

## ГОСПИТАЛЬНАЯ БАЗА ЛЕНИНГРАДСКОГО ФРОНТА. УСЛОВИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ЭВАКУАЦИИ РАНЕННЫХ

*Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, г. С.-Петербург, Российская Федерация*

---

Тяжелейшее положение Ленинградского фронта в период блокады 1941–1943 г. обусловило ряд особенностей в организации лечебно-эвакуационного обеспечения войск. Боевые действия носили упорный оборонительный характер в сочетании с проведением ряда наступательных операций местного значения. Большие санитарные потери в условиях блокады и ограниченные возможности эвакуации в тыл страны раненых и больных потребовали организации лечения большей их части в пределах фронта.

Начиная с сентября 1941 г., ежемесячно, коечная емкость госпитальной базы фронта (ГБФ) увеличивалась на 10–15 тыс. коек и к марту 1942 г. достигла 82 тысяч. По оценке историков, такой госпитальной базы по количеству коек и врачебного состава как в Ленинграде за период войны нигде не создавалось. В тяжелой обстановке блокады были приняты чрезвычайные меры к благоустройству госпиталей, улучшению питания раненых и больных, медицинского состава, повышению качества лечебно-диагностической работы. Под военно-лечебные учреждения отводились лучшие помещения города. Длительное

стационарное расположение этапов медицинской эвакуации позволило периодически приближать квалифицированную хирургическую помощь к отдельным специально оборудованным полевым медицинским пунктам (ППП). Особенно это имело место в войсках 23-й армии в зимнее время и в период распутицы, когда эвакуация в ГБФ вынужденно откладывалась. В армейские лечебные учреждения поступали в основном легкораненые и больные со сроками лечения до 20 суток. Тяжелораненых со значительными сроками лечения эвакуировали в ГБФ.

Особое значение, несмотря на всю трудность ее осуществления, имела организация эвакуации в тыл страны, куда эвакуировали раненых и больных со сроками лечения 45–60 суток и более. Голод и связанный с ним рост заболеваемости защитников Ленинграда алиментарной дистрофией, цингой, туберкулезом утяжеляли боевую травму, значительно увеличивая сроки лечения. Так летальность среди оперированных раненых достигала подчас 66%. Первые больные алиментарной дистрофией среди военнослужащих стали поступать в лечебные учреждения

## ★ Материалы военно-исторической конференции с международным участием

уже в ноябре 1941 г. Самое большое количество больных было среди личного состава тыловых подразделений армии и частей Ленинградского гарнизона. Всего за время блокады алиментарной дистрофией переболело 12,4% личного состава фронта. Командование фронта постоянно пыталось улучшить качество питания воинов. Так, в период с января по май 1942 г. были изысканы возможности повысить калорийность фронтového пайка до 3267, госпитального – до 2935 и тылового – до 2284 ккал. В результате проделанной работы в строй было возвращено 53,3% больных алиментарной дистрофией.

Тяжелейшее положение, сложившееся с госпитализацией в первую блокадную зиму, потребовало ежедневно эвакуировать из блокадного Ленинграда не менее 800 раненых и больных. Эвакуация раненых и больных в тыл страны осуществлялась несколькими путями. С сентября 1941 г. – санитарными самолетами, а с ноября – обратными рейсами транспортных самолетов типа «Дуглас», доставлявших в Ленинград продукты питания и боеприпасы. Эвакуация проводилась на полевые аэродромы восточного берега Ладожского озера. Здесь были развернуты эвакуационники распределительного эвакуационного пункта (РЭП) № 95. Только с начала блокады до конца 1941 г. воздушным транспортом было эвакуировано 8313 раненых и больных.

В период навигации эвакуация усиливалась за счет использования сторожевых судов и канонерок Ладожской военной флотилии. В зимний же период основным путем транспортировки стала знаменитая Ледовая трасса – «Дорога жизни» через Ладожское озеро. В соответствии с планом эвакуации, раненых и больных перевозили от Ленинграда до платформы Ваганово с помощью 5 военно-санитарных поездов, каждый вместимостью до 1000 раненых. Далее маршрут эвакуации пролегал от Ваганово по грунтовой дороге и Ледовой трассе до Кобоны, через Лаврово – до станции Войбокало, затем военно-санитарными летучками – до Тихвина, где дислоциро-

вался эвакуационник РЭП № 95, а затем военно-санитарными поездами (ВСП) – в тыл страны.

Для приема, размещения и временной госпитализации отяжелевших раненых в районе станции Войбокало были развернуты два подвижных полевых госпиталя (ППГ), каждый на 500 коек, а на восточном берегу Ладожского озера – госпитальный коллектор общей емкостью более 2000 коек. На маршрут эвакуации выделялся специально подготовленный транспорт, к техническому состоянию и оборудованию которого предъявлялись повышенные требования. Порожняк транспорта подвоза использовался редко. Согласно инструкции начальник этапа медицинской эвакуации, организовывавший погрузку раненых, обязан был проверить состояние обуви и одежды эвакуируемых, организовать утепление и дополнительное укутывание раненых, обеспечить всех химическими грелками, проверить и проинструктировать сопровождающий медицинский персонал.

Зимой на льду Ладожского озера силами медицинской службы 17-й автотранспортной бригады, через каждые 6–10 км в утепленных палатках, были оборудованы перевязочно-обогревательные пункты. В каждом из них работали фельдшер, по 2 санитарных инструктора и санитаря. Особую роль они играли во время частых снежных бурянов. В задачу таких пунктов входило патрулирование «своего» участка трассы, с целью своевременного обнаружения пострадавших, оказания им доврачебной помощи и обогрева раненых. Вся эвакуация, при сильнейших морозах и постоянных обстрелах противником, требовала от ее организаторов и исполнителей большого мужества и выдержки. Многие из них были награждены орденами и медалями.

Таким образом, можно отметить, что правильная организация лечебно-эвакуационных мероприятий позволила не только вернуть в строй раненых и больных, но и обеспечила создание резерва свободных коек, необходимого в предстоящей вскоре операции по прорыву блокады Ленинграда.