

Медицинское обеспечение боевых действий и потери Военно-воздушных сил Военно-морского флота в Великой Отечественной войне

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

Резюме. Рассмотрен вклад Военно-воздушных сил Военно-морского флота и их медицинской службы в победу в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. Исследованы организационно-штатная структура, медицинское обеспечение боевых действий, динамика, уровень и структура боевых и небоевых санитарных потерь лётного и наземного составов авиации флота по категориям и периодам войны, в том числе в крупнейших операциях, по каждому флоту в отдельности. Подробно проанализирован опыт организации поисково-спасательных работ и авиамедицинской эвакуации как специфических составляющих медицинского обеспечения морской авиации. Изучен порядок организации медицинского снабжения и отдыха лётного состава для предотвращения переутомления. Так, отсутствие возможности оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи раненым из частей авиации флота обуславливало необходимость её оказания на флотских и общевойсковых этапах медицинской эвакуации. Только незначительное количество лазаретов авиационных баз были укомплектованы квалифицированными хирургами. Трудности в организации медицинского снабжения объяснялись частыми перемещениями авиационных частей, нередко в условиях непосредственного соприкосновения с врагом, и отсутствием специальных унифицированных укладок. По опыту медицинского обеспечения поисково-спасательных работ, наиболее эффективно розыск и спасение лётного состава организовывалось с помощью гидросамолётов. Лётчики морской авиации за годы войны эвакуировали своими самолётами в тыл страны тысячи раненых. Специфика боевого применения авиации флота характеризует структуру санитарных потерь и соотношение их с безвозвратными потерями лётного состава за четыре года войны. Значительная боевая нагрузка лётчиков обязывала командование организовывать их реабилитацию в виде краткосрочного отдыха в приспособленных домах отдыха. На основании литературных данных и архивных источников представлены подробные выводы успешного опыта и ошибок в медицинском обеспечении боевого применения ударной составляющей флота – морской авиации в годы Великой Отечественной войны.

Ключевые слова: авиационная база, боевые действия, Великая Отечественная война 1941–1945 гг., военно-морской госпиталь, гидросамолёт, лазарет, лётный состав, морская авиация, раненый, санитарные потери, флот.

Военно-воздушные силы (ВВС) Военно-морского флота (ВМФ) Советского Союза под командованием 36-летнего народного комиссара ВМФ флагмана 2-го ранга Н.Г. Кузнецова встретили Великую Отечественную войну (ВОВ) 1941–1945 гг. в полной боевой готовности, не были застигнуты врасплох, как это было с авиацией Красной армии, и с первого дня вступили в активную боевую деятельность против гитлеровских войск. Авиация Северного флота (СФ), Балтийского флота (БФ) и Черноморского флота (ЧФ) встретила налёты вражеской авиации яростным сопротивлением. Несмотря на напряжённый характер боевых действий в первый период ВОВ, лётчики морской авиации нашей страны в первые тяжёлые месяцы войны с 07.08 по 05.09.1941 г. на самолётах ДБ-3 с аэродрома Кагул, расположенном на о. Сааремаа Моонзундского архипелага (Эстония), успешно бомбили г. Берлин – логово немецко-фашистских захватчиков.

Анализ боевого применения ВВС ВМФ в ВОВ показывает, что главная роль в борьбе с морскими перевозками противника принадлежала авиации флота. С конца 1942 г. наша авиация от активной обороны перешла к наступательным действиям, прочно завое-

вав господство в воздухе. Авиация СФ потопила 292 корабля общим водоизмещением 800000 т и уничтожила в боях и на земле 957 самолётов противника [10]. Только в течение апреля 1944 г. лётчики ВВС ЧФ потопили 68 кораблей противника общим водоизмещением в 76380 т и повредили до 30 различных других судов. В воздушных боях над вражескими конвоями было сбито 48 самолётов охранения [6]. Боевые действия ВВС Тихоокеанского флота (ТОФ) на морских сообщениях противника проводились в основном силами минно-торпедной авиации, в результате атак которой в районе порта Сейсин Северной Кореи потоплены пять транспортов общим водоизмещением 28000 т и один миноносец противника [2]. В целом на долю авиации пришлось две трети потопленных и повреждённых кораблей противника в ходе войны. Также в воздушных боях и на аэродромах было уничтожено 5000 вражеских самолётов [7].

Организационно-штатная структура медицинской службы ВВС ВМФ в годы ВОВ. К началу ВОВ медицинскими службами авиации флотов руководили главные врачи ВВС флотов, которые находились в прямом подчинении у командующих авиацией флотов, а по

специальным вопросам подчинялись начальникам медико-санитарных отделов (МСО) флотов. В штатах медицинских служб ВВС флотов содержались лаборатории авиационной медицины (ЛАМ) и дома отдыха лётного состава, непосредственно подчинённые главному врачу ВВС флота, а также подчиняющиеся по специальным вопросам медицинские службы авиационных частей, авиационных баз (АвБ) и комендатур [2, 5, 13]. В штатах медицинских служб АвБ к началу ВОВ числилось 45 человек медицинского персонала, из них 11 врачей различных специальностей.

Таким образом, основные силы и средства медицинской службы ВВС флота к началу ВОВ были сосредоточены в АвБ в составе пункта медицинской помощи аэродрома (ПМПа) и лазарета на 50 коек. Опыт первых месяцев войны показал, что полностью укомплектовать этот штат не было ни возможности, ни практической необходимости, поэтому с ноября 1941 г. произошло сокращение численности медицинской службы АвБ, коечная ёмкость лазаретов была уменьшена в 2,5 раза – до 20 коек [2]. Указанная организационно-штатная структура (ОШС) медицинской службы АвБ просуществовала до конца войны и была представлена начальником медицинской службы АвБ, санитарным врачом, двумя-тремя ПМПа с врачом, фельдшером и санитаром, лазаретом на 20 коек [2, 3, 11, 12, 13].

Организация лечебно-эвакуационных мероприятий. В период Советско-финляндской войны (30.11.1939–13.03.1940) начальник медицинской службы ВВС фронта директивой № 3274 от 08.02.1940 г. категорически запрещал эвакуировать раненых и больных «в механической последовательности с этапа на этап», а также указывал, что «постоянной заботой санитарного начальника должна явиться скорейшая доставка больных и поражённых в бою на тот этап эвакуации, где им может быть оказана квалифицированная медицинская помощь, которая определяется характером болезни или поражения» [4]. В развитие этого организация лечебно-эвакуационных мероприятий (ЛЭМ) на этапах медицинской эвакуации (ЭМЭ) в период ВОВ строилась следующим образом. Первая помощь оказывалась в порядке само- и взаимопомощи на аэродромах, в полёте, на земле после экстренного покидания самолётов, для чего личный состав обеспечивался индивидуальными аптечками, перевязочным и противохимическим пакетами, а лётный состав также и бортовыми аптечками [8, 9]. Оказание доврачебной помощи было организовано силами развёрнутых подвижных медицинских постов аэродромов (МПА) в составе фельдшера (медицинской сестры), санитарного автомобиля (чаще – приспособленного для этих целей грузового или легкового автомобиля) с водителем и укладкой медицинского имущества. Силы и средства МПА позволяли оказывать доврачебную помощь и эвакуировать раненых в ПМПа или в лазарет АвБ, а в ряде случаев – в ближайшее лечебное учреждение (ЛУ) [6, 8, 9, 12].

Во время ВОВ расположение МПА непосредственно на аэродромах позволяло фельдшерам обеспечивать оказание доврачебной помощи раненым в оптимальные сроки – через 20–30 мин с момента поражения, а члены экипажей самолётов, возвращающихся с боевых заданий, получали её немедленно после посадки. Этому способствовала информация радиообмена командиров экипажей и руководителя полётов о наличии раненых лётчиков на тех или иных самолётах [4]. Первая врачебная помощь в годы ВОВ оказывалась в ПМПа и в лазарете АвБ. ПМПа развёртывался на каждом аэродроме, как правило, в приспособленном помещении или землянке. Его возглавлял врач, которому подчинялись фельдшер, медицинская сестра и шофёр-санитар [5, 6, 13].

Организация эвакуации раненых и больных из ПМПа и лазаретов АвБ на дальнейшие ЭМЭ осуществлялась следующим образом: из мест формирования санитарных потерь (СП) в районе аэродрома раненые силами подвижного МПА эвакуировались на ПМПа, из них – в лазарет АвБ, далее – в военно-морские госпитали (ВМГ), госпитали Красной армии, Центральный авиационный госпиталь на 300 коек или в гражданские ЛУ. При незначительном удалении от аэродрома ЛУ флота, Красной армии или гражданских ЛУ раненые направлялись в них, минуя лазареты АвБ [3, 8].

Оказание квалифицированной (хирургической) медицинской помощи личному составу ВВС флота проводилось в лазаретах АвБ в том случае, если в их штате имелся хирург. Это положение подтверждают данные Н.И. Савина [11], А.Н. Савельева, В.И. Ускова [10], в которых анализируется опыт работы лазарета 30-й АвБ ВВС СФ (п. Ваенга): за 1942–1943 гг. из него было эвакуировано в госпитали флота всего 2% раненых, нуждающихся в оказании специализированной медицинской помощи, поступивших с Ваенгского аэродрома, что позволило не отправлять личный состав на дальнейшие ЭМЭ, способствуя скорейшему возвращению его в строй.

Однако в большинстве лазаретов АвБ оказывалась только первая врачебная помощь, практически все лазареты АвБ ВВС флотов, кроме ВВС ТОФ и лазарета 30-й АвБ ВВС СФ, не имели в своём штате хирургов и, как следствие, не выполняли своего основного предназначения. Так, в ВВС БФ на девять АвБ было только три хирурга, на всю авиацию ЧФ имелось только четыре хирурга (и те без серьёзной подготовки), в лазаретах 31-й, 15-й и 16-й АвБ ВВС СФ квалифицированные хирурги отсутствовали [2, 6, 10, 13].

Во время ВОВ всё медицинское обеспечение ВВС флота осуществлялось под единым руководством МСО флота, командование которого в ряде случаев не имело чёткого представления о специфике медицинского обеспечения входящих в состав флота авиационных частей и соединений [2, 10]. Выполнение требований МСО БФ эвакуировать всех раненых из числа лётного состава ВВС БФ без учёта оперативной обстановки и соответствующих медицинских показаний в ВМГ имело следствием увеличение

сроков оказания медицинской помощи и трудности при возвращении в свою авиационную часть после выздоровления у этой категории раненых [12].

Большую роль в оказании медицинской помощи бойцам авиации СФ сыграл ВМГ-71 (п. Грязная Губа), который дислоцировался в центре путей эвакуации всей аэродромной сети ВВС СФ, принимал тяжело раненых и оказывал им квалифицированную медицинскую помощь. В этот госпиталь пострадавших эвакуировали с аэродромов Ваенга-1, 2, Грязная Губа, Роста, Ура-Губа, в котором были хирургическое, терапевтическое отделения и хорошо оборудованный физиотерапевтический кабинет [10].

Таким образом, существовавшая в годы ВОВ ОШС медицинской службы ВВС флота не позволяла организовать оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи раненым из авиационных частей флота: оказание этих видов медицинской помощи раненым предусматривалось на флотских и общевойсковых ЭМЭ, что приводило к рассеиванию лётного и инженерно-технического составов по ЛУ флота и тыла страны.

На медицинское снабжение неблагоприятно влияли частые перемещения АвБ. Расстояние от одного пункта базирования до другого обычно измерялось сотнями километров. Так, каждой АвБ ВВС ЧФ пришлось передислоцироваться не менее шести раз. 29-я АвБ, например, меняла дислокацию 12 раз. Естественно, в таких тяжелейших условиях медицинская служба испытывала большие трудности, связанные с перевозкой громоздкого имущества, не имевшего к тому же специальных укладок. Перемещения нередко происходили в условиях непосредственного сопротивления с противником: так, 45-я АвБ ВВС ЧФ, хранившая почти всё своё имущество на оперативном аэродроме, при отходе из г. Керчь в 1942 г. полностью его потеряла [6]. В ВВС ТОФ только к концу войны всё медицинское имущество авиационных гарнизонов было рассредоточено и уложено в специальную тару для облегчения срочного перебазирования [2].

Снабжение медицинским имуществом и медикаментами во время ВОВ организовывалось в соответствии с табелями, объявленными в приказах народного комиссара ВМФ СССР № 508 и № 0510 – 1940 г.

С началом ВОВ ежегодное освидетельствование лётного состава во врачебно-лётной комиссии (ВЛК) приказом начальника ГВСУ КА № 2 от 29.08.1941 г. было отменено, и только в октябре 1943 г. распоряжением того же должностного лица № 134/1810 оно было восстановлено. Так, только за 1944–1945 гг. ВЛК ВВС ТОФ был признан негодным к лётной работе 101 военнослужащий (25% из них – в связи с выявлением туберкулёза лёгких) [2, 4, 8].

Медицинское обеспечение поисково-спасательных работ. Розыск экипажей, совершивших вынужденные посадки, и оказание им медицинской помощи осуществлялось нештатными поисковыми группами, в состав которых, помимо технического персонала, входили фельдшер или врач АвБ и часто – врач ап.

Средствами транспорта у этих групп чаще всего были грузовые, реже – санитарные машины и ещё реже – самолёты. Оснащение комплектовалось произвольно, так как соответствующих типовых укладок не существовало [13]. Только к концу войны в ВВС ТОФ для оказания неотложной медицинской помощи экипажам, совершившим вынужденную посадку или потерпевшим аварию вне аэродрома, каждый авиационный врач имел «специальный чемодан» с медикаментами [2].

Авиационные врачи проверяли качество кислорода и состояние кислородной аппаратуры на самолётах, индивидуальные и коллективные средства спасения на воде в виде лодок аварийных спасательных (ЛАС-1, 3), наличие самолётных аптек и индивидуальных пакетов у каждого члена экипажа, следили за качеством бортового пайка (добывались снабжения всех экипажей, выполняющих длительные полёты, горячими напитками в термосах – какао, кофе, шоколадом «Кола»), монтировали в ЛАС-1, 3 специальные резиновые мешки, в которых размещался перевязочный материал, медикаменты, химические грелки, электрофоны [10].

Боевая медицинская подготовка врачей авиационных пунктов (ап) и АвБ проводилась 2 раза в месяц по программе МСО флотов. Кроме того, на этих занятиях врачи ап и ЛАМ делали доклады по вопросам физиологии лётного труда и боевого выживания лётного состава. АвБ флотов получали со складов МСО витаминные препараты, коньяк и пшеничный спирт, которые применялись при спасении лётного состава на воде, при борьбе с переохлаждением, в поисковых партиях, при лечебной работе в лазаретах [10].

До 70% раненых из числа лётного состава ВВС БФ при выполнении боевых заданий не возвращались на свои аэродромы, а совершали вынужденные посадки вдали от них [12]. Во время освобождения Прибалтики (1944) в ВВС БФ была создана нештатная спасательная авиагруппа, состоящая из двух летающих лодок ППБ и трёх гидросамолётов корабельных разведчиков (КОР-1). На борту каждой лодки имелись запасы тёплой одежды, одеял, простыней, лодок ЛАС-1, 3 и медицинское имущество для оказания первой врачебной помощи с противошоковыми средствами (морфин, пантопон, спирт). Вслед за группами самолётов, принимавших участие в боевых действиях, направлялся и самолёт ППБ, который прикрывался истребителями и имел на борту врача. О вынужденной посадке в море подбитого самолёта сообщалось по радио. Таким образом, по данным главного врача ВВС БФ В.Н. Корнева, были спасены 23 лётчика. В июле-августе 1944 г., в период Выборгской наступательной операции, гидросамолётом КОР-1 были спасены 17 лётчиков и стрелков-радистов. Спасательные самолёты базировались на гидроаэродроме озера Гора-Валдай, где был развёрнут ПМП с врачом и стационаром [10, 13] (рис. 1, 2).

На ЧФ врачи ап также участвовали в спасении экипажей вынужденно приводнившихся самолётов. Для



Рис. 1. Гидросамолёт КОР-1 (Бе-2)



Рис. 2. Погрузка раненого с лодки на гидросамолёт Ш-2

спасения использовались морские самолёты ППБ, на которых находился медицинский состав, обученный способам извлечения людей из воды. Самолёты-спасатели вылетали по сигналу к месту аварии, садились на воду и подбирали на борт пострадавших. Опыт ВОВ показал, что при авариях, случавшихся за много миль от берега, самолёты типа ППБ были эффективнее других спасательных средств – катеров, больших кораблей и т. д. Если экипаж самолёта успевал известить по радио о месте вынужденной посадки и выбраться в ЛАС-1, 3, его обычно спасали [6].

На СФ самолёт типа ППБ, базируясь на передовом аэродроме Пумманки, выполнил под прикрытием истребителей 26 боевых вылетов в спасательных целях, подобрал на воде и спас 11 человек. Торпедные катера выполнили 16 выходов в море и спасли 18 человек. Поиски лётного состава после вынужденной посадки и парашютных прыжков вне аэродрома в условиях Заполярья были весьма трудны. Часто в поисках участвовали самолёты По-2, которые, обнаружив место падения (приземления, приводнения) самолёта или лётного состава, наводили на это место поисковую партию. Иногда место падения лётчика уточняли его боевые товарищи: были случаи, когда лётчики сбрасывали товарищу, если он выживал в воде, свои шлюпки, аварийный продовольственный паёк [10].

На ТОФ в АвБ Суходол, бухта Ольга, дежурили самолёты типа ППБ и морской ближний разведчик МРБ-2, которые вылетали по приказанию оперативного дежурного ВВС в район, где был обнаружен выживающий в море экипаж, укомплектованный медикаментами для оказания первой помощи. На самолёте имелся запас вина, спирта, тёплых одеял, курток, надувных жилетов, лодок. Помимо самолётов, на спасение приводнившихся экипажей выходили торпедные катера и тральщики. В результате за весь период боевых действий были подобраны с воды 18 лётчиков [2].

В среднем удельный вес нуждавшихся в поиске и спасении лётчиков в различные периоды ВОВ на фронтах составлял 45–70 % [8]. В дальнейшем опыт медицинского обеспечения поисково-спасательных работ в ВОВ был учтён в § 555 VIII главы «Наставления по медицинскому обеспечению Советской армии» (1948), где подчёркивалось, что «розыск пострадав-

ших лётных экипажей, совершивших вынужденные посадки или приземлившихся с парашютом вне аэродромов, в организации лечебно-эвакуационного обеспечения ВВС имеет такое же значение, как вынос раненых с поля боя в наземных войсках» [1, 4, 15].

Авиамедицинская эвакуация широко применялась в ВВС флота с самого начала ВОВ. Так, в августе 1941 г. из г. Таллин в г. Ленинград самолётом ТБ-3 были отправлены 10 тяжелораненых. За период блокады Ленинграда лётчики БФ эвакуировали в тыл 95 пострадавших моряков. Из частей ВВС БФ в первый период войны было перевезено в тыловые лечебные учреждения 270 человек, из них транспортными самолётами – 119 и санитарными – 151, в том числе 73 лётчика, 27 штурманов, 26 стрелков-радистов [13].

Основными санитарными самолётами были С-1, С-2 (эвакоёмкостью один носилочный или два сидячих раненых), С-3 (с модернизированной инженером Филатовым кабиной самолёта С-2, после чего она стала вмещать двух раненых на носилках), С-4 (в 1942 г. инженер Бакшеев модифицировал кабину самолёта У-2, увеличив число эвакуируемых до двух на носилках и одного сидячего раненого) с небольшим радиусом действия – 150–200 км. Указанные самолёты использовались для эвакуации носилочных раненых путём установки на их фюзеляжах кассет Филатова или двух кассет Бакшеева, размещаемых на двух несущих плоскостях. В 1943 г. конструктор Поликарпов модифицировал свой самолёт У-2, доведя его эвакоёмкость до аналогичных характеристик самолёта С-4 (самолёт получил название По-2) [14] (рис. 3).

В ходе ВОВ для медицинской эвакуации, особенно с островов, нередко применялись и боевые самолёты. Так, только с 4-го по 8-е апреля 1942 г. с островов Лавенсари и Сескар авиацией БФ на самолётах МБР-2 было транспортировано в Ленинград и Кронштадт 105 раненых [13]. В период действий десантных войск на Керченском полуострове (ноябрь 1943 г.) на них эвакуировали тяжело раненых моряков из станицы Таманской в ВМГ-43 и ВМГ-49. В марте и апреле 1944 г. из ВМГ-87 (Скадовск) и базового лазарета № 55 (Тамань) в г. Геленджик и далее в г. Сочи было перевезено по воздуху 95 человек. Всего за время войны авиация ЧФ транспортировала около 1000 раненых [6].



Рис. 3. Погрузка носилочных раненых в самолёт У-2, оборудованный кассетами Бакшеева (а), и в самолёт С-3 (б) в период ВОВ

Отряд санитарной авиации СФ с июня по ноябрь 1941 г. транспортировал из Мурманской (аэродром г. Мурманска) в г. Архангельск около 2000 раненых. Кроме того, ввиду непрерывных бомбардировок и обстрелов противником Мурманской железной дороги была организована медицинская эвакуация из г. Мурманск в г. Архангельск обратными самолётами: раненых доставляли на машинах на морской аэродром Грязная Губа или на береговой аэродром Ваенга-1, откуда гидросамолёты ГСТ и самолёты Ли-2 совершали постоянные рейсы в г. Архангельск. В период Петсамо (Печенгско)-Киркенесской наступательной операции (07–27.10.1944 г.) санитарными самолётами С-2 и попутными ППБ ВВС СФ было перевезено 92 человека, в том числе 19 раненых лётчиков, 22 подобранных на воде и 51 раненый из состава морской пехоты [6].

В целом за время ВОВ объём эвакуационных перевозок раненых и больных самолётами составил 12–13%, причём из них только 15% были эвакуированы санитарными самолётами [14].

Санитарные потери (СП) среди личного состава авиации ВМФ. СП среди личного состава ВВС в ВОВ возникали в результате следующих факторов: боевых травм, полученных лётным составом при выполнении боевых заданий в воздухе (ранения, ожоги, отморожения); травм, полученных лётным составом при лётных происшествиях (вынужденные посадки); различных заболеваний; ранений и травм личного состава при бомбардировках противником аэродромов; реактивных состояний.

Боевые СП лётного состава при выполнении боевых заданий в воздухе и при лётных происшествиях характеризовались рядом особенностей, которые объяснялись частой гибелью лётчиков в результате лётных происшествий: даже лёгкие ранения зачастую не позволяли управлять самолётом и вели к авиационной катастрофе, что увеличивало безвозвратные потери. По опыту ВОВ соотношение боевых СП лётного состава ВМФ и безвозвратных потерь составляло в среднем 1:3, в то время как в Сухопутных войсках оно было обратным (3:1–4:1) [8].

ВВС флота вели боевую деятельность преимущественно над морем, где возможность спасения лётного состава была значительно меньшей, чем на суше, особенно при большом удалении от берега и низкой температуре воды. Так, если безвозвратные потери в ВВС БФ в 1-й и 2-й годы ВОВ составляли 70% общих потерь, то в течение 3-го и 4-го года они увеличились ещё более, достигнув 81%. Это объясняется во многом тем, что если в 1941–1942 гг. боевой налёт над морем составил 40% к общему числу часов пребывания в воздухе, то в 1944–1945 гг. он достиг уже 68% [13] (табл. 1).

Таблица 1

Распределение санитарных и безвозвратных потерь среди лётного состава ВВС БФ по годам ВОВ, абс. число [12]

Характер потерь	1-й год	2-й год	3-й год	4-й год
Санитарные	261	154	218	171
Безвозвратные	633	366	555	804

В целом все повреждения у лётного состава ВМФ по их характеру распределялись следующим образом: ранения – 53,6%; закрытые повреждения – 38,1%; ожоги – 7,3% (чаще всего поражались открытые части тела – лицо и кисти рук: 86% от общего числа ожогов); отморожения – 1,0%. При этом из общего числа ранений (53,6%) значительная часть (до 14%) относилась к ушибленным ранам, полученным при лётных происшествиях. Таким образом, огнестрельные ранения у лётного состава ВМФ не превышали 40% среди всех видов поражений, в то время как на кораблях они составляли до 82% [12].

Среди боевых СП лётного состава по видам поражений относительно большой удельный вес занимали ожоги (до 7,3%), что в три раза превышает указанные показатели в танковых частях и соединениях (2,3%). Особенностью множественных (сочетанных) повреждений у лётного состава является то, что более половины из их числа (53%) были смешанными (комбинированными), например огнестрельное ранение и

ожог, перелом и ожог, что объяснялось одновременным воздействием нескольких причин (факторов): ранение в воздушном бою и травма при последующей аварийной посадке самолёта, ожог при пожаре на самолёте и закрытая травма от неудачного приземления после парашютного прыжка и т. д.

Из общего числа ранений и закрытых повреждений у лётного состава ВМФ за период ВОВ было получено: в воздушном бою – 52,5%; от огня зенитной артиллерии – 20,5%; при лётных происшествиях – 22,3%; от налётов авиации противника на аэродромы – 4,7% [12] (табл. 2).

При рассмотрении частоты травм при лётных происшествиях обращает на себя внимание повышение её во 2-й год войны (табл. 3). Это связано в том числе с тем, что в течение второго года войны авиация ВМФ осваивала новую боевую технику, что привело к некоторому увеличению числа лётных происшествий и связанных с ними травм лётного состава.

Распределение повреждений у лётного состава ВМФ по областям тела в значительной степени отличалось от локализации повреждений у корабельного и берегового составов [12] (табл. 4).

В целом потери авиации флотов в период ВОВ в абсолютных числах следующие: СП лётного состава БФ за 1944–1945 гг. составили 218 и 171 раненых соответственно; общие боевые потери лётного состава ВВС ТОФ за период военных действий составили 56 человек, из них 43 человека относились к безвозвратным потерям и 13 – к санитарным [2, 13].

Небоевые санитарные потери личного состава. В частях ВВС за весь период ВОВ на долю небоевых СП приходилось до 96,76% (травмы – 7,3% и болезни – 89,46%), боевые же поражения составили лишь 3,24% [8].

Заболеваемость военнослужащих авиационных и авиационно-технических частей за период ВОВ была неоднородной. Так, инфекционные болезни,

Таблица 2

Распределение частоты ранений и закрытых травм среди лётного состава ВВС ВМФ в зависимости от вида боевых действий и происшествий в период ВОВ, ‰ [12]

Лётная специальность	Все ранения и закрытые травмы	В том числе			
		в воздушном бою	при зенитном обстреле	при лётных происшествиях	при налёте авиации
Лётчики истребительной авиации	954	582	95	233	44
Лётчики бомбардировочной авиации	526	202	159	155	10
Лётчики штурмовой авиации	400	91	164	87	58
Штурманы	346	160	104	67	15
Стрелки-радисты	329	157	105	52	15

Таблица 3

Ранения и закрытые повреждения у лётного состава ВВС ВМФ в зависимости от вида боевых действий и происшествий, ‰ [12]

Год войны	Общая частота ранений и травм	В том числе			
		в воздушном бою	при зенитном обстреле	при лётных происшествиях	при налёте авиации
1-й	185	109	36	32	8
2-й	186	103	31	44	8
3-й	120	64	24	27	5
4-й	66	27	17	19	3

Таблица 4

Локализация огнестрельных ранений, полученных лётным составом ВВС ВМФ в полёте, в зависимости от лётной специальности, % [12]

Лётная специальность	Области тела			
	голова и шея	туловище	верхние конечности	нижние конечности
Лётчики истребительной авиации	22,5	24,5	40	13
Лётчики бомбардировочной авиации	34	24	26	16
Лётчики штурмовой авиации	38	30,5	12,5	19
Штурманы	15,4	25,3	37,3	22
Стрелки-радисты	15,9	23,1	43	18
Весь лётный состав	22	24,9	37,5	15,6

болезни кожи и подкожной клетчатки, алиментарная дистрофия и авитаминозы, болезни органов дыхания и сердечно-сосудистой системы встречались среди указанного контингента значительно реже, чем в среднем за все рода войск, что было обусловлено более благоприятными условиями размещения и питания [15].

В то же время в ВВС БФ в 1942 г. питание не только наземного, но и лётного состава настолько ухудшилось, что появилось значительное число заболевших дистрофией. Это было обусловлено тем, что авиационные части флота были разобщены друг от друга кольцом блокады [13].

В структуре нервных и психических заболеваний преобладали болезни периферической нервной системы (42,3% от данной группы) и функциональные неврозы (30,3% от данной группы), психические болезни составили 3,5% от данной группы (в среднем за все рода войск – 4,1%) [15].

В медицинской службе ВВС БФ в начале войны должности старших врачей некоторых полков занимали врачи, не подготовленные даже по элементарным вопросам авиационной медицины [12]. К концу же войны врачи ап и отдельных аз ВВС ТОФ по своим деловым качествам в целом были вполне подготовлены к работе в боевой обстановке. Многие из них в годы ВОВ прошли специальные курсы по авиационной медицине при Центральном институте усовершенствования врачей (г. Москва) [2].

Большие трудности для врачей ап представляла организация организованного отдыха лётного состава. Этому мешали непрерывность боевой деятельности и отсутствие в первое время резервов. Боевая нагрузка была довольно значительной: например, лётчики бомбардировочной авиации делали по 2–3 боевых вылета в сутки. Суточное пребывание в воздухе составляло в среднем 10–12 часов [6]. Вскоре врачи ап стали констатировать у лётного состава признаки утомления и для борьбы с ним применять стимуляторы. С целью стимуляции довольно широко в период ВОВ применялся такой препарат, как фенамин и шоколад «Кола» [6, 13].

По докладу главного врача ВВС, уже в конце августа 1941 г. командующий ВВС ЧФ принял решение направлять наиболее утомлённых лётчиков на краткосрочный отдых, для чего начальник МСО предоставил дом отдыха (ДО) в г. Ялта со сроками пребывания в нём 10–15 дней. В ноябре того же года в связи с создавшейся обстановкой ДО был передислоцирован в г. Гагра. По решению Военного Совета ЧФ, в марте 1942 г. в г. Севастополе был организован ДО на 19 мест со сроком пребывания 3–5 дней [6]. На БФ в конце 1942 г. на базе 8-й АвБ был организован ДО на 50 мест. Позднее перед началом операции по прорыву блокады Ленинграда (11–26.01.1943 г.) в районе Бернгардовки был сформирован ДО лётного состава и при нём ночной санаторий для лётчиков, участвовавших в операции [13].

На СФ был организован ДО ВВС СФ в п. Грязная Губа. Условия ДО или лазарета обычно действовали очень эффективно и позволяли через 2–3 дня вернуть лётчика в строй [10].

Выводы

1. В ходе ВОВ выявились положительные и отрицательные стороны в подготовке и деятельности медицинской службы ВВС флотов. Положительной стороной было соответствие боевой организации медицинских служб выполнявшимся задачам. Из отрицательных – «раздутые» штаты медицинских служб АвБ, которые уже в начале войны пришлось сократить, а также недостаточность боевой подготовки прибывшего из запаса медицинского состава и хирургической подготовки врачей.

2. Опыт ВОВ показал необходимость совместной деятельности врачей ап и медицинского состава АвБ по лечебно-эвакуационному и санитарно-профилактическому обеспечению лётных частей.

3. Особенностью работы медицинской службы АвБ являлось медицинское обслуживание нескольких аэродромов, расположенных один от другого в нескольких десятках и более километров. Кроме того, работа медицинской службы АвБ проводилась в условиях частых перебазирований.

4. Количество и качество медицинского имущества в частях авиации ВМФ было достаточным. Недостатком, выявившимся в самом начале войны, являлась его громоздкость. Специальные укладки медицинского имущества, рассчитанные на специфику авиационных частей и их численный состав, были сформированы только к концу войны в ВВС ТОФ.

5. Применение самолётов для лечебно-эвакуационных целей обеспечило быстрое оказание квалифицированной хирургической помощи лётно-техническому составу.

6. Организация отдыха лётного состава в санаториях и домах отдыха положительно сказалась на боеспособности частей авиации флота.

7. Врачи-специалисты ЛАМ оказывали помощь врачам ап в их повседневной работе по медицинскому обеспечению боевых полётов, продолжительное время работая в частях. Освидетельствование лётного состава часто проводилось в ПМП. Практика показала необходимость этих форм работы.

8. В ходе ВОВ выявилась необходимость организации розыска и спасения экипажей самолётов при вынужденных посадках вдали от своего аэродрома, в том числе при приводнении в море. Применявшиеся способы спасения себя оправдали.

9. Повреждения у лётного состава морской авиации в ВОВ имели свои специфические особенности как по характеру, так и по их локализации.

Литература

1. Бобров, Ю.М. Анализ опыта организации медицинского обеспечения поисково-спасательных работ морской авиации Тихоокеанского флота и ВВС в военных конфликтах XX в. / Ю.М. Бобров, Э.А. Лучников // Вестн. Росс. воен.-мед. акад. – 2011. – № 5 (38). – С. 3–7.

2. Богословов, Б.А. Медицинское обеспечение боевых действий ВВС Тихоокеанского флота // Медицинская служба ВМС СССР в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. – Л.: ВММА, 1954. – Т. II, вып. 2. – С. 49–58.
3. Власов, А.А. Развитие врачебно-лётной экспертизы и организации медицинского освидетельствования лётного состава / А.А. Власов [и др.] // Вестн. Росс. воен.-мед. акад. – 2011. – № 5. – С. 42–44.
4. Гладких, П.Ф. Очерки истории отечественной военной медицины / П.Ф. Гладких [и др.] // Медицинская служба ВВС России (история строительства и деятельности). – М.: Б. и., 2008. – 292 с.
5. Дударев, Е.С. Некоторые вопросы медицинского обеспечения боевых действий ВВС Северного флота в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. – Л.: ВМА, 1950. – 65 с.
6. Катков, А.И. Медицинское обеспечение боевых действий ВВС Черноморского флота // Медицинская служба ВМС СССР в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. – Л.: ВММА, 1954. – Т. II, вып. 2. – С. 23–36.
7. Лаврентьев, Н.М. Авиация Военно-морского флота в Великой Отечественной войне / Н.М. Лаврентьев [и др.]. – М.: Воениздат, 1983. – 183 с.
8. Рудный, Н.М. Медицинская служба Военно-воздушных сил в годы Великой Отечественной войны. – М.: Воениздат, 1982. – 216 с.
9. Рудный, Н.М. Организация медицинского обеспечения Военно-воздушных сил в Великой Отечественной войне // Воен.-мед. журн. – 1985. – № 5. – С. 20–25.
10. Савельев, А.Н. Медицинское обеспечение боевых действий ВВС Северного флота / А.Н. Савельев, В.И. Усков. // Медицинская служба ВМС СССР в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. – Л.: ВММА, 1954. – Т. II, вып. 2. – С. 37–48.
11. Савин, Н.И. Опыт работы медицинской службы 30-й авиационной базы Северного флота по лечебно-эвакуационному обеспечению в Великой Отечественной войне. – Л.: ВМА, 1950. – 78 с.
12. Тарасов, С.И. Боевые потери в морской авиации // Медицинская служба ВМС СССР в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. – Л.: ВММА, 1954. – Т. III-1, вып. 2. – С. 270–274.
13. Тарасов, С.И. Медицинское обеспечение боевых действий ВВС Краснознамённого Балтийского флота // Медицинская служба ВМС СССР в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. – Л.: ВММА, 1954. – Т. II, вып. 2. – С. 13–22.
14. Топорков, М.Т. Авиамедицинская эвакуация в отечественных и зарубежных силовых структурах в военных конфликтах и в мирное время / М.Т. Топорков, Э.А. Лучников // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезвычайных ситуациях – 2012. – № 2. – С. 29–38.
15. Топорков, М.Т. Санитарные потери в авиации флота и Военно-воздушных силах в войнах и вооружённых конфликтах / М.Т. Топорков, Ю.М. Бобров, Э.А. Лучников // Вестн. Росс. воен.-мед. акад. – 2012. – № 3 (39). – С. 219–227.

E.A. Luchnikov, O.G. Chernikov, E.M. Mavrenkov

Medical Support of Combat Operations and Naval Air Force Losses in the Great Patriotic War

Abstract. The paper addresses the contribution of the Naval Air Force and its medical service to the victory in the Great Patriotic War of 1941–1945. Organizational and staff structure, medical support of combat operations, the dynamics, level and structure of operational attrition and non-battle sanitary losses of the Naval Air Force air and ground crews are studied by categories and by the periods of the war, including the major operations, separately for each fleet. Detailed analysis of the experience of search and rescue operations and aeromedical evacuation as specific components of the medical service of the Naval Air Force is presented. The management procedures of medical supplies and recreation of the air crews to prevent their exhaustion are studied. For instance, since it was impossible to provide professional and specialized medical aid to the wounded from the fleet air force units, it had to be provided at the naval and combined-arms levels of medical evacuation. Only a small number of air base infirmaries were staffed by qualified surgeons. Difficulties in organizing the medical supplies were caused by frequent movements of air force units, often in the closest vicinity to the enemy; and also, by the lack of special unified medical packs. Based on the experience of medical support for search and rescue operations, the most effective search and rescue of flight personnel was organized using water-planes. During the war, naval aviation pilots evacuated thousands of wounded people to the rear of the country. The specifics of the fleet aviation missions characterize the structure of sanitary losses and their ratio to the irretrievable losses of flying personnel during the four years of the war. Due to a significant combat load on the pilots, the command was obliged to organize their rehabilitation in the form of short-term vacation at adapted recreation centers. Based on the information available from literature and archive sources, the successful experience and faults in the medical support of the combat missions of the Air Force as the striking component of the Navy during the Great Patriotic War are analyzed, and respective detailed conclusions are made.

Key words: air force base, combat operations, Great Patriotic War of 1941–1945, naval hospital, seaplane, sick bay, naval air force, wounded, sanitary losses, fleet.

Контактный телефон: 8-981-120-17-60; e-mail: vmeda-nio@mail.ru