



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018  
УДК [616:355](476)

## Работа медицинской службы в Белорусской наступательной операции «Багратион»

ШЕЛЕПОВ А.М., заслуженный деятель науки РФ, профессор,  
генерал-майор медицинской службы в отставке (otdel.npkiniir@mail.ru)  
ЛЕОНИК С.И., заслуженный работник высшей школы РФ, доцент,  
полковник медицинской службы в отставке  
ПОНОМАРЕНКО В.Н., подполковник медицинской службы в отставке

Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

В статье анализируются факторы оперативной, тыловой и медицинской обстановки, оказавшие влияние на организацию и содержание лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятий. Получены данные, отражающие результаты работы медицинской службы по оказанию медицинской помощи, в частности хирургической деятельности. Общая оперируемость в медико-санитарных батальонах составила 46,7–61,2%, при проникающих ранениях груди – 83,7–92,1%, при ранениях бедра с повреждением кости – 75,1–90,9%. В армейских лечебных учреждениях оперированы 23,2–48,3% раненых. Общая летальность среди пораженных в боях была в пределах от 1,1–2,8 (июнь) до 1,6–3% (июль). Объем эвакуации из ГБА в ГБФ составил от 31 до 65,9% раненых и от 16,9 до 49,6% больных. В ГБФ оперируемость при проникающих ранениях груди составляла 14,6–44%, живота – 10,5–18,9%, при ранениях бедра с повреждением кости – 23–26,1%. Среди раневых осложнений шок встречался в 0,1–0,3% случаев, газовая инфекция – 0,1–2,7%. Летальность была в пределах 4,5–5,9%. Всего возвращено в строй 230 тыс. раненых и больных – 25,5% к численности личного состава войск фронтов.

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** санитарные потери, полковой медицинский пункт, батальонный медицинский пункт, медико-санитарный батальон, госпитальная база армии, госпитальная база фронта, объем медицинской помощи, показатели работы медицинской службы.

*Shelepov A.M., Leonik S.I., Ponomarenko V.N. – Medical service during the Belarusian offensive operation «Bagration». The article analyzes the factors of the operational, logistical and medical situation that have influenced the organization and content of treatment, prevention and evacuation measures. The data reflecting the results of the work of the medical service for the provision of medical care, in particular, surgical activity, have been obtained. Overall operability in health battalions was 46.7–61.2%, with penetrating wounds of the chest – 83.7–92.1%, with hip injuries with bone damage – 75.1–90.9%. In army hospitals, 23.2–48.3% of the wounded were operated. The overall mortality rate among those affected in combat was in the range from 1.1–2.8% (June) to 1.6–3% (July). The volume of evacuation from GBA to GBF was 31 to 65.9% of the wounded and from 16.9 to 49.6% of patients. In GBP, the operability for penetrating wounds of the chest was 14.6–44%, the abdomen – 10.5–18.9%, with hip injuries with bone damage – 23–26.1%. Among wound complications, a shock occurred in 0.1–0.3% of cases, gas infection – 0.1–2.7%. The lethality was within the range of 4.5–5.9%. In total, 230 thousand wounded and sick were returned to service – 25.5% of the personnel size of the fronts.*

**К е у w o r d s:** medical losses, regimental medical center, battalion medical center, medical battalion, army hospital base, hospital front, medical assistance, medical service performance.

Крупнейшей стратегической наступательной операцией летней кампании 1944 г. явилась Белорусская операция под кодовым названием «Багратион», в результате которой было нанесено поражение более чем 80 дивизиям противника, входившим в состав группы армий «Центр», в т. ч. 30 дивизий

были полностью уничтожены. Потери немцев за месяц непрерывных наступательных действий (с 23 июня по 23 июля) советских войск составили: убитые – более 381 тыс., пленные – 158,5 тыс., самолеты – 631, танки и САУ – 2735, орудия – 8702, автомашины – 57152 [7].



Белорусская операция — образец советского военного искусства. Она является примером наступательной операции группы фронтов с решительными целями окружения и уничтожения крупной стратегической группировки противника в короткие сроки. Успехи Красной армии в Белоруссии были достигнуты благодаря твердому и целеустремленному руководству войсками со стороны Ставки *Верховного Главнокомандования* (ВГК), которая разработала смелый по замыслу, оригинальный по форме план стратегической операции четырех фронтов [7]. В основу плана был положен способ одновременного прорыва фронта противника на различных участках, далеко отстоящих друг от друга, с тем чтобы не дать противнику концентрировать свои резервы для отражения наших ударов.

На первом этапе операции, когда решалась задача окружения группировок противника в трех районах (Витебск, Бобруйск, Минск), Ставка ВГК направляла удары фронтов главным образом по сходящимся направлениям [7]. После прорыва тактической зоны обороны противника и разгрома ближайших оперативных резервов с 3–4-го дня операции началось его преследование крупными танковыми, механизированными и кавалерийскими соединениями. Преследование противника войсками 3-го и 1-го Белорусских фронтов велось по параллельным дорогам с целью упредить выход противника в район Минска и окружить его основные силы. Войска 2-го Белорусского фронта осуществляли фронтальное преследование и своими ударами задерживали отход противника к Минску, обеспечивая выполнение задач 3-м и 1-м Белорусскими фронтами [7].

В Белорусской операции по-новому осуществлялась организация взаимодействия между войсками внутреннего и внешнего фронтов окружения. Если в предыдущих операциях войска внешнего фронта решали свою задачу путем выхода на определенный рубеж и переходом к обороне, то в Белорусской операции внешний фронт во всех случаях окружения был подвижным. Под Витеб-

ском часть сил фронта непосредственно окружала противника, а другая наносила глубокие удары в северо-западном и юго-западном направлениях. Действия последней привели к разгрому резервов противника как в тактической, так и в оперативной зоне. Тем самым была обеспечена защита от контрударов для деблокирования окруженной витебской группировки [7].

Белорусская операция отличалась значительным сокращением сроков ликвидации окруженных немецких войск. Под Витебском она заняла 2 дня, Бобруйском — 3, Минском — 6 дней. Разгром противника в столь короткие сроки объясняется тем, что окруженная группировка быстро расчленилась на части, противник лишился возможности маневрировать внутри кольца окружения, а это резко уменьшало силу сопротивления [7].

Важную роль в Белорусской операции сыграли танковые, механизированные и кавалерийские соединения, которые обеспечили возможность завершения маневра на окружение под Бобруйском и Минском. Эти соединения образовали внутренний и внешний фронты окружения [7].

Успехи советских войск в Белоруссии привели к новому изменению стратегической обстановки на советско-германском фронте — созданию возможности для развития наступления на варшавско-берлинском стратегическом направлении [7].

#### **Цель исследования**

Выявление особенностей работы всех звеньев медицинской службы фронтов в стратегической наступательной операции «Багратион» и оценка их влияния на развитие военной медицины в послевоенный период.

#### **Результаты и обсуждение**

*Характеристика работы войсковой медицинской службы в ходе операции*

Организации работы войсковой медицинской службы по оказанию медицинской помощи раненым в ходе операции уделялось большое внимание на всех фронтах. Показатели, характеризующие ее работу по оказанию первой помощи и способам доставки раненых с поля боя, показаны в табл. 1, 2.



Таблица 1

**Оказание первой помощи на 1-м Белорусском фронте, %**

| Оказана первая помощь   | Июнь 1944 г. |      |      |                  | Июль 1944 г. |      |      |                  |
|-------------------------|--------------|------|------|------------------|--------------|------|------|------------------|
|                         | Армия        |      |      |                  | Армия        |      |      |                  |
|                         | 65-я         | 70-я | 47-я | Средн. по фронту | 65-я         | 70-я | 47-я | Средн. по фронту |
| Врачами                 | 0,4          | –    | 0,4  | 0,5              | 3            | 0,2  | 0,1  | 0,9              |
| Фельдшерами             | 10,3         | 5,5  | 9,2  | 9,1              | 11,9         | 3,4  | 5,9  | 8,8              |
| Самопомощь              | 10,8         | 5,6  | 11,1 | 9,8              | 7,5          | 8,6  | 12,3 | 8,4              |
| Взаимопомощь            | 11,2         | 14,3 | 9,7  | 10,8             | 8,8          | 10,3 | 8,6  | 10,2             |
| Санитарами              | 31,1         | 32,4 | 32,3 | 28,8             | 36,4         | 35,4 | 41,4 | 38,1             |
| Санинструкторами        | 23,2         | 49,5 | 37,1 | 27,8             | 19,2         | 32,1 | 28,3 | 25,8             |
| Санитарами-носильщиками | 18,3         | –    | –    | 15,7             | 13,1         | –    | 4,9  | 9,8              |

Таблица 2

**Способы доставки раненых с поля боя на 1-м Белорусском фронте, %**

| Способы доставки раненых | Июнь 1944 г. |      |      |                  | Июль 1944 г. |      |      |                  |
|--------------------------|--------------|------|------|------------------|--------------|------|------|------------------|
|                          | Армия        |      |      |                  | Армия        |      |      |                  |
|                          | 65-я         | 70-я | 47-я | Средн. по фронту | 65-я         | 70-я | 47-я | Средн. по фронту |
| На руках                 | 17,3         | 18,0 | 19,6 | 12,8             | 14,5         | 16,2 | 18,8 | 13,6             |
| На носилках              | 34,2         | 42,0 | 17,3 | 24,0             | 29,8         | 36,5 | 15,4 | 21,2             |
| На волокушах             | 4,1          | 5,2  | 17,4 | 9,7              | 5,3          | 2,4  | 5,6  | 10,7             |
| Пешком с сопровождением  | 20,4         | –    | 17,2 | 18,8             | 21,7         | –    | 19,8 | 17,2             |
| Пешком без сопровождения | 22,5         | 34,1 | 28,8 | 26,2             | 32,4         | 41,2 | 34,9 | 29,3             |
| Санитарным транспортом   | –            | 0,3  | 0,4  | 11,5             | –            | 0,2  | 0,5  | 11,9             |

Первая помощь санитарями и санитарями-носильщиками в 65-й армии в июне была оказана 51,4% раненых, в 47-й – 32,3%, в 70-й – 32,4%, санитарными инструкторами – соответственно 23,2, 37,1 и 49,5% раненых. Доля случаев оказания первой помощи врачами составила 0,4%, фельдшерами – 5,5–10,3%. Первая помощь в порядке само- и взаимопомощи оказана в 22% случаев. В июле эти показатели не претерпели существенных изменений. На 1-м Прибалтийском фронте первая помощь в порядке самопомощи была оказана 16,9% раненых, взаимопомощи – 21,3%, санитарями (санинструкторами, фельдшерами) – 61,8% раненых [4].

На 1-м Белорусском фронте основными способами доставки раненых с поля боя в июне явились: пешком – в 65-й армии – 42,9%, 70-й – 34,1%, 47-й – 46% к числу раненых. В июле эти показатели повысились: в 65-й армии – до 54,1%, 70-й – до 41,2%, 47-й – до 54,7%. На носилках и на руках в среднем по фронту раненые доставлялись в 12,8–24% случаев в июне и в 13,6–21,2% – в июле, т. е. существенных различий не было. Обращает внимание недостаточное использование санитарного транспорта для вывоза раненых с поля боя – немногим более 11%.

Значительная часть раненых (до 20–30%) поступала на полковые медицинские



пункты (ПМП) не в оптимальные сроки. Так, в первые 4 ч с момента ранения на ПМП 1-го Белорусского фронта поступили 77% раненых, на ПМП 11-й гв. армии 3-го Белорусского фронта и 6-й гв. армии 1-го Прибалтийского фронта – 76,1% [2]. Сроки поступления тяжелораненых на 1-м Прибалтийском фронте представлены в табл. 3.

Таблица 3

**Сроки поступления тяжелораненых на ПМП и ДМП на 1-м Прибалтийском фронте**

| Время поступления, ч | Доля поступивших раненых, % |           |
|----------------------|-----------------------------|-----------|
|                      | на ПМП                      | на ДМП    |
| 6                    | 79–83                       | 38,4–44,7 |
| 12                   | 10,6–14,3                   | 33,6–37,3 |
| 24                   | 3,2–6,9                     | 18,6–28   |

Задержка с доставкой тяжелораненых на ПМП и *дивизионные медицинские пункты* (ДМП) была обусловлена рядом причин. В их числе следует назвать прежде всего значительные потери в санитарях, санитарях-носильщиках и санитарных инструкторах [2]. В 65-й армии 1-го Белорусского фронта эти потери за операцию составили: среди санитаров и санитаров-носильщиков – 86%, среди санитарных инструкторов – 134,6% к их списочной численности [2]. В 33-й армии 2-го Белорусского фронта по состоянию на 25 июля комплект санитаров составлял 57%.

Существенное влияние оказывало также отставание ПМП от войск и лесисто-болотистый характер местности со значительным количеством рек, озер, что затрудняло розыск и вынос (вывоз) раненых с поля боя. К сожалению, имели место случаи недостаточного внимания некоторой части командного состава и руководителей медицинской службы к решению вопросов выноса и эвакуации раненых в ходе операции [2].

Сроки доставки раненых на этапы медицинской эвакуации увеличивались вследствие еще одного обстоятельства. Часть легкораненых после оказания само- и взаимопомощи по тем или иным при-

чинам не направлялась на медицинские пункты, а задерживалась «для отдыха» на несколько дней в каком-либо населенном пункте. Так, по данным начальника тыла 1-го Белорусского фронта Н.А.Антипенко, на долю таких «задержавшихся» приходилось 70–80% раненых с поздними сроками поступления на войсковые этапы медицинской эвакуации [2].

Объем медицинской помощи на ротном участке ограничивался наложением асептической повязки, временной остановкой кровотечения, примитивной шинизацией и отгаскиванием в укрытие.

На *батальонном медицинском пункте* (БМП) осуществлялась проверка повязок, при необходимости – подбинтовка, наложение жгута, введение обезболивающих и сердечных средств. На БМП 5-й армии 3-го Белорусского фронта было перевязано 64,5% всех поступивших раненых, наложено жгутов – 1,6%, иммобилизирующих повязок – 10,2% раненых.

ПМП, как правило, развертывались в 3–4 км от переднего края в землянках, палатках, домах, сараях и имели сортировочную, амбулаторную, перевязочную и эвакуационное отделение. С началом операции большинство ПМП отстали от войск и были вынуждены свертываться и спешно догонять свои части.

При преследовании противника ПМП часто перемещались по 2–3, а иногда и 4 раза в сутки, нередко делясь на 2 и даже 3 части. Объем медицинской помощи на ПМП включал обработку окружности раны дезинфицирующим раствором, наложение асептической повязки, транспортных шин, временную остановку кровотечения, введение сердечных и обезболивающих средств, противошоковые мероприятия, переливание кровезамещающих жидкостей, введение сывороток, заполнение первичной медицинской карточки.

На завершающем этапе операции объем первой врачебной помощи существенно расширился. Так, частота переливаний крови и кровезамещающих жидкостей на ПМП некоторых армий в августе достигала 5,9% к общему числу поступивших раненых (39-я армия 3-го Белорусского фронта), проведения вагосимпатических блокад и анестезий при переломах костей конечностей –



4,8–12,1% (5-я армия 3-го Белорусского фронта), транспортной иммобилизации – 17,5% (49-я армия 2-го Белорусского фронта) и даже 30,4% (5-я армия 3-го Белорусского фронта) [1, 2].

Эвакуация раненых и больных из ПМП велась автомобилями *медико-санитарного батальона* (МСБ), частично – автотранспортом подвоза, а главным образом – гужевыми транспортными средствами за счет местного населения. На 1-м Белорусском фронте гужевым транспортом было эвакуировано  $\frac{2}{3}$  раненых и больных [2].

Медико-санитарные батальоны в Белорусской наступательной операции работали в чрезвычайно сложных условиях, связанных с высокими темпами наступления войск, значительным поступлением раненых (до 400–450 человек в сутки), отставанием от войск, делением на несколько групп, что отрицательно сказывалось на характере и качестве их работы [2].

Перемещение МСБ началось на второй-третий день операции. В первые 6 дней оно проводилось в среднем на 10–12 км, в последующем – на 20–50 км. Отмечались случаи, когда МСБ отставали от войск на 20–30 км из-за отсутствия необходимого количества автотранспорта и бензина [5].

В ходе операции для обеспечения непрерывности оказания квалифицированной медицинской помощи и возмож-

ности МСБ следовать за войсками чаще всего приходилось их делить на 2–3 части. Объем медицинской помощи при этом сокращался и ограничивался проведением неотложных мероприятий квалифицированной медицинской помощи по жизненным показаниям. Укорачивались сроки лечения до 5–7 сут в командах выздоравливающих. Для высвобождения «головных эшелонов ДМП» в некоторых армиях практиковалось выдвижение к ним армейских и фронтовых госпиталей. В 65-й армии 1-го Белорусского фронта создавались специальные нештатные группы, принимавшие из ДМП нетранспортабельных раненых. В 65-й армии с этой целью из трех хирургических полевых подвижных госпиталей были сформированы 12 таких групп. В 39-й армии практиковалось централизованное руководство маневром МСБ: в ходе операции МСБ передавались в непосредственное подчинение корпусных врачей и использовались в общекорпусных интересах там и тогда, где и когда ощущалась в этом наибольшая необходимость [2, 5].

Несмотря на сложные условия работы, показатели хирургической деятельности ДМП были достаточно высокими. Общая оперируемость составила 46,7–61,2%, переливание крови – 6,5–10,1%, транспортная иммобилизация – 25,7–30,2% (табл. 4).

Таблица 4

**Характеристика хирургической работы ДМП фронтов  
(в % к общему числу поступивших пораженных в бою за июль 1944 г.)**

| Показатели хирургической деятельности                                   | 1 ПрибФ | 3 БФ | 2 БФ | 1 БФ |
|---|---------|------|------|------|
| Всего оперировано   | 54,5    | 58,6 | 61,2 | 46,7 |
| Переливание:  |         |      |      |      |
| крови   | 7,1     | 10,1 | 8,2  | 6,5  |
| кровезаменителей  | 2,9     | 7,1  | 12,4 | 4,7  |
| Транспортная иммобилизация  | 30,2    | 25,7 | 29,9 | 26,8 |
| Оперировано при ранениях (% к числу поступивших с данной локализацией): |         |      |      |      |
| черепа с повреждением костей  | 6       | 5,2  | 5,5  | 4,7  |
| груди с открытым пневмотораксом   | 92,1    | 83,7 | 89,4 | 85,2 |
| груди без открытого пневмоторакса                                       | 56,3    | 58,4 | 65,3 | 47,2 |
| живота (проникающие)  | 73,9    | 65,3 | 75,5 | 54,1 |
| бедра с повреждением кости  | 80,7    | 83,1 | 90,9 | 75,1 |





Из общего числа поступивших на ДМП в июле 1944 г. возвращены в строй от 4,3 (1 ПрибФ) до 7,8% (1 БФ). Умерли от 3,3 (1 БФ) до 4,6% (3 БФ) раненых и больных [2, 8].

Эвакуация по назначению из ДМП в хирургический полевой подвижной госпиталь (ХППГ) 1-й линии четко проводилась только в первые дни операции. В последующие дни она осуществлялась в отдельные армейские госпитали, выдвинутые на основные эвакуационные направления. При этом эвакуация велась, главным образом, обратными рейсами транспорта подвоза, частично — транспортом МСБ и гужевым транспортом.

Армейский автосанитарный транспорт вследствие его недостаточного количества и перебоев в снабжении горючим использовался для эвакуации раненых из ДМП в небольшом объеме. Основная работа армейского автосанитарного транспорта заключалась в перевозке армейских госпиталей вслед за быстро продвигающимися войсками и эвакуации раненых и больных из ХППГ 1-й линии в армейские или фронтовые госпитали, т. е. нарушался принцип эвакуации на себя.

#### *Характеристика работы армейских сил и средств медицинской службы*

Работа армейских сил и средств в ходе операции проходила в тесном взаимодействии с войсковой медицинской службой. Основной формой взаимодействия по вопросам лечебно-эвакуационного обеспечения являлось выдвижение ХППГ 1-й линии. В исходном положении на основных эвакуационных направлениях было выдвинуто по одному, а в 65-й армии — по два госпиталя. В ряде армий (11-я гв.) в исходном положении на путях эвакуации из ДМП и ХППГ 1-й линии были организованы медицинские распределительные посты с задачей сортировки эвакуируемых из ДМП.

Особые трудности представляло обеспечение групп нетранспортабельных раненых, оставляемых на месте при перемещении ДМП. Для их приема приходилось выделять необходимые средства из армейских госпиталей. Так, в 65-й армии силами госпиталей было принято на месте 48 таких групп с 682 ранеными [2].

К началу операции *госпитальные базы армий* (ГБА) были развернуты в один эшелон на удалении 20–30 км от линии фронта. В районы развернутых ДМП были выдвинуты ХППГ 1-й линии. В резерве санитарных отделов армий находилось от 30 до 50% всего количества госпиталей.

Из ДМП и ХППГ 1-й линии раненые и больные эвакуировались по назначению только в начале операции. В последующем эвакуация, как правило, велась в одиночные армейские госпитали, выдвинутые на основные эвакуационные направления. Они принимали всех раненых и больных и направляли их после медицинской сортировки в соответствующие специализированные госпитали армейского, а иногда и фронтового подчинения.

Выдвижение одиночных госпиталей началось уже в первые дни операции. Они в течение 2–3 сут выполняли функции госпиталей 1-й линии, а затем, с продвижением войск вперед, принимали весь поток раненых, зачастую при отсутствии планомерной эвакуации их в тыл. Это приводило к перегрузке данных госпиталей. Они теряли мобильность и надолго оставались на месте.

Маневр одиночными армейскими госпиталями, а не их группами был типичен для рассматриваемой операции, особенно в период преследования противника. К местам расположения таких госпиталей нередко прибывали другие армейские лечебные учреждения, и таким образом создавались первые эшелоны ГБА. Однако подобная практика маневра отдельными госпиталями имела и свою отрицательную сторону, т. к. приводила к распылению сил и средств медицинской службы. Резерв госпиталей быстро расходовался и восстанавливался с большим трудом. Все это приводило к тому, что к концу третьего этапа операции в ряде армий часть госпиталей отставала от войск на 300–500 км.

Высвобождение армейских госпиталей с целью продвижения их вперед затруднялось также отставанием от армий первых эшелонов *госпитальных баз фронтов* (ГБФ). Последние находились в подчинении начальников *военно-санитарных*



управлений (ВСУ) фронтов и начальников управлений фронтовых эвакуационных пунктов, но оперативного и целенаправленного реагирования на данную ситуацию с их стороны не наблюдалось [2].

Во всех армиях 1-го Прибалтийского, 1-го и 2-го Белорусских фронтов ГБА имели в своем составе специализированные госпитали для раненных в голову, грудь и живот. В армиях 3-го Белорусского фронта эти госпитали были включены в состав передовых эшелонов ГБФ.

Хирургическая деятельность госпитальных баз армий (табл. 5) всех фронтов характеризуется достаточно высокой активностью. Это объясняется тем, что в отчетные документы ГБА включались данные о работе ХППГ 1-й линии, в которые поступило значительное число раненных, не получивших квалифицированной хирургической помощи на ДМП.

Общая летальность среди пораженных в боях составила в июне 1,1–2,8%, в июле – 1,6–3%. Наибольшая летальность в июне была на 3 БФ, в июле – на 2 БФ [1, 2].

В первые дни операции эвакуация раненных из ГБА в ГБФ носила плано-

мерный характер и осуществлялась в значительной мере *военно-санитарными поездами* (ВСП) и *военно-санитарными лётчиками* (ВСЛ). По мере продвижения войск вперед из-за отставания восстановления железных дорог повышалась роль других эвакуационных средств, в первую очередь автомобильных. Так, за первые дни операции на 3 БФ доля раненных и больных, эвакуированных из ГБА в ГБФ автотранспортом, составила 42%, а в период с 11 июля и до конца операции выросла до 75,4%.

В целом работа медицинской службы по эвакуации раненных и больных из ГБА в ГБФ в июне–июле 1944 г. характеризуется показателями, представленными в табл. 6.

Данные, характеризующие роль различных видов транспорта в эвакуации из ГБА в ГБФ, приведены в табл. 7.

Санитарная авиация использовалась для эвакуации тяжелораненных, главным образом из армейских госпиталей в ГБФ. При этом доля раненных и больных, эвакуированных по воздуху, существенно выросла к концу операции [2].

Таблица 5

**Показатели хирургической работы в армейских лечебных учреждениях  
(в % к числу лечившихся пораженных в боях)**

| Мероприятия          | 1 ПрибФ    |      | 3 БФ |      | 2 БФ |      | 1 БФ       |      |
|----------------------|------------|------|------|------|------|------|------------|------|
|                      | июнь       | июль | июнь | июль | июнь | июль | июнь       | июль |
| Оперировано          | 26,2       | 26,5 | 48,3 | 24,5 | 33,4 | 26,3 | 23,2       | 23,2 |
| Сделано переливаний: |            |      |      |      |      |      |            |      |
| крови                | 7          | 6,7  | 7,8  | 6,1  | 6,4  | 6,6  | 5,5        | 5,5  |
| кровезаменителей     | нет данных |      | 3,1  | 2,4  | 1,7  | 6,8  | нет данных |      |
| Иммобилизация:       |            |      |      |      |      |      |            |      |
| шинами               | 20,8       | 22,7 | 25   | 16,5 | 21,5 | 20,4 | 10,9       | 21,1 |
| гипсом               | 14,2       | 5,2  | 5,1  | 4,7  | 14,4 | 7,2  | 13,1       | 10,3 |

Таблица 6

**Эвакуация раненных и больных из ГБА в ГБФ (в % к числу лечившихся в ГБА)**

| Категория потерь | 1 ПрибВО |      | 3 БФ |      | 2 БФ |      | 1 БФ |      |
|------------------|----------|------|------|------|------|------|------|------|
|                  | июнь     | июль | июнь | июль | июнь | июль | июнь | июль |
| Раненные         | 62,8     | 51,1 | 31   | 58   | 39,6 | 68,9 | 52,4 | 65,9 |
| Больные          | 49,6     | 25,5 | 16,9 | 30,9 | 17,3 | 25,3 | 18,2 | 26,8 |



Таблица 7

**Распределение эвакуированных из ГБА в ГБФ раненых и больных по видам транспорта (в % к числу эвакуированных)**

| Вид транспорта                             | 1 ПрибФ | 3 БФ | 2 БФ | 1 БФ |
|--|---------|------|------|------|
| Автомобильный                              | 12,3    | 30,8 | 45   | 38,4 |
| Военно-санитарные летучки                  | 50,1    | 59,2 | 40,9 | 34,9 |
| Временные военно-санитарные поезда (ВВСП)  | 8,6     | 6,5  | 6,7  | 16,3 |
| Постоянные военно-санитарные поезда (ПВСП) | 26,6    | —    | —    | —    |
| Воздушный транспорт                        | 2,4     | 1,7  | 3,5  | 3,2  |
| Водный транспорт                           | —       | —    | —    | 5,1  |
| Транспорт подвоза                          | 18,6    | 28,6 | 30   | 35   |

*Характеристика работы фронтовых сил и средств медицинской службы*

Взаимодействие армейских и фронтовых госпитальных средств более успешно было организовано в начале операции, когда первые эшелоны ГБФ в большинстве своем находились в непосредственной близости от ГБА. Однако в силу ряда объективных и субъективных причин и факторов не на всех фронтах удалось реализовать в полной мере намеченное при планировании медицинского обеспечения предстоящей операции. Лучше всего это удалось на 3-м Белорусском фронте. Здесь в ходе операции вслед за армиями энергично выдвигались фронтовые госпитали. По мере продвижения войск группы фронтовых лечебных учреждений последовательно развертывались в Орше (с 28 июня), Минске (с 4 июля), Борисове (с 6 июля), Молодечно (с 11 июля), Лиде (с 15 июля), Вильнюсе (с 18 июля), Каунасе (с 15 июля). Эти группы отличались по своему составу и емкости. Каждая из них на определенном отрезке времени выполняла функцию 1-го эшелона ГБФ на данном эвакуационном направлении, превращаясь затем в ее «тыловой эшелон» [2, 5]. На этом же фронте дважды за операцию организовывались межармейские госпитальные базы. Они создавались на короткий срок из нескольких армейских, одного—трех фронтовых госпиталей и подчинялись непосредственно ВСУ фронта. Первая такая база была создана в местечке Бор после форсирования войсками р. Березина. Она состояла целиком из армейских лечебных учреждений, просуществовала несколько дней, что позволило

ВСУ фронта приступить к развертыванию за счет фронтового резерва 1-го эшелона ГБФ в г. Борисов, на западном берегу Березины, с заменой и высвобождением находившихся там армейских госпиталей. Практика развертывания передовых фронтовых баз за счет армейских госпиталей в Белорусской операции себя не оправдала, т. к. не способствовала своевременному развертыванию ГБА в ходе наступательной операции.

На 2-м Белорусском фронте намеченное планом выдвижение вслед за войсками фронтовых лечебных учреждений в целях создания первых эшелонов ГБФ было выполнено далеко не полностью [2, 5]. Свернутые в районе Калуги и Наро-Фоминска лечебные учреждения 3-го эшелона ГБФ продолжительное время оставались на месте и были использованы уже на завершающем этапе операции в Белостоке, к концу которой в них насчитывалось около 8 тыс. коек. Столь нечеткая организация маневра фронтовыми госпитальными средствами в какой-то мере оправдывалась недостатком транспорта и запаздыванием с восстановлением разрушенных железных дорог.

На 1-м Прибалтийском фронте запланированный маневр фронтовыми средствами не был осуществлен. Группа госпиталей, развернутых в Иваново — Владимире (71 госпиталь на 40670 коек), в ходе операции не могла быть использована и выведена из подчинения фронта.

Удаленность «тыловых» эшелонов ГБФ от линии фронта значительно выросла не только на 1 ПрибФ, но и на других фронтах, что не могло не отра-





зиться на эффективности проведения лечебно-эвакуационных мероприятий. Это надо учитывать при подготовке к обеспечению современных операций, которые будут осуществляться в условиях крайне ограниченного (по сравнению с минувшей войной) времени.

При анализе хирургической работы ГБФ обращают на себя внимание высокие показатели оперируемости, особенно в июле на 2-м и 3-м Белорусских фронтах – 23,4 и 24,5% соответственно (табл. 8) [2, 3].

Это объясняется не только повторными хирургическими вмешательствами в связи с различными осложнениями, не только нерадикальностью или несовершенством хирургических операций, выполненных на предыдущих этапах меди-

цинской эвакуации, но и тем, что многие фронтные госпитали, данные о работе которых включались в общие отчеты ГБФ, выдвигались в ходе операции за войсками, входили в состав межармейских госпитальных баз и принимали раненых из ДМП и ХППГ 1-й линии, а довольно часто – и непосредственно из ПМП. Этим также объясняется непропорционально высокая (до 19,4%) для ГБФ доля иммобилизаций транспортными средствами.

Существенная разница в показателях переливания крови и кровезаменителей, их снижение в августе по сравнению с июлем были обусловлены неодинаковыми условиями снабжения фронтов соответствующими препаратами и его ухудшением в ходе операции [2].

Таблица 8

**Характеристика хирургической работы ГБФ (в % к числу лечившихся пораженных в боях)**

| Показатели            | Фронт   |        |      |        |      |        |      |        |
|-----------------------|---------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|
|                       | 1 ПрибФ |        | 3 БФ |        | 2 БФ |        | 1 БФ |        |
|                       | июль    | август | июль | август | июль | август | июль | август |
| Всего оперировано     | 17      | 14,4   | 23,4 | 16,4   | 24,5 | 18,8   | 9,5  | 7,7    |
| Сделано переливаний:  |         |        |      |        |      |        |      |        |
| крови                 | 12,8    | 7,4    | 12,1 | 10     | 11,8 | 3,5    | 4,5  | 2,8    |
| кровезаменителей      | –       | –      | 1,6  | 0,6    | 1,2  | 0,8    | –    | –      |
| Иммобилизация:        |         |        |      |        |      |        |      |        |
| транспортная (шинами) | 5,8     | 9,4    | 14,2 | 8      | 19,4 | 10,3   | 5,4  | 6,6    |
| гипсовой повязкой     | 44,3    | 31,8   | 51,6 | 43,2   | 46,9 | 51,5   | 33,5 | 27,9   |

Таблица 9

**Показатели хирургической работы в ГБФ 1-го Прибалтийского фронта**

| Локализация и характер ранений       | Оперируемость (в % к числу лечившихся) |      |
|--------------------------------------|--|------|
|                                      | июнь                                   | июль |
| Ранения черепа с повреждением костей | 13,1                                   | 14,3 |
| Проникающие ранения груди:           |  |      |
| с открытым пневмотораксом            | 14,6                                   | 44   |
| без открытого пневмоторакса          | 20,6                                   | 21,5 |
| Проникающие ранения живота           | 18,9                                   | 10,5 |
| Ранения бедра с повреждением кости   | 23                                     | 26,1 |



Определенный интерес представляют данные по оказанию хирургической помощи раненым в ГБФ 1-го Прибалтийского фронта (табл. 9).

Из табл. 9 следует, что оперируемость в июле значительно повысилась среди раненых с открытым пневмотораксом — почти в 3,6 раза, а также по другим локализациям [4].

Оказание специализированной медицинской помощи раненым и больным, их специализированное лечение в ходе операции обеспечивалось только в тех группах фронтовых лечебных учреждений (эшелонах ГБФ), в которых были представлены соответствующие специализированные лечебные учреждения. Усиление выдвигаемых в ходе операции за наступающими войсками отдельных фронтовых и армейских госпиталей группами *отдельных рот медицинского усиления* (ОРМУ) не обеспечивало организацию полноценного специализированного лечения, а приводило к многочисленным межгоспитальным перевозкам раненых и больных внутри ГБФ, что существенно осложняло работу лечебных учреждений и не способствовало улучшению качества проводимых мероприятий. Так, в МЭП-41 1-го Белорусского фронта такие перевозки в июле составили 40%, в ФЭП-1 3-го Белорусского фронта — 93,6% к числу лечившихся [2].

Летальность среди пораженных в боях и лечившихся в ГБФ составила: на 3-м Белорусском фронте — 5,9%, на 1-м Белорусском фронте — 4,5% [2].

Возвращено в строй на 3-м Белорусском фронте в июле 44,2%, в августе — 61% поступивших в ГБФ раненых и больных. На 1-м Белорусском фронте доля возвращенных в строй в июле составила 25% к числу поступивших [1].

Эвакуация раненых и больных за пределы фронтов осуществлялась временными и постоянными ВСП, а также ВСЛ, сформированными и оборудованными на фронтах [5]. Обеспеченность фронтов железнодорожным транспортом представлена в табл. 10.

Приведенные данные не полностью отражают действительное положение. Так, по данным ВСУ 2-го Белорусского фронта, из 7 ВВСП, приписанных к фронту, 2 находились в капитальном ремонте, еще 3 находились в тылу страны в отстое.

Объемы эвакуации за пределы фронта определялись количеством поданных в пункты погрузки ВСП (табл. 11). Так, на 3 БФ в июне были поданы лишь 1 ВСП и 3 ВВСП, которыми были эвакуированы в тыл страны 2040 раненых и больных. В июле на этот фронт было подано 45 ПВСП и 11 ВВСП. Кроме того, с этого фронта было отправлено в тыл страны 5 ВСЛ с 4220 ранеными (из них половина лежачих).

Приведенные в табл. 11 данные свидетельствуют о том, что эвакуация раненых и больных за пределы ГБФ была лучше организована на 1-м Прибалтийском и 1-м Белорусском фронтах, менее успешно — на 3-м Белорусском фронте. В июле за пределы фронтов были эвакуи-

Таблица 10

**Обеспеченность фронтов  
железнодорожным транспортом**

| Фронт    | Наличие железнодорожного транспорта |            |
|----------|-------------------------------------|------------|
|          | ВСЛ                                 | ВВСП, ПВСП |
| 1 ПрибФ  | 20                                  | 10         |
| 3 БФ     | 20                                  | 7          |
| 2 БФ     | 15                                  | 7          |
| 1 БФ     | 30                                  | 20         |
| Всего... | 85                                  | 44         |

Таблица 11

**Эвакуация пораженных и больных за пределы  
ГБФ (в % к числу лечившихся)**

| Фронт   | Июнь    |         | Июль    |         |
|---------|---------|---------|---------|---------|
|         | Раненые | Больные | Раненые | Больные |
| 1 ПрибФ | 36,3    | 25,6    | 38,3    | 38,8    |
| 3 БФ    | 7,1     | 6,7     | 36,2    | 27,6    |
| 2 БФ    | 15,8    | 14,2    | 28,1    | 24      |
| 1 БФ    | 25      | 17      | 43,2    | 20,7    |



ированы 28,1–3,2% раненых и до 20–38,8% больных, нуждавшихся в специализированном длительном лечении в тылу страны.

Несмотря на сложности и трудности работы в ходе Белорусской операции, личный состав медицинской службы всех фронтов в целом успешно справился со своими задачами. Об этом свидетельствуют данные о возвращении в строй за операцию 230 тыс. раненых и больных, что составило около 25,5% численного состава фронтов [2]. В этом немалая заслуга начальников ВСУ фронтов и главных медицинских специалистов, а также личного состава медико-санитарных батальонов и лечебных учреждений армейского и фронтового подчинения.

## В Ы В О Д Ы

1. Медицинское обеспечение войск в Белорусской наступательной операции определялось, прежде всего, характером и размахом проводимых операций, шириной полос, в которых действовали армии и фронты, оперативным построением войск, применением ими различных форм оперативного маневра и высокими темпами наступления (20–35 и более км в сутки).

2. Расположение армейских и войсковых сил и средств медицинской службы в исходном положении перед наступлением характеризуется стремлением максимально приблизить их к линии фронта. Так, ПМП в большинстве случаев развертывались на удалении 2–3 км, ДМП и ХППГ 1-й линии – 6–8 км от линии фронта. ГБА нередко располагались в войсковом районе.

3. В ходе наступательной операции широко использовались различные виды маневра как в войсковом, так и в армейском звене медицинской службы. При преследовании противника ПМП делились на 2–3 части. Объем медицинской помощи в них сокращался до проведения мероприятий первой врачебной помощи по жизненным показаниям.

4. ДМП в ходе наступления часто отставали от войск, что значительно удлиняло сроки поступления раненых (позднее 12 ч) с момента ранения. В ходе опе-

рации приходилось делить МСБ на 2–3 части и проводить поэшелонное перемещение за своими дивизиями.

5. Для приема нетранспортабельных раненых из ДМП практиковалось выдвижение к ним ХППГ 1-й линии или специальных нештатных групп за счет ХППГ.

6. Показатели хирургической деятельности МСБ в Белорусской операции были достаточно высокими. Общая оперируемость в июле колебалась от 46,7 (1-й Белорусский фронт) до 61,2% (2-й Белорусский фронт). Оперируемость при проникающих ранениях груди составляла от 83,7 (3-й Белорусский фронт) до 92,1% (1-й Прибалтийский фронт), при ранениях бедра с повреждением кости – от 75,1 (1-й Белорусский фронт) до 90,9% (2-й Белорусский фронт).

7. Из ДМП и ХППГ 1-й линии раненые и больные эвакуировались по назначению только в начале операции. В последующем эвакуация велась в одиночные армейские госпитали, выдвинутые на основные эвакуационные направления.

8. Существенной особенностью медицинского обеспечения войск в ходе Белорусской операции было стремление заменить средства нижестоящего звена медицинской службы средствами вышестоящего звена. Практика маневра отдельными госпиталями себя не оправдала, т. к. приводила к распылению сил и средств и возрождала дренажную систему эвакуации.

9. Показатели хирургической работы армейских лечебных учреждений были достаточно высокими. Всего оперировано 23,2–48,3% лечившихся раненых. Произведено иммобилизаций шинами 10,9–25%, наложено гипсовых повязок 4,7–14,2% раненых. Общая летальность среди пораженных в боях составила в июне 1,1–2,8%, в июле – 1,6–3%. Эвакуировано из ГБА в ГБФ 31–65,9% раненых и 16,9–49,6% больных. Основными эвакуотранспортными средствами были военно-санитарные летучки и автомобильный транспорт.

10. Организация лечебно-эвакуационного обеспечения в ходе Белорусской операции имела ряд особенностей: значительная удаленность «тыловых» эшелонов ГБФ от линии фронта и их высо-



кая загрузка к началу наступления (30,3–46,7%); существенное отставание темпа восстановления железных дорог от темпа наступления войск, что затрудняло эвакуацию раненых и больных и своевременное перемещение медицинских частей и учреждений вслед за войсками.

Показатели хирургической работы в ГБФ были достаточно высокими. Оперируемость при проникающих ранениях

груди составляла 14,6–44%, живота – 10,5–18,9%, при ранениях бедра с повреждением кости – 23–26,1%. Раневые осложнения в ГБФ составили: шок – 0,1–0,3%, газовая инфекция – 0,1–2,7%. Летальность в лечебных учреждениях 1-го Белорусского фронта – 4,5%, 3-го Белорусского – 5,9%. Всего возвращено в строй 230 тыс. раненых и больных – 25,5% к численности личного состава фронтов.

### Литература

1. Архив ВММ: ф. 1, оп. 47171, д. 2, л. 2, 8, 14, 37, 75; ф. 22, оп. 12099, д. 10, л. 142, 146, 150, 156, 162, 205.

2. Асанин Ю.С., Георгиевский А.С., Иванов Н.Г., Лобастов О.С. и др. Медицинское обеспечение Советской Армии в операциях Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. – М.: Воениздат, 1993. – Т. 2. – С. 74–100.

3. Балмасов А.А. Основные черты медицинского обеспечения Белорусской наступательной операции // Воен.-мед. журн. – 1969. – № 8. – С. 10–15.

4. Бурназян А.И. Борьба за жизнь раненых и больных на Калининском – 1-м Прибалтийском фронтах (1941–1945 гг.). – М.: Медицина, 1982. – С. 202–243.

5. Герасимов А.А. Организация медицинского обеспечения войск в операции по освобождению Белоруссии и Литвы // Тр. ВММ. – Л., 1956. – Т. 3. – С. 247–300.

6. Колодкин В.А. Медицинская служба 65-й армии в боях за освобождение Белоруссии // Воен.-мед. журн. – 1969. – № 8. – С. 16–21.

7. Сборник материалов по истории военного искусства в Великой Отечественной войне. – М.: Воениздат, 1955. – Вып. V, Т. III. – С. 155–187.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018  
УДК 616.831-001.4-057.36-036.086

## Военно-врачебная экспертиза военнослужащих с последствиями закрытых черепно-мозговых травм

ЛИТВИНЕНКО И.В., профессор, полковник медицинской службы (litvinenkoiv@rambler.ru)<sup>1</sup>

БАЗИЛЕВИЧ С.Н., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы (basilevich@inbox.ru)<sup>1</sup>

ОДИНАК М.М., член-корреспондент РАН, профессор, полковник медицинской службы в отставке (odinak@rambler.ru)<sup>1</sup>

НАУМОВ К.М., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы (naumov\_k@list.ru)<sup>1</sup>

ЧАПЛЮК А.Л., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы (chaplan@mail.ru)<sup>2</sup>

БРОВКИН С.Г., заслуженный врач РФ, полковник медицинской службы (gevve@mil.ru)<sup>2</sup>

КЛИМОВ И.А., полковник медицинской службы запаса<sup>2</sup>

КОРЯКИН С.В., подполковник медицинской службы<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; <sup>2</sup>Главный центр военно-врачебной экспертизы МО РФ, Москва

Проведение военно-врачебной экспертизы у военнослужащих с последствиями черепно-мозговой травмы требует всестороннего анализа всех факторов патогенеза и установления доказанной причинно-следственной связи при вынесении экспертного заключения на основе подробного изучения имеющейся медицинской документации. В связи с отсутствием в ряде случаев каких-либо подтверждений перенесенной травмы с помощью доступных клинико-инструментальных методов в статье акцент делается на экспертизу при последствиях легкой черепно-мозговой травмы. Подробно рассматриваются возможные клинические проявления и лежащие в их основе изменения центральной нервной системы, уточнены временные факторы, позволяющие правильно определить причинно-следственные связи между предъявляемыми военнослужащим жалобами и имеющейся в анамнезе легкой черепно-мозговой травмой.

К л ю ч е в ы е с л о в а: военно-врачебная экспертиза, последствия черепно-мозговой травмы, сотрясение головного мозга, посттравматическая эпилепсия.