

**ОРГАНИЗАЦИЯ САНИТАРНОГО ТЫЛА 22 АРМИИ ЗАПАДНОГО ФРОНТА
В ИЮНЕ-ИЮЛЕ 1941 Г.****С.П. КОПЫЛ****Музей боевой славы Национальный Полоцкий историко-культурный музей-заповедник**

Исследуется процесс организации санитарного тыла общевойсковой армии Уральского военного округа на великолукском операционном направлении летом 1941 г.

Ключевые слова: санитарный тыл, санитарная служба, госпиталь, эвакуационный пункт, армия, корпус, дивизия.

В годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. в лечебных заведениях всех наименований было учтено госпитализированных 22 326 907 человек. Военно-медицинская статистика показывает, что из числа раненых, контуженных и обмороженных, поступивших за всю войну на излечение в медицинские учреждения, 71,7% возвращено в строй, 20,8% признано негодными к службе и уволено из армии с исключением с воинского учёта или в долгосрочные отпуска по болезни. И только около 7,5% умерло [7, С. 8, 241, 242].

Этот результат был достигнут, прежде всего, тем, что советская военная медицина в предвоенные годы активно развивалась и совершенствовалась. В организации её работы учитывались как достижения отечественной медицинской науки, так и опыт, полученный в ходе локальных войн и вооружённых конфликтов.

В масштабах стрелковой дивизии медицинское обеспечение боевых действий организовывалось санитарной службой дивизии. Возглавлял её начальник санитарной службы, который решал следующие основные задачи: руководство работой санитарных служб полков и принятие мер через штаб дивизии к целесообразному использованию сил и средств санитарной службы частей дивизии, обеспечение эвакуации раненых из медицинских пунктов частей на дивизионный медицинский пункт (ДМП). Кроме того, он организовывал обеспечение на ДМП неотложной квалифицированной медицинской помощи раненым и больным, их временную госпитализацию с последующей эвакуацией и пополнение израсходованного в частях дивизии медико-санитарного имущества. Для выполнения этих задач в непосредственном подчинении начальника санитарной службы дивизии имелся медико-санитарный батальон. Его командир являлся заместителем начальника санитарной службы дивизии.

В стрелковой роте санитарный инструктор и подчинённое ему санитарное отделение во время боя должен был оказать пострадавшим первую и доврачебную помощь, направить способных из них самостоятельно передвигаться на ближайший медицинский пункт и укрыть тяжелораненых от вторичных поражений, защитив их от неблагоприятных погодных условий. В зависимости от круга решаемых задач место нахождения санинструктора и санитаров определял командир роты. При длительном занятии ротой района обороны по распоряжению командира роты оборудовалось ротное санитарное убежище на 5-10 носилочных раненых.

Санитарный взвод стрелкового батальона развёртывал батальонный медицинский пункт (БМП), организовывал немедленный вынос и вывоз раненых из ротных районов, оказывал медицинскую помощь раненым в бою и их подготовку к дальнейшей эвакуации. Командир санитарного взвода батальона (военфельдшер) обязан был выделить в первую очередь раненых, которые нуждались в неотложной квалифицированной помощи, и эвакуировать их на полковой медицинский пункт (ПМП). Вынос и вывоз раненых из ротных районов должен был производиться во время боя. С этой целью военфельдшер обязан был выделить носилочные звенья в помощь санинструктору роты. Если санитарный взвод вынужден был задержаться, то к ротному району с ранеными выдвигался пост санитарного транспорта (ПСТ) с санитарными-носильщиками. Каждому звену начальник ПСТ назначал свой сектор и направление. Развёрнутый в 0,5-1,5 км от переднего края обороны, на нём оказывалась первая доврачебная помощь, которая заключалась в исправлении повязок, улучшении шинизации и подбинтовывания повязок, наложенных на поле боя. В том случае если раненый самостоятельно прибывал на батальонный медпункт с незабинтованной раной, то командир санитарного взвода производил обработку её окружности и накладывал первичную повязку [8, с. 5, 7].

Санитарная рота стрелкового полка организовывала вынос и вывоз раненых из ротных и батальонных районов. Для чего её командир до начала боя выделял санитарно-носильщиков и санитарный транспорт для усиления санитарных взводов батальонов. Он руководил их работой по специальности и через начальника штаба полка принимал меры по их рациональному использованию. Санитарная рота развёртывала полковой медицинский пункт и работу на нём, готовила раненых к эвакуации с него на пункт приёма легкораненых (ППЛ) и на дивизионный медицинский пункт (ДМП). А также решала задачу по пополнению израсходованного медико-санитарного имущества. ПМП развёртывался в 2-5 км от линии фронта. На нём оказывалась неотложная (первая) врачебная помощь, производилась первая медицинская сортировка и подготовка к дальнейшей эвакуации. Минимальный объём первой врачебной помощи заключался в остановке кровотечения, наложении на рану повязки, введением профилактических сывороток. Важной функцией ПМП являлась проверка наложенных кровоостанавливающих жгутов. В большинстве случаев жгут снимался, и кровотечение останавливалось путём перевязки повреждённого сосуда или применялся кровоостанавливающий зажим с оставлением его в ране. Лишь, в крайнем случае, жгут накладывался снова и раненого спешно эвакуировали. Хирургическое вмешательство производилось только в случаях непосредственной угрозы жизни. Смена повязок производилась лишь при полной их непригодности. Здесь же, как правило, заполнялись карточки передового медицинского района. В зависимости от состояния здоровья все подлежащие эвакуации, подразделялись на легкораненых, способных следовать самостоятельно пешком или выдержать перевозку на грузовом транспорте, и на тех, кто требует перевозки на оборудованном санитарном транспорте. Первая категория раненых под командой одного из них отправлялась пешком или на полковом транспорте подвоза (на порожняке) на ППЛ. Пункт помощи легкораненым развёртывался в районе дивизионного пункта обмена или в районе расположения ДМП. На нём решались задачи приёма раненых и больных, их осмотра, оказания квалифицированной медицинской помощи, организации питания и отдыха с последующей отправкой в тыл попутным дивизионным или армейским транспортом. ППЛ должен был быть рассчитан на поступление до 250 раненых в сутки. Вторая категория на санитарном транспорте, выделяемом медико-санитарным батальоном, эвакуировалась на ДМП. Отдельно выделялась группа легкораненых, остающихся на ПМП и группа нетранспортабельных раненых.

Гісторыя і краязнаўства рэгіёна і сумежных тэрыторый (1917–1945 г.)

Дивизионный медицинский пункт развёртывался силами медико-санитарного батальона дивизии в 6-10 км от линии фронта. Это удаление должно обеспечить оказание квалифицированной медицинской помощи раненым не позднее, чем через 6-8 часов после ранения, для чего к ПМП выдвигался санитарный транспорт из состава медико-санитарного батальона. ДМП являлся основным этапом хирургической помощи и эвакуации в войсковом районе. Комплектное имущество медико-санитарного батальона предусматривало его деление на два эшелона, что увеличивало пропускную способность, которая должна быть не менее 500 раненых и больных в сутки. Здесь же производилась временная госпитализация всех нуждающихся в ней.

Как показал опыт первых боёв с немецко-фашистскими захватчиками, БМП и ПМП размещались несколько ближе к линии боевого соприкосновения, чем того требовал Полевой устав. Это было вызвано необходимостью сокращения сроков эвакуации поражённых в тыл.

Решение на манёвр медицинскими силами и средствами в масштабах корпуса принимал начальник санитарного отдела корпуса. По мере необходимости в пределы района тыла дивизии выдвигался войсковой или как его стали позднее называть полевой подвижный госпиталь (ПВГ или ППГ). В зависимости от оперативной обстановки на фронте это мог быть один или несколько госпиталей подобного назначения. Такой госпиталь получил название полевого подвижного госпиталя первой линии. В нём, как правило, имелись те же подразделения, что и на ДМП. Иногда в него добавлялись рентгеновский кабинет и лаборатория. В ППГ первой линии операции производились на тех раненых, которые по каким-либо причинам не были прооперированы на ДМП и тех, кого доставили в госпиталь, минуя дивизионное звено. Полевой подвижный госпиталь первой линии стоял на одной линии с дивизионным медицинским пунктом и нередко выполнял те же функции. Однако раненые направлялись сюда не в порядке очерёдности, а на основании определённого отбора. Чаще всего госпиталь принимал наиболее тяжёлых раненых с ранениями груди, живота, головы, бедра и суставов. Это определялось тем, что подобные раненые требуют более длительных сроков госпитализации после оперативной обработки. Кроме того, санитарный отдел корпуса решал задачи по обеспечению эвакуации раненых и больных в эвакогоспитали первой линии госпитальной базы армии или непосредственно в головной эвакуационный пункт (ГОПЭП). Также в круг его задач входило оказание помощи санитарным транспортом подчинённым дивизиям, рационального использования медико-санитарных батальонов дивизий и приданных армейских средств усиления (санитарный транспорт, включая воздушный, отдельные роты медицинского усиления, автохирургические отряды, инфекционный госпиталь и т.п.).

В армейском тыловом районе раненые попадали в головной эвакуационный пункт, который организационно состоял из госпитальной части и эвакоприёмника. ГОПЭП являлся армейским лечебно-эвакуационным учреждением и подчинялся санитарному отделу армии и был предназначен для приёма, сортировки, размещения, оказания медицинской помощи, временной госпитализации и подготовки дальнейшей эвакуации раненых и больных. ГОПЭП развёртывался в районе ж.д. станции снабжения армии. Его госпитальная часть была предназначена для приёма из корпуса тех раненых и больных, которых по состоянию здоровья невозможно было в данный момент перевозить дальше в тыл. В эвакоприёмник поступали легкораненые из войскового района и раненые из госпитальной части, в состоянии которых наступило улучшение. Из ГОПЭП раненых и больных отправляли или в госпитальную базу армии (ГБА), или в госпитальную базу фронта (ГБФ).

Гісторыя і краязнаўства рэгіёна і сумежных тэрыторый (1917–1945 г.)

2.07.1941 г. в Городок прибыл из Идрицы формирующийся ППГ-207 под командованием военврача 2 ранга Е.Л. Воронова. Оставленное им направление Идрица – Себеж прикрыли два отдельных медико-санитарных батальона 21 механизированного корпуса, который формировался в окрестностях Идрицы, и к этому времени уже был втянут в бои под г. Двинском. Эти два ОМСБ фактически взяли на себя роль передовых подвижных госпиталей первой линии.

Однако ППГ-207 недолго простоял в Городке: 4.07.1941 г. он убыл в г. Великие Луки для окончательного доукомплектования.

Таблица 1. – Выписка из Перечня тыловых частей и учреждений 22 А на 4.07. – 5.07.1941 г.

Наименование	Потребность в единицах	Выделяется фронтом		Выделяется ГШ КА	
		в ед.	№ учреждения	в ед.	№ учреждения
Управление ПЭП	1	–	–	1	–
Эвакопремник на 100 мест	–	–	–	–	–
ППГ	6 (карандашом дописано – 10)	3	22, 23, 24	–	–
Инфекционный госпиталь	1	1	2301	–	–
Автохирургический отряд	1	–	–	1	53
Управление госпитальной базы	1	–	–	1	35
Эвакогоспиталь на 800 коек	3	1	431	–	–
Эвакогоспиталь на 500 коек	6	2	2069, 2075	–	–
Рота медусиления	1	–	–	–	–
Автосанрота	1	–	–	1	89
Обмывочно-дезинфекц. рота	1	–	–	1	41
Полевая механизирован. прачечная	3	–	–	–	–
Прачечный отряд	–	–	–	3	73, 74, 75
Санитарно-эпидемиологический отряд	1	–	–	1	36
Временный военно-сан. поезд	6	–	–	–	–
Постоянный военно-сан. поезд	2	–	–	–	–
Зуботехническая лаборатория	1	–	–	–	–
Патологоанатомическая лаборатория	1	–	–	–	–
Авиасанэскадрилья	1	–	–	–	–

[12, л. 5]

В приграничных военных округах, в том числе и в Западном особом военном округе, имелось ограниченное количество медицинских учреждений стационарного типа. Вместе

с санитарными частями и подразделениями они содержались в сокращённом составе. Считалось, что перед началом широкомасштабных боевых действий ещё в мирное время будет некий период, в ходе которого все необходимые для фронтов и армий медицинские учреждения и части будут отобилизованы до штатов военного времени. Должно это было произойти на 15 сутки мобилизации, а для тыла страны на 30-е сутки [5].

Таблица 2. – Состав санитарного тыла некоторых приграничных военных округов к началу войны

Санитарные учреждения	Прибалтийский особый военный округ	Западный особый военный округ
Госпитали	9	26
Склады	4	4
Санитарно-эпидемиологические лаборатории	1	4
Зуботехнические лаборатории	-	1

[6, с. 8-25].

24.06.1941 г. в 19.30 в г. Москве была подписана директива ГШ Красной армии № 47/ш об организации санитарного тыла ПриОВО. В ней определялось, что госпитальные базы 8 и 11 армий необходимо дислоцировать в районах: а) Шавли, Рига. Митава и Паневеж, б) Вильно, Каунас. Всех больных, нуждающихся в амбулаторном лечении, предписывалось выписать. Для расширения ёмкости госпитальных баз армий необходимо было использовать гражданские больницы, за исключением детских и инфекционных стационаров. В директиве предусматривалась и организация госпитальной базы Северо-западного фронта. С этой целью фронтовому эвакуационному пункту подчинялись Псковский местный эвакуационный пункт (МЭП) № 111, Новгородский МЭП № 110, Калининский МЭП № 38, г. Даугавпилс и Полоцкий МЭП № 112. В Полоцкий МЭП входили госпитали в г. Полоцке № 431 – 800 коек, № 2069 – 500 коек, № 2075 – 500 коек. Итого в Полоцке 1800 коек. В г. Невеле № 1131 – 200 коек, № 1132 – 200 коек и 40 оперативных коек. Итого в Невеле 440 коек. В Торопце № 1129, № 1130 и № 1427 – на 200 коек каждый, итого – 600 коек. В г. Великие Луки №423 – 100 коек, № 1126 – 400 коек, №1127 и № 1128 на 200 коек каждый. Всего в Великих Луках 900 коек. В Новосокольниках № 1316 – 200 коек. В Глубоком № 2065 – 200 коек. В Воропаеве № 2384 – 300 коек. В Поставах № 2086 – 300 коек. Всего Полоцкий МЭП №112 д.б. объединить 4540 коек. Местные эвакуационные пункты, являясь местными органами Санитарного управления Красной армии, обеспечивали работу военно-санитарного транспорта, распределение раненых по госпитальным гарнизонам, сбор сведений о коечной сети, хозяйственном положении, обеспеченности медицинскими кадрами. Кроме того они руководили лечебной, воспитательной и научной деятельностью эвакуационных пунктов, а также оказывали им методическую помощь, обеспечивали санитарный надзор за их работой, снабжали нарядами на продовольственное и вещевое довольствие как госпиталей, так и приписанных военно-санитарных поездов. В соответствии с директивой госпитали вышеперечисленных местных эвакуационных пунктов необходимо было принять от Западного особого, Московского, Ленинградского военных округов и Народных комиссариатов здравоохранения республик. А затем зачислить их на все

Гісторыя і краязнаўства рэгіёна і сумежных тэрыторый (1917–1945 г.)

виды довольствия округа. Из директивы можно сделать вывод, что эвакуация раненых из госпитальной базы 11 армии планировалась на г. Полоцк и далее на г. Торопец Калининской области. Кроме того, сделаем вывод, что, как минимум, в перечисленных военных округах и в ГШ Красной армии имелись разработанные схемы организации и развёртывания тыла. Однако вернёмся к директиве, которая отражает и отсутствие информации в Москве о положении дел на фронте, т.к. к моменту её подписания немецкие войска уже захватили г. Каунас, а к 22.30 вступили в г. Вильно. Имело свои виды на Полоцкое направление и командование Западным фронтом. Согласно директивы по тылу № 01/Т от 23.06.1941 г. санитарную эвакуацию раненых 3 армии надлежало производить на гг. Полоцк и Витебск. Таким образом, г. Полоцк, находившийся на стыке зон ответственности двух фронтов, планировался использоваться в интересах одновременно и Северо-Западного, и Западного фронтов, что вносило определённую сумятицу в плановую организацию путей эвакуации и оказания медицинской помощи раненым и больным. К 29.06.1941 г. граница зон ответственности проходила через Великие Луки, Полоцк и Ошмяны. Все населённые пункты для Западного фронта. К этому времени раненых 3 армии планировалось отправлять в ППГ первой линии, которые ещё нужно было развернуть на ж.д. станции Толочин, а далее в госпитальную базу армии в г. Оршу. Отступающей 50 стрелковой дивизии приказывалось организовать базирование на Лепельский военный госпиталь с последующей эвакуацией раненых так же в г. Оршу.

Постепенно втягиваясь в тяжёлые бои сразу на нескольких направлениях, командование 22 армии продолжало выстраивать схему санитарного обеспечения боевых действий. 3.07.1941 г. в адрес штаба Западного фронта за подписью начальника организационного отдела ГШ Красной армии поступила телеграмма, из которой следовало, что для 22 А Генеральным штабом запланированы Управление ПЭП № 9, а также 41, 42 и 43 эвакуационные пункты головного эвакуационного пункта, 22 рота медицинского усиления, полевые подвижные госпитали на механизированной тяге - №№ 478, 479, 480, 569, 570, 671, 672 и на гужевом (конном) транспорте - №№ 684, 685, 1115, 1119, 1120. Обеспечиваться они должны из головного санитарного склада № 1067 [12, л. 14].

Были уточнены и конечные пункты эвакуации в тыл страны. Приказом командующего войсками 22 А генерал-лейтенанта Ф.А. Ершакова № 01 от 4.07.1941 г. эвакуацию раненых и больных людей надлежало производить в Горький и Казань [10, л. 2].

Стремительное наступление противника к рубежу рр. Западной Двины и Днепра сорвало развёртывание тылов Северо-западного и Западного фронтов. Планы по формированию в г. Полоцке Управления местного эвакуационного пункта №112, ещё вчера считавшимся глубоким фронтовым тылом, потеряли свой смысл. Но для оказания организации врачебной помощи раненым, их обслуживания и эвакуации во фронтовую госпитальную базу до прибытия ПЭП № 9 для 22 армии необходим был полевой эвакуационный пункт. Поэтому Постановлением Военного Совета армии № 1 от 5.07.1941 г. в г. Великие Луки на базе ЭГ № 432 был сформирован полевой эвакуационный пункт, которому присвоили номер, существовавшего на бумаге Полоцкого МЭП - № 112. В его состав вошли Управление ПЭП по штату № 027/733 литер «А», Врачебная комиссия по штату № 027/717 – «а» и механизировано-прачечный отряд по штату № 024/731. Возглавил УПЭП № 112 военврач 1 ранга Ефим Исаевич Амханицкий, хороший организатор с 15-летней выслугой в Красной армии и имеющий практический опыт руководства Управлением ГОПЭП в ходе Советско-финляндской войны.

Первоначально полевому эвакуационному пункту были подчинены Полоцкие ЭГ №№ 2069, 2075, эвакуационные №№ 423, 1126, 1127, 1128, сформированные в основном 423-м стационарным госпиталем в г. Великие Луки, и 1131, 1132, развернутые в г. Невель и сформированные Невельским райвоенкоматом. Кроме того, в подчинение вошли эвакуационные госпитали №№ 1129, 1130 и 1427, сформированные в г. Торопец. Первые два были развернуты Торопецким РВК, а 1427 – Торопецким райздравотделом. Предлагалось ещё подчинить ЭГ №1316 на 200 коек в г. Новосокольники, но в связи с его передислокацией в г. Красный Холм такое предложение отпало. Этим же Постановлением Военного Совета № 1 от 5.07.1941 г. к ПЭПу № 112 были приписаны временные военно-санитарные поезда №№ 1015, 1016, 1017, 1018 и 1019. Иногда за ранеными в гг. Великие Луки и Торопец заходили постоянные военно-санитарные поезда №№ 35, 36 и 325. Из автотранспорта к эвакуационному пункту были приписаны четыре автобуса ЗИС-16, каждый из них рассчитанный на 12 носилочных раненых или 25 сидячих мест, автобус ЗИС-15 на 17 сидячих раненых и переделанный из полторки автобус, тоже предназначенный для перевозки 17 сидячих больных и раненых. В целом Управление ПЭП № 112 с военно-врачебной комиссией и автомобильным санитарным транспортом было сформировано благодаря огромной работе, проделанной Великолуцким городским военным комиссариатом. С прибытием механизировано-прачечного отряда № 135, он также был придан эвакуационному пункту. На все виды довольствия Управление со всеми формированиями было зачислено при 22 армии.

Оценивая работу в июле 1941 г. военврач 1 ранга Е.И. Амханицкий писал: «Работу Полевого эвакуационного пункта № 112 за время пребывания в 22 армии необходимо разбить на три периода. Первый совпадает с размещением Управления в г. Великие Луки в период с 5.7.41 по 16.7.41 включительно. Второй – соответствует пребыванию Управления полевого эвакуационного пункта в г. Торопец и отвечает периоду работы с 17.7.41 по 29.7.41 включительно. Третий период – соответствует переходу к новому месту расположения с одновременным ознакомлением прибывшего для обслуживания 22 армии Полевого эвакуационного пункта № 9 с входящими в него формированиями в период с 29.7 по 31.7.41 г.

Самым трудным являлся первый период работы. Наряду с боевым сколачиванием за время с 5.7.41 по 16.7.41, а также за прошедшие до организации полевого эвакуационного пункта дни с 30.6 по 5.7.41:

- поступило раненых и больных в госпиталю – 13377 чел.
- эвакуировано из госпиталей в тыл – 12092 чел.
- эвакуировано из санэшелонов – 2408 чел.
- возвращено в части - 312 чел.
- направлено в батальоны выздоравливающих – 42 чел
- уволено в отпуск – 3 чел
- уволено вовсе из РККА – 3 чел.
- умерло – 80 чел.

Оставалось к моменту перехода Управления с госпиталями в гг. Торопец, Осташков – 845 раненых и больных.

Гісторыя і краязнаўства рэгіёна і сумежных тэрыторый (1917–1945 г.)

За время работы в г. Великие Луки было подано 23 военно-санитарных поезда, которые совершили 46 рейсов. Как видно из приведённых данных, количество военно-санитарных поездов в условиях нестабильности развёртывания госпиталей и неукомплектованности Управления и госпиталей автосантранспортом, приводило к тому, что ВСП подолгу загружались. Эвакуация раненых шла далеко за пределы армии, ввиду невозможности их оставления в пределах неполностью развернувшейся базы фронта. Выход из положения был найден в формировании санлетучек из порожняка вагонов, которые, как правило, вывозили раненых из ближайше-развёрнутых впереди ПЭП(а) у железнодорожных станций, военных полевых госпиталей и медико-санитарных батальонов.

Головные эвакуопункты не были развёрнуты. Армейского санитарного транспорта для эвакуации не хватало. Основной поток раненых шёл порожняком непосредственно в г. Великие Луки не только из медсанбатов и военных полевых госпиталей, но и из более близких к переднему краю мест скопления раненых. За счёт сортировочного госпиталя и, частично, за счёт резерва медицинского состава, были созданы мощные приёмо-сортировочные пункты при госпитале и на вокзале, которые обеспечивали сортировку и организацию питания раненых и больных. При сортировочном госпитале работала врачебная комиссия, наблюдавшая за правильностью сортировки и здесь же проводившая свою работу» [14, л. 36-39].

Далее Ефим Исаевич Амханицкий продолжал: «Во второй период работы госпитали торопецкой группы и, направленные в г. Осташков из г. Невель и г. Великие Луки шесть госпиталей, получили приказание, дважды подтверждённое Санитарным отделом фронта, перейти в г. Свердловск. В составе 112 ПЭП(а) остались в г. Осташков ЭГ №№ 2069 и 2075. Вместо ушедших госпиталей из г. Торопца на их базе, получив от них большую часть оснащения, развернулись полевые подвижные госпитали №№ 29, 30, 31, 32, проработавшие здесь с 22.7.41 по 29.7.41 г.

Движение раненых и больных во второй период работы с 17.7 по 29.7.41:

- состояло раненых и больных – 845 чел.
- поступило в госпитали – 5635 чел.
- эвакуировано из госпиталей – 6075 чел.
- эвакуировано из санэшелонов – 1140 чел.
- возвращено в части – 246 чел.
- направлено в батальоны выздоравливающих – 130 чел.
- уволено вовсе из РККА – 1 чел.
- умерло – 30 чел.» [14, л. 39-41].

Из приведённых данных об организации и работе ПЭП № 112 видно, что среднее количество раненых, проходивших через госпитали ПЭП(а) равнялось в первый период 1007 человек в сутки при средней ёмкости коечного фонда по г. Великие Луки – 900 койко-мест. Подача поездов в среднем составляла 1,5 поезда в сутки. Т.е. без формирования санитарных летучек и помощи санитарной авиации Полевой эвакуопункт № 112 не справился бы с эвакуацией раненых из госпиталей и санитарных эшелонов в количестве 21715 человек. Таким образом, только за июль 1941 г. одним ПЭП(ом) было эвакуировано раненых на две стрелковые дивизии состава, с которым уральская 22 армия вступила в бой.

Таблица 3. – Дислокация санучреждений 22 армии по состоянию на 12.07.1941 г.

Место дислокации	Тип и номер санитарного учреждения
г. Невель	ЭГ № 1131 на 200 коек ЭГ № 1132 на 200 коек ППГ № 29 ППГ № 3 АХО № 26 [имеется в виду АХО № 36]
г. Торопец	ЭГ № 1129 на 200 коек ЭГ № 1130 на 200 коек ЭГ № 1427 на 200 коек
г. Великие Луки	ПЭП № 112 ЭГ № 1126 на 400 коек ЭГ № 1127 на 200 коек ЭГ № 1128 на 200 коек ЭГ № 423 на 100 коек ППГ № 207 АСР № 1 (не укомплектована)
г. Ржев	ЭГ № 431 на 800 коек
г. Пено	ЭГ №2075 на 500 коек
г. Осташков	ЭГ №2069 на 500 коек
ж.д. ст. Россоно	ППГ № 2
ж.д. ст. Клястицы	ППГ № 2262
ж.д. ст. Дретунь	ППГ № 2263

[13, л. 158, 159].

Таким образом, на 12.07.1941 г. санитарный тыл 22 армии Западного фронта должен был иметь 3700 госпитальных коек. При условии, что все госпитали развернуты по штатам военного времени. Реально на 8.07.1941 г. в эвакуогоспиталях 22 армии по штату должно было быть 2500 коек. Из своего резерва Западный фронт сумел выделить только 1900 коек. Т.о. для организации полноценной обработки и эвакуации раненых всех дивизий не хватало 600 коек [12, л. 87].

К 8.07 - 13.07.1941 г. немецкое командование против 22 армии сосредоточило силы и средства двух моторизованных и четырёх пехотных корпусов. Оборона советских войск оказалась прорвана сразу на нескольких направлениях. От г. Себеж на г. Великие Луки отступала 170 СД; от Дриссы и Дисны отходили на г. Невель части 112 и 98 СД; от г. Полоцка и г. Городка – на г. Невель части Полоцкого укрепленного района, 174 и 186 СД. С целью переломить ход борьбы в свою сторону Военный совет армии срочно выдвинул на угрожаемые направления 48 танковую, 126, 179 и 214 стрелковые дивизии. Однако к 19.07.1941 г. положение сложилось критическое. Немцы стремились окружить и уничтожить по частям советские войска. Под удар попадали как строевые, так и санитарные части и учреждения с большим количеством раненых.

В окружённом северо-западнее г. Невель 51 стрелковом корпусе к вечеру 23.07.1941 г. скопилось до 2000 раненых [11, л. 150]. Попытки пробиться оказались неудачными, и советское командование приняло решение выходить из окружения

Гісторыя і краязнаўства рэгіёна і сумежных тэрыторый (1917–1945 г.)

мелкими группами. Потеря централизованного управления означала разгром соединения. Два госпиталя, медсанбаты 98 и 112 стрелковых дивизий оказались предоставленными сами себе и к 25.07.1941 г. большей частью попали в плен. Удалось вырваться армейскому автохирургическому отряду № 36 под командованием военврача 3 ранга М.В. Дунье, призванного полоцким райвоенкоматом по мобилизации 23.06.1941 г. Представляя Михаила Владимировича к правительственной награде в январе 1942 г., его командир писал: «Оказавшись в окружении противника вместе с АХО с 15 по 23 июля 41 г., т. Дунье сумел вывести весь личный состав и имущество АХО, производя сам лично с несколькими красноармейцами разведку для продвижения из окружения. 23.VII.41 г. при отходе наших частей на новый рубеж скопилось свыше 300 чел. тяжелораненых бойцов и командиров РККА. Тов. Дунье под обстрелом противника сам лично с оружием в руках ссаживал с движущихся машин здоровых людей, а погружал раненых и, таким образом, вывез всех раненых, которым грозил плен и неминуемая гибель» [9]. При выходе из окружения фактически погибли, как санитарные единицы, полевые подвижные госпитали №№ 2 и 2262.

Генеральный штаб Красной армии, Санитарный отдел Управления тыла Западного фронта принимали меры к восстановлению санитарного обеспечения 22 армии. Вместо не вышедших из окружения, не развернувшихся до штатов военного времени санитарных частей и учреждений, из резерва выдвигались новые санитарные части и учреждения. Для восполнения потерь, понесённых в боях, из тыловых районов страны в 22 А прибывали врачи и средний медперсонал. Эти организационные мероприятия проходили на фоне тяжёлых оборонительных боёв и непрекращающегося потока раненых. Так, 27.07.1941 г. в санитарные учреждения армии поступило 832 человека, а 28.07.1941 г. – 861 человек.

Условные обозначения:

АСР – автосанитарная рота.

АХО – автохирургический отряд.

ВПГ (ПВГ) – военный полевой (полевой военный) госпиталь.

ВВСП – временный военно-санитарный поезд.

ГБА – госпитальная база армии

ИГ – инфекционный госпиталь.

МСБ – отдельные медико-санитарные батальоны дивизий.

ОДР – обмывочно – дезинфекционная рота.

ОРМУ – отдельная рота медицинского усиления.

ПАСС (ГАСС) – полевой (головной) армейский санитарный склад.

ППГ – полевой подвижный госпиталь.

СЭО – санитарно-эпидемиологический отряд.

УГБА – управление госпитальной базы армии.

УГЭП – управление головного эвакуприёмника.

УПЭП – управление полевого эвакуприёмника.

ЭГ – эвакуационный госпиталь.

ЭП – эвакуприёмник.

Таблица 4. – Состав санучреждений 22 армии по состоянию на 25.07. и 5.08.1941 г.

Наименование	25.07.1941 г.		5.08.1941 г.	
	номер	место дислокац.	номер	место дислокац.
ПЭП	112	Торопец	–	–
ПЭП	–	–	9	Торопец
ГПЭП	–	–	1	Торопец
ГПЭП	–	–	2	Андринополь, ст. Великополье
ГПЭП	–	–	3	ст. Охват
ЭП	–	–	41	Торопец
ЭП	–	–	42, 43	ст. Охват
ЭГ	1427, 2069, 2075	Осташков	–	–
ППГ	2, 29, 2262, 2263	Н/Сокольники	29, 32	ст. Пенно
ППГ	3, 207, 480	Великие Луки	3, 207	ст. Кунья
ППГ	30, 31	Торопец	30, 31	ст. Пенно
ППГ	25, 721	Нелидово	–	–
ППГ	684, 685, 473, 478, 479, 5272	Ржев	478, 479, 684, 685	Андринополь
ППГ	–	–	570, 571, 572	Торопец
ППГ	1115, 1119, 1120	Ржев	569, 721, 1115, 1119, 1120	ст. Охват
АХО	22	Торопец	53	Торопец
АСР	1	Торопец	1, 89	Торопец
Голсансклад	1606	Нелидово	1606	Андринополь
Голсансклад	–	–	1617	ст. Пенно
Прачечный от- ряд	129	Торопец	129	ст. Пенно
Прачечный отряд	–	–	74	Андринополь
Прачечный отряд	135	Осташково	–	–
Прачечный отряд ПЭП № 9	–	–	б/н	ст. Охват
Банно-прачечный отряд	–	–	75	Торопец
ВВСП	1015, 1016, 1017, 1018, 1019, 1030		1015, 1016, 1017, 1030	Медведево
ОДР	41	Ржев	41	Торопец
ГБА	35	Ржев	35	Соблаго
ОРМУ	–	–	22	Торопец
СЭО	–	–	36	Торопец
Зуботехн. лабо- ратория	–	–	б/н	ст. Пенно
Паталогоанат. лаборатория	–	–	б/н	ст. Пенно

[12, лл. 178, 312, 314].

Гісторыя і краязнаўства рэгіёна і сумежных тэрыторый (1917–1945 г.)

Только в первой декаде августа удалось начать выстраивать схему приёма, обработки, эвакуации раненых во фронтовую госпитальную базу и далее в тыл страны, а также обеспечения санитарных частей и учреждений медикаментами и оборудованием.

Таким образом, санитарное обеспечение боевых действий 22 армии строилось в соответствии с достижениями советской военной науки и практики. Схема организации санитарной службы армии частично использовала Схему развёртывания тыла как Прибалтийского, так и Западного особых военных округов. Особенно это ярко проявилось в оборонительном сражении на рубеже Западной Двины.

Прочие учреждения (постоянные и временные военно-санитарные поезда, санитарные летучки, полевые прачечные отряды, мех. прачечные, зуботехническая лаборатория, паталогоанатомическая лаборатория, авиационная санитарная эскадрилья).

ЛИТЕРАТУРА

1. Гирголав, С.С. Клиника ранений / С.С. Гирголав // Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. В 35 т. Т. 1 / гл. ред. Е.И. Смирнов, генерал-полковник м/с. – М. : Медгиз, 1951. – С. 66–69.
2. Кротков, Ф.Г. Военно-санитарный справочник. Наркомздрав СССР [Электронный ресурс] / Ф.Г. Кротков, А.Н. Соколов, Л.А. Ходорков ; под ред. Ф.Г. Кроткова. – М. : Медгиз, 1941. – 524 с. – Режим доступа: http://mirknig.su/knigi/military_history/111538-voenno-sanitarnyy-spravochnik.html. - Дата доступа: 19.01.2018.
3. Либов, Л.Л. Характеристика этапов эвакуации и их лечебные функции / Л.Л. Либов // Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. В 35 т. Т. 1 / гл. ред. Е.И. Смирнов, генерал-полковник м/с. – М. : Медгиз, 1951. – С. С. 98–120.
4. Медицинская служба [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://бмэ.org/index.php/МЕДИЦИНСКАЯ_СЛУЖБА. – Дата доступа: 19.01.2018.
5. Организация здравоохранения России в годы Великой Отечественной Войны 1941-1945 гг. [Электронный ресурс]. – Режим доступа <http://www.km.ru/referats/2541D813C9884F77AF2ADAC7B6774C6F>. – Дата доступа: 19.01.2018.
6. Пастуховский, Г.П. Развёртывание оперативного тыла в начальный период войны / Г.П. Пастуховский // Военно-исторический журнал. – 1988. – № 6. – С. 18–25.
7. Россия и СССР в войнах XX века: Статистическое исследование / М-во обороны Российской Федерации ; под общ. ред. Г.Ф. Кривошеева. – М. : ОЛМА-ПРЕСС, 2001. – 608 с. : ил.
8. Руководство для ротных санитаров и санитаров-носильщиков [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://partizan.forumei.com/t282-topic#2124>. – Дата доступа: 19.01.2018.
9. Центральный архив Министерства обороны Российской Федерации (ЦАМО РФ). – Ф. 33. Оп. 682524. Ед. хр. 319. № записи. 11495579 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://podvignaroda.ru/?#id=11495579&tab=navDetailDocument>. – Дата доступа: 18.01.2018.

10. ЦАМО РФ. – Ф. 376. Оп. 10807. Д. 3.
11. ЦАМО РФ. – Ф. 376. Оп. 10803. Д. 34.
12. ЦАМО РФ. – Ф. 208. Оп. 2563. Д. 17.
13. ЦАМО РФ. – Ф. 208. Оп. 2563. Д. 12.
14. ЦАМО РФ. – Ф. 35104. Оп. 25104. Д. 1.

THE ORGANIZATION OF MEDICAL ASSISTANSE IN THE REAR OF THE 22ND ARMY
OF THE WESTERN FRONT IN JUNE-JULY 1941.

S. KOPYL

It investigates the process of the organization of medical assistanse in the rear of the general military army of the Ural military region at the operational front in the town of Velikie Luki in the summer of 1941.

Keywords: *medical assistanse in the rear, health officer's service, hospital, evacuation centre, army, military corps, division.*