

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

DOI 10.26163/RAEN.2021.49.72.001
УДК 614.21:94(470)"1941/1945"

V.S. Novikov, A.M. Sheleпов

WORK OF EVACUATION HOSPITALS DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR 1941-1945 (BASED ON MATERIALS OF THE CENTRAL ARCHIVE OF THE MINISTRY OF DEFENSE)

Vasily Novikov – vice-president of the Russian Academy of Natural Sciences, Chairperson of the section of interdisciplinary problems of science and education of the Russian Academy of Natural Sciences, a recipient of the State Prize in Science and Engineering, Honored Science Worker, member of the Russian Academy of Natural Sciences, Doctor of Medicine, professor, St. Petersburg; **e-mail: raen.vsn@mail.ru**.

Anatoly Sheleпов – member of the Russian Academy of Natural Sciences, Honored Science Worker, Doctor of Medicine, professor, St. Petersburg; **e-mail: androlya@mail.ru**.

We summarize the unique, earlier inaccessible archive material concerning the state and work of medical institutions belonging to the Defense Commissariat and the Health Care Commissariat of the hospital base of the USSR during the Great Patriotic War of 1941-1945. We present the analysis of the work of evacuation hospitals during the Great Patriotic War of 1941-1945 based on the materials of the Central Archive of the Ministry of Defense and its branches. We give a characteristic of the wounded and patients sent to evacuation hospitals and describe average treatment duration (in days). We show the difficulties that evacuation hospitals faced during their formation at the beginning of the Great Patriotic War. We describe the principles of complete mobilization in accordance with the directions of the General Staff of the Red Army and the mobilization plan MP-41 as well as the proportion of surgery and therapeutic beds at evacuation hospitals of internal military regions. We substantiate the role of evacuation hospitals in the treatment of wounded and sick soldiers to help them join their regiments.

Keywords: the Great Patriotic War; evacuation hospitals of the Health Care Commissariat; State Defense Committee; General Staff of the Red Army; the Main Military Sanitary Department; the wounded and sick; distribution and local evacuation point; hospitals of restorative surgery; sanitary losses; hospital base.

В.С. Новиков, А.М. Шелепов

РАБОТА ЭВАКУАЦИОННЫХ ГОСПИТАЛЕЙ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 1941–1945 ГГ. (ПО МАТЕРИАЛАМ ЦЕНТРАЛЬНОГО АРХИВА МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ)

Василий Семёнович Новиков – вице-президент РАЕН, председатель Секции междисциплинарных проблем науки и образования, лауреат Государственной премии РФ в области науки и техники, заслуженный деятель науки РФ, академик, доктор медицинских наук, профессор, г. Санкт-Петербург; **e-mail: raen.vsn@mail.ru**.

Анатолий Михайлович Шелепов – академик РАЕН, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, г. Санкт-Петербург; **e-mail: androlya@mail.ru**.

В статье обобщён уникальный, ранее малодоступный архивный материал, освещающий состояние и деятельность лечебных учреждений Наркомата обороны (НКО) и

Наркомата здравоохранения (НКЗ) СССР госпитальной базы тыла страны (ГБТС) в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.

Представлены данные анализа работы эвакуационных госпиталей в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. по материалам Центрального архива Министерства обороны и его филиалов. Дана характеристика раненых и больных, направляемых в эвакуационные госпитали, и их средняя продолжительность лечения (в днях). Показано, с какими трудностями столкнулись эвакуационные госпитали при формировании в начальном периоде Великой Отечественной войны. Освещены принципы отмотилизования по директивам Генерального штаба Красной Армии в соответствии с мобилизационным планом «МП-41», а также соотношение хирургических и терапевтических коек в эвакуационных госпиталях внутренних военных округов. Обоснована роль эвакуационных госпиталей в лечении раненых и больных военнослужащих по возврату их в строй.

Ключевые слова: *Великая Отечественная война; эвакуационные госпитали Наркомата здравоохранения; Государственный комитет обороны (ГКО); Генеральный штаб (ГШ) Красной Армии; Главное военно-санитарное управление (ГВСУ); раненые и больные; распределительные и местные эвакуационные пункты; госпитали восстановительной хирургии; санитарные потери; госпитальная база.*

Необходимость тыловых госпиталей здравоохранения впервые была обоснована накануне Великой Отечественной войны (в военный период они назывались эвакуационными госпиталями Наркомздрава – ЭГ НКЗ). Емкость ЭГ НКЗ устанавливалась от 200 до 2000 коек, и укомплектовывались они гражданским персоналом, за исключением начальника госпиталя и его заместителя по политической части, являвшихся военнослужащими (Приказ НКО № 0402 – 41 г. «О порядке комплектования ЭГ НКЗ начальствующим составом»). Наибольшее количество эвакуационных госпиталей (45%) имело по штату до 300 коек [1].

В госпитальные базы тыла страны входили эвакуационные госпитали Наркомата обороны (далее – НКО), НКЗ и Всесоюзного центрального совета профессиональных союзов (далее – ВЦСПС). Причем подавляющее большинство находившихся в тылу лечебных учреждений составляли ЭГ НКЗ. Так, на 01.01.1943 г. этих госпиталей во всех эвакуационных пунктах Средне-Азиатского (САВО), Уральского (УрВО), Сибирского (СибВО) военных округов, соответственно, насчитывалось 86,6%, 83,8% и 89,7% [8].

В принятой системе этапного лечения раненых и больных с эвакуацией по назначению ЭГ НКЗ представляли конечный и один из основных этапов медицинской эвакуации для тех контингентов, лечение которых не могло быть завершено в госпитальных базах действующей армии. В

ЭГ НКЗ направлялись раненые и больные:

- не подлежащие возвращению к военной службе по окончании лечения;
- нуждающиеся в длительном лечении в специализированных госпиталях, а также в продолжительном реабилитационном процессе и последующем санаторно-курортном лечении;
- нуждающиеся, помимо длительного стационарного лечения, в сложных пластических (нередко многоэтапных) оперативных вмешательствах, протезировании, ликвидации длительно текущих осложнений и последствий ранений [19].

Отмотилизование эвакуационных госпиталей в приграничных Военных округах и в тылу страны планировалось закончить за 15 дней. К 12.07.1941 г. в тыл страны было отмотилизовано эвакуационных госпиталей на 434 тыс. коек – лишь немногим менее того, что требовалось мобилизационным планом. А между тем санитарная служба и органы гражданского здравоохранения испытывали острый недостаток в этих койках. В связи с создавшейся обстановкой ГКО СССР был вынужден уже 07.07.1941 г. принять решение о дополнительном формировании эвакуационных госпиталей на 750 тыс. коек. Но выполнение этого решения затянулось на несколько месяцев и закончилось лишь в мае 1942 г.

В связи с тем, что в ЭГ НКЗ поступали раненые с тяжелыми повреждениями, либо с серьезными осложнениями в течении раневого процесса, продолжитель-

ность лечения в ЭГ НКЗ в среднем составила 71,6 дня (в госпитальных базах армий и фронтов была, соответственно, 21,5 и 38,5 дня) [5] (табл. 1).

В начальном периоде Великой Отечественной войны возникли большие трудности в формировании эвакуационных госпиталей, укомплектованию их личным составом, в первую очередь врачами хирургического профиля, анестезиологами, средним медицинским персоналом, а также материально-техническими средствами. Комплектование эвакуационных госпиталей медицинским составом проходило неудовлетворительно. В хирургические госпитали нередко назначались врачи, не имеющие хирургической подготовки [9]. Напряженное положение с госпитальной коечной сетью в тылу страны и обеспечение лечебных учреждений помещениями и материальными средствами в немалой степени усугублялось тем, что в начале войны в связи с отступлением наших войск возникла необходимость массовой перегруппировки эвакуационных госпиталей с запада во внутренний тыловой район, главным образом, в Сибирь и Среднюю Азию. Всего в тыл страны по состоянию на 10.12.1941 г. было эвакуировано около 400 тыс. коек – почти треть всего госпитального фонда страны.

Вместе с тем перемещавшиеся с запада на восток эвакогоспитали в пути следования вглубь страны, по существу, не функционировали. Время в пути, как пра-

вило, занимало несколько недель, значительная часть госпиталей не смогла приступить к работе по прибытии к новому месту назначения, главным образом, из-за невозможности размещения и недостатка материальных ресурсов.

Эвакуационные госпитали развёртывались преимущественно в крупных городах (77%), где имелись медицинские научные и учебные заведения с квалифицированным медицинским составом. Часть эвакуационных госпиталей развертывалась в небольших населенных пунктах. Они имели малую коечную емкость (50–150 коек), находились вдали от железнодорожных станций, размещались в зданиях без водопровода, канализации, электроэнергии. В эти госпитали направлялись раненые и больные, имевшие наиболее легкие повреждения и заболевания. Архивные материалы свидетельствуют, что лечение в таких госпиталях было на низком уровне. Эвакуационные госпитали располагались в различных, часто приспособленных помещениях: в школах – 45,5%, в институтах и других учебных заведениях – 13,2%, в клубах – 3%, в зданиях лечебных учреждений – 13,6%, в прочих зданиях – 24,7% [10].

В целом в соответствии с мобилизационным планом 1941 г. («МП-41») предусматривалось развертывание 450 тыс. коек без указания количества и структуры ЭГ НКЗ. Однако ГВСУ Красной Армии считало такое положение дел неправиль-

Таблица 1

Средняя продолжительность лечения раненых (в днях) в госпитальной базе армии (ГБА), госпитальной базе фронта (ГБФ) и в госпитальной базе тыла страны (ГБТС) в годы Великой Отечественной войны

Категория раненых	Продолжительность лечения раненых (в днях)		
	в ГБА	в ГБФ	в ГБТС
Общехирургические	22,6	36,1	63,0
Абдоминальные	26,0	44,7	76,5
Торакальные	5,7	37,4	73,6
Нейрохирургические	14,9	37,4	75,8
Челюстно-лицевые	9,0	27,2	71,4
Офтальмологические	25,1	38,3	85,2
ЛОР-органов	18,5	29,9	61,9
Урологические	15,1	35,4	88,2
Итого в среднем	21,5 / 31,7	38,5 / 62,8	71,6 / 125,4

Примечание: в числителе – продолжительность лечения со дня поступления в данный госпиталь; в знаменателе – со дня ранения.

ным и представило в Генеральный штаб Красной Армии (ГШ КА) свои предложения с обоснованием необходимости доведения общей емкости госпитальных средств во внутреннем районе страны до 1,0–1,25 млн коек. Однако с началом Великой Отечественной войны в связи с массовой эвакуацией раненых и больных из войск общее количество коек всех ведомств в целом в стране и сама система развертывания коек без привязки к конкретному количеству ЭГ НКЗ не удовлетворяли потребности действующей армии. Поэтому 17 июля 1941 г. было принято решение Государственным Комитетом Обороны № 701 о дополнительном формировании 1600 ЭГ на 753 400 коек. С реализацией этого решения ГКО количество коек в стране достигло 1 млн 250 тыс., что примерно соответствовало проведенным расчетам ГВСУ, не утвержденным в свое время Генеральным штабом Красной Армии. Всего за годы войны было развернуто 2 990 ЭГ НКЗ на 1 340 400 коек, из них 76% в 1941 г., а остальные – в последующие годы [11].

Накануне Великой Отечественной войны считалось, что в ЭГ НКЗ достаточно было развернуть 45% терапевтических и 55% хирургических коек. Однако опыт советско-финляндской войны показал, что указанное соотношение должно быть распределено в сторону увеличения количества хирургических специализированных коек. По «МП-41» в ЭГ НКЗ предполагалось развернуть 78,1% хирургических коек и 21,9% терапевтических коек (табл. 2). Соотношение хирургических и терапевтических коек в ходе войны колебалось: по первым из них от 71 до 80%, по вторым –

от 20 до 29%. В общем числе поступивших в ЭГ НКЗ раненые составили 84%, а больные – 16%.

Согласно ряду директив ГШ 1940 и 1941 гг. предполагалось на базе хирургических коек развернуть 32% общехирургических коек, 45% травматологических, 8% полостных (для раненых в грудь, живот, органы мочеполовой системы и с комбинацией ранений), 7% нейрохирургических, 3,5% челюстно-лицевых, 3% глазных и 1,5% ЛОР. А в группе терапевтических коек – 50% общетерапевтических, 25% инфекционных, 15% кожно-венерологических и 10% нервно-психических. В действительности в первые месяцы войны в ЭГ НКЗ преобладала коечная емкость общехирургических и общетерапевтических коек. В характеристике работы эвакуационных госпиталей важным моментом стала загруженность (по большей части перегруженность) хирургов ЭГ НКЗ. Так, в госпиталях МЭП-48 Московского военного округа (МВО) в июле 1941 г. на одного хирурга приходилось 215, а в январе 1942 г. – 414 раненых. В госпиталях МЭП-41 и МЭП-98 (УрВО) эти показатели достигали иногда 1000 раненых.

В Приказе Наркомздрава СССР от 11 декабря 1941 г., в приказе Наркомата обороны (НКО), а затем в совместном приказе НКЗ СССР и ГВСУ от 11 июня 1942 г. № 301/0170 была четко определена специализация коечной емкости эвакуационных госпиталей тыла страны: челюстно-лицевые, нейрохирургические, нервные, урологические, глазные, ушные, протезные, терапевтические, туберкулезные, кожно-венерологические, легочной хи-

Таблица 2

Соотношение хирургических и терапевтических коек в эвакуационных госпиталях во внутренних военных округах (по МП-41)

Военный округ	Количество ЭГ	Всего коек во внутреннем округе		В том числе			
		абсол. число	%	хирургических		терапевтических	
				абсол. число	%	абсол. число	%
ПриВО	79	30800	100,0	24500	79,6	6300	20,4
СибВО	68	26670	100,0	20885	78,3	5805	21,7
САВО	37	9200	100,0	6500	70,6	2700	29,4
УрВО	52	18000	100,0	14200	79,9	3800	21,1
Итого	236	84670	100,0	66065	78,1	18605	21,9

рургии, санаторные, конечная цель которой состояла «в полном охвате специализированной лечебной помощью» раненых и больных воинов [12].

На 2-м Пленуме Госпитального совета, проходившего в декабре 1942 г., начальником ГВСУ Красной Армии Е.И. Смирновым был поднят вопрос о необходимости формирования в тылу специальных госпиталей восстановительной хирургии. Но только в марте 1943 г. появился приказ НКЗ о реорганизации 27 эвакуационных госпиталей НКЗ РСФСР в специальные госпитали восстановительной хирургии. По поводу организации госпиталей восстановительной хирургии 24 марта 1943 г. НКЗ СССР и Начальником ГВСУ КА был принят соответствующий приказ. Ниже приводится его краткое содержание:

«В целях увеличения возвращения в строй бойцов и командиров Красной Армии за счет широкого применения методов восстановительной и ортопедической хирургии, а также в целях сокращения сроков восстановления боеспособности приказываю:

- реорганизовать в месячный срок 27 эвакуационных госпиталей Наркомздрава СССР на 13 800 коек в специальные госпитали восстановительной хирургии;

- организовать в общехирургических госпиталях Наркомздрава РСФСР специальные ортопедические отделения на 12 900 коек;

- в челюстно-лицевых госпиталях и отделениях, а также в отделениях ЛОР и глазных ранений для нуждающегося в пластических и реконструктивных операциях раненого выделить отдельные палаты, а при большом количестве раненых – самостоятельные отделения;

- укомплектовать госпитали восстановительной хирургии наиболее квалифицированными хирургическими кадрами...» [9].

14 мая 1943 г. Наркомом здравоохранения СССР был издан приказ «Об организации специализированной лечебной помощи инвалидам Отечественной войны». В соответствии с этим приказом народные комиссары здравоохранения союзных и автономных республик и началь-

ники соответствующих управлений Наркомздрава СССР должны были организовать специальные отделения для восстановительного лечения инвалидов Отечественной войны на базе институтов и кафедр, для этих же целей реорганизовать в больницы по восстановительной хирургии для инвалидов Отечественной войны эвакуационные госпитали ряда городов и предусмотреть в этих учреждениях применение всех доступных методов физиотерапевтического лечения, а также организацию специальных отделений для лечения инвалидов, нуждающихся в узкоспециализированной помощи (нейрохирургической, психиатрической и т.д.). Организовать при этих стационарах поликлиники для амбулаторного лечения инвалидов и протезные мастерские, обеспечивающие протезирование больных, проходящих стационарное лечение. А также специальные санатории, реорганизовав, в том числе и некоторые ЭГ НКЗ. Для отбора инвалидов на специализированное лечение организовывались специальные комиссии. В конечном итоге в госпиталях восстановительного лечения была создана стройная система медицинской реабилитации раненых и больных, возвращения им боеспособности или, по крайней мере, трудоспособности. Многие раненые, ставшие в результате тяжелых ранений инвалидами, смогли одновременно с лечением получить новую профессию, возвратиться к трудовой деятельности [14].

В то же время работе ЭГ НКЗ и НКО в ходе войны имелись недостатки, связанные с отсутствием в их штатах военнослужащих. В докладе Маршалу Советского Союза Ворошилову К.Е. от 03.09.1942 г. от Заслуженного деятеля науки, дивизионного врача профессора М.И. Неменова указывалось, что все эвакуационные госпитали, начиная от полевых до глубокого тыла, должны быть военизированы и подчинены единому руководству. Начальниками госпитальных отделений должны быть обязательно военные врачи. «Я наблюдал раненых и больных, – писал он, – <...> в глубоком тылу. Пьянство, шатание в больничной одежде по городу, дерзкое обращение с медперсоналом, в

том числе с врачами (преимущественно с женщинами), полное неподчинение их распоряжениям встречается на каждом шагу. Боясь нарваться на тяжкие оскорбления, гражданские врачи стараются не замечать тяжелейших дисциплинарных проступков. Это ещё более способствует разложению находящихся на излечении раненых. Робость врачей перед ранеными и больными влечёт за собой неправильный ход лечения, залёживание больных на многие месяцы, агрессию и симуляцию» [15].

В итоговом докладе начальника ГВСУ КА генерал-полковника медицинской службы Е.И. Смирнова начальнику тыла Красной армии генералу армии А.В. Хрулёву отмечалось, что в эвакуационных госпиталях Наркомздрава очень низкая воинская дисциплина среди раненых. Раненые, не чувствуя в ЭГ НКЗ воинского порядка, дерзко ведут себя по отношению к медперсоналу. Последние, боясь оскорблений, стараются не замечать грубых нарушений воинской дисциплины и тем ещё больше способствуют её падению. В некоторых гарнизонах нарушение дисциплины приняла настолько широкие размеры, что вынуждали Военные советы округов принимать чрезвычайные меры – организовывать при ЭГ НКЗ гауптвахты, выставлять вооружённые караулы. Состояние воинской дисциплины ухудшает качество лечения и разлагающе действует на раненых и больных, делая неполноценным в этом смысле пополнение для армии. В результате ходатайствовал перед Правительством о внесении изменений в штаты ЭГ НКЗ. Предлагалось ввести должности военнослужащих: помощник начальника ЭГ НКЗ по медицинской части, помощник начальника ЭГ НКЗ по материальному обеспечению, начальники медицинских отделений. Результатом докладов и оценки состояния дел стало издание приказов НКО № 016 – 43 г. «О мерах повышения дисциплины среди военнослужащих, находящихся на излечении в госпиталях» [16], № 0286 – 44 г. «Об укреплении дисциплины среди военнослужащих, находящихся на лечении в госпиталях» [17].

К недостаткам можно отнести крайне недостаточную специализацию коечной сети эвакуационных госпиталей в 1941 г., специализированные койки в ЭГ тыла страны для лечения раненых и больных начали развертываться лишь в 1942 г. На основании фактических данных о характере повреждений и заболеваний у раненых и больных, лечившихся в ЭГ тыла страны в период с 22.06.1941 г. по 30.04.1942 г., ГВСУ КА произвело расчет потребности в специализированных койках для внутренних районов страны. Это соотношение коек и явилось исходными данными для определения потребности в хирургических и терапевтических койках, развертываемых в тыловых эвакуационных госпиталях.

Изложенные данные о специализации коечной сети по «МП-41» свидетельствуют о том, что она была недостаточно дифференцирована. В разработанной для внутренних военных округов специализации коечной сети в эвакуационных госпиталях отсутствовали койки для раненых, нуждавшихся в восстановительной хирургии и протезировании, не предусматривались специализированные койки для раненых с повреждением периферической нервной системы и др. Специализация коек в эвакуационных госпиталях тыла страны проводилась после начала Великой Отечественной войны медленно. По данным на 01.10.1942 г., количество коек для лечения различных групп раненых и больных оставалась в пределах, которые планировалось развернуть по «МП-41». Дифференциация коечной сети в тыловых эвакуационных госпиталях получила развитие только в 1943 г. Если по мобилизационному плану хирургические койки планировались вначале для лечения шести групп раненых (без «общехирургических» и «травматологических»), то к указанному периоду хирургические койки выделялись для специализированного лечения 9–11 различных групп раненых, а в 1944 г. – для лечения 15 групп раненых. Специализация коечной сети в 1944–1945 гг. предусматривала специализированное лечение раненых, нуждавшихся в сложных восстановительных хирургических вмеша-

тельствах, в протезировании, имелись койки для специализированного лечения раненых в кисть и пальцы рук, в область грудной клетки и др.

Следует отметить, что специализированные койки развертывались, как правило, в крупных городах, а так называемые общехирургические и травматологические – в небольших населенных пунктах, где хирургические кадры были менее подготовлены. Поэтому загрузка эвакуационных госпиталей в крупных городах доходила до 150–200%, а в периферийных ЭГ была низкой. Практически все эвакуационные госпитали тыла страны были многопрофильными. Эвакуационные госпитали для лечения какой-либо одной категории раненых встречались как исключение. Так, например, в местном эвакуационном пункте (МЭП-60) Средне-Азиатского военного округа был развернут специализированный глазной эвакогоспиталь № 1262, которым руководил академик В.П. Филатов.

Из общего числа коек, развернутых в период войны по всей стране, в тылу было сосредоточено до 68,1% на 1 августа 1941 г., 64,2% – на 1 января 1942 г. и 39,9% – на 1 января 1945 г. Численность и дислокация эвакуационных госпиталей и коечной сети в ходе войны постоянно менялись в зависимости от стратегической обстановки (табл. 3).

Наибольшее число эвакогоспиталей (80,0–85,0%) относилось к системе Наркомата здравоохранения СССР, от 6,5% до 11,1% – к НКО и от 6,3% до 13,0% – к ВЦСПС. Такая подчиненность эвакуационных госпиталей была закреплена совместным приказом НКЗ СССР и НКО

СССР в конце сентября 1941 г. Все сформированные в военное время и расположенные в тыловых районах страны эвакогоспитали были переведены в полное подчинение НКЗ СССР. В соответствии с указанным Постановлением Главным военно-санитарным управлением Красной Армии и НКЗ СССР был издан совместный приказ о передаче в подчинение НКЗ СССР эвакуационных госпиталей, расположенных в тыловых районах страны [1].

В «Положении о формировании эвакуационных госпиталей, развертываемых органами здравоохранения СССР в военное время» указывалось, что в медицинском, административном и финансовом отношении эвакогоспитали подчиняются органам здравоохранения по месту их развертывания, а в оперативном отношении – НКО СССР через его местные органы (санитарные отделы военных округов, местные эвакопункты). НКО СССР осуществляет контроль за постановкой медицинского обслуживания больных и раненых, находящихся в госпиталях НКЗ. В таком же аспекте изложен правовой статус по отношению к эвакогоспиталям НКЗ, сформированным в период войны [2].

При этом Наркомат здравоохранения СССР, Наркоматы здравоохранения союзных и автономных республик, а также местные органы здравоохранения (краевые, областные) обеспечивали формирование госпиталей, комплектование кадрами, материально-техническими средствами и необходимым фондом помещений для работы. Личный состав госпиталей формировался за счет проживающих и работающих в районе размещения госпиталей

Таблица 3

Соотношение госпитального коечного фонда в действующей армии и госпитальной базе тыла страны в Великой Отечественной войне

Год войны	Всего госпитальных коек	В том числе			
		во фронтовом и армейском тыловых районах		в ЭГ ГБТС	
		абс. число	%	абс. число	%
1 августа 1941 г.	723800	230800	31,9	493000	68,1
1 января 1942 г.	1100800	393200	35,8	707600	64,2
1 января 1943 г.	1334100	734100	55,1	600000	44,9
1 января 1944 г.	1641595	998895	60,2	642700	39,8
1 января 1945 г.	1679675	1026055	60,1	653620	39,9

специалистов. Следует еще раз подчеркнуть, что в период войны оказание медицинской помощи раненым осуществлялось в тесном взаимодействии сил и средств военно-медицинской службы и гражданского здравоохранения. Для улучшения медицинского обслуживания раненых и больных бойцов и командиров Красной Армии в сентябре 1941 г. НКО СССР за № 0089 от 23.09.1941 г. был издан соответствующий приказ. Кроме того, был издан совместный приказ ГВСУ и НКЗ о передаче в подчинение НКЗ СССР эвакуационных госпиталей (ЭГ), расположенных в тыловых районах страны [3]. 06.11.41 г. НКЗ СССР было утверждено «Положение о Главном управлении эвакуационных госпиталей НКЗ СССР», на которое возлагалось руководство ЭГ через управления эвакуационных госпиталей НКЗ союзных республик и отделы эвакуационных госпиталей краевых (областных) здравотделов.

Органами управления эвакуационными госпиталями НКЗ в системе НКО СССР были ГВСУ и санитарные отделы военных округов. Непосредственное руководство осуществляли управления распределительных и местных эвакуационных пунктов (далее – УРЭП и УМЭП). Всего в годы войны действовало 10 УРЭП и 56 УМЭП. Некоторые УРЭП с находившимся в их ведении госпитальным коечным фондом всю войну (УРЭП-62 – Новосибирск) или некоторый ее период (УРЭП-33 – Москва; УРЭП-95 – Вологда; УРЭП-31 – Армавир) находились в глубоком тылу. УМЭП, которые согласно официальным документам довоенного времени должны были, как правило, входить в состав УРЭП, зачастую подчинялись непосредственно начальникам санитарных отделов военных округов, а в ряде случаев являлись фронтовыми органами руководства коечной сетью [18].

На Наркомат здравоохранения СССР возлагалась организация лечения раненых и больных, содержание персонала этих ЭГ, снабжение ЭГ всеми видами медицинского и санитарно-хозяйственного имущества. Наркомат обороны СССР устанавливал совместно с Наркоматом здравоохранения дислокацию ЭГ, их коечную

емкость и специализацию; обеспечивал военнослужащих постоянного и переменного состава эвакуационных госпиталей продовольствием, денежным довольствием, проездными документами, вещевым имуществом (в том числе обменным фондом обмундирования) по нормам и в порядке, установленном для Красной Армии, а также фуражом для конского состава; организовывал эвакуацию раненых и больных в тыловые районы и распределение их по ЭГ через эвакуационные пункты.

О большой роли, которую сыграла Госпитальная база тыла страны в период войны в общей системе лечебно-эвакуационного обеспечения войск, свидетельствует доля эвакуированных в тыл страны. По годам войны она составила: в 1941 г. – 54,0%, в 1942 г. – 38,0%, в 1943 г. – 35,8% от общего числа раненых и больных. В том числе эвакуация раненых и больных в тыл страны железнодорожным транспортом составила 94,5%, санитарно-транспортными средствами – 5,3%, автомобильным транспортом – 0,13%, авиационным транспортом – 0,035% общего количества раненых и больных. За весь период Великой Отечественной войны в ЭГ НКЗ лечилось 6 763 197 раненых и 942 789 больных. Из них 3 024 059 раненых и 528 701 больных были возвращены в строй. Всего же было возвращено в строй из ЭГ НКЗ 3 552 760 (46,1%) человек.

Таким образом, ЭГ НКЗ сыграли важную роль в медицинском обеспечении войск действующей армии в Великой Отечественной войне, высвобождая лечебные учреждения армий и фронтов от раненых и больных. Они обеспечивали лечение и возвращение в строй значительной части раненых и больных, снижение инвалидности и летальности среди них и возвращение многих раненых и больных к трудовой деятельности. Кроме того, ЭГ НКЗ были в известной мере резервом Главного военно-медицинского управления Красной армии в плане наращивания коечной сети госпитальных баз фронтов [6].

Работа, проделанная в сложных условиях военного времени военными и гражд-

данскими медиками, поражает своей организованностью, объемом и результативностью. За 1418 дней и ночей Великой Отечественной войны их совместными усилиями при всемерной поддержке военно-политического руководства страны, командования фронтов, военных округов, в строй было возвращено 71,1% раненых и 86,7% больных, а в целом – 76,9% всех санитарных потерь, или более 17 млн человек. Среди личного состава войск и населения не было допущено эпидемий инфекционных заболеваний [4].

Ни одна страна мира не имела подобных результатов работы своего национального здравоохранения в военное время с приобретением при этом ценнейшего опыта организации лечения миллионов раненых и больных воинов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архив филиала ЦАМО РФ. Ф. 1. Оп. 35484. Д. 118. Л. 248.
2. Архив филиала ЦАМО РФ. Ф. 1. Оп. 1401. Д. 85. Л. 345.
3. Архив филиала ЦАМО РФ. Ф. 1. Оп. 35484. Д. 92. Л. 24.
4. Великая Отечественная без грифа секретности. Книга потерь. М.: Вече, 2009. С.169–172.
5. *Новиков В.С., Шелепов А.М.* Работа госпитальных баз фронта в организации медицинского обеспечения войск в начальном периоде Великой Отечественной войны // Вестник образования и развития науки Российской академии естественных наук. 2020. № 2. С. 5–13.
6. *Новиков В.С., Шелепов А.М.* Великая Победа советского народа и её всемирно-историческое значение. К 75-летию Великой Победы // СПб.: Родная Ладога, 2020. № 2. С. 5–17.
7. Центральный архив МО РФ (ЦАМО) Ф. 67. Оп. 12002. Д. 25. Л. 243–249.
8. Центральный архив МО РФ. Ф. 8. Оп. 11624. Д. 1324. Л. 101.
9. Центральный архив МО РФ. Ф. 67. Оп. 12018. Д. 2. Л. 209–210.
10. Центральный архив МО РФ. Ф. 7. Оп. 179415сс. Д. 89. Л. 342–343.
11. Центральный архив МО РФ. Ф. 7. Оп. 179415сс. Д. 89. Л. 344–346.
12. Центральный архив МО РФ. Ф. 33. Оп. 795437. Д. 5. Л. 651–657.
13. Центральный архив МО РФ. Ф. 67. Оп. 12002. Д. 140. Л. 106–118.
14. Центральный архив МО РФ. Ф. 67. Оп. 12002. Д. 140. Л. 104–164.
15. Центральный архив МО РФ. Ф. 7. Оп. 179415сс. Д. 295. Л. 365–367.
16. Центральный архив МО РФ. Ф. 67. Оп. 12002. Д. 25. Л. 59.
17. Центральный архив МО РФ. Ф. 7. Оп. 179415и. Д. 295. Л. 358–369.
18. Центральный архив МО РФ. Ф. 33. Оп. 795437с. Д. 5. Л. 359–386.
19. *Шелепов А.М., Леонов И.Т., Веселов Е.И.* Маршал военной медицины. СПб., 2008. 429 с.