Здравоохранение и народное образование в наибольшей степени оказались вовлеченным в процесс организации лечебно-эвакуационного обслуживания Красной Армии. В школьных зданиях в данное время разворачивались эвакуационные госпитали, а также проводились работы по приспособлению отведенных помещений. В гражданских лечебных учреждениях также проводились соответствующие мероприятия по созданию резервного коечного фонда для медицинского обеспечения Красной Армии.

По мере нарастания активности боевых действий и увеличения числа, раненых и больных, доставленных в город, наравне с количеством лечебных мест в городских медицинских учреждениях, предназначенных для размещения раненых и больных — «оперативных коек», возрастает и численность лечебных учреждений, где они были развернуты. К концу советско-финляндской войны медицинскими учреждениями Ленинграда в оперативное распоряжение НКО было выделено 8270 коек, что составляло практически 30% от общего количества лечебных мест, развернутых в городе. «Оперативные койки» действовали в 20 гражданских медицинских учреждениях Ленинграда — 7 больницах, 12 научно-исследовательских институтах, одном диспансере. В данный процесс были вовлечены не только доминировавшие в целом стационары наркомата здравоохранения, но и других ведомств (Узловая больница, Портовая).

Таким образом, несмотря на непродолжительность войны и ее локальный характер, страна вынуждена была привлечь огромные силы и средства военного и гражданского здравоохранения для медицинского обеспечения войск на фронте и в тылу страны. Опыт войны в целом подтвердил правильность принципов принятой системы этапного лечения, однако был выявлен ряд слабых мест. Наиболее существенными из них были:

— весьма нечеткое разграничение прав и обязанностей между УЭП(м) и органами здравоохранения по руководству ЭГ НКЗ;

— недостаточная специализация коечной сети в госпитальных базах тыла страны и несоответствие

структуры коечного фонда структуре входящего потока раненых и больных;

— отсутствие производственной базы для протезирования инвалидов войны;

— отсутствие в составе ЭП(м) специализированных лечебных учреждений, а также штатных сортировочных госпиталей с прирельсовыми эвакуационными приемами.

Очень важный итог советско-финляндской войны состоял в том, что санитарная служба Красной Армии и гражданское здравоохранение приобрели ценный опыт совместного решения задач по медицинскому обеспечению войск на фронте и в тылу страны, который был обобщен и частично реализован в руководящих документах НКО и НКЗ СССР.

В июне 1940 г., Народным Комиссаром здравоохранения СССР было утверждено «Положение о формировании эвакуационных госпиталей, разворачиваемых органами здравоохранения Союза ССР в военное время», которым были регламентированы основные принципы управления и руководства эвакуационными госпиталями. Эти принципы сводились к следующим положениям: ЭГ в медицинском, административном и финансовом отношении подчинялись органам гражданского здравоохранения по месту их развертывания, а в оперативном отношении — Народному Комиссариату обороны через его местные органы (санитарные отделы военных округов, УЭП(р), УЭП(м)), которые осуществляли контроль за постановкой медицинского обслуживания раненых и больных, находящихся в ЭГ НКЗ СССР, и проводили свои мероприятия по улучшению постановки работы в ЭГ через местные органы здравоохранения, непосредственно формирующие их.

Из этого следует, что в указанном документе не давалось четкого разграничения правовых функций органов управления военного и гражданского ведомств и вело к их конфронтации.

Для предусмотренных к развертыванию в военное время госпитальных коек в тылу страны директивой ГШ от 13.02.1941 г. была определена их специализация.

Это было существенным шагом на пути реализации приобретенного опыта медицинского обеспечения в ходе войны.

В тыл страны планировалось направлять тяжелораненых и раненых средней степени тяжести, нуждавшихся в квалифицированном хирургическом лечении, включая сложные хирургические операции. Сроки лечения в госпиталях тыла планировались более двух месяцев. Соотношение коечной сети между районом глубокого тыла и районами армейского и фронтового тыла намечалось иметь 25–30% в первом, а во втором и третьем — 75–70%

всей коечной сети, необходимой для медицинского обеспечения действующей армии. Вышеуказанные документы явились значительным этапом реализации приобретенного опыта медицинского обеспечения в ходе советско-финляндской войны.

К сожалению, выводы по итогам советско-финляндской войны 1939–1940 гг. не могли быть реализованы в столь короткий срок. В связи с этим здравоохранение страны и санитарная служба Красной Армии оказались неподготовленными к медицинскому обеспечению первых операций начавшейся войны.

С началом Великой Отечественной войны 1941–1945 годов на территории страны развернулось формирование обширной сети эвакуационных госпиталей, объединенных под руководством управлений местных и распределительных эвакуационных пунктов в госпитальные базы тыла страны. Работа велась параллельно: Наркоматом обороны формировались органы управления эвакуацией, Наркомздравом формировались ЭГ НКЗ и выделялись оперативные койки. Первыми начали функционировать управления распределительных и местных эвакуационных пунктов, которые до создания гражданских органов управления взяли на себя руководство всеми сторонами деятельности формируемых эвакогоспиталей.

В 1941–1945 гг. было сформировано около 400 эвакуационных пунктов с различным наименованием, включавших более 6000 эвакуационных госпиталей.

- Классификация эвакуационных пунктов:
- полевые эвакуационные пункты
- фронтовые эвакуационные пункты
- местные эвакуационные пункты
- распределительные эвакуационные пункты

Впервые было сформулированы основные задачи и предназначение ЭП(м):

Местный эвакуационный пункт (ЭП(м)) является территориальным органом управления военно-медицинской службы, создаваемым на военное время для руководства приписываемыми к нему тыловыми госпиталями Министерства здравоохранения (ТГЗ) в пределах возложенных на него задач, а также для организации приема эвакуируемых раненых и больных в ТГЗ.

Прием раненых и больных в ТГЗ включает комплекс мероприятий по подготовке предрельсовых (приаэродромных, предпортовых) эвакуационных приемников к работе, выгрузку раненых и больных из эвакуационно-транспортных средств, медицинскую сортировку, оказание неотложной медицинской помощи нуждающимся, распределение раненых и больных по профильным ТГЗ, временное размещение прибывших контингентов, погрузку их

на транспорт и доставку в назначенные лечебные учреждения.

ЭП(м) подчиняется медицинской службе военного округа военного времени, на территории которого развернуты приписанные к нему ТГЗ, а по вопросам приема раненых и больных и загрузки тыловых госпиталей руководствуется указаниями распределительного эвакуационного пункта (ЭП(р)).

В зависимости от оперативной и тыловой обстановки по указанию Центрального военно-медицинского управления ЭП(м) может быть передан в оперативное подчинение медицинской службы фронта, а также выполнять функции ЭП(р).

ЭП(м) в своей работе руководствуется «Положением о частях и учреждениях медицинской службы Советской Армии и Военно-Морского Флота на военное время» решает задачи в тесном взаимодействии органами управления тыловыми госпиталями Наркомата здравоохранения и поддерживает постоянную связь с местными органами власти, с медицинской службой гражданской обороны и органами военных сообщений.

К ЭП(м) тыловые госпитали приписываются сформированными и готовыми к работе.

ЭП(м) осуществляет руководство ТГЗ по вопросам:

- приема эвакуируемых раненых и больных (в какие сроки, какое количество и в каком пункте принять), их доставки из пунктов выгрузки в назначенные ТГЗ;
- изменения дислокации, профилизации;
- организации и проведения военно-врачебной экспертизы, своевременной выписки или перевода в другие лечебные учреждения военнослужащих.

ЭП(м) контролирует:

- организацию и проведение лечебно-диагностической работы;
- обеспечение медицинским и санитарно-хозяйственным имуществом; размещение и уход за ранеными;
- организацию лечебного питания;
- соблюдение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- укомплектованность личным составом, его профессиональную подготовку.

ЭП(м) организует обеспечение раненых и больных военнослужащих, находящихся на лечении в ТГЗ, продовольствием, вещевым имуществом, денежным довольствием.

В послевоенный период было создано специальное лечебное учреждение фронта — эвакуационный приемник (ЭП), входящий в состав эвакуационного пункта (местного), призванный

обеспечить массовую эвакуацию раненых и больных различными эвакуационно-транспортными средствами. Назначение и место эвакуационного приемника в системе лечебно-эвакуационного обеспечения войск являлось:

— обеспечение эвакуации раненых и больных из медсб и омо в госпитальную базу;

— обеспечение эвакуации из госпитальной базы фронта в тыл раненых и больных, не подлежащих лечению в пределах госпитальной сети действующей армии.

В период с 1957 г. по 1986 г. шло усовершенствование эвакуационного пункта по материально-техническому обеспечению и модернизации военной и специальной техники, без изменения организационно-штатной структуры.

В период с 1986 г. по настоящее время изменений в структуре и организации эвакуационных пунктов (местных) не происходило.

В современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения войск важное место занимает организация массовой эвакуации раненых и больных из госпитальных баз в специальные формирования здравоохранения.

Массовая эвакуация раненых и больных из госпитальной базы может осуществляться планомерно, в соответствии с планом медицинского обеспечения войск, а также внепланово, в силу конкретно сложившейся оперативно-тактической и медико-тактической обстановки. Планомерная эвакуация предусматривает направление в специальные формирования здравоохранения страны тех контингентов раненых и больных, лечение которых в госпитальной базе не может быть завершено в сроки, установленные для лечебных учреждений округа. Еще большее значение приобретает организация массовой эвакуации раненых и больных как в войсковом, так и в оперативной масштабе в начале военных действий, когда эвакуационный маневр, организуемый в целях переключения потока эвакуируемых раненых и больных на наименее загруженные этапы медицинской эвакуации, явится важным средством обеспечения своевременного оказания медицинской помощи.

Проведение эвакуации (и особенно массовой) требует обязательного соблюдения ряда общих требований, к числу которых, в первую очередь, следует отнести четкую организацию медицинской сортировки, подготовку раненых и больных к эвакуации, проведение неотложных медицинских мероприятий, погрузку и выгрузку раненых и больных, обеспечение, эвакуируемых всем необходимым и ведение медицинской документации.

Массовая эвакуация предусматривает организацию одновременной погрузки большого числа раненых и больных в транспортные средства большой емкости или выгрузки из них в зависимости от того, происходит отправка или прием эвакуируемых. Отправляемые или принимаемые контингенты всякий раз будут иметь определенную характеристику, свойственную месту этапов эвакуации в общей системе лечебно-эвакуационных мероприятий и условиям обстановки. При этом массовая эвакуация может осуществляться в различном темпе, который зависит, главным образом, от емкости эвако-транспортных средств и интервалов времени подачи их под погрузку.

ВЫВОДЫ

Условия современной войны не позволяют заблаговременно сосредоточивать всех подлежащих эвакуации раненых и больных в местах погрузки и требуют организации быстрой выгрузки прибывающих раненых и больных и сосредоточения их вдали от мест стоянки транспортных средств. В связи с этим при организации массовой эвакуации раненых и больных силы и средства, выделяемые для ее обеспечения, должны находиться как в местах погрузки (выгрузки), так и в пункте, обеспечивающем сосредоточение эвакуируемых или прием прибывающих контингентов. Состав сил и средств в местах погрузки и пункте сосредоточения (приема) будет различным и может меняться в зависимости от обстановки и решаемых задач. Все вышеперечисленное и трактует нам необходимость в поддержании и развитии системы лечебно-эвакуационных мероприятий и совершенствовании структуры эвакуационных пунктов (распределительных и местных). В настоящее время эвакуации раненых и больных в тыл страны уделяется большое внимание.

С целью переработки организационно-штатной структуры эвакуационного пункта (местного) и совершенствования системы эвакуации раненых и больных в тыл страны, в период с 26 по 31 августа 2019 г. в Центральном военном округе проводилось научно-исследовательское специальное учение по взаимодействию эвакуационного пункта (местного) с органами управления Министерства здравоохранения Российской Федерации, специальными формированиями здравоохранения и другими органами управления медицинского обеспечения действий войск (сил) при нарастании угрозы агрессии на Центрально-Азиатском стратегическом направлении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архив Военно-медицинского музея МО РФ. Ф. 1, оп. 44 672, д. 63, с. 35.
2. Архив Военно-медицинского музея МО РФ. Ф. 283.307, оп. 4549, д. 1, с. 56.
3. *Власов А. Ю.* Система управления госпитальной базой тыла страны в ходе медицинского обеспечения фронтовых операций Великой Отечественной войны. Информационный архив : теорет. и науч.-практ. журн. Оренбург, 2016. Т. 10. № 3–4. С. 19–22.
4. *Георгиевский А. С.* Этапы развития госпитальных баз тыла страны в системе лечебно-эвакуационного обеспечения войск. Воен.-мед. журн. 1979. № 9. С. 77–79.
5. *Георгиевский А. С.* Некоторые вопросы организации медицинского обеспечения войск внутренних военных округов в современной войне. Воен.-мед. журн., сб. ст. 1966. Вып. 28–29. С. 14–21.
6. *Георгиевский А. С.* Система лечебно-эвакуационного обеспечения. Большая медицинская энциклопедия. 3-е изд. М., 1984. Т. 13. С. 302–312.
7. *Журавлев А. Ф.* Организация и содержание работы управления госпитальной базы тыла страны в условиях современной войны. Дис. ... канд. мед. наук. А. Ф. Журавлев Л., 1965. 416 с.
8. *Иванов Н. Г.* Советское здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. Л.: Медицина, 1985. 304 с.
9. *Селиванов В. И.* Организация работы госпитальной базы тыла страны в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. В. И. Селиванов. Воен.-мед. музей МО СССР. Л., 1977. Т. 1. 134 с.
10. *Семека С. А.* Медицина военная. Энциклопедический словарь военной медицины. М.: Изд-во мед. лит. 1947. Т. 3. Стб. 714–915.
11. *Шелепов А. М.* Исторический опыт организации медицинского обеспечения фронтовых операций Великой Отечественной войны на примере деятельности госпитальных баз тыла страны. Информационный архив: теорет. и науч. практ. журн. Оренбург, 2016. Т. 10, № 4. С. 25–29.
12. *Шелепов А. М.* Организация эвакуации, приема, сортировки и распределения раненых и больных по лечебным учреждениям тыла страны (на примере исторического опыта Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.). Информационный архив : теорет. и науч.практ. журн. Оренбург, 2017. Т. 11. № 4. С. 148–154.
13. *Шелепов А. М.* Организационные основы системы медицинского обеспечения войск во внутренних районах страны в военное время. Дис. ... д-ра мед. наук. СПб.: ВМедА, 2000. Т. 1., 716 с.
14. *Шелепов А. М., Кульнев С. В., Сушильников С. И., Жуков А. А.* Состояние и перспективы развития медицинской службы войскового звена. Вестн. Рос. воен.-мед. акад. 2012. № 4 (40). С. 237–244.
15. *Шелепов А. М., Седов И. В., Жуков А. А., Каниболоцкий М. Н.* Совершенствование организационной структуры медицинской роты мотострелковой бригады в современных условиях. Вестн. Рос. воен.-мед. акад. 2014. № 4 (48). С. 202–207.