

БЕЗОПАСНОСТЬ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ SAFETY IN EMERGENCY ENVIRONMENT

<https://doi.org/10.33266/2070-1004-2025-2-5-17>
УДК 614.2:355.721 «1941/1945»

Оригинальная статья
© ФМБЦ им.А.И.Бурназяна

ЛЕЧЕБНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ГРАЖДАНСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОБЩЕЙ СИСТЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕНЫХ И БОЛЬНЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 1941–1945 гг.

Б.В.Бобий¹, С.Ф.Гончаров^{1,2}, М.А.Ратманов³, А.Я.Фисун⁴

¹ ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

² ФГБУ «ГНЦ – Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И.Бурназяна» ФМБА России, Москва, Россия

³ Федеральное медико-биологическое агентство, Москва, Россия

⁴ Филиал ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия» Минобороны России, Москва, Россия

Резюме. Цель исследования – проанализировать и обобщить наиболее значимые организационные вопросы создания и функционирования эвакуационных госпиталей (эвакогоспитали, ЭГ) Наркомата здравоохранения (Наркомздрава) СССР, вопросы их роли в общей системе оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.

Материалы и методы исследования. Материалы исследования – нормативные документы, регламентирующие порядок создания и функционирования эвакуационных госпиталей Наркомздрава СССР в годы Великой Отечественной войны; научные работы и публикации, в том числе в электронном виде, по теме исследования. Методы исследования – исторический метод, методы обобщения и контент-анализа, аналитический метод, методы сравнения и описания.

Результаты исследования и их анализ. Представлены обобщённые данные о создании и деятельности эвакуационных госпиталей Наркомздрава СССР, функционировавших в общей системе лечебно-эвакуационного обеспечения (ЛЭО) раненых и больных военнослужащих, продемонстрированы необходимость и значимость титанического труда, проделанного медицинскими работниками ЭГ по лечению раненых и больных военнослужащих в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.

Ключевые слова: больные, Великая Отечественная война 1941–1945 гг., военнослужащие, гражданское здравоохранение, лечебные медицинские учреждения, Наркомат здравоохранения СССР, раненые, специализированная медицинская помощь, эвакуационные госпитали

Конфликт интересов. Авторы статьи подтверждают отсутствие конфликта интересов

Для цитирования: Бобий Б.В., Гончаров С.Ф., Ратманов М.А., Фисун А.Я. Лечебные медицинские учреждения гражданского здравоохранения в общей системе лечения раненых и больных военнослужащих в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. // Медицина катастроф. 2025. №2. С. 5-17. <https://doi.org/10.33266/2070-1004-2025-2-5-17>

<https://doi.org/10.33266/2070-1004-2025-2-5-17>
UDC 614.2:355.721 «1941/1945»

Original article
© Burnasyan FMBC FMBA

MEDICAL TREATMENT INSTITUTIONS OF CIVILIAN HEALTH CARE IN THE GENERAL SYSTEM OF TREATMENT OF WOUNDED AND SICK MILITARY PERSONNEL DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR OF 1941–1945

B.V.Bobiy¹, S.F.Goncharov^{1,2}, M.A.Ratmanov³, A.Ya.Fisun⁴

¹ Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

² State Research Center – Burnasyan Federal Medical Biophysical Center of Federal Medical Biological Agency, Moscow, Russian Federation

³ Federal Medical Biological Agency, Moscow, Russian Federation

⁴ Branch of Military Medical Academy, Moscow, Russian Federation

Summary. The aim of the study is to analyze and summarize the most significant organizational issues of the creation and functioning of evacuation hospitals (evacuation hospitals, EG) of the People's Commissariat of Health (People's Commissariat of Health) of the USSR, issues of their participation in the general system of providing medical care and treatment to wounded and sick military personnel during the Great Patriotic War of 1941–1945.

Research materials and methods. Research materials - regulatory documents governing the procedure for the creation and functioning of evacuation hospitals of the People's Commissariat of Health of the USSR during the Great Patriotic War; scientific papers and publications, including in electronic form, on the topic of the study. Research methods - historical method, methods of generalization and content analysis, analytical method, methods of comparison and description.

Research results and their analysis. The article presents generalized data on the establishment and activities of evacuation hospitals of the USSR People's Commissariat of Health, which functioned in the general system of medical evacuation support (LEO) for wounded and sick servicemen, and demonstrates the necessity and significance of the titanic work done by medical workers of the EG in treating wounded and sick servicemen during the Great Patriotic War of 1941–1945.

Key words: civilian health care, evacuation hospitals, Great Patriotic War of 1941–1945, medical treatment institutions, patients, servicemen, specialized medical care, USSR People's Commissariat of Health, wounded

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest

For citation: Bobiy B.V., Goncharov S.F., Ratmanov M.A., Fisun A.Ya. Medical Treatment Institutions of Civilian Health Care in the General System of Treatment of Wounded and Sick Military Personnel during the Great Patriotic War of 1941–1945. *Meditsina Katastrof* = Disaster Medicine. 2025;2:5-17 (In Russ.). <https://doi.org/10.33266/2070-1004-2025-2-5-17>

Контактная информация:

Бобий Борис Васильевич – докт. мед. наук, доцент; профессор кафедры ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

Адрес: Россия, 123995, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1

Тел.: +7 (930) 938-57-23

E-mail: b.bobiy@icloud.com

Contact information:

Boris V. Bobiy – Dr. Sc. (Med.), Associate Professor; Professor of Department of Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, the Ministry of Health of the Russian Federation

Address: 2/1, Barrikadnaya str., Moscow, 123995, Russia

Phone: +7 (930) 938-57-23

E-mail: b.bobiy@icloud.com

Введение

80 лет отделяют нас от Победы советского народа в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. (далее – Великая Отечественная война, ВОВ). Одной из важных задач, поставленных войной перед гражданским здравоохранением страны, являлось его участие в общей системе организации и лечения раненых и больных бойцов и командиров действующей армии^{1,2} [1–3]. В тяжелейших условиях военного времени медицинские работники тыла страны успешно справились с поставленной перед ними задачей и внесли достойный вклад в победу над врагом.

За годы, прошедшие после её окончания, выполнено достаточно большое количество научных работ, созданы фундаментальные труды, посвященные титанической напряженной работе медицинских специалистов лечебных медицинских учреждений, в которых лечились раненые и больные военнослужащие [4–11].

Однако, как показывают результаты изучения научных работ по данной теме, а также – в определенной мере – опыт лечебно-эвакуационного обеспечения (ЛЭО) вооруженных конфликтов и Специальной военной операции (СВО), отдельные стороны деятельности органов управления здравоохранением, лечебных медицинских учреждений гражданского здравоохранения в годы ВОВ по приёму, распределению и маршрутизации раненых и больных военнослужащих, поступающих в лечебные медицинские учреждения, по организации оказания медицинской помощи, лечения, медицинской реабилитации – ещё не в полной мере глубоко и всесторонне изучены и освещены, особенно на уровне объективных, свободных от всевозможной конъюнктуры, исследований.

Следует признать, что в последние годы по различным причинам стало меньше уделяться внимания изучению и обобщению разноплановой работы вышеуказанных медицинских учреждений. Вместе с тем, в настоящее время нельзя исключить, что некоторые организационные и другие вопросы деятельности эвакуационных госпиталей

(далее – эвакуогоспитали, ЭГ) в годы ВОВ могут иметь, в той или иной мере, как теоретическое, так и практическое значение для функционирования сферы здравоохранения в условиях современных военных конфликтов.

Очевидно, что при развитии инфраструктуры лечебных медицинских организаций (ЛМО) федерального и регионального уровня, а также ЛМО, подведомственных другим государственным службам, корпорациям и организациям, следует предусматривать, в интересах безопасности страны, возможное участие некоторых лечебных медицинских организаций гражданского здравоохранения в общей системе лечебно-эвакуационного обеспечения раненых и больных военнослужащих в ходе возможных военных конфликтов и необходимость создания оптимальных условий для решения этими ЛМО возлагаемых на них соответствующих задач.

В настоящей статье авторы представили некоторые обобщенные данные по организационным вопросам создания и деятельности эвакуационных госпиталей Наркомата здравоохранения СССР (далее – Наркомздрав, НКЗ) по организации лечения раненых и больных военнослужащих в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.

Представленные сведения базируются, главным образом, на результатах научных работ известных учёных и врачей-организаторов Е.И.Смирнова, С.И.Миловидова, А.И.Жичина, П.С.Бархатова, И.Б.Ростоцкого и некоторых других, активно участвовавших в создании системы лечения раненых и больных военнослужащих в эвакуационных госпиталях Наркомздрава СССР и в реализации порядка её функционирования в годы войны.

В данной статье читатели могут встретить некоторые, опубликованные ранее, данные о работе ЭГ. Это связано с тем, что при её подготовке авторы руководствовались желанием ещё раз показать картину героического труда медицинских работников эвакуогоспиталей, необходимость и значимость проделанной ими работы по лечению раненых и больных военнослужащих, подчеркнуть их профессиональный вклад в Великую Победу.

Цель исследования – проанализировать и обобщить наиболее значимые организационные вопросы создания и функционирования эвакуационных госпиталей Наркомздрава СССР, вопросы их участия в общей системе оказания медицинской помощи и лечения раненых

¹ Об улучшении медицинского обеспечения раненых и больных бойцов и командиров Красной армии: Постановление Государственного комитета обороны от 22.09.1941 г. №701

² Об учреждении Госпитального совета при начальнике Главного управления эвакуогоспиталей Наркомздрава СССР: приказ Наркомздрава СССР от 05.03.1942 г. №100

и больных военнослужащих в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.

Материалы и методы исследования. Материалы исследования – нормативные документы, регламентирующие порядок создания и функционирования эвакуационных госпиталей Наркомздрава СССР в годы Великой Отечественной войны; научные работы и публикации, в том числе в электронном виде, по теме исследования. Методы исследования: исторический метод, методы обобщения и контент-анализа, аналитический метод, методы сравнения и описания.

Результаты исследования и их анализ. Изучение официальных документов, научных работ и других источников информации по теме настоящего исследования показало, что участие лечебных медицинских учреждений гражданского здравоохранения в лечении раненых и больных военнослужащих в ходе различных войн имеет глубокие исторические корни.

Так, опыт ведения войн – особенно конца XVIII и начала XIX вв. – по преимуществу длительных и крупномасштабных, свидетельствует о том, что боевые действия сопровождались большим числом раненых и больных воинов. С началом боевых действий полевые лечебные медицинские учреждения (госпитали) действующей армии быстро заполнялись и даже переполнялись ранеными и больными, что негативно влияло на качество организации и оказываемой им медицинской помощи и лечения^{1,2} [12]. Такое положение затрудняло передвижение и манёвр войск, сковывало их действия, приводило к удалению от них госпиталей на значительное расстояние. Основным выходом из такой ситуации стала медицинская эвакуация большого числа раненых и больных в лечебные медицинские учреждения, расположенные за пределами тыловых границ действующей армии, главным образом – в тыл страны, где предстояло организовывать дальнейшее лечение^{1,2} [12].

Так, например, в годы русско-японской войны 1904–1905 гг., по данным официального отчёта Главного военно-санитарного управления, число раненых и больных, эвакуированных из района действующей армии в лечебные медицинские учреждения тыла страны, достигло 308852 чел., т.е. 83% от общего числа поступивших в различные лечебные медицинские учреждения. В Первую мировую войну 1914–1918 гг. с августа 1914 г. по 15 ноября 1916 г. с театра военных действий (ТВД) в лечебные медицинские учреждения тыла страны для дальнейшего лечения поступили 4154493 раненых и больных, что потребовало формирования значительного количества госпиталей, главным образом, за счёт общественных организаций – Союза городов, Общества Красного Креста, Земского общества и других^{1,2} [1].

В ходе советско-финляндской войны, несмотря на её непродолжительность (30.11.1939–12.03.1940 гг.), Красная Армия понесла значительные санитарные потери. С ноября 1939 г. по август 1940 г. из военно-лечебных медицинских учреждений госпитальных баз Северо-Западного фронта были эвакуированы в эвакуационные госпитали тыла страны 142925 раненых и больных^{1,2}. Для их лечения в восьми военных округах – Московском, Орловском, Северо-Кавказском, Приволжском, Уральском, Белорусском, Харьковском и Киевском – были развернуты 214 эвакуационных госпиталей Наркомздрава СССР общей коечной ёмкостью 81412 коек^{1,2}.

Таким образом, несмотря на непродолжительность этой войны и её локальный характер, страна вынуждена была привлечь для оказания медицинской помощи и лечения

раненых и больных военнослужащих существенные медицинские ресурсы гражданского здравоохранения.

Дальнейшее развитие система организации приёма раненых и больных военнослужащих, направляемых из действующей армии для лечения в лечебных медицинских учреждениях гражданского здравоохранения, система организации их лечения, а также управления деятельностью этих медицинских учреждений получила в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.

Результаты изучения опыта ЛЭО боевых действий в годы Великой Отечественной войны говорят о том, что значительному числу раненых и больных была оказана медицинская помощь и осуществлено лечение в лечебных медицинских учреждениях гражданского здравоохранения – т.н. эвакуационных госпиталях тыла страны, которые были подведомственны Наркомздраву и Всесоюзному центральному совету профессиональных союзов (ВЦСПС) – [3, 4, 7, 8, 10].

За годы войны для нужд армии и флота гражданское здравоохранение сформировало 2990 эвакуационных госпиталей на 1340400 коек. В ведении Наркомздрава находилось около половины всей госпитальной коечной сети для лечения раненых и больных военнослужащих, имевшейся в стране [7]. Из всех эвакуационных госпиталей, сформированных НКЗ, 76% были созданы в 1941 г., 24% – в 1942–1944 гг. Около 70% эвакуационных госпиталей находились на территории РСФСР [3, 4, 8].

Необходимо обратить внимание на то, что эти госпитали специально создавались и предназначались для лечения раненых и больных военнослужащих и территориально располагались за пределами тыловой полосы фронтов (флотов) – в тылу страны. Основное количество ЭГ было сформировано органами управления и лечебными, образовательными (вузы) и научно-исследовательскими медицинскими учреждениями Наркомздрава. Количество эвакуационных госпиталей ВЦСПС было значительно меньшим [7, 8]. С учетом данного положения, в настоящей статье речь будет идти главным образом об эвакуационных госпиталях НКЗ.

Следует акцентировать внимание на том, что ЭГ формировались в соответствии с мобилизационным планом, которым определялись задания, в основном – административным образованиям страны (республика, край, область) – на создание и организацию работы на их территории указанных лечебных медицинских учреждений. Формирование ЭГ осуществлялось за счет сил и средств гражданского здравоохранения, материально-технического и хозяйственного имущества соответствующих административных образований. По времени реализации заданий на формирование и развертывание ЭГ следует выделять 2 периода, отличающихся друг от друга. Первый период охватывает промежуток времени, когда госпитали первоначально создавались в соответствии с мобилизационным планом. Во втором периоде осуществлялось формирование и развертывание ЭГ, которое проводилось в масштабах всей страны в соответствии со специальным Постановлением Государственного Комитета обороны СССР (ГКО СССР) от 7 июля 1941 г. Согласно этому документу, в тыловых районах необходимо было в короткие сроки дополнительно сформировать 1,6 тыс. эвакуационных госпиталей на 750 тыс. коек^{1,2}.

Для ЭГ, создаваемых в первом периоде, были характерны следующие особенности: при наличии определенных трудностей в комплектовании ЭГ кадрами все же удавалось обеспечить их соответствующими, прежде

всего – медицинскими, специалистами, определяющими в большей степени готовность госпиталей к работе; здания, выделяемые для ЭГ, как правило, не требовали выполнения большого объема ремонтно-приспособительных работ и продолжительного времени для подготовки госпиталей к функционированию, имели удовлетворительные условия для развертывания основных лечебно-диагностических отделений и кабинетов, операционных, перевязочных, стерилизационных и других подразделений, а уровень оснащенности госпиталей рентгеновской и физиотерапевтической аппаратурой, медицинскими инструментами, лабораторным имуществом, медикаментами, перевязочными материалами и инвентарём был выше.

Иное положение складывалось при формировании и развертывании ЭГ во втором периоде. Для комплектования госпиталей приходилось длительное время изыскивать медицинские кадры, причем многие из них не имели высокого уровня профессиональной подготовки и достаточного опыта практической лечебно-диагностической работы. Часто такие госпитали были укомплектованы, в лучшем случае, на 70–75%. Также имели место трудности в выборе и определении зданий и помещений, отводимых под ЭГ, а выделяемые здания нуждались в выполнении большого объема ремонтно-строительных и приспособительных работ по созданию условий для развертывания операционных, перевязочных, лечебно-диагностических кабинетов (рентгенологические, физиотерапевтические кабинеты, лаборатории), стерилизационных и других функциональных подразделений.

При изучении официальных документов и научных работ не удалось найти каких-либо чётких методических подходов, рекомендаций, определяющих порядок создания и развертывания эвакуогоспиталей. Однако в ряде источников имеются данные, свидетельствующие о том, что нередко ЭГ создавались, развёртывались и функционировали на базе существовавших лечебных медицинских учреждений (больницы, клиники), а также санаториев и домов отдыха, но чаще – в специально отведенных и приспособленных зданиях общественных организаций и учебных заведений. Например, в Москве под большинство ЭГ, а их в Москве в разные годы войны работало от 37 до 47, отводились корпуса уже функционирующих больниц. Одними из первых среди них были больницы – Басманная, Медсантруда и больница им. Н.Э.Баумана. Самый мощный ЭГ на 2 тыс. коек был развёрнут на базе Боткинской больницы. Следует обратить внимание на то, что при этом больница не переставала принимать и гражданское население. Кроме того, даже в Москве ЭГ развёртывались также вне медицинских учреждений. Так, эвакуогоспиталь №4625 размещался в здании школы №633; №5007 – в здании школы №1 (500 коек); ЭГ №5016 – в здании авиатехникума (1 тыс. коек) – [13].

В г.Молотове (ныне – г.Пермь) ЭГ №3149 был развернут на базе 1-й клинической городской больницы медицинского института (нервно-терапевтический корпус) – первоначально указанный ЭГ был общехирургическим, но с 1942 г. стал специализированным нейрохирургическим на 800 коек. За две недели был проведен ремонт здания, развёрнуты 90 палат для раненых и больных, операционный блок, оборудованы 5 перевязочных. Его штат комплектовался из оставшихся после мобилизации сотрудников института и больницы [14]. В Свердловской области примерно половина ЭГ располагалась в здании школ, техникумов и вузов. Самый

большой эвакуогоспиталь – №414 (1,6 тыс. коек) – располагался в г.Свердловске (ныне – г.Екатеринбург) в Доме промышленности [15]. Один из крупных эвакуационных госпиталей г.Челябинска – №1721 – размещался в здании школы №30, а эвакуогоспиталь №423 были переданы здания школ №9, 41 и филармонии [16, 17]. На 1 сентября 1941 г. в Казани здания 44 школ (из 102) были переданы под эвакуогоспитали [18]. Развёртывание и функционирование ЭГ на базе медицинских учреждений, видимо, можно объяснить следующими основными обстоятельствами: во-первых, появлением большого числа раненых и больных, значительная часть которых нуждалась в длительном стационарном лечении, для чего требовалось развернуть соответствующее количество, прежде всего, специализированных коек; во-вторых, наличием не столь развитой инфраструктуры стационарных лечебных медицинских учреждений и, естественно, их недостаточной коечной мощностью, а также ограниченным наличием в этих учреждениях зданий, необходимых для увеличения их коечной мощности или развертывания создаваемых ЭГ.

На выполнение в отводимых зданиях необходимых строительных и ремонтно-приспособительных работ требовалось достаточно продолжительное время. В отдельных госпиталях не было возможности по выделению помещений для развёртывания операционных, приходилось приспособлять под операционные помещения перевязочные, а иногда и оперировать в ближайших гражданских больницах. Такое положение, несомненно, влияло на сроки формирования и готовности ЭГ к функционированию, отрицательно сказывалось на качестве лечебно-диагностической работы эвакуогоспиталей.

Вопросы обеспечения указанных ЭГ мебелью (кровати, тумбочки, стулья, столы), а также постельными принадлежностями (матрацы, одеяла, подушки, простыни), госпитальной одеждой и другими видами имущества, как правило, решались с большими затруднениями, а иногда, по отдельным видам имущества, их невозможно было решить в определенные для этого сроки и в полном объеме.

Определенный профессиональный интерес представляют данные, характеризующие коечную мощность ЭГ, которая колебалась в значительных пределах – от 100 до 2000 коек. В целом первоначально в системе НКЗ насчитывалось около 200–220 маломощных госпиталей на 100–150 коек каждый, что составляло около 20% от общего количества госпиталей. Такие ЭГ располагались как правило в небольших населенных пунктах. В этих госпиталях часто не было водопровода, канализации, электроэнергии, они были недостаточно укомплектованы кадрами и медицинским имуществом – по существу, уровень их работоспособности был низким.

В 1941 г. средняя мощность ЭГ составила 350 коек, а к 1944 г. в результате проведенных организационных мероприятий она увеличилась до 500 коек. Почти полностью были ликвидированы карликовые ЭГ на 100–150 коек, что нужно оценивать положительно – как процесс развития системы лечения раненых и больных военнослужащих, способствующий более правильной и эффективной организации лечебно-диагностической работы, наиболее разумному использованию медицинских кадров, специального медицинского оборудования и оснащения, созданию благоприятных условий для решения управленческих задач, а также для улучшения условий размещения раненых и больных [3].

Эвакогоспитали большой коечной мощности создавались и функционировали преимущественно в крупных городах – в республиканских, краевых и областных центрах. Следует особо отметить, что в таких городах, как правило, находилось несколько госпиталей. Выше уже отмечалось, что за годы войны в Москве работало 37–47 эвакогоспиталей, в других городах, например, в Казани – 59–78, Свердловске (Екатеринбург) – 49, Молотове (Пермь) – 43, в Саратове – 31 эвакогоспиталь. При такой дислокации ЭГ имелись условия, которые позволяли более эффективно использовать медицинских специалистов и лечебно-диагностическую базу медицинских научных и образовательных учреждений, привлекать медицинских работников для укомплектования ЭГ.

С учётом изложенного, заслуживает отдельного внимания то, что применяемые в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. средства вооруженной борьбы, в том числе авиация противника, не способны были наносить удары по стратегически важным объектам военно-промышленного комплекса, энергетики, транспорта, гидросооружениям, органам управления, системам жизнеобеспечения и другим объектам, находящимся в глубоком тылу. Такое положение позволяло размещать большое количество эвакогоспиталей НКЗ в отдельно взятом крупном городе. В то же время следует отметить, что совсем иные условия могут иметь место при применении современных систем вооружений, в том числе высокоточного оружия, беспилотных летательных аппаратов (БПЛА), позволяющих поражать цели, находящиеся на значительном удалении от зоны боевых действий. Об этом убедительно свидетельствует опыт ведения вооруженной борьбы в ходе современных военных конфликтов, например, в Сирии и Израиле, во время проведения СВО. Указанные обстоятельства необходимо учитывать при формировании соответствующих прогностических выводов в интересах живучести и устойчивости функционирования ЛМО гражданского здравоохранения, отводимых для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в условиях современных военных конфликтов.

Медицинская эвакуация раненых и больных в ЭГ НКЗ осуществлялась в основном постоянными военно-санитарными поездами (ВСП), в отдельных случаях – при возможности – водным транспортом. В ходе исследования не удалось найти чётких официальных рекомендаций, касающихся расположения отдельно взятых ЭГ на территории республики, края и области относительно железнодорожных направлений, по которым предполагалась и в последующем проводилась медицинская эвакуация раненых и больных военно-санитарными поездами. Вместе с тем была выявлена тенденция, которая указывает на то, что органы управления здравоохранением республик, краёв и областей совместно с управлениями местных эвакуационных пунктов (УМЭП), по мере возможности, стремились определять места для дислокации ЭГ таким образом, чтобы имелись благоприятные условия для организации приёма поступающих раненых и больных с определенных эвакуационных железнодорожных направлений, а также с учётом возможности их транспортировки из пунктов выгрузки ВСП до назначенных эвакогоспиталей. Однако такое организационное решение не всегда удавалось реализовать на практике из-за недостаточно развитой железнодорожной сети или ввиду ограниченных возможностей по созданию и размещению ЭГ.

Данный методический подход к дислокации ЭГ относительно железнодорожных коммуникаций может быть актуальным и при определении стационарных лечебных медицинских организаций гражданского здравоохранения, отводимых в целях оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в условиях современных военных конфликтов.

При приёме раненых и больных, направляемых в ЭГ, большое внимание уделялось их медицинской сортировке. Именно от её качества зависело: выполнение принципа медицинской эвакуации по назначению; обеспечение более обоснованной маршрутизации и лечебно-диагностической работы прежде всего в тех ЭГ, в которые приходилось направлять раненых и больных из пунктов выгрузки ВСП; создание условий для своевременного оказания медицинской помощи и лечения, рационального использования имеющихся, часто – существенно ограниченных, медицинских сил и средств. Такое оправданное внимание к медицинской сортировке являлось реализацией научных взглядов великого хирурга Н.И.Пирогова по этому актуальному вопросу. Неслучайно в одном из выступлений Е.И.Смирнов обратил внимание на необходимость создания сортировочных ЭГ в тылу страны для организации чёткой медицинской сортировки. Он, в частности, 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...» [1, 2].

В марте 1942 г. было введено в действие Положение о сортировочных госпиталях НКЗ. Согласно данному Положению, в группе ЭГ общей коечной ёмкостью свыше 5 тыс. коек должен был создаваться и функционировать сортировочно-эвакуационный госпиталь (СЭГ), а при её ёмкости до 5 тыс. коек – сортировочное отделение в хирургическом ЭГ с функциями сортировочно-эвакуационного госпиталя. Эти сортировочные госпитали, в отличие от других подобных ЭГ, имевшихся в Красной Армии, не имели специального штата, оборудования и оснащения, а являлись обычными типовыми лечебными медицинскими учреждениями хирургического профиля с функциями сортировочно-эвакуационного госпиталя. В их организационную структуру должны были входить мощные операционные и перевязочные, лабораторные и рентгеновские отделения. В то же время следует отметить, что это не всегда осуществлялось в полной мере.

Данные госпитали, по возможности, располагались как можно ближе к пунктам (станциям) разгрузки ВСП. В эти госпитали, как правило, направляли раненых и больных, нуждавшихся: в оказании экстренной и неотложной медицинской помощи; в уточнении диагноза (часто – и в его постановке) и эвакуационного предназначения; в медицинской подготовке для обеспечения дальнейшей медицинской 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.

В каждом СЭГ полагалось создавать транспортную группу, состоящую из транспорта эвакогоспиталя, дислоцированных в данном населённом пункте (при возможности – и в ближайших соседних), и транспорта, приписанного местными органами власти.

В круг задач СЭГ входили также: разгрузка прибывающих ВСП и доставка раненых и больных в ЭГ, а инвалидов – к месту жительства; сбор из ЭГ, входящих в состав конкретной группы госпиталей, раненых и больных, подлежащих эвакуации в другие ЭГ и их погрузка в ВСП; проверка санитарного состояния проходящих транзитом ВСП, снятие с них нетранспортабельных (нуждающихся в экстренной медицинской помощи) раненых и больных, а также инфекционных больных. Самостоятельно справиться с задачами по выгрузке и погрузке раненых и больных из ВСП в транспортные средства СЭГ были не в состоянии. Специалисты УМЭП и местные органы власти на местах привлекали для этого курсантов военных училищ, санитарные дружины, студентов, а также транспорт различных организаций.

Необходимо отметить, что СЭГ были созданы далеко не во всех группах эвакуогоспиталей, расположенных на территории отдельно взятых административных образований страны. 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 других профилей, 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. На такое положение указывалось в докладе С.И.Миловинова на пленуме Госпитального совета Главного управления НКЗ СССР: «В одном из городов Пензенской области медицинская сортировка состоит в беглом осмотре раненых на вокзале при разгрузке санитарного поезда. В Алтайском крае и Новосибирской области в отдельных местах сортировка раненых и больных находится в зачаточном состоянии, а иногда и просто отсутствует. В Армении сортировочных госпиталей вовсе не существует. Организованные сортировочные госпитали в других местах работают каждый по-своему, не руководствуясь общеобязательными принципами. Недооценка значения правильной, своевременной и квалифицированной медицинской сортировки раненых на всех этапах медицинской эвакуации приводит в итоге к совершенно недопустимым отрицательным явлениям. По материалам отдельных республик, за первые десять месяцев войны от 15 до 20% раненых, транспортированных в тыл, выписывались из эвакуогоспиталей в первые же 10 дней.

Невнимательное отношение к медицинской сортировке раненых приводило к длительным задержкам в назначении специального 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...» [10].

Для более чёткого уяснения роли эвакуогоспиталей НКЗ в общей системе этапного лечения раненых и больных военнопленных с их медицинской эвакуацией по назначению приведём данные, характеризующие организацию и деятельность ЭГ, а также структуру контингентов раненых и больных, лечившихся в этих госпиталях.

Так, несмотря на изменение оперативно-стратегической обстановки на фронтах и развитие организационной структуры госпитальных баз действующей армии и входящих в их состав военных госпиталей, доля

госпитальных коек, развернутых в ЭГ, в общем количестве коек в госпитальных базах армий и флотов оставалась значительной и составляла: в августе 1941 г. – 68,1%; в январе 1944 г. – 34,8% [4, 7, 8]. За счёт раненых и больных, прошедших лечение в этих госпиталях, действующая 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 дивизиями по штатам того времени [7].

В общем числе пациентов, лечившихся в ЭГ в годы войны, доля пораженных составила 84%, больных – 16%, а в группе пораженных доля раненых составила 79,9%; контуженных – 1,3–1,9; обмороженных – 2,6; обожженных – 0,3% [3, 4, 5, 7]. По локализации ранений они распределялись следующим образом: ранения головы – 8,1%; шеи и туловища – 14,7; верхних конечностей – 36,1; нижних конечностей – 41,1% [3, 4, 7]. Следует отметить, что 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 военнопленных лечились в ЭГ НКЗ РСФСР; 11,0 – 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 ЭГ тыла страны [3, 5, 8].

Необходимо обратить внимание на то, что в ходе войны из года в год вырастала доля контингентов, лечившихся в ЭГ с тяжелыми ранениями и заболеваниями. Об этом говорил в своем докладе на 4-м пленуме Госпитального совета начальник Главного военно-санитарного управления (ГВСУ) Красной Армии Е.И.Смирнов (табл. 1).

Как видно из данных табл. 1, среди раненых, поступающих в ЭГ, с каждым годом увеличивалась доля пораженных с тяжёлыми ранениями. Естественно, для лечения тяжёлых ранений или заболеваний требовались более продолжительные сроки. Например, в ЭГ НКЗ РСФСР сроки лечения всех категорий раненых увеличались в среднем, считая с момента ранения, со 106 сут – во втором полугодии 1942 г. до 149 сут – в первом полугодии 1945 г. При этом самой многочисленной категорией лечившихся в ЭГ НКЗ СССР являлись раненные в конечности с повреждением костей и суставов [7]. Результаты научных исследований говорят о том, что характер ранений у пациентов, лечившихся в ЭГ НКЗ СССР в годы войны, был следующим: 51,5% пациентов с ранениями, проникающими в полости, с повреждением длинных трубчатых костей и крупных суставов; 31,5 – с непроникающими ранениями, без повреждения длинных трубчатых костей; 17,0% пациентов – с ранениями костей стопы и пальцев [3, 8].

Ещё более аргументированно доказывают динамику и тенденцию утяжеления состава раненых, поступавших в ЭГ, результаты исследования П.С.Бархатова, характеризующие проникающие и непроникающие ранения, а также ранения с повреждением костей с учетом их распределения по отдельным локализациям (табл. 2, 3).

Результаты исследования показывают, что структура контингента раненых, лечившихся в ЭГ, изменялась в довольно широких пределах. Очевидно, что это, в той или иной мере, зависело от конкретных условий, которые

Таблица 1 / Table No. 1

Локализация и характер повреждений у раненых, лечившихся в эвакуационных госпиталях тыла страны, по годам, данные выборочные [7]
Localization and nature of injuries in the wounded treated in evacuation hospitals in the rear of the country, by year, selective data [7]

Локали-зация ранения	Характер ранения	Доля (%) пациентов с ранением данной локализации в общем числе лечившихся в годы войны		
		1-й год	2-й год	3-й год
Череп	С повреждением костей	1,2	1,8	2,4
	Без повреждения костей	2,2	1,5	1,2
Грудь	Проникающие с открытым пневмотораксом	0,6	0,7	0,9
	Проникающие без открытого пневмотораксом	2,1	3,2	3,8
	Непроникающие	4,5	3,6	3,3
Живот	Проникающие	0,5	0,7	1,1
	Непроникающие	0,7	0,5	0,5
Позво-ночник	Проникающие	0,3	0,4	0,4
	Непроникающие	0,7	0,6	0,6
Верхние конеч-ности	Плечевой сустав	1,7	2,2	2,2
	Плечо:	–	–	–
	- с повреждением костей	3,4	5,2	5,3
	- без повреждения костей	6,0	3,9	3,5
	Локтевой сустав	1,8	2,3	2,5
	Предплечье:	–	–	–
	- с повреждением костей	5,4	6,7	6,7
	- без повреждения костей	5,8	3,7	3,1
	Лучевой сустав	1,2	1,3	1,3
	Кисть	11,9	7,8	5,6
	Пальцы	6,7	3,2	1,9
	Тазобедренный сустав	0,5	0,6	0,7
Нижние конеч-ности	Бедро:	–	–	–
	- с повреждением кости	3,0	5,8	6,8
	- без повреждения кости	10,1	8,8	9,4
	Коленный сустав	2,1	3,0	3,3
	Голень:	–	–	–
	- с повреждением костей	4,3	8,2	9,4
	- без повреждения костей	6,6	5,7	5,7

имели место в определённый период войны. Например, в мае 1942 г., после проведения Ржевско-Вяземской операции, 68% всех коек ЭГ Москвы были заняты пациентами с ранениями в конечности [13]. В свою очередь данное обстоятельство позволяет сделать два важных вывода, подтверждающих следующие положения. Первый вывод – структура контингента раненых, лечившихся в ЭГ, определялась конкретными условиями, имевшими место в действующей армии. Эти изменения структуры лечившихся контингентов требовали разработки и проведения мероприятий по корректировке профилизации коек, лечебно-диагностической деятельности, подготовки соответствующих медицинских кадров и укомплектования ими эвакуационных госпиталей, а также по корректировке оснащения ЭГ необходимым медицинским имуществом. Второй вывод – можно предполагать о наличии определенной связи между долей отдельных категорий раненых в их общем числе и их долей в общем числе лечившихся в ЭГ. В действительности, прямая пропорциональная зависимости здесь не наблюдается, что, несомненно, зависело от положения с медицинским

Таблица 2 / Table No. 2

Структура повреждений у раненых, поступавших на лечение в эвакуационные госпитали Наркомздрава СССР, % [8]
Structure of injuries in the wounded admitted for treatment to evacuation hospitals of the USSR People's Commissariat of Health, % [8]

Характер ранений	Год			
	1941	1942	1943	1944
Ранения проникающие, с повреждениями длинных трубчатых костей и крупных суставов	36,8	45,6	54,2	62,8
Ранения непроникающие, без повреждения длинных трубчатых костей	37,9	33,9	31,2	25,5
Ранения кистей, стоп и пальцев	25,3	20,5	14,6	11,6

обеспечением действующей армии, но тенденции изменений упомянутых показателей – одинаковы. Это позволяет предположить, что при увеличении доли той или иной категории раненых в общем числе санитарных потерь можно ожидать увеличения – в той или иной степени – и доли этой категории раненых в общем числе пациентов, поступающих в ЛМО гражданского здравоохранения в условиях современных военных конфликтов.

Закономерно возникает вопрос: Какие ещё причины и факторы могли влиять на изменение структуры контингентов лечившихся в ЭГ? С достаточно высокой степенью уверенности можно утверждать, что данное положение определялось следующими обстоятельствами: совершенствованием организационной структуры госпитальных баз армий и фронтов, их госпиталей и организацией оказания, прежде всего, специализированной медицинской помощи, оказываемой раненым и больным в действующей армии; разработкой и оперативным внедрением новых более эффективных технологий организации и оказания медицинской помощи и лечения при боевой хирургической травме и

Таблица 3 / Table No. 3

Доля пораженных с проникающими и непроникающими ранениями, ранениями с повреждением и без повреждения костей по отдельным локализациям в 1941 и 1944 гг. [8]

The proportion of victims with penetrating and non-penetrating wounds, wounds with and without bone damage by individual locations in 1941 and 1944 [8]

Локализация ранения	Доля (%) пораженных с данным ранением в общем числе пораженных, лечившихся в ЭГ с ранениями указанной локализации	
	1941	1944
Ранения черепа с повреждением костей	38,2	80,0
Ранения лица с повреждением челюстей	52,7	80,3
Проникающие ранения:	–	–
- груди	43,5	66,5
- живота	43,7	79,8
- позвоночника	27,6	49,5
Ранения таза с повреждением костей и тазовых органов	21,7	42,7
Ранения:	–	–
- плеча с повреждением кости	42,3	67,6
- предплечья с повреждением кости	55,1	75,9
- бедра с повреждением кости	27,6	49,4
- голени с повреждением кости	44,7	70,3

терапевтической патологии; продвижением Красной армии на запад, при котором военно-санитарная служба действующей армии получала всё большую возможность для расширения показаний к стационарному лечению раненых и больных в военных госпиталях на театре военных действий. Следует отметить, что на протяжении всей войны при организации оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в ЭГ НКЗ применялся принцип: «Чем хуже – тем дальше от фронта», т.е. чем тяжелее было состояние раненых и больных, тем в более удаленные от фронта ЭГ их эвакуировали для дальнейшего лечения.

Результаты анализа и обобщения представленной характеристики ранений у пораженных в боях военнослужащих, поступавших для лечения в ЭГ, позволяют сделать два принципиально важных вывода: первый – последствия ранений могли, в конечном счёте, или исключить, или полностью исключали возможность восстановления боеспособности; второе – для восстановления боеспособности требовались длительные сроки лечения, разработка и внедрение более эффективных технологий оказания специализированной медицинской помощи и комплексного лечения, в том числе медицинской реабилитации. Вышеизложенное позволяет утверждать, что в ЭГ 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 повреждений нервных стволов, контрактуры, свищи и т.п. Поэтому и сроки лечения в ЭГ составляли не менее двух месяцев, часто – значительно больше, что отражено в ряде научных работ³ [7, 8, 11].

Следует отдельно остановиться на организации оказания специализированной медицинской помощи в ЭГ, которая позволила широко внедрять в лечебно-диагностическую работу в госпиталях принцип «медицинская эвакуация по назначению». Благодаря этому удалось добиться значимых результатов при лечении раненых и больных. К числу первых нормативных документов, указывавших на необходимость организации оказания специализированной медицинской помощи раненым и больным военнослужащим в ходе военных действий, относилась директива Генерального штаба от 13.02.1940 г., в которой определялась специализация госпитальных коек в тылу страны, предусматриваемых к развертыванию в военное время (табл. 4).

Очевидно, что такое решение было принято с учетом опыта медицинского обеспечения боевых действий в ходе советско-финляндской войны. Перед ВОВ мобилизационным планом предусматривалось, при необходимости, создание и развертывание эвакуационных госпиталей только двух типов – хирургических и терапевтических [8, 10, 12]. С первых месяцев войны работа по оказанию медицинской помощи и лечению

Таблица 4 / Table No.4
**Специализация коечного фонда эвакуационных
Наркомата обороны, Наркомздрава СССР
и оперативных коек в военное время**
Specialization of the hospital beds of the evacuation hospital of
the USSR People's Commissariat of Defense, the USSR
People's Commissariat of Health and operational beds
in wartime

Специализация коек	Доля коек данного профиля, %	
	в приграничных военных округах	во внутренних военных округах
А. Хирургические, всего, из них:	70,0	80,0
- общехирургические	52,5	32,0
- травматологические	35,5	45,0
- торакальные	3,0	–
- урологические	0,5	–
- нейрохирургические	1,5	7,0
- глазные	2,0	3,0
- отоларингологические	1,5	1,5
- челюстно-лицевые	3,5	3,5
- полостные	–	8,0
Б. Терапевтические, всего, из них:	30,0	20,0
- общетерапевтические	70,0	50,0
- инфекционные	13,5	25,0
- кожно-венерологические	13,5	15,0
- нервно-психические	3,0	10,0

раненых и больных в ЭГ НКЗ, а также результаты их лечения указывали на необходимость создания системы организации и оказания специализированной медицинской помощи, специализации данных госпиталей. При этом были особо выделены две группы эвакуационных госпиталей: первая группа – госпитали, предназначенные для лечения раненых, имеющих челюстно-лицевые ранения; вторая группа – госпитали для лечения раненых нейрохирургического профиля.

На важность, потребность и необходимость скорейшего решения проблемы организации оказания специализированной медицинской помощи в ЭГ указывалось в докладе Начальника Главного управления эвакуационных госпиталей НКЗ СССР С.И.Миловинова на первом пленуме Госпитального совета 5 мая 1942 г.: «...Основная задача руководителей эвакуационных госпиталей организовать у себя в области, крае, республике надёжную специализацию и дать чёткий профиль каждому госпиталю при обязательном условии, чтобы в этих госпиталях работали высококвалифицированные хирурги. Это позволит добиваться наибольшего процента возвращения в строй. ...Руководители здравоохранения должны провести большую организационную работу по созданию специализированных госпиталей...» [10].

С начала 1942 г. стали создаваться узкоспециализированные ЭГ. Количество таких госпиталей непрерывно увеличивалось, параллельно расширялся и их состав по профилю. Были организованы различные специализированные госпитали: нейрохирургические, челюстно-лицевые, для лечения раненых в грудную и брюшную полости, глазные, ушные, неврологические, туберкулёзные и другие ЭГ [7].

Основным подходом при создании системы организации оказания специализированной медицинской помощи и лечения было всестороннее обоснование нуждемости в определенном количестве и соответствующей структуре

³ О сокращении сроков лечения и пребывания раненых и больных в госпиталях Наркомздрава РСФСР: приказ Наркомздрава РСФСР от 22.09.1943 г. №69

Таблица 5 / Table No.5
**Распределение коек по профилям
 в эвакуационных госпиталях Наркомздрава РСФСР,
 по состоянию на 1 января 1944 г. [9]**
 Distribution of beds by profile in evacuation hospitals
 of the People's Commissariat of Health of the RSFSR,
 as of January 1, 1944 [9]

Профиль коек	Доля коек данного профиля, %
Челюстно-лицевые	2,5
Нейрохирургические	4,2
Легочно-хирургические	2,8
Глазные	1,5
Ушные	0,7
Протезные	7,1
Урологические	0,6
Восстановительной хирургии	3,4
Общехирургические	50,5
Терапевтические	5,2
Нервно-психиатрические	1,2
Туберкулёзные	1,6
Кожно-венерические	0,9
Инфекционные	1,2
Санаторные	0,64
Сортировочные	2,0
Другие	13,96

специализированных коек и их правильном размещении на территории республики, края, области. Применение данного подхода позволило специалистам Наркомздрава РСФСР определить и на практике реализовать создание сети специализированных коек соответствующего профиля в подведомственных ЭГ (табл. 5).

Наркомздрав РСФСР, имея в своём распоряжении самую многочисленную госпитальную сеть, на протяжении всей войны осуществлял контроль за правильностью распределения контингентов раненых и больных по «своим» ЭГ. Однако это не всегда удавалось.

Так, например, если среднемесячное поступление пациентов за всё второе полугодие 1942 г. принять за 100%, то в августе 1942 г. этот показатель составил 131%, в сентябре – 262, октябре – 155, декабре – 134, в марте 1943 г. – 50, в августе 1943 г. – 185%. Приведенные данные свидетельствуют о напряжённой работе, проводившейся в ЭГ. Кроме того, проходившая с начала войны массовая медицинская эвакуация раненых и больных из одних ЭГ в другие, расположенные в более глубоком тылу страны, также создавала определённые трудности в деятельности соответствующих органов управления здравоохранением и госпиталей. Так, в первом полугодии 1943 г. из эвакуационных госпиталей, функционировавших, в основном, на территории прифронтовых и соседних с ними областей и краёв, были эвакуированы в ЭГ, находившиеся на значительном удалении от действующей армии, 24,8% раненых, поступивших в эти госпитали. Особенно большим был объём медицинской эвакуации в первом полугодии 1943 г. В частности, сотрудниками ЭГ Рязанской области были подготовлены и отправлены за пределы области 64,5% раненых, сотрудниками ЭГ г.Москвы – 49,2% раненых [9].

За годы войны, с учётом условий военного положения и возможностей сферы здравоохранения страны, сеть специализированных коек ЭГ организационно оптимизировалась, были достигнуты её адекватная оснащённость специальным медицинским оборудованием и укомплектованность медицинскими кадрами, обеспечен

её рост за счёт уменьшения количества неспециализированных коек.

Специализированные койки развертывались как в эвакуационных, специально предназначенных для соответствующих контингентов раненых и больных, так и в специализированных отделениях хирургических и терапевтических госпиталей. Например, в конце войны 50% специализированных коек для челюстно-лицевых ранений, 35 – для нейрохирургических, 65 – для протезных, 30% – для офтальмологических и других контингентов были развернуты в специализированных госпиталях соответствующего профиля. В ходе войны сеть специализированных госпитальных коек подвергалась изменениям: возросло количество нейрохирургических, глазных, лёгочно-хирургических, протезных, туберкулёзных, кожно-венерологических коек и несколько уменьшилось количество челюстно-лицевых и инфекционных коек [4, 8]. Кроме указанных специализированных ЭГ, в их общей сети имелись сортировочные госпитали, госпитали для лечения женщин-военнослужащих и военнопленных [8].

Благоприятно сказалось на формировании системы организации оказания специализированной медицинской помощи и лечения раненых и больных в ЭГ введение в штат органов управления эвакуационными НКЗ должностей главных специалистов (хирург, терапевт). Необходимо отметить, что специфическая, прежде всего – лечебно-диагностическая, работа в специализированных ЭГ потребовала разработки особых методик лечения и ухода за ранеными и больными, особой организации их внедрения и особого внимания к деятельности этих госпиталей.

Несомненно, что представленная выше характеристика контингентов, лечившихся в эвакуационных НКЗ, и изменений в их составе необходимы для объективной оценки конечных результатов лечения раненых и больных военнослужащих в этих госпиталях. Кроме того, необходимо учитывать следующее немаловажное обстоятельство – исходы лечения в ЭГ зависели не только от качества лечебно-диагностической работы, выполненной в ЭГ, но и от эффективности и результативности этой работы, выполненной в военных госпиталях действующей армии раненым и больным, направляемым для дальнейшего лечения в ЭГ НКЗ. В лечебно-диагностической работе, проводившейся в военных госпиталях, имели место недочёты, которые влияли на исходы лечения раненых и больных, находящихся в ЭГ.

Основные результаты (средние величины самых общих показателей) лечебной работы, выполненной в ЭГ НКЗ, представлены в табл. 6.

Таблица 6 / Table No.6
**Показатели лечебной работы эвакуационных госпиталей
 Наркомздрава СССР в 1941–1945 гг.
 (до января 1945 г.), %**
 Indicators of medical work of evacuation hospitals of the USSR
 People's Commissariat of Health in 1941–1945
 (before January 1945), %

Показатель	Доля раненых и больных в общем числе лечившихся в ЭГ	Из них	
		пораженные в боях	больные
Возвращены в армию	57,6	56	66,6
Уволены в отпуск	4,4	4,3	4,8
Уволены из рядов армии и уволены в запас	36,5	38,7	24,1
Умерли	1,5	1,0	4,5

Следует, однако, отметить, что по отдельным годам войны данные показатели колебались в довольно существенных пределах, что было связано, в основном, со следующими обстоятельствами: с недостаточной специализацией коечной сети ЭГ; несоблюдением принципа медицинской эвакуации по назначению – имели место случаи, когда раненые и больные выгружались из ВСП только при наличии «свободных коек», без учёта того, есть или нет в данном ЭГ возможности для их лечения; низким уровнем комплексного лечения, особенно функционального; с отсутствием чёткой преемственности и единства в лечении [1, 2, 4, 7, 8].

Можно согласиться с тем, что в современных условиях некоторые из указанных причин могут проявляться в меньшей мере или вообще не иметь места в системе организации оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в ЛМО гражданского здравоохранения. Однако о них следует знать, чтобы не создавать предпосылки для их возникновения, способствующие снижению качества и доступности медицинской помощи.

Заслуживает отдельного внимания порядок управления ЭГ, который определялся как разноплановой работой по формированию госпиталей, так и их последующей деятельностью и имел некоторые особенности. Руководили ЭГ одновременно два наркомата – Наркомздрав и Наркомат обороны (НКО) СССР. С первых дней войны стало очевидно, что такое положение требовало создания чёткой системы управления и распределения обязанностей (функций) между указанными наркоматами. Созданный в НКЗ СССР, с учётом опыта советско-финляндской войны 1939–1949 гг., сектор по руководству эвакуогоспиталями, как показало время, оказался не в состоянии обеспечить должного управления деятельностью подведомственных ему ЭГ.

Система управления ЭГ НКЗ практически стала создаваться только после выхода Постановления Государственного комитета обороны от 22 сентября 1941 г. №701. Высшим руководящим органом ЭГ становится вновь созданное Главное управление эвакуогоспиталями Наркомздрава СССР, возглавляемое заместителем наркома. Данное Главное управление осуществляло руководство лечебной работой, занималось учётом сети ЭГ, разработкой руководящих и методических документов по лечебно-диагностической работе и другим видам деятельности – финансовой, материально-технической и т.д.

Для руководства ЭГ в краевых и областных отделах здравоохранения были созданы специальные отделы, а при наркоматах здравоохранения республик – управления эвакуогоспиталями. О значимости указанных органов управления ЭГ говорит то, что их начальниками назначались заместители руководителей органов управления здравоохранением республик, краёв и областей. Опыт работы органов управления ЭГ показал необходимость совершенствования их организационной структуры и деятельности. Так, в 1943 г. были созданы типовые штаты, согласно которым в структуре этих органов управления были сформированы 4 сектора – лечебный, планово-финансовый, медицинской статистики и материально-хозяйственного обслуживания. Однако даже эти изменения не позволили им решать должным образом возложенные на них задачи. Так, в штатах не были предусмотрены должностные лица, которые бы занимались оперативным учётом коечной сети и «движением» раненых и больных, изменением специализации коечного

фонда, организацией передислокации госпиталей и их расформированием.

Основные задачи, решавшиеся органами управления Наркомздрава СССР и ЭГ, а также Наркомата обороны СССР и ЭГ: Наркомздрав СССР, наркоматы союзных и автономных республик, краевые и областные органы управления здравоохранением в пределах подведомственных им территорий обеспечивали формирование эвакуогоспиталей, их комплектование кадрами, в основном, за счёт лиц, проживающих и работающих в районе размещения госпиталя, а также – через местные органы власти – обеспечивали материально-техническими средствами. Что касается основных задач, решаемых органами управления НКЗ и ЭГ, то ими были: организация и осуществление приёма раненых и больных, поступающих в ЭГ; организация и обеспечение завершения преемственного лечения раненых и больных военнослужащих, организация и проведение врачебно-трудовой (медико-социальной) экспертизы; решение вопросов социального обеспечения раненых и больных, частично, временно или полностью утративших свою трудоспособность; организация подготовки или переподготовки, повышение квалификации медицинских кадров, предназначенных для работы или работающих в ЭГ.

Органами управления ЭГ по линии Наркомата обороны СССР, в основном, являлись Управления местных эвакуационных пунктов (УМЭП), подведомственные санитарным отделам военных округов. К каждому УМЭП, с учетом расположения ЭГ по их отношению к эвакуационным направлениям, т.е. к железнодорожным и водным путям медицинской эвакуации раненых и больных в ЭГ, приписывалось определённое количество госпиталей. Управлениям местных эвакуационных пунктов вменялось в обязанности устанавливать, совместно с органами управления НКЗ, дислокацию ЭГ, их коечную ёмкость и специализацию. На этот орган управления возлагались следующие задачи: организация и осуществление медицинской эвакуации раненых и больных – прежде всего, приём прибывающих ВСП с ранеными и больными, направляемыми в ЭГ; выгрузка, распределение и транспортировка раненых и больных от пунктов выгрузки из ВСП до назначенных ЭГ; проведение военно-врачебной экспертизы (ВВЭ); контроль за состоянием лечебно-диагностической работы в госпиталях; обеспечение раненых и больных военнослужащих, находящихся на лечении в ЭГ, продовольствием, вещевым имуществом (из обменного фонда белья), денежным довольствием и воинскими перевозочными документами, бланками медицинской отчётности и учёта.

В ходе настоящего исследования было установлено, что управление 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 счёте, негативно сказывалось на качестве выполнения лечебно-эвакуационных мероприятий и эффективности использования коечной сети. По данным научных работ, основной причиной такого положения являлось отсутствие в начале войны – как в Военно-санитарной службе Красной Армии, так и в Наркомздраве СССР – межведомственных нормативных и методических документов, чётко регламентирующих, регулирующих и разграничивающих полномочия и функции, содержание и объём работы УМЭП и органов управления НКЗ при их взаимодействии^{1,2} [1–4, 7, 19].

На недостатки в обеспечении должного управления и преемственности при оказании медицинской помощи и лечении раненых и больных, особенно в начальный период войны, обращал внимание начальник Главного военно-санитарного управления Е.И.Смирнов, который говорил: «...Существенным дефектом является и то, что в Красной Армии и в Наркомздраве СССР мы не добились ещё такого руководства лечебным делом, исходящего от главного хирурга и терапевта, которое обеспечило бы единые принципы лечения. У нас много таких хирургов, которые считают необходимым проводить в области хирургической работы свои собственные установки. В системе этапного лечения совершенно необходимо единое руководство лечебно-эвакуационным делом...» [1, 2].

Для подтверждения такого положения можно привести статистические данные, свидетельствующие о недостатках в едином руководстве лечебно-эвакуационным процессом. Прежде всего, речь идет о длительности лечения. Так, продолжительность лечения раненых с повреждением костей предплечья и кости бедра в эвакуогоспиталях следующих областей составляла: в Самаркандской области – 85 и 112 дней соответственно; Молотовской (ныне Пермский край) – 92 и 198; Читинской – 122 и 155; в Новосибирской области – 65 и 93 дня соответственно [1, 2]. Сказать, что разница в сроках пребывания на излечении объясняется тяжестью ранений – нельзя, хотя бы потому, что указанные ЭГ находились в равной мере далеко от зоны боевых действий, и в них осуществлялось лечение более или менее одинаковых контингентов раненых. Резкие колебания в сроках лечения свидетельствуют об отсутствии единого централизованного руководства, о применении в ряде ЭГ недостаточно эффективных лечебных технологий и неполноценной адекватной тактики ведения раненых в интересах сохранения их бое- и трудоспособности. На это, в той или иной мере, указывают следующие факты. Например, в ЭГ Новосибирской области чаще, чем в других, прибегали к ампутациям у раненых с повреждением бедра. Такие раненые, естественно, не нуждались в столь длительном лечении и могли быть выписаны раньше, но не выписывались из ЭГ, что сказывалось на продолжительности лечения, дальнейшего восстановления трудоспособности и социальной адаптации [1, 2].

Заключение

Опыт лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. свидетельствует о важной роли лечебных медицинских учреждений гражданского здравоохранения – эвакуационных госпиталей Наркомздрава СССР в деле спасения жизни и сохранения здоровья, бое- и трудоспособности раненых и больных военнослужащих. Результаты научных исследований и данные публикаций по изучаемой проблеме позволяют утверждать, что организация оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в ЭГ НКЗ представляла собой сложный комплекс разнородных мероприятий, имеющих определенные закономерности, а также – в той или иной степени – выраженные тенденции развития, присущие данному явлению.

Многоплановая творческая деятельность медицинских работников эвакуогоспиталей, сопровождавшаяся мужеством и стойкостью, даёт основания предполагать,

что в условиях возможных современных крупномасштабных военных конфликтов может реально возникать необходимость в привлечении медицинских сил и средств гражданского здравоохранения для участия в общей системе организации и оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих.

Можно согласиться с тем, что в ходе локальных непродолжительных вооруженных конфликтов военно-медицинские формирования (подразделения) и лечебные медицинские организации способны в основном в полном объеме обеспечить потребности в медицинской помощи и полноценном лечении, а также в медицинской реабилитации раненых и больных военнослужащих. Совсем иначе может обстоять дело с решением указанной социально значимой задачи в условиях длительного крупномасштабного военного конфликта. Следовательно, определенная часть раненых и больных военнослужащих с соответствующими поражениями (ранениями, травмами) и заболеваниями, при определенных условиях, будет получать преимущественно специализированную медицинскую помощь, лечение и медицинскую реабилитацию в функционирующих в мирное время или в дополнительно создаваемых для этого стационарных ЛМО гражданского здравоохранения.

Такое предположение достаточно убедительно подкрепляется опытом организации оказания медицинской помощи раненым и больным военнослужащим в ходе проведения Специальной военной операции. Так, в 2023 году отдельным контингентам раненых военнослужащих медицинская помощь оказывалась в 32 лечебных медицинских организациях гражданского здравоохранения, в которых было пролечено более 18 тыс. чел., а в первые 7 мес 2024 г. она оказывалась уже в 79 ЛМО, где проходили курс лечения более 49 тыс. военнослужащих [20]. Даже эти сведения указывают на то, что в условиях длительного вооруженного конфликта – Специальной военной операции, проводимой практически без объявления широкой мобилизации – пришлось привлекать ресурсы гражданского здравоохранения страны для оказания медицинской помощи раненым и больным военнослужащим, их лечения и медицинской реабилитации, в том числе для их медицинской эвакуации различными видами транспорта.

Необходимо отметить, что значимость задач по организации и оказанию медицинской помощи, лечению, сохранению здоровья, профессионального долголетия, бое- и трудоспособности раненых и больных военнослужащих в условиях современных военных конфликтов существенно возрастает⁴. Такое положение обусловлено следующими обстоятельствами.

Процесс формирования новой полицентричной модели мироустройства сопровождается тенденцией роста глобальной и региональной нестабильности; в странах НАТО и некоторых соседних с Россией государствах идут процессы милитаризации и гонки вооружений, ярой и оголтелой русофобии, не исключена вероятность решения конфликтов военным путём^{4,5}. В современном мире продолжается формирование различных

⁴ Стратегия национальной безопасности Российской Федерации: Указ Президента Российской Федерации от 02.07.2021 г. №400

⁵ Военная доктрина Российской Федерации: Утв. Президентом Российской Федерации 25.12.2014 г. №Пр-2976

геополитических центров силы, которые нацелены на передел геостратегического пространства, экономических и природных ресурсов планеты. Указанная обстановка требует совершенствовать и развивать систему безопасности Российской Федерации, что и реализуется в рамках ряда специальных государственных программ.

Безусловно, это касается и сферы здравоохранения страны, его готовности к успешному функционированию, особенно в условиях продолжительных крупномасштабных военных конфликтов, в том числе к участию гражданского здравоохранения в общей системе организации и оказания медицинской помощи и лечения наиболее тяжелых и сложных контингентов раненых и больных военнослужащих.

Вышеизложенное указывает на необходимость более основательно, на научной основе, с учетом творческого применения уникального опыта создания и деятельности ЭГ в годы минувшей войны, заблаговременно заниматься вопросами готовности ЛМО гражданского здравоохранения, привлекаемых и функционирующих в целях приёма, организации и оказания медицинской помощи и лечения отдельных контингентов раненых и больных военнослужащих в условиях объявления мобилизации и в военное время. Достижение этой цели становится более значимой составляющей общего комплекса мероприятий, обеспечивающих высокую готовность Вооружённых Сил Российской Федерации,

других силовых структур (ведомств) и безопасность страны в целом. Основными объективными причинами, обуславливающими актуализацию данной проблемы, являются: ограниченные возможности людских ресурсов; демографические проблемы; сложность и наукоёмкость современного вооружения и боевой техники, требующих продолжительной подготовки военных специалистов и больших финансовых затрат; высокие поражающие возможности, в том числе на большую глубину, современного, особенно – высокоточного, оружия, БПЛА; увеличение доли раненых с множественными и сочетанными ранениями (политравма), а также лиц, нуждающихся в оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и длительном лечении, в медицинской реабилитации в условиях стационаров ЛМО.

Таким образом, можно констатировать, что сфера здравоохранения страны нуждается в чёткой, всесторонне научно обоснованной и официально утверждённой Концепции порядка участия ЛМО гражданского здравоохранения в общей современной системе организации оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в условиях военных конфликтов, разработанной на основе положений военной доктрины, тенденций развития военно-политической и экономической обстановки, достижений медицинской науки и практики здравоохранения.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Смирнов Е.И. Война и военная медицина. 1939–1945 годы. М.: Медицина, 1979. 524 с.
2. Смирнов Е.И. Проблемы военной медицины. М., 1944.
3. Ростоцкий И.Б. Тыловые эвакуогоспитали: Очерки по организации лечения раненых и больных воинов Советской Армии в тыловых эвакуогоспиталях. М.: Медицина, 1967. 80 с.
4. 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.
5. Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. / Под ред. Барсукова М.И., Кувшинского Д.Д.: Сборник документов и материалов М.: Медицина, 1977. 576 с.
6. Кузин М.К. Советская медицина в годы Великой Отечественной войны. М.: Медицина, 1979. 240 с.
7. 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.
8. Бархатов П.С. Итоги работы эвакуогоспиталей в тыловых районах страны за годы Великой Отечественной войны // Труды 4 пленума Госпитального совета НКЗ СССР и РСФСР. М.: Медгиз, 1946. С.11–28.
9. Жичин А.И. Итоги лечения раненых в эвакуогоспиталях Наркомздрава РСФСР // Труды четвертого пленума Госпитального совета НКЗ СССР и РСФСР. М.: Медгиз, 1946. С.48–55.
10. Миловидов С.И. Итоги и задачи работы эвакуогоспиталей Наркомздрава СССР // Советское здравоохранение. 1942. №5–6. С.17–25.
11. Третьяков А.Ф. Сроки лечения в эвакуогоспиталях. М.: Медгиз, 1944. 67 с.
12. Энциклопедический словарь военной медицины / Под ред. Смирнова Е.И. М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1947. Т.2. Столб.187–190; Т.5. Столб.221–232.
13. Рассекреченные документы о работе эвакуогоспиталей Москвы во время Великой Отечественной войны. Электронный ресурс: mos.ru> news> item.

REFERENCES

1. Smirnov Ye.I. Voyna i Voyennaya Meditsina. 1939–1945 Gody = War and Military Medicine. 1939–1945. Moscow, Meditsina Publ., 1979. 524 p. (In Russ.).
2. Smirnov Ye.I. Problemy Voennoy Meditsiny = Problems of Military Medicine. Moscow Publ., 1944. (In Russ.).
3. Rostotskiy I.B. Tylovyye Evakogospitali: Ocherki po Organizatsii Lecheniya Ranenykh i Bol'nykh Voinov Sovetskoy Armii v Tylovyykh Evakogospitalyakh = Rear Evacuation Hospitals: Essays on the Organization of Treatment of Wounded and Sick Soldiers of the Soviet Army in Rear Evacuation Hospitals. Moscow, Meditsina Publ., 1967. 80 p. (In Russ.).
4. Ivanov N.G., Georgiyevskiy A.S., Lobastov O.S. Sovetskoye Zdravookhraneniye i Voyennaya Meditsina v Velikoy Otechestvennoy Voiny 1941–1945 = Soviet Health Care and Military Medicine in the Great Patriotic War of 1941–1945. Moscow, Meditsina Publ., 1985. P.168–188 (In Russ.).
5. Zdravookhraneniye v Gody Velikoy Otechestvennoy Voiny 1941–1945 = Healthcare during the Great Patriotic War of 1941–1945. Collection of Documents and Materials. Ed. Barsukov M.I., Kuvshinskiy D.D. Moscow, Meditsina Publ., 1977. 576 p. (In Russ.).
6. Kuzin M.K. Sovetskaya Meditsina v Gody Velikoy Otechestvennoy Voiny = Soviet Medicine during the Great Patriotic War. Moscow, Meditsina Publ., 1979. 240 p. (In Russ.).
7. Selivanov V.I., Selivanov Ye.F. The Role of Evacuation Hospitals of the People's Commissariat of Health in the Treatment of Wounded and Sick Soviet Soldiers. Sovetskoye Zdravookhraneniye = Soviet Health Care. 1975;5:21–26 (In Russ.).
8. Barkhatov P.S. Results of the Work of Evacuation Hospitals in the Rear Areas of the Country during the Great Patriotic War. Trudy 4 Plenuma Gospital'nogo Soveta NKZ SSSR i RSFSR = Proceedings of the Fourth Plenum of the Hospital Council of the People's Commissariat of Health of the USSR and the RSFSR. Moscow, Medgiz Publ., 1946. P. 11–28 (In Russ.).
9. Zhichin A.I. Results of Treatment of the Wounded in Evacuation Hospitals of the People's Commissariat of Health of the RSFSR. Trudy 4 Plenuma Gospital'nogo Soveta NKZ SSSR i RSFSR = Proceedings of the Fourth Plenum of the Hospital Council of the People's Commissariat of Health of the USSR and the RSFSR. Moscow, Medgiz Publ., 1946. P. 48–55 (In Russ.).
10. Milovidov S.I. Results and Tasks of the Work of Evacuation Hospitals of the USSR People's Commissariat of Health. Sovetskoye Zdravookhraneniye = Soviet Health Care. 1942;5–6:17–25 (In Russ.).
11. Tretyakov A.F. Sroki Lecheniya v Evakogospitalyakh = Treatment Periods in Evacuation Hospitals. Moscow, Medgiz Publ., 1944. 67 p. (In Russ.).
12. Entsiklopedicheskiy Slovar' Voennoy Meditsiny = Encyclopedic Dictionary of Military Medicine. Ed. Smirnov Ye.I. Moscow, Gosudarstvennoye Izdatel'stvo Meditsinskoy Literatury Publ., 1947. V.2. Column.187–190. V.5. Column.221–232 (In Russ.).

14. Работа эвакогоспиталя №3149, развёрнутого на базе 1-й клинической больницы медицинского института в 1941–1946 гг. Электронный ресурс: pkkb@med.permkrai.ru.

15. Каждый второй эвакогоспиталь Свердловска располагался в школьном здании. Электронный ресурс: [uralsky-rabochi.ru> news> item](http://uralsky-rabochi.ru/news/item).

16. Кусков С.И. Эвакогоспитали на территории Челябинской области в 1939–1945 годы как объект социальной политики советского государства // Вестник Челябинского университета. 2009. Т.37. №175. С.94-101.

17. Кусков С.И. Эвакогоспитали в Челябинской области накануне и в период Великой Отечественной войны: 1939–1945 гг.: Дис. ... канд. ист. наук. Челябинск, 2010. 250 с.

18. Швецова Д.К. Подвиг медиков Татарстана. Эвакогоспитали республики в 1941–1945гг. Казань: Медицина, 2020. 88 с.

19. Астапова Л.И. Деятельность эвакогоспиталей по лечебно-эвакуационному обеспечению советских войск в годы Великой Отечественной войны: Дис. ... канд. ист. наук. Воронеж, 2006. 271 с.

20. Организация оказания медицинской помощи раненым и пострадавшим: от поля боя до высоких технологий. М.: РАН, 2024. 296 с.

13. Declassified Documents on the Work of Moscow Evacuation Hospitals during the Great Patriotic War. (In Russ.). URL: [mos.ru> news> item](http://mos.ru/news/item).

14. The Work of Evacuation Hospital No. 3149, Deployed on the Basis of the 1st Clinical Hospital of the Medical Institute in 1941-1946. (In Russ.). URL: pkkb@med.permkrai.ru.

15. Every Second Evacuation Hospital in Sverdlovsk was Located in a School Building. (In Russ.). URL: [uralsky-rabochi.ru> news> item](http://uralsky-rabochi.ru/news/item).

16. Kuskov S.I. Evacuation Hospitals in the Chelyabinsk Region in 1939–1945 as an Object of Social Policy of the Soviet State. *Vestnik Chelyabinskogo Universiteta* = Bulletin of Chelyabinsk University. 2009;37;175:94-101 (In Russ.).

17. Kuskov S.I. *Evakogospitali v Chelyabinskoy Oblasti Nakanune i v period Velikoy Otechestvennoy Voyny: 1939–1945* = Evacuation Hospitals in the Chelyabinsk Region on the Eve of and during the Great Patriotic War: 1939–1945. Candidate Thesis (History). Chelyabinsk Publ., 2010. 250 p. (In Russ.).

18. Shvetsova D.K. *Podvig Medikov Tatarstana. Evakogospitali Respubliki v 1941–1945* = The Feat of Doctors of Tatarstan. Evacuation Hospitals of the Republic in 1941-1945. Kazan, Meditsina Publ., 2020. 88 p. (In Russ.).

19. Astapova L.I. *Deyatel'nost' Evakogospitalей po Lechebno-EvakuatSIONnomu Obespecheniyu Sovetskikh Voysk v Gody Velikoy Otechestvennoy Voyny* = Activities of Evacuation Hospitals for Medical and Evacuation Support of Soviet Troops during the Great Patriotic War. Candidate Thesis (History). Voronezh Publ., 2006. 271 p. (In Russ.).

20. *Organizatsiya Okazaniya Meditsinskoy Pomoshchi Ranenym i Postradavshim: ot Polya Boya do Vysokikh Tekhnologiy* = Organization of Medical Care for the Wounded and Injured: from the Battlefield to High Technologies. Moscow, Rossiyskaya Akademiya Nauk Publ., 2024. 296 p. (In Russ.).

ВНИМАНИЮ ЧИТАТЕЛЕЙ!

Подписной индекс журнала в каталоге «Пресса России» – 18269.

С 2022 г. в почтовых отделениях связи
подписка на журнал не принимается.

Оформить подписку на журнал можно в интернет-каталоге
«Пресса России» на сайтах:

www.ppressa-rf.ru и www.akc.ru (агентство «Книга-сервис»).

Подписка оформляется с любого номера журнала

Материал поступил в редакцию 16.05.25; статья принята после рецензирования 11.06.25; статья принята к публикации 16.06.25
The material was received 16.05.25; the article after peer review procedure 11.06.25; the Editorial Board accepted the article for publication 16.06.25