

К 75-ЛЕТИЮ ВЕЛИКОЙ ПОБЕДЫ TO THE 75th ANNIVERSARY OF THE GREAT VICTORY

<https://doi.org/10.33266/2070-1004-2020-2-5-16>
УДК 614.8:"1941/1945"

Оригинальная статья
© ВЦМК «Защита»

К ВОПРОСУ О СОЗДАНИИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЭВАКОГОСПИТАЛЕЙ НАРКОМЗДРАВА СССР В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 1941–1945 гг.

Б.В.Бобий^{1,2}, С.Ф.Гончаров^{1,2}

¹ ФГБУ «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» ФМБА России, Москва, Россия

² ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»
Минздрава России, Москва, Россия

Резюме. Цель исследования – на основе анализа и обобщения данных, содержащихся в официальных документах и научных публикациях, дать общую характеристику системы организации оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в эвакуационных госпиталях (ЭГ) Наркомздрава СССР (Наркомздрав, НКЗ) и порядка ее функционирования в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. **Материалы и методы исследования.** Материалами исследования были: нормативные документы, регламентирующие порядок создания и функционирования эвакуационных госпиталей тыла страны в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.; научные работы и публикации по проблеме исследования. При выполнении исследования применялись следующие методы: исторический, метод контент-анализа, аналитический. **Результаты исследования и их анализ.** Рассмотрены организационные вопросы формирования ЭГ, их коечная мощность, порядок размещения, дислокация и передислокация. Охарактеризованы органы управления эвакогоспиталями, основные задачи, решением которых они занимались, контингенты госпитализированных и др.

Ключевые слова: Великая Отечественная война 1941–1945 гг., дислокация ЭГ, коечная мощность ЭГ, Наркомат обороны СССР, Наркомздрав СССР, органы управления ЭГ, передислокация ЭГ, эвакуационные госпитали

Конфликт интересов. Авторы статьи подтверждают отсутствие конфликта интересов

Для цитирования: Бобий Б.В., Гончаров С.Ф. К вопросу о создании и деятельности эвакогоспиталей Наркомздрава СССР в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. // Медицина катастроф. 2020. №2. С. 5–16.
<https://doi.org/10.33266/2070-1004-2020-2-5-16>

<https://doi.org/10.33266/2070-1004-2020-2-5-16>
UDK 614.8:"1941/1945"

Original article
© ARCDM Zashchita

ON ISSUE OF CREATION AND ACTIVITY OF EVACUATION HOSPITALS OF PEOPLE'S COMMISSARIAT OF HEALTH OF USSR DURING GREAT PATRIOTIC WAR OF 1941–1945

B.V.Bobiy^{1,2}, S.F.Goncharov^{1,2}

¹ All-Russian Centre for Disaster Medicine "Zashchita" of Federal Medical Biological Agency, Moscow, Russian Federation

² Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, the Ministry of Health of the Russian Federation,
Moscow, Russian Federation

Abstract. *The purpose of the research* – on the basis of analysis and generalization of the data contained in official documents and scientific publications to give a general description of the system of organization of medical care and treatment of wounded and sick servicemen in evacuation hospitals of the USSR People's Commissariat of Health and the way of its functioning during the Great Patriotic War of 1941–1945.

Materials and methods of research. The research materials were normative documents regulating the procedure of creating and operating of evacuation hospitals in the rear of the country during the Great Patriotic War of 1941–1945 and research papers and publications on the problem. When performing the research, the following methods were used - historical, content analysis, and analytical.

Research results and their analysis. Organizational issues of EH formation, their bed capacity, placement order, dislocation and relocation are considered.

The authors describe the management bodies of evacuation hospitals, the main tasks facing them, the contingents of hospitalized people, etc.

Key words: *EH bed capacity, EH dislocation, EH management bodies, EH relocation, evacuation hospitals, Great Patriotic war of 1941–1945, People's Commissariat of defence of the USSR, People's Commissariat of Health of the USSR*

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest

For citation: Bobiy B.V., Goncharov S.F. On Issue of Creation and Activity of Evacuation Hospitals of People's Commissariat of Health of USSR during Great Patriotic War of 1941–1945. *Meditsina Katastrof = Disaster Medicine*. 2020; 2: 5–16 (In Russ.). <https://doi.org/10.33266/2070-1004-2020-2-5-16>

Контактная информация:

Бобий Борис Васильевич – доктор медицинских наук, руководитель группы Руководства ВЦМК «Защита»
Адрес: Россия, 123182, Москва, ул. Щукинская, 5
Тел.: +7 (495) 942-45-48
E-mail: mail@vcmk.ru

Contact information:

Boris V. Bobiy – Dr. Sci. (Med.), Head of the Group of Leadership of All-Russian Centre for Disaster Medicine "Zashchita"
Address: 5, Schukinskaya str., Moscow, 123182, Russia
Phone: +7 (495) 942-45-48
E-mail: mail@vcmk.ru

В мире в настоящее время процесс формирования новой полицентричной модели мироустройства сопровождается ростом глобальной и региональной нестабильности, в странах НАТО и некоторых соседних с Россией государствах идут процессы милитаризации и гонки вооружений, не исключена вероятность разрешения конфликтов силовым путем. В этих условиях в Российской Федерации осуществляется развитие системы национальной безопасности страны, в том числе сферы здравоохранения [1–4]. Всё это указывает на необходимость комплексного подхода к проблеме готовности соответствующих органов управления и лечебных медицинских организаций (ЛМО) – больниц и медицинских центров, подведомственных Минздраву России и органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации (далее – субъекты) – к приёму, организации и оказанию медицинской помощи и лечению раненых и больных военнослужащих в условиях преимущественно крупномасштабных и продолжительных военных конфликтов.

При разрешении ряда вопросов указанной проблемы было бы большой ошибкой недооценить ценный опыт работы здравоохранения в сложных и тяжелых условиях Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.

По прошествии времени после окончания Великой Отечественной войны по ряду причин многие вопросы этой работы остались в тени, как полагают некоторые медицинские специалисты – потеряли свою остроту, стало уделяться недостаточное внимание анализу и обобщению работы лечебных учреждений в годы войны. Однако, применительно, например, к гибридным войнам, в настоящее время указанные вопросы, в определенной степени, могут иметь как теоретическую, так и практическую значимость.

Данная работа посвящена деятельности медицинских работников системы гражданского здравоохранения, которые в тылу страны своим титаническим трудом внесли большой вклад в Великую Победу, 75-летие которой отмечается в этом году. По мнению авторов, представленные в статье результаты исследования, при необходимости, могут быть, в той или иной мере, учтены в ходе совершенствования организационной структуры и порядка функционирования системы лечебно-эвакуационных мероприятий, проводимых в интересах раненых и больных военнослужащих силами и средствами гражданского здравоохранения при крупномасштабных военных конфликтах, что, как мы полагаем, подчеркивает актуальность и востребованность данной работы.

С учетом этого, будет уместным напомнить гениальные слова выдающегося отечественного хирурга Н.И.Пирогова: «... Почему так мало знаем о нашем прошедшем, так скоро его забываем и так легко относимся к тому, что нас ожидает в ближайшем будущем?...» [5, 6].

Медицинские специалисты гражданского здравоохранения должны знать условия работы лечебных медицинских учреждений во время военных конфликтов, учитывать опыт прошлого и использовать его в практике своей работы.

Цель исследования – на основе анализа, изучения и обобщения данных, содержащихся в официальных документах и научных публикациях, обрисовать общий облик системы организации оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в эвакуационных госпиталях (ЭГ) Народного комиссариата здравоохранения СССР (далее – Наркомздрав, НКЗ) и порядка ее функционирования в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.

Материалы и методы исследования. Материалами исследования были: нормативные документы, регламентирующие порядок создания и функционирования эвакуационных госпиталей тыла страны в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.; научные работы и публикации по проблеме исследования. При выполнении исследования применялись следующие методы: исторический, метод контент-анализа, аналитический.

Результаты исследования и их анализ. Великая Отечественная война 1941–1945 гг. стала важной вехой в истории отечественной системы здравоохранения, главными задачами которой в этот период были спасение жизни и сохранение здоровья раненых и больных воинов, обеспечение возвращения в строй и к труду максимального их числа, а также предупреждение эпидемий в войсках и среди населения. Одной из значимых составляющих данной системы, решающей стратегические трудоемкие и разноплановые задачи, являлось формирование и функционирование на обширной территории тыла страны – за пределами фронтового тыла действующей армии – широкой сети специальных лечебных медицинских стационарных учреждений – эвакуационных госпиталей.

В научных работах можно встретить несколько вариантов названия этих лечебных медицинских учреждений – отдельные группировки эвакогоспиталей называли госпитальными базами тыла страны или местными эвакуационными пунктами (МЭП), а также госпиталями внутреннего района страны, тыловыми эвакогоспиталями, эвакогоспиталями Наркомздрава СССР [5–9]. Вместе с тем, из содержания этих работ следует, что единого общепринятого наименования у этих лечебных медицинских учреждений не было, а наиболее часто употреблялось название – эвакуационный госпиталь.

По данным научных работ и различных публикаций установлено, что большинство ЭГ было создано органами Народного комиссариата здравоохранения СССР, а также Народным комиссариатом обороны СССР (далее – Наркомат обороны, НКО) и Всесоюзным центральным советом профессиональных союзов (ВЦСПС).

За годы войны для нужд армии и флота гражданским здравоохранением было сформировано и развернуто 2990 эвакуогоспиталей на 1 340400 коек. В ведении Наркомздрава находилось около половины всей госпитальной коечной сети, имевшейся в стране для лечения раненых и больных военнослужащих [9].

О роли ЭГ НКЗ в лечении раненых и больных военнослужащих убедительно свидетельствуют данные, характеризующие долю госпитальных коек, развернутых в этих лечебных медицинских учреждениях, в их общем количестве в течение всех лет войны (табл. 1). Как видно из табл. 1, несмотря на изменение оперативно-стратегической обстановки на фронтах, развитие организационно-штатной структуры госпитальных баз действующей армии и входящих в их состав военных госпиталей, доля коек ЭГ, расположенных в тылу страны, оставалась значительной и составляла 34,8–68,1% от общего количества госпитальных коек, имеющихся в госпитальных базах армий, фронтов и ЭГ Наркомздрава [7, 9, 10].

Количество, специализация и коечная ёмкость ЭГ определялись, с одной стороны, потребностями действующей армии, с другой – ресурсами здравоохранения и возможностями материально-технической базы для их оснащения и размещения в том или ином административном образовании (республика, край, область).

Кроме ЭГ, в тылу страны имелись и стационарные военные лечебные медицинские учреждения. Это были преимущественно постоянные окружные и гарнизонные госпитали, которые предназначались, главным образом, для оказания медицинской помощи и лечения больных, поступающих из войск «своих» военных округов. Доля коек в этих госпиталях в их общем количестве была невелика. Так, например, в мае 1943 г. на их долю в 6 военных округах – Среднеазиатском, Южноуральском, Московском, Приволжском, Уральском и Сибирском – приходилось всего 13,6% от общего количества коек [9].

Из всех ЭГ, сформированных Наркомздравом, 76% были созданы в 1941 г.; 24% – в 1942–1944 гг. Около 70% от их общего количества находились на территории РСФСР [7, 8, 10]. Так, например, несмотря на трудности при формировании и развертывании ЭГ к июлю 1942 г. только в Саратовской области были развернуты 77 эвакуогоспиталей на 48262 койки, из них 31 ЭГ находился в г.Саратове [11].

Следует отметить, что на работу ЭГ существенное влияние оказывали условия, связанные с местом их расположения и порядком размещения. Как следует из опубликованных данных, в начале войны, когда основное количество ЭГ было сосредоточено в восточных районах страны, 30% госпиталей дислоцировались в республиканских, краевых и областных центрах; 30 – в районных центрах; 40% – в населенных пунктах районов. В дальнейшем это соотношение изменялось, и в 1944 г. доля ЭГ, расположенных в республиканских, краевых и областных центрах, выросла до 45%, а в районных населенных пунктах – уменьшилась до 33% [7, 10].

Анализ мест расположения ЭГ и порядка их функционирования говорит о том, что при дислокации госпиталей в республиканских, краевых и областных центрах имелась возможность более эффективно использовать медицинские научные и учебные заведения, медицинские кадры, привлекать местные ресурсы, широко развертывать шефскую работу. При развертывании ЭГ в городах, вблизи узлов железных дорог имелись благоприятные условия для решения вопросов организации разгрузки военно-санитарных поездов (ВСП), а при наличии городского транспорта – доставки раненых и больных от пунктов выгрузки ВСП до госпиталей.

Нередко ЭГ развертывались на базе существовавших в мирное время больниц, домов отдыха, санаториев, клиник медицинских и научно-исследовательских ин-

ститутов, но чаще – в специально отведенных и приспособленных зданиях общественных организаций и учебных заведений. Госпитали, располагавшиеся в крупных городах, были достаточно благоустроены в коммунально-бытовом отношении, так как для их размещения имелось достаточное количество зданий, которые можно было легко приспособить под госпитали. Например, в городе Иваново 60% ЭГ размещались в школах; 8 – в техникумах; 15 – в гостиницах; 17% – в больницах.

Иная обстановка складывалась в областях и краях, на территории которых были слабо развиты железнодорожные коммуникации и сеть крупных населенных пунктов. Такое положение вынуждало осуществлять развертывание достаточно большого количества ЭГ в небольших населенных пунктах, что создавало определенные трудности при разгрузке ВСП и транспортировке прибывающих раненых и больных до назначенных ЭГ. Кроме того, такое положение усугублялось значительным некомплектом автотранспорта в ЭГ и в управлениях местных эвакуационных пунктов (УМЭП).

Так, даже в начале 1944 г. в ЭГ, дислоцированных на территории Сибирского и Забайкальского военных округов, укомплектованность автомобилями составляла 50 и 46% соответственно, а в Северокавказском военном округе более трети ЭГ вообще не имели автомобильного транспорта.

В гораздо худших условиях находились ЭГ в мелких населенных пунктах – они часто не имели водопровода, канализации, электроэнергии, были недостаточно обеспечены кадрами и медицинским имуществом. По большей части это были ЭГ на 100–150 коек, их доля составляла до 20% всех ЭГ. В целом в системе ЭГ Наркомздрава насчитывалось примерно 200–220 таких маломощных госпиталей.

Например, в Среднеазиатских республиках, по состоянию на 1 июля 1943 г., 55 из 81 ЭГ располагались в 9 крупных городах – Ташкенте, Самарканде, Ашхабаде, Алма-Ате и других, а 26 госпиталей – в мелких населенных пунктах вдалеке от железной дороги.

Наихудшие условия размещения ЭГ были на территориях западных районов страны после их освобождения от фашистских захватчиков. Так, пришлось проделать исключительно большую работу по размещению ЭГ, прибывающих из тыла страны, на территории Донецкой, Полтавской, Харьковской и Черниговской областей, где были разрушены основной жилой фонд, водопровод, канализация, электросети, отсутствовало топливо.

Таблица 1/ Table 1

Доля коек лечебных медицинских учреждений действующей армии и тыловых эвакуационных госпиталей в их общем количестве, % [7, 9, 10]

The share of beds in medical institutions of the active army and rear evacuation hospitals in their total number, % [7, 9, 10]

Год, месяц Year, month	Действующая армия/Field army		Тыловые эвакуационные госпитали Rear evacuation hospitals
	госпитальные базы армий base hospitals of the armies	госпитальные базы фронтов base hospitals of fronts	
1941, август 1941, August	9,1	22,8	68,1
1942, январь 1942, January	7,4	28,4	64,2
1942, сентябрь 1942, September	16,4	35,3	48,3
1943, январь 1943, January	27,6	27,5	44,9
1944, январь 1944, January	30,1	35,1	34,8

Что касается вопросов дислокации и размещения ЭГ, то заслуживает особого внимания одно принципиально значимое обстоятельство. Применяемые в годы Великой Отечественной войны средства вооруженной борьбы, в том числе авиация противника, не были способны наносить удары по стратегически важным объектам военно-промышленного комплекса, транспорта, энергетики, гидросооружениям, органам управления, системам жизнеобеспечения и другим объектам, находящимся в глубоком тылу. Такое положение позволяло размещать достаточно большое количество ЭГ в отдельно взятом крупном городе, особенно, в республиканском, краевом или областном центре.

Совсем иные условия могут возникнуть при применении современных систем вооружений, позволяющих поражать цели, находящиеся практически на всей территории России. Из этого следует, что ЛМО здравоохранения, которые в условиях крупномасштабных военных конфликтов будут выделяться для лечения раненых и больных военнослужащих, вряд ли целесообразно сосредоточивать в одном крупном городе. Кроме того, такие медицинские организации должны иметь высокую защищенность и надежные системы жизнеобеспечения, позволяющие им функционировать в автономном режиме.

В силу ряда причин более 30% сформированных в ходе войны ЭГ Наркомздрава были переданы в ведение Наркомата обороны для усиления госпитальных баз действующей армии и прифронтовых районов. В свою очередь, часть ЭГ Наркомата обороны была передана НКЗ. Так, Наркомату обороны были переданы: за 6 мес 1941 г. – 50% ЭГ; в 1942 г. – 25; 1943 г. – 30; в 1944 г. – 3% ЭГ. В то же время Наркомат обороны передал Наркомздраву: за 6 мес 1941 г. – 4% ЭГ; в 1942 г. – 28% ЭГ [10, 12]. Передача ЭГ проводилась 17 раз, ряд краев и областей (Пензенская, Горьковская области и др.) передавали сформированные ими ЭГ по 3–4 раза. Кроме того, 124 ЭГ, как созданные на базе санаториев и домов отдыха ВЦСПС, были переданы Наркомздравом в систему ВЦСПС. Небольшое количество ЭГ было реорганизовано в гражданские лечебные учреждения, некоторые – расформированы [10].

С передачей ЭГ из одного ведомства в другое условия и содержание их работы коренным образом изменялись. Они, по сути дела, подвергались полному реформированию. В тех случаях, когда ЭГ НКО включались в систему НКЗ, практически все военнослужащие заменялись на вольнонаемный (гражданский) персонал, устанавливалась несколько иная организационно-штатная структура подразделений госпиталя, в определенной мере сокращалась численность штатного персонала, снижался уровень материальной обеспеченности и оснащённости в связи с переходом на нормы и табели учреждений тыла страны [9].

Необходимо обратить внимание на следующее обстоятельство – эвакуогоспитали НКЗ не были приспособлены для перемещения. Тем не менее за время войны 50% сформированных ЭГ, в среднем – около 500 тыс. коек, были передислоцированы. Основное их количество было передислоцировано: в 1941 г. – с запада на восток в порядке эвакуации, начиная с февраля 1942 г. – в обратном направлении. Небольшая часть ЭГ передислоцировалась для лучшего их размещения в освобождаемых специальных помещениях.

Например, на территорию РСФСР из других союзных республик были передислоцированы – в процентном отношении к действующей госпитальной сети – в 1941 г. – 25% ЭГ; в 1944 г. – с территории РСФСР в другие союзные республики – главным образом, в Украинскую и Белорусскую ССР, ближе к линии фронта – 22% ЭГ [12]. В ходе проведения мероприятий по перемещению ЭГ часть из них была расформирована – в Туркменской и

Таджикской ССР, Алтайском и Красноярском краях, Кемеровской, Курганской и Челябинской областях [10].

Перемещение ЭГ имело и негативные стороны. Основные из них: базируясь в специально приспособленных зданиях институтов, лечебных учреждений, школ и имея, в большинстве случаев, постоянный персонал, эвакуогоспитали тыла при передислокации вынуждены были оставлять прежним владельцам здания оборудование и хозяйственный инвентарь, терять обученные кадры и отправляться к новым местам назначения уже значительно менее готовыми к предстоящей работе, а часто и вовсе неработоспособными на 1–2 мес. Требовались исключительные усилия для их восстановления, развертывание ЭГ нередко затягивалось на длительное время, что, естественно, вызывало перегрузку не только фронтовых лечебных учреждений, но и ЭГ тыла [6, 10].

Поэтому можно утверждать, что при всей не столь значительной положительной динамике улучшения мест дислокации и размещения ЭГ достаточно большое их количество находилось в населенных пунктах, где инфраструктура и ресурсы здравоохранения были слабо развиты, возможности материально-технической базы существенно ограничены и вряд ли могли обеспечить создание оптимальных условий для организации максимально результативной лечебно-диагностической работы.

Определенный профессиональный интерес для медицинских специалистов представляют данные о коечной мощности ЭГ НКЗ. Так, в 1941 г. средняя мощность ЭГ составляла 350 коек. К 1944 г. в результате проведенных организационных мероприятий она составляла 500 коек. Почти полностью были ликвидированы карликовые ЭГ на 100 и 150 коек, что нужно расценивать положительно как мероприятие, способствующее правильной и более эффективной организации лечебно-диагностической работы, наиболее разумному использованию медицинских кадров, специального оборудования и оснащения, созданию благоприятных условий для решения управленческих задач [8].

Многоплановая работа по формированию ЭГ и организации их деятельности обусловила необходимость создания четкой системы управления и распределения обязанностей между соответствующими органами управления. Следует отметить, что такие органы управления по руководству ЭГ НКЗ стали создаваться только после Постановления Государственного комитета обороны (ГКО) от 22 сентября 1941 г. До этого, в июне 1941 г., опираясь на опыт советско-финляндской войны 1939–1940 гг., при военном отделе НКЗ СССР был создан сектор, который, как показало время, был не в состоянии обеспечить должного руководства деятельностью ЭГ. В связи с этим систему управления ЭГ НКЗ пришлось в короткие сроки коренным образом пересматривать.

Высшим руководящим органом ЭГ становится вновь созданное, возглавляемое заместителем наркома, Главное управление эвакуогоспиталей Наркомздрава СССР, которое осуществляло руководство лечебной работой, учет сети ЭГ, разработку руководящих и методических документов по лечебно-диагностической работе и другим видам деятельности – финансовой, материально-технической и т.д. [9].

Для руководства ЭГ НКЗ при краевых и областных отделах здравоохранения были созданы специальные отделы, а при наркоматах здравоохранения республик – управления эвакуогоспиталей. На должности начальников управлений и отделов эвакуогоспиталей республик, краев и областей назначались заместители народных комиссаров здравоохранения и заведующих краевыми и областными здравоохранениями соответственно. На должности начальников ЭГ (по штату – должность военнослужащего), как правило, назначались опытные врачи с большим практическим стажем лечебной и административной работы.

Среди них доля врачей со стажем работы 10 – 15 лет составляла 31,0%, со стажем больше 15 лет – 42,6% [13].

Следует, однако, указать и на недостатки в деле подбора руководящих кадров для ЭГ. Так, в течение первых 10 мес войны из представленных кандидатур начальников ЭГ не были утверждены по несоответствию 98 кандидатов. В РСФСР были сняты с работы 27 начальников госпиталей, не справившихся с работой [13].

Из этого следует, что перед войной не уделялось достаточного внимания подготовке будущих руководителей ЭГ. В современных условиях данное обстоятельство следует учесть и принять определенные меры по подготовке таких медицинских специалистов.

В 1943 г. в целях совершенствования организационной структуры органов управления были созданы типовые штаты управлений и отделов по руководству ЭГ в республиках, краях и областях. Однако эти органы были не всегда способны должным образом решать возложенные на них задачи. В их организационной структуре не были предусмотрены должностные лица, которые занимались бы оперативным учетом коечной сети, организацией перемещения госпиталей и их расформированием, изменением специализации коечного фонда.

В начале войны для научно-методического руководства ЭГ было создано Центральное методическое бюро Главного управления ЭГ НКЗ СССР, переименованное впоследствии в Центральную методическую комиссию. Затем последняя была преобразована в Военно-госпитальный комитет, который состоял при Учёном медицинском совете Наркомздрава СССР. В комитете имелись 16 различных комиссий, в которых работали более 170 ученых-медиков, в том числе такие известные представители медицинской науки, как И.Г.Руфанов (председатель комитета), Н.Н.Приоров, Н.А.Семашко, Б.Э.Линберг, Б.С.Преображенский, И.Г.Лукомский, М.О.Фридлянд, А.С.Савваитов и др. [9].

С целью улучшения качества лечебной работы в ЭГ, обобщения опыта их функционирования, а также внедрения в практику новых методов лечения в соответствии с приказом Наркомздрава СССР от 5 марта 1942 г. №100 был учрежден Госпитальный совет при Главном управлении эвакуационных госпиталей НКЗ СССР, в обязанности которого входили координация деятельности ЭГ, определение (уточнение) стоящих перед ними задач и осуществление работы по оценке качества и эффективности выполнения организационной и лечебной работы в этих учреждениях.

Важную роль в организационно-методической работе играли госпитальные советы, которые были созданы при управлениях и отделах ЭГ республик, краёв и областей. Работа госпитальных советов, выполнявших функцию совещательных органов, значительно повышала результативность функционирования ЭГ, определяла основные направления их деятельности и способствовала обмену передовым опытом и единому пониманию методик лечения раненых и больных [7, 9, 12].

Наркомздрав СССР, наркоматы здравоохранения союзных и автономных республик, краевые и областные органы управления здравоохранением в пределах подведомственных территорий обеспечивали формирование ЭГ, их комплектование медицинскими и другими кадрами, в основном, за счет лиц, проживающих и работающих в районе размещения госпиталя, а также – через местные органы власти – материально-техническими средствами и необходимым фондом помещений для их работы.

Основными задачами органов управления НКЗ и ЭГ являлись: организация и осуществление приема раненых и больных, поступающих в ЭГ; завершение преемственного лечения раненых и больных военнослужащих с достижением максимального восстановления их бое- и трудоспособности; организация проведения врачебно-трудовой (медико-социальной) экспертизы, решение во-

просов социального обеспечения раненых и больных, частично, временно или полностью утративших трудоспособность; организация подготовки и переподготовки, повышения квалификации медицинских кадров, назначения для работы в ЭГ или работающих.

По линии военно-санитарной службы НКО эвакуационные пункты – МЭП (иногда входили в состав распределительных эвакуационных пунктов – РЭП), во главе которых стояли управления этих эвакуационных пунктов, подчинявшиеся: местные – санитарным отделам военных округов, распределительные – Главному военно-санитарному управлению НКО.

Местный эвакуационный пункт представлял собой объединение ЭГ, расположенных, как правило, на территории области (края) или нескольких областей. Количество, структура и специализация госпитальных коек в них обеспечивали выполнение приема, медицинской сортировки, оказания медицинской помощи и лечения всех категорий раненых и больных, поступающих из действующей армии.

Особо следует обратить внимание на то, что основным правилом для включения эвакуационных пунктов в состав МЭП являлось их объединение не по территориальному признаку, а по их отношению к эвакуационным направлениям, т.е. к железнодорожным и водным путям медицинской эвакуации раненых и больных в ЭГ [14]. Кроме того, в пределах каждого МЭП, в том числе на территории края или области, эвакуационные пункты должны были быть дислоцированы таким образом, чтобы имелись благоприятные условия для организации и осуществления приема раненых и больных с определённых эвакуационных направлений, по которым – в основном, военно-санитарными поездами – проводилась их медицинская эвакуация, а также с учетом возможности их транспортировки из пунктов выгрузки ВСП до назначенных ЭГ.

В соответствии с расположением основных коммуникаций, плотностью коечной сети и количеством МЭП на том или ином эвакуационном направлении и другими условиями несколько МЭП объединялись под руководством управления распределительного эвакуационного пункта – УРЭП. Последний, таким образом, представлял собой орган управления медицинской эвакуацией раненых и больных из действующей армии – в МЭП, а также являлся органом оперативного управления МЭП, входящими в его состав [6, 7].

Этим органам управления НКО вменялось в обязанность устанавливать совместно с органами управления НКЗ дислокацию ЭГ, их коечную емкость и специализацию. Кроме того, на управления МЭП и РЭП возлагались задачи по организации медицинской эвакуации раненых и больных – прежде всего, по приему прибывающих ВСП с ранеными и больными, направляемыми в ЭГ, их выгрузке, распределению и транспортировке до назначенных ЭГ, а также по проведению военно-врачебной экспертизы (ВВЭ), обеспечению находящихся на лечении в ЭГ военнослужащих продовольствием, вещевым имуществом, денежным довольствием и воинскими перевозочными документами, по снабжению госпиталей фуражом, бланками медицинской отчетности и учета.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что руководство ЭГ со стороны двух наркоматов – НКЗ и НКО – часто приводило к дублированию работы органов управления, к противоречиям и большой потере времени на различные согласования, что, в конечном счете, негативно сказывалось на качестве выполнения лечебно-эвакуационных мероприятий и эффективности использования коечной сети.

Основная причина такого положения заключалась в том, что к началу войны ни военно-санитарная служба Красной Армии, ни НКЗ СССР не имели межведомственных руководящих документов, которые бы четко

регламентировали и разграничивали полномочия и функции, содержание и объем работы УМЭП и органов управления НКЗ при их взаимодействии [5, 6, 13].

Лечение раненых и больных военнослужащих, эвакуированных из лечебных учреждений действующей армии в ЭГ тыла страны, осуществлялось, в основном, в эвакуогоспиталях Наркомздрава. За счет раненых и больных, вылеченных в этих госпиталях, армия получала значительное пополнение. Только в 1944 г. из ЭГ НКЗ ежедневно возвращалось в строй около 2,5 тыс. чел., т.е. ряды защитников Родины ежемесячно пополнялись 7–8 полноценными дивизиями того времени [9].

Закономерно возникает вопрос – для каких контингентов раненых и больных военнослужащих предназначались указанные ЭГ?

В ЭГ Наркомздрава лечились до окончательного исхода следующие контингенты раненых и больных: не подлежащие возвращению на военную службу по окончании лечения; нуждающиеся в длительном лечении в специализированных лечебных медицинских учреждениях, а также в продолжительном реабилитационном процессе и последующем санаторно-курортном лечении; нуждающиеся, помимо длительного лечения в условиях стационара, в сложных пластических – нередко многоэтапных – оперативных хирургических вмешательствах, протезировании, в ликвидации длительно текущих осложнений и последствий ранения – остеомиелиты, последствия повреждения нервных стволов, контрактуры, свищи и т.п.

Следовательно, в ЭГ поступали, в основном, тяжело раненые, а также раненые средней тяжести, нуждавшиеся в специализированном хирургическом лечении, включая сложные восстановительные хирургические операции. В связи с этим и сроки лечения в ЭГ составляли не менее двух месяцев, а зачастую и значительно больше. [7, 9, 13].

Следует отдельно остановиться на причинах увеличения сроков лечения раненых и больных в ЭГ, так как этот показатель характеризует многие стороны деятельности госпиталей. Представляемые данные по указанному вопросу базируются, главным образом, на результатах научной работы А.Ф.Третьякова [15, 16].

Необходимо иметь в виду, что длительность пребывания раненого или больного в ЭГ и продолжительность (срок) его лечения в собственном смысле этого слова – разные понятия. В публикациях и научных работах, как правило, приводится недифференцированный показатель – срок пребывания в ЭГ, который условно принимают за срок лечения.

Установлено, что срок пребывания или срок лечения в ЭГ зависел, прежде всего, от двух групп основных причин: первая группа – причины, влияющие на сроки собственно лечения, которые, в свою очередь, зависели от организации и качества лечебно-диагностической работы, проводимой в ЭГ; вторая группа – причины, не связанные с оказанием медицинской помощи и лечением, т.е. затраты времени, влияющие на сроки нахождения раненых и больных в ЭГ (табл. 2). Факторы, формирующие данную группу причин, зависят от состояния организационно-управленческой (административной) деятельности в ЭГ. Кроме того, следует учитывать и третью группу причин, связанных с уровнем постановки лечебной и организационной работы в других госпиталях, через которые раненый или больной прошел до поступления в данный ЭГ, а также с организационными недочетами, имевшими место в системе организации и оказания медицинской помощи и лечения в эвакуогоспиталях.

В условиях современных крупномасштабных и продолжительных военных конфликтов нельзя исключить подобные подходы к организации оказания медицинской помощи и лечения вышеуказанных контингентов раненых и больных военнослужащих.

Кроме того, имеются все основания для того, чтобы утверждать, что в современных военных конфликтах но-

вые средства поражения, в том числе высокоточное оружие, способны наносить человеку более тяжелые поражения, среди которых большую долю будут составлять множественные и сочетанные ранения. При этом раненые военнослужащие, подлежащие направлению в ЛМО гражданского здравоохранения, будут нуждаться в оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и лечении.

С учетом такого положения, вряд ли будет возможно создать в приспособленных зданиях оптимальные условия для применения передовых эффективных технологий организации и оказания таких видов медицинской помощи.

В общем числе пострадавших, лечившихся в ЭГ за все годы войны, доля пораженных в боях составила 84%, больных – 16%. В группе пораженных в боях доля раненых составляла 79,9%; контуженных – 1,3–1,9; обмороженных – 2,6; обожженных – 0,3% [7, 8, 9, 17]. По локализации ранения распределялись следующим образом: ранения головы – 8,1%; шеи и туловища – 14,7; верхних конечностей – 36,1; нижних конечностей – 41,1% [7, 8, 9]. Однако в ходе войны уменьшалась доля раненных в верхние конечности, главным образом, в кисти и пальцы рук, и увеличивалась доля раненных в нижние конечности, а также незначительно увеличивалась доля раненных в голову и туловище. При этом 80,5% раненых и больных военнослужащих лечились в ЭГ НКЗ РСФСР; 11 – в ЭГ республик Закавказья; 5,6% – в ЭГ республик Средней Азии. Эвакуогоспитали на освобожденной территории Украинской и Белорусской ССР начали работать только в 1944 г. и приняли 2,9% раненых и больных, направляемых в тыловые госпитали [8, 10, 17].

Необходимо отметить, что во время Великой Отечественной войны из года в год возрастала доля контингентов, поступающих в ЭГ с тяжелыми ранениями и заболеваниями (табл. 3).

Еще более убедительно подчеркивают динамику и тенденцию утяжеления состава раненых, поступающих в ЭГ, данные П.С.Бархатова, характеризующие проникающие и непроникающие ранения, а также ранения с повреждением и без повреждения костей с учетом их распределения по отдельным локализациям (табл. 4). Какие обстоятельства обуславливали такое положение?

Это можно объяснить совершенствованием организационной структуры госпитальных баз армий и фронтов, их госпиталей и организационной помощи, прежде всего, специализированной медицинской помощи, а также продвижением советских войск на запад, при котором военно-санитарная служба действующей армии получила всё большую возможность для расширения показаний к стационарному лечению раненых и больных в военных госпиталях на театре военных действий.

Даже такая характеристика раненых, поступающих в ЭГ, позволяет сделать следующее заключение – указанные последствия ранений, в конечном счете, или совсем исключали возможность восстановления боеспособности, или для ее восстановления требовались длительные сроки, разработка и внедрение более эффективных технологий организации и оказания специализированной медицинской помощи и лечения.

Важным мероприятием, позволяющим обеспечивать проведение медицинской эвакуации по назначению, т.е. её более оптимальную маршрутизацию и эффективность работы не только одного, но и, главным образом, нескольких ЭГ, в которые приходилось направлять раненых и больных из пунктов выгрузки ВСП, являлась медицинская сортировка. Её правильная организация, выполнение и реализация сортировочных решений способствовали созданию условий для своевременного оказания медицинской помощи и лечения, разумного использования имеющихся медицинских сил и средств, транспорта и др.

В одном из выступлений начальник Главного военно-санитарного управления Красной Армии Е.И.Смирнов, подчеркнув, что на необходимость четкой организации медицинской сортировки раненых и больных воинов в тылу страны указывал в своё время великий хирург Н.И.Пирогов, говорил: «... Мы считаем, что нам нужны сортировочные госпитали не только в армейском и фронтовом районах, – нам нужны такие госпитали и в глубоком тылу. Без сортировочных госпиталей нельзя рассчитывать на успех работы...» [5, 6]. Поэтому неслучайно в работе ЭГ большое внимание уделялось именно медицинской сортировке. В марте 1942 г. было введено в действие Положение о сортировочных госпиталях НКЗ, согласно которому в МЭП – группах эвакуогоспиталей, коллекторах – общей ёмкостью свыше 5 тыс. коек должны были создаваться сортировочно-эвакуационные госпитали (СЭГ), а при их ёмкости до 5 тыс. коек – сортировочные отделения в хирургических ЭГ с функциями сортировочно-эвакуационного госпиталя.

Такие ЭГ, по возможности, располагались как можно ближе к пунктам (станциям) разгрузки ВСП. В эти госпитали, как правило, направлялись раненые и больные, нуждавшиеся в оказании экстренной и неотложной медицинской помощи, в уточнении диагноза (часто и в его постановке) и эвакуационного предназначения, требующие медицинской подготовки для обеспечения дальнейшей эвакуации в назначенный ЭГ, находящийся на значительном удалении от пункта разгрузки поезда. Раненые нейрохирургического профиля и с поражением

челюстно-лицевой области, а также инфекционные, терапевтические и кожно-венерологические больные должны были доставляться в специализированные ЭГ непосредственно с пунктов выгрузки ВСП.

При каждом СЭГ полагалось создавать транспортную группу, состоящую из транспорта ЭГ, дислоцированных в данном населенном пункте (при возможности – и в ближайшем соседнем), и транспорта, приписанного местными органами власти.

Следует, однако, отметить, что СЭГ были созданы далеко не во всех МЭП. Так, из 32 областей и краёв РСФСР, принимавших раненых и больных в свои ЭГ, СЭГ были созданы только в 10. Вместе с тем, в ЭГ НКЗ РСФСР доля сортировочных коек по сравнению с долей коек другого профиля была довольно значительной и составляла 2,0% от их общего количества.

Вопросы правильной организации и проведения медицинской сортировки, особенно в первом периоде войны, не всегда находили должного решения. Такое положение подтверждается убедительными аргументами, приведенными С.М.Миловидовым в докладе на пленуме Госпитального совета Главного управления эвакуогоспиталей НКЗ СССР: «...В Алтайском крае и Новосибирской области сортировка раненых и больных находится в зачаточном состоянии, а иногда и просто отсутствует. В Армении сортировочных госпиталей вовсе не существует. Организованные сортировочные госпитали работают каждый по своему, не руководствуясь общеобязательными принципами.

Таблица 2/Table 2

Основные причины увеличения сроков лечения раненых и больных в эвакуогоспиталях Наркомздрава СССР

The main reasons for increasing the duration of treatment of wounded and sick in evakohospitals of the People's Commissariat of Health of the USSR

Группа причин Group of reasons	Основные факторы, формирующие группу причин Main factors forming a group of reasons
Первая – причины, влияющие на сроки собственно лечения The first group - the reasons that affect the duration of the actual treatment	Низкий уровень хирургической активности Low level of surgical activity Нарушение (несоблюдение) принципов комплексного лечения Violation (non-compliance) of the principles of complex treatment Недостатки в организации диагностической работы Shortcomings in the organization of diagnostic work Врачебные ошибки Medical errors Недочеты в организации работы среднего медицинского персонала Shortcomings in the organization of the work of nursing staff Недостатки в управлении лечебно-диагностической работой Shortcomings in the management of medical and diagnostic work
Вторая – причины, обусловленные организационно-управленческой (административной) деятельностью в ЭГ The second group - the reasons conditioned by organizational and managerial (administrative) activities in the EH	Низкое качество медицинской документации и дефекты в оформлении выписки раненых и больных Poor quality of medical documentation and defects in the registration of discharge of the wounded and sick Неправильное понимание принципов направления раненых и больных в батальоны выздоравливающих Incorrect understanding of the principles of sending the wounded and sick to convalescent battalions Задержка перевода раненых и больных с хроническими заболеваниями в дома и больницы для инвалидов Delayed transfers of injured and chronically ill people to homes and hospitals for the disabled Дефекты в работе хозяйственных подразделений госпиталя Defects in the operation of the hospital's economic services
Третья – причины, зависящие от качества лечебной и организационной работы на предыдущих этапах медицинской эвакуации, организационные недочеты в системе организации и оказания медицинской помощи и лечения в эвакуогоспиталях The third group - the reasons that depend on the quality of medical and organizational work at the previous stages of medical evacuation, organizational shortcomings in the system of organizing and providing medical care and treatment in evacuation hospitals	Недостатки (ошибки) при выполнении лечебно-эвакуационных мероприятий на предыдущих этапах медицинской эвакуации Shortcomings (errors) in performing medical evacuation measures at the previous stages of medical evacuation Невыполнение (нарушение) принципов преемственности в лечении раненых и больных на различных этапах медицинской эвакуации Non-compliance (violation) of the principles of continuity in the treatment of the wounded and sick at various stages of medical evacuation Неправильная организация и выполнение медицинской сортировки раненых и больных, поступающих в ЭГ Incorrect organization and execution of medical sorting of the wounded and sick arriving at the EH Трудности со снабжением ЭГ лекарственными препаратами, медицинским имуществом и оборудованием Difficulties in providing EH with medicines, medical goods and equipment Перебои в изготовлении протезов Interruptions in the manufacture of prostheses

Локализация и характер повреждений у раненых, лечившихся в эвакуационных госпиталях тыла страны, по годам войны, данные выборочные [9]

Localization and nature of injuries in the wounded treated in evacuation hospitals in the rear of the country, by years of war, the data are selective [9]

Локализация ранения Localization of injury	Характер ранения Nature of the injury	Доля контингентов, % к общему итогу / The share of contingents, % of total			
		1-й год войны 1st year of the war	2-й год войны 2nd year of the war	3-й год войны 3rd year of the war	
Череп Skull	С повреждением костей With damage to the bones	1,2	1,8	2,4	
	Без повреждения Without damage	2,2	1,5	1,2	
Грудь Chest	Проникающие с открытым пневмотораксом Penetrating with an open pneumothorax	0,6	0,7	0,9	
	Проникающие без открытого пневмоторакса Penetrating without an open pneumothorax	2,1	3,2	3,8	
	Непроникающие Non-penetrating	4,5	3,6	3,3	
Живот Abdomen	Проникающие Penetrating	0,5	0,7	1,1	
	Непроникающие Non-penetrating	0,7	0,5	0,5	
Позвоночник Spine	Проникающие Penetrating	0,3	0,4	0,4	
	Непроникающие Non-penetrating	0,7	0,6	0,6	
Верхние конечности Upper limbs	Плечевой сустав Shoulder joint	1,7	2,2	2,2	
	Плечо: Shoulder:				
	с повреждением костей with damage to the bones	3,4	5,2	5,3	
	без повреждения without damage	6,0	3,9	3,5	
	Локтевой сустав Elbow joint	1,8	2,3	2,5	
	Предплечье: Forearm:				
	с повреждением костей with damage to the bones	5,4	6,7	6,7	
	без повреждения without damage	5,8	3,7	3,1	
	Лучезапястный сустав Wrist joint	1,2	1,3	1,3	
	Кисть Hand	11,9	7,8	5,6	
	Пальцы Fingers	6,7	3,2	1,9	
	Нижние конечности Lower limbs	Тазобедренный сустав Hip joint	0,5	0,6	0,7
		Бедро: Hip:			
		с повреждением костей with damage to the bones	3,0	5,8	6,8
		без повреждения without damage	10,1	8,8	9,4
Коленный сустав Knee joint		2,1	3,0	3,3	
Голень: Shin:					
с повреждением костей with damage to the bones		4,3	8,2	9,4	
без повреждения without damage		6,6	5,7	5,7	
Голенистопадный сустав Ankle		1,3	1,8	2,0	
Стопа Foot		5,2	6,1	5,9	
Пальцы Toes	1,0	0,7	0,5		

Невнимательное отношение к медицинской сортировке приводило к длительным задержкам в назначении специализированного лечения, удлиняло сроки лечения и даже являлось причиной временной или стойкой инвалидности. Управления эвакуогоспиталей должны немедленно перестроить этот раздел работы и взять в свои руки организацию сортировочных эвакуогоспиталей...» [13].

Решающую роль в лечебной работе ЭГ сыграли организация и оказание специализированной медицинской помощи. Благодаря этому стало возможным широкое внедрение в лечебную работу принципа «медицинская эвакуация по назначению».

Одним из первых нормативных документов, указывавших на необходимость организации оказания специализированной медицинской помощи раненым и больным военнослужащим, являлась директива Генерального штаба НКО от 13 февраля 1940 г., в которой определялась специализация госпитальных коек в тылу страны, предназначенных к развертыванию в военное время (табл. 5). Есть основания считать, что данное решение было принято с учетом опыта медицинского обеспечения боевых действий в ходе советско-финляндской войны.

До войны мобилизационным планом предусматривалось создание и развертывание ЭГ только двух типов – хирургических и терапевтических [9, 13, 14]. Однако

опыт работы ЭГ по оказанию медицинской помощи и лечению раненых и больных показал необходимость создания системы организации и оказания специализированной медицинской помощи.

О важности решения данной проблемы убедительно говорил Начальник Главного управления эвакуогоспиталей НКЗ СССР С.И.Миловидов, выступивший на первом пленуме Госпитального совета 5 мая 1942 г.: «...Основная задача руководителей эвакуогоспиталей организовать у себя в области, крае, республике надлежащую специализацию и дать четкий профиль каждому госпиталю при обязательном условии, чтобы в этих госпиталях работали высококвалифицированные хирурги. Это позволяет добиться наибольшего процента возвращения в строй. ...Руководители здравоохранения должны провести большую организационную работу по созданию специализированных госпиталей...» [13].

С начала 1942 г. стали создаваться узкоспециализированные ЭГ. Количество таких ЭГ непрерывно увеличивалось, одновременно расширялся и их состав по профилю. Были организованы различные специализированные ЭГ: нейрохирургические, челюстно-лицевые, для лечения раненных в грудную и брюшную полости, глазные, ушные, неврологические, психоневрологические, туберкулезные и др. [9].

При формировании системы организации оказания специализированной медицинской помощи и лечения основным правилом было всестороннее обоснование

Таблица 4/Table 4

Доля пораженных с проникающими и непроникающими ранениями, ранениями с повреждением и без повреждения костей по отдельным локализациям [10]

The percentage of patients with penetrating and non-penetrating wounds, wounds with or without bone damage in individual localities [10]

Локализация ранения Localization of injury	Доля пораженных с данным ранением в общем числе пораженных, лечившихся в ЭГ с ранением указанной локализации, % The percentage of patients with this injury in the total number of patients treated in the EH with a wound of the specified localization, %	
	1941	1944
	Ранения черепа с повреждением костей Wounds of the skull with injury of bones	38,2
Ранения лица с повреждением челюстей Wounds of the face with lesion of the jaws	52,7	80,3
Проникающие ранения: Penetrating wound:		
груди chest	43,5	66,5
живота abdomen	43,7	79,8
позвоночника spine	27,6	49,5
Ранения таза с повреждением костей и тазовых органов Injuries of the pelvis with injury of bones and pelvic organs	21,7	42,7
Ранения: Wounds:		
плеча с повреждением кости of shoulder with bone damage	42,3	67,6
предплечья с повреждением кости of forearm with damage to the bone	55,1	75,9
бедра с повреждением кости of thighs with bone damage	27,6	49,4
голень с повреждением кости of lower legs with bone damage	44,7	70,3

Таблица 5/Table 5

Специализация коечного фонда эвакуогоспиталей Наркомата обороны СССР, Наркомздрава СССР и оперативных коек в военное время

Specialization of the bed fund of evacuation hospitals of the People's Commissariat of defence of the USSR, People's Commissariat of health of the USSR and operational beds in wartime

Специализация коек Bed specialization	Доля коек данного профиля, % Percentage of beds of this profile, %	
	приграничный военный округ border military district	внутренний военный округ internal military district
А. Хирургические, всего, из них: A. Surgical, total of them:	70,0	80,0
• общехирургические • general surgery	52,5	32,0
• травматологические • traumatological	35,5	45,0
• торакальные • thoracic	3,0	–
• урологические • urological	0,5	–
• нейрохирургические • neurosurgical	1,5	7,0
• глазные • ocular	2,0	3,0
• отоларингологические • otolaryngologic	1,5	1,5
• челюстно-лицевые • maxillofacial	3,5	3,5
• полостные • cavernous	–	8,0
Б. Терапевтические, всего, из них: B. Therapeutic, total of them:	30,0	20,0
• общетерапевтические • general therapeutic	70,0	50,0
• инфекционные • infectious	13,5	25,0
• кожно-венерологические • skin and venereal diseases	13,5	15,0
• нервно-психические • neuro-psyhic	3,0	10,0

необходимости создания определенного количества и определенной структуры специализированных коек и их правильного размещения на территории республики, края, области. Так, в результате изучения этого вопроса специалистами Наркомздрава РСФСР была определена и практически реализована структура специализированных коек в подведомственных ЭГ (табл. 6). За годы войны она организационно оптимизировалась, были достигнуты её адекватная оснащённость специальным медицинским оборудованием и укомплектованность медицинскими кадрами.

Специализированные койки развертывались как в ЭГ, специально предназначенных для соответствующих категорий раненых и больных, так и в специализированных отделениях хирургических и терапевтических госпиталей. Например, в конце войны 50% специализированных коек для челюстно-лицевых раненых, 35 – для нейрохирургических, 65 – для протезных, 30% – для офтальмологических и для других контингентов были развернуты в специализированных госпиталях этого профиля, оснащенных соответствующим оборудованием и укомплектованных высококвалифицированными кадрами. В ходе войны сеть специализированных госпитальных коек подвергалась изменениям: возрастало количество нейрохирургических, глазных, лёгочно-хирургических, кожно-венерологических, протезных, туберкулёзных коек и несколько уменьшилось количество челюстно-лицевых и инфекционных коек [7, 10, 17].

Таблица 6/ Table 6

Распределение госпитальных коек по профилю в эвакуационных госпиталях Наркомздрава РСФСР, на 1 января 1944 г. [12]

Distribution of hospital beds in evacuation hospitals of the People's Commissariat of health of the RSFSR according to the profile, on January 1, 1944 [12]

Профиль коек Bed profile	Доля коек данного профиля, % Percentage of beds of this profile, %
Челюстно-лицевые Maxillofacial	2,5
Нейрохирургические Neurosurgical	4,2
Легочно-хирургические Pulmonary surgical	2,8
Глазные Ocular	1,5
Ушные Aural	0,7
Протезные Prosthetic	7,1
Урологические Urological	0,6
Восстановительной хирургии Reconstructive surgery	3,4
Общехирургические General surgery	50,5
Терапевтические Therapeutic	5,2
Нервно-психиатрические Neuro-psychiatric	1,2
Туберкулёзные Tubercular	1,6
Кожно-венерические Skin and venereal diseases	0,9
Инфекционные Infectious	1,2
Санаторные Sanatorium	0,64
Сортировочные Sorting	2,0
Другие Other	13,96

Кроме указанных специализированных ЭГ, в их общей сети имелись сортировочные госпитали, госпитали для лечения женщин-военнослужащих и военнопленных [10, 17].

На постановке оказания специализированной медицинской помощи и лечении благоприятно сказалось введение в штат органов управления эвакуогоспиталями НКЗ должностей главных специалистов по ведущим специальностям (хирург, терапевт).

Следует обратить внимание на то, что в последующем специфическая работа специализированных госпиталей потребовала разработки особых методик лечения, особой организации их внедрения и особого внимания к деятельности этих госпиталей.

Одним из важных мероприятий, реализованных, начиная с 1943 г., почти во всех ЭГ НКЗ считается создание отделений или палат для выздоравливающих. Данное организационное решение и его реализация способствовали, в определенной мере, восстановлению, а иногда и повышению возможностей по боевой выучке раненых и больных, выписываемых в строй, ускорению процесса восстановления функций поврежденных органов и всего организма в целом, а также укреплению дисциплины в госпитале.

Подобная форма работы, естественно – усовершенствованная, может оказаться востребованной и в условиях современных крупномасштабных военных конфликтов. Такое заключение основывается на следующих обстоятельствах: подготовка военных специалистов требует длительного времени, больших материальных и финансовых затрат, наличия высоких физических и морально-психологических качеств у военнослужащих, что обуславливает необходимость максимального сохранения не только их здоровья, но и профессионального долголетия. Поэтому необходимо более всесторонне и основательно проработать вопросы целесообразности создания для таких раненых и больных военнослужащих комплексных восстановительно-реабилитационных центров, где бы они могли восстанавливать здоровье и, в той или иной мере, профессиональные способности.

Для того, чтобы дать объективную оценку конечным результатам лечения раненых и больных в ЭГ, необходимо учитывать одно важное обстоятельство – исходы лечения зависели не только от качества лечебно-диагностической работы, выполненной в ЭГ, но и от результативности и эффективности данной работы, выполненной в военных госпиталях действующей армии в отношении раненых и больных, эвакуированных в ЭГ тыла страны.

Несомненно, что по различным причинам в лечебно-диагностической работе военных госпиталей действующей армии имели место определенные недочеты, которые в той или иной мере влияли на исходы лечения раненых и больных, находящихся в ЭГ. Авторы не ставили перед собой цель их выявить, проанализировать и определить степень их влияния на исходы лечения указанных контингентов.

Основные результаты лечебной работы, выполненной в ЭГ НКЗ, представлены в табл. 7 – это средние величины наиболее общих показателей, однако необходимо отметить, что они по отдельным годам колебались в довольно существенных пределах [7, 9, 10].

Так, на 1 мая 1942 г. ЭГ Саратовского МЭП вернули обратно в действующую армию только 69,8%; уволили в отпуск – 14,4; уволили совсем и в запас – 14,8%. В то же время ЭГ, обслуживаемые Новосибирским УМЭП, вернули в строй 80,7%; уволили в отпуск – 5,3; уволили совсем и в запас – 13,6%. По ЭГ, обслуживаемым Казанским УМЭП, в 1941г. возвращены в строй – 83,0%; уволены в отпуск – 10,0; уволены совсем – 5,8%. Эвакогоспитали, входящие в состав Свердловского МЭП, за 3–4 мес 1941 г. вернули в строй только 64,0%; уволили в отпуск – 1,26; уволили совсем и в запас – 35,0%.

Столь значительные колебания в исходах, в основном, объясняются следующими обстоятельствами: недостаточной специализацией коечной сети ЭГ; несоблюдением принципа медицинской эвакуации по назначению – раненые и больные выгружались из ВСП только при наличии коечной сети, без учета того, есть или нет в ЭГ возможности для их лечения; низким уровнем комплексного лечения, особенно функционального; отсутствием чёткой преемственности и единства в лечении [5, 6].

В 1942 г. из числа пораженных в боях, закончивших лечение в ЭГ, были возвращены в армию 56,6% при значительном числе уволенных в краткосрочные отпуска, а в 1943 г., несмотря на более тяжелый состав раненых, доля возвращенных в армию возросла до 60,8% при снижении доли отпускных [10].

Вероятно, такое положение можно объяснить интенсивным развитием специализации ЭГ в 1943 г.. С этого года наблюдается существенный рост хирургической активности. Если в 1942 г. в ЭГ были прооперированы 21,5% раненых, то в 1944 г. – 61,8%. Особенно возросла частота оперативных вмешательств по поводу ранений конечностей. Например, в 1943 г. раненых этой категории было прооперировано, в среднем, в 3 раза больше, чем в 1942 г., что позволило улучшить качество лечения, а, следовательно, и его исходы. Этот год был в тоже время годом широкого внедрения вторичного шва в практику лечения ранений мягких тканей, что, естественно, обеспечило улучшение исходов ранений бедра и голени без повреждения костей: по бедру – увеличение доли возвращенных с 74,3 до 79,7%; по голени – с 71,0 до 79,0% – в обоих случаях при сокращении доли уволенных в запас и совсем [10].

Вместе с тем, в 1944 г. среди пораженных в боях резко снизилась – до 47,4% – доля возвращенных в армию и увеличилось число уволенных в запас и совсем. Такое положение было связано, во-первых, с более тяжелым составом раненых, находившихся в это время на лечении в ЭГ; во-вторых, с усиленной выпиской раненых с хроническими осложнениями, оставшихся в ЭГ от предыдущих лет, при значительном уменьшении новых поступлений. Следует обратить внимание на последовательное снижение доли летальных исходов у пораженных в боях: от 1,1% – в 1942 г. до 0,7% – в 1944 г. [7, 10, 17].

При оценке общих итогов лечения в ЭГ целесообразно сказать несколько слов о тех последствиях ранений и заболеваний, которые послужили причинами увольнения из рядов Красной Армии. Такое решение обусловлено тем, что многим тысячам военнослужащих требовалось орга-

низовать и провести врачебно-трудовую экспертизу для определения степени инвалидности, а этим, как уже указывалось, занимались органы управления здравоохранением – крайздравотделы, облздравотделы и соответствующие врачебно-трудовые экспертные комиссии.

По материалам указанных экспертных комиссий, за 2 последних года войны в 91,0% случаев инвалидность была вызвана последствиями боевых поражений; в 9,0% случаев – заболеваниями [10]. Почти у 75% всех инвалидов причиной инвалидности являлось нарушение целостности и функций конечностей как следствия их боевых поражений. Другие причины инвалидности: анкилозы и контрактуры конечностей – 21,5%; ампутированные – 17,5%; параличи и парезы периферического происхождения – 14,7%; неправильно сросшиеся переломы и ложные суставы – 4,7%; расстройства функций конечностей от других причин – различные искривления и экзартикуляции пальцев, остеомиелиты, незаживающие язвы и др. – 14,4%. Слепота на оба глаза и слепота на один глаз при резком снижении зрения на другом были причинами инвалидности в 1,4% случаев; резкие обезображивания лица – в 1,5%; расстройства функций тазовых органов и конечностей после поражений спинного мозга – в 0,6%; расстройства речи и глухота в результате травмы – в 0,4%; травматическая эпилепсия – в 0,2%; все прочие последствия ранений – в 14,2%; туберкулез – в 2%; психические болезни – в 0,6%; все прочие заболевания – в 6,3% случаев [7, 10].

Одно из важнейших условий, определяющих деятельность ЭГ – их укомплектованность, особенно, врачебными кадрами, которая в ходе войны никогда не была 100%-ной. По данным отчетов начальников УМЭП, укомплектованность ЭГ врачами составляла: в первый период войны – 95%; во второй – 88%; в третий – 91%. Однако, несмотря на довольно высокие показатели укомплектованности в целом, по отдельным категориям врачей она была недостаточной. Так, в первом периоде войны потребность ЭГ в хирургах была удовлетворена на 54,7%; нейрохирургах – на 63,6; рентгенологах – на 97,6; во врачах лечебной физкультуры – на 54,7; во врачах-лаборантах – на 90,4%. Такое положение сохранялось в течение всех лет войны, так как основное внимание уделялось комплектованию, прежде всего, лечебных медицинских учреждений фронтов.

В различных МЭП выход из такого положения находили исходя из обстановки на местах. Например, начальник МЭП-26 (г. Пенза) в отчете за 1943 г. указывал: «...Ввиду недостатка квалифицированных хирургических и других специальных врачебных кадров мы вынуждены маневрировать последними, создав группы усиления, в которые входили высококвалифицированные специалисты-консультанты (хирург, терапевт, физиотерапевт, врач по ЛФК и другие) и придавать эти группы на срок до 1–2 недель госпиталю периферии в периоды особенно напряженной работы. Такие группы обеспечивали отстающие госпитали организационной, лечебной и научной помощью...» [5, 6].

Средняя укомплектованность эвакогоспиталей, расположенных на территории РСФСР, врачами (без учета совместительства) и медицинскими сестрами представлена в табл. 8.

Таблица 7/ Table 7

Показатели лечебной работы эвакуационных госпиталей Наркомздрава СССР за период Великой Отечественной войны, до января 1945 г.

Indicators of medical work of evacuation hospitals of the People's Commissariat of health of the USSR for the period of the Great Patriotic war, until January 1945

Показатель Indicator	% раненых и больных от общего числа лечившихся в ЭГ % of injured and sick of the total number of patients treated in the EH	Из них /From them	
		пораженные в боях stricken in battle	больные ill
Возвращены в армию Returned to the ranks	57,6	56	66,6
Уволены в отпуск Dismissed on leave	4,4	4,3	4,8
Уволены из рядов армии и уволены в запас Dismissed from the ranks of the army and dismissed to the reserve	36,5	38,7	4,1
Умерли Died	1,5	1,0	4,5

Таблица 8/ Table 8

Укомплектованность медицинскими кадрами эвакогоспиталей на территории РСФСР в 1942–1944 гг., % [12]

Staffing with medical personnel of the evacuation hospitals on the territory of the RSFSR in 1942–1944, % [12]

Медицинские специалисты Medical specialist	1942	1943	1944
Врачи Doctors	78,8	83,5	77,7
Медицинские сестры Nurses	90,0	88,8	89,6

Анализ контингента врачебных кадров показал, что доля врачей со стажем работы до 3 лет составила 20,7%; 4–5 лет – 12,3; 6–10 лет – 19,9; от 11 лет – 47%. Таким образом, 50% врачей имели стаж врачебной работы свыше 10 лет [12].

В эвакуогоспиталях были выделены врачи, которые по специальности наиболее отвечали содержанию работы и требованиям госпиталей. Однако по квалификации они часто не соответствовали специфике лечебно-диагностической работы.

В связи с этим были разработаны и реализованы планы подготовки, переподготовки и повышения квалификации как врачебных, так и средних медицинских кадров.

Обучение медицинских специалистов осуществлялось: путем создания специальных курсов при Государственных институтах для усовершенствования врачей и медицинских институтах; направления на рабочие места в ЭГ, специально выделенные для этой цели, в пределах области, края и республики путем организации специальных курсов, семинаров и сборов по определенным дисциплинам; проведения пленумов госпитальных советов и республиканских, межобластных, областных, межгоспитальных и госпитальных научно-практических конференций с освещением на них основных проблем и отдельных вопросов лечения военной травмы и для обмена

опытом; путем издания медицинской методической и инструктивной литературы, раскрывающей вопросы лечения заболеваний военного времени.

В качестве одной из форм обучения, не столь часто применяемой по различным причинам, были выезды групп врачей ЭГ – главным образом, из ближайших к фронтовой зоне областей – на 2–3 нед в госпитальные базы фронтов.

Выводы

1. Таким образом, можно утверждать, что гражданское здравоохранение страны в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. занимало важное место в общей системе организации и проведения лечебно-эвакуационных мероприятий, направленных на спасение жизни и сохранение здоровья, бое- и трудоспособности раненых и больных военнослужащих. Труд многих тысяч медицинских работников эвакуогоспиталей Наркомздрава СССР был творческим, сопровождался мужеством, стойкостью и нередко – героизмом.

2. Опыт организации и лечения раненых и больных военнослужащих в ЭГ тыла страны в 1941–1945 гг. имеет большую практическую значимость, требует дальнейшего анализа и изучения. Умело и творчески примененный он может быть использован для совершенствования системы лечебно-эвакуационных мероприятий, реализуемых в условиях современных военных конфликтов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. О мобилизационной подготовке и мобилизации в Российской Федерации: Федеральный закон Российской Федерации от 26 февраля 1997 г. №31-ФЗ.
2. Об обороне: Федеральный закон Российской Федерации от 31 мая 1996 г. №61-ФЗ (с изменениями в 2018 г.).
3. О стратегии национальной безопасности Российской Федерации: Указ Президента Российской Федерации от 31 декабря 2015 г. №683 (с изменениями в 2018 г.).
4. Военная доктрина Российской Федерации: Утверждена Президентом Российской Федерации 19 декабря 2014 г.
5. Смирнов Е.И. Война и военная медицина. 1939–1945 годы. М.: Медицина, 1979. 524 с.
6. Смирнов Е.И. Проблемы военной медицины. М., 1944.
7. Иванов Н.Г., Георгиевский А.С., Лобастов О.С. Советское здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. М.: Медицина, 1985. С.168–188.
8. Ростоцкий И.Б. Тыловые эвакуогоспитали: Очерки по организации лечения больных и раненых воинов Советской Армии в тыловых эвакуогоспиталях. М.: Медицина, 1967. 80 с.
9. Селиванов В.И., Селиванов Е.Ф. Роль эвакуационных госпиталей Народного комиссариата здравоохранения в лечении раненых и больных советских воинов // Советское здравоохранение. 1975. №5. С. 21–26.
10. Бархатов П.С. Итоги работы эвакуогоспиталей в тыловых районах страны за годы Великой Отечественной войны // Труды четвертого пленума Госпитального совета НКЗ СССР и РСФСР. М.: Медгиз, 1946. С. 11–28.
11. Попков В.М., Еругина М.В., Завьялов А.И., Мурылев В.Ю. Вклад сотрудников Саратовского медицинского института в совершенствование методов диагностики и лечения раненых и больных в эвакуогоспиталях в период Великой Отечественной войны // Саратовский научно-медицинский журнал. 2015. Т.11. №1. С. 7–11.
12. Жичин А.И. Итоги лечения раненых в эвакуогоспиталях Наркомздрава РСФСР // Труды четвертого пленума Госпитального совета НКЗ СССР. М.: Медгиз, 1946. С.48–55.
13. Миловидов С.И. Итоги и задачи работы эвакуогоспиталей Наркомздрава СССР // Советское здравоохранение. 1942. №5–6. С. 17–25.
14. Энциклопедический словарь военной медицины / Под ред. Смирнова Е.И. М.: Гос. издат. мед. литер., 1947. Т.2. Столб. 187–190; Т. 5. Столб. 221–232.
15. Третьяков А.Ф. Сроки лечения раненых в эвакуогоспиталях. М.: Медгиз, 1944. 67 с.
16. О сокращении сроков лечения и сроков пребывания раненых и больных в госпиталях Наркомздрава РСФСР: Приказ Народного комиссариата здравоохранения РСФСР от 22 октября 1943 г. №69.
17. Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.: Сборник документов и материалов / Под ред. Барсукова М.И. и Кувшинского Д.Д. М.: Медицина, 1977. С. 521–522.

REFERENCES

1. On Mobilization Training and Mobilization in the Russian Federation. The order of the Russian Federation dated February 26, 1997, No. 31-FZ (In Russ.).
2. About Defence. The order of the Russian Federation dated May 31, 1996, No. 61-FZ (In Russ.).
3. On the National Security Strategy of the Russian Federation. The order of the President of the Russian Federation dated December 31, 2015, No. 683 (In Russ.).
4. Military Doctrine of the Russian Federation: Approved by the President of the Russian Federation dated December 19, 2014 (In Russ.).
5. Smirnov E.I. *Voyna i Voennaya Meditsina 1939–1945 gody* = War and Military Medicine 1939–1945. Moscow, Meditsina Publ., 1979, 524 p. (In Russ.).
6. Smirnov E.I. *Problemy Voennoy Meditsiny* = Problems of Military Medicine. Moscow Publ., 1944 (In Russ.).
7. Ivanov N.G., Georgievskiy A.S., Lobastov O.S. *Sovetskoye Zdravookhraneniye i Voennaya Meditsina v Velikoy Otechestvennoy voyne 1941–1945 gg.* = Soviet Healthcare and Military Medicine in the Great Patriotic War 1941–1945. Moscow, Meditsina Publ., 1985, pp. 168–188 (In Russ.).
8. Rostotskiy I.B. *Tylovyeye evakogospitali: Ocherki po organizatsii lecheniya bol'nykh i ranenyykh voynov Sovetskoy Armii v tylovykh evakogospitalyakh* = Rear Evacuation Hospitals: Essays on the Organization of Treatment for Sick and Wounded Soldiers of the Soviet Army in Rear Evacuation Hospitals. Moscow, Meditsina Publ., 1967, 80 p. (In Russ.).
9. Selivanov V.I., Selivanov E.F. The Role of Evacuation Hospitals of the People's Commissariat of Health in the Treatment of Wounded and Sick Soviet soldiers. *Sovetskoye Zdravookhraneniye*. 1975; 5: 21–26 (In Russ.).
10. Barkhatov P.S. *Itogi raboty evakogospitaley v tylovykh rayonakh strany za gody Velikoy Otechestvennoy voyny* = The Results of the Work of Evacuation Hospitals in the Rear Areas of the Country during the Years of Great Patriotic War. *Trudy IV Plenuma Gospital'nogo Soveta NKZ SSSR i RSFSR*. Moscow, Medgiz Publ., 1946, pp. 11–28 (In Russ.).
11. Popkov V.M., Eругina M.V., Zav'yalov A.I., Murylev B.Yu. The Contribution of the Staff of the Saratov Medical Institute in Improving the Methods of Diagnosis and Treatment of the Wounded and Sick in Evacuation Hospitals during the Great Patriotic War. *Saratovskiy Nauchno-meditsinskiy Zhurnal*. 2015; 11; 1: 7–11 (In Russ.).
12. Zhichin A.I. *Itogi lecheniya ranenyykh v evakogospitalyakh Narkomzdrava RSFSR* = The Results of the Treatment of the Wounded in the Evacuation Hospitals of the People's Commissariat of the RSFSR. *Trudy IV Plenuma Gospital'nogo Soveta NKZ SSSR i RSFSR*. Moscow, Medgiz Publ., 1946, pp. 11–28 (In Russ.).
13. Milovidov S.I. *Itogi i zadachi raboty evakogospitaley Narkomzdrava SSSR* = Results and Tasks of the Work of Evacuation Hospitals of the People's Commissariat of Health of the USSR. *Sovetskoye Zdravookhraneniye*. 1942; 5–6: 17–25 (In Russ.).
14. *Entsiklopedicheskiy slovar' voyennoy meditsiny* = Encyclopedic Dictionary of Military Medicine. Ed. E.I. Smirnov. Moscow, Gos. izdat. med. Liter. Publ., 1947 (In Russ.).
15. Tretyakov A.F. *Sroki lecheniya ranenyykh v evakogospitalyakh* = Terms of Treatment of Wounded in Evacuation Hospitals. Moscow, Medgiz Publ., 1944, 67 p. (In Russ.).
16. *On Reducing the Treatment Time and the Length of Stay of the Wounded And Sick In Hospitals of the People's Health of the RSFSR*. The order of the RSFSR dated October 22, 1943, No. 69 (In Russ.).
17. *Zdravookhraneniye v gody Velikoy Otechestvennoy voyny 1941–1945 gg.* = Health Care during the Great Patriotic War 1941–1945. Collection of documents and materials. Ed. M.I. Barsukov, D.D. Kuvshinskiy. Moscow, Meditsina Publ., 1977, pp. 521–522 (In Russ.).

Материал поступил в редакцию 17.04.20; статья поступила после рецензирования 21.05.20; принята к публикации 27.05.20
The material was received 17.04.20; the article after peer review procedure 21.05.20; the Editorial Board accepts the article for publication 27.05.20