

РАЗВИТИЕ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ XX ВЕКА ДО НАЧАЛА ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ. Сообщение 3

Кафедра организации медицинского обеспечения войск
и экстремальной медицины ВМедФ в БГМУ

Данная статья является продолжением краткого курса истории военной медицины, изложенного в журнале «Военная медицина» №№ 2, 3 2007 г.

Сразу после русско-японской войны была создана комиссия, рассмотревшая итоги работы военно-медицинской службы и подготовившая несколько новых документов, изменявших и улучшавших, по мнению авторов, работу военных медиков.

В соответствии с новым «Положением о военно-санитарных учреждениях военного времени» сохранялись полковые лазареты, развертывавшие передовой перевязочный пункт с прежними его функциями. Вместо дивизионного лазарета для развертывания главного перевязочного пункта вводился перевязочный отряд с двумя самостоятельными отделениями. При отряде состояли роты санитаров-носильщиков и специальный санитарный обоз для перевозки раненых и больных. Дивизионный врач впервые освобождался от непосредственного руководства главным перевязочным пунктом и сосредотачивался на руководстве работой всех медицинских средств соединения.

Взамен полевых подвижных госпиталей, придаваемых дивизии, воссоздавались дивизионные лазареты каждый на 210 мест из расчета по 2 – на дивизию. Для усиления медицинской службы дивизии в составе головных эвакуационных пунктов сохранялись бывшие полевые подвижные госпитали, а в составе тыловых-запасные госпитали. В крепостях дополнительно к постоянному крепостному госпиталю развертывался еще и временный. Полевые запасные и сводные госпитали, ранее действовавшие на распределительных и окружных эвакуационных пунктах тыла страны, стали именоваться соответственно эвакуационными и сводными эвакуационными госпитальями. Транспортные средства были представлены прежними временными и постоянными конными военно-санитарными транспортом, но во главе постоянного транспорта вместо строевого офицера был поставлен старший врач.

В соответствии с новым «Временным положением об эвакуации больных и раненых» вся эвакуационная территория разделялась на эвакуационные районы армий, передовые эвакуационные районы фронтов и внутренний эвакуационный район страны. Общее руководство эвакуацией раненых и больных осуществлял главный начальник санитарной части армии и фронта (не врач), а во внутреннем эвакуационном районе – начальник Эвакуационного управления Главного управления Генерального штаба (ГУГШ). Организацией

эвакуации в эвакуационном районе отдельных армий занимался эвакуационный отдел управления главного начальника санитарной части армии, в передовых эвакуационных районах фронта – головные (сборные) – один на армию, входящую в состав фронта – и тыловые эвакуационные пункты, заменившие прежние эвакуационные комиссии, а во внутреннем районе страны – распределительные и окружные эвакуационные пункты. «Рассеиванием увечных воинов» в губерниях занимались «губернские попечительные о раненых и больных воинах комитеты».

«Инструкция для сортировки раненых и больных и перевозки их в военно-санитарных поездах» 1914 г. предполагала эвакуацию раненых и больных этими поездами с головных эвакуационных пунктов, а новое «Положение о военно-санитарных поездах» сохраняло их разделение на постоянные и временные, а по составу и месту обращения – на полевые и тыловые. Важным новшеством явилось упразднение должности коменданта (строевого офицера) поезда и возложение его обязанностей на старшего врача.

Недостатком «Временного положения об эвакуации раненых и больных» было то, что оно официально закрепляло распыление, казалось бы, единого процесса эвакуации и лечения раненых и больных по различным ведомствам и сосредотачивало важнейшие административно-медицинские функции в ведении строевых офицеров. Вопросами оказания медицинской помощи раненым и больным и их эвакуацией занимались военное ведомство, а также медико-санитарные и транспортные формирования РОКК и Всероссийских Союзов городов и Земского союза.

Организация лечебно-эвакуационного обеспечения войск русской армии в последовавшей вскоре первой мировой войне (1914-1917 гг.) имела целый ряд отличительных особенностей.

Во-первых, огромные и более сложные по своей структуре санитарные потери, включавшие, помимо раненых и больных, еще и пораженных «удушливыми газами».

Во-вторых, повальное увлечение «эвакуацией во что бы то ни стало», «извоза» отработанного на войне человеческого материала в тыл вне связи с лечебным процессом и, несмотря на то, что 61 % из всех раненых и больных были легко-раненые.

Первым, открыто возразившим против подобной практики был профессор ВмедА Владимир Андреевич Оппель (1872-1932 гг.). Он являлся выпускником ВмедА (1896 г.), впоследствии ставшим видным хирургом, организатором военной медицины и гражданского здравоохранения, профессором, одним из основоположников военно-полевой хирургии и клинической эндокринологии в СССР.

Круг научных интересов В.А.Оппеля весьма обширен и многообразен, но особое внимание им уделялось вопросам организации хирургической помощи на театре военных действий, травматологии, нарушении кровообращения, урологии, эндокринологии.

В.А. Оппель считается основоположником учения об этапном лечении раненых на ТВД. Им, на основе личного опыта работы хирургом-консультантом ряда фронтов во время первой мировой войны, было разработано учение об этапном лечении раненых, необходимости приближения активной хирургической помощи раненых к полю боя, специализации полевых госпиталей, создании резервов медицинской службы на наиболее важных направлениях боевых действий. Эти положения вошли в основу "Инструкции по организации хирургической помощи раненым на фронте", разработанной академиком Н.А. Вельяминовым и им же было предложено ввести в штат медицинской службы фронтовых хирургов-консультантов, которые бы способствовали организации медицинской помощи раненым и больным.

В дальнейшем, после окончания первой мировой и гражданской войн, В.А.Оппель в течение многих лет руководил академической хирургической клиникой ВмедА, был президентом ВмедА (1917 г.), а с 1931 г. возглавил первую в СССР клинику военно-полевой хирургии ВмедА.

В.А.Оппель широко известен и как хирург предложивший ряд новых и оригинальных операций и создавший свою школу хирургов, к которой относились М.Н. Ахутин, С.И. Банайтис, С.С. Гирголаз, М.С. Лисницян и др.

В.А.Оппель признан как выдающийся последователь Н.И.Пирогова в области военно-полевой хирургии.

Военные медики принимали непосредственное участие в разработке и применении различных методов защиты личного состава войск от боевых отравляющих веществ и лечения "газоотравленных". В этой войне впервые для нужд медицинской службы был использован автомобильный транспорт.

После Великой Октябрьской социалистической революции 1917 г. военно-медицинская организация старой армии стала разрушаться, но начавшаяся гражданская война и военная интервенция приостановили этот процесс. На первых порах в составе новой Красной Армии формировались разношерстные медицинские подразделения и учреждения типа передовых и тыловых железнодорожных "летучих санитарных отрядов". Этот процесс проходил более организованно там, где имелись военные врачи с опытом работы во время войны и имелись соответствующие материально-кадровые ресурсы. В ноябре 1918 г. была предпринята попытка перехода медицинской службы Красной Армии на единые штаты, но более планомерный характер этот процесс имел при строительстве армии на основе обязательной военной службы.

С мая 1918 г. Главное военно-санитарное управление (ГВСУ) полностью взяло на себя эвакуацию раненых и больных. Им были разработаны и затем утверждены Народным комиссариатом по военным делам (Наркомвоен) "Временная инструкция учреждениям и заведениям, ведающим эвакуацией" и "Временная инструкция по эвакуации больных и раненых от боевой линии до головного эвакуационного пункта".

та".

В соответствии с этими документами медицинская служба становится полновластным руководителем всего лечебно-эвакуационного процесса, что создавало предпосылки для реализации на деле принципа этапного лечения эвакуируемых. Руководство эвакуацией раненых и больных на ТВД занимались эвакуационные отделы управлений начальников санитарной службы армий и фронтов, а общее руководство осуществлял эвакуационный отдел ГВСУ.

В общей схеме эвакуации на ТВД предусматривалось развертывание, последовательно от фронта в тыл, вспомогательного батальонного, полкового, бригадного перевязочных пунктов, дивизионного лазарета и подвижного госпиталя, а так же госпиталей армейского, фронтового, вспомогательного и местного эвакуационных пунктов.

Эвакуация раненых и больных от полковых перевязочных пунктов до госпиталей армейского эвакуационного пункта и между госпиталями велась, в основном, конным, реже автомобильным санитарным транспортом и транспортом подвоза, а далее в тыл страны – временными и постоянными военно-санитарными поездами (ВВСП, ПВСП).

В мае 1918 г. постановлением Совета Народных Комиссаров (СНК) были признаны Женевские и другие международные конвенции, касающиеся Общества Красного Креста, а приказом Реввоенсовета Республики (РВСР) введены правила обязательного пользования всеми военно-санитарными учреждениями и персоналом флага и наркуавных повязок Красного Креста.

По завершении создания регулярной Красной Армии, в декабре 1919 г. приказом РВСР № 2314 вводится в действие "Схема эвакуации больных и раненых от боевой линии до фронтового распределителя", окончательно закреплявшая установившуюся в ходе гражданской войны и военной интервенции систему лечебно-эвакуационного обеспечения войск Красной Армии. В соответствии с ней на каждом эвакуационном направлении и в зоне эвакуации должны были действовать дивизионный, армейский и фронтовой распределители-заградители. Каждый из них, надлежащим образом оборудованный и оснащенный, обязан был принять раненых и больных, осуществить их медицинскую сортировку, оказать требуемую квалифицированную и специализированную медицинскую помощь, оставив для стационарного лечения на месте, в районах армейского и фронтового распределителей-заградителей, максимально возможное число раненых и особенно инфекционных больных при минимальной их эвакуации в голодавшие и охваченные эпидемиями промышленные центры России.

По окончании гражданской войны и иностранной интервенции был обобщен организационный опыт лечебно-эвакуационного обеспечения войск и выработаны основные требования по его развитию и улучшению. Вначале эти требования были отражены в боевых регламентирующих документах, таких как "Временный полевой устав Красной Армии" и других и только в июле 1929 г. совместным приказом РВС СССР и Народного комиссариата здравоохранения РСФСР № 161 было введено в действие "Руководство по санитарной эвакуации в РККА". В нем был закреплён принцип этапного лечения раненых и больных, в основу которого были положены своевременность, непрерывность, последовательность и преемственность оказываемой им лечебной помощи, организация их эвакуации по принципу на "себя" и заблаговременное планирование лечебно-эвакуационного обеспечения войск. Руководство закрепило и "дренажный тип" медицинской эвакуации, при которой регламентировалось прохождение эвакуируемых по всей цепочке этапов медицинской

☆ История военной медицины

эвакуации, развернутых от фронта в тыл и эвакуацию "по направлению".

Согласно "Руководству" схема лечебно-эвакуационного обеспечения войск на ТВД включала в ротеротный пост медицинской помощи (РПМ), в батальоне – добавочный пункт медицинской помощи (ДПМ), в полку – передовой (полковой) пункт медицинской помощи (ППМ) во главе с врачом, в дивизии – главный пункт медицинской помощи (ГПМ) со стационаром на 60 коек, а по необходимости и вспомогательный пункт медицинской помощи (ВПМ), развертываемый перевязочным отрядом дивизии, полевой подвижной госпиталь дивизии на 200 мест, в стрелковом корпусе – два корпусных подвижных госпиталя каждый по 200 мест, а в армии, при распределительной станции – полевой эвакуационный пункт (ПЭП), выдвигавший вперед на грунтовый участок эвакуонправления свое нештатное головное отделение (ГОПЭП), во фронте, при станции снабжения – фронтовой эвакуационный пункт (ФЭП). Во внутреннем районе страны, при узловых станциях, устраивались распределительные и местные эвакуационные пункты (РЭП и МЭП). Предполагалось рассредоточение полевых подвижных и эвакуационных (неподвижных) госпиталей между дивизиями, корпусами и армиями, отмечалось отсутствие в последних инфекционных госпиталей. В эвакуационных отрядах дивизий и армий преобладали санитарно-транспортные средства на конной тяге и только с полевого эвакуопункта армейского звена медицинской службы действовали военно-санитарные автомобильные отряды и временные военно-санитарные поезда, а с фронтового эвакуопункта – постоянные военно-санитарные поезда.

В дальнейшем в систему лечебно-эвакуационного обеспечения войск Красной Армией вносились существенные коррективы.

К этому же периоду относится острая полемика по поводу ведомственной принадлежности системы военной медицины, возникшая между К.Е. Ворошиловым, в 20-30-е годы возглавлявшим Народный комиссариат СССР по военным и морским делам (Наркомвоенмор СССР) и Народным комиссаром здравоохранения (НКЗ) РСФСР Николаем Александровичем Семашко и его заместителем по НКЗ РСФСР-начальником Военно-санитарного управления РККА Зиновием Петровичем Соловьевым.

Семашко Николай Александрович (1874-1949 гг.) – видный теоретик и организатор здравоохранения, первый народный комиссар здравоохранения РСФСР (1918-1930 гг.), академик Академии медицинских наук (АМН) (1944 г.) и Академии педагогических наук РСФСР (1945 г.), выпускник медицинского факультета Казанского университета, активный участник Великой Октябрьской социалистической революции.

Под его руководством были заложены теоретические и организационные основы советского здравоохранения, созданы новые разделы здравоохранения, такие, как охрана материнства и младенчества и санитарно-курортное дело, перестроена система высшего медицинского образования.

При активном участии Н.А. Семашко был основан Государственный научный институт народного здравоохранения им. Л.Пастера, на базе которого впоследствии выросла целая сеть научно-исследовательских институтов.

Н.А. Семашко с 1922 г. и до своей кончины руководил кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения медицинского факультета Московского государственного университета (позднее 1-й



В.А. Ошпель
(1872-1932)

Московский медицинский институт).

По окончании Великой Отечественной войны Н.А. Семашко было организовано изучение санитарных последствий войны, в том числе ее влияние на течение туберкулеза, сердечно-сосудистых заболеваний, эпидемиологию и клиническое течение малярии.

Н.А.Семашко участвовал в создании АМН СССР и был членом ее Президиума. Он был инициатором первого издания Большой медицинской энциклопедии.

Его именем названы многие лечебно-профилактические учреждения бывшего СССР, в том числе 9-я клиническая больница г.Минска, и учреждена премия АМН в области теории и истории советского здравоохранения.

Соловьев Зиновий Петрович (1876-1928 гг.) – один из крупнейших организаторов и теоретиков гражданского и военного здравоохранения, выпускник медицинского факультета Казанского университета (1904 г.). В качестве врача отряда участвовал в русско-японской войне.

После Великой Октябрьской социалистической революции совместно с Н.А. Семашко создавал новый Народный комиссариат здравоохранения РСФСР, одновременно возглавляя Главное военно-санитарное управление Красной Армии (1920 г.) и на этом посту приложил огромные усилия по созданию и развитию советской военной медицины. Под его руководством была проведена колоссальная работа по борьбе с сыпным и возвратным тифами. Являясь заместителем Н.А. Семашко по НКЗ РСФСР, З.П. Соловьев стремился объединить усилия гражданского и военного здравоохранения направленные на обслуживание войск Красной Армии.

З.П. Соловьевым были разработаны многие положения военной медицины, в которых он обращал внимание на медицинское обеспечение военного призыва, обслуживание красноармейцев, организацию работы врачебного состава, качественное оснащение войсковых лечебных учреждений медицинским имуществом и другие. Обращая внимание на военно-медицинское образование, он считал, что усложнение военного дела, моторизация армии и оснащение ее новыми видами вооружений предъявляют повышенные требования к кадрам военных медиков. По его мнению, кадровый военный врач должен был обладать всесторонними как военно-медицинскими, так и военными знаниями с тем, чтобы взять на себя руководящую роль по подготовке врачей запаса, вливающих на армию в период военного положения.

Суть разногласий между К.Е. Ворошиловым и руководителями НКЗ РСФСР и ГВСУ РККА Н.А. Семашко и З.П. Соловьевым сводилась к тому, что сложилось такое положение, при котором низовое звено военной медицины, обеспечивающее санитарное и медицинское обслуживание войсковых единиц входило непосредственно в штатный состав войсковых соединений, а центральный орган, ведающий здравоохранением в Вооруженных Силах, – Главное Военно-санитарное управление – состоял при Народном комиссариате здравоохранения РСФСР. Подобная ситуация, по мнению К.Е. Ворошилова, была недопустима и негативно отражалась на работе многих звеньев военной медицины. Им было предложено переподчинить ГВСУ РККА, организационно входившее в НКЗ РСФСР, Народному комиссариату по военным и морским делам СССР, то есть полностью сосредоточить всю военную медицину в одних руках. Об этом К.Е. Ворошилов 6 июня 1928 г. направил в Политбюро ЦК ВКП(б) доклад, в котором он отмечал, что "вопросы са-



Н.А.Семашко
(1874-1949)

нитарного и медицинского обслуживания войсковых единиц, как и вопросы гигиены, относятся к ряду важнейших вопросов, составляющих одну из основных забот войскового командования в целях поддержания войск на должном боевом уровне. Поэтому низовые военные органы здравоохранения не только вплотную приближены к войскам, но и входят непосредственно в штатный состав войсковых соединений. Между тем, центральный орган, ведающий здравоохранением в армии – Главное Военно-санитарное управление – состоит при НКЗ РСФСР, в связи с чем установлена полная зависимость Наркомвоенмора от НКЗ РСФСР в вопросах военно-санитарного и медицинского обслуживания армии”.

Последствиями такого положения К.Е.Ворошилов считал: низкий уровень возможностей решения вопросов улучшения условий службы и быта военнослужащих, низкий уровень подготовки военно-медицинских кадров войскового звена, оторванность ГВСУ от органов военно-медицинского управления на местах, что в целом негативно отражается на отношении медицинского состава к своим служебным обязанностям, невнимательностью при обращении красноармейцев за медицинской помощью, отсутствие должного санитарного надзора за приготовлением пищи, гигиеной в казарме и т.д.

Народный комиссар здравоохранения Н.А.Семашко и его заместитель по НКЗ РСФСР – начальник ГВСУ РККА в свою очередь 16 июня 1928 г. направили в Политбюро ЦК ВКП(б) свой доклад, в котором высказывали прямо противоположное мнение и отмечали преимущества нахождения ГВСУ в составе НКЗ РСФСР, которое обеспечивало возможность использования запасов и опыта всего дела здравоохранения в интересах РККА, снижение эпидемической заболеваемости до уровня ниже довоенного, “падение венеризма, туберкулеза, уменьшение заболеваемости и смертности вообще”. Отвечая на критику К.Е. Ворошилова Н.А. Семашко указывал на то, что отрыв санитарного дела в Вооруженных Силах от НКЗ РСФСР немедленно и негативно отразится на состоянии медицинского обеспечения войск, а создание ведомственной системы здравоохранения возродит бюрократическое зло и разрушит общность работы медицинских работников по решению задач здравоохранения, неизбежно приведет к возникновению межведомственных трений и параллелизма в работе, дублированию органов управления, неэкономной трате сил и средств. Для решения этого вопроса потребуются новые финансовые затраты и новые схемы в создании мобилизационных ресурсов здравоохранения. Что же касается недостатков в проведении санитарного надзора в воинских частях, то они, по мнению Н.А. Семашко обусловлены другими причинами. Он считал, что небодобросовестное отношение, в отдельных случаях, врачей к своим обязанностям зависит от служебно-правового положения медицинского состава, определяемого действующими в РККА уставами, низкими перспективами войсковых врачей на продвижение по службе из-за ограниченной численности высших медицинских должностей, невысокими ставками денежного довольствия и ограниченностью медицинского состава в правовом отношении, по сравнению с командным и политическим составом.

Момент истины в этом противостоянии наступил в 1929 г. во время проведения всеармейских летних маневров под Бобруйском (Западный особый военный округ, Белоруссия), в которых принимала участие и военно-медицинская служба. На этих маневрах впервые удалось прозреть действительность существовавшей системы медицинского обеспечения войск в условиях приближенных к конкретной оперативной



Б.К. Леонардов
(1892 – 1939)

тактической обстановке. В ходе учения было установлено, что система медицинского обеспечения войск громоздка и трудноуправляема, медицинские подразделения и части малоподвижны, располагают недостаточными госпитальными средствами и имеется их значительное техническое отставание на фоне общего технического и тактического развития войск.

Таким образом, по результатам этих маневров и в обстановке чрезвычайно усилившейся опасности возникновения новой войны, отмечалось, что боевая подготовка всего личного состава в том числе и медицинского, Вооруженных Сил приобрела особо важное значение, в связи с чем специально созданной, по решению СНК СССР, комиссией 2 июля 1929 г. было принято решение о включении ГВСУ в состав Народного комиссариата по военным и морским делам СССР. Это решение было утверждено Постановлением ЦИК и СНК СССР от 7 августа 1929 г. и объявлено в приказах РВС СССР от 13 октября и ГВСУ РККА от 19 октября того же года. Так завершилось это противостояние идей талантливых деятелей отечественного здравоохранения и военачальников.

В мае 1932 г. завершается переработка медицинских разделов всех уставов и наставлений военного времени и принимается новая номенклатура боевых поражений и заболеваний. Руководство по санитарной эвакуации в РККА 1929 г. заменяется “Уставом военно-санитарной службы РККА” (войсковой район). В нем принцип этапного лечения по направлению дополняется требованием “эвакуации по назначению” и упорядочиваются наименования этапов в войсковом районе. В числе этапов медицинской эвакуации появились – батальонный пункт медицинской помощи (БПМ), полковой пункт медицинской помощи (ППМ) с врачами, дивизионный пункт медицинской помощи (ДПМ), дивизионный госпиталь (ДГ) и пункт сбора легкораненых (ПСЛ) Корпусные полевые подвижные госпитали ликвидировались. Но не все нововведения имели под собой достаточные основания и поэтому в декабре 1935 г. на базе перевязочного, эвакуационного и эпидемического отрядов, имевшихся в дивизии, был создан отдельный медико-санитарный батальон (ОМСБ). В армейском звене медицинской службы появились армейские полевые госпитали (АПГ), автохирургические отряды (АХО), группы медицинского усиления (ГМУ), автосанитарные взводы (АСВ) и роты (АСР), отряды и эскадрильи санитарной авиации. В штат управления ПЭП (УПЭП) вводится штатное ГО-ПЭП. С учетом этих организационно-штатных изменений в 1938 г. был разработан проект “Устава полевой санитарной службы РККА”.

Бобруйские маневры, проведенные в Западном Особом военном округе, кроме того, выявили слабую военно-медицинскую подготовку военных врачей, на что было обращено внимание ГВСУ Красной Армии. Поэтому одним из мероприятий по устранению недостатков было улучшение преподавания в ВмедА военных и военно-медицинских дисциплин. Одной из мер, осуществленных в первую очередь, явилось объединение разрозненных и недостаточно мощных самостоятельных курсов военных дисциплин “санитарной тактики” в единую кафедру военных и военно-санитарных дисциплин (ВВСД) ВмедА, которую с 23 марта 1931 г. возглавил Борис Константинович Леонардов (1892-1939 гг.).

В его лице кафедра ВВСД получила руководителя с огромным опытом организаторской работы, сочетавшего в себе качества хорошо подготовленного в теоретическом и практическом отношении деятеля военной медицины и талантливого, широко эрудированного педагога, прекрасного методиста, имевшего еще до прихода в академию несколько публика-

ций в периодической печати и ряд изданий монографического и учебно-методического характера.

Б.К. Леонардов был выпускником медицинского факультета Московского государственного университета, видным специалистом в области организации и тактики медицинской службы, доктором медицинским наук, профессором, участником гражданской войны, принимавшим непосредственное участие в организации медицинской службы Красной Армии и разработке наставлений и других документов, регламентирующих ее деятельность.

Б.К. Леонардов, находясь на руководящей работе в ГВСУ с 1921 по 1931 г., одновременно преподавал военно-санитарное дело в Ростовском университете (с 1920 г.), Военной академии РККА им. Фрунзе (с 1924 г.) и 1-м Московском медицинском институте (с 1929 г.). Возглавив кафедру военных и военно-санитарных дисциплин ВмедА, он внес много нового в методику организации и проведения медико-тактических учений.

За относительно короткий срок ему удалось превратить кафедру в подлинно научный и учебно-методический центр медицинской службы Вооруженных Сил в области организации и тактики медицинского обеспечения войск. К преподаванию были привлечены строевые командиры и военные врачи с большим стажем руководящей работы. На должности преподавателей кафедры ВВСД в 1934 г. были назначены первые адъюнкты, успешно защитившие на кафедре кандидатские диссертации. Учебный процесс на кафедре был реорганизован и стал более стройным и последовательным.

В годы, предшествовавшие Великой Отечественной войне, коллектив кафедры внес немалый вклад в развитие теоретических основ организации медицинского обеспечения войск. Это диктовалось начавшейся коренной реорганизацией РККА, изменением технического оснащения Вооруженных Сил, а также нарастающей угрозой новой мировой войны. Этим процессам способствовала научная деятельность Б.К. Леонардова. Им было опубликовано свыше 130 научных и научно-популярных работ, в том числе монографий, учебников и учебных пособий, в которых были разработаны и теоретически обоснованы ряд важных разделов организации и тактики медицинской службы: организация и методика управления медицинской службой, медицинская разведка, принципы эшелонированного лечения, эвакуационная сортировка, планирование медицинского обеспечения армейской операции. При его непосредственном участии осуществлялась реорганизация войсковой медицинской службы в середине 30-х годов.

К сожалению, перед войной не все идеи Б.К. Леонардова были реализованы. К примеру, не было принято его предложение о создании ВмедА им. С.М. Кирова, по примеру других военных академий, факультета подготовки "санитарных командиров", что пришлось делать Е.И. Смирнову уже в ходе Великой Отечественной войны (1942 г.), а также о создании "санитарного полигона" и штатного учебного подразделения. Деятельность кафедры, руководимой Б.К. Леонардовым, объединила военных врачей, избравших своей специальностью молодую, но далеко не всеми признаваемую отрасль военной медицины — организацию и тактику медицинской службы и ставших ее подлинными энтузиастами, что явилось несомненной заслугой Б.К. Леонардова, поставившего его в ряд видных организаторов военной медицины.

Свою проверку обновленная медицинская служба Красной Армии прошла в ходе локальных боевых столкновений у оз. Хасан (1938 г.), на р. Халхин-Гол (1939 г.) и, особенно, в советско-финляндской войне (1939-1940 гг.). Последняя представляла собой фронтную наступательную операцию на

Северо-Западном ТВД в особо трудных условиях зимнего времени.

Итоги деятельности медицинской службы РККА в этой войне были детально обсуждены на трех пленумах Ученого медицинского совета при начальнике ГВСУ РККА, а также на специальной расширенной конференции (апрель 1940 г.) и сборе руководящего медицинского состава (апрель 1941 г.).

В итоге этого обсуждения был подготовлен новый проект "Устава полевой санитарной службы РККА" (1940 г.), который был дополнен указаниями по организации медицинского обеспечения армейских и фронтовых объединений. Этот "Устав" был положен в основу проекта "Наставления по санитарной службе Красной Армии" (1941 г.).

В целом, на основе этих документов, а также разработанной в то время "единой полевой военно-медицинской доктрины" принцип этапного лечения раненых и больных с эвакуацией по назначению был окончательно закреплен, а силы и средства медицинской службы также претерпели ряд изменений. В частности, в стрелковых батальонах врачи были заменены старшими фельдшерами, но особенно большие изменения произошли в ОМСБ. В его штат дополнительно были введены госпитальная рота, взвод сбора и хирургической обработки легкораненых, санитарный взвод пополнен отделением санитарно-химической защиты, а эвакуационная рота сокращена до взвода, но, тем не менее, количество санитарных автомобилей было увеличено с 18 до 20 единиц. Общее число врачей в ОМСБ было увеличено с 16 до 23, а хирургов с 8 до 15. В таком составе ОМСБ был способен оказать квалифицированную медицинскую помощь до 500 раненым за сутки боя. Дивизионные госпитали были ликвидированы и за их счет в армейском звене медицинской службы дополнительно к АПГ были созданы войсковые полевые госпитали (ВПГ) из расчета по 4 госпиталя на каждый корпус, входящий в состав общевойсковой армии. В состав армейских и фронтовых оперативных объединений были включены также отдельная рота медицинского усиления (ОРМУ), патологоанатомическая лаборатория (ПАЛ), обмывочно-дезинфекционная рота (ОДР), зуботехническая лаборатория (ЗТЛ). Создаются эвакуоприемники (ЭП) ГОПЭП на 500 и 1000 мест, санитарно-эпидемиологический отряд (СЭО) армии и санитарно-эпидемиологическая лаборатория (СЭЛ) фронта.

К сожалению, указанные нововведения к началу Великой Отечественной войны довести до конца не удалось и медицинская служба вступила в нее в стадии незавершенной реорганизации.

Литература

1. Шелепов, А.М., Костенко, Л.М., Бабенко, О.В. Организация и тактика медицинской службы, С.-Пб., 2005 г.
2. Гладких, П.Ф. с соавт. Краткий исторический очерк становления и развития системы медицинского обеспечения сухопутных войск России — СССР, С.-Пб «Телесфор», 1997 г.
3. Петровский, Б.В., Большая медицинская энциклопедия. Т.13. Изд.3, Москва, 1980 г. С. 30-31.
4. Петровский, Б.В., Большая медицинская энциклопедия. Т.14. Изд.3, Москва, 1980 г. С. 334-338.
5. Петровский, Б.В., Большая медицинская энциклопедия. Т.17. Изд.3, Москва, 1980 г. С. 349-350.
6. Петровский, Б.В., Большая медицинская энциклопедия. Т.23. Изд.3, Москва, 1980 г. С. 95-97, 498-500.
7. Георгиевский, А.С. Общие вопросы организации и тактики медицинской службы. Ленинград, 1959 г.
8. Сиротко, В.В., Редненко, В.В. Организация медицинского обеспечения войск. Витебск, 2001 г.
9. Сиротко, В.В., Редненко, В.В., Могилович, В.В. Медицинское обеспечение войск. Витебск, 2005 г.