

С.В. Кульнев, С.И. Леоник,  
В.Я. Апчел, Р.Н. Лемешкин

## Организация медицинского обеспечения боевых действий 1-го Белорусского фронта в Висло-Одерской наступательной операции

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

**Резюме.** Представлен анализ литературных источников и архивных материалов, посвященных организации медицинского обеспечения войск 1-го Белорусского фронта в Висло-Одерской наступательной операции в январе – феврале 1945 г. Охарактеризован объем работы всех звеньев медицинской службы при подготовке и проведении лечебно-эвакуационных мероприятий в ходе стремительного наступления с прорывом и преодолением системы оборонительных рубежей противника на большую глубину. Рассмотрены общая тактическая и медико-тактическая характеристики Висло-Одерской наступательной операции: определен замысел операции, определены ближайшая и последующие задачи, этапы проведения операции (подготовительный и основные). Раскрыты состав сил и средств медицинской службы: состав и количество госпитальных баз фронта, дана их характеристика (кочный фонд и их загрузка по этапам операции). Представлены результаты деятельности полковых и дивизионных медицинских пунктов, хирургических полевых подвижных госпиталей и госпитальных баз фронта в виде показателей хирургической активности. Представленные статистические данные результатов работы войсковой, армейской и фронтовых сил и средств медицинской службы в ходе Висло-Одерской наступательной операции могут служить основой для проведения анализа и исторического сравнения с другими наступательными операциями на других фронтах в годы Великой Отечественной войны. Выявлены особенности как в планировании медицинского обеспечения, так и в организации работы всех звеньев медицинской службы в ходе наступательной операции, что представляет определенный интерес для военных врачей.

**Ключевые слова:** Висло-Одерская операция, санитарные потери, медицинская служба армии, этапы операции, эшелоны госпитальных баз, полковой медицинский пункт, дивизионный медицинский пункт, хирургический полевой подвижный госпиталь, организация и показатели хирургической работы.

**Введение.** Изучение опыта Великой Отечественной войны (ВОВ) 1941–1945 гг. еще долгие годы будет представлять, как научный, так и практический интерес. Висло-Одерской операции предшествовала довольно продолжительная оперативная пауза, когда войска фронта готовились к наступлению и не вели активных боевых действий. К этому времени госпитальные базы армий (ГБА) и фронта (ГБФ) оказались эшелонированными на очень большую глубину, восточнее линии Брест, Львов и имели значительную загрузку. Поэтому в подготовительный период важнейшей задачей явилось высвобождение отставших госпиталей и сосредоточение их в новых районах.

**Цель исследования.** Проанализировать деятельность всех звеньев медицинской службы по подготовке и проведению лечебно-эвакуационных мероприятий в ходе Висло-Одерской наступательной операции.

**Материалы и методы.** Материалами исследования послужили разноплановые доступные исторические архивные данные, воспоминания участников Висло-Одерской наступательной операции (интервью, опубликованные в центральной печати, мемуары), данные филиала Центрального архива Ми-

нистерства обороны Российской Федерации (военно-медицинских документов).

**Результаты и их обсуждение.** В результате летне-осенней кампании в 1944 г. войска 1-го Белорусского фронта вышли к р. Висла и захватили на ее западном берегу два плацдарма: один в районе Магнушева, шириной 26 км и в глубину 15 км; другой – в районе Пулавы, шириной 36 км и в глубину до 11 км и приступили к подготовке Висло-Одерской наступательной операции [3]. По замыслу Советского Верховного Главнокомандования 1-й Белорусский фронт должен был нанести мощный фронтальный удар с вислинских плацдармов одновременно с ударами 1-го Украинского и 2-го Белорусского фронтов в общем направлении на запад, с последующим выходом наших войск на р. Одер.

Висло-Одерская операция была проведена в период с 14 января по 3 февраля 1945 года. По ходу боевых действий она делится на 3 этапа.

Первый этап – с 14 по 17 января 1945 г. – прорыв вислинского оборонительного рубежа и разгром Варшавско-радомской группировки противника.

Второй этап – с 18 по 24 января 1945 г. – развитие прорыва и выход к четвертому познаньскому оборонительному рубежу.

Третий этап – с 25 января по 3 февраля 1945 г. – прорыв пограничных укрепленных районов Германии и выход на р. Одер [5] (рис. 1).

Висло-Одерской операции предшествовала довольно продолжительная оперативная пауза, когда войска нашего фронта не вели активных боевых действий. В ходе предшествовавших боевых действий ГБА и ГБФ оказались эшелонированными на очень большую глубину. Ряд госпиталей ГБФ остались восточнее линии Брест, Львов и имели значительную загрузку ранеными и больными [1].

Поэтому в подготовительный период важнейшей задачей явилось высвобождение отставших госпиталей и сосредоточение их в новых районах в полосах своих армий. Эта работа в основном завершилась к концу ноября 1944 г. За это время было перемещено 27 госпиталей на 17800 коек.

К началу наступательной операции в состав армий входили следующие медицинские учреждения (табл. 1).

Из таблицы 1 видно, что в состав госпитальных баз армий входило от 7 до 14 ХППГ, а коечная емкость колебалась от 6200 до 8900 коек.

Из эвакотранспортных средств в каждой общевойсковой армии имелось по одной автосанитарной роте (АСР) и конно-санитарной роте (КСР). Кроме того, в подчинении армий было 15 военно-санитарных летучек.

В состав фронтовой госпитальной базы входили 131 госпиталь различного типа, в том числе 81 ЭГ, 19 ХППГ, 14 ГЛР общей емкостью 67 600 койко-мест (табл. 2).

Эвакотранспортные средства фронтового подчинения состояли из трех АСР, КСР, пяти военно-санитарных летучек (ВСЛ), двадцати ВВСП, санитарно-авиационного полка, санитарно-авиационной эскадрильи и отряда собачьих санитарных нартовых упряжек.

Большая работа на подготовительном этапе была проведена по доукомплектованию личным составом учреждений и подразделений медицинской службы и организации их боевой и специальной подготовки.

Основными формами доподготовки являлись: краткосрочные учебные сборы, научные конференции, а также индивидуальные прикомандирования на рабочие места в дивизионные медицинские пункты (ДМП) и госпитали.

В конце декабря была проведена фронтовая конференция хирургов, посвященная разбору итогов медицинского обеспечения войск фронта во время летней компании и задачам службы в предстоящих зимних наступательных действиях войск фронта с форсированием водных преград (рис. 2). Аналогичные конференции были проведены и в ряде армий.

В соединениях организовывались учебные сборы фельдшеров, санинструкторов и санитаров. Усиленно проводились занятия по повышению квалификации санитаров и подготовке новых. В частях фронта было вновь подготовлено 5655 санитаров [5].

План лечебно-эвакуационного обеспечения предстоящей наступательной операции в военно-санитарное управление (ВСУ) фронта в целом не составлялся по соображениям скрытности подготовки

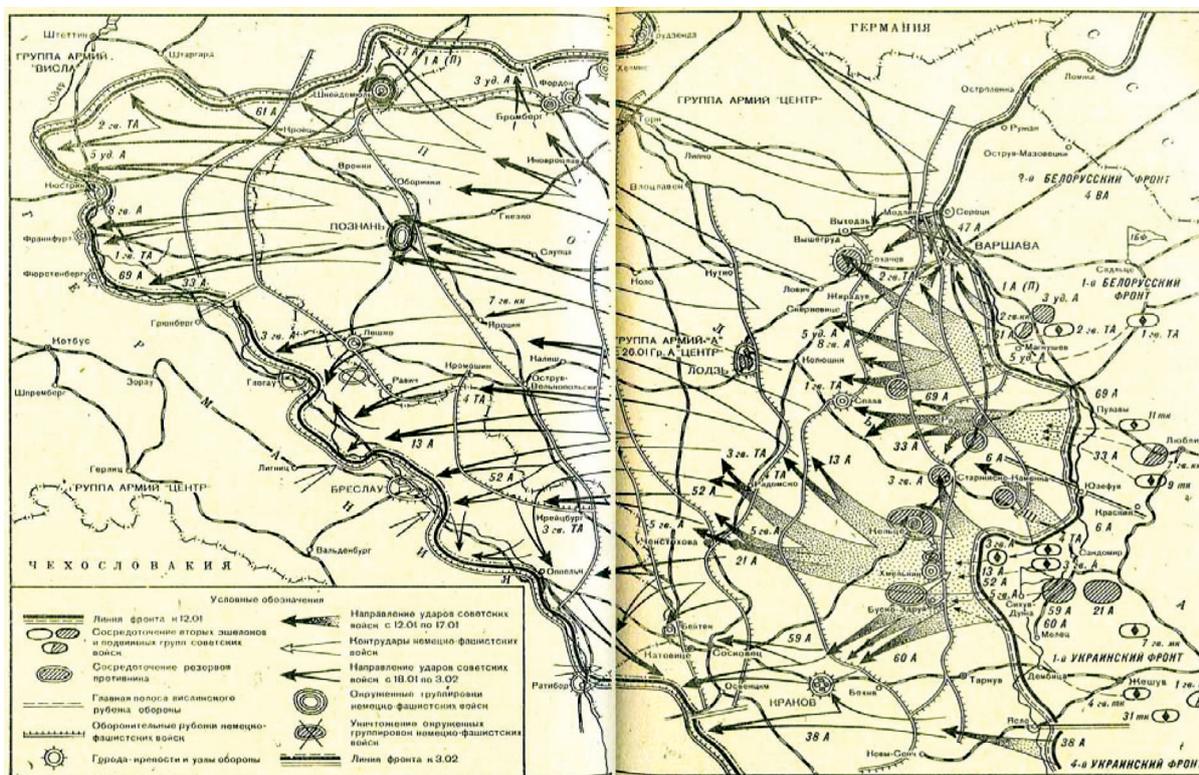


Рис. 1. Висло-Одерская операция (12 января – 3 февраля 1945 г.)

Таблица 1

Состав госпитальных баз армий к началу операции [5]

Армия	Количество учреждений								Всего учреждений	Штатное кол-во коек и мест
	УПЭП	УГПЭП с ЭП	ХППГ	ТППГ	ИППГ	ГЛР	СЭГ	ЭГ		
47-я армия	1	1	7	2	2	3	1	1	18	6200
1-я Польская армия	1	1	6	2	2	2	-	3	17	5300
61-я армия	1	1	10	3	2	3	-	1	21	6400
5-я ударная армия	1	2	12	2	2	3	-	2	24	7500
8-я гвардейская армия	1	2	14	3	2	3	1	2	28	8900
69-я армия	1	2	10	2	2	3	-	3	23	7600
3-я ударная армия	1	2	7	2	2	3	1	3	21	6900
1-я гв. танковая армия	1	1	4	1	1	1	-	-	9	2500
2-я гв. танковая армия	-	1	3	1	1	1	-	-	7	2300
33-я армия	1	2	9	2	1	3	-	3	21	6700
Итого	9	15	82	20	17	25	3	18	189	60300

**Примечание:** УПЭП – управление полевого эвакуационного пункта; УГПЭП с ЭП – управление головного полевого эвакуационного пункта с эвакуационным пунктом; МЭП – местный эвакуационный пункт; ХППГ – хирургический полевой подвижный госпиталь; ТППГ – терапевтический полевой подвижный госпиталь; ИППГ – инфекционный полевой подвижный госпиталь; ГЛР – госпиталь легкораненых; СЭГ – сортировочный эвакуационный госпиталь; ЭГ – эвакуационный госпиталь; ГБФ – госпитальная база фронта; ГБА – госпитальная база армии; ВВСП – временный военно-санитарный поезд.

Таблица 2

Состав и емкость фронтальной госпитальной базы к началу операции [5]

Наименование	Количество учреждений							Всего учреждений	Кол-во коек и мест
	СЭГ	ЭГ	ГЛР	ЭП	ХППГ	ТППГ	ИГ		
ПЭП-15	-	2	3	2	17	3	5	32	8600
МЭП-6	1	24	4	-	1	-	2	32	19 300
МЭП-14	1	32	3	-	1	-	1	38	19 300
МЭП-198	2	23	4	-	-	-	-	29	20 400
Итого	4	81	14	2	19	3	8	131	67600

операции. Однако в аппарате ВСУ фронта все же разрабатывались некоторые частные документы, относящиеся к планированию, например, расчет санитарных потерь, предложения о перемещениях госпиталей и другие документы.

Замысел руководства медицинской службой 1-го Белорусского фронта в отношении обеспечения предстоящей операции сводился к следующему:

1. Во всех армиях, за исключением 47-й, 1-й Польской и 33-й армий, развернуть только часть медсанбатов, ХППГ первой линии и по одному армейскому ГЛР, а остальные лечебные учреждения вывести в резерв начальников санитарных отделов армий.

2. Выдвинуть вперед группы фронтальных госпиталей, развернув их в районах размещения госпитальных баз 61-й, 5-й ударной, 8-й гвардейской и 69-й армий.

3. Довести к началу операции до 50000 число свободных коек во фронтальной госпитальной базе.

4. Вывести в резерв начальника ВСУ фронта полевые подвижные госпитали, имеющиеся в составе фронтальных средств, а также 6-й ЭГ и 2 фронтальных ГЛР, приблизив их к линии фронта.

5. Подчинить начальнику УФЭП 73 все военно-санитарные летучки (кроме 47-й армии), подтянув их вместе с ВВСП ближе к линии фронта.

6. Переформировать 10 военно-санитарных летучек колеи советских железных дорог на западно-европейскую колею.

7. К концу первого этапа операции выдвинуть вперед и развернуть в районе Груец, Радом резерв фронтальных ППГ (под руководством УПЭП 15). По выходе войск на рубеж р. Варта приступить к организации первого эшелона ГБФ в районе Скерневице, Кутно, Лодзь путем перемещения в этот район госпиталей МЭП 14. По достижении войсками рубежа западнее Познань, Бреслаувыдвинуть в район Коло, Кони, Калиш госпитали 15-го полевого эвакуационного пункта [5].

Все мероприятия ВСУ фронта по обеспечению предстоящей наступательной операции основывались, прежде всего, на предположениях о возможности значительных санитарных потерь и большой глубине операции. В свете этих предположений следует признать весьма целесообразным решение ВСУ фронта о выдвигании групп фронтальных госпиталей в армейский и частично войсковой тыловые районы – в



Рис. 2. Форсирование водной преграды

Пулавы, Демблин и другие пункты [5]. Расчет ожидаемых санитарных потерь приведен в таблице 3.

Фактические санитарные потери войск фронта за операцию составили 60837 чел. (5,8% к численному составу войск фронта), в том числе пораженными в бою 55793 (5,3%) чел. и больными 5044 (0,5‰) чел. При этом среднесуточные потери пораженными в боях за всю операцию составили 2657 (0,25%) чел., больными – 240 (0,22‰) чел. Распределение раненых по этапам операции представлено в таблице 4.

Из таблицы 4 видно, что наибольшие потери имели 8-я гвардейская, 33-я и 5-я ударная армии, действовавшие на направлении главного удара фронта и прорывавшие наиболее мощные узлы обороны противника. Наибольшие санитарные потери войска фронта несли на первом этапе операции: в первые четыре дня они потеряли в боях 24592 чел. или 44,1% общего числа потерь фронта.

На втором этапе операции санитарные потери были относительно небольшими и составили 10 724 чел.

или 19,2% от общего числа потерь. На третьем этапе операции санитарные потери вновь возросли до 20 477 чел. или (36,7%), что было связано с преодолением упорного сопротивления противника в период боев войск фронта за прорыв пограничных укрепленных районов.

Показано, что оказание первой помощи и вынос раненых с поля боя войсковой и армейской медицинской службой в ходе операции строился на основе существовавших наставлений и инструкций с учетом накопленного опыта. При этом, чаще всего, оказанию первой помощи предшествовал вынос с поля боя или оттаскивание раненого в укрытие, а затем оказание им первой помощи. Первая помощь на поле боя раненым в 60,3% случаев была оказана медицинским персоналом, а в 39,7% в порядке само- и взаимопомощи. При этом в течение первого часа она была оказана 72,7% раненым, от 1 до 3 ч – 10,1% раненым.

По способам выноса раненых с поля боя они распределялись следующим образом: вышли самостоя-

Расчет ожидаемых санитарных потерь за операцию, абс. (%) [5]

Таблица 3

Армия	Ожидаемые санитарные потери пораженными и больными	Фактические санитарные потери пораженными и больными
47 армия	12000	7579 (10,2)
1 Польская армия	9000	1114 (1,4)
61 армия	20000	5791 (6,7)
5 ударная армия	20000	8473 (7,7)
8 гвардейская армия	20000	13683 (12,3)
69 армия	16000	6202 (5,6)
33 армия	16000	11804 (10,2)
1 гв. танковая армия	5000	3024 (7,5)
2 гв. танковая армия	12000	3167 (7,7)
Соединения резерва фронта	135000	учтены в армиях
Всего по фронту	–	60837 (5,8)

Таблица 4

Санитарные потери пораженными в боях по этапам операции в армиях и по фронту [5]

Армия	Этап						За операцию	
	I		II		III			
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
47-я армия	1371	20,1	3224	47,3	2226	32,6	6821	100
1-я Польская армия	92	25,8	126	35,4	138	38,8	356	100
61-я армия	4074	77,9	338	6,5	818	15,6	5230	100
5-я ударная армия	5269	70,7	1097	14,7	1089	14,6	7455	100
8-я гвардейская армия	5041	38,1	1456	11,0	6748	50,9	13 245	100
69-я армия	2831	49,4	1029	18,0	1871	32,6	5731	100
33-я армия	5545	49,3	1509	13,4	4202	37,3	11 256	100
1-я гвардейская танковая армия	313	11,0	1215	42,7	1317	46,3	2845	100
2-я гвардейская танковая армия	56	2,0	730	25,6	2068	72,4	2854	100
Всего за фронт	24 592	44,1	10 724	19,2	20 477	36,7	55 793	100

тельно – 35,5%, вынесены товарищами – 9,5%, вынесены санитарями-носильщиками – 55,9% раненых. До 70–80% раненых доставлялись на батальонные медицинские пункты (БМП) в течение двух часов с момента ранения, а остальные 20% позже четырех часов [5].

Объем помощи на БМП сводился, в основном, к наложению или смене повязок и шин, контролю повязок, наложенных на поле боя, контролю и наложению жгута при кровотечениях, введению сердечных и болеутоляющих средств. Главное внимание фельдшеров батальонов было направлено на руководство работой ротного звена медицинской службы и на быстрейшую эвакуацию раненых с поля боя на БМП и полковые медицинские пункты (ПМП), а также на оказание доврачебной помощи и иммобилизацию переломов.

ПМП в ходе операции располагались в 2–3 км от линии фронта. Перед ПМП была поставлена задача тщательной сортировки раненых с тем, чтобы после оказания им первой врачебной помощи эвакуировать их по назначению в специализированные госпитали. После прорыва обороны противника ПМП находились в непрерывном движении за наступающими частями, развертываясь на рубеже, где противник оказывал упорное сопротивление.

Одной из особенностей Висло-Одерской операции являлось то, что в ее ходе на втором этапе раненые не

эвакуировались с поля боя в тыл на ПМП и ДМП, а концентрировались на путях их движения. Войска быстро уходили вперед, а ПМП и ДМП следуя за войсками, перемещались к местам скопления раненых. Этот вид эвакуационного маневра являлся вынужденным мероприятием, оправдавшим себя в данных условиях.

Эвакуация раненых и больных из ПМП на ДМП и ХППГ первой линии осуществлялась дежурными автомашинами, которые заранее прибывали из ДМП. Количество дежурных машин зависело от обстановки. Для эвакуации раненых широко использовался войсковой порожняк.

Объем и характер медицинской помощи на ДМП зависел от той обстановки, в которой находились войска и сами ДМП (табл. 5).

В исходном положении войск и на первом этапе операции были применены новые формы и методы организации квалифицированной медицинской помощи, имеющие целью обеспечить медико-санитарным батальонам наибольшую подвижность в условиях быстрого продвижения войск. Это достигалось, во-первых, переключением приближенных к войсковому району армейских госпитальных средств на которые возлагалось выполнение всех функций дивизионного медицинского пункта (47-я армия); во-вторых, распределением одних ДМП для обслуживания только

Таблица 5

Основные показатели работы ДМП в ходе операции, % к числу поступивших раненых [5]

Показатель	%
Доставлено до 12 ч после ранения	82,7
Общая оперируемость	5,6
При проникающих ранениях груди с открытым пневмотораксом	61,9
При проникающих ранениях живота	66,3
При огнестрельных ранениях бедра	71,1
Сделано переливаний крови	6,4
Эвакуировано в ГБА	79,6

тяжело раненых, а других – для обслуживания только легкораненых (8-я гв. армия); в-третьих, переключения всего потока тяжелораненых на ХППГ первой линии, а легкораненых на ДМП; в-четвертых, развертыванием в полосе стрелкового корпуса одного ДМП для обслуживания раненых всех дивизий корпуса и резервированием других ДМП (69-я армия).

Несмотря на многие положительные стороны указанных выше мероприятий серьезным дефектом в организации медицинского обеспечения войск в условиях данной операции это освобождение от работы в период прорыва обороны большинства ДМП (из 50 ДМП 30 были свернуты). Взамен их были развернуты недостаточные армейские хирургические средства (ХППГ первой линии), что привело к запаздыванию сроков оказания раненым квалифицированной хирургической помощи [5].

Лечебно-эвакуационное обеспечение армий в первые дни операции проходило при той группировке армейских госпиталей, которая была создана в подготавливательном периоде (рис.3).

В 69-й и 8-й гв. армии госпитальные базы были развернуты в два эшелона, причем 8-я гв. армия имела первый эшелон на плацдарме (три СХППГ, АГЛР и ЭП), а второй эшелон на восточном берегу р. Висла (АГЛР, ТППГ, ЭГ и ИППГ).

В исходном положении во всех армиях ХППГ первой линии были усилены личным составом,

преимущественно хирургами, а также имуществом, за счет свернутых (резервных) госпиталей и медико-санитарных батальонов.

Быстрое продвижение войск на втором этапе операции не позволяло производить развертывание ГБА на определенных рубежах из-за неминуемого отставания госпиталей. Поэтому начальники санитарных отделов армий стали развертывать преимущественно отдельные госпитали по пути движения войск. В ходе операции применялся и такой способ организации работы госпиталей, как создание мобильных групп за счет отдельной роты медицинского усиления (ОРМУ), а также личного состава свернутых госпиталей. Такие группы с минимальным медицинским имуществом перебрасывались за войсками в район расположения ДМП и начинали свою работу, используя местные средства. Организованный таким образом «импровизированный» госпиталь принимал раненых в течение 2–3 дней до подхода штатного армейского госпиталя, которому передавал раненых, а сам уходил вперед.

В условиях стремительного наступления войско-существовать эвакуацию по назначению было невозможно, так как ближайший к войскам развернутый армейский госпиталь принимал весь поток раненых, в том числе и нуждающихся в специализированной помощи по неотложным показаниям.

Из армейских госпиталей во фронтовые эвакуация проводилась армейским санитарным транспортом и

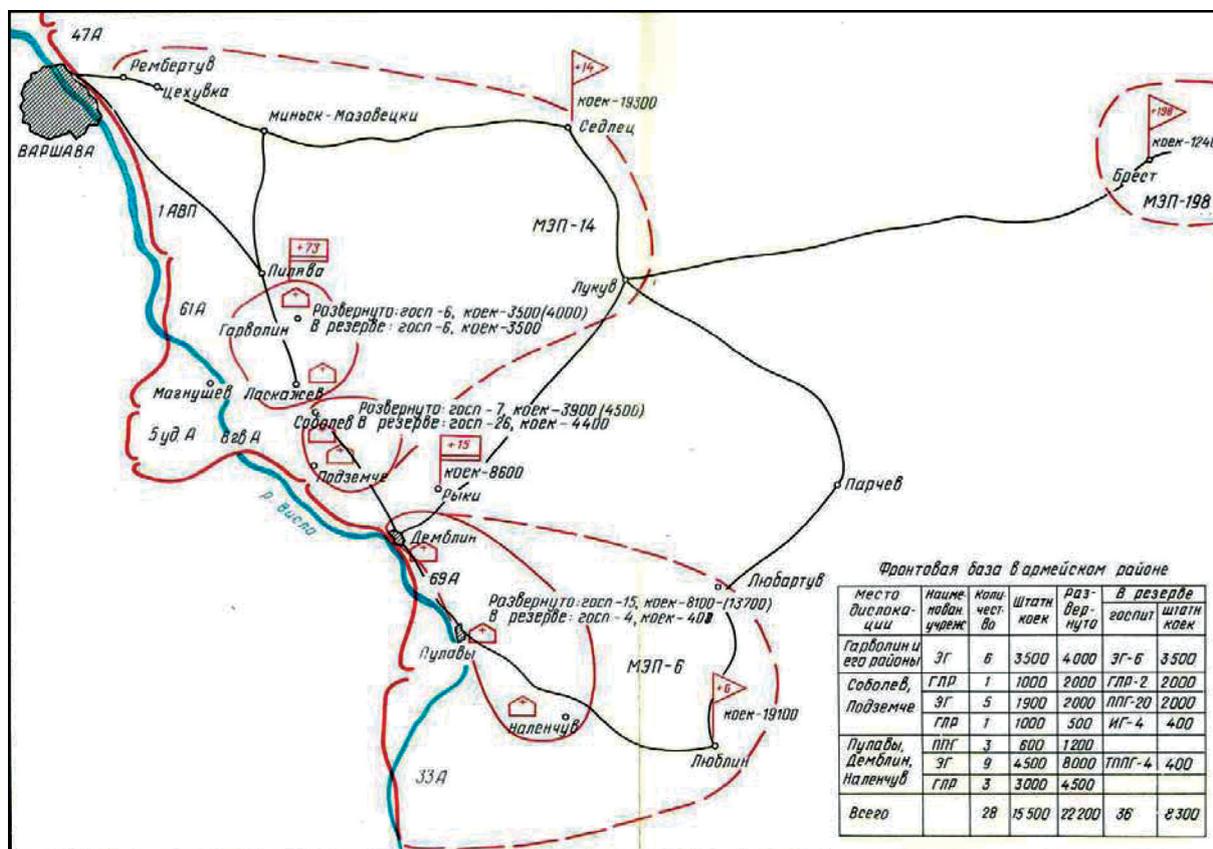


Рис. 3. Фронтальная госпитальная база 1-го Белорусского фронта в исходном положении на 15.01.1945 г.

обратным порожняком и очень редко санитарными самолетами. Следовательно, в армейском районе, как и в войсковом принцип эвакуации «на себя» был нарушен, и эвакуация раненых организовывалась преимущественно «от себя».

За первые два этапа операции из армейских районов было эвакуировано автотранспортом – 94%, самолетами – 1,7%, остальные – 4,3% раненых и больных были эвакуированы в конце операции по железной дороге. Кроме этого, значительная разгрузка армейских госпиталей проводилась путем передачи раненых на месте из армейских госпиталей в прибывшие фронтовые госпитали.

Организация лечебно-эвакуационного обеспечения на третьем этапе операции представляла наибольшие трудности в связи с глубиной и высоким темпом продвижения войск. По-прежнему были трудны условия для передислокации госпиталей, а санитарные потери значительно увеличились, особенно в 8-й гвардейской и 33-й армиях. Санитарные потери в общевойсковых армиях на этом этапе составили 36,7% санитарных потерь за всю операцию.

Негативное влияние на организацию медицинского обеспечения в ходе третьего этапа операции оказало то обстоятельство, что ВСУ фронта не планировало организацию работы медицинской службы в этот период, вследствие чего начальники санитарных отделов армий, по существу, были предоставлены самим себе и действовали вначале без должных указаний и своевременной помощи сверху [5]. Госпитали развертывались в армейских районах недостаточно своевременно, быстро переполнялись ранеными в 4–5 раз к штатной емкости.

По сравнению со вторым этапом операции получили более широкое распространение переброска госпиталей по частям, организация «импровизированных» госпиталей, более частая практика оставления раненых в местных больницах и населенных пунктах.

Всего к концу операции в общевойсковых армиях было развернуто около 25000 штатных коек или 41,5% общего числа коек армейских госпиталей. На конец января 1945 г. в ГБА состояло 26240 раненых и больных. Результаты работы ГБА представлены в таблицах 6, 7.

Организация работы фронтовых сил и средств медицинской службы в ходе операции заключалась

в том, что в начале операции ГБФ располагалась в три эшелона. Первый эшелон работал в армейском тыловом районе, второй в районе крупных населенных пунктов Седлец и Люблин и третий – тыловой эшелон, принимал раненых и больных, в основном, в районе Брест (рис. 4).

Первый эшелон ГБФ был развернут тремя группами госпиталей, расположенных в следующих населенных пунктах:

- а) Рембертув, Минск-Мазовецкий, общей емкостью 4900 штатных коек;
- б) Гавролин, Соболев, емкостью 4700 коек;
- в) Пулавы, Демблин, Наленчув, емкостью 9900 коек.

Первые две группы госпиталей подчинялись управлению МЭП-14 (местного эвакуационного пункта), последняя – МЭП-6. Лечебные учреждения, входившие в эти три группы, принимали раненых и больных как из ДМП и ХППГ первой линии, так и из госпитальных баз армий, кроме 5-й ударной армии.

Второй эшелон госпитальной базы фронта в начале операции был развернут в двух пунктах – в районе Седлец 9 госпиталей на 6800 коек под управлением МЭП-14, и в районе Люблин 7 госпиталей на 4300 коек под управлением МЭП-6.

Третий эшелон госпитальной базы фронта в начале операции располагался в Бресте и в ряде прилегающих к нему районах, имел 31 госпиталь на 21200 коек и подчинялся управлению МЭП-198.

Таблица 6

**Показатели хирургической работы ГБА, % к числу лечившихся [1]**

Показатель	%
Общая оперируемость	38,7
Прооперировано:*	
– при ранениях черепа с повреждением костей;	31,9
– при проникающих ранениях груди;	67,4
– при проникающих ранениях живота;	65,4
– при ранениях бедра с повреждением кости.	70,7
Эвакуировано в ГБФ	44,9

**Примечание:** \* – к общему числу лечившихся с данной локализацией.

Таблица 7

**Распределение оперированных раненых по срокам первичной обработки в связи с локализацией и характером ранений, % [5]**

Локализация и характер ранения	Сроки первичной хирургической обработки					
	до 6 ч	7–12 ч	13–14 ч	45–48 ч	49–72 ч	позже 3 сут
Проникающие ранения черепа	1,2	1,7	6,9	12,6	13,0	64,6
Проникающие ранения груди	17,0	16,0	23,3	16,2	5,7	21,2
Проникающие ранения живота	17,7	21,0	30,0	18,2	4,4	8,1
Огнестрельные переломы бедра	13,5	14,3	23,4	19,4	10,8	18,6
Ранения мягких тканей всех областей тела	16,6	13,6	21,4	16,8	8,7	22,9

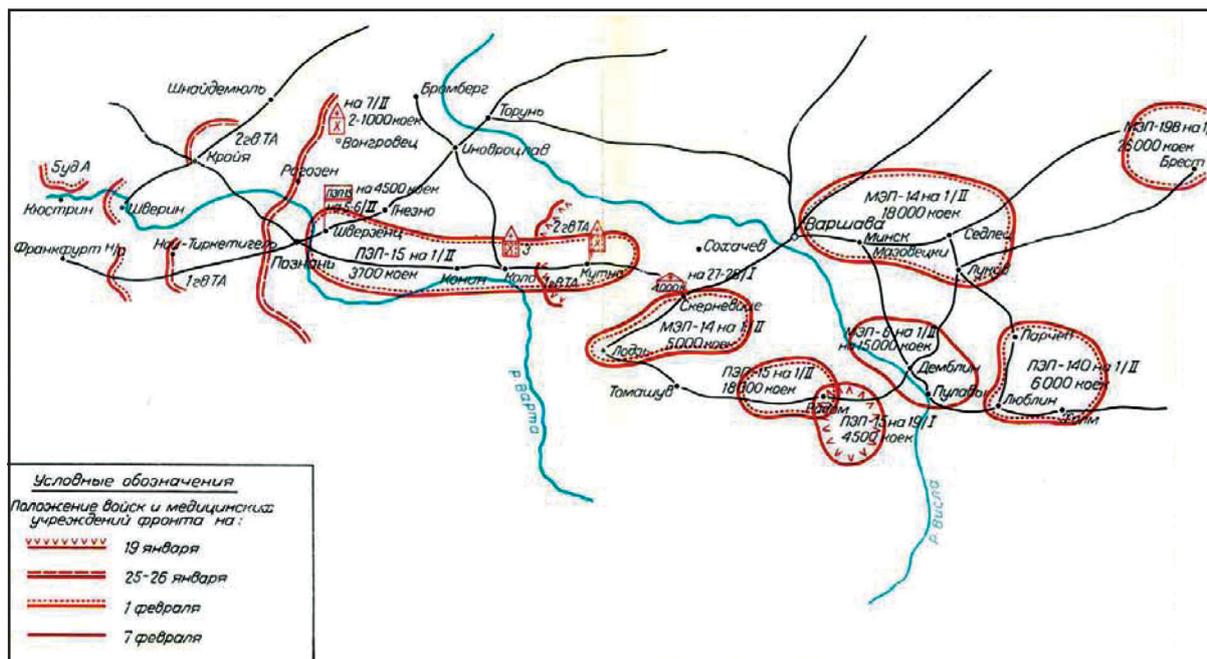


Рис. 4. Положение госпитальной базы 1-го Белорусского фронта в ходе Висло-Одерской операции

Госпитали ПЭП-15 (полевой эвакуационный пункт) в количестве 25 единиц в начале операции были свернуты и составляли резерв ВСУ фронта. Резерв делился на три группы: первая в составе 7 госпиталей на 1600 коек находилась на правом крыле фронта в районе Прага, Анин; вторая группа – 9 госпиталей на 2300 коек находилась в том же районе; третья группа состояла из 9 госпиталей на 2700 коек и располагалась на левом крыле фронта в районе Налечув.

Группы госпиталей всех эшелонов ГБФ имели в своем составе специализированные и общехирургические госпитали, терапевтические учреждения или терапевтические отделения при ГЛР и ЭГ. Всего в распоряжении ВСУ фронта к началу наступления было 134 госпиталя на 68700 коек. Из них для раненых в голову 11,1%, в бедро и крупные суставы – 13,4%, для раненых в грудь и живот – 11,1%, общехирургических и легкокораненых – 64,4% [5]. Загрузка коечной сети ГБФ в начале операции составляла 29% (19 960 раненых и больных).

Поступление раненых в лечебные учреждения первого эшелона госпитальной базы фронта началось к исходу 14 января – первого дня наступления. С 14 по 17 января в группу госпиталей Соболев-Гавролин поступило 8890 раненых на 470 коек, что создало весьма значительные затруднения в работе лечебных учреждений как с оказанием хирургической помощи раненым, так и с их размещением. Поэтому ВСУ фронта параллельно с приемом раненых организовало дополнительное развертывание госпиталей. К 18 января количество коек увеличилось до семи тысяч. Это дало возможность обеспечить прием и размещение всех раненых.

Однако хирургические отделения госпиталей не справлялись с оказанием хирургической помощи ра-

ненным потому, что их персонал не имел достаточного опыта в оказании первичной квалифицированной и специализированной хирургической помощи при массовом поступлении раненых из войскового района.

Учитывая создавшееся положение, ВСУ фронта на второй и третий день после начала наступления перебросило в Гавролин несколько хирургических групп из госпиталей, расположенных в Седлец. Такой маневр хирургическими группами дал возможность значительно увеличить пропускную способность операционных и перевязочных.

Вместе с тем, недостаточная емкость Гавролинской группы госпиталей не позволила выдержать специализацию госпиталей. Так, раненые в бедро и крупные суставы часто оперировались в общехирургических госпиталях, а для раненых в грудь и живот были организованы дополнительные отделения в эвакуогоспитале и госпитале для легкокораненых.

Таким образом, в первом этапе операции система этапного лечения с эвакуацией по назначению не была выдержана. Это явилось следствием недостаточного знания ВСУ замысла командующего фронтом.

Во втором этапе наступательной операции с 18 по 24 января началось стремительное продвижение войск, что потребовало от медицинской службы фронта продвижения лечебных учреждений. 17 января на левофланговом эвакуационном направлении было начато перемещение резервных госпиталей фронта, объединенных управлением ПЭП 15, из района Налечув в Радом. К 22 января в Радоме развернулась ГБФ, состоящая из 5 военных госпиталей, которая через несколько дней была усилена еще тремя лечебными учреждениями. Она принимала раненых и больных из 69-й, 33-й армий, наносивших второй удар фронта, и

частично из 8-й гвардейской и 4-й танковой армий. Все госпитали данной базы были специализированы. За весь период своей работы радомская группа госпиталей приняла 9038 раненых и больных [4].

17 января началось перемещение госпиталей резерва, расположенных на правом крыле фронта. Первоначальным пунктом дислокации этих госпиталей был намечен Груйец, но он оказался глубоко в тылу и госпитали были перемещены дальше на запад – в Скерневице. Но войска фронта и от этого пункта уже ушли далеко вперед. Вот почему развертывание крупной госпитальной группы в Скерневице было нецелесообразным и здесь развернулись для работы всего лишь один ХППГ, ГЛР, ЭГ и отделение СЭГ. Прием раненых в эти госпитали начался только 23 января, когда войска фронта вели боевые действия уже в 160 км от нее [5].

Таким образом, во втором этапе операции ВСУ фронта развернуло две группы госпиталей первого эшелона ГБФ на небольшое количество коек. Однако развертывание этих госпиталей в связи с высокими темпами продвижения войск запаздывало и оказание специализированной хирургической помощи проводилось в удлинённые сроки, а профиль специализированных лечебных учреждений в группе госпиталей, дислоцированных в Скерневице, не выдерживался.

Второй эшелон ГБФ во втором этапе операции состоял из различных групп госпиталей, развернутых ранее в районах Седлец, Рембертув, Гавролин, Пулавы, Люблин, а третий оставался в районе Брест. Госпитали этих эшелонов с работой вполне справлялись.

Третий этап наступательной операции характеризовался ожесточенными боями, что обусловило значительное количество санитарных потерь, которые составили 36,7% от всех потерь за операцию.

ВСУ фронта с 25 января приступило к организации первого эшелона ГБФ в г. Познань, а с 28 января в г. Лодзь. Одновременно шла работа по организации госпитальных групп ГБФ в Коло и Кутно.

В Познани был развернут сначала один фронтовой госпиталь, который принимал всех раненых. В дальнейшем здесь развернулся ряд госпиталей, образовавших первый эшелон ГБФ, который совместно с группами госпиталей фронта, развернутыми в Шверценц и Вангровец, обеспечивал прием раненых из соединений, ведущих бои по уничтожению противника в городах Познань, Шнайдемюль и из армий, борющихся за расширение плацдармов на западном берегу р. Одер. Поступавшие в эти госпитали раненые обеспечивались специализированной хирургической помощью в полном объеме, но это было уже после окончания операции.

Эвакуация раненых и больных между эшелонами ГБФ, расположенных к западу от р. Висла, велась автомобильным транспортом и частично самолетами. На восточном берегу проводилась железнодорожным санитарным транспортом.

В целях лучшего проведения эвакуации раненых и больных ВСУ фронта создавало сортировочно-

эвакуационные группы с представителями ВСУ и ФЭП-73, которые работали при ГБФ, развернутых в районах Рембертув, Минск-Мазовецкий, Соболев, Гавролин, Пулавы, Демблин. Результаты работы ГБФ представлены в таблице 8.

Таблица 8

**Показатели хирургической работы ГБФ, % к числу лечившихся раненых [1]**

Показатель	%
Общая оперируемость	20,6
Прооперировано:*	
– при ранениях черепа, лица, позвоночника с повреждением костей, ранения глаз;	30,1
– при проникающих ранениях груди, живота, таза;	18,6
– при ранениях конечностей с повреждением длинных трубчатых костей и суставов.	25,5
Перелито крови и кровезамещающих жидкостей	13,3
Эвакуировано за пределы фронта	10,7

**Примечание:** \* – к общему числу лечившихся с данной локализацией.

Общие исходы у раненых за операцию, с учетом всех этапов медицинской эвакуации были следующими: возвращено в строй – 62,4%, уволено – 3,2%, умерло – 7,3% [5]. Средние сроки лечения раненых в Висло-Одерской наступательной операции составили: в войсковом тыловом районе 3 дня, в армейском – 17,7 дней, во фронтовом – 53,8 дней.

**Выводы**

1. На деятельность медицинской службы фронта в ходе наступательной операции наибольшее влияние оказывали следующие факторы:

- нанесение ударов на трех операционных направлениях и значительная ширина полосы наступления;
- превосходство наших войск над противником в живой силе и технике;
- прорыв главной оборонительной полосы в короткие сроки и быстрый переход наших войск к преследованию противника;
- большая глубина и высокие темпы наступления.

2. Приближение лечебных учреждений фронта в исходном положении к войскам значительно облегчало работу медицинской службы армий.

3. Практика полной замены медсанбатов ХППГ первой линии себя не оправдала. Также не оправдала себя профилизация ДМП и ХППГ первой линии.

4. Проводившаяся передача раненых и больных из армейских госпиталей в прибывшие в их районы фронтовым госпиталям создавала излишние неудобства как для раненых, так и персонала госпиталей при их свертывании и развертывании. Наиболее целесообразна была передача загруженных и отставших от войск армейских госпиталей с заменой их полевыми подвижными госпиталями из резерва фронта.

5. В ходе операции ВСУ фронта отказалось от организации крупных госпитальных баз и перешло на организацию мелких групп госпиталей ГБФ, состоящих из 3–4 лечебных учреждений, что облегчало работу ГБА и уменьшало затруднения, связанные с ограниченными возможностями эвакуации раненых и больных в этой операции.

6. Медицинская служба фронта в Висло-Одерской наступательной операции проделала большую работу и нашла новые формы лечебно-эвакуационного обеспечения, соответствующие сложившейся оперативной и тыловой обстановке.

7. Опыт, полученный медицинской службой в Висло-Одерской наступательной операции, сыграл значительную роль в развитии теории и практики медицинского обеспечения войск, а некоторые его

положения не потеряли своего значения и в современных условиях.

#### Литература

1. Асанин, Ю.С. Медицинское обеспечение Советской Армии в операциях Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. / Ю.С. Асанин. – М.: Воениздат, 1993. – Т. 2. – С. 185–211.
2. История второй мировой войны 1939–1945 гг. – М.: Воениздат, 1979. – Т. 10. – С. 58–68, 70–86.
3. Сборник материалов по истории военного искусства в Великой Отечественной войне. – М.: Воениздат, 1955. – Вып. V, т. 4. – С. 48–69.
4. Смирнов, Е.И. Война и военная медицина 1939–1945 гг. (Мысли и воспоминания) / Е.И. Смирнов. – М.: Медицина, 1976. – С. 375–388.
5. Труды военно-медицинского музея. – Л.: Б.и., 1956. – Т. 5. – С. 27–48, 51–60, 69–71, 74–88, 95–119, 241, 243, 246–250.

---

S.V. Kulnev, S.I. Leonik, V.Ya. Apchel, R.N. Lemeshkin

#### Organization of medical support of military operations of the 1st Belorussian front in Vistula and Oder offensive operation

**Abstract.** We present the analysis of literature and archival materials on the organization of medical support of troops of the 1st Belorussian front in the Vistula-Oder offensive operation in January – February, 1945. We described amount of work of all parts of the medical service in the preparation and conduct medical evacuation measures in the course of rapid onset a breakthrough and overcoming of the enemy defense lines to a greater depth. We consider the general tactical and tactical characteristics of the Vistula-Oder offensive operation: defined concept of operations, identified immediate and future challenges of the operation stages (preparatory and basic). Disclosed composition of forces and means of medical service: the composition and the number of front hospital bases given their characteristics (number of beds and their loading on different stages of operation). The results of the activities of the regimental and divisional health centers, surgical hospitals and mobile field hospital database front as indicators of surgical activity. The presented results of the statistics of the military, army and front of forces and means of the medical service at the Vistula-Oder offensive operation may serve as a basis for analysis and historical comparison with other offensives on the other fronts of the Great Patriotic war. The features in planning health care, and the organization of work of all parts of the medical service during the offensive, which is of particular interest to the military physicians.

**Key words:** Vistula and Oder operation, sanitary losses, medical service of army, operation stages, echelons of hospital bases, regimental medical aid station, divisional medical aid station, surgical field mobile hospital, organization and indicators of surgical work.

Контактный телефон: 8 (812) 292-34-47; e-mail: lemeshkinroman@rambler.ru